SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

LIVRO DE ATAS

13º CONGRESSO NACIONAL PSICOLOGIA DA SAÚDE

COVILHÃ
30, 31 JAN. e 1 DE FEV. 2020

EDITORES:

Henrique Pereira, Samuel Monteiro,
Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

TÍTULO: 13º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE – ACTAS
EDITORES: HENRIQUE PEREIRA / SAMUEL MONTEIRO /
GRAÇA ESGALHADO / ANA CUNHA / ISABEL LEAL

© ISPA, CRL
RUA JARDIM DO TABACO, 34 • 1149-041 LISBOA
1ª EDIÇÃO: JANEIRO DE 2020

COMPOSIÇÃO: ISPA – INSTITUTO UNIVERSITÁRIO

ISBN: 978-989-8384-58-4

13º CONGRESSO NACIONAL DE **PSICOLOGIA DA SAÚDE**

Melhorar o Bem-Estar Global
através da Psicologia da Saúde

ACTAS

Editado por: Henrique Pereira, Samuel Monteiro,
Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2018
Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

ÍNDICE

PREÂMBULO *1*
Os Organizadores

A ADESÃO AO DUPLO PADRÃO SEXUAL EM JOVENS ADULTOS EM FUNÇÃO DO GÉNERO E DA ORIENTAÇÃO SEXUAL *3*
Ricardo Almeida, Ana Carvalheira, & Pedro Alexandre Costa

A ESCUTA SENSÍVEL COMO POTENTE FERRAMENTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE *13*
Ricardo Almeida, Ana Carvalheira, & Pedro Alexandre Costa

A IMPORTÂNCIA DO OBJETO TRANSACIONAL NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA ATRAVÉS DAS GERAÇÕES E CULTURAS *21*
Ana Mateus Silva

A PERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR DOS RECLUSOS EM ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS PORTUGUESES *31*
Ana Carolina Leite, Graça Esgalhado, & Vítor Costa

A QUALIDADE DE VIDA DE PAIS-CUIDADORES DE CRIANÇAS/ /ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL *43*
Luciana Sotero, Juliana Maciel Queiroz, Fábio Fernandes, & Ana Paula Relvas

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PARA MULHERES NO SÉCULO XXI *53*
Marcela Regina Estrela, Cloves Antônio Amissis de Amorim, & Ana Maria Moser

A TERAPIA BREVE ORIENTADA PARA SOLUÇÕES (TBOS): UM CASO DE SUCESSO, COM DIAGNÓSTICO DE BIPOLARIDADE *63*
Leda Brito Fernandes

A VIUVEZ NO ENVELHECIMENTO:
ESTUDO EXPLORATÓRIO COM IDOSOS *75*
Andrea Costa & Sofia von Humboldt

ACEITAÇÃO SOCIAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
A VINCULAÇÃO COMO VARIÁVEL MODERADORA *85*
Flávia Veppo, Catarina Perpétuo, Olívia Ribeiro, & Manuela Veríssimo

ANÁLISE QUALITATIVA DAS MUDANÇAS SEXUAIS
COM O ENVELHECIMENTO *95*
Marta Torres, Sofia von Humboldt, & Isabel Leal

ANSIEDADE E ADESÃO AO TRATAMENTO EM INDIVÍDUOS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL *105*
Daniela Pinheiro, Paula Saraiva Carvalho, & Cláudia Mendes Silva

BURNOUT E INTENÇÃO DE DESISTIR DO CURSO:
O EFEITO MODERADOR DO ENVOLVIMENTO ACADÉMICO *115*
João Marôco & Hugo Assunção

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE: UM ESTUDO COM
JOVENS ADULTOS NA REGIÃO NORTE DO CEARÁ *125*
Maria Suely Alves Costa, Blezi Daiana Menezes Santos,
Jocélia Medeiros Ximenes, & André Sousa Rocha

AS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS SOBRE PROMOÇÃO
DA SAÚDE – A PASSAGEM À AÇÃO *135*
Maria Cristina Faria

ASSOCIAÇÕES ENTRE AS PERCEÇÕES DE SAÚDE E
PROBLEMAS DE SONO NA PRÉ-ADOLESCÊNCIA *145*
Catarina Perpétuo, Marília Fernandes, Flávia Veppo, & Manuela Veríssimo

AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE ADESÃO AO TRATAMENTO
NUMA AMOSTRA DE DOENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL *153*
Ângela Ferrão, Paula S. Carvalho, Cláudia Mendes Silva, &
Miguel Castelo-Branco

BIOFEEDBACK E BEM-ESTAR NO ENSINO SUPERIOR:
SEIS ANOS DE ESTUDOS NA INTERVENÇÃO SOBRE STRESSE
E ANSIEDADE ELEVADA *163*
Paulo Chaló & Anabela Pereira

BURNOUT EM CONTEXTO PRISIONAL – CONTRIBUTOS PARA A ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO *173*
R. Lins, S. Monteiro, L. Martins, & N. Albertoni

"CAIXA DE SURPRESAS": INSTRUMENTO PARA PESQUISA E INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE *183*
Karina Moutinho, Josene Ferreira, Taciana Feitosa de Melo Breckenfeld, & Gessivânia de Moura Batista

CATÁSTROFES E FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO: UMA VISÃO INTEGRADA DE FATORES INDIVIDUAIS E COMUNITÁRIOS *193*
Alice Murteira Morgado

COMING OUT EM PESSOAS LGB COM 55+ ANOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA *201*
Manuel Barbosa, Margarida Cerqueira, & Henrique Pereira

COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA DO FISIOTERAPEUTA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA *213*
Leonor Santos, Sílvia Queirós, Rute F. Meneses, & Germano Couto

COMPORTAMENTO COMUNICATIVO E PERCEPÇÃO DA DOENÇA NO CANCRO DE MAMA *221*
Miguel Luís Alves de Souza & Elisa Kern de Castro

COMPORTAMENTOS DE RISCO EM ADOLESCENTES E JOVENS ADULTOS E DIVERSIDADE CULTURAL *233*
Luís Nabais & Natália Ramos

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO *243*
Ana Nunes & Cláudia Mendes Silva

CONJUGALIDADE TEM FIM. PARENTALIDADE NÃO!: OFICINA DE PAIS E FILHOS *255*
Joan Rios, Danieli Teófilo, Gleiciane Van Dam, & Heleiny Lettiere

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO COM MÃES EM UMA UTI PEDIÁTRICA *263*
Carla Laino Cândido

CONTRIBUTOS DA ATENÇÃO VISUAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CRIANÇAS SURDAS *275*
João Dele, Paula Santos, Anabela Pereira, & Paulo Alves

CONTRIBUTOS DA PSICOLOGIA POSITIVA PARA A SAÚDE E BEM-ESTAR *285*
Maria Cristina Faria

CORRELAÇÃO ENTRE RELAÇÕES AFETUOSAS NA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA E CRENÇAS REFERENTES A COMPORTAMENTOS VIOLENTOS *295*
Isabella Fernanda Rodrigues da Silva & Ana Maria Moser

CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA IDOSA EM PORTUGAL: ABORDAGENS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO *305*
Maria Miguel Barbosa, Rosa Marina Afonso, Constança Paúl, & Javier Yanguas Lezaun

CUIDADOS DE MÃES ANGOLANAS AO RECÉM-NASCIDO: ABORDAGEM INTERCULTURAL *313*
Natália Ramos & Elsy Tavares

CUIDADOS PALIATIVOS COM A FAMÍLIA DE PACIENTES NEONATOS: UM ESTADO DA ARTE *323*
Lurdes Victoria Acuña do Amaral, Letícia Candido da Cunha, Francini Pullig Fabre, Mariana de Abreu Arioli, & Cloves Antonio de Amissis Amorim

CUIDADOS PALIATIVOS: SIGNIFICAÇÕES CONSTRUÍDAS POR PACIENTE DIAGNOSTICADA COM DOENÇA INCURÁVEL *333*
Karina Moutinho & Josene Ferreira

DEPENDÊNCIAS ONLINE: A RELAÇÃO COM O COMPORTAMENTO ALIMENTAR, AUTOCONTROLO E IMAGEM CORPORAL *343*
Carolina Cordeiro, Ivone Patrão, & Isabel Leal

DETERMINANTES DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR *353*
Teresa Guimarães, Cláudia Robalo, Cristiana Mateus, & Ana Patrícia Silva

DISFORIA DE GÊNERO: INTERVENÇÕES, SAÚDE E BEM-ESTAR *361*
Ieda Franken, Marina Costa, & Adriano de Leon

DOENTES EM PROGRAMAS DE MANUTENÇÃO OPIÁCEA: COMPORTAMENTOS DE CONSUMO E FATORES PSICOSSOCIAIS *371*
Bárbara Gonzalez, Valentina Chitas, & Teresa Molina

ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO (EM MINORIAS SEXUAIS): CONTRIBUTOS PARA A VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA DE UM INSTRUMENTO *381*
S. Monteiro, H. Pereira, & G. Esgalhado

ENVELHECIMENTO E SAÚDE: PROJETOS DE VIDA APÓS APOSENTADORIA *391*
Janes Santos Herdy

ENVOLVIMENTO E BURNOUT NO ENSINO SUPERIOR EM PORTUGAL *399*
João Marôco & Hugo Assunção

ESCALA BREVE DE AUTOCONTROLO (EBAC): VALIDAÇÃO NUMA AMOSTRA DE JOVENS PORTUGUESES *409*
Joana Água, Ivone Patrão, Filipa Pimenta, & Isabel Leal

ESCALA DE ALTERAÇÕES FUNCIONAIS PELO USO PROBLEMÁTICO DA INTERNET (AFUPI): COMPARAÇÃO TRANSCULTURAL *419*
Filipa Pimenta, Ivone Patrão, Joana Água, & Isabel Leal

ESPAÇOS VERDES URBANOS E SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA *427*
Diogo Guedes Vidal, Cláudia Oliveira Fernandes, Lilian Monteiro Ferrari Viterbo, Nelson Barros, & Rui Leandro Maia

ESPIRITUALIDADE, PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA *437*
Manuela Pontes, Diogo Guedes Vidal, & Rute F. Meneses

ESTILOS DE VIDA EM ADOLESCENTES: EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE *445*
Clarisse Magalhães, Ana Alexandra Rodrigues Campos, Cláudia Patrícia Moura de Carvalho, Diana Filipa Vieira Coelho, Catarina Filipa Monteiro do Cabo, Sónia Margarida Soares Ferrás, Ana Rita Rocha Magalhães, & Ana Sofia Fernandes de Sousa

ESTILOS PARENTAIS E IDEAÇÃO SUICIDA EM ADOLESCENTES *451*
Laura Kopacheski Stamm & Cloves Antonio Amissis de Amorim

FATORES DE RISCO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO FEMININA *463*

Marta G. Porto, Filipa Pimenta, Rita Albergaria, Ana Leal, João Marôco, Teresa Mascarenhas, & Isabel Leal

GENDER OCCUPATIONAL HEALTH: HOW TO SUPPORT HIGHER EDUCATION TEACHERS? *473*

Isabel Souto, Anabela Pereira, Elisabete Brito, & Inês Direito

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CARACTERIZAÇÃO DE UMA AMOSTRA BRASILEIRA *483*

Marília Hormanez & Marina Rezende Bazon

IMPACTO DO MODELO PSICOTERAPÊUTICO HBM NA PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE GENERALIZADA *493*

Catarina Certal & Cécile Domingues

INICIATIVA DE CRESCIMENTO PESSOAL E INDICADORES DE SAÚDE MENTAL *503*

Manuel Joaquim Loureiro, Aline Barros Brutti, Henrique Pereira, Rosa Marina Afonso, Samuel Monteiro, & Graça Esgalhado

INICIATIVA DE CRESCIMENTO PESSOAL E SATISFAÇÃO COM A VIDA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS *515*

João Pedro Silva, Manuel Loureiro, Paula Carvalho, Ana Cunha, & Marta Alves

MISSÃO 2050: USO DA GAMIFICAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO COMPORTAMENTO ONLINE SAUDÁVEL *527*

Ivone Patrão, Jéssica Leandro, Pedro Aires Fernando, & Isabel Leal

MODELOS DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE TREINO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS EM SAÚDE *533*

Sílvia Queirós, Leonor Santos, Rute F. Meneses, & Germano Couto

MOTIVAÇÃO PARA FREQUENTAR O ENSINO EM CONTEXTO PRISIONAL: PERCEPÇÕES DA COMUNIDADE PENITENCIÁRIA *541*

Mamlio Martinez, Maria da Glória Franco, & Alda Patrícia Portugal

MOTIVAÇÕES PARA O VOLUNTARIADO: O QUE ESTÁ POR DETRÁS DA DOAÇÃO PESSOAL? *551*

Joan Rios, Anabela Pereira, Ana Oliveira, Andreia Espain, Eugénia Taveira, & Sónia Góis

MY-PEP: A PREHABILITATION INTERVENTION IN OESOPHAGEAL CANCER PATIENTS *561*
Andreia Martins Soares

O PAPEL DO APOIO SOCIAL NA VIVÊNCIA DA MATERNIDADE NA PREMATURIDADE: UMA REVISÃO DE LITERATURA *571*
Maria Eduarda Gouveia Graça & Denise Duran Gutierrez

O PROCESSO DE LUTO DOS IMIGRANTES *581*
Giulia Abreu Setim & Cloves Antonio de Amissis Amorim

PERCEÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE RELACIONADA COM ESTILOS DE VIDA EM MULHERES EMIGRANTES *589*
Isabel Silva, Glória Jólluskin, & Vânia Carneiro

PERCEÇÕES DAS FAMÍLIAS PORTUGUESAS ACERCA DO IMPACTO DA PARTICIPAÇÃO NO TURTLE PROGRAM *599*
Maryse Guedes, Inês Matos, Telma Almeida, Miguel Freitas, Stephanie Alves, António J. Santos, Manuela Veríssimo, Andrea Chronis-Tuscano, & Kenneth H. Rubin

PERFIL DE SAÚDE DOS IDOSOS: IMPORTÂNCIA DO SUPORTE SOCIAL E DA FUNCIONALIDADE *609*
Sara Lima, Raquel Esteves, Lurdes Teixeira, Fátima Ribeiro, & Clarisse Magalhães

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS USUÁRIOS DO PLANTÃO PSICOLÓGICO DA UFPB/BRASIL *619*
Sandra Souza, Said Zareh, Ieda Rodrigues, & Thiago Cavalcanti

PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE EM CLIENTES OBESOS NUMA CLÍNICA ESCOLA *629*
Maria Marta Amorim, Mariana da Silva Franco, Marina Espírito Santo Rabello, Warley Souza, & Nayara Monteze

QUALIDADE DE VIDA EM PRÉ APOSENTADOS E APOSENTADOS *639*
Yasmim Sarno Fonseca, Vitória Rosa dos Santos, & Ana Maria Moser

QUALIDADE DE VIDA EM TERMOS GERACIONAIS *647*
Sara Pereira, José Pais-Ribeiro, & Isabel Leal

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO CONCELHO DE FIGUEIRA DE CASTELO RODRIGO *655*
Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yller & Anabela Almeida

QUALIDADE E PROPÓSITO DE VIDA *663*
Sara Pereira, José Pais-Ribeiro, & Isabel Leal

QUALIDADES PSICOMÉTRICAS DO INVENTÁRIO DE ENVOLVIMENTO ACADÉMICO (USEI) EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR *671*
Hugo Assunção & João Marôco

RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DO SONO E AS COMPETÊNCIAS/ /PROBLEMAS EM IDADE ESCOLAR *681*
Inês Rodrigues, Marta Antunes, Catarina Perpétuo, & Manuela Veríssimo

SAÚDE DO IDOSO: UM ESTUDO DE CASO BRASILEIRO *689*
Silvia Virginia Coutinho Areosa & Carine Guterres Cardoso

SER ESTUDANTE CEGO NA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA: UM ESTUDO COMPREENSIVO DESSA EXPERIÊNCIA *699*
Sandra Souza, Anderson Barbosa de Queiroz, Marísia Oliveira da Silva, & Hammina Rebecca Siqueira Nunes

SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E *EMPOWERMENT* PSICOLÓGICO NOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS *709*
Inês Alves, Paula Carvalho, Manuel Loureiro, Marta Alves & Ana Cunha

SUPER SKILLS FOR LIFE – US: PROTOCOLO PARA FUNCIONÁRIOS DO *CAMPIS* *719*
Anabela Pereira & Elisabeth Brito

THE EFFECTS OF EARLY INTERVENTION PROGRAMS ON THE SOCIAL COMMUNICATION SKILLS OF YOUNG CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER (ASD): A SYSTEMATIC REVIEW *729*
Issa Alkinj, Anabela Pereira, & Paula Santos

ESTADIOS E SINTOMAS DE MENOPAUSA, E IDADE: ASSOCIAÇÃO COM FUNÇÃO SEXUAL FEMININA *743*
Ana Borgas Leal, Filipa Pimenta, Rita Albergaria, João Marôco, & Isabel Leal

IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO INTERDISCIPLINAR DE CARDIOLOGIA *753*
Suely Sales Guimarães

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA EUTANÁSIA EM ESTUDANTES DE SAÚDE *761*
Ana Kelly Braz Diniz, Mariana Pais de Oliveira, & Cloves Antonio de Amissis Amorim

VALIDAÇÃO DO FAMILY ASSESSEMENT DEVICE (FAD) NUMA AMOSTRA DE JOVENS PORTUGUESES *773*
Ivone Patrão, Filipa Pimenta, Joana Água, & Isabel Leal

VALIDAÇÃO: ESCALA DE ALTERAÇÕES FUNCIONAIS PELO USO PROBLEMÁTICO DA INTERNET (AFUPI) PARA JOVENS PORTUGUESES *783*
Ivone Patrão, Filipa Pimenta, Joana Água, & Isabel Leal

VINCULAÇÃO AOS PAIS, AO PAR AMOROSO E COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO *793*
A. Sá Azevedo & E. Eva Ferreira

VITILIGO CONCEITOS E PATOGENIA: UMA REVISÃO BIBLIOMÉTRICA *803*
Ieda Franken, Valéria Lucas Araújo, Sandra Souza, & Marísia Oliveira da Silva

WORK LIFE BALANCE E SUA RELAÇÃO COM A PRODUTIVIDADE *813*
Bárbara Pinheiro, Filipa Pimenta, & Ivone Patrão

VALORES, ATITUDES E CONSUMO DE PORNOGRAFIA: ANALISANDO UM MODELO DE MEDIAÇÃO *823*
Rita Castro & Samuel Lins

GRAVIDEZ, PARENTALIDADE E TOXICODEPENDÊNCIA: CONTRIBUTO DA INVESTIGAÇÃO E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO *833*
Nuno Cotralha & Conceição Teixeira

IDEAÇÃO SUICIDA EM IDOSAS FREIRAS? *849*
Vitória Rosa dos Santos, Cloves Antonio de Amissis Amorim, Ana Maria Moser, & Almir Wellinton de Souza

INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSO: SOLUÇÃO OU PROBLEMA? *859*
Vitória Rosa dos Santos, Ana Maria Moser, Cloves Antonio de Amissis Amorim, Victoria Beatriz Di-Visconti Cortez, & Lethicia de Freitas Martins

NARRATIVAS DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA:
SIGNIFICANDO O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS *871*
Francisco Bento da Silva Filho, Marcela de Almeida Figueredo,
Alícia Karine Oliveira Lopes, Cauê Pinheiro Costa de Alencar,
& Liana Clébia de Morais Pordeus

O PAPEL DOS AVÓS HINDUS
NO BEM-ESTAR E SAÚDE DOS NETOS *881*
Ivete Monteiro & Natália Ramos

PROCESSOS INTERCULTURAIS E COMUNICACIONAIS
NA SAÚDE CIGANA NO BRASIL E PORTUGAL *891*
Natália Ramos & Aluízio de Azevedo Silva Júnior

OS AVÓS: MEDIADORES INTERGERACIONAIS E
TRANSMISSORES DE SABERES SOCIOCULTURAIS *901*
João Paulo Vieira Rodrigues

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

PREÂMBULO

Em 2020 a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde comemora os seus 25 de existência. Uma das suas atividades nobres tem sido a realização de um Congresso nacional a cada dois anos.

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

Estes congressos promovidos pela SPPS têm como objetivo a apresentação do "estado da arte" da investigação, das práticas e também das perspetivas teóricas da psicologia da saúde. Pretende, ainda, ser um momento de contacto e de troca de opiniões e de experiências entre os participantes, académicos, investigadores e profissionais.

Desde sempre que se optou, que cada um dos Congressos Nacionais da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde fosse geograficamente diversificado e coorganizado pelas comunidades científicas locais, habitualmente associadas às universidades.

Este ano, o 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde realiza-se pela primeira vez na cidade da Covilhã, sob os auspícios do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior. Irá realizar-se de 30 de Janeiro de 2020 a 1 de fevereiro de 2020, nas instalações da Faculdade de Ciências da Saúde, subordinado ao tema *"Melhorar o Bem-Estar Global através da Psicologia da Saúde"*, estando o dia 29 de janeiro reservado aos Workshops pré-congresso.

Vivemos atualmente numa sociedade que enfrenta grandes desafios globais, aos quais a psicologia da Saúde se posiciona na linha da frente nas contribuições de melhoria e manutenção da Qualidade de Vida, adequando respostas integradas e assentes da investigação aplicada, com o objetivo

maior de influenciar positivamente as pessoas, os grupos e as sociedades. Dada a pertinência científica e social dos trabalhos presentes no congresso, publica-se o respetivo livro de atas que, como habitualmente, reúne um número significativo de comunicações a serem apresentadas nos dias subsequentes e que fica disponível no *site* da SPPS no primeiro dia do congresso.

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

O facto de 25 anos depois da organização de um Primeiro Congresso Nacional de Psicologia da Saúde ser possível mobilizar diferentes gerações de investigadores, académicos e profissionais da Psicologia da Saúde e das zonas de interface da Psicologia com a Saúde e com as Doenças, provenientes de todo o país e de outros países, quer europeus quer de outros continentes, expressa a vitalidade e o prestígio que alcançou: é um acontecimento que nos deixa cheios de orgulho. Esperemos que estas atas possam ser úteis à discussão e divulgação dos estudos realizados e possam servir de estímulo para investigações futuras.

Os Organizadores

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

A ADESÃO AO DUPLO PADRÃO SEXUAL EM JOVENS ADULTOS EM FUNÇÃO DO GÉNERO E DA ORIENTAÇÃO SEXUAL

Ricardo Almeida[1] (✉ ricardo.alvim1@gmail.com), Ana Carvalheira[1], & Pedro Alexandre Costa[1]

[1] William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Portugal

O duplo padrão sexual enquanto conceito foi primeiro investigado na década de 50 (Reiss, 1956) e é a noção de que as mulheres são avaliadas negativamente por terem comportamentos sexuais semelhantes aos dos homens. A investigação na década de 60 mostra uma forte presença do duplo padrão sexual, no qual os homens reportaram consistentemente atitudes mais permissivas e maior abertura a experiências sexuais, enquanto que as mulheres reportavam ter menos permissividade no que diz respeito a atitudes e experiências sexuais (Reiss, 1956), tendo em conta o papel da mulher na sociedade, tal era expectável. No entanto entre os anos 1960 e 1980 existiram fortes mudanças culturais como por exemplo a revolução sexual nos EUA, o movimento feminista e a pilula, que deram mais controlo à vida das mulheres. Estes momentos foram um ponto de viragem também na investigação no que diz respeito ao duplo padrão sexual. Alguns estudos sugerem uma maior homogeneidade de resultados, nos quais são relatadas atitudes e experiências mais permissivas por parte das mulheres, ainda que o duplo padrão sexual persista nesta altura (Heer & Grossbard-Shechtman, 1981; Peplau, Rubin, & Hill, 1977). Hyde e Oliver (1993), através de um estudo de meta análise que incluiu 177 artigos reportaram que existia uma grande diferença entre géneros no que diz respeito a sexo casual, sendo que os homens mostraram ter consideravelmente atitudes mais permissivas do que as mulheres, ainda que esta heterogeneidade tenha diminuído entre 1960 e 1980.

A EVOLUÇÃO DO DUPLO PADRÃO SEXUAL E INCONSISTÊNCIA NA INVESTIGAÇÃO

Avançando para o novo milénio é possível ver algumas diferenças mais marcantes na investigação. Um estudo longitudinal onde foram recolhidos resultados em 3 momentos (1981, 1991 e 2001), com o objetivo de estudar as mudanças nas atitudes e comportamentos em relação ao sexo pré-marital em estudantes, reportou que ainda que os homens mostrassem atitudes mais permissivas em relação ao sexo, as mulheres tornaram-se significativamente mais permissivas no que diz respeito a relações sérias e casuais (Earle et al., 2007). Marks e Fraley (2005), com uma amostra de 8,224 jovens adultos estudantes universitários, reportaram não ser possível encontrar um duplo padrão sexual. Zhang, Miller e Harrison (2008) usando o DSS (*Double Standard Scale*) numa população de jovens adultos de modo a perceberem como o duplo padrão sexual pode estar relacionado com exposição sexual em videoclips, reportaram que apesar de esta exposição predizer uma aceitação do mesmo, encontraram resultados de muito baixa aderência ao duplo padrão sexual em ambos os sexos. Tal como em Green e Faulkner (2008) usando a mesma medida para avaliar o quão o duplo padrão sexual influenciava a qualidade e quantidade de comunicação em casais heterosexuais encontraram que casais que mostram uma menor aceitação ao duplo padrão sexual falam mais sobre as suas questões sexuais e que não houve por parte de nenhum dos géneros uma forte aceitação do duplo padrão sexual. Allison e Risman (2013) num estudo sobre o duplo padrão em estudantes universitários reportaram que não encontraram um duplo padrão em 75% ainda que os homens tenham maior propensão para aderir ao duplo padrão tradicional e as mulheres para terem atitudes mais igualitárias.

A literatura no que diz respeito ao duplo padrão sexual em jovens adultos ainda é, no entanto, algo inconsistente. Num estudo realizado em 2019 em jovens adultos, com o objetivo de compreender se o duplo padrão sexual emergia em avaliações de amigos e conhecidos reais dos participantes, os investigadores reportam que as mulheres ainda são avaliadas mais negativamente comparativamente aos homens, quanto mais parceiros sexuais tinham (Marks, Young, & Zaikman 2019). Outro estudo em 2017 em jovens adultos, investigou o duplo padrão sexual, através das avaliações

dos participantes perante outras pessoas iniciarem uma variedade de comportamentos não monogâmicos consensuais (poliamor, *swing*, relação aberta e sexo em grupo). Os resultados indicaram, contrariamente ao previsto pelos investigadores, que iniciadores de comportamentos sexuais por parte das mulheres foram julgados menos severamente do que por homens (Thompson, Hart, Stefaniak, & Harvey 2017).

INVESTIGAÇÃO EM PORTUGAL

Apesar de escassa, a investigação em Portugal apresenta resultados semelhantes à acima descrita. Ramos, Carvalho e Leal (2005) realizaram um estudo com 142 jovens universitárias, com o objetivo de estudar as perceções em relação ao duplo padrão sexual. Este estudo focou-se nas perceções de comportamentos sexuais pré-maritais, a um nível pessoal e em relação a um contexto social. A nível social os resultados sugerem que a maioria das participantes mostra uma tendência para percecionar a presença de um duplo padrão sexual nos julgamentos relativos à sexualidade pré-marital. A nível pessoal é sugerido que as mulheres defendem um duplo padrão sexual singular, assente na igualdade de oportunidades para ambos os géneros. (Ramos et al., 2005). No mesmo sentido, Alves, Amâncio e Alferes (2008) realizaram um estudo com uma amostra de 308 estudantes. Este estudo teve como objetivo identificar e caracterizar um duplo padrão sexual, tanto a nível individual como social, no que diz respeito a comportamentos sexuais pré-maritais, tendo como foco o género dos participantes, religião e opinião política. Os resultados mostram uma adesão ao duplo padrão sexual a nível individual, mas para uma maior consensualidade na sua forma social, ou seja, nos julgamentos e nas avaliações dos comportamentos sexuais pela sociedade em geral.

O DUPLO PADRÃO SEXUAL E ORIENTAÇÃO SEXUAL

A investigação feita sobre esta dimensão com um foco em populações não heterossexuais é, no mínimo, escassa. A regra geral é de agrupar as

populações numa só amostra, assumindo-se a heterossexualidade como norma. Como tal, não é possível incluir literatura diretamente correlacionada com o presente estudo. No entanto, estudos como o de Zaikman, Marks, Young e Zeiber (2016) estudaram como é que a população Lésbica, Gay e Bissexual (LGB) e heterossexual se comparam quando são alvo de avaliação de comportamentos sexuais. Ou seja, como é que participantes classificaram indivíduos fictícios consoante orientação sexual e quantos parceiros sexuais estes indivíduos teriam. Os resultados indicam que o duplo padrão sexual parece persistir na população LGB, ou seja, que os homens e mulheres LGB são avaliados de um modo diferente quando têm comportamentos sexuais semelhantes. Ainda que, o comportamento sexual em si, seja um preditor melhor de discriminação por parte de outros, a orientação sexual também foi significativa (Zaikman, Marks, Young, & Zeiber, 2016).

Visto não ser possível incluir literatura de comparações diretas entre diferentes orientações sexuais no que diz respeito ao duplo padrão sexual, torna-se relevante observar os comportamentos sexuais nestas populações. No que diz respeito aos comportamentos sexuais na população LGB, Breyer, Smith, Eisenberg, Ando, Rowen e Shindel (2010), realizaram um estudo com o objetivo de estudar sexualidade e função sexual em diferentes orientações sexuais. A população alvo foram jovens estudantes e completaram diversos instrumentos sobre experiências e práticas sexuais e disfunções sexuais. Os investigadores reportam que os homens heterossexuais tendem a ter menos parceiros, não só nos últimos 6 meses como ao longo da vida, do que os homens homossexuais e bissexuais. As mulheres, semelhantemente, reportam ter no geral menos experiências sexuais, não só de sexo como masturbação. Do mesmo modo Grulich, Visser, Smith, Rissel e Richters (2003) realizaram um estudo com o objetivo de descrever a prevalência e características de experiências sexuais homossexuais. Foi utilizada uma amostra de 9134 adultos. Foi desenvolvido um questionário com diversas questões sobre experiências e frequência de práticas sexuais, para participantes de diferentes orientações sexuais. Os investigadores reportaram que tanto os homens como mulheres homossexuais e bissexuais afirmam ter mais parceiros sexuais do que os participantes heterossexuais. Noutro estudo com o objetivo de estudar comportamentos de risco em jovens estudantes, com foco nas diferenças de orientação sexual, os investigadores reportam que mulheres

com experiências sexuais com ambos os géneros e homens com experiências sexuais com ambos ou apenas o mesmo género, reportam ter mais parceiros sexuais recentes do que participantes que apenas tiveram relações sexuais com parceiros do género oposto (Eisenberg & Wechsler, 2003).

O PRESENTE ESTUDO

O objetivo do presente estudo é de investigar a prevalência do duplo padrão sexual em Portugal tendo como foco a orientação sexual. Iremos procurar analisar se existem diferenças significativas entre diferentes orientações sexuais e se existem, se se devem ao género dos participantes. Contudo, perante a falta de literatura que existe sobre a adesão ao duplo padrão sexual em populações LGB é impossível existir uma comparação direta com literatura prévia, no entanto o duplo padrão sexual mede a permissividade de um indivíduo perante vários comportamentos direta ou indiretamente relacionados com sexualidade. Tendo em conta estudos sobre comportamentos sexuais que incluem populações LGB reportarem que esta população apresenta uma maior frequência de comportamentos sexuais (Breyer, Smith, Eisenberg, Ando, Rowen, & Shindel, 2010; Eisenberg & Wechsler, 2003; Grulich, Visser, Smith, Rissel, & Richters, 2003) prevemos que existirá uma diferença significativa entre participantes heterossexuais e LGB, na qual os participantes LGB (Lésbica, Gay e Bissexual) irão aderir menos ao duplo padrão sexual. Adicionalmente, prevemos que esta diferença não se deverá ao género dos participantes.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi composta por 1,269 jovens adultos, dos quais 798 mulheres (62,9%) e 471 homens (37,1%). Estes participantes eram

maioritariamente estudantes ou ex-estudantes universitários, com idades compreendidas entre os 18 e 30 anos (*M*=22,98; *SD*=2,95). A amostra foi dividida em 1083 participantes heterossexuais (85,3%) e 186 participantes LGB (14,7%). No que diz respeito aos indicadores sociodemográficos, para o presente estudo, iremos apenas incluir género e orientação sexual. Sendo que apenas foram incluídos para a seguinte análise, participantes que se identificaram como homem ou mulher e participantes heterossexuais (85,3%), gays/lésbicas (5,4%), e bissexuais ou pansexuais (9,2%).

Instrumentos

Double Standard Scale (*DSS*; Caron, Davis, Halteman, & Stickle, 1993). Este instrumento de 10 itens com uma escala de Likert de 1 a 5 (discordo totalmente a concordo totalmente) (e.g., "É esperado que uma mulher seja sexualmente menos experiente do que o seu parceiro"), foi desenhado para medir a permissividade em relação a diversos comportamentos sexuais, ou seja, a aceitação de um duplo padrão sexual tradicional. A análise fatorial exploratória revelou um alfa de cronbach de .804.

Sexual Relationships and Activities Questionnaire (*SRA-Q*; ELSA Wave 6, 2012/13). De uma extensa variedade de instrumentos de sexualidade presentes neste protocolo, escolhemos usar a de atitudes perante o sexo, devido ao facto de existirem itens relevantes ao duplo padrão sexual presentes nesta escala que complementam a anterior. Uma análise fatorial exploratória revela um alfa de cronbach de .716. Esta escala inclui 10 itens com uma escala de Likert de 1 a 5 (discordo totalmente a concordo totalmente) (e.g., "É errado dois adultos do mesmo sexo terem relações sexuais").

Procedimentos

Os dados foram recolhidos entre outubro de 2016 e março de 2017. Os participantes foram recrutados online através de *snowball sampling* em mais de 60 grupos universitários de Facebook. Foi primeiramente apresentado um consentimento informado sobre a participação no estudo. De seguida, os participantes responderam a uma escala sociodemográfica

e quatro instrumentos, dos quais apenas dois serão utilizados na seguinte análise de resultados.

A análise dos resultados foi realizada através do SPSS v. 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Foram realizadas duas ANCOVAS de modo a comparar grupos (género e orientação sexual) e com o objetivo de compreender se existiam diferenças entre orientação sexual e se estas diferenças permaneceram após controlar o efeito do género.

RESULTADOS

Foi realizada uma primeira ANCOVA *One-Way* para comparar as diferenças entre pessoas heterossexuais e pessoas LGB, no que diz respeito à aderência ao duplo padrão sexual, controlando o possível efeito de género dos participantes. Existiu uma diferença significativa entre as orientações sexuais depois de controlar o efeito do género [$F(1,1269)=20,093$, $p<.001$], F(género)=21,989. Quando observadas as médias, esta diferença representa uma menor adesão ao duplo padrão sexual por parte da população LGB (cf. Tabela 1).

Tabela 1

Adesão ao duplo padrão sexual e permissividade

	LGB (n=186)		Heterossexual (n=1083)	
	M	*DP*	*M*	*DP*
Duplo Padrão Sexual tradicional (1ª escala)	4,53	0,53	4,34	0,62
Permissividade (2ª escala)	4,68	0,48	4,31	0,76

Nota. Quanto mais elevada a Média, menor a adesão ao duplo padrão sexual.

De seguida foi realizada outra ANCOVA utilizando o segundo instrumento, que mede a variável permissividade. Foram novamente comparadas as diferenças entre orientações sexuais, no que diz respeito à aderência ao duplo padrão sexual, enquanto controlado o género dos participantes. Existiu uma diferença significativa entre as orientações sexuais depois de controlar o efeito do género [$F(1,1265)=41,081$, $p<.001$],

F(género)=1,126. Novamente, quando observadas as médias, as diferenças mostram uma menor adesão ao duplo padrão sexual por parte da população LGB (cf. Tabela 1).

DISCUSSÃO

O estudo realizado teve como objetivo principal investigar a prevalência do duplo padrão sexual em Portugal com foco na orientação sexual. Sendo que a investigação sobre esta dimensão em populações LGBT é escassa, é impossível fazer uma comparação direta com literatura prévia. No entanto foi possível observar uma diferença estatisticamente significativa entre orientações sexuais em ambas as escalas do duplo padrão sexual, mesmo quando controlado o género. A população LGB adere menos a um duplo padrão do que a população heterossexual, ou seja, apresentam comportamentos mais permissivos. Isto vai de encontro à nossa hipótese de estudo, na qual previmos que existiria uma diferença significativa entre participantes heterossexuais e LGB, na qual os participantes LGB mostrariam menor adesão ao duplo padrão sexual mesmo quando controlado o género. O duplo padrão sexual mede o quão aceitável são diversos comportamentos sexuais, desde relações sexuais sem amor, a atitudes como uma mulher andar com um preservativo. Visto que a população LGB frequentemente reporta uma maior frequência de experiências e comportamentos sexuais versus uma população heterossexual (Breyer, Smith, Eisenberg, Ando, Rowen, & Shindel, 2010; Eisenberg & Wechsler, 2003; Grulich, Visser, Smith, Rissel, & Richters, 2003), é compreensível os resultados apresentados mostrarem que a população LGB mostra uma maior adesão a atitudes e crenças que promovem uma igualdade de comportamentos sexuais para homens e mulheres e orientações sexuais diferentes.

Futura investigação deve incluir população LGBT, visto a literatura neste sentido ser quase inexistente. A investigação sobre o duplo padrão sexual poderá ser melhorada com metodologias alternativas como o uso de polígrafos falsos (Alexander & Fisher, 2003).

Este estudo faz um contributo importante no que diz respeito à investigação sobre o duplo padrão sexual não só em Portugal, como na investigação sobre diferenças entre populações heterossexual e LGB. Através de uma amostra extensa de jovens adultos foi possível observar que a população LGB adere menos a um duplo padrão sexual mostrando acreditar numa igualdade de comportamentos, independentemente do género ou orientação sexual.

REFERÊNCIAS

Alexander, M. G., & Fisher, T. D. (2003). Truth and consequences: Using the bogus pipeline to examine sex differences in self! reported sexuality. *Journal of Sex Research*, *40*, 27-35.

Allison, R., & Risman, B. J. (2013). A double standard for "Hooking Up": How far have we come toward gender equality?. *Social Science Research*, *42*, 1191-1206.

Alves, M. P., Amâncio, L., & Alferes, V. R. (2008). Género e representações sociais: Duplo-padrão sexual em função da religião e da posição política. *Psicologia*, *22*, 139-160.

Breyer, B. N., Smith, J. F., Eisenberg, M. L., Ando, K. A., Rowen, T. S., & Shindel, A. W. (2010). The impact of sexual orientation on sexuality and sexual practices in North American medical students. *The Journal of Sexual Medicine*, *7*, 2391-2400.

Caron, S. L., Davis, C. M., Halteman, W. A., & Stickle, M. (1993). Predictors of condom! related behaviors among first! year college students. *Journal of Sex Research*, *30*, 252-259.

Earle, J. R., Perricone, P. J., Davidson, J. K., Moore, N. B., Harris, C. T., & Cotten, S. R. (2007). Premarital sexual attitudes and behavior at a religiously-affiliated university: Two decades of change. *Sexuality and Culture*, *11*, 39-61.

Eisenberg, M., & Wechsler, H. (2003). Substance use behaviors among college students with same-sex and opposite-sex experience. *Addictive Behaviors*, *28*, 899-913.

Grulich, A. E., Visser, R. O. D., Smith, A. M., Rissel, C. E., & Richters, J. (2003). Sex in Australia: Homosexual experience and recent homosexual encounters. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *27*, 155-163.

Heer, D. M., & Grossbard-Shechtman, A. (1981). The impact of the female marriage squeeze and the contraceptive revolution on sex roles and the women's liberation movement in the United States, 1960 to 1975. *Journal of Marriage and the Family, 43*, 49-65.

Hyde, J. S., & Oliver, M. B. (1993). Gender differences in sexuality: Results from meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *224*, 29-51.

Marks, M. J., & Fraley, R. C. (2005). The sexual double standard: Fact or fiction?. *Sex Roles*, *52*, 175-186.

Zaikman, Y., Marks, M. J., Young, T. M., & Zeiber, J. A. (2016). Gender role violations and the sexual double standard. *Journal of Homosexuality*, *63*, 1608-1629.

Marks, M. J., Young, T. M., & Zaikman, Y. (2019). The sexual double standard in the real world. *Social Psychology*, *50*, 67-79.

Peplau, L. A., Rubin, Z., & Hill, C. T. (1977). Sexual intimacy in dating relationships. *Journal of Social Issues*, *33*, 86-109.

Ramos, V., Leal, I., & Carvalho, C. (2005). Atitudes e comportamentos sexuais de mulheres universitárias: A hipótese do duplo padrão sexual. *Análise Psicológica*, *23*, 173-185.

Reiss, I. L. (1956). The double standard in premarital sexual intercourse: A nelected concept. *Social Forces*, *34*, 224-230.

Thompson, A. E., Hart, J., Stefaniak, S., & Harvey, C. (2017). Exploring heterosexual adults' endorsement of the sexual double standard among initiators of consensually nonmonogamous relationship behaviors. *Sex Roles*, *79*, 228-238.

Zhang, Y., Miller, L. E., & Harrison, K. (2008). The relationship between exposure to sexual music videos and young adults' sexual attitudes. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, *52*, 368-386.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

A ESCUTA SENSÍVEL COMO POTENTE FERRAMENTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Marísia Oliveira da Silva[1] (✉ Marísia Oliveira da Silva) & Eymard Mourão Vasconcelos[1]

[1] Universidade Federal da Paraíba, Brasil

A escuta e o diálogo são ferramentas importantes e necessárias no processo da atenção em saúde, principalmente, se considerarmos os princípios, diretrizes e políticas que norteiam o modelo de atenção, viabilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), do Brasil. No âmbito da atenção primária, especialmente, essas ferramentas são consideradas essenciais, visto que, para esse âmbito da atenção em saúde estão previstas ações mais voltadas para a promoção e prevenção em saúde. Situando-se nas comunidades e atendendo às populações, em sua maioria, constituída por pessoas de camadas sociais menos abastadas, as práticas de educação em saúde têm, assim, um papel preponderante (Brasil, 1999, 2004, 2006).

Entretanto, no contexto da formação dos profissionais de saúde temos observado limitações e enfrentado alguns desafios no processo de capacitação dos estudantes para atuarem nesse perfil. Foi, assim, que, identificamos no curso de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) a necessidade de se aprender a construir novos caminhos da atenção em saúde que pudessem ser mais adequados às especificidades e demandas das pessoas do contexto comunitário popular e ao modelo de atenção integral à saúde preconizado pelo SUS. Com esse intento, foi criado no ano 2002, o "Projeto Para Além da Psicologia Clínica Clássica" para atuar numa comunidade periférica da cidade de João Pessoa/PB/Brasil, com o objetivo de contribuir na perspectiva de promoção da saúde dos seus moradores. Essa comunidade convivia cotidianamente com as precariedades relativas à falta de infraestrutura (como esgotos a céus abertos, lixo acumulado, moradias em risco de desabamentos), à falta de emprego, de comida, de lazer, violência do tráfico, entre outras.

Esse projeto, que se encontra, em funcionamento até o momento, tem como seus fundamentos norteadores a Psicologia Humanista, desenvolvida por Carl Rogers e a Educação Popular, preconizada por Paulo Freire. Desse modo, foram enfatizados o potencial humano, a relação, o diálogo genuíno (eu-tu), as condições facilitadoras de crescimento (autorrealização), a escuta sensível e empática, a autonomia e o empoderamento pessoal e coletivo, entre outras (Amatuzzi, 2001; Buber, 1974; Rogers, 1977, 1978). De forma conjugada e complementar foram também enfatizados a crença na vocação ontológica dos sujeitos para "ser mais", a escuta, o diálogo, a valorização do compartilhamento entre o saber popular e o científico, o respeito às demandas locais e às especificidades socioculturais presentes, a problematização da realidade, a valorização da autonomia e empoderamento individual e coletivo das pessoas, entre outras (Freire, 2011a,b,c). A partir das demandas apresentadas pelos moradores e o seu contexto de vida foram realizadas e construídas as seguintes ações: visitas domiciliares interdisciplinares, plantão psicológico (Mahfoud, 2012), oficinas de criatividade (Schimidt & Ostronoff, 1999) realizadas com as crianças; grupos de encontro (Rogers, 1986) com os moradores, e também com a equipe de saúde, além do envolvimento com as iniciativas e processos de organização política do movimento comunitário local. A escuta e o diálogo foram as ferramentas de facilitação, construção e de avaliação dos processos vivenciados feitos em conjunto com os moradores da comunidade, os extensionistas (estudantes e professores) do Projeto "Para Além" e também com os do Projeto "Educação Popular e Atenção à Saúde da Família" (PEPASF), com o qual estabelecíamos parceria e realizávamos a ação interdisciplinar. Este estudo objetivou sistematizar e analisar os processos construídos pelo projeto "Para Além", identificando sua contribuição no âmbito da atenção primária à saúde, especialmente, no tocante a questão da escuta sensível.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida a partir de uma pesquisa-ação (Chizzotti, 2006; Flick, 2009) realizada por meio do projeto

"Para Além da Psicologia Clínica Clássica", cujos dados foram coletados através dos seguintes instrumentos e técnicas: registros no *diário de campo* da pesquisadora, oriundos da *observação participante* feita entre 2002 e 2013 e também de outras fontes documentais relativas às experiências no projeto. Com base no material coletado foi feita, inicialmente, uma *sistematização da experiência* (Holiday, 1996) por meio da qual pudemos evidenciar dimensões significativas do processo enfocado, as quais foram organizadas, posteriormente, em categorias que foram analisadas dialeticamente (Melo Neto, 2010). Essas dimensões que envolveram aprendizados importantes realizados no processo, podem ser, assim, anunciadas: *a inserção na realidade como determinante da Práxis; a "Vida Boa" como intenção visada; a valorização do agir multiprofissional/ /interdisciplinar; a valorização da participação e da autonomia das pessoas envolvidas no processo de cuidado; a escuta sensível e profunda orientando o diálogo no cuidado em saúde; o envolvimento com as iniciativas e as lutas do movimento comunitário.* Essas dimensões foram analisadas profundamente num estudo bem maior desenvolvido. Contudo, no presente estudo, nos debruçamos apenas sobre a dimensão relativa à *escuta sensível e profunda orientando o diálogo em saúde*, explicitando-a a partir dos processos vivenciados e dos referenciais teóricos implicados.

RESULTADOS

No contexto de atuação do Projeto, a escuta sensível e profunda revelou-se essencial no processo de cuidado viabilizado por meio das visitas domiciliares interdisciplinares, plantão psicológico, oficinas de criatividade com crianças e dos grupos de encontro. A escolha por uma escuta sensível e profunda feita pelo Projeto tomou como parâmetro as diversas formas de opressão reveladas e vividas nas várias relações precárias estabelecidas entre os sujeitos, no âmbito da convivência familiar, no tipo de trabalho remunerado (ou na falta dele), na vida conjugal, nas relações de gênero, na sexualidade e na difícil convivência entre crianças, jovens, adultos e idosos.

Sem desconsiderar as bases materiais subjacentes aos sentimentos de opressão vivenciados pelas pessoas, o Projeto criou espaços de exteriorização desses sentimentos por entender que estes são relevantes para a promoção da saúde dos sujeitos. Nesse sentido, entendemos que a opressão não pode ser relacionada apenas às questões diretamente decorrentes da vida material e da condição de classe. Ela também inclui conflitos étnicos, religiosos e políticos, sofrimentos psíquicos oriundos da relação de poder de um sujeito, grupo ou instituição social sobre outros, como bem discute Rogers (1978), em sua obra "Sobre o Poder Pessoal". Nesta obra, o autor, a partir de suas experiências com pequenos e grandes grupos, analisa o aspecto político da sua abordagem, identificando a questão da opressão, em diferentes contextos, onde a relação de poder de um sujeito ou mais é exercida sobre outros. Em vista desses pressupostos e da perspectiva da Educação Popular freireana, no contexto do Projeto, percebemos que os sujeitos que vivenciavam sofrimentos físicos e/ou psíquicos, quando ouvidos em profundidade, mostravam-se com melhores condições de enfrentamento e de empoderamento diante dos problemas vividos tanto individualmente quanto coletivamente. A participação na luta política passa pela subjetividade das pessoas. Ficou muito evidente, na experiência do "Para Além", que o apoio às demandas psicológicas, inicialmente sem relação aparente com a dinâmica de lutas políticas daquela comunidade, foi muito importante para a geração de novos protagonistas e o entendimento dos complexos caminhos como determinantes econômicos e políticos que influenciam o cotidiano das camadas populares. Podemos citar o caso de uma idosa denominada Autonomia que ao recuperar-se de uma forte depressão e de algumas limitações de ordem física de passou a engajar-se no movimento comunitário.

Construída e aperfeiçoada, através das várias relações e situações envolvidas no processo de atenção à saúde, essa escuta requereu dos(as) participantes do Projeto mais do que habilidades técnicas. Exigiu, no diálogo com os moradores, o desenvolvimento de algumas características e atitudes pessoais consideradas necessárias a uma relação propiciadora de transformação e de crescimento (Rogers, 1977). Primeiramente, exigiu dos(as) participantes uma disposição autêntica para acolher e ouvir as pessoas, sem que, necessariamente, precisassem interpretá-las a partir de um ponto de vista explicativo, direcionando os seus processos. Depois, que tivessem a capacidade de aprender a ouvir para além da verbalização

dos sujeitos, a estarem atentos(as) às diversas formas de comunicação implícitas e explícitas no diálogo, de modo a valorizar, no processo de cuidado, as percepções, as impressões, os sentimentos e as intuições presentes.

A valorização da Psicologia, nessa experiência de extensão, representou o acolhimento dos saberes acumulados pela ciência, no que tange à escuta sensível. Há técnicas e metodologias importantes para que a escuta seja mais profunda e sensível.

Muitos desses saberes também foram compartilhados parcialmente com os estudantes do PEPASF na relação e convivência estabelecida com eles nos diversos processos vivenciados conjuntamente.

DISCUSSÃO

Os(as) participantes do "Para Além" foram trabalhados pedagogicamente para, em sua relação com as pessoas acompanhadas, adotar uma conduta de autenticidade, aceitação incondicional e compreensão empática, enfatizadas pela Psicologia Humanista de Rogers (Rogers, 1977). Assim, os(as) estudantes e profissionais voluntários(as) do Projeto, nas relações estabelecidas com os(as) moradores(as), não precisaram recorrer a "fachadas" ou "máscaras" ou fingir o que não eram, para parecerem adequados(as) e acolhidos pelas pessoas assistidas. De modo autêntico, expressaram e comunicaram respeito e apreço pelas pessoas, independentemente de suas histórias, características pessoais e limitações. Conseguiram, dessa maneira, ouvir as pessoas, a partir da perspectiva de seu vivido, ou seja, dos seus modos particulares (subjetivos) de perceberem as suas vivências e a realidade em que se inseriam (Dartigues, 1992). Essas características da escuta são muito próximas dos pressupostos freireanos a respeito do diálogo autêntico (Freire, 2001a).

Assim, com amor, afetividade e respeito, como fundamentos e expressão da confiança no potencial dos sujeitos, as pessoas acompanhadas pelo "Para Além" foram acolhidas e orientadas para comunicar, o mais profundamente possível, seus sofrimentos e necessidades. Em momentos oportunos, também foram estimuladas a pensar, a escolher e a decidir o

que realmente lhes era significativo e possível de realizar, no sentido de desenvolver estratégias de enfrentamento e superação de suas questões individuais e coletivas. Dessa forma, as demandas e os sofrimentos das pessoas assistidas foram ouvidos e trabalhados durante as escutas realizadas pelo plantão psicológico, nas visitas domiciliares e nos demais contextos de ação coletiva em que o "Para Além" atuou, em parceria com o PEPASF (grupo de crianças, grupo de cuidado com os trabalhadores de saúde, reuniões da associação comunitária, no apoio social disponibilizado às iniciativas e às lutas dos moradores, entre outras).

Norteando-se pelas premissas enfatizadas acima, as pessoas acompanhadas pelo Projeto foram incentivadas, tanto nas situações individuais quanto nas coletivas, a falar e a se fazerem ouvir, de modo autêntico, experiencial. Esse modo autêntico e experiencial relacionou-se às vivências subjetivamente e objetivamente experimentadas pelos sujeitos, tanto em seus aspectos conscientes quanto inconscientes. Nesse sentido, cabe lembrar a noção de experiência como tudo o que constitui o psiquismo do sujeito, em termos de suas dimensões conscientes e inconscientes (Andrade & Cavalcante Junior, 2008; Kinget & Rogers, 1977). A esse respeito, evidenciamos algumas dificuldades dessa escuta acontecer genuinamente quando alguns conteúdos compartilhados chegavam a agredir alguns princípios éticos dos extensionistas.

A perspectiva de diálogo e escuta enfatizada pela Psicologia Humanista rogereana apresentou alguns limites quanto à questão da problematização preconizada pela Educação Popular freireana, pois, centrando-se na perspectiva do cuidado em saúde, muitas vezes, a questão da problematização, em seu sentido político-transformador, foi pouco aprofundado. Muitas vezes, os estudantes do "Para Além" focavam apenas as dimensões pessoais e familiares das situações acompanhadas. Poucos deles se envolveram em problematizações mais amplas e no encaminhamento das suas implicações políticas. Por outro lado, mostrou-se relevante no sentido de transformar, integral e mutuamente, os sujeitos, o que é essencial a todo processo educativo-político transformador.

Nesse sentido, discutiu-se, em várias ocasiões, nas reuniões do "Para Além", sobre as implicações políticas do cuidado desenvolvido, refletindo sobre a necessidade de compreender a articulação entre o cuidado em saúde e a ação política envolvida neste cuidado. Percebemos que não bastava apenas a militância política, visto que ela também precisava estar

atrelada às questões do cuidado, ou seja, ao aspecto clínico da atenção às pessoas em sofrimento físico e/ou psíquico.

A escuta sensível e profunda foi fundamental para o diálogo estabelecido no processo de cuidado em saúde realizado, tanto de forma individual quanto coletiva, no processo do Projeto "Para Além". Seguindo as orientações teórico-metodológicas adotadas esse tipo de escuta propiciou a emergência de sentimentos, dores e conflitos, que se encontravam subjacentes aos sofrimentos e às enfermidades (físicas e/ou psíquicas) vivenciadas pelos moradores e profissionais da área de saúde.

Na especificidade da atenção à saúde disponibilizada, a escuta aconteceu em uma relação de complementaridade e ampliação teórica com a Educação Popular, no tocante à vivência do diálogo, uma vez que, na perspectiva da Educação Popular, ele mostrou-se insuficiente no contexto do cuidado em saúde envolvido, pois, embora a referida perspectiva educativa valorize as dimensões pessoais, expressas através das dinâmicas e das místicas utilizadas, essa consideração das dimensões pessoais é feita de forma intuitiva, sem que se aproveitem os saberes já acumulados da Psicologia. A Psicologia Humanista de Rogers, por sua vez, aprofundou e valorizou essa dimensão em outra perspectiva a experiência do "Para Além". No contexto de cuidado para o qual se voltou o Projeto "Para Além", esse tipo de escuta, acrescido da perspectiva teórico-metodológica da Educação Popular, tornou-se mais efetiva em direção ao processo de transformação dos sujeitos e da promoção de sua saúde.

REFERÊNCIAS

Amatuzzi, M. M. (2001). *Por uma psicologia humana.* São Paulo: Alínea.

Brasil, Ministério da Saúde. (2006). *Política nacional de atenção básica.* Série: Pactos pela saúde. Brasília, DF.

Brasil. Ministério da Saúde (2004). *Atenção básica e a saúde da família.* Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dad/atencaobasica.php

Brasil. Ministério da Saúde (1999). *Manual para organização da atenção básica.* Brasília, DF: *Secretaria de Assistência à Saúde*.

Buber, M. (1974). *Eu e tu.* São Paulo: Editora Moraes.

Cavalcante Júnior, F. S., & Sousa, A. F. (2008) *Humanismo de funcionamento pleno: Tendência formativa na abordagem centrada na pessoa.* Campinas: Alínea.

Chizzotti, A. (2006). *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. Petrópolis: Vozes.

Dartigues, A. (1992). *O que é a fenomenologia?.* São Paulo: Editora Moraes.

Flick, W. (2009). Introdução à pesquisa qualitativa. In *Contribuiciones latinoamericanas* (pp. 69-116). Porto Alegre: Artmed.

Freire, P. (2011a). *Pedagogia do oprimido.* São Paulo: Paz e Terra.

Freire, P. (2011b). *Pedagogia da esperança.* São Paulo: Paz e Terra.

Freire, P. (2011c). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa.* São Paulo: Paz e Terra.

Holliday, O. J. (1996). *Para sistematizar experiências.* João Pessoa: Editora Universitária UFPB.

Kinget, G. M. (1977). Uma colocação do assunto. In C. Rogers & G. M. Kiget (Eds.), *Psicoterapia e relações humanas* (vol. 1). Belo Horizonte: Interlivros.

Mahfoud, M. (Org.). (2012). *Plantão psicológico: Novos horizontes.* São Paulo, SP: Companhia Ilimitada.

Melo Neto, J. F. (2010). *Dialética.* João Pessoa: Editora Universitária UFPB.

Rogers, C. (1978). *Sobre o poder pessoal.* São Paulo: Martins Fontes.

Rogers, C. (1986). *Grupos de encontro.* São Paulo: Martins Fontes.

Rogers, C., & Kinget, G. M. (1977). *Psicoterapia e relações humanas.* Belo Horizonte: Interlivros.

Schimidt, M. L. S., & Ostronoff, V. H. (1999). Oficinas de criatividade: Elementos para a explicitação de propostas teórico-práticas. In H. T. P. Morato (Ed.), *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: Novos desafios.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

A IMPORTÂNCIA DO OBJETO TRANSACIONAL NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA ATRAVÉS DAS GERAÇÕES E CULTURAS

Ana Mateus Silva[1] (✉ aisilva@cemri.uab.pt)
[1] Universidade Aberta, CEMRI-SCD, Lisboa, Portugal

> "As brincadeiras das crianças podem-nos parecer, por vezes, frágeis e encantadoras, por outras turbulentas, ruidosas, ingénuas, simplesmente idiotas, ou perturbadoramente semelhantes às acções e atitudes dos adultos" (Garvey, 1992, p. 7).

Numerosos são os trabalhos e obras que nos falam no desenvolvimento físico e psicológico da criança e da sua importância, particularmente, nos primeiros anos de vida para a sua vida futura.

O bebé apercebe-se do mundo através de tudo quanto a mãe faça: com o rosto, voz, corpo e mãos. O entrecorrer contínuo da relação com a mãe fornece ao bebé o princípio da sua experiência com o material da comunicação e das ligações humanas, o que podemos considerar as primeiras interações sociais entre a criança e o mundo que a rodeia. Estas interações serão diferentes dependendo da cultura onde está inserida (Ramos, 1990; Silva, 2011).

As relações emocionais afetivas das crianças são a base mais importante para o desenvolvimento intelectual e social. Por sua vez, as interrelações pessoais ajudam as crianças a distinguir quais os comportamentos mais adequados, aprendendo através do dar e receber entre as crianças e os adultos que cuidam delas. Estas relações vão proporcionar à criança aprender a pensar (Brazelton & Greenspan, 2003; Silva, 2011).

As crianças normalmente apresentam um comportamento de apertar com muita força na mão e levarem à boca para chuchar um objeto, na maioria das vezes macio; esse objeto pode ser uma fralda de pano, um pedaço de cobertor, um lençol, um peluche, entre outros, como podemos

ver na fotografia 1e 2, as quais foram cedidas pelos respetivos pais. A este objeto Winnicott (1951-1953) deu a definição psicanalítica de objeto transacional (Winnicott, 1975).

Figura 1. Doudu (Autora: Mónica Mourão, 2019)

Figura 2. Henry (Autora: Ménita Barroso, 2010)

Esta experiência da criança, segundo Winnicott (1975), é muito importante, na medida em que é escolhida e não por acaso, antes voluntariamente e com determinação, representa a primeira posse não-eu do bebé. Pudemos verificar, nas várias crianças que observamos e das entrevistas que fizemos às mães, que a criança mesmo incentivada a mudar de objeto não aceita e atira o mesmo ao chão. Como nos refere uma mãe: "Tentamos outros animais de pano, mas ela recusava sempre".

Algumas palavras sobre o adolescente tornam-se necessárias neste espaço, por considerarmos a relação entre a existência ou não do objeto transacional e alguns comportamentos ou atitudes na adolescência. Adolescente significa em latim "crescer" e indica um período de mudanças. Assim, adolescência é caracterizada, essencialmente, por alterações sequenciais e interligadas, que vão desde o corpo, ao pensamento, à vida social e ao Eu (Reymond, 1983; Silva 2004). No que respeita ao quando tem início a adolescência não existe um consenso, sendo por muitos discutido. Segundo Cordeiro (1997), este período vai desde os 10 anos aos 19 anos, para outros autores o início começa aos 11 anos e finaliza com a entrada no mercado de trabalho.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os limites cronológicos da adolescência são definidos entre os 10 e 19 anos, enquanto pela Organização das Nações Unidas (ONU) situam-se entre os 15 e 24 anos, critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos. Usa-se também o termo jovens adultos para englobar a faixa etária dos 20 a 24 anos de idade. Atualmente é comum, mais por conveniência, agrupar ambos os critérios e denominar adolescência e juventude ou adolescentes e jovens em programas comunitários, englobando assim os estudantes universitários e também os jovens que ingressam nas forças armadas ou participam de projetos de suporte social denominado de protagonismo juvenil (Eisenstein, 2005).

A autonomia corresponde assim a uma das tarefas mais importantes da adolescência (Fleming, 2004). O processo de transição da dependência para a autonomia corresponde a uma etapa longa e densa a nível emocional e a nível de conflitualidade psicológica (Steinberg, 1987, cit. in Fleming, 2004). A autonomia encontra-se, portanto, ligada a um processo de individuação, de separação e de formação de identidade, envolve um movimento de independência em relação aos pais na tomada de decisão, nos valores, um desapego emocional e comportamental (Steinberg, 1985, cit. in Stephen, Eastman, & Cornelius, 1988). A autonomia encontra-se no centro das reflexões ligadas à adolescência e os estudos e reflexões sobre esta têm-se tornado sistemáticos ao longo dos anos (Steinberg, 1987, cit. in Fleming, 2004). O desenvolvimento da autonomia no início da adolescência sempre despertou muito interesse em teóricos e investigadores empíricos interessados no desenvolvimento psicossocial desta fase, sendo atualmente um tema de interesse.

OBJETIVO DA INVESTIGAÇÃO

Esta investigação teve início em 2000 numa Unidade Curricular do Mestrado Comunicação em Saúde na Universidade Aberta e à qual demos continuidade em 2010. No estudo em 2000 o nosso objetivo foi identificar se as crianças tinham objeto transacional e qual a sua relação com os mesmos. Em 2010 o nosso objetivo principal foi verificar se havia alguma relação entre as crianças que tinham objeto transacional e o grau de autonomia na adolescência.

MÉTODO

Participantes

Em 2000 a amostra não probabilística de conveniência foi composta por 20 crianças (7 do género masculino e 13 do género feminino) com idades compreendidas entre os 3-5 anos: 10 crianças viviam na Ilha de São Miguel, Açores na freguesia de Arrifes, arredores da cidade de Ponta Delgada, a que damos o nome de grupo n.º 1 e 10 vivam em Santarém, Portugal Continental, grupo n.º 2.

O critério de inclusão foi frequentarem o mesmo infantário.

Em 2010, a amostra foi constituída pelos mesmos 20 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos.

Procedimentos

Realizámos um estudo comparativo entre a ilha de São Miguel (Açores) e Portugal Continental.

A presente investigação é quantitativa, descritiva e longitudinal.

Material

Na investigação realizada em 2000 utilizámos entrevista aos pais e observação em sala de infantário das 20 crianças; em 2010 utilizámos

entrevistas aos adolescentes e aplicação de um questionário elaborado por nós, tendo por base o Questionário de Autonomia nos Adolescentes (Noom, 1999, adaptado por Graça, Calheiros, & Martins, 2010).

Este questionário foi composto por 14 perguntas tipo Likert, com escala de respostas de 5 pontos (1=Nada característico de mim; 5=Muito característico de mim), que refletem o grau em que os jovens são autónomos em relação a quatro dimensões. A primeira dimensão com 5 perguntas diz respeito à autodeterminação, corresponde a uma conduta confiante e autorregulada. A segunda dimensão com 3 perguntas é relativa à independência que corresponde a uma conduta em que sozinho(a) consegue ter iniciativa. A terceira dimensão com 3 perguntas, a Autonomia cognitiva diz respeito à capacidade do jovem tomar decisões e estabelecer objetivos pessoais. A quarta dimensão com 3 perguntas, a Autonomia emocional refere-se ao sentimento de autoconfiança e ausência de necessidade excessiva de validação social.

RESULTADOS

As crianças do grupo n.º 1 viviam em famílias alargadas, em que toda a família cuida das crianças, mesmo aquelas que vão para o jardim-de-infância, a meio do dia, os avós ou tios vão buscá-las.

Em termos de escolaridade, 16 pais têm o ensino secundário e 4 licenciatura, os avós 16 possuem o ensino básico e 4 o secundário.

Há uma grande interação entre toda a família e uma grande interajuda; as tarefas são divididas, sendo a criança o centro das atenções de todos. Há muita estimulação das crianças e um grande incentivo por parte essencialmente dos avós para que a criança tenha um objeto de relação – um objeto preferido; tentam incentivar a criança desde muito cedo (6-8 meses) a escolher um objeto. Para estas avós é essencial que a criança goste de alguma coisa para mais tarde saber viver, e dizem-nos: "Já a minha mãe me educou assim, e ajudou a criar a minha filha e ela é feliz". Quando deitam as crianças colocam ao lado alguns peluches e bonecas. É de salientar que as mães trabalham fora, mas as avós estão em casa e, por vezes, algumas tias.

As crianças têm sempre um espaço reservado para brincarem, um sótão (conhecido como falsa) ou um anexo na casa, onde elas possam estar a brincarem como e quando quiserem.

Pudemos constatar através da observação das crianças que o objeto transacional é um companheiro evolutivo e metacognitivo, que representa a própria história da criança e a sua vivência no mundo, como se pode verificar no quando n.º 1.

Quadro 1

Relação criança objeto transacional do grupo 1

Criança	Idade	Objeto transacional	Fala com o objeto transacional	O objeto transacional responde	O objeto transacional tem sentimentos
David	4 anos	cãozinho – Totó	sim	sim	sim, idênticos aos da criança
Inês	5 anos	um ursinho – Ursinho	sim	sim	sim, idênticos aos da criança
Alice	4 anos	peluche – Tigrezinho	sim	sim	sim, diferentes dos da criança
Cátia	3 anos	boneca – Boneca	sim	sim	sim, diferentes dos da criança
Ricardo	4 anos	gato de peluche – Amigo	sim	não	sim, idênticos aos da criança
Ana Sofia	4 anos	boneca – Lili	sim	não	sim, idênticos aos da criança
Susana	5 anos	boneca – Sofia	sim	não	não
Luís	4 anos	cão de peluche – Begas	sim	sim	sim, idênticos aos da criança
Ana Luísa	5 anos	cadela de peluche – Jaqui	sim	não	não
João	4 anos	boneco – Rechonchas	sim	sim	sim, diferentes dos da criança

Da nossa observação, estas crianças ao falarem com os objetos transacionais, estes escutam-nas durante horas, dão-lhes tempo e espaço para exprimirem os seus pensamentos e depois de refletirem sobre aquilo que disseram, para amadurecerem, as suas ideias e conceções do mundo.

Na maior parte dos casos, ninguém diz à criança o que deve fazer com o seu peluche, no entanto, e interpretando os diálogos com o peluche, a

criança tem bem consciência de dever submeter-se a muitas obrigações e deveres que poderiam exprimir-se através do objeto: "Só com o meu peluche posso ser mesma, eu própria, não fazer aquilo que agrada aos outros. Com esta certeza posso suportar melhor as dificuldades quotidianas".

As crianças do grupo n.º 2 vivem em famílias nucleares, em que não há suporte de família alargada à exceção de algum período de férias em que, por vezes, cuidam delas. As crianças ficam nos jardins-de-infância e, quando estes fecham, vão para a ama. Os pais trabalham em Lisboa ou arredores e as mães por turnos e com duplo emprego. Relativamente à escolaridade, 25 pais possuem o ensino secundário e 15 licenciatura. Vivem em apartamentos em que o quarto de dormir é também o quarto de brincar onde têm televisão com vídeo. É em frente à televisão que a criança passa a grande parte do tempo quando está em casa a ver cassetes de vídeo ou programas da televisão. Os pais referem que não têm tempo para estarem com elas, não sabem se a criança tem ou teve algum objeto transacional e pensam que elas têm tudo o que precisam, porque tudo o que pedem têm e isto é o mais importante.

Quadro 2

Relação criança objeto transacional do grupo 2

Criança	Idade	Objeto transacional	Fala com o objeto transacional	O objeto transacional responde	O objeto transacional tem sentimentos
Margarida	4 anos	não tem			
Elsa	5 anos	um ursinho – João	não	não	não
João Pedro	4 anos	não tem			
Filipa	4 anos	fralda – Ah, Ah	não	não	não
Rute	4 anos	não tem			
José	4 anos	fralda de pano – sem nome	não	não	não
Maria	4 anos	casaco da mãe	não	não	não
Raquel	4 anos	não tem			
João Pedro	5 anos	cão de peluche – Snoopy	sim	não	não
Beatriz	4 anos	boneco – Carlos	sim	sim	Sim, diferentes dos da criança

Como se pode verificar pelo quadro anterior, 4 destas crianças não têm objeto transacional, 6 têm, mas só duas falam com o objeto transacional e apenas numa observamos que o objeto transacional tinha sentimentos. Sabemos que os pais destas crianças não incentivam o diálogo com os bonecos e até pensam que este comportamento é anómalo.

Se compararmos a relação destas crianças com as que observamos na primeira situação, verificamos grandes diferenças essencialmente na criatividade, na imaginação, no autocontrole e na socialização.

Quadro 3

Adolescente e nível de autonomia do grupo 1

Adolescente	Auto-determinação	Independência	Autonomia cognitiva	Autonomia emocional	Média
David	4	5	5	4	5
Inês	4	5	4	5	5
Alice	5	4	5	4	5
Cátia	4	4	4	5	4
Ricardo	2	3	2	2	2
Ana Sofia	2	3	3	2	3
Susana	1	2	2	3	2
Luís	4	4	4	4	4
Ana Luísa	5	5	5	4	5
João	4	5	5	5	5

Quadro 4

Adolescente e nível de autonomia do grupo 2

Adolescente	Auto-determinação	Independência	Autonomia cognitiva	Autonomia emocional	Média
Margarida	2	3	2	3	3
Elsa	2	3	2	2	2
João Pedro	3	2	3	2	3
Filipa	2	3	2	2	2
Rute	2	3	2	2	2
José	2	3	3	2	3
Maria	1	2	2	3	2
Raquel	2	2	3	2	2
João Pedro	5	5	5	4	5
Beatriz	2	2	2	3	2

Podemos verificar que as crianças que tiveram objeto transacional têm um grau maior de autonomia na adolescência de acordo com o questionário que foi aplicado e pelos valores que obtivemos (Quadros 3 e 4). No Quadro 3 os adolescentes apresentam-se mais autónomos do que os do Quadro 4. Lembre-se que em crianças no grupo n.º 1 a maioria tinha objeto transacional.

DISCUSSÃO

Reconhece-se nas crianças do grupo n.º 1 a teoria de Winnicott, segundo a qual elas tinham um ambiente capaz de suportar que o indivíduo dele se discrimine ressaltando, no entanto, que é a presença imprescindível de um cuidado consistente nos momentos de separação que garante a possibilidade de o sujeito realmente ficar só (Winnicott, 1998), sem fracassar e sem se sentir abandonado.

Se compararmos culturas diferentes, segundo (Cyrulnik, 1989, cit. in Ramos, 2004; Lam et al., 1979, 1981, 1982; Lebovici, 1983), verifica-se que na mesma cultura e nas diferentes culturas, há grandes semelhanças e grandes diferenças, as quais vão oferecer certas particularidades ao desenvolvimento, autonomia e funcionamento psicológico da criança.

Desta reflexão, deixamos inscritas duas conclusões: a primeira que o objeto transacional foi muito importante para as crianças que observámos, ajudando-as a ficarem longe da mãe, a tornarem-se mais autónomas, a gerirem melhor os seus sentimentos; a segunda, já adolescentes, ao lembrarem-se do objecto/companheiro que tinham quando crianças, essa lembrança trazia-lhes o conforto e a segurança que sentiam em crianças.

REFERÊNCIAS

Brazelton, T., & Greenspan, S. (2003). *A criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa. Presença

Cordeiro, M. (1997). *Dos 10 aos 15 anos: Adolescentes e Adolescência*. Lisboa: Quatro Margens.

Eisenstein E. (2005). Adolescência: Definições, conceitos e critérios. *Adolescência e Saúde*, *2*(2), 6-7.

Erikson, E. H. (1972). *Identidade, juventude e crise*: Rio de Janeiro. Zahar.

Fleming, M. (2004). *Adolescência e Autonomia*. Lisboa: Edições Afrontamento.

Garvey, C. (1992). *Brincar*. Lisboa: Edições Salamandra.

Graça, J., Calheiros, M., & Martins, A. (2010). Adaptação do Questionário de Autonomia nos Adolescentes (QAA) para a língua portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, *8*(2), 237-250.

Stephen, A. S., Eastman, G., & Cornelius, S. (1988). Adolescent autonomy and parental stress. *Journal of Youth and Adolescence*, *17*, 377-391.

Ramos, N. (1990). *Colóquio viver (n)a cidade*. Lisboa: LNEC.

Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Reymond, R. B. (1983). *O desenvolvimento social da criança e do adolescente*. Lisboa: Editorial Aster.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1998). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

A PERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR DOS RECLUSOS EM ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS PORTUGUESES

Ana Carolina Leite[1] (✉ aninhacarolinaleite@gmail.com), Graça Esgalhado[1,2,3], & Vítor Costa[1,2]

[1] Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal
[2] BSAFELAB Law Enforcement, Justice and Public Safety Research and Technology Transfer Laboratory, Covilhã, Portugal
[3] IPCDHS – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social, Coimbra, Portugal

O bem-estar compreende a satisfação global das necessidades do indivíduo, sendo uma variável relevante em contexto prisional. O presente trabalho propõe uma investigação sobre a percepção de bem-estar dos reclusos em estabelecimentos prisionais portugueses.

Apesar do crescente número de estudos realizados sobre da população prisional ainda há espaço para temas pouco abordados, relacionados com o modo como os reclusos percecionam o bem-estar, na medida em que parte da literatura incide sobre o funcionamento psicopatológico e perturbações de personalidade dos mesmos (Costa et al., 2017).

Wooldredge (1999, cit. in Awopetu, 2014), também salienta a falta de pesquisas sobre o bem-estar psicológico dos reclusos. Segundo este autor, o bem-estar psicológico tem implicações diretas na perceção de insegurança, estresse, baixa autoestima e solidão.

De modo geral, supõe-se que a prisão prejudica o bem-estar. Essa suposição é influenciada pelo modelo apresentado pelas prisões de segurança máxima americanas e britânicas, caracterizadas na sua maioria por condições desumanas como superlotação, punições severas e falta de programas de reabilitação (Gullone, Jones, & Cummins, 2000). Desse modo torna-se importante identificar quais são os fatores que favorecem a percepção de bem-estar pelos reclusos das instituições prisionais.

Bukstel e Kilmann (1980) realizaram uma revisão sobre os estudos acerca dos efeitos da prisão e concluíram que a prisão não compromete de

forma geral o bem-estar de todos reclusos, demostrando que as relações entre prisão e bem-estar psicológico estão relacionadas com diversas variáveis (Bukstel & Kilmann, 1980, cit. in Gullone, Jones, & Cummins, 2000).

Uma dessas variáveis é o contato com o meio externo através das visitas. As visitas às prisões proporcionam aos reclusos uma forma de manutenção e fortalecimento nas relações, atuando como um papel protetor, que afeta o bem-estar e melhora no comportamento dos reclusos (De Claire & Dixon, 2017). Logo, a manutenção dos relacionamentos interpessoais proporciona a redução da probabilidade da reincidência e posterior integração positiva com a comunidade (Hairston, 1988; Maio, Sharma, & Stewart, 2008; Niven & Stewart, 2005, cit. in De Claire & Dixon, 2017). Manter o relacionamento entre pais e filhos, por exemplo, possibilita que os reclusos mantenham sua identidade social, fornece segurança e garante o bem-estar (Hairston, 1998, cit. in De Claire & Dixon, 2017).

A falta de contato com as famílias tornam os reclusos socialmente prejudicados, levando-os à perda de esperança e expectativas e ao esgotamento emocional (Hairston, 1998, cit. in De Claire & Dixon, 2017). Poehlmann (2005) destaca que os reclusos que recebem com menos frequência visitas dos seus filhos apresentaram de forma expressiva níveis mais altos de depressão (Poehlmann, 2005, cit. in De Claire & Dixon, 2017). Em relação aos reclusos adolescentes do sexo masculino, verificou-se que aqueles receberam mais visitas dos pais apresentaram mais rapidamente uma redução dos sintomas depressivos em relação aos demais (Monahan et al., 2011, cit. in De Claire & Dixon, 2017).

Segundo Awopetu (2014) o estado civil apresenta-se como uma variável significativa em relação ao bem-estar, sendo essa percepção mais elevada nos reclusos que eram casados do que nos reclusos que o não eram.

Um estudo realizado por Wormith (1984) analisou os efeitos da prisão em 289 reclusos e indicou que a fase mais estressante é a inicial e que, com o decorrer do tempo, os reclusos apresentam maior adaptação. Após um período de confinamento, os reclusos apresentam um aumento na sua autoestima, assim como maior identificação com os demais reclusos (Wormith, 1984, cit. in Gullone & Cummins, 2000). A adaptação e maturidade apresentada pelos reclusos com sentenças mais longas têm

como resultado a melhoria na conduta destes reclusos. Os períodos mais longos de sentenças conduzem os reclusos a uma maior percepção de conformidade, sendo que estes parecem estar mais cientes sobre a necessidade de coexistência com as autoridades da instituição (Awopetu, 2014).

Em relação à idade dos reclusos e a perceção de bem-estar, Gallagher (2001) indica que não há grandes diferenças entre os reclusos idosos com a população de homens idosos livres. Quando inquiridos os reclusos sobre a satisfação dos cuidados na saúde dentro da prisão, 56% dos reclusos idosos declaram-se satisfeitos, face a 32% dos reclusos mais jovens. A insatisfação é proveniente de queixas que recaem sobre o acesso aos cuidados e às atitudes da equipe médica. Os reclusos apresentam uma queixa em relação à equipe relatando que são estereotipados por estes como tomadores de comprimidos e têm acesso negado a remédios como laxantes e aspirinas devido ao seu histórico de consumo de substâncias.

Para alguns reclusos idosos a prisão pode significar um local de refúgio, pois a vida fora das instituições mostra-se ainda mais severa para aqueles com idade avançada, que possuem menos oportunidades de ressocialização e estão com a saúde mais fragilizada. Logo a prisão mostra-se como uma alternativa mais segura, onde lhes é possível acender a condições básicas de alojamento, alimentação e assistência médica (Gallagher, 20011).

As condições ambientais apresentadas por algumas instituições prisionais como a sobrelotação, a falta de saneamento básico, má alimentação e falta de contato com o exterior contribuem para a diminuição da percepção de bem-estar dos reclusos. Um relato da Amnistia Internacional (2008) demostra que essas condições são prejudiciais ao bem-estar dos reclusos e constituem uma evidente ameaça à saúde dos mesmos. É recomendado que o ambiente prisional se mantenha limpo e não apresente riscos para a saúde, porém com o aumento da população prisional torna-se difícil manter esses pré-requisitos. Quando não se tem instalações adequadas na casa de banho e na cozinha, por exemplo, pode colocar-se em risco a saúde dos reclusos, dificultando o controlo de doenças contagiosas. Torna-se importante que os reclusos se mantenham organizados e tenham informações sobre cuidados preventivos de saúde, tais como saneamento básico e higiene pessoal e tenham acesso a uma alimentação nutritiva (Awopetu, 2014).

A sobrelotação das instituições prisionais também dificulta a reintegração e reabilitação, devido à diversidade dos reclusos, dos tipos de crimes e penas. Como resultado da reclusão, além da privação da liberdade, ocorre também a privação da autonomia e do convívio social. Esses fatores podem ocasionar nos reclusos reações de impulsividade, ansiedade, baixa resistência à frustração e propensão para a depressão. A elaboração de um plano individual para cada recluso, considerando a adaptação à sentença e às situações que provocam o estresse, por exemplo, pode ser uma forma de prevenir que esses fatores prejudiquem a perceção de bem-estar dos mesmos, caracterizando uma intervenção em contexto prisional que atua através de diversas técnicas e instrumentos, com o objetivo de proporcionar ao recluso maior resistência e oportunidades de reintegração (Gonçalves, 2002, cit. in Barbosa 2012).

Segundo Foucault (2004) a prisão enquanto instituição, tem como objetivo, além de punir delinquentes, recuperá-los de forma positiva para integrá-los na sociedade. Durante o tempo de reclusão o recluso vive numa instituição com regras e normas diferentes das existentes em liberdade (Foucault, 2004, cit. in Barbosa, 2012). Já para Goffman (1992, cit. in Barbosa 2012), as prisões são instituições com a capacidade de transformar as pessoas, com a função de evitar que os reclusos se tornem reincidentes. Deste modo, o autor afirma que a instituição prisional é um local voltado para a reintegração e reeducação coletiva e individual.

Ainda sobre a reintegração e ressocialização, as atividades dentro da prisão apresentam-se como uma oportunidade para os reclusos atingirem esses objetivos dentro e fora da instituição. Os reclusos permanecem privados da liberdade e do convívio com a sociedade por um longo período de tempo, o que muitas vezes dificulta a ressocialização, tornando muitas vezes inapto para seu retorno à sociedade. Logo seria relevante que as prisões os auxiliassem na aquisição de habilidades úteis para sua reintegração (Staff, 2016, cit. in Hermandez, 2019).

Os reclusos vivenciam diversos obstáculos aquando da sua saída da prisão e reinserção na sociedade. Além do seu histórico não ser favorável para novas oportunidades, os reclusos deparam-se com uma realidade diferente da qual viviam antes da reclusão, as suas relações anteriores à prisão sofreram transformações, assim como o mundo envolvente (Visher & Travis, 2003). Os cursos de formação em instituições prisionais tornam-se relevantes, pois o registo criminal coloca o recluso em posição de

desvantagem em processos seletivos para emprego, escola e moradia, apresentando um grande desafio ao recluso após a sua saída da prisão (Hernandez, 2019). O envolvimento em atividades e o acesso à educação está associado a melhorias na autoconfiança dos reclusos e tem um papel protetor em relação à reincidência (Young & Church, 2017).

Além dos reclusos, é importante ressaltar que o *staff* prisional também está sujeito às adversidades da instituição prisional. A função dos agentes prisionais é garantir que a instituição cumpra a sua função de segurança. Este *staff*, na sua maioria, é composto por funcionários públicos com pouco reconhecimento, que atuam longe dos olhos do público, e assim como os reclusos estão ocultos atrás dos muros da prisão (Coyle, 2002, cit. in Alves, 2019; Garland, McCarty, & Zhao, 2009).

O cotidiano do *staff* pode ser bastante conflituoso devido à sua convivência com os reclusos, que podem representar para estes um grupo rival, exercendo a sua atividade profissional num ambiente violento. Essa convivência pode apresentar um risco para a saúde física e mental. Além disso, em países como o Brasil, os funcionários das prisões são caracterizados por má conduta, tais como tortura, maus tratos, negligência e corrupção (Scartazzini & Borges, 2018).

Segundo Lopes (2002), é comum que esses funcionários com o tempo apresentem comportamento de adição em álcool e outras substâncias (Lopes, 2002, cit. in Scartazzini & Borges, 2018). Para Thopsom (2002), assim como os reclusos, o *staff* também passa por privações, sendo obrigado a mudar velhas práticas e valores pessoais para adotar os padrões das instituições prisionais (Scartazzini & Borges, 2018; Thompson, 2002). Essas circunstâncias tornam crescentes o número de funcionários atingidos pelo *burnout* e degastes físico e mental (Scartazzini & Borges, 2018).

MÉTODO

A pesquisa realizada é de natureza descritiva e exploratória, de tipo quantitativo.

O estudo tem como objetivo principal investigar a perceção dos reclusos sobre o bem-estar em contexto prisional. Pretende-se ainda:

- Avaliar a perceção de bem-estar em função de realizar ou não atividades dentro da prisão;
- Avaliar o nível de satisfação com a instituição;
- Identificar os aspetos mais relevantes para a perceção do bem-estar em reclusos.

Participantes

Os dados foram obtidos em prisões portuguesas, com uma amostragem por conveniência. Participaram 139 reclusos, de idades entre 21 e 68 anos (*M*=39.5; *DP*=12.80), na sua grande maioria portugueses (85,4%) e com baixa escolaridade (69.6% dos reclusos não concluíram o ensino secundário).

Instrumentos

Utilizou-se um questionário, desenvolvido no contexto de um projeto europeu, *"AWARE: Cross-sectoral awareness building on mental health needs in the criminal justice system and on release",* contendo questões sociodemográficas como a idade, escolaridade e nacionalidade. Também fazem parte desse instrumento questões relativas à satisfação e ao bem-estar tais como:

- "acha que as pessoas aqui na prisão se preocupam com o seu bem-estar";
- "se pedir, consigo ser atendido por um médico num prazo razoável";
- "tenho problemas com outros reclusos";
- "no geral, estou satisfeito com a instituição".

Na maioria dos itens optou-se por uma escala de resposta dicotómica, tendo em conta os resultados do estudo piloto realizado e o nível de escolaridades e características psicológicas dos respondentes.

Procedimentos

Previamente à recolha dos dados procedeu-se ao pedido de autorização para se efetuar a pesquisa.

O preenchimento dos questionários decorreu de julho a outubro de 2019, de forma presencial em prisões portuguesas. Foram garantidas a confidencialidade, anonimato e o carácter voluntário da participação. A aplicação foi realizada por técnicos do contexto prisional que receberam formação específica no âmbito do referido projeto e mais diretamente no que concerne à administração do questionário. Uma vez preenchidos os inquéritos, os dados foram inseridos numa base de dados do *IBM SPSS Statistics 25*, e posteriormente analisados.

RESULTADOS

Após a análise dos dados verificou-se que 41% dos participantes são reincidentes. Em relação aos reclusos que estão na sua primeira sentença, 54% declaram-se satisfeitos com a instituição. Entre os reclusos reincidentes, verificou-se que aqueles que estiveram entre quatro a seis vezes na prisão, 60% mostram-se satisfeitos com a instituição. Por seu turno, os reclusos com mais de seis sentenças tiveram uma taxa de 67%. A percentagem de reincidentes do presente estudo assemelha-se às estatísticas em Portugal divulgadas em 2003, no Relatório sobre o Sistema Prisional da Provedoria da Justiça, que aponta uma taxa de reincidência de 51% (Barbosa, 2012). A reincidência criminal associa-se aos fatores relacionados ao período de pré-reclusão, durante a reclusão e pós-reclusão (Dhami et al., 2006, cit. in Barbosa, 2012) e em relação ao período durante a reclusão, os resultados apontam que mais da metade dos reincidentes estão satisfeitos, o que pode ser compreendido como uma adaptação destes ao ambiente prisional.

Em relação à duração do tempo de sentença, constituem-se dois grupos de reclusos: grupo 1 com reclusos com duração de pena igual ou inferior a quatro anos (≤48 meses) e grupo 2 com reclusos com duração de pena superior a quatro anos (>48 meses). Dos reclusos do grupo 1, 52% declararam-se satisfeitos, enquanto dos reclusos do grupo 2, encontram-se satisfeitos 53%. Em relação à duração do tempo de sentença, constata-se que este não constitui um fator determinante na perceção de satisfação dos reclusos.

Relativamente ao tempo efetivo de reclusão, os reclusos que estão há mais tempo na prisão manifestam maior satisfação com a instituição: 48% dos reclusos que estão na prisão num período ≤ a 24 meses declaram-se satisfeitos com a instituição e 52% encontram insatisfeitos; dos que que se encontram na prisão num período ≥ a 25 ou mais meses e 55% dos reclusos declaram-se satisfeitos e 45% declaram-se insatisfeitos.

Quando se compara a satisfação entre os grupos de idade dos reclusos, verifica-se que nos mais jovens, até 30 anos, 61% declara não estar satisfeito. Nas restantes faixas etárias, 58% dos reclusos com idade entre 31 a 49 anos e 57% dos reclusos com idade superior a 50 anos referem estar satisfeitos.

DISCUSSÃO

Estes resultados vão ao encontro dos de outros estudos. Segundo Gallagher (2001), os reclusos mais idosos possuem um estatuto mais elevado na prisão e têm acesso a melhores oportunidades de ocupação em contexto prisional do que os reclusos mais jovens. Sobre a questão da interação entre os reclusos, os mais idosos declaram que fizeram amizade com os mais jovens e dizem ter influência sobre eles, prestando-lhes algum tipo de assistência. Expressam que o fato de estar rodeado por homens mais jovens auxilia a perceção de manter-se jovem. Esses fatores podem estar relacionados com a satisfação e bem-estar apresentados pelos reclusos mais idosos serem superiores aos dos reclusos com idade inferior a 30 anos. Segundo Flanagan (1980, cit. in Awopetu, 2014), os reclusos mais idosos que cumprem maiores sentenças apresentam menor envolvimento em relação à falta de conduta institucional.

No que diz respeito à atividade dentro da prisão, averiguou-se que 74% dos reclusos participam em algum tipo de atividade. Destes 55% declaram-se satisfeitos com a instituição. Dos que não participam em atividades, 35% referem sentir-se satisfeitos coma instituição. Essa diferença de satisfação entre os que participam e os que não participam em atividades pode ser entendida através do papel que o trabalho na prisão pode proporcionar. Praticar atividades dentro da prisão auxilia na redução

do ócio e isolamento, além de proporcionar uma melhor autoestima, fazendo com que o recluso se sinta útil através da realização de tarefas. No contexto prisional brasileiro o trabalho prisional apresenta-se ainda como uma forma de combate à sobrelotação, uma vez que o recluso que trabalha na prisão pode ser recompensado com a redução progressiva da pena (Rodrigues & Cavalcanti, 2017).

Outro fator que pode aumentar a satisfação entre os reclusos que praticam atividades diz respeito à oportunidade do recluso em obter continuidade na educação e formação, ou aprender uma nova profissão durante o cumprimento da sentença, uma vez que 70% dos reclusos não concluíram o ensino secundário. Logo, possuem uma desvantagem em processos de recrutamento e seleção após a saída da prisão. Desse modo, a realização de atividades que promovem a formação profissional pode auxiliar na ressocialização e consequentemente na diminuição da reincidência.

No que se refere à perceção dos reclusos acerca da preocupação do *staff* com o seu bem-estar, 50% percecionam que o *staff* revela preocupação. Entre esses reclusos a taxa de satisfação com a instituição é de 72%. Sobre esse aspeto, essa perceção de preocupação de outros com o seu bem-estar pode ser analisada através da perceção de suporte social. Segundo Ribeiro (1999), o suporte social pode ser diferenciado entre suporte social percebido e suporte social recebido. O primeiro refere-se ao suporte social que o sujeito perceciona ao necessitar dele, e o segundo, diz respeito ao receber deste suporte. No que se refere ao papel do suporte social, a perceção desse suporte é um fator protetor do impacto de situações desafiadoras e estressantes, tanto no bem-estar físico como mental, que permite o aumento da autoestima e do bom humor, promovendo uma visão mais otimista sobre a vida e diminuindo a sensação de isolamento e de derrotas (Pinheiro & Ferreira, 2005). No entanto, na presente amostra, não se verificam diferenças na satisfação com a instituição de reclusos com ou sem parceiro. No entanto, 59% dos reclusos que consideram ter possibilidades de manter contacto com a família e amigos dizem estar satisfeitos com a prisão, o que evidencia a importância do suporte recebido.

O presente estudo visou analisar e interpretar os resultados obtidos sobre as perceções dos reclusos em relação às suas necessidades de bem-estar.

Com a reclusão, o indivíduo perde muito mais que sua liberdade. A falta de contacto com o mundo externo gera no recluso perda de autonomia, das

relações pessoais e sociais, da sua capacidade de escolha. Nesse cenário procurou-se investigar quais seriam os fatores que proporcionam aos reclusos a perceção de bem-estar.

Através da análise dos resultados encontraram-se diversos fatores que propiciam maior perceção de satisfação global dos reclusos com a instituição. A idade e reincidência mostraram serem variáveis que facilitam a adaptação dos reclusos à prisão. Efetivamente, reclusos mais velhos e com maior reincidência apresentaram uma elevada perceção de satisfação com a prisão. Participar em atividades dentro da prisão também se mostrou relevante para a perceção de bem-estar, uma vez que através destas é possível diminuir o ócio e aumentar a autoestima do recluso, ao contribuir para que se sinta mais útil.

O grupo de reclusos que apresentou maior taxa de satisfação em contexto prisional foi aquele que percecionou preocupação do *staff* com o seu bem-estar, o que demonstra que o suporte social percebido por parte dos reclusos pode ser determinante para a sua satisfação.

A investigação do impacto dessas variáveis na perceção de satisfação e bem-estar pode auxiliar na promoção de melhores condições no meio prisional, proporcionando melhor qualidade de vida aos reclusos e ao *staff* prisional num ambiente, na maioria das vezes, considerado adverso.

No que se refere às limitações do estudo, a natureza transversal do mesmo e a recolha de dados através de um questionário contendo maioritariamente itens com escala dicotómica podem ser consideradas como tais.

Investigar sobre a percepção de bem-estar é relevante para a área da saúde, pois aceder ao modo como os reclusos vivenciam o contexto prisional facilita a prestação de um serviço de qualidade que traz bem-estar e uma melhor adaptação, resultando posteriormente na sua reabilitação e integração na sociedade e diminuindo a reincidência.

REFERÊNCIAS

Alves Lourenço, A. R. (2019). *Impacto da formação organizacional no comprometimento e satisfação laboral dos colaboradores. Estudo de caso no Sistema Prisional Português* (Área Metropolitana de Lisboa) (Tese de doutoramento). doi: http://hdl.handle.net/10400.26/27981

Awopetu, R. G. (2014). Influence of demographic variables and prison overcrowding on psychological well-being of prison inmates in South-West, Nigeria. *Nigerian Journal of Applied Behavioural Sciences*, *2*, 204-214.

Barbosa, A. F. (2012). *Fatores preditivos da reincidência: Análise de uma amostra aleatória de reclusos portugueses do sexo masculino* (Tese de doutoramento). doi: http://hdl.handle.net/1822/24285

Costa, V., Monteiro, S., Esgalhado, G., & Pereira, H. (2017). Investigação psicológica em contexto prisional português: Uma revisão sistemática da literatura e desafios futuros para a investigação. *Psicologia*, *31*(1), 49-58.

De Claire, K., & Dixon, L. (2017). The effects of prison visits from family members on prisoners' well-being, prison rule breaking, and recidivism: A review of research since 1991. *Trauma, Violence, & Abuse*, *18*(2), 185-199.

Dalfovo, M. S., Lana, R. A., & Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: Um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, *2*(3), 1-13.

Gallagher, E. M. (2001). Elders in prison: Health and well-being of older inmates. *International Journal of Law and Psychiatry*, *2*(24), 325-333.

Gullone, E., Jones, T., & Cummins, R. (2000). Coping styles and prison experience as predictors of psychological wellbeing in male prisoners. *Psychiatry, Psychology and Law*, *7*(2), 170-181. doi: 10.1080/13218710009524983

Hernandez, S. (2019). Implementing educational courses on social media within prisons to decrease unemployment rates among ex-prisoners and reduce recidivism in the United States. *All Regis University Theses.* doi: https://epublications.regis.edu/theses/935

Pinheiro, M., & Ferreira, J. (2005). A percepção de suporte social da família e dos amigos como elementos facilitadores da transição para o ensino superior. *Actas do VIII Congresso Galaico Português de Psicopedagogia* (pp. 467-485). Braga: Instituto de Educação e Psicologia/Centro de Investigação em Educação.

Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, *17*(3), 547-558.

Rodrigues, V. F. R., & Cavalcanti, S. C. M. (2017). O Sistema prisional e a ressocialização do preso através do trabalho. *Revista Facisa On-line*, *6*(2), 47-62.

Scartazzini, L., & Borges, L. M. (2018). Condição psicossocial do agente penitenciário: Uma revisão teórica. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, *38*(94), 45-53.

Visher, C. A., & Travis, J. (2003). Transitions from prison to community: Understanding individual pathways. *Annual Review of Sociology*, *29*(1), 89-113.

Young, S., Greer, B., & Church, R. (2017). Juvenile delinquency, welfare, justice and therapeutic interventions: A global perspective. *BJPsych bulletin, 41*(1), 21-29.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

A QUALIDADE DE VIDA DE PAIS-CUIDADORES DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL

Luciana Sotero[1] (✉ lucianasotero@fpce.uc.pt), Juliana Maciel Queiroz[2], Fábio Fernandes[1], & Ana Paula Relvas[1]

[1] Faculdade Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal
[2] Universidade do Estado do Pará, Brasil

Diagnosticada no período fetal, neonatal ou na primeira infância, e persistindo ao longo da vida, a paralisia cerebral é considerada uma condição crónica pediátrica. Pais de crianças e adolescentes com paralisia cerebral são confrontados com um conjunto de desafios, entre os quais: (1) reajustar planos e expetativas face às restrições impostas; (2) lidar com serviços de saúde, médicos e técnicos; (3) assumir um papel central no auxílio prestado à criança; (4) lidar com alterações produzidas no sistema familiar (Bradford, 1997). Deste modo, torna-se possível afirmar que o desgaste relacionado com esta condição crónica pediátrica afeta não apenas o portador, como também os elementos do sistema familiar que lhe prestam o apoio de que necessita (Maurício, 2013). Mais do que a adoção de um novo papel, ser cuidador informal, de uma criança com paralisia cerebral envolve o incremento do papel de pai/mãe (Dixon-Woods, Young, & Heney, 2002). A sobreposição entre o papel de pai/mãe e o papel de cuidador informal que carateriza o contexto das condições crónicas pediátricas, no geral, e da paralisia cerebral, em particular, justificou a escolha da expressão *pais-cuidadores* para nos referirmos aos pais de crianças com paralisia cerebral, salientando desta forma a intensificação do seu papel parental.

O interesse acerca da qualidade de vida de pais-cuidadores de crianças com paralisia cerebral é bastante recente, verificando-se uma escassez de estudos sobre o tema. Embora a maioria das investigações mencione um risco aumentado de uma qualidade de vida e saúde mental deterioradas (Santos, Biancardi, Guare, & Jardim, 2010), pouco se sabe sobre as

variáveis que influenciam a qualidade de vida dos cuidadores (Maurício, 2013). O desenvolvimento de estudos neste domínio é ainda relevante na medida em que a revisão da literatura empírica aponta para resultados contraditórios, revelando alguns estudos que a qualidade de vida dos pais-cuidadores de crianças com paralisia cerebral não difere da qualidade de vida de pais com filhos sem condições crónicas de saúde (e.g., Carona, Pereira, Moreira, Silva, & Canavarro, 2012), enquanto outros estudos referem que estes pais descrevem a sua qualidade de vida como pobre ou inexistente, devido ao facto de a maior parte do seu tempo ser preenchido com os cuidados prestados (e.g., Davis et al., 2009).

O presente estudo tem então como principal objetivo identificar determinantes sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, número de filhos e nível socioeconómico), individuais (resiliência e *stress* parental) e familiares (funcionamento familiar) da qualidade de vida de pais-cuidadores de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. Através deste estudo, procura-se contribuir para a compreensão da qualidade de vida de pais-cuidadores e para o desenvolvimento de ações preventivas e interventivas que beneficiem a vida destes cuidadores.

MÉTODO

A recolha da amostra de conveniência ocorreu em diversas Associações de Paralisia Cerebral (APCC) localizadas de norte a sul do país, entre março e dezembro de 2018, tendo sido convidados a participar os sujeitos que cumprissem os seguintes critérios de inclusão: (1) ser cuidador informal de uma criança ou adolescente com paralisia cerebral; (2) o portador da paralisia cerebral ter uma idade compreendida entre um e 19 anos.

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 176 cuidadores informais: 149 mães e 27 pais, com idades compreendidas entre os 24 e 75 anos (M=41.85; DP=8.915). A maioria dos participantes encontra-se empregada (n=145; 86.3%), possui o ensino secundário (n=54; 30.9%), é casada (n=110; 62.5%) e tem

mais do que um filho (*n*=107; 62.9%). Importa ainda referir que a maioria dos cuidadores se insere no nível socioeconómico médio (*n*=78; 44.3%) e baixo (*n*=77; 43.8%).

Protocolo de investigação

Para a recolha dos dados recorreu-se à aplicação de um protocolo de investigação composto pelos seguintes instrumentos de autorresposta: (1) um *Questionário Sociodemográfico* desenvolvido com o objetivo de caraterizar os sujeitos da amostra, abarcando a recolha de informação relativa a diversos dados sociodemográficos (e.g., sexo, idade, habilitações literárias, profissão, estado civil); (2) o *World Health Organization Quality of Life – Bre*f (WHOQOL-BREF; versão portuguesa de Vaz Serra et al., 2006) destinado a avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos em quatro domínios: (i) Físico, (ii) Psicológico, (iii) Relações Sociais e (iv) Ambiente. Valores mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida, devendo os resultados obtidos ser analisados em função das pontuações obtidas nos respetivos domínios, não existindo uma pontuação total. No presente estudo obteve-se uma consistência interna razoável no domínio Físico (α=.789) e uma boa consistência interna nos outros três domínios (.804≤α≤.822); (3) a *Escala de Resiliência de Connor-Davidson* (CD-RISC; versão portuguesa de Faria-Anjos, Ribeiro, & Ribeiro, 2008, citado em Almeida, 2016) que permite avaliar e quantificar a resiliência individual em quatro fatores: (i) Competência Pessoal, Padrões Elevados e Tenacidade; (ii) Confiança nos seus Instintos, Tolerância a Afetos Negativos e Efeitos Fortalecedores do *Stress*; (iii) Aceitação Positiva da Mudança e Relações Seguras, e (iv) Influência Espiritual. Em termos de interpretação, pontuações mais elevadas correspondem a maior resiliência. No presente estudo a CD-RISC obteve uma boa consistência interna (.807≤α≤.878) na escala total e em três dos seus fatores. De notar que o fator Influência Espiritual foi excluído, tendo em conta que apresentou uma consistência interna considerada inadmissível (α=.452); (4) o *Índice de Stress Parental – Versão Reduzida* (ISP-VR; versão portuguesa de Santos, 2011), um questionário amplamente utilizado para a avaliação do *stress* parental percebido pelos pais em três dimensões: (i) *Distress* Parental; (ii) Interação Disfuncional entre Pai/Mãe e Criança e (iii) Criança Difícil. Pontuações mais elevadas reportam-se a menores níveis

de *stress* parental. No presente estudo obteve-se uma boa consistência interna na escala total e na dimensão *Distress* Parental (.850≤α≤.897), registando as restantes dimensões uma consistência interna razoável (.718≤α≤.771); e, finalmente, (5) o *Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation* (SCORE-15; versão portuguesa de Vilaça, Silva, & Relvas, 2014) que permite avaliar o funcionamento familiar em três subescalas: (i) Recursos Familiares, (ii) Comunicação na Família e (iii) Dificuldades Familiares. Em termos de interpretação, pontuações mais elevadas significam um pior funcionamento familiar. No presente estudo obteve-se uma boa consistência interna na escala total e nas subescalas Recursos Familiares e Comunicação na Família (.821≤α≤.890), tendo-se obtido na subescala Dificuldades Familiares uma consistência interna razoável (α=.776).

Análises estatísticas

Foram efetuadas análises de regressão linear múltipla hierárquica com dois modelos para averiguar o efeito das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, número de filhos e nível socioeconómico), inseridas no primeiro modelo, e das dimensões da resiliência, *stress* parental e funcionamento familiar, colocadas no segundo modelo, em cada domínio (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente) da qualidade de vida dos cuidadores. Com vista a assegurar as condições de aplicabilidade da regressão linear múltipla, foram averiguados (para todas as regressões efetuadas) os seguintes pressupostos: (1) a independência dos resíduos com recurso ao teste de *Durbin-Watson*, verificando-se valores próximos de 2, e (2) a multicolinearidade, constatando-se que os valores da tolerância foram suficientemente afastados de 0 e os da *Variance Inflation Factor* (VIF) inferiores a 5.

RESULTADOS

Domínio Físico

Os resultados mostraram a adequabilidade do modelo de regressão, $Z(14,151)=10.30$, $p<.001$, evidenciando que o nível socioeconómico, a

Aceitação Positiva da Mudança e Relações Seguras, o *Distress* Parental, os Recursos Familiares e as Dificuldades Familiares se encontram significativamente associados ao domínio Físico da qualidade de vida, explicando 48.8% da variância total (atendendo ao R^2). Mais especificamente, verificou-se que (i) cuidadores com um nível socioeconómico médio/elevado apresentam uma melhor qualidade de vida física; (ii) uma menor aceitação positiva da mudança e menos relações seguras encontram-se associadas a uma melhor qualidade de vida física; (iii) menos *distress* parental associa-se a uma melhor qualidade de vida física; (iv) mais recursos familiares encontram-se associados a uma melhor qualidade de vida física e, finalmente, (v) menos dificuldades familiares estão associadas a uma melhor qualidade de vida física.

Domínio psicológico

Os resultados mostraram a adequabilidade do modelo de regressão, $Z(14,151)=16.62$, $p<.001$, observando-se que o número de filhos, a Competência Pessoal, Padrões Elevados e Tenacidade, o *Distress* Parental, a Criança Difícil, os Recursos Familiares e as Dificuldades Familiares se encontram significativamente associados ao domínio Psicológico da qualidade de vida, explicando 60.6% da variância total (atendendo ao R^2). Especificamente, verificou-se que (i) cuidadores com mais do que um filho apresentam uma melhor qualidade de vida psicológica, (ii) mais competências pessoais, padrões elevados e tenacidade encontram-se associados a uma melhor qualidade de vida psicológica, (iii) menos *distress* associa-se a uma melhor qualidade de vida psicológica, e, por fim, (iv) uma menor perceção de criança difícil associa-se a uma melhor qualidade de vida psicológica.

Domínio relações sociais

Os resultados mostraram a adequabilidade do modelo de regressão, $Z(14,151)=10.62$, $p<.001$, evidenciando-se que o nível socioeconómico, o *Distress* Parental e os Recursos Familiares se encontram significativamente associados à qualidade de vida nas Relações Sociais, explicando 49.6% da variância total (atendendo ao R^2). Especificamente, verificou-se

que (i) cuidadores com um nível socioeconómico baixo apresentam uma melhor qualidade de vida em termos das suas relações sociais; (ii) menos *distress* se encontra associado a uma melhor perceção de qualidade de vida das relações sociais, e (iii) mais recursos familiares se encontram associados a uma melhor qualidade de vida no domínio em causa.

Domínio ambiente

Os resultados mostraram a adequabilidade do modelo de regressão, $Z(14,151)=10.10$, $p<.001$, nomeadamente o estado civil, o nível socioeconómico, o *Distress* Parental, os Recursos Familiares e as Dificuldades Familiares encontram-se significativamente associados ao domínio Ambiente da qualidade de vida, explicando 48.4% da variância total (atendendo ao R^2). Especificamente, verificou-se que (i) cuidadores com companheiro apresentam uma melhor qualidade de vida ambiental; (ii) cuidadores com um nível socioeconómico médio/elevado apresentam uma melhor qualidade de vida ambiental; (iii) menos *distress* parental associa-se a uma melhor qualidade de vida ambiental; (iv) mais recursos familiares associam-se a uma melhor qualidade de vida ambiental, e, finalmente, (v) menos dificuldades familiares estão associadas a uma melhor qualidade de vida ambiental.

DISCUSSÃO

Uma das principais conclusões do presente estudo prende-se com a influência do *distress* parental e dos recursos familiares em todos os domínios da qualidade de vida de pais-cuidadores de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. Também a influência do nível socioeconómico e das dificuldades familiares surge como bastante relevante em três dos quatro domínios da qualidade de vida.

Constatou-se ainda, em termos das variáveis sociodemográficas, que a existência de um(a) companheiro(a) se associa a uma melhor qualidade de vida ambiental e que pais com mais do que um filho apresentam uma melhor qualidade de vida psicológica. Há diversas investigações que corroboram

que um par parental presta auxílio, não apenas nos cuidados relativos à criança com paralisia cerebral, mas também na ocupação de outras tarefas e na divisão de "obrigações" (Euzébio & Rabinovich, 2006). Segundo Lemos (2015), a presença de mais do que um filho, sobretudo de filhos mais velhos, poderá também constituir-se como uma fonte de suporte para os pais, auxiliando-os na prestação de cuidados ao irmão(ã) com paralisia cerebral.

Conforme referido, o nível socioeconómico revelou-se a variável sociodemográfica mais relevante, na medida em que influencia a maior parte dos domínios da qualidade de vida dos pais-cuidadores (i.e., domínios físico, relações sociais e ambiente). Segundo Sloper (1999), o baixo nível socioeconómico constitui-se uma fonte de *stress*, na medida em que impede ou dificulta o acesso a recursos humanos, hospitalares, institucionais, entre outros. Conclusão esta corroborada dado que o nível socioeconómico baixo surge associado a uma pior qualidade de vida física e ambiental. Contudo, constatou-se também que pais-cuidadores com um nível socioeconómico baixo apresentam uma melhor qualidade de vida no domínio das relações sociais. Este resultado pode eventualmente ser explicado pela existência de redes informais de suporte (familiares, amigos, vizinhos) que muitas vezes se mantêm ativas nas comunidades economicamente desfavorecidas, onde ainda prevalecem práticas e valores comunitários, por oposição ao que acontece em comunidades mais favorecidas economicamente, caracterizadas por um maior isolamento e individualismo.

Ao nível da resiliência individual, observou-se que pais com mais competências pessoais, padrões elevados e tenacidade apresentam uma melhor qualidade de vida psicológica, o que corrobora os dados de uma investigação que sugere que estes pais demonstram, muitas vezes, uma capacidade positiva de adaptação face à condição crónica pediátrica da criança (Vasconcelos, Ricciardi, Tamega, Almeida, & Pereira, 2015). Foi, contudo, encontrado um resultado inesperado que revelou que uma menor aceitação positiva da mudança e menos relações seguras se associam a uma melhor qualidade de vida física. Este resultado é difícil de explicar, sugerindo-se a realização de futuras investigações que possam esclarecer este dado.

No que respeita ao s*tress* parental, os resultados obtidos corroboram uma investigação com cuidadores familiares de crianças com paralisia cerebral onde foi observada uma associação negativa entre o *distress* do

cuidador e os diversos domínios da sua qualidade vida (Maurício, 2013). Constatou-se também que pais-cuidadores que percecionam os filhos como crianças menos difíceis evidenciam uma melhor qualidade de vida psicológica, o que corrobora uma investigação que verificou que progenitores com filhos que apresentam mais problemas emocionais e comportamentais se encontram mais propensos a experienciar não só níveis mais elevados de *stress* e depressão (Al-Gamal & Long, 2013).

Em termos das variáveis familiares, os resultados obtidos permitem afirmar que pais com mais recursos familiares apresentam uma melhor qualidade de vida em todos os domínios. Por sua vez, foi igualmente verificado que pais com menos dificuldades familiares demonstram uma melhor qualidade de vida física, psicológica e ambiental. Os resultados obtidos reforçam as conclusões de Raina et al. (2005), na medida em que um melhor funcionamento familiar se encontra associado a uma melhor saúde física e psicológica de pais de crianças com paralisia cerebral.

REFERÊNCIAS

Al-Gamal, E., & Long, T. (2013). Psychological distress and perceived support among Jordanian parents living with a child with cerebral palsy: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 27*(3), 624-631. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01071.x.

Almeida, R. F. (2016). *A resiliência e a sintomatologia psicopatológica numa amostra da população geral portuguesa.* Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Bradford, R. (1997). *Children, families, and chronic disease: Psychological models and methods of care*. London: Routledge.

Dixon-Woods, M., Young, B., & Heney, D. (2002). Childhood cancer and users' views: A critical perspective. *European Journal of Cancer Care, 11*, 173-177. doi: 10.1046/j.1365-2354.2002.00335.x

Carona, C., Pereira, M., Moreira, H., Silva, N., & Canavarro, M. C. (2012). The disability paradox revisited: Quality of life and family caregiving in pediatric cerebral palsy. *Journal of Child and Family Studies, 22*(7), 971-986.

Davis, E., Shelly, A., Waters, E., Boyd, R., Cook, K., & Davern, M. (2009). The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and

fathers. *Child: Care, Health and Development, 36*(1), 63-73. doi: 10.1111/j. 1365-2214.2009.00989.x

Euzébio, C. J., & Rabinovich, E. P. (2006). Compreendendo o cuidador familiar do paciente com sequela de Acidente Vascular Encefálico. *Temas em Psicologia, 14*(1), 63-79.

Lemos, B. C. (2015). *Resiliência em mulheres cuidadoras de crianças com paralisia cerebral*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil.

Maurício, F. (2013). Crianças e jovens com paralisia cerebral: A qualidade de vida dos cuidadores familiares. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, *24*, 14-53.

Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S. D., Russell, D., . . . Wood, E. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics, 115*(6), 626-636. doi: 10.1542/peds.2004-1689

Santos, S. V. (2011). *Índice de Stress Parental – Versão reduzida* (Versão Portuguesa do Parenting Stress Index – Short Form). Instrumento não publicado.

Santos, M. T., Biancardi, M., Guare, R. O., & Jardim, J. R. (2010). Caries prevalence in patients with cerebral palsy and the burden of caring for them. *Special Care in Dentistry, 30*(5), 206-210. doi: 10.1111/j.1754- 4505.2010. 00151.x

Sloper, P. (1999). Models of service support for parents of disabled children. What do we know? What do we need to know?. *Child: Care, Health and Development, 25*(2), 85-99. doi: 10.1046/j.1365-2214-1999.25220120.x

Vasconcelos, M. D., Ricciardi, M. A., Tamega, I. E., Almeida, J. R., & Pereira, D. A. (2015). Resiliência e paralisia cerebral: Um olhar sobre os cuidadores dos pacientes do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, 17*.

Vaz-Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Quartilho, M., Rijo, D., . . . Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica, 27*(2), 41-49.

Vilaça, M., Silva, J. T., & Relvas, A. P. (2014). Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15). In A. P. Relvas & S. Major (Coords.), *Instrumentos de avaliação familiar – Funcionamento e intervenção* (Vol. I, pp. 23-41). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PARA MULHERES NO SÉCULO XXI

Marcela Regina Estrela[1], Cloves Antônio[1] Amissis de Amorim[1], & Ana Maria Moser[1]

[1] Brasil

Nos últimos anos o tema "violência obstétrica" tem se tornado cada vez mais frequente, através de relatos de mulheres que se tornaram vítimas desse tipo de violência, que pode ocorrer durante o pré-natal, o trabalho de parto e o pós-parto. Porém muito pouco se sabe sobre o que é considerado violência obstétrica e como é possível identificá-la.

Quando o assunto são os direitos da gestante no Brasil, nota-se uma falta de leis que amparem essa população, desta forma a violência obstétrica acaba se tornando algo comum na saúde brasileira e as gestantes deixam de denunciar muitas vezes por falta de informação e conhecimento sobre o assunto, assim como pela inexistência de leis que as protejam nesse momento de fragilidade e exposição. Recentemente, o Ministério da Saúde emitiu um despacho em que apoia a abolição de políticas públicas e normas que façam uso desse termo. No despacho, o ministério afirma que o termo possui conotação inadequada, pois acredita-se que tanto o profissional da saúde quanto os de outras áreas, não possuem a intenção de prejudicar ou causar qualquer tipo de dano a mulher ou ao seu bebê. Porém, é claro que atitudes como essa apenas reforçam os atos de negligência e violência as equipes de saúde contra as gestantes e parturientes.

Quando falamos de violência obstétrica e da relevância de políticas públicas e leis que beneficiem esse público, não falamos apenas da saúde física da mulher, mas da promoção da saúde emocional, do bem-estar e da redução da mortalidade materna. Mas para isso é necessário que ocorra a promoção do empoderamento feminino, proporcionando as mulheres o conhecimento sobre seus direitos, sobre as formas de violência contra a mulher e formas de combate a desigualdade de gênero, devolvendo a

mulher o direito de ser protagonista de sua gestação, assim como de seu parto. É importante promover também a conscientização dos profissionais da saúde sobre esse tipo de violência, para que esses profissionais estejam mais preparados para atender a essa e as demais populações que utilizam os serviços de saúde, de forma humanizada e respeitando seus direitos e vontades, visando a saúde física, mas também emocional. Assim como é necessário que os órgãos públicos compreendam a existência desse tipo de violência e os danos causados por ela, que ao se extinguir o termo não faz com que a prática deixe de existir, apenas cala ainda mais as vítimas, que se sentem desamparadas.

O presente trabalho busca entender qual é a representação social de parto para as mulheres que já vivenciaram uma gestação, assim como qual é a representação social que essas mulheres possuem sobre a violência obstétrica. Através dos relatos, serão identificados quais conhecimentos essas mulheres têm sobre o assunto, e se na representação de parto que essas mulheres possuem se apresenta essa violência silenciosa sofrida por tantas mulheres em nosso país.

A institucionalização e medicalização do parto segundo Thébaud (2002), veio a ocorrer a partir do século XVII principalmente nos países europeus, já no Brasil as maternidades só tiveram a sua criação a partir do século XX. Por conta dessas intervenções, a violência contra mulher durante a gestação, parto e pós-parto tem aumentado.

O art. 5º da Lei Maria da penha define a violência contra a mulher como "qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou deficiências" tanto no âmbito público como privado (Casa Civil, 2006; SPM, 2011).

> *Uma das formas de violência contra a mulher, que ainda é pouco abordada e consequentemente pouco conhecida, é a violência obstétrica. A violência obstétrica consiste na apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde, que se exterioriza por meio do tratamento violento, o abuso de medicalização e da patologização dos processos naturais, que acarretam na perda de autonomia da paciente e na capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade de forma negativa* (Oliveira & Albuquerque, 2018, p. 37)

Segundo Oliveira (2016), a prática da violência obstétrica coloca em discussão não apenas os direitos constitucionais assim como os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, direitos os quais o Estado deve assegurar.

Segundo Ciello et al. (2012), Serra (2018), e Vieira e Apolinário (2017), a violência obstétrica pode ser dividida entre: violência física, sendo qualquer procedimento que incida sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico; psicológica/verbal, qualquer ação que cause na paciente sentimentos de vulnerabilidade ou inferioridade, causando medo e insegurança; sexual, sendo qualquer ação que viole a intimidade ou pudor da mulher, que incida sobre sua integridade sexual e reprodutiva; material, sendo ações e condutas, ativas ou passivas que tenham como objetivo obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos.

Para Marrero e Brüggemann (2018), vivemos tempos de naturalização da dor do parto, e isso faz com que os profissionais de saúde acabem não ofertando ou até mesmo negando métodos para alívio da dor, sendo as demandas das parturientes negadas e a opinião dessa mulher desqualificada.

Outra prática de violência apontada por Barboza e Mota (2016) é a negação de informações às pacientes sobre o que está acontecendo com seu corpo e os procedimentos que são realizados. A não informação é aquela que não é fornecida a mulher, por considera-la inferior e incapaz de compreender o que está sendo decidido; a informação negada, é aquela que a mulher solicita e mesmo assim não é fornecida; a informação fragmentada, é quando a mensagem é passada para a mulher através de uma linguagem inacessível, através da utilização de termos médicos por exemplo. A não informação, a informação negada e a fragmentada representam faces diferentes do mesmo fenômeno.

O exame de toque realizado durante o trabalho de parto é uma prática constante, sendo que a realização de toques vaginais com frequência e por diferentes profissionais, em pequenos intervalos de tempo, pode vir a prejudicar o trabalho de parto, causando desconforto e edema de vulva (Wolff & Waldow, 2008).

A episiotomia também é uma técnica que gera debates e insatisfações, para Santos (2018), é um procedimento médico que consiste em um corte cirúrgico feito no períneo da parturiente. A episiotomia de rotina, que é

realizada na maior parte dos partos vaginais, pode causar uma perda de sangue maior do que o normal, dores mais intensas durante o parto, hematomas e até lacerações no ânus.

Souza e Valente (2016) também aponta o uso de ocitocina como uma prática terapêutica que é usada de forma rotineira e abusiva. Segundo Santos (2017), a ocitocina é um hormônio que acelera o processo de contrações uterinas, acelerando o processo de parto, porém o próprio corpo é capaz de produzi-la.

A manobra de Kristeller para Oliveira e Albuquerque (2018), é a compressão adnominal pelas mãos que envolvem o fundo do útero, e já não é mais considerado um procedimento adequado por conta das consequências que podem acontecer, como traumas das vísceras abdominais, do útero, descolamento da placenta, traumas fetais entre outros.

Segundo Santos (2017), o parto cesáreo pode ser considerado uma prática de violência obstétrica se realizado sem necessidade, ou se as mulheres passam por algum processo de ameaça, coerção e convencimento através do qual o médico impõe a sua vontade, não respeitando a autonomia da gestante. Afirma ainda que a falta de informação às gestantes, faz com que elas fiquem vulneráveis a realização de cesáreas.

Outra forma de violência obstétrica é o impedimento do acompanhante, que conforme já mencionado é um direito da mulher. De acordo com a lei n.º 11.108/2005, Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 36/2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Resoluções Normativas 211 e 262, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é um direito da parturiente, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, a um acompanhante que seja da sua escolha (Oliveira & Albuquerque, 2018).

Para Oliveira e Albuquerque (2018), as mulheres acabam se submetendo a esses procedimentos, mesmo sendo invasivos ou violentos, por acreditarem que é necessário que sejam realizados, e por confiarem nos profissionais de saúde, acreditando que eles vão proteger a elas e a seus bebês.

Para Pereira, Silva, Borges et al. (2016), a violência obstétrica é negligenciada pelo ponto de vista penal, pois não se encaixa nos tipos de lesões corporais, assim como não existe uma lei específica que puna esse tipo de violência.

Para Marrero e Brüggemann (2017), a formação profissional dos estudantes da saúde se dá de forma autoritária e intervencionista e desta forma repercute na assistência a parturiente. Existe ainda uma distância muito grande entre a política, a legislação e a assistência obstétrica e isso precisa mudar, é de extrema importância conhecer o problema em suas múltiplas dimensões, para que assim seja possível a elaboração e implementação de medidas e ações que gerem mudanças, que gerem resultados reais contra a violência institucional no parto nas maternidades brasileira.

MÉTODO

Foram entrevistadas 11 mulheres entre 18 e 40 anos, que haviam experenciado ao menos um parto nos últimos três anos. Foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, onde as mulheres responderam um questionário contendo 27 perguntas abertas sobre sua gestação, parto e pós-parto. Em seguida os dados foram transcritos do gravador de áudio utilizado pela pesquisadora, e analisados através da Análise de discurso do Sujeito Coletivo – DSC de Lefevre e Lefevre (2014). Através da análise foi possível chegar ao resultado final da pesquisa.

RESULTADOS

As mulheres entrevistadas estavam na faixa etária entre 20 e 40 anos de idade, sendo que a maioria (45,4%) possuem ensino superior incompleto, seguida do ensino superior completo (36,4%), e somente uma minoria (9,01%) possui apenas o ensino fundamental completo. A maioria casada (63,6%); assim como, fazendo uso de planos de saúde (63,6%); enquanto as demais utilizaram o Sistema Único de Saúde – SUS; com relação ao tipo de parto, a maioria realizou o parto normal (54,4%), seguido pelo parto cesáreo (36,4%) enquanto uma delas afirmou ter tido um parto natural.

Das entrevistadas, 45,5% relataram ter sofrido algum tipo de violência física. A amniotomia e os exames de toque realizados com alta frequência foram vivenciados por 27,3% das entrevistadas. O jejum forçado e a restrição de posição para o parto por 18,2%, e a manobra de Kristeller e o uso de ocitocina por 9,1%.

Segundo Ciello et al. (2012), Serra (2017), e Vieira e Apolinário (2017), a violência obstétrica de caráter físico consiste em qualquer procedimento que incida sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico, entre elas a amniotomia, os exames de toque com frequência, o jejum forçado, a restrição da posição para o parto e a manobra de Kristeller, sendo as violências relatadas.

Das entrevistadas, 45,5% relataram algum tipo de violência psicológica ou verbal. A omissão de informações foi vivenciada por 36,7% das entrevistadas, e as frases humilhantes e ações constrangedoras por 27,3% das entrevistadas.

Para Ciello et al. (2012), Serra (2017), e Vieira e Apolinário (2017), a violência psicológica pode ser constatada através de falas grosseiras ou humilhantes, repreensivas ou ameaçadoras, xingamentos ou insultos, a fim de ridicularizar e humilhar a mulher. Ela pode ser de caráter verbal ou comportamental, causando na paciente sentimentos de vulnerabilidade ou inferioridade.

Das entrevistadas, 27,3% relataram a violência sexual do tipo exames de toque com alta frequência. Já a violência material do tipo cobrança da taxa de disponibilidade pelo obstetra do plano de saúde totalizou 9,1% das entrevistadas.

A violência sexual para Ciello et. al (2012), Serra (2017) e Vieira e Apolinário (2017), consiste em qualquer ação que viole a intimidade ou o pudor da mulher, que incida sobre sua integridade sexual e reprodutiva, entre elas está presente o exame de toque com frequência. Já a violência material é apontada pelos autores Ciello et al. (2012), Serra (2017), e Vieira e Apolinário (2017), como ações e condutas, ativas ou passivas, que tenham como objetivo obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos.

Das entrevistadas, três fizeram a utilização do SUS para assistência durante a gestação, parto e pós-parto. Sendo elas as entrevistadas 01, 07 e 08. As Entrevistadas 01 e 07 relataram ter vivenciado pelo menos uma violência de cada categoria. Enquanto a Entrevistada 07 foi a que mais

relatou episódios de violências físicas durante seu trabalho de parto, seguida pela Entrevistada 01. Ambas relataram ter vivenciado dois dos três tipos de violência psicológica/verbal. E ambas relataram ter vivenciado o único tipo de violência sexual registrado durante as entrevistas.

As demais entrevistadas, fizeram a utilização de plano de saúde para assistência durante a gestação, parto e pós-parto. A entrevistada 02 relata duas violências físicas vivenciadas, assim como relata ter vivenciado três violências psicológicas ou verbais, sendo a que mais relatou esse tipo de violência. A mesma também relatou ter sofrido o único tipo de violência sexual. As Entrevistadas 04, 05 e 06 também relataram ter vivenciado algum tipo de violência, sendo apenas a Entrevistada 06 a relatar ter vivenciado o único tipo de violência material apresentado durante a entrevista.

Sete das entrevistadas realizaram o parto normal, sendo quatro usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS e três do plano de saúde. Duas delas relataram ter restrições para a escolha da posição para o parto, sendo elas usuárias do SUS. Quatro entrevistadas relataram ter realizado o parto cesáreo, sendo todas usuárias de plano de saúde.

Quadro 1

Porcentagens das violências relatadas

Tipo de violência	Porcentagem
Física	45,4%
Psicológica/verbal	45,4%
Sexual	27,2%
Material	9%

Durante a realização das entrevistas, foi possível perceber através da análise de discurso, a representação que essas mulheres possuem da gravidez e também do parto. Algumas entrevistadas mencionaram a fantasia presente durante a gravidez, e também a frustração que vem junto dela, pois é um momento de instabilidade e extremamente singular, sendo vivenciado por cada mulher de uma maneira.

As entrevistadas também relataram os sentimentos presentes durante o parto, envolvendo as dores, as expectativas em conseguir realizar um determinado tipo de parto e a recuperação no pós-parto. A própria gestação e as expectativas alimentadas em relação ao parto e ao bebê durante esse

período podem influenciar a maneira como o parto será experenciado (Maldonado, 2017). O parto é um momento doloroso, porém a intensidade da dor sentida depende de cada mulher, dos seus fatores biológicos, psíquicos e sociais.

A possibilidade de acarretar benefícios ou danos psicológicos está presente em cada parto, desta forma, existem muitas outras questões envolvidas além da saúde e integridade física da mãe e do bebê. As memórias do parto permanecem vivas a nível cognitivo e psicológico, e influenciam por muito tempo as percepções da mulher sobre a experiência de parto. Desta forma, o parto, principalmente do primeiro filho, exerce um impacto, positivo ou negativo, que acarretará consequências psicológicas durante a vida inteira (Donelli, 2003).

Através da presente pesquisa é possível perceber a relevância do assunto e a necessidade de divulgação sobre os direitos das mulheres e das parturientes, pois muitas durante as entrevistas não tinham ideia de que poderiam ter vivenciado algum tipo de violência e nem mesmo sabiam quais seus direitos e quais procedimentos são considerados ineficazes e prejudiciais para sua saúde e de seu bebê. Grande parte das mulheres relatavam algum tipo de violência vivenciada sem nem saber que aquele procedimento ou ação pudesse ser considerada uma violência obstétrica.

A população que não possui acesso a uma assistência privada para sua gestação, parto e pós-parto é a mais afetada pela violência obstétrica, passando por momentos traumatizantes durante um momento único e cheio de expectativas, fazendo com que muitas mulheres não desejem passar por mais uma gestação, pois a experiência de parto acabou sendo traumática.

As mulheres possuem uma representação fantasiosa e romantizada da gestação, do parto e da maternidade como um todo. Por conta de fantasias quanto a esses momentos é que a assistência humanizada a gestação, ao parto e ao pós-parto é de extrema importância, para que essas mulheres se sintam acolhidas em um momento que talvez não atinja as suas expectativas, mas que mesmo assim ela consiga sair dessa experiencia com sentimentos positivos. Quando esse momento acontece de forma desumana, onde procedimentos são realizados sem autorização, onde é negada a assistência necessária e a mulher sente-se insegura e constrangida, a fantasia se torna um pesadelo, o qual pode deixar marcas físicas e psíquicas para a vida toda.

Muitas mulheres não têm conhecimento sobre seus direitos e acabam acatando a palavra do profissional de saúde por não ter acesso à informação, nessas situações é comum procedimentos desnecessários e até mesmo dolorosos serem realizados. O acesso à informação é de extrema importância para que essas mulheres consigam se posicionar e perceber que elas possuem direitos e que devem receber uma assistência humanizada. A informação que é negada a essas mulheres somente aumenta a insegurança, a violência e o sofrimento.

É necessário conscientizar também os profissionais da área da saúde, os quais precisam entender seu papel nesse momento tão importante da vida de uma mulher. Entender que eles têm o conhecimento necessário para ajuda-las da melhor forma possível, sendo dever desses profissionais oferecer uma assistência pautada no respeito e na humanização.

Por fim, é importante que o tema seja amplamente debatido, que existam fiscalizações e punições reais para quem pratica esse tipo de ato. É importante que as mulheres entendam o que é violência obstétrica e que não se calem perante esse tipo de situação. É necessário que essas mulheres tenham apoio jurídico e que sejam acolhidas quando falarem sobre sua dor e seu trauma perante o parto. É importante que as autoridades olhem para essas mulheres, que sofrem muitas vezes caladas, e que as apoiem para que o parto volte a ter a mulher como protagonista, pois este momento a elas pertence.

REFERÊNCIAS

Barboza, L. P., & Mota, A. (2016). Violência obstétrica: Vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, *5*(1), 119-129.

Ciello, C., et al. (2012). *Parto do princípio. Mulheres em rede pela maternidade ativa*. Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor".

Donelli, T. M. S. (2003). *O parto no processo de transição para a maternidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Maldonado, M. T. (2017). *Psicologia da gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor*. São Paulo: Ideias & Letras.

Marrero, L., & Brüggmann, O. M. (2018). Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*(3), 1219-1228.

Oliveira, L. G. S. M., & Albuquerque, A. (2018). Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. *Revista CEJ*, *75*, 36-50.

Pereira, J. S, Silva, J. C. O, Borges, N. A, Ribeiro, M. M. G, Auarek, L. J., & Souza, J. H. K. (2016). Violência obstétrica: Ofensa a dignidade humana. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, *15*(1), 103-108.

Santos, M. B. B. (2018). Violência obstétrica: A violação aos direitos da parturiente e a desumanização do parto. *Revista de Direito UNIFACEX*, *7*(1).

Santos, M. G. (2017). *A violência obstétrica sob o olhar de profissionais da saúde*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

Serra, M. C. M. (2018). *Violência obstétrica em (des)foco: Uma avaliação da atuação do judiciário sob a ótica do TJMA, STF E STL*. Dissertação de Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça, Universidade Federal do Maranhão, São Luís.

Souza, A. C. A., & Valente, M. B. B. (2016). Violência obstétrica: Um desafio para a psicologia. *Revista Humanae*, *10*(1).

Thébaud, F. (2002). A medicalização do parto e suas consequências: O exemplo da França no período entre as duas guerras. *Revista Estudos Feministas*, *2*, 415-427.

Vieira, D. R., & Apolinário, J. A. (2017). *A violência obstétrica na compressão de mulheres usuárias da rede pública de saúde do município de Lins*. Monografia de graduação em Psicologia, Centro Universitário Católico Salesiano *Auxilium*, UniSALESIANO, Lins, São Paulo.

Wolff, L. R., & Waldow, V. R. (2008). Violência consentida: Mulheres em trabalho de parto. *Saúde e Sociedade (São Paulo)*, *17*(3), 138-151.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

A TERAPIA BREVE ORIENTADA PARA SOLUÇÕES (TBOS): UM CASO DE SUCESSO, COM DIAGNÓSTICO DE BIPOLARIDADE

Leda Brito Fernandes[1] (✉ leda.brito.fernandes@gmail.com)

[1] Psicóloga no Agrupamento do Fundão e na Escola Secundária Campos Melo, Portugal

A Terapia Breve Orientada para Soluções surgiu nos Estados Unidos, por volta da década de 80, com os estudos de Steve de Shazer, Insoo Kim Berg e equipa do *Brief Family Therapy Center* de Milwaukee, tendo como base o trabalho sistémico desenvolvido por o *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto (Fisch, Weakland, & Segal, 1984), os trabalhos (relatos clínicos) de Milton H. Erickson e o pensamento pós-moderno.

O modelo do MRI focaliza o comportamento, a TBOS enfatiza a cognição, o modelo do MRI examina as tentativas falhadas de resolver o problema, a TBOS explora as exceções.

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Uma característica da Terapia Breve Orientada para as Soluções centra-se no interesse da exploração, construção e implementação de soluções, em detrimento da investigação dos problemas. É importante conhecer o que preocupa o cliente para compreender qual a mudança que este pretende realizar na sua vida. Contudo, Jong e Berg (2008) referem que em alguns casos se pode iniciar a terapia falando das soluções, saltando a fase inicial da identificação do problema.

Shazer (1988) apresenta três premissas básicas que guiam a Terapia Breve Orientada para as Soluções:

"Se não está partido, não consertar" – Até os problemas mais críticos e prolongados no tempo possuem períodos onde a disfunção ou o sintoma se encontram consideravelmente reduzidos.

"Assim que se perceber o que funciona, fazer mais do mesmo" – A partir do momento que a exceção ao problema for observada e as competências do cliente forem reveladas, o cliente/família é encorajado a continuar o comportamento, ou seja, a "fazer mais do mesmo". Assim, o ciclo vicioso de disfunção inicial pode transformar-se num ciclo de auto reforço bem-sucedido.

"Se não funciona, não repetir; fazer algo diferente" – O objetivo central será a construção de um padrão alternativo, de forma a alcançar efeitos e resultados mais positivos e menos disfuncionais.

PRÁTICA CLÍNICA

Como explanado anteriormente, Shazer (1985) propõe um modelo de terapia cuja intenção é possibilitar que o processo terapêutico possa ocorrer de um modo mais breve possível, num esforço conjunto de cliente e terapeuta, guiados por metas claras e bem estabelecidas e que, por meio da utilização das ferramentas técnicas propostas e dos recursos trazidos pelo próprio cliente, este possa construir uma vida que considere mais satisfatória.

ESTABELECIMENTO DE OBJETIVOS

O estabelecimento de objetivos além da como finalidade de avaliação dos resultados posteriormente, tem em si, um efeito terapêutico (Beyebach & Morejón, 1993). Um dos efeitos terapêuticos são os objetivos converterem-se em facilitadores da ação, uma vez que o cliente propõe-se alcançar uma meta, e compara o seu estado atual com o que inicialmente se propôs. Assim sendo, uma série de tendências auto-reativas que

facilitam orientações e direção escolhida, e que o terapeuta validou. Contudo, para que se produza este efeito facilitador, os objetivos devem ter determinadas características (Beyebach & Morejón, 1993). O papel do terapeuta é ajudá-lo a estabelecer que repercussões práticas irão ter essa "maior felicidade": O que fará diferente? O terapeuta define sugere os objetivos, mas assegura-se que as metas que o cliente apresenta não são demasiado altas, isto é, não sugere sobre o tipo de metas, mas sobre o tamanho destas. Por último, devem ser formulados pela positiva, isto é, questiona-se "algo que possa acontecer mais..." em vez de "algo que deixará de acontecer" ou "presença de algo", em vez de "ausência de algo".

QUESTÃO EXCEÇÃO

Quando o cliente e o terapeuta identificam claramente o problema, a conversa prossegue centrando-se nas exceções. O terapeuta solicita ao cliente que identifique as exceções e realiza um questionamento cuidadoso sobre todos os aspectos relacionados com estas: Onde está? Com quem? O que faz? "O que pensa durante as situações? (Jong & Berg, 2008). Uma questão para explorar a existência de exceções poderia ser "Existem ocasiões em que o problema não ocorre, ou ocorre com menor frequência?".

PERGUNTA MILAGRE

Por vezes, o cliente não tem uma "visão da vida sem o problema" (Shazer, 1988). Assim, uma parte essencial deste modelo é a identificação de "onde o cliente pretende chegar", utilizando a pergunta Milagre. Esta pergunta convida o cliente a imaginar o que seria diferente se o problema estivesse solucionado. Jong e Berg (2008) enfatizam a importância de formular a pergunta Milagre com calma e preparando o cliente dizendo-lhe: "Tem boa imaginação? Vou fazer-lhe uma pergunta que requer muita imaginação..." ou "Vou fazer-lhe uma pergunta muito estranha. Sei que é estranha, logo não há respostas certas e erradas, use somente a sua

imaginação...", prossegue-se formulando a pergunta da seguinte forma: "Suponha que durante a noite, enquanto está a dormir, aconteceu um milagre e este problema foi resolvido. De manhã quando acordasse como saberia que tinha existido um milagre? O que estaria diferente?" O terapeuta poderá continuar a questionar: "quem seria o primeiro a reparar que algo tinha acontecido?". Estas questões posteriores são úteis por várias razões. Muitas vezes, quando temos um problema, não vemos alternativa. Como a pergunta Milagre é hipotética e não é "real", permite que o cliente tenha a liberdade de imaginar um cenário livre do problema sem as suas ideias serem censuradas (Jong & Berg, 2008).

QUESTÃO ESCALA

O terapeuta, traça uma linha vertical num papel e escreve o número 1 num extremo e o número 10 no outro extremo. No ponto 1 representa a presença do problema, no ponto 10 a ausência do problema. De seguida, solicita ao cliente que indique: "em que ponto está o problema presentemente?", "Em que ponto esteve no seu pior momento?", "Em que número teria que estar para sentir que as coisas estavam a melhorar?". Trata-se de uma escala subjetiva com a qual o cliente pode avaliar, entre outras coisas, a intensidade do problema, o seu nível de esperança em que a situação mude, o progresso que fez desde a última sessão, o seu nível de satisfação e também perspectivar os esforços que são necessários para alcançar pequenas mudanças (Morejón & Beyebach, 1994).

QUESTÕES DE *COPING*

As questões de coping exploram o modo como o cliente, em determinadas situações, é capaz de lidar eficazmente com o problema. O terapeuta pode formular as questões da seguinte forma: "Como é que ultrapassou esse período?"; "Quem foi o seu grande suporte? "Como resolveu o problema no passado?".

PROCESSO TERAPÊUTICO

A abordagem em Terapia Breve Orientada para as Soluções varia entre duas a dez sessões, dependendo do caso em terapia.

Outro aspeto relevante no processo terapêutico é a diferenciação relativamente ao tipo de clientes. No contexto da TBOS, Jong & Berg (2008) definem três tipos de clientes habitualmente identificados no início da terapia: os *visitantes*, que não reconhecem o problema e não estão disponíveis para negociar os objetivos terapêuticos; os *queixosos*, não percecionam como sendo responsáveis pelo problema, clientes e terapeutas estão de acordo quanto à natureza do problema, mas os primeiros não se reconhecem a si próprios como parte da solução; e os *verdadeiros clientes*, indivíduos que apresentam uma queixa clara, estão motivados e têm objetivos pessoais, marcando uma relação em que terapeuta e cliente definem em conjunto o problema e negoceiam os objetivos terapêuticos.

CONCEPTUALIZAÇÃO DO CASO MBC

Identificação do utente: MBC

Idade: 55 anos; *Sexo:* Feminino

Nível de Escolaridade: Frequência do 2º ano de História, Universidade Livre.

Nível socioeconómico: Médio; Profissão: Arquivista.

Diagnóstico psiquiátrico: Perturbação bipolar não especificada. Apresenta critérios de diagnóstico para F31; *Situação clínica:* Internada na unidade 2, no dia 28/11/2014

Terapêutica atual: Gestão farmacológica, acompanhamento psiquiátrico, acompanhamento psicológico, participação na reunião comunitária e no projeto transformação.

Antecedentes clínicos: Acompanhamento psiquiátrico desde os 25 anos.

Intervenção: Terapia Breve Orientada para Soluções e Modelos Integrativos

Data da primeira consulta: janeiro de 2015

Data da última consulta: fevereiro de 2015

Número total de consultas: 10, com a frequência de duas vezes por semana

Registo do plano individual de intervenção

Objetivos gerais – Melhorar a funcionalidade e diminuir a intensidade da sintomatologia ansiosa.

Objetivos específicos – Diminuir o fluxo da ansiedade moderada para ligeira em 4 semanas.

Necessidades/problemas – Dependência parcial nas atividades básicas da vida diária; ansiedade; potencialidade;

Suporte social e familiar – Acompanhamento em consultas de psicologia.

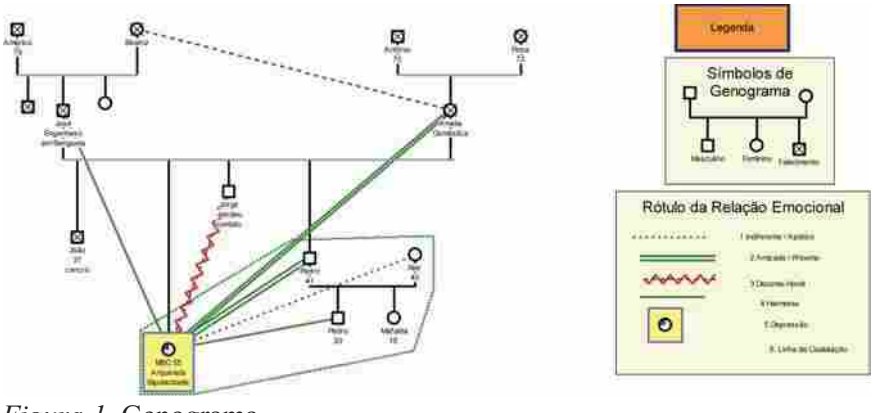


Figura 1. Genograma

Informações gerais

A Sra. MBC, 55 anos, é natural de Lisboa, solteira, sem filhos. Frequentou o 2º ano do curso de História na Universidade Livre. O pai faleceu, e, durante longos anos, foi cuidadora da mãe, que faleceu há dois anos, face a complicações de saúde, nomeadamente, diabetes. O irmão mais velho, faleceu com um cancro aos 37 anos. Antes de iniciar o tratamento, habitava com o irmão, cunhada e dois sobrinhos, constituindo o seu suporte nas atividades de vida diária. Atualmente, a nível profissional, a utente encontra-se de baixa médica, face às dificuldades em cumprir com as suas rotinas profissionais diárias.

A MBC tem uma relação de amizade e proximidade com um dos irmãos. No entanto, tem uma relação distante e de hostilidade com a cunhada,

apesar da ajuda que a mesma presta em momentos de crise. Tem uma boa relação com o sobrinho (ver Genograma).

Olhando para a qualidade das relações dos familiares mais próximos, podemos constatar que existe uma relação conflituosa e de distanciamento com outro irmão, conflito que remonta ao período de adolescência. Quanto às fronteiras geracionais, poder-se-ia falar de uma possível parentalização, ou inversão de papéis, em que o irmão mais novo, Pedro, assume o papel de tutor.

O pedido do internamento foi efetuado pela própria utente e pelo seu irmão, que é seu tutor.

Motivo do internamento

Ansiedade, anedonia, depressão, isolamento social e doença bipolar. Ficou internada para estabilização do quadro clínico. Refere sentir-se mais ansiosa ultimamente e com medo de sair de casa, porque as pessoas "podem fazer-lhe mal" (sic).

Na primeira semana de internamento apresentou alteração do padrão do sono e instabilidade de humor.

RESUMO DAS SESSÕES

A utente apresentou humor estável, um contato sintónico e colaborante, postura descontraída, vestuário adequado para a sua idade e foi cordial. Relativamente à linguagem não-verbal, a senhora MBC teve um olhar observador e dirigido. Referiu que no passado, quando tinha cerca de 20 anos, teve acompanhamento psiquiátrico. Contudo, não quis aprofundar o assunto. As baixas médicas que usufruiu deveram-se à doença que interferia com o seu trabalho nas tarefas diárias.

Estas características relatadas pela senhora MBC demonstram uma limitação de recursos internos e de estratégias de coping disponíveis. No período de internamento teve poucas visitas. No entanto, a senhora MBC não demonstrou dificuldades relacionais.

Relativamente às preocupações apresentadas no funcionamento da sua personalidade, a utente salientou a sua elevada ansiedade, défice na capacidade de atenção, pouca memória, e o facto de, permanentemente, "escutar vozes", salientando que não sabe como tem conseguido trabalhar tantos anos com esta enfermidade (sic).

Teve consciência da necessidade do seu internamento, tendo proferido: "Tenho-me sentindo muito sozinha aqui na clínica, e por isso, gostava de ter um acompanhamento psicológico".

De acordo com o testemunho da própria, os vínculos maternos foram insuficientes, enquanto o pai aceitava as dificuldades vivenciadas pela filha. Este cenário conduziu a MBC, supostamente, a sucessivos distúrbios no contexto familiar, implicando o isolamento e predisposição para episódios depressivos, os quais interferiram nas relações com os outros.

Poder-se-ia dizer que esta família está marcada por fronteiras individuais, rígidas e impermeáveis, dificultando o processo de diferenciação e provocando cortes emocionais, deixando os membros sozinhos e desvinculados.

Quanto a problemas de saúde, a utente apresentou uma lista de sintomatologia, configurando a existência uma perturbação da personalidade acabando por prejudicar o seu funcionamento. A doença tornou-se um aspeto central na identidade e na autoimagem da pessoa.

O transtorno da ansiedade, pode às vezes, ser precipitado por um stress da vida ou uma doença grave (DSM-V, 2014).

Saltando no tempo, a senhora MBC refere que o que mais a preocupa são as alucinações: *"Oiço vozes: amanhã venho-te buscar. Tu és da vida. O que mais me preocupava não era ser bipolar e ter depressão crónica. Eram as alucinações. Ficava desnorteada, não sei se era verdade ou se era mentira. Ficava assim…".* Após este comentário, a utente verbalizou um pensamento ambivalente: "*Tenho complexo de ser bipolar. Eu tenho muito complexos. Sinto-me anormalzinha, uma anormal autêntica".*

Quando confrontada com a pergunta (*na busca das exceções*), como era o seu dia, quando estava, digamos, estabilizada? Respondeu: *"Acordava, tomava banho, tomava ao pequeno-almoço e seguia para o trabalho, que transcorria normalmente. Arquivava ofícios e informações. Fazia a classificação de documentos. Tinha que arquivar cada documento, dentro de cada numeração correspondente. Se houvesse uma falha, por pequena*

que fosse, estragava tudo. Portanto, era um trabalho de muita responsabilidade".

No seguimento de procurar *estabelecer objetivos alcançáveis* efetuei a seguinte questão: Quando a senhora receber alta e regressar a casa, e tiver momentos sem nada para fazer, como irá reagir? O que pretende fazer? Tendo respondido: **"***Não sei. Tenho pensado em fazer um ateliê de pintura, gesso ou aguarelas. É uma coisa que eu gosto de fazer para me distrair***"**.

Na última sessão e aproveitando o momento de descontração com a utente, recorri à *pergunta escala, tendo questionado a utente*:

LB Gosta de si?

MBC Eu gosto de mim;

LBF Senhora MBC, as suas respostas são contraditórias. Tanto afirma que é uma doente inútil, como afirma que gosta de si.

MBC Ah! Sim. Não presto por dentro, talvez pelo medo. Mas, gosto de mim por fora.

LBF Neste momento na escala de 0 a 10, em que número se enquadra?

MBC "No 7. Tenho-me sentido bem."

REFLEXÃO

A MBC não mostrou resistência ao longo do processo terapêutico.

É sabido que o espectro da doença bipolar abrange o humor, a cognição e a motricidade. Os episódios de depressão e manias podem apresentar características psicóticas (Figueira, 2014).

No caso em apreço, verifica-se que a senhora MBC, quando confrontada com alguns aspetos, como o motivo específico da consulta ou a causa que despoletou a doença, optou por uma postura de cliente queixoso (de Shazer, 1998), não os percecionando como responsáveis pelo problema que a conduziram à clínica.

A complexidade revelada pela utente permitiu analisar os motivos deste internamento numa perspetiva sistémica, visto o seu internamento ser consequência de múltiplos elementos: um individual (ansiedade, descompensação interna), familiar (perdas, fronteiras rígidas, conflitos, vinculações evitantes), profissional (poucas capacidades em resolver

questões relacionada ao trabalho), limitando a sua estabilidade clínica e condicionando, fortemente, a sua inserção social, profissional, e o desenvolvimento de um projeto de vida autónoma.

Tal situação leva-me a afirmar que o percurso da família e da própria MBC, derivarem de situações complexas, onde se acumulam eventos críticos não normativos dentro da vida familiar, como os sucessivos falecimentos, dando enfoque à morte prematura do irmão mais velho, e a doença crónica da própria.

O processo de recuperação na MBC é composto por variações assimétricas, com avanços e recuos. E isto acontece, porque é necessário, na minha opinião, que a senhora MBC seja integrada na sua vida, procurando um equilíbrio entre o controlo da doença e as restantes atividades que fazem parte integrante do seu quotidiano e da sua vida, nas quais se incluem crenças, valores, vivências e distintos recursos disponíveis. Se não houver controlo e equilíbrio nestes parâmetros, o mais certo é sobressaírem as emoções geradoras de stress, comportamentos disfuncionais e sofrimento.

Por tudo isto, esta experiência fez-me perceber que ainda existe muito por fazer com esta utente. Deve ser ajudada para que, juntos, consigamos cumprir o objetivo de controlar doença. A sinergia criada entre nós, durante as sessões, revelou-se uma mais-valia, possibilitando a valorização das queixas subjetivas, bem como a articulação da minha aprendizagem.

Sem pretensão de desvalorizar os tratamentos farmacológicos, sou de opinião que o tratamento clínico, de cariz psicoterapêutico, contribuiu para cimentar o processo de recuperação, autoestima e do bem-estar da senhora MBC.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Beyebach, M., & Rodríguez Sanchéz, M. S. A. (1993). El abordaje de la terapia de pareja desde el enfoque centrado en soluciones. In M. Garrido (Ed.), *Formación de la pareja, ritos de casamiento y familia hoy*. Salamanca: Universidad Pontificia.

Clínica Psiquiátrica S. José (2013). *Memória anual do centro* [PDF]. Retirado de http://www.irmashospitaleiras.pt/cpsj/attachments/article/91/MOD%20105%2001%20Memoria_CPSJ%20falta.pdf

De Jong, P., & Kim Berg, I. (2008). *Interviewing for solutions* (3rd ed.). Brooks/Cole.

De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.

De Shazer, S. (1985). Keys to solution in brief therapy. New York: W. W. Norton & Company.

Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel.

Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass [Trad. Cast. *La táctica del cambio*]. Barcelona: Herder, 1984.

McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2008). *Genograms in Family Assessment* (3rd ed.). Nova Iorque: Norton & Company.

Nichols, M. (2007). *Terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011, 20 de abril). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Diário da República, 2ª Série, 17931-17936. Retirado de www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo_deontolaogico.pdf

Wendt, N., & Crepaldi, M. A. (2007). A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *21*(2), 302-310.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

A VIUVEZ NO ENVELHECIMENTO: ESTUDO EXPLORATÓRIO COM IDOSOS

Andrea Costa[1] (✉ ac20.5.92@gmail.com) & Sofia von Humboldt[2]
[1] ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal
[2] William James Research Center, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

Envelhecer tem vindo a ser um desafio mundial, inerente ao ser humano (Cavalcanti et al., 2016), que integra um processo de desenvolvimento constituído por dimensões biológicas, psicológicas e sociais (Arslantas et al., 2015). É uma fase da vida permeada por diversas perdas, que vão desde limitações físicas, doenças, perda de papéis, perda do parceiro, entre outras mais (Ribeiro et al., 2017; Farber, 2012).

A morte do cônjuge apresenta-se no idoso como um dos maiores desafios emocionais enfrentados na velhice (Galicoli et al., 2012), representando-se por um vazio, como se uma parte do individuo deixasse de existir, permanecendo na memória e no coração dos familiares e amigos (Turatti, 2012).

A viuvez, uma experiência de cariz cultural e de género, é considerada uma categoria social, onde estão inerentes a posição social, a família, os papéis que envolvem a pessoa viúva, bem como, a transição e adoção de novos papéis (Štambuk, 2019). Todo o contexto da perda, e consequentemente, da viuvez, acarretam sentimentos para o indivíduo. Arambašić (2005) dividiu as reações em quatro grupos, nomeadamente, reações emocionais, reações mentais/psicológicas, reações físicas e reações comportamentais. Segundo o autor, existe na pessoa viúva a possibilidade de sentir raiva, tristeza, autorrecriminação, ansiedade, medo, solidão, desamparo, saudade, choque e descrença, confusão, aperto no peito e garganta, sonolência como consequência de dificuldades em dormir, mudanças de apetite, choro, entre outros sentimentos (Arambašić, 2005).

A viuvez, sendo uma etapa pautada por eventos inesperados e stressantes (Britvić, 2010), encontra-se fortemente associada à solidão (Štambuk, 2019). A solidão é uma parte integrante na vida do ser humano. Indepen-

dentemente do sexo, idade, religião, do estado civil, todas as pessoas, em algum momento das suas vidas, já a experienciaram (Štambuk, 2019). Pode manifestar-se em todas as fases da vida, principalmente na velhice, sendo caracterizado como um sentimento angustiante, que provoca mal-estar na pessoa, mesmo que o individuo esteja rodeado de pessoas e que tenha suporte (Azeredo & Afonso, 2016; Cavalcanti et al., 2016). Caracteriza-se como um problema de cariz social, bem como de saúde, encontrando-se associado à redução de qualidade de vida na pessoa (Rodrigues, 2018).

Assim, explorar a viuvez implica abordar um tema extremamente sensível e complexo, onde todo o apoio à pessoa viúva é essencial (Costa et al., 2012). A família, aquando da perda, representa um papel importante na vida da pessoa viúva, tentando aproximar-se com o objetivo de fornecer apoio e suporte. É considerada assim, a fonte primária de suporte, sendo vista como um recurso potencializador da saúde mental e física (Galicoli et al., 2012).

Devido às perdas e mudanças, que a viuvez acarreta, além da importância da família, a religião pode ser considerada uma estratégia para ajudar o idoso (Costa et al., 2012). A crença na religião, bem como a espiritualidade do idoso, pode aumentar com o passar dos anos (Farinasso & Labate, 2012). Durante a viuvez, a vida espiritual pode revelar-se um recurso fundamental para amenizar o sofrimento, bem como a solidão, no idoso (Baldin & Forbes, 2008).

Parece assim fundamental considerar que, a religião bem como a espiritualidade funcionam como recursos para enfrentar adversidades, bem como, uma forma de apoio emocional necessário para auxiliar no processo de luto (Galicoli et al., 2012). Assim, o objetivo do presente estudo de cariz exploratório, realizado com idosos, visa compreender como esta população vive e enfrenta as adversidades advindas da viuvez.

MÉTODO

Participantes

A amostra constitui-se por 7 participantes idosos, 71% mulheres e 29% homens, com idades compreendidas entre os 82 e os 92 anos (M=86,14; DP=4,02). 100% dos participantes são viúvos.

Material

O presente estudo de natureza qualitativa, foi realizado através da concretização de entrevistas semi-estruturadas a idosos que frequentam o centro de dia. Foram elaboradas nove questões onde se abordou a viuvez subdividindo a entrevista em quatro categorias, os sentimentos onde estão presentes as seguintes questões, "que sentimentos desenvolveu com a perda do seu marido/mulher?"; "Como foi para si a vida depois da perda?"; "O que mudou na sua vida?" e "Que impacto teve para si a viuvez?", a rede de suporte familiar onde está presente a seguinte questão, "Como tem sido o apoio por parte da família?", a solidão onde estão presentes as seguintes questões, "Como foi começar a vida sozinho(a)?", "Sente-se sozinho(a)?" e por fim as estratégias de coping onde está presente a seguinte questão, "O que faz para combater a solidão?".

Procedimento

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, de cariz qualitativo, com o objetivo de compreender como esta população vive e enfrenta as adversidades advindas da viuvez. Para tal, foi contactado o Centro Social Paroquial de São Caetano, em Cantanhede – Coimbra, tendo por objetivo realizar a entrevista junto dos idosos que frequentam o centro. Inicialmente, foi explicado a cada participante o objetivo da entrevista, com base no consentimento informado, bem como o direito ao anonimato e poder de decisão na participação e interrupção da participação caso algum desconforto surgisse.

As entrevistas individuais foram agendadas, conforme a disponibilidade de cada idoso, bem como, da entrevistadora, e posteriormente realizadas no Centro Social Paroquial de São Caetano, numa sala recatada, tendo uma duração média de aproximadamente 30 minutos cada. Após a realização de todas as entrevistas, as mesmas foram analisadas e transcritas na íntegra, sendo posteriormente construídas matrizes temáticas com as informações mais relevantes para o estudo.

RESULTADOS

Na categoria, "sentimentos", estão presentes as questões "que sentimentos desenvolveu com a perda do seu marido/mulher?"; "Como foi para si a vida depois da perda?"; "O que mudou na sua vida?" e "Que impacto teve para si a viuvez?".

Todos os inquiridos responderam ter vivido um sentimento comum, a tristeza, aquando a perda do cônjuge, como ilustrado por meio das seguintes verbalizações, "*Senti muita tristeza, muito grande, foi uma coisa que eu não esperava", "Foi uma tristeza. Sabe, ele foi um bom homem. Só sinto tristeza", "Senti muita tristeza. Senti que queria ir junto com ela"*. Quando questionados acerca de como foi a vida depois da perda, todos os inquiridos responderam que foi difícil. Os participantes verbalizaram que, *"Foi um bocado difícil. Pensava sempre naquilo", "Foi difícil, foi difícil ficar sozinha, não ter vizinhos nem nada", "Apesar de ter tido muita gente a acompanhar-me, foi muito difícil", "Foi difícil e acabei por ir para o centro de dia"*.

Quando questionados acerca das mudanças ocorridas na vida de cada participante, 57,14% afirma que tudo mudou aquando a perda do cônjuge, *"Mudou tudo. Cheguei a uma altura que não sabia o que havia de fazer, para me passar a ideia", "Mudou tudo. É uma solidão em casa", "Mudou tudo. Em casa estou sozinha, muita solidão", "Mudou tudo. Mudou tudo em casa, o ritmo da vida"*. 28,57 % afirmou que nada mudou nas suas vidas, *"Não mudou nada. Trabalhei como dantes. Sabe ele era um pouco rabugento", "Não mudou nada, às vezes apetece-me chorar, mas não mudou nada"*. 14,28% afirmou que alguma coisa mudou na sua vida, mas não existiu uma mudança na totalidade *"Mudou alguma coisa. Arranjei mais vida sozinha, do que com ele"*.

Quando questionados acerca do impacto que a viuvez teve em cada participante, 85,11% afirmam que a viuvez teve impacto nas suas vidas, através da dificuldade em relação ao novo papel adquirido. Já 14,28% diz que não sofreu dificuldades pois desde a morte do cônjuge, sempre se sentiu viúvo.

A maioria dos participantes ainda na última questão afirma que, quando lhes é mencionado que agora já podem voltar a contrair matrimónio, não aceitam, ficando incomodados.

Na categoria, "rede de suporte familiar", está presente a questão "Como tem sido o apoio por parte da família?". Todos os inquiridos responderam que a família sempre os apoiou e 71%, admite falar com a família sobre o que sentiu aquando a morte do cônjuge e atualmente ainda o faz, como ilustrado por meio das seguintes verbalizações "*A família sempre me deu apoio. O meu filho viveu sempre comigo, mas como trabalha, ele e as irmãs juntaram-se e colocaram-me no centro de dia para não me sentir tão sozinha. Falo muito com eles sobre o que sinto", "A minha família apoio. Fui algumas vezes para casa dos meus filhos. Nunca me senti desamparado pela família. Nunca falei do que sentia com eles", "Tenho muito apoio dos meus filhos. Fico em casa deles a noite e venho para o centro de dia durante o dia. Falo muito com eles sobre o que sinto", "Tive muita gente comigo. Amigos, família. Foi muito apoiada. Falava o que sentia com as pessoas e família", "Sempre tive apoio da família. Nunca me faltou. Estou aos meses em casa de cada um. Mas não costumo falar sobre o que sinto".*

Na categoria, "solidão", estão presentes as questões "Como foi começar a vida sozinho(a)?", "Sente-se sozinho(a)?". Quando questionados acerca de como foi começar a vida sozinho(a), todos os inquiridos responderam que foi complicado e solitário, como ilustrado por meio das seguintes verbalizações *"Sinto-me sozinha, começo a pensar que não tenho com quem falar em casa, nem com quem falar", "Sinto, porém a televisão é uma companhia", "Sim, tanto antes como agora".* Já na questão sente-se sozinho(a), 85,71% dos inquiridos afirmam que se sentem sozinhos, já 14,28% afirma que não e sente muito sozinho pois sempre teve quem o acompanhasse.

Na categoria, "estratégias de *coping* para superar a solidão", está presente a questão "O que faz para combater a solidão?". 85,71% dos inquiridos responderam utilizar uma estratégia em comum para superar a solidão, a fé, como ilustrado por meio das seguintes verbalizações *"Uso a religião. Rezo sempre o meu terço de manhã e à noite e sinto-me melhor", "A religião ajuda-me. Agarro-me para ter força, pois não pode faltar a ninguém", "A fé ajuda a superar o vazio, a perda", "Para além das outras atividades que realizo em casa, a religião ajuda-me muito a combater esta solidão". Costumo rezar. É um conforto, quanto mais agente reza melhor se sente".* 14,20%, afirma que não utiliza estratégias para lidar com a solidão *"Não faço nada. Vou vivendo. Nunca me liguei muito à religião".*

DISCUSSÃO

A população mundial tem passado por um processo de envelhecimento acelerado (Dias & Ribeiro, 2018), trazendo para a velhice diversas alterações bem como desafios, sendo a perda do parceiro um dos desafios mais dilacerantes. A pessoa idosa perde o companheiro de muitos anos, despoletando no viúvo uma sensação de vazio, de tristeza, saudade e solidão (Jaramillo & Fonegra, 2015; Vuletić and Stapić, 2013).

A solidão sendo um sentimento difícil de se expressar, caraterizado como um construto completo e subjetivo (Azeredo & Afonso, 2016), encontrando-se interligada, sendo a religião uma forma de enfrentar a solidão, para além da importância da rede de suporte familiar (Costa et al., 2012).

A categoria "sentimentos" foi analisada e foi possível verificar que todos os inquiridos responderam ter vivido um sentimento comum, a tristeza. Verificou-se a existência de mudanças na vida dos participantes. Existem estudos na literatura científica, que vêm corroborar os resultados. No estudo de Galicoli et al. (2012), 13,3% dos participantes relataram sentir uma tristeza profunda, para além de outros sentimentos, nos primeiros três meses de viuvez. Verifica-se ainda, que 23,3% indicaram existir diferenças nas suas vidas. Relativamente ao impacto da viuvez no idoso, no presente estudo, não existiu aceitação do papel, mas sim uma adaptação ao novo papel. Já no estudo de Galicoli et al. (2012), 20,0% da amostra verbaliza aceitação. A categoria "rede de suporte familiar" foi analisada e foi possível verificar que todos os inquiridos responderam receber apoio. O mesmo se verifica na literatura científica, nomeadamente no estudo de Stedile et al. (2017), onde todos os participantes referiram receber apoio familiar, após a perda do cônjuge, e no estudo de Baldin e Fortes (2008), onde os participantes relataram a participação da família com uma forma de amparo e apoio. Porém, relativamente aos relatos feitos pelos 71% dos participantes à família, em relação aos seus sentimentos, o mesmo não se verifica na literatura científica. A categoria "solidão" foi analisada e foi possível verificar que 85,7% dos inquiridos afirmaram sentir-se sozinhos. No estudo de Galicoli et al. (2012), 30% da amostra refere ter sentido solidão após a viuvez, bem como no estudo de Ben-Zun (2012), onde se verifica a presença de solidão, 39,4%, na população viúva.

O estudo de Vozikaki et al. (2011) apresenta sentimentos de solidão vividos pelos inquiridos, contudo, a sua maioria, 59,1%, pertence ao sexo feminino. A categoria "estratégias de coping para superar a solidão" foi analisada e verificou-se que 85,7% dos inquiridos utilizam a fé para superar a solidão. No estudo de Galicoli et al. (2012), as respostas demonstram que a dimensão espiritual ocupa um lugar de destaque na vida dos participantes, já no estudo de Stedile et al. (2017), a fé apresentou-se como um recurso importante, auxiliando os praticantes na elaboração do luto, contudo não se verifica em ambos os estudos a aplicabilidade da espiritualidade e da religião como forma de estratégias para superar a solidão.

Com o presente estudo, podemos concluir que existem diferenças significativas relativamente à rede de suporte familiar, mais propriamente em relação aos sentimentos partilhados pelos viúvos aos seus familiares e às estratégias de *coping*, onde a fé foi o recurso mais utilizado. Apesar dos resultados obtidos, existem limitações como a reduzida amostra, a não diferenciação da população em relação ao género e a não expansão da aplicação das entrevistas em mais centros de dia, que poderão ser possíveis determinantes para as poucas diferenças apresentadas.

Assim, a viuvez na velhice, pode ser considerada como um processo pautado de inúmeras mudanças, desencadeando no idoso sentimentos que afetam a sua qualidade de vida. A família tem um papel importante para enfrentar os sentimentos, contudo a religião e a fé constituem-se uma estratégia fundamental para enfrentar a solidão na população idosa.

REFERÊNCIAS

Arambašić, L. (2005). *Gubitak, tugovanje, podrška.* Jastrebarsko: Naklada Slap.

Arslantaş, H., Adana, F., Ergin, F. A., Kayar, D., & Acar, G. (2015). Loneliness in elderly people, associated factors and its correlation with quality of life: A field study from Western Turkey. *Iranian journal of public health*, *44*(1), 43.

Azeredo, Z. D. A. S., & Afonso, M. A. N. (2016). *Loneliness from the perspective of the elderly*. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *19*(2), 313-324. doi: 10.1590/1809-98232016019.150085

Baldin, C. B., & Fortes, V. L. F. (2008). Viuvez feminina: A fala de um grupo de idosas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, *5*(1), 43-54. doi: 10.5335/rbceh.2012.257

Ben-Zur, H. (2012). Loneliness, optimism, and well-being among married, divorced, and widowed individuals. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, *146*(1-2), 23-36. doi: 10.1080/00223980.2010.548414

Britvić, D. (2010). Obitelj i stress. *Medicina Fluminensis*, *46*(3), 267-272.

Cavalcanti, K, F., Mendes, J. M. S., Freitas, F. F. Q., Martins, K. P., Lima, R. J., & Macêdo, P. K. G. (2016). The elderly's look about loneliness. *Avances en Enfermería*, *34*(3), 259-267. doi: 10.15446/av.enferm.v34n3.60248

Costa, F.V., Gottlieb, M. G. V., & Moriguchi, Y. (2012). Religiosity and feelings of loneliness in elderly. *Gerontology and Aging*, *6*(2), 151-166.

Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2018). Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: Um estudo relacional. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *19*(3), 591-604. doi: 10.15309/18psd190310

Farber, S. S. (2012). Envelhecimento e elaboração das perdas. *Terceira Idade: Estudos sobre Envelhecimento*, *23*(53), 7-17. Disponível em: https://www.sescsp.org.br/files/edicao_revista/cd42b419-7df9-4182-8a57-4188279cf8a5.pdf

Farinasso, A. L. C., & Labate, R. C. (2012). Luto, religiosidade e espiritualidade: Um estudo clínico-qualitativo com viúvas idosas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *14*(3), 588-95. doi: 10.5216/ree.v14i3.14453

Galicioli, T. G. P., de Lima Lopes, E. S., & Rabelo, D. F. (2012). *Overcoming widowhood in old age: the use of coping strategies*. *Revista Temática Kairós: Gerontologia*, *15*, 225-237.

Jaramillo I. F., & Fonnegra L. J. (2015). *Los duelos en la vida*. Colômbia: Grijalbo.

Ribeiro, M. D. S., Borges, M. D. S., Araújo, T. C. C. F. D., & Souza, M. C. D. S. (2017). Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: An integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *20*(6), 880-888. doi: 10.1590/1981-22562017020.170083.

Rodrigues, R. M. (2018). Solidão, um fator de risco. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, *34*(5), 334-338. doi: 10.32385/rpmgf.v34i5.12073

Štambuk, A. (2019). Widowhood and grieving in old age. *Socialnodelo*, *58*(2), 125-144.

Stedile, T., Martini, M. I. G., & Schmidt, B. (2017). Elderly women and their experience after widowhood. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, *12*(2), 327-343.

Turatti, B. O. (2012). Implicações da viuvez na saúde: Uma abordagem fenomenológica em Merleau-Ponty [Implications of the widowhood in health: A phenomenological approach in Merleau-Ponty]. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, *3*(1), 32-38.

Vozikaki, M., Papadaki, A., Linardakis, M., & Philalithis, A. (2018). Loneliness among older European adults: Results from the survey of health, aging and retirement in Europe. *Journal of Public Health*, *26*(6), 613-624. doi: 10.1007/s10389-018-0916-6.

Vuletić, G., & Stapić, M. (2013). Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. *Klinička psihologija*, *6*(1-2), 45-61.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

ACEITAÇÃO SOCIAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE: A VINCULAÇÃO COMO VARIÁVEL MODERADORA

Flávia Veppo[1] (✉ flavia.veppo@hotmail.com), Catarina Perpétuo[1], Olívia Ribeiro[1], & Manuela Veríssimo[1]

[1] William James Research Center, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

A qualidade das relações sociais tem um papel importante na saúde, uma vez que pessoas com um número reduzido e/ou baixa qualidade nas suas relações sociais, possuem riscos de morbidade e mortalidade mais elevados (Cacioppo & Cacioppo, 2014; House, Landis, & Umberson, 1988; Umberson & Montez, 2010). Por outro lado, as pessoas que apresentam boas relações sociais beneficiam-se de processos que fomentam a exploração e o crescimento pessoal (Lee, Ybarra, Gonzalez, & Ellsworth, 2018), influências estas benéficas para a saúde (Uchino, 2009).

O apoio social também permite aos indivíduos ampliarem o seu repertório de habilidades e conhecimentos sobre a forma de lidar com stress, utilizando recursos provenientes dos seus pares, aumentando a sensação de bem-estar (Feeney & Collins, 2015). Para além disto, os laços sociais podem incrementar o sentido de responsabilidade, levando os indivíduos a adotarem comportamentos que protejam a saúde dos outros e a sua própria saúde (Umberson & Montez, 2010).

Como as doenças representam, geralmente, uma ameaça, perda, dependência e/ou falta de controle, podem levar a crises (Maunder & Hunter, 2001), a depender da forma como o indivíduo aprendeu a gerir as emoções quando confrontado com alguma ameaça. A teoria da vinculação (Bowlby, 1969/1982, 1988) enfatiza a importância e a influência que a vinculação primária (i.e., relação construída com a(s) figura(s) prestadora(s) de cuidados primários) exerce na vida dos indivíduos. Contudo, a influência que a vinculação possui no processo saúde-doença ainda se encontra pouco explorado na literatura, particularmente em populações não-adultas.

Estudos longitudinais e epidemiológicos têm destacado a vinculação como preditora de doenças físicas (Puig, Englund, Simpson, & Collins, 2013), caracterizando a vinculação insegura pela vulnerabilidade na gestão eficaz do stress e da angústia (Adshead & Guthrie, 2015). Contudo, apesar desta vulnerabilidade não ser considerada uma doença por si, pode acarretar custos fisiológicos indiretos. Nomeadamente, deterioração das relações sociais (Uchino, 2009) e a adoção de comportamentos de risco (e.g., não adesão ao tratamento, não utilização de fatores de proteção) (Maunder & Hunter, 2001). Neste sentido, a vinculação insegura é descrita como um fator de risco (McWilliams & Bailey, 2010), enquanto que a vinculação segura é descrita como um fator de diminuição do risco do desenvolvimento de doenças (Feeney, 2000; Maunder, & Hunter, 2001).

Tendo por base estas associações, a teoria da vinculação possui uma vertente psiconeuroimunológica, ainda muito pouco explorada. Exploração essa, que permitiria um debate bastante profícuo sobre a relação entre vinculação, stress e saúde (Jeremka et al., 2013; Nachmias et al., 1996). Neste estudo, propomos testar a hipótese de que os indivíduos com maiores níveis de segurança de vinculação possuem uma percepção de saúde e bem-estar mais positiva. Propomo-nos a testar, ainda, a hipótese de que a vinculação modera a relação entre a aceitação social e a percepção de saúde e bem-estar. Ou seja, que apresenta um efeito protetor para a saúde de indivíduos com baixa aceitação social.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 205 jovens (52.7% eram do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 10 e 12 anos (*M*=11.25; *DP*=0.94). Estes jovens estavam a frequentar o 5º e 6º ano de escolaridade em escolas do distrito de Lisboa e Setúbal. A idade das mães variava entre os 26 e os 57 anos (*M*=41.22; *DP*=5.46) e a dos pais entre os 28 e os 69 anos (*M*=43.37; *DP*=5.92), sendo que 83% dos pais são casados ou vivem em uma união de facto. Os participantes fazem parte de um projeto longitudinal mais alargado, a decorrer na WJCR – William James Center for Reserch (Grupo da Psicologia do Desenvolvimento), do ISPA – Instituto Universitário.

Instrumentos

Kerns Security Scale (Kerns et al., 2015). Este questionário tem como objetivo avaliar a perceção dos jovens acerca da segurança da vinculação ao pai e à mãe. É constituído por 21 itens de autopreenchimento (para cada uma das figuras de vinculação) que podem organizar-se em duas subescalas: *Base Segura* e *Porto de Abrigo*. Para cada item, os jovens devem assinalar qual das duas afirmações apresentadas é mais característica deles próprios (ex., "Para alguns jovens é fácil confiar nos seus pais" ou "Outros jovens não têm a certeza se podem confiar nos seus pais") e, só posteriormente, especificar em que grau é que se identificam com a afirmação selecionada ("Exatamente como eu" ou "Mais ou menos como eu"). Para cada um dos pais, é calculada uma pontuação global, com base na média dos valores obtidos no conjunto dos itens cotados de 1 a 4. Pontuações globais mais elevadas indicam uma perceção de maior segurança na vinculação ao pai e à mãe.

Child Health and Illness Profile – Child Edition (Riley et al., 2004; Rodrigues & Apóstolo, 2010). Este instrumento destina-se a avaliar a percepção que as crianças possuem sobre a sua própria saúde e bem-estar, e os seus comportamentos relacionados à saúde. É composto por 45 itens numa escala de *Likert* de cinco pontos (1 – Nunca; 5 – Sempre). O instrumento possui cinco subescalas: *Satisfação*, *Conforto*, *Resiliência*, *Evitamento de Riscos* e *Realização*. O somatório das subescalas representa a percepção global da saúde, como a presença/ausência de sintomas médicos e dores corporais. Pontuações mais altas indicam melhores comportamentos de saúde, assim como uma melhor auto-percepção de bem-estar.

Técnicas sociométricas de nomeação (McCandless & Marshall, 1957). A tarefa de nomeação consiste em solicitar à criança que indique, numa lista de colegas autorizados a participar no estudo: (1) os três com que mais gosta de brincar (nomeações positivas) e (2) os três com quem gosta menos de brincar (nomeações negativas). O valor da aceitação social foi calculado subtraindo o número de nomeações negativas recebidas ao número de nomeações positivas recebidas por cada criança, ambas as nomeações estandardizadas separadamente (Coie, Dodge, & Coppotelli, 1982).

RESULTADOS

Para fins descritivos, as médias e desvios-padrão das variáveis em estudo, bem como as suas respectivas correlações, são apresentadas na Tabela 1. As correlações demonstram que os indivíduos mais aceitos socialmente sentem-se mais seguros na relação com ambos os pais, tendo os indivíduos mais seguros relatado uma melhor percepção geral da saúde; enquanto que os indivíduos menos aceitos socialmente percebem a relação com os pais como menos segura, sendo essa segurança estatisticamente significativa apenas na relação com a figura paterna, além de relatarem comportamentos de saúde menos adaptativos, assim como menor sensação de bem-estar.

Tabela 1

Média, Desvio-padrão e correlação entre as variáveis do estudo

	2	3	4	*M*	*DP*
1 Vinculação à Mãe (KSS)	.608**	.501**	.194**	3.42	.43
2 Vinculação ao Pai (KSS)		.537**	.181**	3.26	.54
3 Saúde (CHIP-CE)			.156*	180.91	18.75
4 Aceitação Social				.00	.96

Nota. *$p \leq .05$, **$p \leq .001$.

De modo a testar o efeito preditor da aceitação social sobre os comportamentos de saúde, bem como o efeito moderador da vinculação aos pais nesta relação, recorreu-se à análise de regressão hierárquica múltipla. Devido as variáveis da KSS (vinculação à mãe e vinculação ao pai) serem altamente correlacionadas, não é possível utilizá-las em conjunto no modelo, tendo-se optado assim, por testar modelos em separado. Primeiramente utilizámos a variável relacionada com a mãe. Os valores de VIF (fatores de inflação da variância) e os de tolerância não indicaram a presença de multicolinearidade (VIF <10; tolerância >10).

O modelo inicial (cf. Tabela 2), incluindo nível de aceitação social e segurança da vinculação à mãe, explica uma percentagem significativa da variabilidade dos comportamentos de saúde, R^2=.234, $F(2,205)$=31.28, p<.001. De seguida, tendo-se verificado a relação entre essas duas variáveis, a interação entre a aceitação social e a segurança de vinculação à mãe foi adicionada ao modelo de regressão. A fim de evitar problemas de

multicolinearidade na interação, as variáveis preditoras foram centradas (Aiken & West, 1991). A inclusão da interação melhorou significativamente o ajustamento do modelo, ΔR^2=.03, $\Delta F(1,204)$=8.71, p=.004, b=7.439, $t(204)$=2.95, p<.001. A análise dos efeitos principais simples (Figura 1) mostra que uma vinculação mais segura à figura materna tende a atenuar os riscos relacionados com comportamentos de saúde não adaptativos, em crianças com baixa aceitação social.

Tabela 2

Modelo preditor de comportamentos de saúde (vinculação à mãe)

	Modelo 1			Modelo 2		
	β	*t*	*p*	*β*	*t*	*p*
Aceitação Social	.04	0.69	.493	-1.24	-2.82	.005
Segurança (Mãe)	.47	7.59	<.001	0.51	8.19	<.001
Interação				1.29	2.95	.004

Nota. *β* (Beta estandardizado).

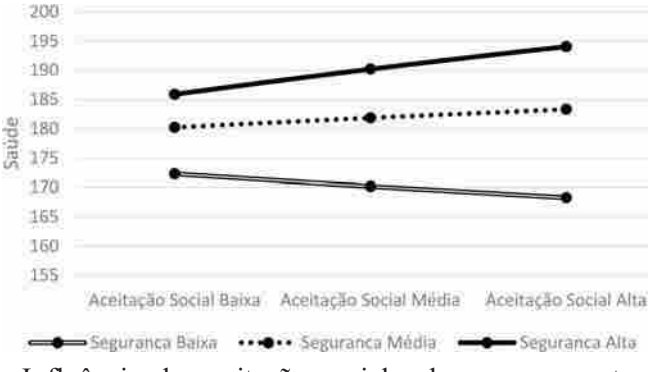


Figura 1. Influência da aceitação social sobre os comportamentos de saúde moderados pela vinculação à mãe

As análises sugerem um efeito moderador da vinculação materna na associação entre a aceitação social e comportamentos de saúde, em que uma melhor aceitação entre os pares se apresenta associada a um melhor bem-estar e comportamentos de saúde mais ajustados nos participantes mais seguros, não sendo o mesmo verificado entre os participantes com uma vinculação menos segura. Procedemos com as mesmas análises com a

variável da vinculação ao pai (Tabela 3). A aceitação social e a segurança de vinculação ao pai, explica uma percentagem significativa da variabilidade dos comportamentos de saúde, R^2=.265, F(2,202)=36.36, p<.001.

Tabela 3

Modelo preditor de comportamentos de saúde (vinculação ao pai)

	Modelo 1			Modelo 2		
	β	*t*	*p*	*β*	*t*	*p*
Aceitação Social	-.01	-.24	814	-.08	-2.42	.809
Segurança (Pai)	.52	8.34	<.001	.52	8.16	<.001
Interação				.07	.20	.839

Nota. *β* (Beta estandardizado).

Contudo, ao ser adicionada a interação entre a aceitação social e segurança ao pai ao modelo de regressão, a variável da segurança ao pai não demonstrou ser um moderador entre a aceitação social e a saúde R^2=.000, p=.839.

DISCUSSÃO

Neste estudo, foram encontradas associações significativas entre a aceitação social e resultados de saúde numa amostra de pré-adolescentes. Especificamente, indivíduos mais aceites socialmente relataram menos sintomas médicos, menos dores corporais e problemas de saúde geral, além de terem relatado que a sua saúde influenciou positivamente nas suas capacidades de funcionamento social. O presente estudo mostra que, tal como para populações adultas, em pré-adolescentes, a relação entre a aceitação social e a saúde é moderada pela segurança de vinculação à mãe: uma baixa aceitação social, não se reflete necessariamente em comportamentos mal adaptativos de saúde, desde que a vinculação com a figura materna seja segura.

Deste modo, sugere-se que intervenções na área da saúde abrangam também a família do paciente, de forma que este se sinta mais seguro nas suas relações familiares. A comunicação dos profissionais da saúde

também é algo que deveria ser adaptada aos pacientes atuando como forma de facilitar o tratamento de doenças (Hillen et al., 2014). Feeney (2000) chama a atenção para que os profissionais desta área estejam atentos ao estilo de vinculação dos seus pacientes, pois no caso de crianças inseguras, o foco em estratégias positivas de *coping* e no encorajamento de um uso eficaz das redes de suporte social é essencial.

Avaliar a história desenvolvimental dos pacientes é também imprescindível no sentido de se conhecer mais profundamente as exigências do paciente, assim como analisar as suas atitudes em relação à procura de ajuda e a sua relação com os prestadores de cuidados, pois são situações em que é possível examinar as características do paciente. Estudos anteriores sugerem que a vinculação insegura apresenta-se como um fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças (McWilliams & Bailey, 2010), sendo ainda um empecilho para o tratamento, seja pela não adesão ao tratamento, estratégias de *coping* mal adaptativas e pelo não uso de fatores de proteção (Adshead & Guthrie, 2015; Maunder & Hunter, 2001).

Vimos que a contribuição da teoria da vinculação para o campo científico abrange também a área da intervenção, proporcionando uma prática clínica diferenciada no sentido de esta se mostrar mais adequada e personalizada de acordo com as especificidades da vinculação apresentada pelos pacientes. Tornar a intervenção ajustada a cada paciente, ao invés de uma utilização padronizada das técnicas, parece ser um procedimento mais coeso com a prática médica. Além da saúde física dos indivíduos, a sua saúde psicológica também deve ser alvo de consideração, de forma a promover o bem-estar global dos pacientes.

Percebemos que grande parte da investigação neste domínio tem se focado na população adulta, talvez pelo facto de o desenvolvimento de estudos na infância ser de mais difícil concretização (e.g., menor exatidão da validade dos biomarcadores, menor prevalência de doenças comparado à fase adulta). Porém, mesmo sob estas circunstâncias, é saliente a necessidade de mais investigação na área da infância, nomeadamente no sentido de informar práticas de prevenção precoce. A ausência de estudos longitudinais e de estudos orientados para ambos os pais também podem ser consideradas importantes lacunas nesta área de investigação da vinculação; estudos futuros deverão procurar colmatar estas lacunas, quer do ponto de vista conceptual como metodológico.

A evidência sugere que a abordagem médica no tratamento das doenças considere os comportamentos de vinculação dos pacientes, de forma a contribuir para uma melhoria das intervenções e consequente promoção de saúde. Atuar no campo da saúde, seja ela psicológica ou física, faz-se no campo simbólico, e abordar essa esfera da vinculação, será sempre mais vantajoso para o indivíduo por se tratar de uma abordagem individualizada e de acordo com as suas necessidades e idiossincrasias.

REFERÊNCIAS

Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Adshead, G., & Guthrie, E. (2015). The role of attachment in medically unexplained symptoms and long-term illness. *BJPsych Advances*, *21*(3), 167-174.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books. (Trabalho original publicado em 1969)

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human developmen*t. New York, NY: Basic Books.

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, *8*(2), 58-72.

Coie, J. D., Dodge, K. A., & Coppotelli, H. (1982). Dimensions and types of social status: A cross-age perspective. *Developmental Psychology, 18*(4), 557-570.

Feeney, J. A. (2000). Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child: Care, Health and Development*, *26*(4), 277-288.

Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, *19*(2), 113-147.

Hillen, M. A., de Haes, H. C., Stalpers, L. J., Klinkenbijl, J. H., Eddes, E. H., Verdam, M. G., & Smets, E. M. (2014). How attachment style and locus of control influence patients' trust in their oncologist. *Journal of Psychosomatic Research*, *76*(3), 221-226.

Jaremka, L. M., Glaser, R., Loving, T. J., Malarkey, W. B., Stowell, J. R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Attachment anxiety is linked to alterations in cortisol production and cellular immunity. *Psychological Science*, *24*(3), 272-279.

House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, *241*, 540-545.

Kerns, K. A., Mathews, B. L., Koehn, A. J., Williams, C. T., & Siener-Ciesla, S. (2015). Assessing both safe haven and secure base support in parent-child relationships. *Attachment & Human Development*, *17*(4), 337-353.

Lee, D. S., Ybarra, O., Gonzalez, R., & Ellsworth, P. (2018). I-through-we: How supportive social relationships facilitate personal growth. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *44*(1), 37-48.

Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, *63*(4), 556-567.

McCandless, B. R., & Marshall, H. R. (1957). A picture sociometric technique for preschool children and its relation to teacher judgments of friendship. *Child Development*, *28*(2), 139-147.

McWilliams, L. A., & Bailey, S. J. (2010). Associations between adult attachment ratings and health conditions: Evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychology*, *29*(4), 446-453.

Nachmias, M., Gunnar, M., Mangelsdorf, S., Parritz, R. H., & Buss, K. (1996). Behavioral inhibition and stress reactivity: The moderating role of attachment security. *Child Development*, *67*(2), 508-522.

Puig, J., Englund, M. M., Simpson, J. A., & Collins, W. A. (2013). Predicting adult physical illness from infant attachment: a prospective longitudinal study. *Health Psychology*, *32*(4), 409-417.

Riley, A. W., Forrest, C. B., Rebok, G. W., Starfield, B., Green, B. F., Robertson, J. A., & Friello, P. (2004). The child report form of the CHIP-child edition: reliability and validity. *Medical Care*, *42*(3), 221-231.

Rodrigues, M. A., & Apóstolo, J. L. A. (2010). Adaptação portuguesa do Child Health and Illness Profile, Child Edition (CHIP-CE). *Revista de Enfermagem Referência*, *3*(2), 121-126.

Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, *4*(3), 236-255.

Umberson, D., & Montez, J. K. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, *51*(S), S54-S66.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

ANÁLISE QUALITATIVA DAS MUDANÇAS SEXUAIS COM O ENVELHECIMENTO

Marta Torres[1] (✉ martabdatorres@gmail.com), Sofia von Humboldt[1], & Isabel Leal[1]
[1] William James Research Center, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

Existe uma carência de pesquisas empíricas que integram os fatores que comprometem a experiência de mudanças na sexualidade e na qualidade de vida dos idosos de modo multidimensional ou biopsicossocial (Penhollow, Young, & Denny, 2009). Uma grande maioria da literatura existente assenta numa perspetiva biológica ou médica, que defende que os comportamentos sexuais, o desejo e a satisfação sexual são reduzidos e suprimidos com a idade em consequência das mudanças físicas, variações hormonais e doenças crónicas (DeLamater & Sill, 2005). Contrariamente, alguns autores têm referido que a sexualidade ajuda a manter o bem-estar psicológico e físico, favorece a diminuição de problemas de saúde física e mental, reduz os custos de saúde e pode eventualmente aumentar a satisfação com a vida (DeLamater, 2012). Desta forma, é essencial identificar os fatores que intervêm com as potencialidades da saúde sexual e da qualidade de vida para além das mudanças biológicas relacionadas com o envelhecimento (Penhollow et al., 2009).

As mudanças fisiológicas que ocorrem devido à idade não tornam o relacionamento sexual dos idosos como algo impossível ou difícil de ocorrer (Lochlainn & Kenny, 2013). A maior parte dessas mudanças fisiológicas são modificáveis, o que significa que existem várias opções terapêuticas que permitem que os indivíduos nesta faixa etária experienciem a sua vida sexual de forma significativa (Lochlainn & Kenny, 2013). As mudanças sexuais psicossociais que afetam a sexualidade nos idosos são idênticas aos fatores que também afetam a sexualidade dos jovens e adultos. São eles, a satisfação conjugal, as mudanças na vida, a autoestima, a imagem corporal e os conceitos errados acerca da relação sexual (Dhingra, De Sousa, & Sonavane, 2016).

O processo do relacionamento sexual pode sofrer mudanças com a idade em função de fatores biológicos, psicológicos e sociais (DeLamater & Karraker, 2009).

O presente estudo teve como objetivo explorar as mudanças sexuais que ocorreram na vida dos idosos e a importância que estas tiveram para os mesmos.

MÉTODO

Participantes

Foi utilizado um método de amostragem não probabilístico, objetivo ou intencional. A amostra constitui-se por 123 participantes, 73 mulheres e 50 homens, com idades entre os 65 e os 90 anos (M=75.8; DP=6.5).

Material

Através da aplicação do questionário MMSE de Folstein, Folstein, e McHugh (1975), controlou-se a condição de ausência de défice cognitivo. Este exame apresenta um valor moderado de fiabilidade, medido através do *Alpha* de *Cronbach*, de .464 (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009). Com o intuito de caraterizar a amostra, foi utilizado um questionário sociodemográfico e da saúde. Foi realizada uma entrevista semiestruturada com o objetivo de explorar as mudanças sexuais que ocorreram na vida dos idosos. Esta teve como questão principal "Quais foram as mudanças sexuais que ocorreram na sua vida?".

Procedimento

A recolha de dados ocorreu em Universidades Seniores e Centros de Dia de cinco concelhos de Lisboa. Os participantes assinaram um consentimento informado de forma a garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos. O protocolo de investigação foi realizado individualmente com cada participante. Após a finalização da recolha de

dados procedeu-se à análise de conteúdo das entrevistas, utilizando o software MAXQDA 2018 (v.18.2.0). Foi adotado um processo de codificação que não forçou nenhum dado a fazer parte de uma grelha de codificação ou construto teórico pré-existente, dando prevalência ao conteúdo manifesto do participante como a informação mais relevante a destacar.

Utilizou-se o coeficiente Kappa de Cohen para analisar a concordância entre os investigadores. A análise da confiabilidade, calculada a partir do coeficiente Kappa de Cohen foi de .654, o que pode ser interpretado como existindo uma concordância substancial entre investigadores.

RESULTADOS

Foram codificados no total 1737 segmentos (1105 de valência negativa e 191 de valência positiva, i.e., 63.6% e 11.0%, respetivamente). Dando origem a quatro categorias de Mudanças Sexuais (Comportamentais; Físicas/Biofisiológicas; Não Normativas e Psicossociais).

Em relação às "Mudanças Sexuais Comportamentais", foram obtidas, no total, 297 codificações, 17.0% das mudanças sexuais (152 de valência negativa e 145 de valência positiva, i.e., 8.8% e 8.2%, respetivamente). Dividindo-se em 21 subcategorias, que deram origem a 11 subcategorias de valência negativa: "Agressividade" (0.2%); "Ausência de interesse do seu cônjuge" (0.9%); "Consumo de medicação para a DE" (0.3%); "Disponibilidade e interesse do parceiro sexual" (1.1%); "Disponibilidade, interesse, disposição, vontade, apetite sexual do cônjuge" (2.1%); "Existência de inibições" (0.2%); "Não acreditar em relacionamentos futuros" (1.1%); "Personalidade" (0.7%); "Preocupações profissionais" (0.5%); "Recusa no consumo de medicação para a DE" (0.9%) e "Substituição da atividade sexual por atividades não sexuais satisfatórias" (0.8%) e a 10 subcategorias de valência positiva: "Aumento da calma, tranquilidade, serenidade, pacificidade, equilíbrio" (1.4%); "Aumento da comunicação íntima" (1.0%); "Aumento da qualidade na relação sexual" (0.5%); "Aumento das demonstrações afetivas" (0.8%); "Aumento do à vontade, entrega, desinibição, disponibilidade, descontração" (1.7%); "Manutenção da afetividade, carinho, meiguice, abraços, cumplicidade"

(0.5%); "Manutenção da comunicação" (0.3%); "Manutenção da qualidade da relação sexual" (0.5%); "Tranquilidade em relação aos filhos e à profissão" (0.9%) e "Transição de fazer sexo e fazer amor" (0.6%).

No que se refere às "Mudanças Sexuais Físicas/Biofisiológicas", foram obtidas, no total, 684 codificações, 39.4% das mudanças sexuais (656 de valência negativa e 28 de valência positiva, i.e., 37.8% e 1.6%, respetivamente). Dividindo-se em 18 subcategorias, que deram origem a 14 subcategorias de valência negativa: "Problemas sexuais nos homens idosos" (13.5%); "Problemas sexuais nas mulheres idosas" (9.2%); "Acidente vascular cerebral" (1.1%); "Artrite" (0.1%); "Condicionamento psicológico" (2.0%); "Debilidade física" (0.4%); "Deficiência visual" (0.1%); "Diabetes Mellitus" (0.6%); "Diminuição da agilidade corporal" (1.1%); "Doença oncológica" (1.4%); "Doenças crónicas" (1.3%); "Envelhecimento" (5.8%); "Fadiga"(0.5%) e "Outras doenças" (0.7%) e a quatro subcategorias de valência positiva: "Alteração do comportamento masturbatório nos homens idosos" (0.1%); "Alteração do comportamento masturbatório nas mulheres idosas" (0.7%); "Aumento do prazer e satisfação nas mulheres idosas" (0.3%) e "Ausência do medo de engravidar nas mulheres" (0.5%).

Relativamente às "Mudanças Sexuais Não Normativas", foram obtidas 185 codificações de valência negativa, 10.7% das mudanças sexuais, dividindo-se em oito subcategorias de valência negativa: "Afastamento do cônjuge" (0.3%); "Ausência de parceiro sexual" (0.5%); "Consumo de medicação" (1.1%); "Divórcio/separação" (1.2%); "Falecimento de um familiar" (0.4%); "Infidelidade" (0.3%); "Perda por morte do parceiro sexual" (6.7%) e "Procedimentos cirúrgicos" (0.2%).

Quanto às "Mudanças Sexuais Psicossociais", foram obtidas, no total, 130 codificações, 7.6% das mudanças sexuais (112 de valência negativa e 18 de valência positiva, i.e., 6.6% e 1.0%, respetivamente). Dividindo-se em nove subcategorias, que deram origem a seis subcategorias de valência negativa: "A atividade sexual deixou de ser uma prioridade" (0.7%); "Acomodação à ausência de atividade sexual ou intimidade" (4.3%); "Desejo de alteração de parceira" (0.5%); "Educação" (0.2%); "Família" (0.5%) e "Relação monótona/ rotineira" (0.4%) e a três subcategorias de valência positiva: "Abertura a novas relações (0.6%); "Aquisição de experiências" (0.3%) e "Mais tempo para si próprio (a)" (0.1%).

DISCUSSÃO

As subcategorias das "Mudanças Sexuais Comportamentais" mais relatadas pelos participantes foram a subcategoria de valência negativa "Disponibilidade, interesse, disposição, vontade, apetite sexual do cônjuge", mencionada 36 vezes (i.e., 2.1%). Sendo congruente com estudos que apontam a disponibilidade do parceiro causada pela debilitada saúde do mesmo (Syme, Klonoff, MacEra, & Brodine, 2013) e a falta de interesse do parceiro no sexo (DeLamater, Hyde, & Fong, 2008) como uns dos fatores que têm impacto na satisfação sexual. Os autores Carpenter, Nathanson e Kim (2009) corroboram os resultados encontrados. E a subcategoria de valência positiva "Aumento do à vontade, entrega, desinibição, disponibilidade e descontração", mencionada 30 vezes (i.e., 1.7%). De acordo com a literatura, as mulheres mais velhas estão menos expostas à pressão dos indivíduos do sexo masculino em relação à sexualidade (Miller, 2018). Assim sendo, a vergonha e a culpa associadas ao sexo vão diminuindo, o que poderá resultar em relações sexuais mais prazerosas (Miller, 2018; Montemurro, 2014). Ao longo do envelhecimento, as mulheres idosas vão adquirindo um melhor entendimento sobre os seus desejos sexuais e sobre aquilo que mais as agrada a nível sexual (Miller, 2018).

A "Mudança Sexual Física/Biofisiológica" mais referenciada pelos participantes foi a subcategoria de valência negativa "Envelhecimento", mencionada 101 vezes (i.e., 5.8%). De acordo com Elder, Johnson e Crosnoe (2004), o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo da vida e que pressupõe mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Contudo, a idade por si só não consegue definir este processo (Elder et al., 2004; Miller, 2018). As mudanças fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento expressam-se através de uma diminuição da capacidade funcional (Miller, 2018). O facto de os idosos atribuírem na sua maioria fatores negativos ao envelhecimento, pode dever-se à representação socialmente construída deste processo, ou seja, a sociedade fazer avaliações negativas dos indivíduos à medida que estes envelhecem (Miller, 2018). Alguns autores sugerem que nem todos os idosos sofrem declínios acentuados relacionados com a idade (Miller, 2018). Em investigações futuras, poderá ser pertinente aprofundar as razões e dimensões do envelhecimento como

sendo a mudança sexual física/biofisiológica de valência negativa mais comum.

A "Mudança Sexual Não Normativa" mais identificada pelos participantes foi a subcategoria de valência negativa "Perda por morte do parceiro sexual", mencionada 117 vezes (i.e., 6.7%). De acordo com Lindau e colaboradores (2007), existe uma grande assimetria demográfica de género em relação à situação relacional. Nos seus estudos, foi constatado que na faixa etária dos 75-85 anos de idade, 72% dos indivíduos eram homens casados e 18.3% eram homens viúvos, em contraste com apenas 38.4% de mulheres casadas e 49.8% de mulheres viúvas (Lindau et al., 2007). Diversas pesquisas indicam que a maior influência na frequência de atividade sexual heterossexual na vida adulta é o tipo de relacionamento ou estado civil, apesar de o declínio entre mulheres ser o fator mais significativo para o aumento percentual de viúvos (Træen et al., 2016).

A "Mudança Sexual Psicossocial" mais referenciada pelos participantes foi a subcategoria de valência negativa "Acomodação à ausência de atividade sexual ou intimidade", mencionada 74 vezes (i.e., 4.3%). Alguns estudos indicam que a diminuição da atividade sexual e/ou a sua cessação está associada à presença de DE (Chew, Bremner, Stuckey, Earle, & Jamrozik, 2009; Killinger, Boura, & Diokno, 2014) e à doença do parceiro (DeLamater et al., 2008; Study, 2010). Outros estudos referem que uma das razões para a inatividade sexual por parte das mulheres idosas é a falta de parceiro (Beckman, Waern, Gustafson, & Skoog, 2008; Lindau et al., 2007; Schick et al., 2010). E para os homens, a inatividade sexual está relacionada com a saúde do próprio (Beckman et al., 2008; Schick et al., 2010). Os participantes que relatam estas razões, acomodam-se à condição em que se encontram e não tendem a modificá-la. Num estudo futuro, poderá ser importante averiguar quais os fatores que contribuem para que a população desta faixa etária não modifique a sua condição.

Desta forma, as "Mudanças Sexuais" de valência negativa foram mais citadas pelos participantes, em comparação com as "Mudanças Sexuais" de valência positiva em todas as quatro categorias, o que poderá significar que os participantes experienciam mais "Mudanças Sexuais" de valência negativa do que de valência positiva, atribuindo-lhes uma maior importância. As "Mudanças Sexuais" de valência negativa mais citadas pelos participantes foram as "Físicas/Biofisiológicas". Enquanto que as de valência positiva foram as "Comportamentais".

Relativamente às limitações do presente estudo, uma das mesmas, prende-se com o processo de recolha de dados, visto que a amostra utilizada foi não probabilística. Outra das limitações relaciona-se com a reduzida dimensão da amostra masculina (50 homens), em comparação com a amostra feminina (73 mulheres), o que impossibilitou uma fiável comparação de géneros, contudo está de acordo com a tendência das amostras da população idosa. Outra limitação, deve-se à ausência de definições para as categorias "Mudanças Sexuais Comportamentais" e "Mudanças Sexuais Não Normativas", pelo que se sugere em estudos futuros a conceitualização destas duas categorias, de forma a facilitar a investigação sobre as mudanças sexuais que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento.

A presente investigação revela-se inovadora, uma vez que na literatura científica, a sexualidade da população idosa é maioritariamente compreendida por variáveis físicas/biofisiológicas e sociodemográficas, não existindo o mesmo enfoque em variáveis psicossociais, comportamentais e não normativas, que se apresentam como significativas na vida sexual dos idosos.

É importante que pesquisas futuras se debrucem sobre as mudanças positivas relacionadas com a idade, por exemplo, competências sexuais, crenças e atitudes, pois o seu conhecimento poderá contribuir para intervenções clínicas que facilitem a aquisição de experiências sexuais positivas ao longo do envelhecimento (Forbes, Eaton, & Krueger, 2016).

REFERÊNCIAS

Beckman, N., Waern, M., Gustafson, D., & Skoog, I. (2008). Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: Cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *British Medical Journal*, *337*(a279). Retrieved from https://doi.org/10.1136/bmj.a279

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

Chew, K., Bremner, A., Stuckey, B., Earle, C., & Jamrozik, K. (2009). Sex life after 65: How does erectile dysfunction affect ageing and elderly men? *The Aging Male*, *12*(2/3), 41-46. Retrieved from https://doi.org/10.1080/13685530802273400

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

DeLamater, J., Hyde, J. S., & Fong, M. C. (2008). Sexual satisfaction in the seventh decade of life. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *34*(5), 439-454. Retrieved from https://doi.org/10.1080/00926230802156251

DeLamater, J., & Karraker, A. (2009). Sexual functioning in older adults. *Current Psychiatry Reports*, *11*(1), 6-11. Retrieved from https://doi.org/10.1007/s11920-009-0002-4

DeLamater, & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *Journal of Sex Research*, *42*(2), 138-149. Retrieved from https://doi.org/10.1080/00224490509552267

Dhingra, I., De Sousa, A., & Sonavane, S. (2016). Sexuality in older adults: Clinical and psychosocial dilemmas. *Journal of Geriatric Mental Health*, *3*(2), 131. Retrieved from https://doi.org/10.4103/2348-9995.195629

Elder, G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2004). The Emergence and Development of Life Course Theory. In J. T. Mortimer & M. J. Shanahan (Eds.), *The Handbook of the Life Course* (pp. 3-23). New York: Springer, Boston, MA. Retrieved from https://doi.org/10.1007/978-0-306-48247-2_1

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*(3), 189-198. Retrieved from https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6

Forbes, M. K., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2016). Sexual Quality of Life and Aging: A Prospective Study of a Nationally Representative Sample. *Journal of Sex Research*, *54*(2), 137-148. Retrieved from https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1233315

Killinger, K., Boura, J., & Diokno, A. (2014). Exploring factors associated with sexual activity in community-dwelling older adults. *Research in Gerontological Nursing*, *7*, 256-263. Retrieved from https://doi.org/10.3928/19404921-20141006-01

Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, *357*(8), 762-774. Retrieved from https://doi.org/10.1056/NEJMoa067423

Lochlainn, M. N., & Kenny, R. A. (2013). Sexual activity and aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, *14*(8), 565-572. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.022

Miller, L. R. (2018). The Perils and Pleasures of Aging: How Women's Sexualities Change across the Life Course. *The Sociological Quarterly*, 1-26. Retrieved from https://doi.org/10.1080/00380253.2018.1526052

Montemurro, B. (2014). *Deserving Desire: Women's Stories of Sexual Evolution*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, *9*(2), 10-16. Retrieved from https://doi.org/10.1007/978-3-319-40406-6_17

Penhollow, T. M., Young, M., & Denny, G. (2009). Predictors of Quality of life, Sexual Intercourse, and Sexual Satisfaction among Active older Adults. *American Journal of Health Education*, *40*(1), 14-22. Retrieved from https://doi.org/10.1080/19325037.2009.10599074

Schick, V., Herbenick, D., Reece, M., Sanders, S. A., Dodge, B., Middlestadt, S. E., & Fortenberry, J. D. (2010). Sexual behaviors, condom use, and sexual health of americans over 50: Implications for sexual health promotion for older adults. *Journal of Sexual Medicine*, *7*(sppl 5), 315-329. Retrieved from https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02013.x

Study, A. C. (2010). Research prevalence of sexual activity and associated factors in men aged 75 to 95 years. *Annals of Internal Medicine*, *153*, 693-702. Retrieved from https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-11-201012070-00002

Syme, M. L., Klonoff, E. A., MacEra, C. A., & Brodine, S. K. (2013). Predicting sexual decline and dissatisfaction among older adults: The role of partnered and individual physical and mental health factors. *Journals of Gerontology – Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *68*(3), 323-332. Retrieved from https://doi.org/10.1093/geronb/gbs087

Træen, B., Carvalheira, A. A., Ingela Lundin, Kvalem Aleksandar, Š., Janssen, E., Graham, C. A., Hald, G. M., & Enzlin, P. (2016). Sexuality in older adults (65+) – An overview of the recent literature, Part 2: Body image and sexual satisfaction. *International Journal of Sexual Health*, *29*(1), 11-21. Retrieved from https://doi.org/10.1080/19317611.2016.122701

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

ANSIEDADE E ADESÃO AO TRATAMENTO EM INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Daniela Pinheiro[1] (✉ danniela-pinheiro@live.com.pt), Paula Saraiva Carvalho[1], & Cláudia Mendes Silva[1]

[1] Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Portugal

Ao longo dos últimos anos, presenciamos um aumento acentuado de doenças crónicas, constituindo-se a Hipertensão Arterial como uma problemática cuja prevalência é cada vez mais notória (Soares, 2005). Na Hipertensão Arterial, tendo em conta a sua cronicidade, o comportamento e estilo de vida dos indivíduos desempenham um papel fulcral no bom prognóstico da doença. Além disso, as alterações dos hábitos de vida, o desconhecimento de formas de tratamento e de informação relativa à doença em si contribuem para que muitos doentes apresentem uma difícil adaptação emocional ao seu quadro clínico, contribuindo para o aparecimento de ansiedade (Sousa, Ladeiro, Pires, & Santos, 2011).

Um dos maiores desafios no controlo da hipertensão arterial é conseguir que os indivíduos adiram aos tratamentos de modo a conseguirem garantir o seu sucesso a longo prazo e de forma orientada (Pierin, Mion, Fukushima, Pinto, & Kaminaga, 2001). A adesão ao tratamento define-se como o grau de conformidade entre as recomendações do profissional de saúde e o comportamento do paciente relativamente ao regime terapêutico aconselhado (Jacob & Stephens, 2001). Neste sentido, e de acordo com vários estudos existentes, o conceito de adesão não nos remete apenas para a adesão à medicação, inclui também outros aspetos ao nível da prevenção, do prévio diagnóstico e um encaminhamento adequado (Marques, Leal, Cabaça, & Alexandre, 2017). Para além da falta de adesão ao regime terapêutico, é também considerada não adesão quando o comportamento do indivíduo não vai ao encontro do que é recomendado pelo profissional de saúde, sendo que o grau de adesão de um individuo à terapêutica, tem como extremo o abandono do seguimento (Gusmão et al., 2009).

Vários estudos apontam fatores de risco que ajudam a explicar a existência da Hipertensão, entre eles, os fatores de ordem psicológica, nomeadamente a ansiedade. A ansiedade na população hipertensa está muito relacionada com o desconhecimento de formas de tratamento e mesmo informação relativas à doença em si, uma vez que esta doença crónica ainda não é vista como uma doença, mas sim como uma condição do indivíduo (Oliveira-Martins, Oliveira, Gomes, Caramona, & Cabrita, 2011).

Constituindo a ansiedade um mecanismo de resposta face a um estímulo stressor, alguns estudos referem que os sujeitos aquando expostos a uma situação ansiógena tendem a manifestar níveis de tensão arterial mais elevados, explicando assim a possível existência, em alguns casos, de uma relação direta entre Hipertensão e Ansiedade (Fonseca, Coelho, Nicolato, Malloy-Diniz, & Filho, 2009).

Neste sentido, o principal objetivo deste estudo consiste em analisar os níveis de ansiedade e de adesão ao tratamento numa amostra de indivíduos com Hipertensão Arterial.

MÉTODO

Participantes

A presente amostra foi recolhida no Centro de Saúde São Tiago em Castelo Branco, tendo sido administrado um protocolo composto pelo Questionário Sociodemográfico, o MAT – Questionário de Medidas de Adesão aos Tratamentos e a HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. O estudo contou com a participação de 106 indivíduos com diagnóstico de Hipertensão Arterial, cujas idades variam entre os 33 e os 65 anos, com uma média aproximada de 58 anos. A amostra é classificada como não probabilística e por conveniência, uma vez que os participantes foram os que demonstraram interesse e disponibilidade para participar no estudo. O presente estudo classifica-se como sendo de natureza quantitativa, descritiva e transversal.

Objetivos do estudo

Este estudo pretende aprofundar o conhecimento sobre a doença crónica mais especificamente no que diz respeito aos níveis de adesão ao

tratamento e de ansiedade apresentados por pessoas com Hipertensão Arterial. Para isso foi definido um conjunto de objetivos gerais e específicos. Os gerais prendem-se com: (1) Avaliar os níveis de adesão ao tratamento em indivíduos com hipertensão arterial; (2) Avaliar os níveis de ansiedade nos indivíduos com hipertensão arterial; (3) Avaliar a relação existente entre os níveis de ansiedade de indivíduos com hipertensão arterial e os seus níveis de adesão ao tratamento.

Já os objetivos específicos pretendem: (a) Averiguar se existem relações nos níveis de adesão ao tratamento em função de algumas variáveis como o tempo de diagnóstico e a idade dos sujeitos; (b) explorar se existem diferenças nos níveis de ansiedade em função de algumas variáveis sociodemográficas, como o género e os níveis de escolaridade.

Análise dos dados

Todas as análises foram realizadas no software SPSS (IBM SPSS Statistics 22.0). Para a caracterização dos participantes em termos de variáveis sociodemográficas, recorremos a estatísticas descritivas (cálculo de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão).

Relativamente à escolha dos testes utilizados no nosso estudo, baseámo-nos no Teorema do Limite Central, que refere que para amostras de dimensão superior a 25-30 sujeitos, a atribuição da média da amostra é aproximada à normal (Marôco & Bispo, 2005). Assim, visto que amostra deste estudo é composta por 106 doentes hipertensos utilizaram-se testes paramétricos. Para comparar médias entre dois grupos independentes recorreu-se ao teste *t* e recorremos à ANOVA por forma a comparar mais de dois grupos e para averiguar a existência de associações entre as variáveis, utilizamos o coeficiente de correlação de *Spearman*.

RESULTADOS

No que respeita ao questionário de Medidas de Adesão (MAT), a média de adesão dos participantes ao tratamento é de 5.56, sendo que os valores oscilam entre 1 e 6. Este valor parece sugerir que a população deste estudo, em média, apresenta muito bons níveis de adesão ao tratamento. Em relação

à sintomatologia ansiógena é de ressaltar que nesta amostra foram poucos os participantes que evidenciaram níveis considerados altos, 19 (17,9%) obtiveram ansiedade leve, 8 (7,5%) referem um nível de ansiedade moderada e somente 2 (1,9%) inquiridos revelam níveis altos de ansiedade severa.

No que concerne à relação entre o MAT, a Idade e o Tempo de Diagnóstico concluiu-se que a idade influencia os níveis de adesão ao tratamento, encontrando-se as variáveis positivamente correlacionadas (r=.254, p<.01), sendo que à medida que a idade aumenta, verifica-se a tendência para também aumentar o nível de adesão dos tratamentos. O mesmo efeito também se verifica com a variável tempo de diagnóstico (r=.224, p<.05), sendo que quanto maior for o tempo de diagnóstico maiores são os níveis de adesão aos tratamentos.

O estudo aponta ainda para diferenças nos níveis de ansiedade entre homens e mulheres [t(106)=-3.325, p=.001], pelo que de acordo com os resultados obtidos é o sexo feminino que ostenta maiores níveis de ansiedade (M=.936, DP=.569) quando comparadas com o sexo masculino (M=.603, DP=.425). Relativamente à relação entre os níveis de escolaridade e os níveis de ansiedade o estudo não apresenta resultados estatisticamente significativos.

Encontramos ainda uma associação negativa entre o MAT e a HADS (r=-.344; p<.05), concluindo que à medida que os níveis de adesão ao tratamento aumentam, a presença de sintomatologia ansiógena ou depressiva diminui, ou que uma diminuição nos níveis de adesão ao tratamento leva a um aumento nestes sintomas psicopatológicos.

DISCUSSÃO

A presente investigação mostra que a média de adesão dos participantes é bastante satisfatória, revelando valores de 5.56, numa escala de 1 a 6. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos realizados, que, demonstram também, valores idênticos de adesão ao tratamento (e.g., Simão, 2009; Silva, Oller, Pompeo, Eid, & Kusumota, 2016; Mansour, Monteiro, & Luiz, 2016). Os valores elevados, obtidos no estudo que

realizámos, podem estar relacionados com a satisfação com a informação facultada pelos profissionais de saúde, uma vez que 75,5% de sujeitos referiram que se encontravam satisfeitos e 10,4% muito satisfeitos.

Relativamente ao tempo de diagnóstico verificou-se que os sujeitos cujo diagnóstico foi feito há mais tempo, tendem a ter mais *insight* sobre a necessidade da toma da medicação, sendo possível constatar que 62,3% da amostra apresentavam um tempo de diagnóstico entre 1 e 10 anos, o que vai ao encontro do estudo de Magnabosco et al. (2015), onde confirmaram que quando o diagnóstico é precoce a não adesão tende a predominar, uma vez que sujeitos com diagnóstico de mais anos consideram a prescrição médica como uma medida fundamental a adotar para o controlo da doença e aumento da qualidade de vida.

O estudo revelou também a existência de uma relação entre a variável idade e a escala MAT apontando que quanto mais envelhecida é a população maior importância dão ao cumprimento da prescrição médica. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Veras e Oliveira (2009). No entanto, outros autores defendem que a variável idade tende a dificultar o processo de adesão ao tratamento à medida que os anos avançam (Barreto, Reiners, & Marcon, 2014; Gewehr et al., 2018). A falta de consenso sobre a variável idade pode também, dever-se ao facto desta variável ser vivenciada por cada pessoa de forma diferente, uma vez que a idade e o processo de envelhecimento englobam outras dimensões e significados que vão mais além das dimensões da idade cronológica (Schneider & Irigaray, 2008).

A respeito da ansiedade, na presente amostra observou-se que poucos foram os participantes que evidenciaram níveis considerados altos, obtendo uma média na subescala de ansiedade de 5,54 numa escala até 21 pontos, valor considerado normal segundo Snaith (2003). Face ao exposto e observando os níveis de satisfação com a informação sobre a doença e o tratamento da presente amostra, podemos concluir que mais de 85% dos indivíduos encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a informação que têm, o que pode ser indicador de níveis mais reduzidos de ansiedade.

De acordo com os resultados obtidos é o sexo feminino que apresenta maiores níveis de ansiedade quando comparado com o sexo masculino. Os resultados verificados na presente investigação são similares aos obtidos pelo estudo realizado por Helena, Lasagno e Vieira (2010) e no estudo de Souza et al. (2018) que também verificam diferenças significativas entre

género, pontuando o sexo feminino mais elevado. De facto, a literatura sugere que as mulheres tendem a apresentar uma pontuação significativamente maior de ansiedade e depressão, níveis mais elevados de sintomas psicológicos, a relatar maior gravidade dos sintomas e tendem a apresentar com mais frequência comorbilidades psiquiátricas quando comparadas com os homens (Silva, 2010). Evidências de alguns estudos sugerem que os fatores genéticos e as hormonas sexuais femininas parecem desempenhar um papel muito importante na gravidade de sintomatologia entre géneros (Kinrys & Wygant, 2005).

No que concerne ao nível de escolaridade o presente estudo demonstrou que para os sujeitos desta amostra não tem relevância o nível de escolaridade para a presença de sintomatologia ansiógena. Estes resultados não vão ao encontro do estudo realizado por Souza e colaboradores (2018) que referem que o fator escolaridade tem influência e apresenta diferenças nos níveis de sintomatologia ansiógena, uma vez que pessoas com baixa escolaridade, têm tendência a apresentar menores níveis de conhecimento o que faz com que aumentem os níveis de ansiedade devido ao desconhecimento de informações importantes relativamente à doença. Atendendo que na presente amostra mais de metade dos participantes, 53.8% apresentam um nível de escolaridade acima do 9º ano, isso pode contribuir para um maior conhecimento acerca de cuidados de saúde e estarem mais em alerta para a importância da saúde mental.

A ansiedade é também considerada um fator de risco e, com bastante peso no que toca ao aumento da pressão arterial. Neste sentido, o nosso estudo indica uma associação negativa entre as variáveis, concluindo-se que a adesão ao tratamento pode ser prejudicada pela presença de sintomas ansiógenos. Resultados idênticos foram encontrados no estudo de Souza e colaboradores (2018). Estes resultados podem dever-se a dois fatores, o primeiro é que a adesão ao tratamento da hipertensão arterial tem vindo a ser considerado um processo que é muito influenciado pelo meio ambiente, pelo próprio individuo, pela boa literacia em saúde, pela boa base em conhecimentos de saúde e pelo conhecimento das crenças em saúde que são um forte preditor da adoção ou não de um dado comportamento (Pires & Mussi, 2008). O segundo fator, deve-se à compreensão por parte dos sujeitos relativamente à informação que lhes é transmitida pelos profissionais de saúde, que muita influencia os níveis de ansiedade e consequentemente os níveis de adesão ao tratamento.

Assim, a Hipertensão Arterial constitui-se como uma problemática cuja prevalência é cada vez mais notória, sendo uma patologia de evolução lenta e silenciosa, que requer um conjunto de cuidados específicos (Gusmão, Ginani, Silva, Ortega, & Mion, 2009). Neste sentido, a adesão à terapêutica engloba um conjunto de fatores que são, na maioria dos casos, determinantes para que seja possível levar a cabo o sucesso de um dado tratamento.

REFERÊNCIAS

Barreto, M. S., Reiners, A. A. O., & Marcon, S. S. (2014). Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 22*(3), 484-490.

Fonseca, F. C. A., Coelho, R. Z., Nicolato, R., Malloy-Diniz, L. F., & Filho, H. C. S. (2009). A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 58*(2), 128-134.

Gewehr, D., Bandeira, V., Gelatti, G., Colet, C., & Oliveira, K. (2018). Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na atenção primária à saúde. *Saúde Debate, 42,* 179-190.

Gusmão, J. L., Ginani, G. F., Silva, G. V., Ortega, K. C., & Mion, D. (2009). Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Revista Brasileira de Hipertensão, 16*(1), 38-43.

Helena, E., Lasagno, B., & Vieira, R. (2010). Prevalência de transtornos mentais não psicóticos e fatores associados em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes Mellitus em Unidades de Saúde de Família em Blumenau, Santa Catarina. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 5*(17), 42-47.

Jacob, J. D., & Stephens, M. (2001). Tratment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology, 54,* 57-60.

Kinrys, G., & Wygant, L. (2005). Transtornos de ansidade em mulheres: Gênero influência o tratamento?. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 27*(2), 43-50

Magnabosco, P., Teraoka, E. C., Oliveira, E. M., Felipe, E. A., Freitas, & D., Marchi-Alves, L. M. (2015). Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamento da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23*(1), 20-27.

Mansour, S. N., Monteiro, C. N., & Luiz, O. C. (2016). Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, 25*(3), 647-654.

Maroco, J., & Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Marques, P., Leal, J., Cabaça, A. P., & Alexandre, A. (2017). Hipertensão no adolescente: Qual a causa?. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular, 62,* 16-17.

Oliveira-Martins, S., Oliveira, T., Gomes, J., Caramona, M., & Cabrita, J. (2011). Fatores associados à hipertensão artéria nos utentes de farmácias em Portugal. *Revista de Saúde Publica, 45*(1), 136-144.

Pierin, A. M. G., Mion, D., Fukushuma, J., Pinto, A. R., & Kaminaga, M. M. (2001). O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 35*(1), 11-18.

Pires, C., & Mussi, F. (2008). Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciências & Saúde Coletiva, 13*(2), 2257-2267.

Schneider, R., & Irigaray, T. (2008). The processo f aging in today's world: Chronoloical, biological, psychological and social aspects. *Estudos de Psicologia, 25*(4), 585-593.

Silva, A. L. P. (2010). O tratamento da ansiedade por intermédio da acupuntura: Um estudo de caso. *Psicologia, Ciência e Profissão, 30*(1), 200-211.

Silva, A. P. A., Oller, G. A. S. A. O., Pompeo, D. A., Eid, L. P., & Kusumota, L. (2016). Adesão ao tratamento medicamentoso e capacidade para o autocuidado de pacientes com hipertensão arterial. *Arquivos de Ciências da Saúde, 23*(2), 76-80.

Simão, A. R. E. (2009). *Adesão às prescrições/recomendações médicas por parte de idosos institucionalizados em centros de dia: Um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.

Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes, 1*(1), 1-4.

Soares, S. C. (2005). Hipertensão arterial essencial: Psicopatologia, avaliação e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 7*(1-2), 245-255.

Sousa, M. R. G., Ladeiro, M. J. L., Pires, R., & Santos, C. (2011). *Coping* e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência, 4*, 151-160.

Souza, G., Alves, R., Souza, L., & Rosa, A. (2018). Prevalência de sintomas depressivos e/ou ansiosos em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes Mellitus. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 20*, 43-50.

Veras, R., & Oliveira, J. (2009). Aspetos Sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Rene, 10*(10), 132-138.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

BURNOUT E INTENÇÃO DE DESISTIR DO CURSO: O EFEITO MODERADOR DO ENVOLVIMENTO ACADÉMICO

João Marôco[1] & Hugo Assunção[1] (✉ hassuncao@ispa.pt)
[1] William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

O *burnout* académico é um forte preditor de desistência em alunos do ensino superior. O envolvimento académico, as estratégias de *coping* e o suporte social podem levar a uma maior auto-eficácia menos problemas de desempenho e abandono escolar (Fredricks, Blumenfeld, & Paris, 2004; Krause & Coates, 2008; Reschly & Christenson, 2012; Wang & Eccles, 2012).

O *burnout* é uma condição grave que tem sido associada a vários sintomas de sofrimento físico e psicológicos (Koeske & Koeske, 1991; Watson, Deary, Thompson, & Li, 2008). Quando elevadas exigências cognitivas ocorrem sobre pressão de tempo, os alunos experienciam stress crónico que, com o tempo, pode levar a sintomas da síndrome de *burnout* (Cushman & West, 2006). Em estudantes universitários esta síndrome tem sido associada a baixo rendimento cognitivo (Sandström, Rhodin, Lundberg, Olsson, & Nyberg, 2005), baixo rendimento académico, abandono escolar (Dyrbye et al., 2009; Koeske & Koeske, 1991), sintomas depressivos (Ahola, Hakanen, Perhoniemi, & Mutanen, 2014) e ideações suicidas (Dyrbye et al., 2008).

Dada a gravidade das consequências negativas associadas a esta síndrome, é importante conhecer as suas causas e consequências. O objectivo deste estudo é analisar a importância relativa de algumas das causas e das consequências do envolvimento e do *burnout* académico. Esperamos que o suporte social, o *coping* positivo, o *coping* negativo, as expectativas do curso, a competência do professor, a necessidade de medicação, sejam variáveis preditivas do envolvimento e *burnout* académico. Esperamos que estes, por sua vez, sejam preditivos da performance académica, taxa de aprovação e intenção de desistir do curso, testando simultaneamente a

hipótese de que o envolvimento académico é um factor moderador dos efeitos do *burnout*.

MÉTODO

Participaram 1067 estudantes portugueses do ensino superior (65% ♀; *M*=23 anos). Os dados foram recolhidos online, através das associações de estudantes e redes sociais. O envolvimento académico foi medido com a USEI (Marôco, Marôco, Bonini Campos, & Fredricks, 2016), o *burnout* académico foi medido com o MBI-SSi(Marôco, Marôco, & Campos, 2014), o suporte social foi medido com a ESSS (Santos, Ribeiro, & Lopes, 2003), as estratégias de *coping* foram medidas com o BriefCOPE (Marôco, Campos, Bonafé, Vinagre, & Pais-Ribeiro, 2014). O modelo de moderação entre o *burnout* e o envolvimento foi analisado com análise de equações estruturais.

As variáveis demográficas avaliadas foram o género, a idade e o distrito. As variáveis académicas avaliadas foram: a área de graduação (ciências humanas e sociais, ciências exactas, ciências biológicas e ciências da saúde), tipo de graduação (licenciatura, mestrado, doutoramento), ano do curso, desempenho académico subjectivo, taxa de aprovação, expectativas em relação ao curso e intenção de desistir do curso.

RESULTADOS

Modelos de medida

Os modelos USEI [$\chi^2(61)=407.514$, $p<.001$, CFI=.911, TLI=.887, RMSEA=.107, SRMR=.113], MBI-SSi [$\chi^2(82)=523.473$, $p<.001$, CFI=.946, TLI=.931, RMSEA=.071, SRMR=.041], ESSS [$\chi^2(68)=543.808$, $p<.001$, CFI=.911, TLI=.881, RMSEA=.081, SRMR=.064], *coping* positivo [$\chi^2(16)=51.478$, $p<.001$, CFI=.987, TLI=.977, RMSEA=.046, SRMR=.029] e *coping* negativo [$\chi^2(20)=179.215$, $p<.001$, CFI=.931, TLI=.904, RMSEA=.086, SRMR=.026] apresentaram um bom ajustamento aos dados.

Modelo de mediação do burnout académico

O modelo onde o *burnout* serviu de variável mediadora entre variáveis preditoras e critério apresentou um ajuste sofrível aos dados [χ^2(1191)= 3844.689, p<.001, CFI=.894, TLI=.887, RMSEA=.046, SRMR=.078]. As variáveis preditoras explicaram 62% da variabilidade do factor *burnout*. O factor *burnout* explicou 39% da variabilidade da intensão de desistir, 20% da variabilidade na performance académica e 3% da taxa de aprovação. Os coeficientes de regressão e valores p encontram-se na Figura 1.

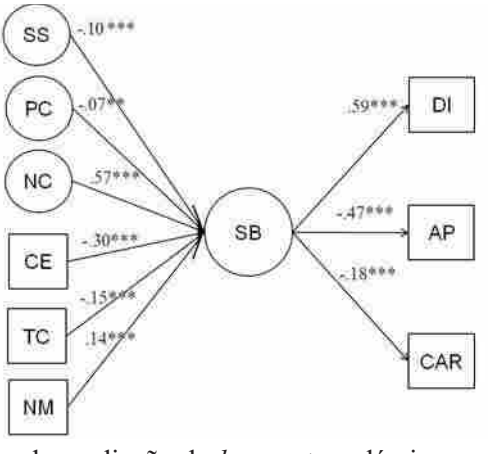


Figura 1. Modelo de mediação do *burnout* académico
Nota. ***p<.001, **p<.01, *p<.05).
Legenda: CE=Expectativas do curso, CP=Competência do Professor, NM=Necessidade de Medicação, CP=*Coping* Positivo, CN=*Coping* Negativo, SS=Suporte social, BA=*Burnout* académico, ID=Intenção de desistir, PA=Performance académica, TA=Taxa de aprovação.

O *coping* negativo foi o maior preditor do *burnout* (β=.638, p<.001), que por sua vez previu significativamente a performance académica (β=-.451, p<.001), a taxa de aprovação (β=-.183, p<.001) e a intensão de desistir (β=.624, p<.001).

Modelo de mediação do envolvimento académico

O modelo onde o envolvimento serviu de variável mediadora entre variáveis preditoras e critério apresentou um ajuste sofrível aos dados [χ^2(1111)=3612.374, p<.001, CFI=.863, TLI=.853, RMSEA=.046, SRMR=.080]. As variáveis preditoras explicaram 52% da variabilidade do

envolvimento académico. O envolvimento académico explicou 29% da variabilidade da intensão de desistir, 27% da performance académica e 5% da taxa de aprovação. Os coeficientes de regressão e valores p estão representados na Figura 2.

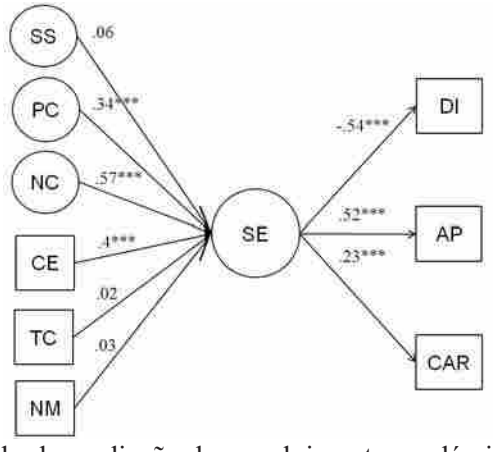


Figura 2. Modelo de mediação do envolvimento académico

Nota. ***p<.001, **p<.01, *p<.05.

Legenda: CE=Expectativas do curso, CP=Competência do Professor, NM=Necessidade de Medicação, CP=*Coping* Positivo, CN=*Coping* Negativo, SS=Suporte social, BA=*Burnout* académico, ID=Intenção de desistir, PA=Performance académica, TA=Taxa de aprovação.

As expectativas em relação ao curso e o *coping* positivo e negativo foram os melhores preditores do envolvimento académico (β=.401, p<.001; β=.335, p<.001; β=-.334, p<.001), que por sua vez previu significativamente a performance académica (β=.519, p<.001), a taxa de aprovação (β=.233, p<.001) e a intensão de desistir (β=-.536, p<.001).

Modelo de interacção entre o envolvimento e o burnout

O modelo onde o *burnout* e o envolvimento serviram de variáveis mediadora entre variáveis preditoras e critério apresentou um ajuste sofrível aos dados [χ^2(2949)=8514.226, p<.001, CFI=.831, TLI=.824, RMSEA=.042, SRMR=.076]. As variáveis preditoras explicaram 47% da variabilidade do envolvimento académico (R^2=.469, p<.001) e 65% do *burnout* académico. As variáveis mediadoras explicaram 39% da variabilidade da intensão de desistir, 27% da performance académica e 5% da taxa de aprovação. Os coeficientes de regressão e valores p estão representados na Figura 3.

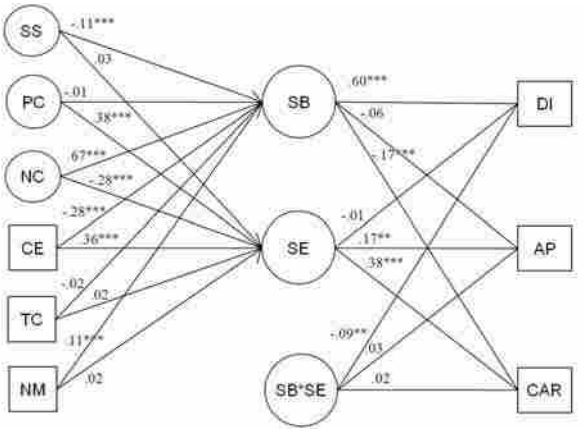


Figura 3. Modelo de interacção entre o envolvimento e o *burnout*.

Nota. ***p<.001, **p<.01, *p<.05.

Legenda: CE=Expectativas do curso, CP=Competência do Professor, NM=Necessidade de Medicação, CP=*Coping* Positivo, CN=*Coping* Negativo, SS=Suporte social, BA=*Burnout* académico, EA=Envolvimento académico, BA*EA=Interacção entre o *burnout* académico e o envolvimento académico, ID=Intenção de desistir, PA=Performance académica, TA=Taxa de aprovação.

O *burnout* e o envolvimento académico apresentaram uma correlação negativa significativa (r=-.60, p<0.001). Na presença de *burnout*, o efeito do envolvimento é suprimido. Para testar esta hipótese, dois modelos adicionais foram ajustados [Intenção de abandono = a × Envolvimento + (…) e Intenção de desistir = b × Envolvimento + *Burnout* + *Burnout* * Envolvimento + (…)]. O efeito de supressão (a-b) foi marginalmente diferente de 0 para a intensão de desistir (Δβ=-.53, p=0.058) e para a taxa de aprovação (Δβ=-.07, p=0.062), mas não para a performance académica (Δβ=-.14, p=0.16).

O efeito de interacção do SB com SE em relação à intensão de desistir foi negativo e significativo (β=-0.087, p<0.042), mas não em relação à taxa de aprovação e performance académica subjectiva. Este resultado sugere que o efeito do *Burnout* sobre a intenção de desistir é reduzido quando o envolvimento é alto (e vice-versa).

Invariância métrica do modelo de interacção

Utilizando o critério |ΔCFI|<.01 (Cheung & Rensvold, 2002) e o critério |ΔRMSEA|<.01 (Rutkowski & Svetina, 2014), encontrámos invariância do modelo de medida da interação de envolvimento entre géneros (Tabela 1) e áreas de estudo (Tabela 2).

Tabela 1

Invariância de género para o modelo de interacção

Modelo	*Df*	χ^2	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	ΔModelo	Δ*Df*	Δχ^2	ΔCFI	ΔRMSEA
Configuracional	5894	13461	.788	.779	.052	.08					
Loadings	5946	13508	.788	.78	.051	.081	Loa-Con	52	47	-.001	0
Interceptos	5998	13661	.785	.779	.051	.081	Int-Loa	52	153	-.003	0
Médias	6017	13692	.785	.78	.051	.082	Méd-Int	19	30	.000	0
Regressões	6030	13769	.783	.778	.052	.082	Reg-Méd	13	77	-.002	0
Estrutural	6051	13815	.782	.779	.052	.082	Str-Reg	21	46	-.001	0
Residual	6112	13963	.779	.777	.052	.083	Res-Str	61	148	-.003	0

Nota. *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

Tabela 2

Invariância de área de estudo para o modelo de interacção

Model	*Df*	χ^2	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	ΔModel	Δ*Df*	Δχ^2	ΔCFI	ΔRMSEA
Configuracional	11792	14503	.749	.738	.058	.113					
Loadings	11948	14666	.748	.740	.058	.115	Loa-Con	156	166	-.001	.000
Interceptos	12104	14903	.741	.737	.059	.116	Int-Loa	156	258	-.006	.000
Médias	12161	14958	.742	.739	.058	.117	Méd-Int	57	50	.000	.000
Regressões	12200	15034	.739	.736	.059	.118	Reg-Méd	39	90	-.003	.000
Estrutural	12263	15119	.737	.736	.059	.118	Str-Reg	63	90	-.001	.000
Residual	12446	15371	.731	.734	.059	.119	Res-Str	183	254	-.006	.000

Nota. *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

DISCUSSÃO

Neste estudo, analisámos algumas das causas e consequências do envolvimento e *burnout* académico dos alunos do ensino superior em Portugal. O suporte social, a estratégias de *coping*, a competência do professor, as expectativas do curso e necessidade de medicamentos foram preditores significativos do envolvimento e *burnout* académico. Estes, por sua vez, foram preditores significativos da taxa de aprovação do curso, desempenho académico subjectivo e intenção de desistir do curso.

As estratégias de *coping* negativas em conjunto com baixas expectativas em relação ao curso foram os melhores preditores de *burnout* nos estudantes universitários portugueses. O *burnout* académico foi um forte preditor da intenção de desistir. O envolvimento académico agiu como uma variável protectora do efeito do *burnout* na intensão de desistir. O *burnout* parece ser agir como uma variável supressora do envolvimento. Isto é, se o *burnout* for elevado, o envolvimento académico perde o seu efeito protetor sobre a intensão de desistir.

A primeira limitação é que devido à natureza transversal deste ,a inferência causal não é totalmente defensável. Causalidade implica correlação, mas o inverso não é necessariamente verdadeiro. É importante evitar interpretações causais dos resultados, pois isso exigiria a utilização de métodos longitudinais e experimentais. Uma segunda limitação deste estudo é o método não aleatório da recolha dos dados, que pode levar a um viés de auto-seleção de participantes com características que não representam a população. No entanto, dado o tamanho da amostra e a variedade de universidades sondadas, esperamos que este efeito não seja impeditivo da validade destes resultados.

Para reduzir a taxa de desistência e promover o desempenho académico, não é suficiente promover o envolvimento do aluno. É também necessário ter em atenção a existência de sintomas de *burnout* que são fortes preditores da intenção de desistir. Variáveis, como as estratégias de *coping* e o suporte social devem ser consideradas na implementação de acções preventivas e de programas de intervenção junto dos estudantes universitários portugueses que se encontrem em situação de risco.

REFERÊNCIAS

Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R., & Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*, *1*(1), 29-37. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.03.003

Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *9*(2), 233-255. Retrieved from https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5

Cushman, S., & West, R. (2006). Precursors to college student burnout: Developing a typology of understanding. *Qualitative Research Reports in Communication*, *7*(1), 23-31. Retrieved from https://doi.org/10.1080/17459430600964638

Dyrbye, L., Thomas, M., Massie, S., Power, D., Eacker, A., Harper, W., . . . Shanafelt, T. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine*, (7), 817-825.

Dyrbye, L., Thomas, M., Power, D., Durning, S., Moutier, C., Massie, S., . . . Shanafelt, T. (2009). Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: A multi-institutional study. *Academic Medicine*, *85*(1), 94-102. Retrieved from https://doi.org/10.1097/acm.0b013e3181c46aad

Fredricks, J. A., Blumenfeld, P. C., & Paris, A. H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, *74*(1), 59-109. Retrieved from https://doi.org/10.3102/00346543074001059

Koeske, G. F., & Koeske, R. D. (1991). Student "Burnout" as a mediator of the stress-outcome relationship. *Research in Higher Education*, *32*(4), 415-431.

Krause, K. L., & Coates, H. (2008). Students' engagement in first-year university. *Assessment and Evaluation in Higher Education*, *33*(5), 493-505. Retrieved from https://doi.org/10.1080/02602930701698892

Marôco, J., Campos, J. B., Bonafé, F. S., Vinagre, M. da G., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Transcultural adaptation Brazil-Portugal of the brief cope scale for college students. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *15*(2), 300-313. Retrieved from https://doi.org/10.15309/14psd150201

Marôco, J., Marôco, A. L., Bonini Campos, J. A. D., & Fredricks, J. A. (2016). University student's engagement: Development of the University Student Engagement Inventory (USEI). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *29*(1). Retrieved from https://doi.org/10.1186/s41155-016-0042-8

Marôco, J., Marôco, A. L., & Campos, J. A. D. B. (2014). Student's academic efficacy or inefficacy? An example on how to evaluate the psychometric properties of a measuring instrument and evaluate the effects of item wording. *Open Journal of Statistics*, *04*(06), 484-493. Retrieved from https://doi.org/10.4236/ojs.2014.46046

Reschly, A. L., & Christenson, S. L. (2012). Jingle, jangle, and conceptual haziness: Evolution and future directions of the engagement construct. In *Handbook of research on student engagement* (pp. 3-19). Boston, MA: Springer US. Retrieved from https://doi.org/10.1007/978-1-4614-2018-7_1

Rutkowski, L., & Svetina, D. (2014). Assessing the hypothesis of measurement invariance in the context of large-scale international surveys. *Educational and Psychological Measurement*, *74*(1), 31-57. Retrieved from https://doi.org/10.1177/0013164413498257

Sandström, A., Rhodin, I. N., Lundberg, M., Olsson, T., & Nyberg, L. (2005). Impaired cognitive performance in patients with chronic burnout syndrome. *Biological Psychology*, *69*(3), 271-279. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2004.08.003

Santos, C. S. V. D. B., Ribeiro, J. P., & 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*(2), 185-204.

Wang, M.-T., & Eccles, J. S. (2012). Social support matters: Longitudinal effects of social support on three dimensions of school engagement from middle to high school. *Child Development*, *83*(3), 877-895. Retrieved from https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01745.x

Watson, R., Deary, I., Thompson, D., & Li, G. (2008). A study of stress and burnout in nursing students in Hong Kong: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, *45*(10), 1534-1542. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.11.003

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE: UM ESTUDO COM JOVENS ADULTOS NA REGIÃO NORTE DO CEARÁ

Maria Suely Alves Costa[1] (✉ suelyacosta@gmail.com), Blezi Daiana Menezes Santos[1], Jocélia Medeiros Ximene[1], & André Sousa Rocha[1]

[1] Brasil

Em 2017 o Brasil liderou o ranking latino-americano de perturbações mentais e a quinta posição mundial, destacando-se as perturbações de ansiedade e as perturbações de humor (OMS, 2017). De acordo com o novo Relatório Global, a depressão atinge 5,8% da população brasileira (11.548.577).

Os distúrbios relacionados à ansiedade afetam 9.3% (18.657.943) das pessoas que vivem no país (OMS, 2017). A ansiedade é um fenômeno referente a diversos eventos subjetivos, a exemplo dos estados internos dos sujeitos e os processos comportamentais emitidos. Para Zamignani e Banaco (2005), a ansiedade consiste na emissão de respostas de fuga e esquiva com o objetivo de eliminar estímulos aversivos. Pode também ser definida como um estado desagradável que gera excitação e sentimento de ameaça (Correia & Linhares, 2007). Portanto evidencia-se que este fenômeno envolve aspectos psicológicos, fisiológicos e sociofamiliares (Gorenstein & Andrade, 1998).

No tocante a depressão a OMS (2017) afirma ser uma doença comum em todo o mundo, com mais de 300 milhões de pessoas afetadas. A depressão é diferente das flutuações regulares de humor e das respostas emocionais de curta duração aos desafios da vida cotidiana. Especialmente quando de longa duração e com intensidade moderada ou grave, a depressão pode se tornar uma séria condição de saúde. Esta condição pode levar a pessoa afetada a um grande sofrimento e disfunção no trabalho, na escola ou no meio familiar. Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio. Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano –

sendo a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade de 15 a 29 anos (OMS, 2017).

Nas situações adversas, o estresse vem como uma resposta adaptativa (Costa, 2015). O estresse pode ser entendido como um processo complexo de emissão de respostas pelo indivíduo frente a um estressor interno e externo. Zamignani e Banaco (2005) definem o estresse como uma alteração na relação do indivíduo com o ambiente, devido a alterações ambientais aversivas, o que lhe demanda um novo repertório comportamental. Caso o indivíduo não apresente respostas comportamentais adaptativas, o estresse tende a agravar-se. (Lipp, 2006; Lipp & Malagris, 2001; Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003).

A depressão e ansiedade como construtor teórico são bem delimitadas e distintas, assim como seus critérios diagnósticos. No entanto na investigação clínica tende a ser uma tarefa difícil, uma vez que os sintomas tendem a sobrepor-se; a aparecer de forma simultânea ou numa relação de comorbidade (Lovibond & Lovibond, 1995). Por isto, as medidas tradicionais não conseguem distinguir claramente os eventos ansiosos dos eventos depressivos (Antony, Cox, Enns, & Swinson, 1998). Com o propósito de ultrapassar esta limitação foi criada a escala *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995) e adaptada com uma versão resumida em 2004, por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal. Sendo assim, da *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21), resultou a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21). Em 2016, Patias, Machado, Bandeira e Dell'Aglio procederam à adaptação e validação brasileira da versão reduzida da *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21), designada Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS-21) (Patias et al., 2016). O modelo teórico que fundamenta os estudos das escalas DASS-21/EADS-21 se fundamenta no modelo tripartido, o qual propõe a existência de três dimensões: afeto negativo, afeto positivo e excitação somática (Holander-Gijsman et al., 2012; Watson & Clark, 1995).

Frente à elevada prevalência de perturbações de ansiedade e depressivas na população brasileira e evidência que estudos de adaptação e validação de instrumentos em saúde mental requer uma adaptação cultural, o objetivo central do presente estudo é avaliar as qualidades psicométricas da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Pais-Ribeiro et al., 2004), verificar os níveis de ansiedade, depressão e estresse em jovens adultos e

analisar diferenças nestes sintomas emocionais considerando variáveis sociodemográficas.

MÉTODO

Participantes

Participaram 366 jovens adultos brasileiros, sendo (*n*=211, 57.7%) mulheres e (*n*=155, 42.3%) homens, com uma média de idade de 18.72 anos (*DP*=0.79; *Min*=18; *Max*=20). Em termos de escolaridade referente a anos de estudo, maioritariamente (*n*=112, 30.6%) estudaram 15 anos. No que tange a independência financeira, maioritariamente, referem não ter independência (*n*=329, 89.9%). Quanto a ocupação, (*n*=279, 76.2%) apenas estudam e (*n*=78, 21.3%) trabalham e estudam, estando (*n*=281, 77%) a residir com os pais. Referente ao lazer, (*n*=266, 72.7%) dizem ter tempo destinado ao lazer e maioritariamente (*n*=312, 85.2%) referem ter uma religião. No tocante a percepção sobre sua saúde mental, (*n*=356, 97.3%) disseram não ter problemas graves de saúde mental. Com relação ao consumo de álcool e outras drogas, (*n*=48, 13.1%) falaram ter consumido drogas e (*n*=318, 86.9%) falaram nunca ter consumido drogas. Já no que se refere a bebida alcoólica (*n*=162, 44.3%) afirmaram ter feito ingestão, enquanto que (*n*=203, 55.5%) afirmaram nunca ter ingerido tal substância.

Material

Neste estudo utilizou-se dois instrumentos:

O *Questionário Geral* sobre a situação social e familiar (Basto-Pereira et al., 2019) pretende fazer uma avaliação das características sociodemográficas, sociais e familiares atuais, incluindo questões sobre a informação sociodemográfica; estado civil, histórico escolar e profissional e estrutura familiar. Este questionário foi desenvolvido para o estudo mais amplo, qual esta pesquisa faz parte (SOCIALDEVIANCE1820, 2018).

A *Escala Depressão, Ansiedade e Stress* (EADS-21), desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995), teve como objetivo abarcar a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão em medida válida e confiável. Porém o instrumento desenvolvido pelos referidos autores, por meio de uma análise fatorial, demonstrou um novo fator em que foram inclusos itens menos discriminativos das duas dimensões, a ansiedade e depressão. Estes novos itens foram agrupados num fator denominado "Estresse" dizem respeito às dificuldades em relaxar, irritabilidade, agitação (Pais-Ribeiro et al., 2004). A versão brasileira da Escala EADS-21 ratificou possuir propriedades semelhantes às da versão original, verificando-se o modelo tripartido: depressão, ansiedade e estresse, tendo coeficiente de consistência interna de .81 (Pais-Ribeiro et al., 2004). O Alfa de *Cronbach* desta pesquisa foi de .94.

Procedimento

O Questionário Geral e a Escala EADS-21 foram aplicadas de forma individual ou coletiva em local reservado, atendendo aos procedimentos éticos de aplicação da resolução 466/2012 do Comitê de Ética, que regula pesquisas com seres humanos, buscando amenizar qualquer interferência que pudesse vir a atrapalhar a pesquisa.

Inicialmente realizou-se uma análise descritiva das respostas dos 366 participantes no estudo. A estrutura fatorial do instrumento EADS-21 numa amostra de jovens adultos na região norte do Ceará, foi primeiramente avaliada através da análise fatorial exploratória (AFE) com o software *IBM SPSS Versão 23* para Windows. Para testar a validade do instrumento, procedeu-se a uma análise de componentes principais utilizando rotação Varimax. A análise de confiabilidade de consistência interna dos itens de cada dimensão (depressão, ansiedade e estresse), efetuou-se recorrendo ao alfa de *Cronbach*.

Por fim, para haver uma maior uma maior confiabilidade dos dados procedeu-se à análise fatorial confirmatória (CFA), através do software *IBM SPSS Amos* 23, considerando-se a matriz de covariâncias e adotando o método de estimação ML (*Maximum Likelihood*). O modelo foi testado tendo em conta os principais índices de ajustamento (X^2/g.l.; GFI; CFI e RMSEA).

Por outro lado, esperou-se haver diferenças estatisticamente significativas ao nível de ansiedade, depressão e estresse em função do sexo e idade.

RESULTADOS

Resultados descritivos do EADS-21

Referente a subescala *Ansiedade*, os participantes obtiveram uma média total de 6.30, sendo que os resultados mínimo e máximo situaram-se entre 0 e 21 pontos. Relativamente à análise da consistência interna da subescala, no presente estudo, o alfa de *Cronbach* foi de .90. Relativamente à *Depressão*, verifica-se uma média total de 6.69, sendo que os resultados mínimo e máximo situaram-se entre 0 e 21 pontos. O alfa de *Cronbach* para esta subescala foi de .88. Referente ao *Estresse*, verifica-se uma média total de 8.70, sendo que os resultados mínimo e máximo situaram-se entre 0 e 21 pontos, sendo o alfa de *Cronbach* foi de .70

Análise Fatorial Exploratória (AFE)

Os resultados da AFE realizada indicam uma estrutura fatorial com 3 fatores, KMO de 0.95, teste de esfericidade de Bartlett=4197,329 (210); $p<0.001$ e variância total explicada de 58.17%, o que indica uma muito boa adequabilidade da AFE.

Análise Fatorial Confirmatória (CFA)

Com o objetivo de comprovar a unidimensionalidade da escala, realizou-se uma análise fatorial confirmatória (CFA) pelo método de estimação *Maximum Likelihood* (ML). De acordo com a CFA, observaram-se os seguintes resultados: $X^2/g.l.=3.02$; GFI=0.86; CFI=0.90; RMSEA=.074. A Figura 1 representa a CFA.

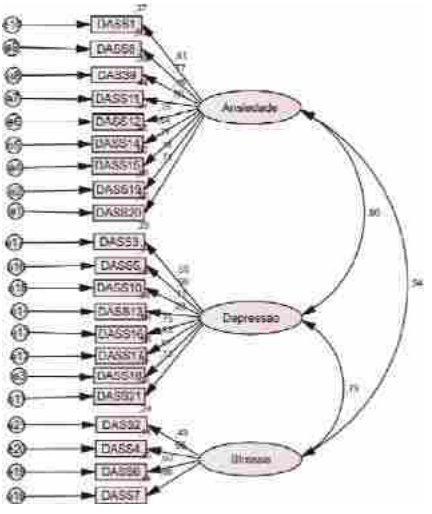


Figura 1. Modelo especificado – Análise Fatorial Confirmatória

Análise de diferenças

Não há diferenças significativas ao nível da ansiedade *t*(.364)=-.642, *p*=.521, depressão *t*(.362)=.678, *p*=.498 e *estresse t*(.360)=-1.098, *p*=.273 em função do sexo. Também não há diferenças significativas ao nível da ansiedade *t*(.364)=-.783, *p*=.434, depressão *t*(.360)=-1.497, *p*=.839 e *estresse t*(.360)=-1.098, *p*=.135 em função da escolaridade.

DISCUSSÃO

Este estudo visou avaliar as qualidades psicométricas da Escala EADS-21, verificar os níveis de ansiedade, depressão e estresse em jovens adultos e analisar diferenças nestes sintomas emocionais considerando variáveis sociodemográficas (sexo e escolaridade). Em termos dos níveis de ansiedade, depressão e estresse desta amostra de jovens adultos, tendo em conta a média obtida, verifica-se que estes são reduzidos de acordo com as três subescalas. Portanto, estes participantes parecem apresentar respostas adaptativas ao meio em que vive. Contudo, a subescala estresse

têm uma média mais elevada, porém, ainda assim, considerada baixa (*M*=8.70).

Referente ao estudo psicométrico da EADS-21, realizado a partir das análises fatoriais exploratória e confirmatória, verifica-se que ambas têm um bom ajustamento aos dados. Mesmo sendo considerado as três subescalas e os itens terem saturados em subescalas diferentes correspondem ao esperado em termos teórico, pois, é relevante ter em conta a população a qual o instrumento é validado. Além disso, as subescalas apresentam níveis adequados de consistência interna comparado ao original. Apesar de dois itens possuírem pesos fatoriais abaixo de .30, fez-se sentido deixar no modelo tendo em consideração a semântica entre os itens, e principalmente, o ajuste do modelo aos dados.

É de salientar, no entanto, que nesta validação apenas a subescala depressão manteve maioritariamente os itens iguais ao original, sendo acrescentado o item 18. Assim os itens da subescala depressão nesta população são: Itens: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 18 e 21 e o alfa de *Cronbach* apresentou o valor de .88. Contudo, a subescala ansiedade e depressão, os itens saturaram em subescalas diferentes. Assim, de acordo com o original a subescala ansiedade os itens são: 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20, nesta validação permanece o mesmo nome da subescala, devido a semântica de conteúdo existente entre eles, pois os itens abordam aspetos acerca de sintomas da ansiedade (dificuldades em relaxar, alteração no coração, etc.), porém com os seguintes itens: 1, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 19 e 20 e com o alfa de *Cronbach* .90. Apesar dos participantes neste estudo, não apresentarem ansiedade de acordo com a média, a literatura refere que os jovens no contexto em que vivem podem identificar e identificar-se no dia-a-dia com os sintomas de ansiedade (Lopez et al., 2013), por isso, também pode-se considerar a semântica dos itens nesta subescala.

Na subescala *estresse* de acordo com o original os itens são: 6, 8, 11, 12, 14 e 18, contudo, nesta validação permanece o mesmo nome da subescala, também devido a semântica de conteúdo existente entre eles, pois os itens abordam aspetos acerca de sintomas de estresse (falta de respirar, tremores, etc.), porém com os seguintes itens: 2, 4, 6 e 7 e com o alfa de *Cronbach* de .70.

Os resultados deste estudo também vão ao encontro da literatura, pois o estudo desenvolvido por Pinto et al. (2015), com a aplicação do EADS-21 em jovens portugueses, também não encontrou diferenças significativas nos

sintomas emocionais a partir das variáveis sociodemográficas sexo e escolaridade.

Pode-se concluir que este estudo confirma as propriedades psicométricas da presente versão da EADS-21, de acordo com o modelo (Ansiedade, depressão e estresse) desenvolvido por Watson e Clark (1995), sendo considerada uma ferramenta relevante para ser utilizada na deteção de estados emocionais negativos em vários contextos: escolar, cuidados de saúde primário, entre outros, no sentido de avaliar a dimensão dos níveis de ansiedade, depressão e estresse e poder intervir de forma mais eficaz, contribuindo para melhorar as referidas dimensões emocionais.

REFERÊNCIAS

Antony, M.M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*, 176-181. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176

Basto-Pereira, M., Queiroz-Garcia, I., Maciel, L., Leal, I., & Gouveia-Pereira, M. (2019). An international study of pro/antisocial behavior in young adults. *Cross-Cultural Research.* doi: 10.1177/1069397119850741

Correia, L. L., & Linhares, M. B. M (2007). Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: Revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15*(4), 1-8. doi: 10.1590/S0104-11692007000400024

Costa, T. S. (2015). *Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado de http://www.fcmsantacasasp.edu.br/wp-content/uploads/dissertacoes-e-teses/ciencias-da-saude/doutorado/2015/2015-Tarciana-Sampaio-Costa-DO.pdf

Gorenstein, C., & Andrade, L. (1998). Inventário de Depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica, 25*(5), 245-250.

Holander-Gijsman, M., Wardenaar, K., Beurs, E., Wee, N., Mooijaart, A., Buuren, S., & Zitman, F. (2012). Distinguishing symptom dimensions of depression and anxiety: An integrative approach. *Journal of Affective Disorders, 136*, 693-701. doi: 10.1016/j.jad.2011.10.005

Lipp, M. E. (2006). Teoria de temas de vida do stress recente e crónico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia, XXVI*(3), 82-93.

Lipp, M. E., & Malagris, L. E. N. (2001). O estresse emocional e seu tratamento. In B. Range (Org.), *Terapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 475-489). São Paulo: Artmed.

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of emotional negative states: Comparison of Depression Anxiety Stress Scales (DASS) and Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U

Margis, R., Picon, P., Cosner, A., & Silveira, R. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria RS, 25*, 65-74. doi: 10.1590/S0101-81082003000400008

Organização Mundial da Saúde [OMS]. Disponível em http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS) de 21 itens de Lovibond & Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*(2), 229-239.

Patias, N. D., Machado, W. L., Bandeira, D. R., & Dell'aglio, D. D. (2016). Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) – Short Form: Adaptation and validation for Brazilian Adolescents. *Psico-USF* [online], *21*(3), 459-469.

Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: Um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças, 16*(2), 148-163. doi: 10.15309/15psd160202

Zamignani, D. R., & Banaco, J. S. (2005). Propostas analítico-comportamentais para o manejo de transtornos de ansiedade: Análise de casos clínicos. In H. M. Sadi & N. M. S. Castro (Eds.), *Ciência do comportamento: Conhecer e avançar*. Santo André: ESETec.

Watson, D., & Clark, L. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of Anxiety and Depression Symptom Scales. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 3-14. doi: 10.1037/0021-843X.104.1

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

AS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE – A PASSAGEM À AÇÃO

Maria Cristina Faria[1] (✉ mcfaria@ipbeja.pt)
[1] Instituto Politécnico de Beja, Portugal

A compreensão da saúde numa perspetiva coletiva remete-nos para o conceito de *Promoção da Saúde*. De uma maneira geral esta é entendida como uma resposta à medicalização da vida social ou como "*uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas*" (Buss, 2000, p. 165), pelo que, propõe o enfrentamento e a resolução dos problemas através de uma articulação de saberes e da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados. No mundo contemporâneo este conceito surge associado a expressões como "*políticas públicas saudáveis*", "*colaboração intersectorial*", "*desenvolvimento sustentável*" (Czeresnia & Freitas, 2012). De acordo com os autores as relações entre saúde e sociedade encontram-se cada vez mais próximas possibilitando a abertura de novas abordagens em saúde, tais como: a construção de práticas voltadas para uma saúde positiva; a compreensão da complementaridade entre disciplinas científicas (*interdisciplinaridade*); a identificação de áreas de intervenção (*intersetorialidade*) de saberes na implementação das práticas de promoção; a relevância da vigilância de saúde e de doenças, da orientação de escolhas e de estilos de vida saudáveis, da prevenção de riscos (*indivíduo, grupo, comunidade*), da participação e da responsabilidade social para promoção da saúde; da literacia em saúde; e dos limites e potencialidades de uma promoção de saúde em espaços/ambientes vulneráveis.

Com a disseminação do conceito de promoção de saúde assistimos a uma focalização para o processo *saúde-doença(s)-cuidado* e seus determinantes, promovendo a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos (institucionais e comunitários, públicos e privados) para enfrentar as situações problema e contribuir para a sua resolução,

de forma a transformar os espaços de exclusão em territórios de cidadania de saúde (Buss, 2012). Do entendimento dos problemas até às propostas de intervenção e sua concretização podemos observar múltiplas estratégias, medidas e atores.

Evolução do conceito de promoção da saúde

O conceito de promoção da saúde foi primeiramente utilizado em contexto da medicina preventiva para caracterizar "*um nível de atenção*" (Leavell & Clark, 1976). Nos anos 20 do século passado, quando Winslow definiu saúde pública referiu-se à promoção da saúde como sendo "*um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore a sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma "maquinaria social" que assegure a todos os níveis de vida adequados para a mudança e o melhoramento da saúde*" (Winslow, 1920, cit. in Buss, 2012, p. 21). Henry Sigerist fez também referência ao termo quando circunscreveu as quatro tarefas da medicina: *a promoção da saúde*; *a prevenção das doenças*; *a recuperação dos enfermos*; e *a reabilitação*. Considerou que a saúde podia ser promovida a partir de um nível de vida decente, isto é, quando se proporciona aos humanos "*condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso*" (Sigerist, 1946, cit. in Buss, 2012, p. 21). Mas, foi mais longe, pediu o esforço coordenado dos políticos, sindicatos, empresários, educadores e médicos para levar por diante tais empreendimentos. Por conseguinte, com o decorrer do tempo o termo passou a estar ligado a um cariz político e técnico relativo a um processo *saúde-doença(s)-cuidado*.

Após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) as evidências mostraram a relevância do comportamento na saúde e na prevenção das doenças. O estudo pioneiro publicado por Morris, Heady, Raffle, Roberts e Parks (1953, cit. in Ribeiro, 2004) destacou a relação entre a falta da atividade física no trabalho e a doença coronária. Na compreensão de um modelo da história natural sobre a doença Leavell e Clark (1965, cit. in Buss, 2012) consideraram três níveis de prevenção: (1) *Prevenção Primária* (Promoção da Saúde e Proteção específica); (2) *Prevenção Secundária* (Diagnóstico e Tratamento Precoce); e (3) *Prevenção Terciária* (Reabilitação). No

primeiro nível de prevenção as medidas a serem adoptadas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais, onde a educação e a motivação sanitárias, centradas no indivíduo, com projeção na família e nos grupos, desempenham um papel relevante, mas, com alguns limites. Não é possível alargar os conceitos para o caso das doenças crónicas não transmissíveis.

De acordo com os autores, a partir do movimento da prevenção das doenças crónicas, a promoção da saúde passou a estar ligada a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, e não só aos indivíduos e famílias. Neste contexto, num primeiro momento, a promoção da saúde pode ser compreendida como um conjunto de ações dirigidas à mudança de comportamentos dos indivíduos, focalizada nos seus estilos de vida, no contexto familiar e no ambiente cultural da comunidade em que estes vivem. Nesta abordagem, os programas e as atividades assentam na educação e na mudança dos comportamentos de risco, sob o controle dos próprios indivíduos.

Num segundo momento, a promoção da saúde considera os determinantes sobre as condições de saúde, onde esta é compreendida como um "*produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde*" (Buss, 2012, p. 23). Neste seguimento, as atividades seriam mais direcionadas para os indivíduos e para o ambiente, através do investimento em políticas públicas e em ambientes benéficos ao desenvolvimento da capacidade dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*).

Nos anos 70 do século XX, Marc Lalande (1974), o então ministro da Saúde e Bem-estar do Canadá, chama a atenção para o fato do comportamento humano ser em parte responsável pelas doenças do mundo moderno nos países desenvolvidos. Em Maio de 1974 foi divulgado o documento "*A New Perspective on the Health of Canidians*", designada também como "*Informe Lalonde*" (1974), que visava enfrentar o incremento dos custos económicos da assistência médica e em simultâneo conhecer a abordagem médica para as doenças crónicas. Com este propósito centraram-se no conceito de "*campo de saúde*" e nos seus

respetivos "*determinantes de saúde*", considerando o campo de saúde em quatro componentes: biologia humana e genética, ambiente, estilo de vida e a organização da assistência à saúde, com os seus múltiplos fatores que influenciam a saúde. Chegaram então à conclusão que a maioria dos esforços da sociedade destinados a melhorar a saúde, os seus respetivos gastos diretos em saúde, encontravam-se centralizados na organização da assistência médica e que as principais causas de morbilidade e mortalidade tinham origem em três componentes: biologia humana, meio ambiente e estilo de vida (Buss, 2000).

Em 1978, em Alma-Ata, na ex-União Soviética, a *Organização Mundial de Saúde* (OMS), com a colaboração da *Fundação das Nações Unidas para a Infância* (UNICEF), organiza a "*I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*" (WHO/UNICEF, 1978, cit. in Faria, 2017) de seis a doze de Setembro desse ano. Os defensores da saúde e os líderes mundiais reuniram-se para trabalhar em prol da "*saúde para todos*" os povos até ao ano 2000. A doze de Setembro de 1978 formularam a "*Declaração de Alma Ata*", destacando a relevância de serviços de saúde primários e preventivos no mundo e a urgência e eficácia da ação internacional e nacional para que os cuidados primários de saúde fossem desenvolvidos e aplicados em todo o mundo. Na Conferência enfatizou-se que a saúde é um direito humano fundamental e chamou-se a atenção para temas como: a existência da desigualdade no estado de saúde dos povos; relevância do desenvolvimento económico e social assente numa ordem internacional; o direito à participação dos povos no planeamento e execução dos seus cuidados de saúde; a responsabilização dos governos pela saúde dos seus povos; o processo continuado de assistência à saúde; e a acessibilidade aos cuidados primários de saúde.

Um dos principais contributos deste evento foi a sua focagem no campo da saúde colocando uma meta de "*Saúde para todos no ano 2000*" e as suas recomendações relativas à adoção "*elementos essenciais"*: educação dirigida aos problemas da saúde prevalentes e métodos para a sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção à saúde materno-infantil e planeamento familiar; imunização contra as principais doenças infeciosas; prevenção e controle de doenças endémicas; tratamento adequado de doenças comuns; e distribuição de medicamentos básicos (Buss, 2000). Este foi um momento histórico, não só porque foi a

primeira vez em que a comunidade internacional se uniu com um objetivo comum para melhorar a saúde mundial, mas, também porque com esta dinâmica reforçaram a estratégia da promoção da saúde que levou à realização no Canadá, em Ottawa, em 1986, da "*I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*"(WHO, 1986a, cit. in Faria, 2017) e o seu documento final, a Carta de Ottawa (WHO, 1986b, cit. in Faria, 2017), que constitui uma referência até aos dias de hoje. Em 1987, a zona regional da OMS na defesa dos interesses de 33 países da região constitui uma comissão de especialistas europeus a que chamou de "*Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion*" (WGCPHP). Este grupo de trabalho tinha como missão implementar os princípios definidos em Alma-Ata relativos à "*Saúde para todos no ano 2000*".

Conferências internacionais sobre promoção da saúde (1986-2016)

O termo moderno de promoção da saúde apresentado nos últimos 30 anos, em países em desenvolvimento (Canadá, Estados Unidos e Europa Ocidental) surge associado às Conferências Internacionais de Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsva (1991), Jakarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009), Helsínquia (2013), e China (2016) (cf. Quadro 1).

Os países industrializados observam uma medicalização crescente da saúde na sociedade e nos sistemas de saúde pelo que optam por investir no compromisso mundial para a promoção da saúde. A Carta de Ottawa (1986) define promoção da saúde como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo" (WHO, 1986, cit. in Buss, 2000, p. 170), destacando-se três estratégias fundamentais para a sua concretização: defesa da saúde; capacitação e mediação. Nos dias 25 e 27 de Setembro de 2015, mais de 150 líderes mundiais estiveram presentes na sede da Organização das Nações Unidas (ONU), em Nova Iorque, para adoptar formalmente uma nova "*Agenda de Desenvolvimento Sustentável* para 2030" compreendendo dezassete "*Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* "(ODS) (cf. Quadro 2), que devem ser implementados por todos os países do mundo até 2030 (United Nations, 2015).

Quadro 1

Acontecimentos Mundiais sobre a Promoção da Saúde (1974 a 2016)

Eventos anteriores às Conferências Mundiais para a Promoção da Saúde (1974 a 1978):
– Divulgação do documento "*A New Perspective on the Health of Canadians*", designada também como "*Informe Lalonde*" (1974).
– Compromisso da OMS com os "*Objetivos da Saúde Para Todos*" (1977).
– Conferência Internacional UNICEF / OMS sobre "*Cuidados se Saúde Primários* "em Alma-Ata (1978).

CONFERÊNCIAS MUNDIAIS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE (1986 a 2016)

Conferências	Ações/Documentos
Ottawa, Canadá (17-21 Novembro de 1986), ***Primeira*** Conferência Internacional para a Promoção da Saúde "*International Conference on Health Promotion in Industrialized Countries*"	Tendo como base a repercussões da Declaração sobre os "Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata" e o documento da OMS "*As Metas da Saúde para Todos*" foi provado um documento designado de "Carta de Ottawa" que apresenta as orientações para se atingir a "Saúde para Todos no ano 2000" e seguintes. "*The Ottawa Charter for Health Promotion*"
Adelaide, Austrália (5-9 Abril de 1988), ***Segunda*** Conferência Internacional para a Promoção da Saúde *"Healthy Public Policy"*	Deu continuidade às orientações estabelecidas em Alma-Ata e em Otawa, em particular, no que respeita às políticas públicas saudáveis. *Declaração de Adelaide "Políticas Públicas Saudáveis" "Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy"*
Sundsvall, Suécia (9-15 de Junho 1991), ***Terceira*** Conferência Internacional para a Promoção da Saúde *"Health Promotion: Supportive Environments for Health"*	Deu continuidade às preocupações iniciadas nos anos 70, em particular, às reuniões sobre "*Políticas Públicas Saudáveis"* (Adelaide, 1988) e "*Chamada para a Ação: Promoção da Saúde nos Países em Desenvolvimento*" (Genebra, 1989) e considerou a temática e o apoio a "*Ambientes Favoráveis à Saúde*". *"Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health"*
Jakarta, Indonésia (21-25 Julho de 1997), ***Quarta*** Conferência Internacional para a Promoção da Saúde "*New players for a new era - leading health promotion into the 21st century*"	A "*Declaração de Jacarta*" apresenta uma visão para a Promoção da Saúde no século XXI. *"Jakarta* Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century"
Cidade do México, México (5-9 de Junho, 2000), ***Quinta*** Conferência Mundial para a Promoção da Saúde "*The Fifth Global Conference on Health Promotion – Health Promotion: Bridging the Equity Gap*"	Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde *"Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health"*
Bangkok, Tailândia (7-11 Agosto de 2005), ***Sexta*** Conferência Internacional para a Promoção da Saúde *"Policy and Partnership for Action: Addressing the Determinants of Health"*	Coloca a sua temática no mundo globalizado. Identificação dos principais desafios, ações e compromissos necessários para abordar os determinantes da saúde num mundo globalizado, alcançando as pessoas, grupos e organizações que são essenciais para a realização da saúde. "*Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde num mundo Globalizado*" *"Bangkok Charter for Health Promotion in a globalized world"*
Nairobi, Quénia (26-30 Outubro de 2009), ***Sétima*** Conferência Internacional para a Promoção da Saúde "*Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap*"	"*Chamada para a Ação de Nairóbi*" para fechar a lacuna da implementação em promoção da saúde. Identificaram-se as estratégias e os compromissos que são fundamentais para superar a lacuna. Pontos temáticos: empoderamento da comunidade; literacia em saúde e comportamento de saúde; fortalecimento dos sistemas de saúde; parcerias e ação intersectorial: e construção da capacidade de promoção da saúde *"Declaração de Nairobi" "Declaration of the Nairobi Call to Action"*

Eventos anteriores à Conferencia Mundial de Promoção de Saúde de Helsinquia e de Xangai (2010-2012)
A *Estratégia Europa 2020* (2010-2020) contém oportunidades para as organizações de luta contra a pobreza.
A "*Agenda Global de Saúde" da* OMS (2012) dá visibilidade à política da saúde que deve estar presente na agenda económica.
A" *Estratégia Saúde 2020*" (WHO, 2012) fortalece a importância das ações transversais para a saúde e bem-estar, nos governos e na sociedade

Helsinquia, Finlândia (9-14 Junho de 2013), ***Oitava*** Conferência Internacional para a Promoção da Saúde "*Health in All Policies*"	*"Declaração de Helsinquia sobre a saúde em todas as políticas"* Saúde em Todas as Políticas: Estrutura para Ação em Países *"Building on our heritage, looking to our future" "The Helsinki statement on Health in All Policies"*

Eventos anteriores à Conferencia Mundial de Promoção de Saúde de Xangai (2015-2016)
A 25 e 27 de Setembro de 2015, decorreu na sede da ONU, em Nova Iorque, uma reunião de líderes políticos mundiais da qual resultou uma nova "*Agenda de Desenvolvimento Sustentável para 2030*" formada por dezassete "*Objetivos de Desenvolvimento Sustentável"* (ODS), que devem ser implementados por todos os países do mundo durante um período de 15 anos, até 2030.
A "*22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde: Promovendo Saúde e Equidade*" promovida pela União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação (UIPES), decorreu de 22 a 26 de Maio de 2016, em Curitiba, Brasil

Xangai, China (20 e 24 de Novembro, 2016), ***Nona*** Conferência Internacional de Promoção da Saúde "*Promoting health in the Sustainable Development Goals: Health for all and all for health*"	Reafirmar o contributo da "Promoção da Saúde" para "melhorar a saúde" e a "equidade na saúde". Reforçar a relação entre a "Promoção da Saúde" e a "Agenda 2030" ao nível do "desenvolvimento sustentável"). Foram considerados três pilares da promoção da saúde: (1) Boa governação; (2) Cidades saudáveis; e (3) Literacia em Saúde. "*Declaração de Xangai"*

Fonte: M.C. Faria (2017, p. 56).

Quadro 2

17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU até 2030)

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (2015)
Objetivo 1. Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares
Objetivo 2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover uma agricultura sustentável
Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades
Objetivo 4. Assegurar uma educação de qualidade, inclusiva e equitativa e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos
Objetivo 5. Alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e meninas
Objetivo 6. Assegurar a disponibilidade e a gestão sustentável da água e saneamento para todos Saneamento para todos
Objetivo 7. Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todos
Objetivo 8. Promover o crescimento económico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos
Objetivo 9. Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação
Objetivo 10. Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles
Objetivo 11. Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis
Objetivo 12. Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis
Objetivo 13. Tomar medidas urgentes para combater as alterações climáticas e os seus impactos *
Objetivo 14. Conservar e utilizar de forma sustentável os oceanos, os mares e os recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável
Objetivo 15. Proteger, recuperar e promover a utilização sustentável das ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade
Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para a desenvolvimento sustentável, proporcionar acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis
Objetivo 17. Reforçar os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável
*Reconhecendo que a "*Convenção Quadro das Nações Unidas para as Alterações Climáticas*" (CQNUAC, em Portugal) é o principal fórum internacional intergovernamental para negociar a resposta global às alterações climáticas

Fonte: M.C. Faria (2017, 63), Adaptado de Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (2015). In"*Follow-up to the outcome of the Millennium Summit-document of the United Nations summit for the adoption of the post-2015 development agenda*", United Nations, 2015, 14.

As evidências mostram que são precisas ações continuadas de promoção da saúde, focadas na tomada de medidas para tornar as nossas cidades em espaços de saúde para todos. É importante tomar consciência que metade da população mundial já vive em áreas urbanas, e espera-se que cresça para cerca de dois terços até 2030 (WHO, 2016a, 2016b, cit. Faria, 2017). Foi neste clima que em Xangai, na China (20-24 de Novembro, 2016), decorreu a "*9ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde*" que teve como tema principal "*Promoting health in the Sustainable Development Goals: Health for all and all for health*," ("*Promoção da Saúde nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Saúde para todos e todos para a saúde"*), até 2030. Considerando o momento histórico da celebração do 30º aniversário da "*Carta de Ottawa*", editada na "*1ª Conferência Global sobre Promoção da*

Saúde" (Ottawa, 1986), a 9ª Conferência pretendia ser uma oportunidade para reafirmar o contributo da "*Promoção da Saúde*" para "*melhorar a saúde"* e a "*equidade na saúde"*. Assim, o objetivo primordial do encontro era o de reforçar a relação entre a "*Promoção da Saúde*" e a "*Agenda 2030*" ao nível do "*desenvolvimento sustentável"*. Neste evento foram considerados três pilares da promoção da saúde: (1) *Boa governação*; (2) *Cidades saudáveis*; e (3) *Literacia em Saúde* (WHO, 2016a, 2016b, cit. in Faria, 2017).

Nesta Conferência criou-se um documento sobre a promoção da saúde, designado de "*Declaração de Xangai*", que foi aprovada pelos participantes, e que se constitui como uma plataforma de entendimento sobre compromissos e ações a desenvolver por todos os países envolvidos e a estimular o mundo global (WHO, 2016b, cit. in Faria 2017), que destaca: (1) Reconhecimento de que a saúde e o bem-estar são essenciais para alcançar desenvolvimento sustentável; (2) Promoção da saúde ocorrerá através da ação em todos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS); (3) Tomada de opções políticas audaciosas para a saúde; Boa governação é essencial para a saúde; (4) Cidades e comunidades são ambientes determinantes para a saúde; Literacia em saúde capacita e impulsiona a equidade; e (5) Chamada para a ação (*a saúde é uma escolha política que implica combater os interesses prejudiciais à saúde e remover barreiras à capacitação, especialmente, para mulheres e meninas; os líderes políticos de diferentes setores e de diferentes níveis de governação, do setor privado e da sociedade civil devem unir-se na determinação de promover a saúde e o bem-estar em todos os ODS e a responsabilidade da promoção da saúde*).

Os participantes da "*Declaração de Xangai*" prometeram acelerar a implementação dos ODS através de um maior empenho político e de investimento financeiro na promoção da saúde tendo sido acordados compromissos nesse sentido (WHO, 2016b, cit. in Faria, 2017).

DISCUSSÃO

Apesar de algumas divergências de interpretação entre os Estados Unidos (*privilegia a intervenção sobre o indivíduo*) e a Europa (*privilegia o nível comunitário e social*) o conceito de promoção da saúde foi adoptado

por todos os países desenvolvidos (Ribeiro, 2010). Estamos de acordo com Breslow (1989) em que hoje, mais do que nunca, é preciso pôr na agenda da saúde a *promoção da saúde*. Isto é, devemos considerar uma etapa situada antes do tratamento e da prevenção da doença, de forma a permitir "*o avanço do bem-estar e a prevenção dos riscos para a saúde, alcançando os níveis ideais dos determinantes comportamentais, sociais, ambientais e biomédicos da saúde*" (Breslow, 1989, p. 205). Esta abordagem difere do serviço médico na medida em que este último é dirigido em grande parte para superar a saúde precária do indivíduo. Esta visão abrange a atenção à população a nível local e global, e não se circunscreve apenas aos doentes. Significa ainda considerar as responsabilidades individuais *versus* comunitárias para a saúde e pensar na alegada medicalização da vida e poluição do ambiente. Na perspetiva da promoção da saúde a focagem visa manter o nível de saúde e fortalecer o potencial (recursos) para a saúde do indivíduo, da sua família, da sua comunidade, da sua sociedade e do seu ambiente no planeta terra.

REFERÊNCIAS

Breslow L. (1989). Health status measurement in the evaluation of health promotion. *Medical Care*, *27*(3), 205-216.

Buss, P. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, *5*(1),163-177.

Buss, P. (2012). Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In D. Czeresnia & C. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências* (pp. 19-42). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Czeresnia, D., & Freitas, C. (Orgs.). (2012). *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Faria, M. C. (2017). *A psicologia na interface com a promoção da saúde e o bem--estar*. Beja: Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja (108 p). Disponível em http://hdl.handle.net/20.500.12207/4768

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; Recovered on September 10, 2016. Retrieved from www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf

Leavell, C., & Clark, E. (1976). *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill.

Ribeiro, J. (2004). A avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica, XXIII*, (2), 387-397.

United Nations. (2015). Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development (2015). In *Follow-up to the outcome of the Millennium Summit-document of the United Nations summit for the adoption of the post-2015 development agenda* (pp. 1-25). United Nations. Retrieved from http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/L.85&Lang=E

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

ASSOCIAÇÕES ENTRE AS PERCEÇÕES DE SAÚDE E PROBLEMAS DE SONO NA PRÉ-ADOLESCÊNCIA

Catarina Perpétuo[1] (✉ catarina.perp@gmail.com), Marília Fernandes[1], Flávia Veppo[1], & Manuela Veríssimo[1]

[1] William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

As dificuldades de sono são comuns na transição entre a infância e a adolescência (Wang et al., 2016), altura marcada por mudanças fisiológicas maturativas que se traduzem, por exemplo, numa preferência circadiana mais tardia (e.g., Carskadon, Vieira, & Acebo, 1993) e numa diminuição da secreção de melatonina (Crowley, Acebo, & Carskadon, 2012), hormona reguladora dos ciclos de vigília-sono. Além das mudanças fisiológicas, ocorrem também mudanças psicológicas motivadas por processos de autonomização que conduzem a um avanço na hora do deitar e redução no tempo total de sono, que se pode tornar insuficiente, (Dahl & Lewin, 2002; Sadeh, Dahl, Shahar, & Rosenblat-Stein, 2009; Soffer-Dudek et al., 2011) e consequentemente conduzir a um aumento da sonolência diurna (Crowley, Acebo, & Carskadon, 2007). Com efeito, três em cada quatro crianças entre os 11 e os 15 anos revelam ter alguma dificuldade de sono (Ipsiroglu et al., 2002).

Apesar da saliência das dificuldades de sono no início da adolescência, muitos pais tendem a subestimar ou ignorar os problemas de sono das crianças, bem como a importância dos hábitos de sono no funcionamento psicológico da criança (Smaldone, Honig, & Byrne, 2007). A concordância entre os relatos parentais e os relatos das crianças acerca dos problemas de sono têm sido baixa (Owens, Spirito, McGuinn, & Nobile, 2000; Paavonen et al., 2000), uma vez que à medida que as crianças crescem, os pais têm menos capacidade de ter em conta o tempo que demoram a adormecer, bem como a frequência e duração dos despertares noturnos.

Os problemas de sono na adolescência têm sido associados a um vasto leque de indicadores relativos à saúde física, ao bem-estar psicológico e ajustamento social e escolar (Dolsen, Wyatt, & Harvey, 2019). Os estudos

indicam uma associação entre a existência de problemas de sono e o desenvolver de processos inflamatórios (Hurtado-Alvarado et al., 2013; Kim, Hakim, Kheirandish-Gozal, & Gozal, 2011), o comprometimento do funcionamento do sistema imunitário (Ibarra-Coronado et al., 2015; Ingiosi, Opp, & Krueger, 2013) e à evolução dos quadros de dermatite atópica (Hon, Ching, Ng, & Leung, 2011; Jernelov, Lekander, Almqvist, Axelsson, & Larsson, 2013). Além de problemas associados à vulnerabilidade da saúde física, os problemas de sono têm impacto no estado emocional das crianças (e.g., Tarokh, Saletin, & Carskadon, 2016). Crianças que dormem menos tendem a ser mais agressivas (Schlarb, Sopp, Ambiel, & Grünwald, 2014) e mais impulsivas (Wang et al., 2016), o que pode explicar o aumento dos comportamentos de risco (Muro, Gomà-i-Freixanet, & Adan, 2012; Sivertsen, Harvey, Pallesen, & Hysing, 2016). Alguns autores têm estudado as associações entre a qualidade de sono e o desempenho académico e as crianças com mais dificuldades de sono tendem a ter um desempenho académico mais baixo (Hysing et al., 2015; Short, Gradisar, Lack, & Wright, 2013).

O objetivo deste estudo consiste em analisar os problemas de sono, relatados pelo próprio e pelos pais, e as suas associações com as auto-perceções de saúde e bem-estar numa faixa etária pouco estudada, a pré-adolescência, idade em que as crianças já são capazes de fornecer informação significativa sobre a sua própria saúde (Riley et al., 2004).

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 171 pré-adolescentes (53% raparigas) com idades compreendidas entre os 10 e os 14 anos (M=11.23, DP=.94) residentes nos arredores de Lisboa. Foi ainda pedido a um dos pais o preenchimento um questionário sobre os hábitos de sono do seu filho(a).

Instrumentos

Versão portuguesa do Children's Sleep Habits Questionnaire (*CSHQ,* adaptação de Loureiro, Pinto, Pinto, Pinto, & Paiva, 2014; versão original de Owens, Maxim, Nobile, McGuinn, & Msall, 2000) – O *CSHQ* é um

questionário de relato parental que avalia a existência de perturbações de sono nas crianças, em que é pedido aos pais que, considerando uma semana típica de sono do seu filho(a), respondam a um conjunto de 45 itens. As respostas são dadas numa escala de Likert de 3 pontos (*1 – Raramente, 3 – Habitualmente*) em que valores mais elevados indicam um sono mais perturbado. O Índice de Perturbação do Sono (IPS) resulta da soma de 33 itens pontuáveis, sendo valores acima de 44 considerados como critério para a existência de perturbações de sono. Os itens distribuem-se em oito sub-escalas: Resistência ao deitar, Início do sono, Duração do sono, Ansiedade relacionada ao sono, Despertares nocturnos, Parassónias, Perturbações respiratórias do sono e Sonolência diurna. Constam ainda perguntas directas referentes a problemas de sono da criança, número diário de horas de sono e horas de deitar e despertar.

Versão portuguesa do Sleep Self Report (SSR, adaptação de Loureiro, Pinto, Pinto, Pinto, & Paiva, 2014; versão original de Owens, Maxim, Nobile, McGuinn, & Msall, 2000) – É um questionário de auto-resposta dirigido a crianças dos 7aos 12 anos, composto por 26 itens, 23 dos quais são respondidos numa escala de Likert de 3 pontos [*1 – "Raramente" (0-1x por semana)*; *2 – "Às vezes" (2-4x por semana)*; *3 – "Normalmente" (5-7x por semana)*], onde pontuações mais elevadas indicam a presença de problemas de sono, sendo que existem 6 itens invertidos. O questionário tem 4 dimensões – Qualidade do sono, Ansiedade, Resistência ao deitar e Rotinas de sono – e a soma dos 23 itens cotáveis origina um score global (13 destes itens são comuns com o *CSHQ*).

Versão portuguesa do Child Health and Ilness Profile – Child Edition (CHIP-CE, Rodrigues & Apóstolo, 2010; versão original de Riley et al., 2004) – É um instrumento de auto-resposta, dirigido a crianças entre os 6 e os 11 anos que avalia as auto-perceções de saúde e bem-estar numa escala de Likert de 5 pontos nos seguintes domínios: Satisfação, Conforto, Resiliência, Evitamento do risco, Desempenho académico. Pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de saúde.

Procedimento

Após reunião com a direcção da escola e obtenção dos consentimentos informados por parte dos encarregados de educação, a recolha de dados foi

realizada numa sala disponibilizada pela escola para o efeito mediante a cedência de algumas horas de aulas por parte dos professores, que decidiram integrar a participação dos alunos num projecto escolar em curso. Os questionários parentais foram entregues às crianças e recolhidos na semana seguinte na escola.

RESULTADOS

Os resultados indicam que 37% dos pais reportam os seus filhos como tendo perturbações de sono (considerando como ponto de corte o valor 44 referido por Loureiro et al., 2014). Não foram encontradas diferenças significativas entre rapazes e raparigas (cf. Tabela 1).

Tabela 1

Descritivos dos scores totais

	CHIP	CSHQ	SSR
	M(SD)	*M(SD)*	*M(SD)*
Global	4.05 (.40)	42.97 (6.48)	29.82 (4.77)
Rapazes	4.02 (.40)	42.36 (6.06)	29.73 (4.86)
Raparigas	4.08 (.41)	43.50 (6.82)	29.90 (4.71)

Nota. CHIP – Score global de saúde reportado pela criança; CSHQ – Score global de perturbação de sono reportado pelos pais; SSR – Score global de perturbação do sono reportado pela criança.

Os scores globais de pais e filhos no que respeita as perceções de perturbação de sono estão positivamente correlacionados (r=.39; p=.000), isto é, as perceções dos pais acerca dos problemas de sono dos seus filhos estápositivamente associadas à qualidade de sono reportada pelos filhos.

Quando analisamos a relação entre a qualidade de sono e as perceções de saúde das crianças, verificamos que quanto maior o score global de saúde, menor os scores globais de perturbação do sono das crianças. Tal acontece quer no instrumento de auto-resposta (r=-.50; p=.000) quer no de relato parental (r=-.25; p=.001). Uma análise de regressão demonstrou que são as descrições das crianças sobre a qualidade do sono que melhor explicam os valores de saúde obtidos (explicando 21% da variância contra 5% para os pais).

DISCUSSÃO

Os resultados do nosso estudo mostram que, de acordo com os relatos parentais 33%, dos pré-adolescentes apresenta problemas de sono e que as descrições de pais e filhos estão significativamente associadas. No entanto, estudos anteriores afirmam que os pais tendem a subestimar ou desconhecer os problemas de sono dos filhos (Paavonen et al., 2000; Smaldone et al., 2007) e que crianças com mais de 8 anos devem ser diretamente questionadas sobre as questões relacionadas com a qualidade do seu sono (Riley et al., 2004). Alguns pais podem não estar cientes das dificuldades em adormecer, dos despertares noturnos ou da qualidade do sono numa noite típica dos seus filhos, uma vez nesta faixa etária o envolvimento com as rotinas do deitar vai sendo cada vez menor (Melter et al., 2013). Por outro lado, questões relacionadas com comportamentos que ocorrem durante o sono (como as parassónias) são melhor descritos pelos pais do que pela própria criança (Melter et al., 2013).

Não foram encontradas diferenças entre rapazes e raparigas, porém a literatura neste aspeto não é consensual. Alguns estudos mostram que as raparigas apresentam mais problemas de sono, mais pesadelos (Ipsiroglu et al. 2002; Liu,Uchiyama, Okawa, & Kurita, 2000), enquanto outros reportam que são os rapazes quem apresenta maisperturbações de sono (Owens, Spirito, McGuinn, & Nobile, 2000; Paavonen et al, 2000).

Os problemas de sono na adolescência têm sido associados a um conjunto indicadores relativos à saúde, ao bem-estar psicológico e ajustamento social e escolar (Dolsen, Wyatt, & Harvey, 2019; Johnson & Breslau, 2001; Sadeh, Gruber, & Raviv, 2003; Wolfson & Carskadon, 2003). Algumas investigações reportam associações entre as perturbações do sono e o aumento de queixas somáticas e a pouca qualidade ao nível da saúde (Hart, Palermo, & Rosen, 2005). Também nesse sentido, os resultados do nosso estudo indicam que quanto mais problemas de sono (descritos quer pelos pais quer pelos próprios), menor a perceção de saúde reportada pela criança.

Aceder à perceção do bem-estar físico, emocional e social das crianças de modo a assegurar uma resposta adequada às suas necessidades revela-se importante. Estas podem ser usadas como ferramenta para ajudar os

pais a compreender o impacto da qualidade do sono na vida dos seus filhos (Hart, Palermo, & Rosen, 2005).

REFERÊNCIAS

Carskadon, M. A., Vieira, C., & Acebo, C. (1993). Association between puberty and delayed phase preference. *Sleep, 16*(3), 258-262.

Crowley, S. J., Acebo, A., & Carskadon, M. A. (2007). Sleep, circadian rhythms, and delayed phase in adolescence. *Sleep Medicine, 8*(6), 602-612.

Crowley, S. J., Acebo, C., & Carskadon, M. A. (2012). Human puberty: Salivary melatonin profiles in constant conditions. *Developmental Psychobiology, 54*(4), 468-473.

Dahl, R. E., & Lewin, D. S. (2002). Pathways to adolescent health sleep regulation and behavior. *Journal of Adolescent Health, 31*(6), 175-184.

Dolsen, M. R., Wyatt, J. K., & Harvey, A. G. (2019). Sleep, circadian rhythms, and risk across health domains in adolescents with an evening circadian preference. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 48*(3), 480-490.

Hart, C., Palermo, T., & Rosen, C. (2005). Health-related quality of life among children presenting to a pediatric sleep disorders clinic. *Behavioral Sleep Medicine*, *3*(1), 4-17.

Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K. M., Jakobsen, R., Lundervold, A. J., & Sivertsen, B. (2015). Sleep and use of electronic devices in adolescence: Results from a large population-based study. *BMJ Open, 5*(1), 1-7.

Hon, K. L., Ching, G. K., Ng, P. C., & Leung, T. F. (2011). Exploring CCL18, eczema severity and atopy. *Pediatric Allergy Immunology, 22,* 704-707.

Hurtado-Alvarado, G., Pavón, L., Castillo-Garcia, S. A., Hernández, M. E., Dominguez-Salazar, E., Velázquez-Moctezuma, J., & Gómez-González, B (2013). Sleep loss as a factor to induce cellular and molecular inflammatory variations. *Clinical and Developmental Immunology,* 1-14.

Ibarra-Coronado, E. G., Pantaleón-Martínez, A. M., Velazquéz-Moctezuma, J., Prospéro-García, O., Méndez-Díaz, M., Pérez-Tapia, M., . . . Morales-Montor, J (2015). The bidirectional relationship between sleep and immunity against infections. *Journal of Immunology Research, 2015: 678164.* doi: 10.1155/2015/678164

Ingiosi, A., Opp, M. R., & Krueger, J. M. (2013). Sleep and immune function: Glial contributions and consequences of aging. *Current Opinion in Neurobiology, 23*(5), 806-811.

Ipsiroglu, O., Fatemi, A., Werner, I., Paditz, E., & Schwarz, B. (2002). Self-reported Organic and Nonorganic Sleep Problems in Schoolchildren Aged 11 to 15 Years in Vienna. *Journal of adolescent health, 31,* 436-442.

Jernelöv, S., Lekander, M., Almqvist, C., Axelsson, J., & Larsson, H. (2013). Development of atopic disease and disturbed sleep in childhood and adolescence – A longitudinal population-based study. *Clinical & Experimental Allergy, 43,* 552-559.

Johnson, E. O., & Breslau, N. (2001). Sleep problems and substance use in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence, 64*(1), 1-7.

Kim, J., Hakim, F., Kheirandish-Gozal, L., & Gozal, D. (2011). Inflammatory pathways in children with insufficient or disordered sleep. *Respiratory Physiology Neurobiolgy, 178*(3), 465-474.

Liu X., Uchiyama M., Okawa M., & Kurita H. (2000). Prevalence and correlates of self-reported sleep problems among Chinese adolescents. *Sleep, 23*, 27-34.

Loureiro, H., Pinto, T., Pinto, J., Pinto, H., & Paiva, T. (2013). Validation of the children sleep habits questionnaire and the sleep self-report for Portuguese children. *Sleep Science, 6*(4), 151-158.

Meltzer, L., Avis, K., Biggs, S., Reynolds, A., Crabtree, V., & Bevans, K. (2013). The Children's Report of Sleep Patterns (CRSP): A Self-Report Measure of Sleep for School-Aged Children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *9*(3), 235-245.

Muro, A., Gomà-i-Freixanet, M., & Adan, A. (2012). Circadian typology and sensation seeking in adolescents. *Chronobiology International, 29*(10), 1376-1382.

Owens J., Spirito A., McGuinn M., & Nobile C. (2000). Sleep habits and sleep disturbances in elementary school-aged children. *Journal Developmental Behavior Pediatric, 21*, 27-36.

Paavonen, E. J., Aronen, E.T., Moilanen I., Piha, J., Räsänen, E., Tamminen, T., & Almqvist, F. (2000). Sleep problems of school-aged children: A complementary view. *Acta Paediatrica*, *89*(2), 223-228.

Riley, A. W., Forrest, C. B., Rebok, G. W., Starfield, B., Green, B. F., Robertson, J. A., & Friello, P. (2004). The Child Report Form of the CHIP-Child Edition reliability and validity. *Medical Care, 42*(3), 221-231.

Rodrigues, M. A., & Apóstolo, J. L. (2010). Portuguese adaptation of the Child Health and Illness Profile, Child Edition (CHIP-CE). *Revista de Enfermagem, III*(2), 121-126.

Sadeh, A., Dahl, R. E., Shahar, G., & Rosenblat-Stein, S. (2009). Sleep and the transition to adolescence: A longitudinal study. *Sleep, 32*(12), 1602-1609.

Sadeh, A., Gruber, R., & Raviv, A. (2003). The effects of sleep restriction and extension on school-age children: What a difference an hour makes. *Child Development, 74*(2), 444-455.

Schlarb, A. A., Sopp, R., Ambiel, D., & Grünwald, J. (2014). Chronotype-related differences in childhood and adolescent aggression and antisocial behavior – A review of the literature. *Chronobiology International, 31*(1), 1-16.

Short, M. A., Gradisar, M., Lack, L. C., & Wright, H. R. (2013).The impact of sleep on adolescent depressed mood, alertness and academic performance. *Journal of Adolescence, 36*(6), 1025-1033.

Sivertsen, B., Harvey, A., Pallesen, S., & Hysing, M. (2016). Trajectories of sleep problems from childhood to adolescence: A population-based longitudinal study from Norway. *Journal of Sleep Research, 26*(1), 55-63.

Smaldone, A., Honig, J., & Byrne, M. W. (2007). Sleepless in America: Inadequate sleep and relationships to health and well-being of our nation's children. *Pediatrics, 119*(1), 29-37.

Soffer-Dudek, N., Sadeh, A., Dahl, R. E., & Rosenblat-Stein, S. (2011). Poor sleep quality predicts deficient emotion information processing over time in early adolescence. *Sleep, 34*(11), 1499-1508.

Tarokh, L., Saletin, J. M., & Carskadon, M. A. (2016). Sleep in adolescence: Physiology, cognition and mental health, *Neuroscience Biobehavioral Reviews, 70,* 182-188.

Wang, B., Isensee, C., Becker, A., Wong, J., Eastwood, P. R., Huang, R.-C., . . . Rothenberger, A. (2016). Developmental trajectories of sleep problems from childhood to adolescence both predict and are predicted by emotional and behavioral problems. *Frontiers in Psychology, 7*(1874), 1-13.

Wolfson, A., & Carskadon, M. (2003). Understanding adolescents' sleep patterns and school performance: A critical appraisal. *Sleep Medicine Review, 7*(6), 491-506.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE ADESÃO AO TRATAMENTO NUMA AMOSTRA DE DOENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Ângela Ferrão[1] (✉ angela.ferrao@hotmail.com), Paula S. Carvalho[1], Cláudia Mendes Silva[1], & Miguel Castelo-Branco[2]

[1] Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal
[2] Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

A Hipertensão Arterial (HTA) é uma doença crónica e apresenta-se como um dos principais fatores de risco no domínio de outras patologias, nomeadamente nas doenças cardíacas (OMS, 2005). Neste sentido, quando falamos em HTA importa reter que se trata de uma problemática "caracterizada por níveis elevados de pressão sanguínea, sistólica e diastólica, nas artérias" (Duprez, 2010, p. 26), associada a uma panóplia de fatores de risco que é crucial ter em conta, nomeadamente o stress, a obesidade, o excessivo consumo de sal, a baixa atividade física, o consumo desmedido de bebidas alcoólicas e os fatores hereditários (Carvalho, Siqueira, Sousa, & Jardim, 2013). A hipertensão arterial, enquanto uma doença crónica, irá sempre necessitar de cuidados transversais ao longo do ciclo de vida do sujeito, envolvendo um conjunto de medidas terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas) (Radovanovic et al., 2014).

Ainda que sejam conhecidas as evidências da efetividade e eficiência das medidas preventivas, a HTA tende a apresentar uma prevalência crescente, representando um dos grandes desafios ao nível da saúde da sociedade atual (Barreto et al., 2014). Neste sentido, são preconizados alguns dos principais fatores que contribuem para o agravamento do quadro clínico, nomeadamente "a não adesão aos tratamentos anti-hipertensivos, o diagnóstico tardio e o curso prolongado e assintomático da doença" (Barreto et al., 2014, p. 492).

Ostenberg e Blaschke (2005) enfatizam a adesão ao tratamento como uma problemática de primeira ordem, isto é, denotam cada vez mais um comportamento pouco aderente por parte dos sujeitos, contribuindo para que se manifestem um conjunto de consequências nocivas em várias áreas da vida. A não adesão aos regimes terapêuticos é considerada como um dos principais fatores que despoletam o crescimento da mortalidade e morbilidade, da diminuição da qualidade de vida e da utilização exacerbada dos cuidados de saúde, levando, consequentemente, ao aumento dos custos relacionados com a mesma (Telles-Correia, Barbosa, Mega, & Monteiro, 2008).

A não adesão terapêutica, à semelhança do conceito de adesão, pode categorizar-se como intencional, quando é o caso em que não é cumprida a prescrição médica por parte do doente, e não intencional que resulta, na maioria das vezes, por uma comunicação precária entre o doente e o profissional de saúde, bem como na dificuldade e esquecimento por parte do paciente na gestão da medicação (WHO, 2003).

A hipertensão arterial, devido às suas características assintomáticas, é pautada por uma evolução "lenta e silenciosa" (Gusmão et al., 2009, p. 38) cujo tratamento requer mudanças comportamentais e dos estilos de vida, não descurando o tratamento medicamentoso quando necessário. Por se caracterizar por um processo rápido e assintomático, é diagnosticada, muitas vezes, em estádios mais avançados, levando a que os sujeitos não assimilem a problemática tal como ela se apresenta, obtendo-se, baixos níveis de adesão aos tratamentos prescritos (Barreto, Reiners, & Marcon, 2014). Tendencialmente, devido às próprias peculiaridades da patologia, os efeitos, aquando da não adoção dos métodos supracitados, são percecionados a longo prazo, sendo eles as lesões em órgãos-alvo e a mortalidade e morbilidade (Gusmão et al., 2009).

Para que as prescrições médicas, como o tratamento farmacológico, a alimentação saudável, a prática de exercício físico e a indicação de exames de rotina, sejam adotadas pelos utentes, torna-se fundamental que seja estabelecida uma boa relação terapêutica médico-paciente. Assim, é importante ter em conta a motivação do paciente, as suas expectativas, ter uma linguagem adequada no decorrer das explicações e sugestões médicas, estabelecendo, assim, uma relação empática e de confiança que levará a um crescimento clinicamente significativo nas taxas de adesão terapêutica (Gorayed, 2002).

Deste modo, enquanto sujeitos cujas características obedecem a uma singularidade, é fundamental, quando se fala nesta temática, adequar as prescrições terapêuticas às particularidades de vida de cada pessoa, fomentando sempre os benefícios terapêuticos (Figueiredo & Asakura, 2010; Leite & Vasconcelos, 2003). Para além disso, é importante ter em conta a diversidade de técnicas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas estando as primeiras muito associadas a doenças de carater físico como a HTA, descurando-se, muitas vezes, o tratamento de fatores psíquicos que, na maioria dos casos, podem contribuir para as causas do despoletar da doença (Gusmão, Ginani, Silva, Ortega, & Mion, 2009).

MÉTODO

A metodologia utilizada para este estudo é de natureza descritiva-correlacional, quantitativa, transversal e não experimental, apresentando os seguintes objetivos: (1) Explorar se existem diferenças entre os níveis de adesão ao tratamento em função do género; (2) Averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a adesão ao tratamento e as habilitações literárias dos sujeitos da amostra; (3) Analisar a relação entre o tempo de diagnóstico da doença e a adesão ao tratamento e (4) Analisar a relação entre a idade dos sujeitos e a adesão ao tratamento.

Instrumentos

O protocolo de investigação integra o questionário sociodemográfico e de informação clínica, e, ainda, o Medidas de Adesão ao Tratamento (MAT). O questionário sociodemográfico inclui um conjunto de itens cujo formato das questões varia entre perguntas de tipo aberto e fechado. Este questionário considera, sobretudo, variáveis sociodemográficas como o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, o agregado familiar, a situação profissional, entre outros itens igualmente relevantes. Neste há, também, espaço para itens que envolvem a recolha de informação clínica sobre a HTA.

No que concerne ao questionário de Medidas de Adesão ao Tratamento (MAT), é um questionário composto por 7 itens em que o sujeito, mediante um conjunto de questões, utiliza uma escala tipo *Likert* para responder. A pontuação da escala varia de 1 a 6, em que 1 corresponde a "sempre" e 6 corresponde a "nunca", sendo que quanto mais elevada for a pontuação, maior adesão ao tratamento. Mais especificamente, de forma a quantificar a variável "adesão terapêutica" foram criadas três categorias, tendo em conta o valor da mediana: Baixa Adesão ($\leq M$-0,25dp); Adesão Razoável ($>M$-0,25dp e $<M$+0,25dp); e, Boa Adesão ($\geq M$+0,25dp) (Delgado & Lima, 2001). A escala tipo *Likert* é, neste contexto, considerada pelos autores bastante pertinente, na medida em que possibilita perceber e discriminar melhor as particularidades dos comportamentos dos indivíduos na adesão terapêutica aos tratamentos (Delgado & Lima, 2001).

Participantes

A seleção dos participantes para o estudo foi realizada de forma não probabilística e por conveniência. Como critérios de inclusão é de mencionar sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, cujo diagnóstico é de hipertensão arterial há pelo menos 6 meses, que não tenham nenhuma alteração do estado da consciência e não apresentem patologias significativas que, de algum modo, lhe causem incapacidade ou que necessitem de tratamentos com elevado grau de complexidade. A amostra integra 76 sujeitos que frequentam as consultas de Medicina Interna do Centro Hospitalar da Cova da Beira. Destes, 31 indivíduos são do sexo masculino (40.8%) e 45 do sexo feminino (59.2%), salientando que a maioria dos sujeitos apresenta uma idade superior a 56 anos de idade (M=57.97; SD=7.70) e menciona ser casada (84.2%). No que diz respeito ao nível de escolaridade, 23 pessoas concluíram o 4º ano de escolaridade (30.3%); 11 elementos da amostra têm o 6º ano (14.5%); 15 indivíduos (19.7%) frequentaram até ao 9º ano; 16 sujeitos têm o 12º ano de escolaridade (21.1%); e, somente 11 têm Licenciatura (14.5%). Quanto à situação profissional, verifica-se que a maioria da amostra está empregada ou é doméstica (60.6%) e que 30 sujeitos estão reformados ou desempregados (39.4%). Relativamente à existência de problemas de saúde, 45 sujeitos da amostra afirmam não ter patologias comórbidas.

RESULTADOS

Neste sentido importa, agora, atender aos resultados obtidos na presente pesquisa, obtendo-se, assim, uma média de 5.5 numa escala de 6, pelo que se verificam níveis bastante satisfatórios de adesão ao tratamento nesta amostra. Constata-se ainda que somente a idade e as habilitações literárias manifestam relevância quando testadas em função da adesão ao tratamento, o que não se verifica nas variáveis género e tempo de diagnóstico que não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Objetivo 1 – Explorar se existem diferenças entre os níveis de adesão ao tratamento em função do género

Com auxílio do teste *t* de *Student*, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de adesão e a variável género [$t(74)=0.69$, $p=.50$], apesar do sexo masculino evidenciar valores mais elevados no que concerne à média, isto é, $M=5.56$ ($SD=0.40$), indicando, consequentemente, um maior nível de adesão quando comparado com o sexo feminino que obteve uma média de 5.49 ($SD=0.48$).

Objetivo 2 – Averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a adesão ao tratamento e as habilitações literárias dos sujeitos da amostra

Posteriormente foram testadas outras variáveis, nomeadamente a adesão ao tratamento e as habilitações literárias de cada paciente, com recurso à ANOVA. Deste modo, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a adesão terapêutica e a escolaridade básica e superior [$F(2,73)=2.90$]. Observou-se que é no grupo cuja escolaridade foi efetuada até ao 4º ano que tais diferenças se manifestam ($p=.05$), isto é, são os sujeitos com escolaridade mais baixa que apresentam maiores níveis de adesão aos tratamentos prescritos.

Objetivo 3 – Analisar a relação entre o tempo de diagnóstico da doença e a adesão ao tratamento

Relativamente há variável tempo de diagnóstico, não há qualquer evidencia que se correlacione com a adesão ao tratamento ($r=.204$, $p<.05$).

Objetivo 4 – Analisar a relação entre a idade dos sujeitos e a adesão ao tratamento

De acordo com os resultados obtidos a idade apresenta uma relação positiva (r=.283, p<.05), sendo que à medida que a idade aumenta, a adesão ao tratamento tende também a aumentar, pelo que são os sujeitos mais velhos que apresentam maiores níveis de adesão ao tratamento.

DISCUSSÃO

Torna-se, agora, importante expor as principais conclusões do nosso estudo, quando comparado com a bibliografia consultada.

Neste sentido, um estudo feito por Radovanovic et al. (2014) corroboram os resultados da presente pesquisa, evidenciando que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre mulheres e homens, o que vai ao encontro dos nossos resultados. Num estudo de Vermeire et al. (2001), verifica-se, novamente, tal pressuposto. Contrariamente ao acima referenciado, uma panóplia de investigadores afirma existirem dissemelhanças entre os sexos, afirmando que as mulheres apresentam melhores valores nos níveis de adesão quando comparadas com os homens (Pereira & Silva, 2002; Sousa, Peixoto, & Martins, 2008).

Quando analisado, no presente estudo, o nível de escolaridade, é percetível que existem diferenças significativas com a adesão ao tratamento, em que são os sujeitos até ao 4º ano de escolaridade que denotam um maior cumprimento da terapêutica prescrita. Autores como Motter, Olinto e Paniz (2015) preconizam que as informações dadas pelo médico e a forma como as mesmas lhe são transmitidas é uma parte fulcral para uma adesão correta e eficiente ao tratamento médico, favorecendo a compreensão de parte a parte no decorrer da consulta. Atendendo a que nesta amostra 58 sujeitos revelaram estar satisfeitos e 11 muito satisfeitos com a informação que lhes é prestada pelo médico, é de notar que tais valores poderão ser explicativos dos resultados anteriormente obtidos, corroborando, deste modo, o que é enunciado pelos autores supracitados.

Porém, outros autores como Bastos (2012), reconhecem o nível de escolaridade como algo desnecessário para que os sujeitos adiram de

forma competente às prescrições médicas, postulando, ainda, que apesar de ser importante não é uma variável determinante, pois pessoas menos letradas tendem a reunir um conjunto de estratégias diferentes que adaptam para responder às suas dificuldades no controlo da medicação.

No que ao tempo de diagnóstico diz respeito, estudos neste âmbito tendem a contradizer o supracitado, referindo a importância desta variável como fundamental para uma boa adesão ao regime terapêutico, uma vez que sujeitos com um diagnóstico de mais anos, olham para as prescrições médicas como uma medida a adotar indiscutivelmente, o que, na maioria das vezes, é transversal às doenças crónicas na sua generalidade (Matos, Alfonso, & Vea, 2007; Ross, Walker, & MacLeod, 2004).

Face ao supracitado, relativamente à idade autores diversos defendem que esta variável tende a dificultar a adesão à terapêutica à medida que os anos avançam, isto é, que sujeitos mais velhos têm menores níveis de adesão à terapêutica (Carragueta, 2008; Polónia et al., 2006). Tal resultado não vai ao encontro dos encontrados na presente pesquisa, uma vez que, foi encontrada uma relação entre a presente variável e a escala MAT, apontando para que à medida que a idade aumenta, a adesão ao tratamento também é maior. Ainda que existam múltiplos estudos que abordem esta temática, nomeadamente esta variável sociodemográfica, os resultados nem todos se encontram consensuais devido às múltiplas teorias que abordam o estado desenvolvimental do ser humano. Araújo e Garcia (2006), postulam que à medida que a idade aumenta, as pessoas tendem a preocupar-se mais com a sua saúde, bem como com os tratamentos possíveis para as suas patologias, em comparação com indivíduos de faixas etárias mais jovens que apresentam mais despreocupação das consequências que advêm das patologias, os sujeitos mais velhos denotam uma maior perceção do desenvolvimento de doenças, o que os faz aderir eficazmente aos tratamentos (Araújo & Garcia, 2006; Macedo et al., 2007; Oliveira & Oliveira, 2013; Sarafino, 2002; WHO, 2003a).

Em suma, a prevenção e o tratamento da HTA, envolve um processo complexo uma vez que implica mudanças no estilo de vida do sujeito, quer ao nível da aquisição de um tratamento medicamentoso quer no controlo e toma correta da terapêutica prescrita.

REFERÊNCIAS

Araújo, G. & Garcia, T. (2006). Adesão ao tratamento Anti-hipertensivo: Uma análise conceitual. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 8*(2), 529-272.

Bastos, S. F. (2013). *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico.* Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.

Barreto, M., Reiners, A., & Marcon, S. (2014). Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Revista Latino-America de Enfermagem, 22*(3), 484-490.

Carvalho, M., Siqueira, L., Sousam A., & Jardim, P. (2013). The influence of hypertension on quality of life. *Arquivo Brasileiro de Cradiologia, 100*(2), 164-174.

Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millenium, 40*, 201-219.

Duprez, D. (2010). Arterial Hypertension. In Peter P. Toth & Cristopher P. Cannon (Eds.), *Contemporary Cardiology: Comprehensive Cardiovascular Medicine in the Primary Care Setting* (pp. 25-58). New Jersey: Humana Press.

Figueiredo, N., & Asakura, L. (2010). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paulista de Enfermagem, 23*(6), 782-787.

Gorayeb, R. (2002). Psicologia e hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão, 7*(2), 185-187.

Gusmão, J., Ginani, G., Silva, G., Ortega, K., & Mion, D. (2009). Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Revista Brasileira de Hipertensão, 16*(1), 38-43.

Leite, S., & Vasconcellos, M. (2003). Adherence to prescribed therapy: Points for concepts and presuppositions discussion. *Ciência e Saúde Coletiva, 8*(3), 775-782.

Macedo, M., Lima, M., Silva, A., Alcântara, P., Ramalhinho, V., & Carmona, J. (2007). Prevalência, conhecimentos, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia, 26*(1), 21-39.

Macedo, M., & Ferreira, R. (2013). *A hipertensão arterial em Portugal: Análise epidemiológica nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Matos, Y., Alfonso, L., & Vea, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 23*(1), 1-8.

Motter, F., Olinto, M., & Paniz, V. (2015). Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: Estudo com usuários de uma farmácia básica no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública, 31*(2), 395-404.

Oliveira, A., Sá, M., & Freitas, A. (2013). Learning to live with a chronic illness, without thinking about death. Academic *Journal of Interdisciplinary Studies, 2*(9), 326-334.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2005). *Prevenção de doenças crônicas: Um investimento vital.* Ed. Português: Formatos.

Pereira, M., & Silva, S. (2002). Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte. *Análise Psicológica, XX*(1), 35-43.

Polónia, J., Ramalhinho, V., Martins, L., & Saavedra, J. (2006). *Revista Portuguesa de Cardiologia, 26*(6), 649-660.

Radovanovic, C., Santos, L., Carvalho, M., & Marcon, S. (2014). Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Revista Latino Americana de Enfermagem, 22*(4), 547-553.

Ross, S., Walker, A., & MacLeod, M. (2004). Patient compliance in hypertension: Role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension, 18*, 607-613.

Sarafino, P. (2002). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (4th ed.). New York: John Wiley & Sons.

Sousa, M., Peixoto, M., & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: Influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista Referência, 2*(8),59-67.

Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., & Monteiro, E. (2008). Validação do questionário multidimensional da adesão no doente com transplante hepático. *Acta Médica Portuguesa, 21*, 31-36.

Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: Three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical Pharmacy and Therapeutics, 26,* 331-342

World Health Organization (WHO). (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action.* Switzerland, Genova.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

BIOFEEDBACK E BEM-ESTAR NO ENSINO SUPERIOR: SEIS ANOS DE ESTUDOS NA INTERVENÇÃO SOBRE STRESSE E ANSIEDADE ELEVADA

Paulo Chaló[1] (✉ K1731305@hscs.sgul.ac.uk) & Anabela Pereira[1]
[1] Universidade de Aveiro, Portugal

Com a entrada no ensino superior os alunos são confrontados com a necessidade de se adaptarem a novas situações, o que associado ao facto desta ocorrer numa fase do desenvolvimento marcada por alguma instabilidade emocional, resultam numa maior vulnerabilidade a situações de stresse e ansiedade elevada (Almeida & Soares, 2004; Bayram & Bilgel, 2008; Coutinho et al., 2013; Dyson & Renk, 2006; Kassim, Hanafi, & Hancock, 2009).

Diversos estudos sugerem que mais de 75% dos alunos universitários apresentam valores moderados de stresse, sendo que 10% a 15% dos alunos apresentam stresse acima da média, com 9% a 12% dos alunos a apresentarem valores de stresse elevado (Bayram & Bilgel, 2008; Lindsey, 2014; Tavolacci et al., 2013).

Estes alunos têm uma maior propensão para ideação suicida, desenvolvimento de baixa autoestima, alterações ao nível do ciclo do sono, fragilização do sistema imunitário, e redução da performance académica; revelando também tendência para adotar comportamentos pouco saudáveis na tentativa de gerir a sintomatologia, tal como o consumo de álcool, tabaco ou estupefacientes, ou uso excessivo da internet e redes sociais (Cunha & Carrilho, 2005; Jarasiunaite, Perminas, Gustainiene, Peciuliene, & Kavaliauskaite-Keserauskiene, 2015; Napper, LaBrie, & Hummer, 2015; Sadigh, Himmanen, & Scepansky, 2014; Tavolacci et al., 2013).

Os impactos desta problemática refletem-se a nível pessoal, seja na saúde, bem-estar, desenvolvimento, desempenho ou qualidade de vida,

como na vida das suas famílias, podendo mesmo ter influência em instituições ou na vida de outras pessoas (Bayram & Bilgel, 2008).

Com vista a dar resposta a esta problemática tem existido uma maior pressão para a investigação, desenvolvimento e implementação de respostas adequadas (Anjos, Miranda, Alves, & Videira, 2015; Bayram & Bilgel, 2008; Coutinho et al., 2013; Lantyer, Varanda, Souza, Padovani, & Viana, 2016; Lourenço, Miguel, & Parreira, 2012; Robotham & Julian, 2006; Vagos et al., 2010).

Diversos estudos internacionais têm revelado bons indicadores acerca da pertinência e eficácia do biofeedback (BFB) na gestão da ansiedade no ensino superior (Chaló, Batista, & Pereira, 2017).

O BFB pode ser descrito como um processo que utiliza instrumentos precisos para captar e apresentar de forma inteligível (feedback) a atividade fisiológica, o que associado a modificações ao nível do pensamento, emoções ou comportamentos, permite ao sujeito aprender a modificar voluntariamente a sua atividade fisiológica com o objetivo de promover a saúde e a performance (Schwartz, 2010).

Este artigo tem como objetivo resumir os últimos anos da investigação realizada no StressLab da Universidade de Aveiro, acerca a utilização do BFB na prevenção e intervenção sobre stresse e ansiedade em alunos do ensino superior em Portugal.

MÉTODO

Dado o objetivo deste trabalho, foi adotada uma revisão dos artigos produzidos pelo StressLab e publicados em livros de atas e revistas nacionais e internacionais entre 2013 e 2019.

RESULTADOS

Os dados extraídos dos diferentes artigos encontram-se sumariados no Quadro 1.

Quadro 1

Sumário dos artigos analisados

Estudo	Objetivo	Amostra	Procedimentos	Instrumentos	Resultados
Chaló, Pereira, Sancho, & Mateus, 2017	Verificar a eficácia do BFB na prevenção do stresse em estudantes do primeiro ano do ensino superior	*N*=30	Grupo experimental realizou 8 sessões semanais de BFB	BFB 2000	Redução significativa dos níveis de stress no grupo experimental do
			Grupo de controlo sem intervenção	ISEU	Aumento significativo dos níveis de stress do grupo de controlo
Chaló, Pereira, Batista, & Sancho, 2017	Verificar a eficácia do BFB na redução do stresse e ansiedade em estudantes do primeiro ano do ensino superior	*N*=44	Grupo experimental realizou 8 sessões semanais de BFB	BFB 2000	Redução significativa dos níveis de ansiedade e stresse no grupo experimental
		Alunos com níveis de ansiedade elevados	Grupo de controlo sem intervenção	STAI ISEU	Manutenção dos níveis de ansiedade e stresse no grupo de controlo
Chaló, Pereira, Mateus, Batista, & Oliveira, 2017	Verificar a eficácia do BFB, na prevenção e redução do stresse e ansiedade, em estudantes do primeiro ano de enfermagem	*N*=40	Grupos experimentais divididos em função dos níveis de ansiedade elevada (BFBA) ou normativa (BFBN) realizaram 5 sessões semanais de BFB	BFB 2000	Redução significativa dos níveis de ansiedade no grupo BFBA, aumento significativo no grupo CGN e manutenção nos grupos BFBN e CGA
		Alunos com níveis elevados e níveis normativos de ansiedade	Grupos de controlo divididos em função dos níveis de ansiedade elevada (CGA) ou normativa (CGN) sem intervenção	STAI ISEU	Redução moderada dos níveis de stresse no grupo BFBA, aumento significativo no grupo CGN e manutenção nos grupos BFBN e CGA

Quadro 1 (cont.)

Estudo	Objetivo	Amostra	Procedimentos	Instrumentos	Resultados
Chaló, Pereira, Pinho, & Chaves, 2016	Estudar a eficácia do BFB na prevenção da ansiedade em alunos do enfermagem	*N*=39 primeiro	Grupo experimental realizou semanais	BFB 8 de ano	2000 sessões BFB de
	Manutenção dos níveis de ansiedade no grupo experimental	Alunos com níveis de ansiedade normativos	Grupo de controlo sem intervenção	STAI	Aumento significativo da ansiedade no grupo de controlo
Chaló, Pereira, Sancho, & Mateus, 2016	Comparar a eficácia entre 2 programas de BFB na redução da ansiedade com com 8 sessões	*N*=32 5	Sessões de BFB de 20 minutos elevada, sessões	BFB 2000 e	Redução significativa dos níveis de ansiedade nos grupos BFB5 e BFB8 um outro
		Alunos com níveis de ansiedade elevados	Grupo BFB5 realizou 5 sessões semanais	STAI	Resultados mais expressivos no grupo BFB8 comparativamente ao grupo BFB5
			Grupo BFB8 realizou 3 sessões bissemanais mais duas sessões semanais		Ligeiro aumento, não significativo, dos níveis de ansiedade no grupo de controlo
			Grupo sem intervenção	de	controlo
Vicente et al., 2014	Verificar a eficácia de um protocolo de TCC e BFB na redução dos níveis de stresse e ansiedade	*N*=9	Quatro sessões de TCC breve em grupo, seguidas de 6 sessões bissemanais de BFB	BFB 2000 STAI ISEU ET-5	Menor vulnerabilidade ao stresse e redução dos níveis de depressão, ansiedade, sofrimento emocional e necessidade de ajuda, após a terapia

Quadro 1 (cont.)

Estudo	Objetivo	Amostra	Procedimentos	Instrumentos	Resultados
Chaló, Sancho, Martins, & Pereira, 2013	Verificar a eficácia do BFB, na prevenção e redução do stresse e ansiedade, em estudantes do primeiro ano do ensino superior.	*N*=40	Grupos experimentais divididos em função dos níveis de ansiedade elevada (BFBA) ou normativa (BFBN) realizaram 5 sessões semanais de BFB	BFB 2000	Redução significativa dos níveis de ansiedade no grupo BFBA, manutenção no grupo BFBN e aumento não significativo nos grupos CGA e CGN
		Alunos com níveis elevados e níveis normativos de ansiedade	Grupos de controlo divididos em função dos níveis de ansiedade elevada (CGA) ou normativa (CGN) sem intervenção	STAI ISEU	Ligeira redução dos níveis de stresse nos grupos BFBA e BFBN, aumento significativo nos grupos de CGA e CGN

Ao longo dos últimos anos foram sete os estudos publicados relacionados com a utilização do BFB no ensino superior em Portugal, tanto na redução de níveis elevados de stresse e ansiedade, como na sua prevenção. Os estudos incidiram especialmente em alunos do primeiro ano do ensino superior, tendo participado um total de 234 alunos.

Os primeiros estudos, principalmente orientados para um programa breve, composto por cinco sessões, revelaram uma eficácia relativa deste tipo de intervenção (Chaló, Pereira, Mateus, et al., 2017; Chaló et al., 2013). Importa referir que apesar de ter sido publicado em 2017, o estudo sobre eficácia do BFB na prevenção e redução do stresse e ansiedade em estudantes do primeiro ano de enfermagem foi conduzido em 2015, sendo uma replicação do estudo de 2013.

Apesar dos resultados promissores com apenas cinco sessões, a comparação com um protocolo de oito sessões revelou que este apresenta benefícios mais significativos, tanto do ponto de vista estatístico como do clínico (Chaló, Pereira, Sancho, et al., 2016).

Nestes estudos foi possível verificar a potencial eficácia do BFB tanto na prevenção, como na redução de valores elevados de stresse e ansiedade (Chaló, Pereira, Batista, et al., 2017; Chaló, Pereira, Pinho, et al., 2016; Chaló, Pereira, Sancho, et al., 2017).

Importa referir quais os critérios adotados para considerar a intervenção eficaz tanto do ponto de vista da intervenção como da prevenção. Ao nível da intervenção, foi considerada a redução significativa dos valores de stress e ansiedade elevados, com os grupos de controlo a manter elevados os seus valores. Ao nível da prevenção, o treino em BFB foi considerado eficaz quando nos grupos sujeitos à intervenção não foram verificados os aumentos significativos dos valores de stress ou ansiedade observados nos grupos de controlo.

DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo realizar uma reflexão crítica dos estudos realizados nos últimos anos sobre a utilização do BFB na problemática do stress e ansiedade elevados no ensino superior, a qual, segundo Bayram e Bilgel (2008), pode ser equiparada a um problema de saúde pública.

Os resultados obtidos nos estudos analisados parecem indicar que o BFB poderá ser eficaz na gestão do stress e ansiedade, quer utilizado isoladamente, quer em conjunto com outras intervenções.

A potencial eficácia do BFB em reduzir níveis elevados de ansiedade e stress foi também verificada em estudos anteriores orientados para alunos do ensino superior reforçando o potencial beneficio em integrar esta forma de intervenção junto desta população (Henriques, Keffer, Abrahamson, & Horst, 2011; Lee, Kim, & Wachholtz, 2015; Ratanasiripong, Park, Ratanasiripong, & Kathalae, 2015; Ratanasiripong, Ratanasiripong, & Kathalae, 2012).

Apesar dos resultados com cinco sessões terem apresentados indicadores promissores, verificou-se que os resultados com programas de oito sessões apresentavam resultados mais consistentes, pelo que foi considerado que os estudos sequentes deveriam adotar um mínimo de oito sessões.

Não obstante dos resultados promissores, as limitações inerentes aos diversos estudos recomendam cautela na interpretação e generalização dos resultados. Uma das principais limitações prendeu-se com a dimensão e representatividade das amostras utilizadas, nomeadamente na utilização de amostras de conveniência, maioritariamente constituídas por elementos do sexo feminino e que se voluntariaram para fazer parte dos diferentes estudos. Outra limitação prende-se com a ausência de um estudo longitudinal que permita observar se os benefícios encontrados após a realização do treino em BFB se manteriam estáveis, nomeadamente até ao final do ciclo de estudos. Por fim, o facto de os resultados serem baseados em instrumentos de autoavaliação coloca sempre algumas reservas acerca de potenciais fontes de enviesamento por parte dos participantes.

Assim sugere-se a realização de estudos em diferentes universidades e ciclos de estudos, com amostras de maior dimensão e de carater longitudinal que permita ver o efeito da intervenção a médio prazo, introduzindo outras fontes de avaliação, como por exemplo o cortisol.

Não obstante das limitações encontradas, parecem existir dados empíricos, tanto a nível nacional como internacional, que sustentam uma eventual eficácia da utilização do BFB, justificando a realização de mais investigações, principalmente assentes na disponibilização destes programas à comunidade académica e na avaliação dos resultados, com vista à promoção do desempenho, saúde e bem-estar, não só dos nossos estudantes, como das pessoas e instituições ao seu redor.

REFERÊNCIAS

Almeida, L., & Soares, A. (2004). Os estudantes universitários: Sucesso escolar e desenvolvimento psicossocial. In E. Mercuri & S. Polydoro (Eds.), *Estudante universitário: Características e experiências de formação* (pp. 15-40). Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária.

Anjos, F., Miranda, C., Alves, P., & Videira, L. (2015). Estudo do stresse e saúde mental global dos estudantes universitários de enfermagem. *Saúde: Do Desafio Ao Compromisso*, 16-27. Chaves: Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado.

Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*(8), 667-672. Retrieved from https://doi.org/10.1007/s00127-008-0345-x

Chaló, P., Batista, P., & Pereira, A. (2017). Biofeedback training on university student's anxiety management: A systematic review. *Biomedical Research and Clinical Practice*, *2*(1), 1-6. Retrieved from https://doi.org/10.15761/BRCP.1000129

Chaló, P., Pereira, A., Batista, P., & Sancho, L. (2017). Brief biofeedback intervention on anxious freshman university students. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, *2*(1), 1-6. Retrieved from https://doi.org/10.1007/s10484-017-9361-5

Chaló, P., Pereira, A., Mateus, H., Batista, P., & Oliveira, C. (2017). Brief biofeedback intervention for stress and anxiety: A study with nursing college students. *International Journal of Nursing*, *4*(1), 7-12. Retrieved from https://doi.org/10.15640/ijn.v4n1a2

Chaló, P., Pereira, A., Pinho, L., & Chaves, C. (2016). Controlo da ansiedade e biofeedback em estudantes de enfermagem. In *VII Congresso Internacional ASPESM: Evidência e Prática Clínica em Saúde Mental* (pp. 151-162). Porto: ASPESM.

Chaló, P., Pereira, A., Sancho, L., & Mateus, H. (2016). Biofeedback e ansiedade no ensino superior: Comparação da eficácia entre dois programas breves. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *17*, 60-66. Disponível em https://doi.org/10.15309/15psd170109

Chaló, P., Pereira, A., Sancho, L., & Mateus, H. (2017). Gestão da ansiedade na adaptação ao ensino superior: O contributo do biofeedback. *Revista Psicologia*, *31*(2), 137-141.

Chaló, P., Sancho, L., Martins, M., & Pereira, A. (2013). A eficácia do biofeedback na prevenção e redução do stress e ansiedade em alunos no primeiro ano do ensino superior: Estudo exploratório. *Livro de Atas VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 309-499). Associação Portuguesa de Psicologia.

Coutinho, J., Pereira, A., Vagos, P., Direiro, I., Castanheira, H., Amaral, V., . . . Chaves, C. (2013). Promoção da saúde no ensino superior: Revisão sistemática. *Livro de Actas do VIII Simpósio Nacional de Investigação Em Psicologia* (pp. 902-915). Associação Portuguesa de Psicologia (APP).

Cunha, S. M., & Carrilho, D. M. (2005). O processo de adaptação ao ensino superior e o rendimento acadêmico. *Psicologia Escolar e Educacional*, *9*(2), 215-224.

Dyson, R., & Renk, K. (2006). Freshmen adaptation to university life: Depressive symptoms, stress, and coping. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(10), 1231-1244. Retrieved from https://doi.org/10.1002/jclp.20295

Henriques, G., Keffer, S., Abrahamson, C., & Horst, S. J. (2011). Exploring the effectiveness of a computer-based heart rate variability biofeedback program in reducing anxiety in college students. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, *36*(2), 101-112. Retrieved from https://doi.org/10.1007/s10484-011-9151-4

Jarasiunaite, G., Perminas, A., Gustainiene, L., Peciuliene, I., & Kavaliauskaite-Keserauskiene, R. (2015). Biofeedback-assisted relaxation and progressive muscle relaxation potential for enhancing students' distress tolerance. *European Scientific Journal*, *11*(2), 1857-7881.

Kassim, M., Hanafi, S., & Hancock, D. (2009). Test anxiety and its consequences on academic performance among university students. In B. Ayres & M. Bristow (Eds.), *Anxiety in College Students* (pp. 67-88). New York: Nova Science Publishers.

Lantyer, A., Varanda, C., Souza, F., Padovani, R., & Viana, M. (2016). Ansiedade e qualidade de vida entre estudantes universitários ingressantes: Avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *18*(2), 4-19.

Lee, J., Kim, J., & Wachholtz, A. (2015). The benefit of heart rate variability biofeedback and relaxation training in reducing trait anxiety. *The Korean Journal of Health Psychology*, *20*(2), 391-408.

Lindsey, C. (2014). Trait anxiety in college students: The role of the approval seeking schema and separation individuation. *College Student Journal*, *48*(3), 407-418.

Lourenço, A., Miguel, P., & Parreira, S. (2012). Ansiedade dos estudantes perante o ensino clínico. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, *4*, 203-212.

Napper, L., LaBrie, J., & Hummer, J. (2015). Anxiety and the use of alcohol-related protective behavioral strategies. *Journal of College Counseling*, *18*(1), 21-36. Retrieved from https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2015.00066.x

Ratanasiripong, P., Park, J., Ratanasiripong, N., & Kathalae, D. (2015). Stress and anxiety management in nursing students: Biofeedback and mindfulness meditation. *Journal of Nursing Education*, *54*(9), 520-524. Retrieved from https://doi.org/10.3928/01484834-20150814-07

Ratanasiripong, P., Ratanasiripong, N., & Kathalae, D. (2012). Biofeedback intervention for stress and anxiety among nursing students: A randomized controlled trial. *ISRN Nursing*, *2012*, 1-5. Retrieved from https://doi.org/10.5402/2012/827972

Robotham, D., & Julian, C. (2006). Stress and the higher education student: A critical review of the literature. *Journal of Further and Higher Education*, *30*(2), 107-117. Retrieved from https://doi.org/10.1080/03098770600617513

Sadigh, R., Himmanen, S., & Scepansky, J. (2014). An investigation of the prevalence of insomnia in college students and its relationship to trait anxiety. *College Student Journal*, *48*(3), 397-406.

Schwartz, M. (2010). Definition of biofeedback: Where did it come from? Why? Who did it? Who is it for? What's next? *Biofeedback*, *38*(3), 88-90.

Tavolacci, M., Ladner, J., Grigioni, S., Richard, L., Villet, H., & Dechelotte, P. (2013). Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions: A cross-sectional study among university students in France, 2009-2011. *BMC Public Health*, *13*(1). Retrieved from https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-724

Vagos, P., Santos, L., Monteiro, S., Vasconcelos, G., Amaral, V., & Pereira, A. (2010). Gestão do stress académico: Evidências do passado e desafios para o futuro. In *Apoio psicológico no ensino superior: Modelos e práticas. I Congresso Nacional da RESAPES-AP.* (pp. 74-81). Universidade de Aveiro.

Vicente, R., Fonseca, A., Santos, C., Pereira, A., Sancho, L., Vagos, P., . . . Martins, L. (2014). Eficácia de um programa de confronto com o stresse. In *Livro de Atas III Congresso da RESAPES-AP: Novas Fronteiras para a Intervenção Psicológica no Ensino Superior* (pp. 21-31). Lisboa: Resapes.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

BURNOUT EM CONTEXTO PRISIONAL – CONTRIBUTOS PARA A ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO

R. Lins[1], S. Monteiro[1], L. Martins[1], & N. Albertoni[1]

[1] Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Covilhã; Portugal

O *burnout* pode ser definido como uma resposta que surge como consequência de um intenso stress relacionado ao trabalho, em que o trabalhador toma atitudes e sentimentos negativos relativamente aos colegas de trabalho e à profissão e pode mesmo chegar a um esgotamento emocional (Sota, 2018). Também é possível compreender o *burnout* como a perceção que o sujeito tem de uma discrepância entre os esforços que realiza e os esforços que alcança no seu trabalho (Schaufeli & Buunk, 1996). Maslach e Jackson (1981), por sua vez, o caracterizam como uma síndrome psicológica que surge em resposta prolongada a stressores interpessoais crónicos, existentes no contexto de trabalho. Neste sentido, o *burnout* é um dos problemas ocupacionais de caráter psicossocial mais importantes, atualmente, sendo considerado um sério processo de degradação da qualidade de vida do trabalhador, tendo em vista suas graves implicações para a saúde física e psicológica (Batista et al., 2010). Para Marôco et al. (2016), o *burnout* surge, com frequência, em profissionais que contatam diretamente com o ser humano, sendo considerado um problema de grande relevância entre a classe dos profissionais de saúde, mas atingindo, também, um contexto mais alargado de profissões de ajuda como professores, polícias e bombeiros, além de outras atividades. A realidade da Síndrome de *burnout* no contexto do *staff* prisional demonstra que estes são bastante suscetíveis a fatores de vulnerabilidade sistémica, convivendo permanentemente com uma grande fonte de tensão, devido à iminência de violência, hostilidade e até mesmo de fuga. Alguns exemplos de situações que eventualmente precisam lidar seria: utilizar arma de fogo, entrar em confrontos físicos,

presenciar o homicídio de um colega de serviço, entre outras. Além disso, estão suscetíveis a estigmas sociais negativos associados à profissão e ao impacto de seus trabalhos que pode gerar reações de natureza física, psicológica e comportamental, afetando de forma negativa sua produtividade e o seu desempenho no trabalho (Arruda, 2014). Esse grupo profissional é conhecido por estar exposto a elevados riscos psicossociais em seu contexto de trabalho e por apresentar, quando diagnosticados, níveis consideráveis de *burnout* (Costa et al., 2017). Segundo Rascle e Bruchon-Schweitzer (2003) os meios para reduzir o *burnout* e as suas consequências na saúde podem assumir três modos de intervenção – primária, secundária e terciária. A intervenção primária visa desenvolver antecipadamente competências para o reconhecimento de situações difíceis no trabalho e seu respetivo controle, antes que se instale qualquer dificuldade. Constatando-se o início de dificuldades geradas pelo *burnout*, tem-se a possibilidade da intervenção em nível secundário. Nestes casos é necessário intervir com ações que propiciem o aumento das estratégias de *coping* dos indivíduos e acompanhá-los na manutenção das mesmas. A intervenção precoce garantirá boas perspetivas de estabilização ou até mesmo a remoção de sintomas que poderiam levar a exaustão. Caso na organização o nível de problema e sua evolução já forem maiores, a intervenção terciária precisará acontecer (Brun, 2005). Portanto, diante do contexto simulado do sistema prisional, optou-se por elaborar um plano de intervenção secundária, para auxiliar indivíduos que ainda estejam no estágio inicial dos sintomas do *burnout.*

OBJETIVO(S) E ÂMBITO

O presente estudo tem como objetivo principal desenvolver e apresentar um plano síntese de intervenção – em nível secundário – no âmbito da temática da saúde ocupacional em contexto prisional, com ênfase na variável *burnout*. Como público alvo foi escolhido o *staff* prisional que, segundo Costa et al. (2017), é percebido como sendo ainda pouco explorado na investigação publicada, mas que constitui, tendencialmente, um domínio ocupacional profissional com níveis consideráveis de incidência ou de vulnerabilidade ao *burnout*.

MÉTODO

Para avaliar o *burnout* escolheu-se o *Maslach Burnout Inventory* na versão *General Survey* (MBI-GS). Costa et al. (2017) referenciam o MBI-GS como um dos instrumentos comummente utilizados em estudos no âmbito de investigação do *burnout* em contexto prisional. A versão *General Survey* do *Maslach Burnout Inventory* é composta por 16 questões de autoadministração do tipo *Likert*, com três subescalas: Exaustão, com cinco itens que exploram sentimentos de exaustão e fadiga; Cinismo, sentimentos de indiferença ou distanciamento em relação à atividade profissional, com cinco itens; Eficácia Profissional, em seis itens, que avalia opiniões de realização profissional, sentimentos de auto-eficácia e expectativas para com a eficácia profissional (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996, cit. in Tecedeiro, 2010).

Neste sentido, pretende-se aplicar junto a esse público-alvo – que poderá participar em caráter voluntário – o MBI-GS, além de um questionário sociodemográfico. O questionário sociodemográfico será composto por questões como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, número de filhos, tempo de serviço, dentre outras informações que permitirão a recolha de dados sobre a vida pessoal e profissional do *staff* prisional. Desta forma, serão selecionados até 15 participantes. O critério de seleção terá como base os dados obtidos por eles de acordo com os índices dos instrumentos aplicados. Cada grupo será mediado por uma equipe de três psicólogos da área de saúde ocupacional e ocorrerá uma vez por semana. Através da presente proposta é esperado que os participantes possam aprender mais sobre os efeitos do *burnout,* tenham um espaço onde se sintam acolhidos, possam expressar suas dificuldades e adquiram estratégias de *coping* que os auxiliem, enquanto recursos, nas demandas emocionais e laborais que enfrentam em seu contexto de trabalho. Irão obter informações que facilitem a criação de hábitos mais saudáveis, dentro e fora do ambiente laboral e desenvolvam estratégias de trabalho em equipe que facilitem um ambiente saudável.

Proposta de intervenção – Estruturação, descrição e calendarização das atividades

A intervenção proposta baseou-se numa adaptação e desenvolvimento da proposta de Nunes (2017). Em seguida, serão apresentados três quadros

síntese, o primeiro trará a estruturação das atividades, o segundo apresenta uma descrição mais detalhada das atividades que serão realizadas e o terceiro demonstra a calendarização previsional das atividades.

Quadro 1

Estruturação das atividades

Sessão	Duração	Tema	Objetivos da sessão
1º	1h30min	Apresentação	• Apresentar o programa e fornecer orientações; • Estabelecer a confiança e a integração do grupo.
2º	1h30min	Psico-educação	• Apresentar o que é o *burnout*; • Entregar textos de apoio.
3º	1h30min	Partilha de experiências	• Refletir sobre experiências desafiadoras vividas em seu contexto de trabalho e fora dele; • Partilhar suas experiências com o grupo.
4º	1h30min	Estratégias de hábitos saudáveis	• Discutir a importância da atividade física; • Introduzir técnica de respiração;
5º	1h30min	Estratégias de enfrentamento (Foco nas emoções)	• Identificar em si e nos outros as emoções; • Desenvolver competências emocionais para enfrentamento de dificuldades e regular a expressão das emoções no dia-a-dia; • Identificar possibilidades de mudanças.
6º	1h30min	Estratégias de enfrentamento (Foco em situações do trabalho)	• Valorização de acontecimentos/ /situações; • Aprender a posicionar-se; • Exercício de imaginação de novas possibilidades de bem-estar e auto monitoramento.
7º	1h30min	Estratégias para desenvolver trabalho em equipe	• Ressaltar a importância de uma boa comunicação; • Prezar pela reciprocidade e refletir sobre os erros profissionais do trabalho em equipe;
8º	1h30min	Integração e finalização	• Integração da aprendizagem com o ambiente laboral e reflexão sobre formas de mudança de atitudes e comportamentos no trabalho; • Finalizar as sessões.
9º	1h30min	*Feedback*	• *Feedback* após 40 dias.

Quadro 2

Descrição sintética das atividades por sessão

Sessão	Descrição das atividades
1º	• Apresentação pessoal e acadêmica dos profissionais de saúde que conduzirão as sessões. • Apresentar o objetivo dos encontros periódicos, a necessidade de relacionamento e integração entre os funcionários, tempo previsto em cada sessão e número delas, dia e horário para os encontros, estabelecendo um contato positivo com o grupo. Solicitar a concordância de todos e reforçar a participação dos mesmos. • Fornecer o crachá e a caneta e pedir a todos que escrevam seu nome, independente de cada um se conhecer ou não. Aos pares eles deverão se agrupar. Um elemento falará ao outro seu nome, idade, tempo de experiência profissional, estado civil e ocupação em tempos livres. Haverá a troca dos elementos, de entrevistador para entrevistado, alternando-se a cada 05 minutos. • Cada elemento irá apresentar o seu entrevistado, o seu par. Assim já iniciará uma participação e integração de todos e uma exposição gradual, já que os indivíduos se comunicam em pares primeiro, para posteriormente haver uma troca grupal. O conhecimento de algumas particularidades irá propiciar uma certa abertura para o relacionamento interpessoal. • Estabelecer com o grupo a necessidade de regras para o bom desempenho das tarefas e o aproveitamento do trabalho. Formar pactos a partir de sugestões do grupo. Discriminá-los dando importância a: assiduidade, pontualidade, compromisso, confidencialidade, escuta, respeito à opinião de todos ou outros que possam surgir. Na medida que forem dizendo, ir escrevendo com marcadores num quadro, os itens importantes e estabelecidos por eles. Será apresentado ao grupo, finalmente, a síntese das regras estabelecidas. • Encerrar perguntando a cada um qual a expectativa que têm para esses encontros. Entender as expectativas e esclarecer dúvidas.
2º	• Apresentação do tema *burnout*, usando slides para contextualizar e acrescentar informações: mostrar a relevância do tema no mundo ocupacional; facilitar a compreensão do problema sob o ponto de vista do funcionário e da organização; reconhecer os sintomas físicos, psicológicos e comportamentais para a compreensão do *burnout*; identificar os fatores de riscos que o *staff* prisional é acometido. • Pedir que cada um fale sobre o que aprendeu na sessão e se foi interessante e pertinente o tema apresentado. • Entregar textos de apoio a cada um deles, pedindo que leiam em casa para a próxima sessão. Destacar os pontos importantes no texto apresentado. • Identificar e valorizar o que compreenderam a partir do que foi exposto.
3º	• Envolvê-los num momento de reflexão que permita o reconhecimento individual de experiências desafiadoras no contexto de trabalho e relatá-las numa folha de papel que ficará em poder dos mesmos. Permitir que reconheçam suas dificuldades diante dessas situações e as expresse em papel. • Após essa atividade, compartilhar com suas experiências a partir de seus relatos. Os profissionais de saúde deverão, juntamente com todos, promover uma escuta atenta e acolhedora das palavras de todos, a partir da empatia e da aceitação das dificuldades de todos, sem julgamento algum. Além do reconhecimento da experiência, essa atividade facilitará a comunicação da equipe, na medida que, possivelmente, serão identificados sentimentos e dificuldades comuns entre eles. O profissional responsável fará considerações importantes, identificando problemas comuns, proporcionando a integração dos elementos do grupo.

Quadro 2 (cont.)

Sessão	Descrição das atividades
	• Em seguida, iniciar uma reflexão se as experiências no contexto ocupacional estariam interferindo fora do seu ambiente de trabalho, e assim estabelecendo dificuldades no relacionamento desses indivíduos para além do ambiente laboral, em suas famílias e em outros ambientes que participem. O objetivo será entender como os problemas ocupacionais estão interferindo em suas vidas fora da organização. Essas reflexões novamente serão anotadas, e depois também compartilhadas com os colegas de profissão. A atividade proposta, por sua expressão tenderá a aliviar e compreender os sintomas mais emergentes e o aumento do vínculo da equipe, pela identificação dos mesmos. O profissional responsável identificará os problemas comuns, proporcionando a integração dos mesmos, a elaboração de sentimentos coletivos e proporá uma reflexão em casa com a família, sobre tudo que foi ponderado em suas próprias análises.
4º	• Iniciar a sessão perguntando os participantes se eles realizam alguma atividade física e questionar quais os benefícios eles acreditam que a atividade física acarreta. Após isso, discutir os benefícios do exercício físico na vida do indivíduo, tais como: diminuição da ansiedade, do stress e da depressão; melhora do humor e da autoestima; ajuda na prevenção e no controle de doenças cardiovasculares, dentre outros. • Conversar com os participantes sobre atividades de lazer que eles realizam quando não estão no horário de trabalho, para verificar possíveis válvulas de escape do stress. Propor atividades alternativas que podem contribuir para saúde mental e psicológica dos participantes, que são tão importantes quanto a saúde física, por exemplo, ler livros, e encontrar com os amigos. • Explicar as vantagens de uma respiração eficaz e treinar a técnica de respiração *SamaVritti* com os participantes. Essa técnica que ajuda a amenizar o stress e ansiedade deve ser realizada do seguinte modo: o participante inicia inspirando 4 vezes e expirando 4 vezes, tudo pelo nariz. A medida que se ajustar ao processo, deve inspirar 8 vezes e expirar mais 8 vezes. Este exercício permite aos participantes terem consciência da sua própria respiração, a forma como podem controlá-la e os benefícios que sentem com esse controlo.
5º	• Essa sessão terá como objetivo fazê-los compreender como reagem a emoções no seu dia-a-dia e ensinar a regular a expressão das emoções no dia-a-dia, pelo controle emocional. • Inicialmente será pedido que imaginem uma situação negativa vivida fora do ambiente de trabalho e tentem pensar nela e um ângulo positivo. Em seguida, deverão partilhar em voz alta a experiência. • Depois irão relembrar acontecimentos ou situações positivas que aconteceram em família durante a semana anterior. Ouvir de cada um o seu relato. • Concluir, portanto, que os níveis de stress podem estar relacionados com as atitudes e emoções pessoais, pedir que identifiquem uma atitude ou comportamento que será passível de modificação após esta sessão.
6º	• Iniciar explorando os sentimentos relacionados ao trabalho, solicitando que todos escrevam dois problemas que enfrentaram no trabalho. Em seguida, ponderar de que forma a resolução dessa mesma situação poderia ter sido enfrentada de maneira diferente. • A segunda será desenvolvida para ajudar os participantes a compreenderem que aceitar ou recusar solicitações profissionais ou pessoais, é uma opção, a partir disso eles aprenderão competências assertivas, que os ajudarão a controlar os níveis de stress e desenvolverão competências emocionais, para aprender a dizer "não" e a pedir "tempo". Pedir a cada um dos participantes que relatem uma situação da sua vida profissional onde gostariam de dizer "Não" e uma situação onde gostariam de "Pedir mais tempo". Depois identificar no contexto ocupacional uma situação de bem-estar e como fizeram para consegui-la.

Quadro 2 (cont.)

Sessão	Descrição das atividades
	• Finalmente, o profissional de saúde irá sintetizar as respostas, buscando situações semelhantes ou características comuns vividas pelo grupo, reforçando o direito de cada um definir seus próprios limites, ter direito a pedir um tempo para pensar mais ou reconsiderar uma decisão já tomada, dentro dos limites possíveis. Compreender que têm capacidade de escolha e estratégias podem ser desenvolvidas com perspetivas de autoeficácia e maior bem-estar.
7º	• Apresentar ao grupo os vários estilos de comunicação – agressivo, passivo, assertivo e manipulador. • Falar sobre o humor e como pode afetar o relacionamento das pessoas. • Desenvolver habilidades e estratégias para lidar com pessoas de temperamento mais difíceis e conseguir ter menos problemas com esses. • Trazer a reflexão sobre possíveis dificuldades de comunicação entre eles e erros cometidos junto à equipe. Solicitar que registem no papel duas situações conflituantes. • Serão apresentados os relatos em voz alta e com a ajuda do mediador tentarão identificar a falha na comunicação antecipadora dos problemas. • Reconhecer as próprias limitações, para que isso represente um passo para novas elaborações. • Ressaltar a importância de se conseguir uma comunicação com mais clareza e de refletir com a equipe sobre as tomadas de decisão, com o objetivo de desenvolver estratégias para conseguir a confiança no trabalho em equipe, através de relações de reciprocidade entre todos. • Promover crenças mais positivas e realistas com relação ao trabalho, gerando maior autoeficácia. • Estabelecer o compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão e relatar como isso será possível.
8º	• Refletir sobre competências pessoais e relacionais aprimoradas durante esse tempo. • Refletir sobre o programa de intervenção e de que forma ele pode contribuir para uma melhora no bem-estar profissional. • Pedir para cada membro apresentar algum comportamento pessoal e relacional que acreditem terem conseguido alterar a partir desse trabalho realizado em conjunto. Descreve-los e apresentá-los em voz alta, para ressaltar a mudança alcançada. • Relacionar outros comportamentos que poderão ser reavaliados a partir desses e que poderão ser alterados ao longo do próximo mês, tanto no trabalho como na vida pessoal. • Refletir sobre a necessidade de se manter a integração dos membros como rede de apoio ao trabalho e às dificuldades que podem sempre aparecer. • Pedir um feedback anônimo e por escrito de cada um sobre o trabalho de intervenção a que se submeteram. • Os participantes serão informados sobre a próxima avaliação a ser realizada em quarenta dias. • Essa sessão será marcada previamente, com o objetivo de avaliar o impacto e as mudanças produzidas a partir das intervenções realizadas, após um breve período de tempo. • Os participantes serão convidados a relatarem, um a um, os sentimentos e os comportamentos foram alterados, tanto na vida pessoal como no trabalho. Os mediadores irão ouvindo e escrevendo numa folha de papel os relatos descritos. • Os mediadores farão observações pertinentes, a partir do que foi dito e irão valorizar cada pequena conquista alcançada. • Serão afixadas palavras sintetizadoras dos resultados atingidos no quadro da sala. • Será informado aos participantes que uma posterior avaliação será feita.

Quadro 3

Calendarização das atividades

Semana	Atividades
Semana 1	• Aprovação da direção do local; • Obtenção de um ambiente propício para a realização das atividades.
Semana 2	• Primeiro contato com o grupo de *staff*. Breve explicação do programa, seu caráter voluntário e benefícios.
Semana 3	• Fase diagnóstica (na ocasião serão aplicados o MBI-GS e o questionário sociodemográfico); • Apreciação do material de seleção por parte da equipe de intervenção; • Divisão dos participantes em até três grupos.
Semana 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	• Realização de oito sessões de intervenção.
40 dias após a oitava sessão	• Sessão de *feedback*.

Potenciais limitações

Como possíveis limitações do programa têm-se a possibilidade de não adesão dos selecionados ou falta de estímulo da diretoria para a participação, dificuldade de abertura com os pares nas sessões de grupo e a falta de compreensão da pausa no trabalho como algo benéfico a longo prazo. Além disso, supõe-se que a fase diagnóstica pode ter limitações no tocante ao uso de apenas dois recursos para a seleção dos participantes. Outra possível limitação recorre de a intervenção focar no sujeito e ter poucos aspetos referentes ao diagnóstico e intervenção no ambiente de trabalho, podendo, em uma fase de adaptação do projeto à realidade, constituir uma das principais limitações a atender e, eventualmente, a ter que futuramente suprir através de abordagens de avaliação e de intervenção, necessariamente, multinível.

Avaliação do programa – Resultados e impacto(s)

Após a etapa de implementação da intervenção se faz necessária uma prospetiva da avaliação da eficácia da mesma. Para obter essa reposta temos como proposta uma avaliação contínua entre os membros da equipe após cada sessão. Nesta oportunidade será avaliado o êxito das atividades

realizadas na perspetiva dos moderadores e pensadas sugestões de melhorias. Ao fim do projeto sugere-se que os dados de cada sessão sejam analisados de forma integrada para que se obtenha uma visão ampla do programa realizado nessa primeira perspetiva. No que tange aos participantes, será pedido que na oitava sessão escrevam brevemente e de forma anônima, o que perceberam e sentiram, trazendo um pouco de sua experiência vivida e de suas aprendizagens. Um dos responsáveis da equipe recolherá essas informações. Além disso, pretende-se realizar uma sessão de *feedback* após 40 dias onde serão percebidos os pontos de sucesso e de insucesso da implementação do programa. Através desta avaliação se pretende perceber aspetos que precisem ser alterados no programa e os que devam permanecer. Também se verificará se a intervenção utilizada gerou modificações diante dos índices diagnósticos iniciais. Dessa forma, através de uma avaliação contínua, futuros estudos e adaptações da proposta de intervenção poderão ocorrer de forma mais embasada. Em relação ao impacto da intervenção realizada, é possível projetar melhorias em caráter multinível, tendo como ponto de partida elementos positivos que possam ser percebidos na própria instituição de trabalho. Dessa forma, esperam-se benefícios na relação entre os colegas, de modo que tenham entre si maiores atitudes de apoio e cooperação e que a relação com o trabalho tenha uma melhora através das estratégias de *coping* aprendidas. No âmbito individual são esperados avanços na saúde física e mental dos participantes, para que estes consigam lidar melhor com suas emoções e que possam aderir às sugestões que foram dadas para comportamentos e estilos de vivência ocupacional, extra-ocupacional e suas dinâmicas de interacção promotores da saúde.

REFERÊNCIAS

Arruda, P. F. M. (2014). *Stresse, burnout e estratégias de coping nos guardas prisionais da Região Autónoma dos Açores* (Doctoral dissertation, Universidade do Açores). Retrieved from: https://repositorio.uac.pt/handle/10400.3/3143

Batista, J. B. V., Carlotto, M. S., Coutinho, A. S., & Augusto, L. G. D. S. (2010). Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais

em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *13*, 502-512. doi: 10.1590/S1415-790X2010000300013

Brun, J. (Coord.) (2005). *Solving the problem – Preventing stress in the workplace*. Québec: Chair in Occupational Health and Safety Management – Université Laval.

Costa, V., Monteiro, S., Esgalhado, G., & Pereira, H. (2017). Investigação psicológica em contexto prisional português: Uma revisão sistemática da literatura e desafios futuros para a investigação. *Psicologia*, *31*(1), 49-58. doi: 10.17575/rpsicol.v31i1.1238

Gonçalves, S. P. (2014). *Psicossociologia do trabalho e das organizações: Princípios e práticas*. Lisboa: Pactor.

Maroco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. A. D. B. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Médica Portuguesa*, *29*, 24-30.

Nunes, A. P. L. (2017). *Programa de intervenção para prevenção do Burnout em unidades de cuidados intensivos: Um dever ético* (Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from: https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/24180

Schaufeli, W. B., & Buunk, B. (1996). Professional Burnout. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology* (pp. 311-346). Chuchester, England: John Wiley & Sons.

Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer (2003). Burnout e saúde dos trabalhadores: Determinantes e intervenções. In A. Akremi, S. Guerrero, & J. Neveu (Eds.), *Comportamento organizacional* (Vol. 2, pp. 345-371). Lisboa: Instituto Piaget Edições.

Sota, K. R. E. (2018). *Síndrome de Burnout en el marco del buen desempeño docente en la Institución Educativa Josefa Carrillo y Albornoz, del distrito de Lurigancho* (Master's thesis, Universidad Nacional de Educacion). Retrieved from: http://repositorio.une.edu.pe/handle/UNE/1759

Tecedeiro, M. (2010). Estudo exploratório sobre burnout numa amostra portuguesa: O narcisismo como variável preditora da síndrome de burnout. *Análise Psicológica*, *XXVIII*(2), 311-320.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

"CAIXA DE SURPRESAS": INSTRUMENTO PARA PESQUISA E INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Karina Moutinho[1] (✉ karinamoutinho@gmail.com), Josene Ferreira[1], Taciana Feitosa de Melo Breckenfeld[1], & Gessivânia de Moura Batista[1]

[1] Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Este trabalho tem como objetivo apresentar a "Caixa de Surpresas" como um instrumento aplicável à pesquisa e à intervenção psicológica no contexto hospitalar. O instrumento foi elaborado pelo Laboratório de Estudos da Imaginação – Eikasia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPE, Brasil. A caixa tem sido usada para provocar construções sígnicas imaginadas sobre experiências a serem vividas através de imagens, pinturas, desenhos, colagens (Batista, 2019; Feitosa de Melo, 2018). Ao dispormos a caixa ao participante da pesquisa, pretendemos criar uma via não verbal para elaboração simbólica desta experiência futura e que, por vezes, envolve sentimentos difíceis de serem falados. Quando se trata dos utentes diagnosticados com doenças incuráveis, por exemplo, estes sentimentos podem ser frequentes. O presente trabalho deriva de pesquisa realizada por uma das autoras, que investigou, através de estudo de caso, como uma pessoa diagnosticada com câncer de colo de útero, internada em hospital do Recife, Pernambuco – Brasil, imaginava Cuidados Paliativos (Carvalho, 2019).

Carvalho e Parsons (2012) ressaltam que Cuidados Paliativos deveriam ser recomendados para todos os portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a vida, desde o seu diagnóstico. De acordo com Rodrigues (2012), seu objetivo, dentre outros, é oferecer um sistema de suporte que possibilite ao utente viver tão ativamente quanto possível até a sua morte; através de abordagem multiprofissional, dedica-se às necessidades dos utentes e seus familiares (incluindo acompanhamento no luto), no intuito de promover a melhoria da qualidade de vida do utente e influenciar da melhor maneira possível o curso da doença. Este tipo de tratamento, entre-

tanto, enfrenta preconceitos e equívocos diversos no Brasil. De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2019) "ainda se confunde atendimento paliativo com eutanásia e há um enorme preconceito com relação ao uso de opióides, como a morfina, para o alívio da dor". A pesquisadora que realizou a investigação é também psicóloga hospitalar nas enfermarias de Oncologia Adulta e na Casa dos Cuidados Paliativos (conhecida por "Casinha") do hospital onde estava internada a participante do estudo. Em sua experiência de trabalho no hospital é comum ouvir de utentes e funcionários que a Casinha é um lugar reservado à terminalidade, local em que se vai quando não existe mais nada a ser feito, e por isso está próximo do seu dia de morte. Entretanto, de acordo com os fundamentos paliativistas, para a frase "nada mais pode ser feito" dita a alguém em estado terminal, o profissional de Cuidados Paliativos diz o exato oposto: "ainda há muito a fazer" – frase atribuída a Cicely Saunders, médica inglesa e fundadora de um dos mais importantes serviços do mundo em Cuidados Paliativos (ANCP, 2019).

O estudo que será aqui descrito fundamenta-se teoricamente na Psicologia Cultural Semiótica (Valério & Lyra, 2016; Valsiner, 2007; 2014; 2019; Zittoun et al., 2013). De acordo com Valsiner (2014, p. 9), "We do so through being compulsive meaning-makers – whatever we encounter in our lives we need to *make sense of*, rather than only react to or *act upon*". O autor ainda diz: "Or even more precisely – as we *react to* and *act upon* the world in the middle of which we live, we construct it as *meaningful for ourselves*". O ato de simbolizar, de significar o mundo é o que nos caracteriza e é também o que devemos considerar para compreensão de nossa complexidade. Entendemos que imaginar como uma função mental superior na qual fazemos o manejo de símbolos icônicos e linguísticos (Tateo, 2015). Quando nos relacionamos com o outro, seja ele um objeto ou uma pessoa, significamos sua existência e atribuímos atos possíveis, para os quais nos prepararemos e regularemos nossas próprias ações.

Assim, temos buscado construir métodos que permitam uma diversidade de caminhos para significação, com o intuito de percebermos como o participante imagina uma ação com potencial para desenvolver no futuro. Especificamente em relação à Cuidados Paliativos, a Caixa de Surpresas foi usada para ampliar a oportunidade de construir significados pelo utente quando imagina este tipo de tratamento para si. Veremos como a participante significou Cuidados Paliativos através da Caixa de Surpresas e comparar à significação criada nas entrevistas.

MÉTODO

Este estudo foi realizado com a participante de codinome Sylphina Angel, mulher, 42 anos, solteira, residente na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco, Brasil. Trabalhava como esteticista, morava com a mãe de 77 anos e a filha de 19. Sylphina foi diagnosticada com câncer de colo de útero em abril de 2018 e a coleta de dados aconteceu no mês de julho deste ano, quando estava internada na enfermaria de Oncologia Adulta do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, Recife. Sylphina tinha sido recém diagnosticada com metástase no pulmão, usava morfina para controle das dores intensas e se investigava a progressão da doença para outras partes do corpo. Tinha potencial encaminhamento para a enfermaria de Cuidados Paliativos, a "Casinha".

Como material foram utilizados: três roteiros de entrevista semiestruturados, um áudio gravador e uma caixa contendo material para produção de imagens, que chamamos por Caixa de Surpresas, a qual continha papéis, cola, lápis, hidrocor.

Como procedimento, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE (CEP/CCS/UFPE) e ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira CEP-IMIP, e apreciado em acordo com o previsto pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução 510/2016 (Brasil, 2016). Tendo sido obtidas as respectivas autorizações, foram selecionados os candidatos que atendessem os critérios de inclusão. Dentre estes, somente Sylphina aceitou participar. Os demais admitiram não querer falar sobre Cuidados Paliativos. Sylphina assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em seguida, foram realizados dois encontros distintos. O primeiro tinha como objetivo estabelecer *rapport*, conhecer um panorama geral da história de vida da participante e formular as primeiras perguntas sobre como imaginava Cuidados Paliativos. Neste encontro foi entregue a Caixa de Surpresas e ela foi convidada a produzir, com os materiais contidos na caixa ou mesmo outros que quisesse adicionar, sobre como ela imaginava Cuidados Paliativos. No segundo encontro, realizado duas semanas após o primeiro, foram feitas duas entrevistas distintas. Na primeira buscou-se conhecer a produção na Caixa de Surpresas, e na entrevista as questões versaram sobre as imagens construídas pela participante. A

segunda entrevista versou sobre como Sylphina imaginava Cuidados Paliativos, comparativamente ao que havia sido elaborado na primeira entrevista, e ao que havia se passado nestas duas semanas de intervalo.

RESULTADOS

As duas entrevistas que não versaram sobre o material da caixa foram analisadas mais detidamente em outro trabalho apresentado neste congresso, intitulado *Cuidados Paliativos: significações construídas por paciente diagnosticada com doença incurável*. Retomaremos parte destes resultados para compararmos ao que foi produzido e explicado sobre as imagens na Caixa de Surpresas.

Na primeira entrevista, Sylphina falou sobre como recebeu o diagnóstico de câncer: "é como se fosse uma sentença de morte, quando a gente recebe essa notícia. É muito impactante. Ela é chocante". Falou também sobre como se via no futuro, significação importante para entendermos como imaginava Cuidados Paliativos e sobre seu interesse por esse tipo de tratamento: "Se não houver uma cura, mas um restabelecimento, tudo bem. E se existir uma possibilidade de cura, eu quero cura".

Quando participa da segunda entrevista e se refere à Casinha, Sylphina constrói significações relacionadas à terminalidade, à finalidade, à morte, seja porque amigos e parentes à colocam nesta condição, seja porque ela mesma assim reconhece este lugar: "muita gente disse que eu estava morta, muita gente que disse que eu estava só esperando a hora (...) que eu estava entubada, que eu estava na Casinha"; "Então quando eu fiquei sabendo o que era a Casinha, (...) eu fiz: 'então eu estou morta já e só falta enterrar'. Sylphina buscou informações sobre Cuidados Paliativos. Admitimos que a própria intervenção da pesquisadora a colocou na condição de pensar sobre o tema. Ela disse: "a Casinha, segundo fiquei sabendo, era pra quem está em estado terminal, que tinha esse nome 'paliativo', era pra paliativo. (...) E eu procurei saber o que era paliativo. E era pra quando não tinha mais esperança, não tinha uma cura e ia pra lá". Ela também fala sobre uma visita que fez a uma amiga que viu consciente na Casinha e disse de sua surpresa ao encontrá-la consciente, em estado de

alerta: "É porque do jeito que ela estava aqui [na Oncologia], é o jeito que ela está lá [Casinha]. Eu entendi como se estado terminal fosse uma pessoa que não tivesse mais consciência, não tivesse mais nada".

Até aqui vemos que, para Sylphina, as significações associadas à Cuidados Paliativos se vinculam à morte, ou à incapacidade para viver a vida, o que vemos pela expectativa que tinha de que um utente é internado na Casinha quando está sem consciência. Ela antevê a Casinha como um lugar onde a continuidade da vida é impedida. E lembremos que a cura ou o restabelecimento eram o que ela imaginava para seu futuro. A Casinha, ao que nos diz, não viabilizava o que ela imaginava para si. Mais adiante, quando questionada pela pesquisadora se, uma vez sabendo que ela podia estar consciente na Casinha, e se, assim, ela iria para lá, ela respondeu: "Não sei. Não sei te responder. Porque de repente eu poderia criar forças e sair dali, ou eu poderia me entregar e dizer: pronto, cheguei aqui, é o fim, cheguei pra morrer. Ou não, eu realmente não sei". Pela primeira vez Sylphina admitiu uma possibilidade positiva do tratamento paliativista, reconhecendo que poderia ter forças na Casinha para superar seu quadro e "sair dali".

Vejamos agora como ela significa através da Caixa de Surpresas. Sylphina fez três imagens para falar de como imaginava Cuidados Paliativos. No Quadro 1 tem-se cada uma delas e a respectiva explicação dada por Sylphina à cada imagem. Notemos que a primeira delas foi elaborada na própria Caixa. Ela chama de "Casinha de Surpresas" e desenha uma casa na tampa da caixa. Sylphina admite que muito se fala sobre a Casinha a ponto de não se saber ao certo o que é, ou seja, é uma surpresa: "É que assim, como eu disse a senhora, muita gente fala de lá, cada um diz uma coisa". Esta fala de Sylphina nos alerta para a necessidade de capacitação, de veiculação de informações precisas sobre Cuidados Paliativos, de forma que a sociedade compreenda melhor seu papel como ferramenta para promoção de qualidade de vida. Na intervenção com a pesquisadora e com a Caixa, Sylphina transforma uma visão exclusivamente negativa para admitir que, como uma surpresa, pode ser que ela tenha um desconhecimento sobre a Casinha, sobre Cuidados Paliativos: "Na internet diz outras coisas, eu fui lá e vi coisas diferentes também. Então, no fim das contas é uma surpresa, não tem como saber exatamente". Na segunda imagem ela retorna para a significação que marcou as entrevistas anteriores, na sua manifestação verbal. Na imagem ela fala do luto, do fim: "pensei que lá pode ser o fim do meu tempo, do meu tempo de vida". A Casinha é

significada, assim, como lugar de morte, "morre muita gente lá"; e ainda que não se saiba quando estas pessoas vão morrer, o lugar é de terminalidade: "Por isso que o relógio não tem os números, porque o fim do tempo da vida é indefinido". Vejamos agora o que diz da terceira imagem.

Quadro 1

Imagens elaboradas pela participante através da Caixa de Surpresas e as explicações relativas a cada desenho

Imagens construídas na Caixa de Surpresas	Fragmentos da entrevista relativos a cada imagem elaborada
	Sylphina: (...) como era pra eu imaginar a Casinha, eu pensei que a caixa poderia ser exatamente a Casinha e o que tem dentro seria o que eu imagino que acontece lá. Aí eu fiz dela a "Casinha de Surpresas", porque a senhora me disse que essa era uma caixa de surpresas, se ela é a casinha pra mim, então eu tive a liberdade de mudar o nome dela. P: Você disse que a Casinha seria uma casinha de surpresas, me explica um pouco mais sobre isso? Sylphina: É que assim, como eu disse a senhora, muita gente fala de lá, cada um diz uma coisa. Na internet diz outras coisas, eu fui lá e vi coisas diferentes também. Então, no fim das contas é uma surpresa, não tem como saber exatamente.
	Sylphina: eu fiz assim, não fiz muita coisa, mas fiz esse relógio e a palavra fim. Porque quando eu comecei a pensar na Casinha eu pensei em muita coisa sobre o tempo. O tempo lá deve passar diferente. Se eu tivesse lá eu acho que eu ia ficar desesperada pro tempo passar e ele não ia passar. Então pensei nisso, mas também pensei que lá pode ser o fim do meu tempo, do meu tempo de vida. Por isso que o relógio não tem os números, porque o fim do tempo da vida é indefinido. P: Eu tô vendo que você escolheu um papel de cor preta, tem algum motivo? Sylphina: (...) é que preto tem a ver com luto né, aí eu pensei que usar essa folha ia ter mais a ver com o fim do tempo. E também porque eu acho que lá provoca muito o uso dessa cor nas pessoas, porque morre muita gente lá e depois disso muita gente usa preto. Aí eu escolhi essa folha.

Quadro 1 (cont.)

Imagens construídas na Caixa de Surpresas	Fragmentos da entrevista relativos a cada imagem elaborada
	Sylphina: Esse daqui ficou até mais bonitinho. É um Sol bem bonito, cheio de luz e energia, esse Sol tá no horizonte, e ele representa a luz divina. Tem luz mais divina do que o Sol? Aí eu imaginei que quando a pessoa está morrendo, ela vai para a luz eterna, então ela deve ter uma visão assim, de uma luz bonita, que tem energia e que leva. Pesquisadora: E o que são esses raios caindo? Sylphina: Não são raios, são como se fosse as lágrimas caindo. São as lágrimas das pessoas que ficam. Depois que a gente morre, o sofrimento é para quem fica né, então esses pingos são as lágrimas. Pesquisadora: E essas árvores? O que são? Sylphina: Essas eu fiz por fazer mesmo, porque eu achei que ia ficar bonito na imagem, mas não pensei em nada não. Mas o papel verde eu pensei, porque verde é esperança, então eu quis fazer a partida para a luz divina, mas deixar a esperança. E também a esperança que a gente tem que ter sempre, até o último dia de vida, porque é como dizem, enquanto há vida, há esperança. Então eu escolhi essa cor. Ficou até bonito isso.

Na imagem três temos uma primeira significação que também não tinha emergido até agora. Sylphina significa ao mesmo tempo a esperança para se manter lutando até o final, e como ela imagina a morte para quem parte e para quem fica. "Aí eu imaginei que quando a pessoa está morrendo, ela vai para a luz eterna, então ela deve ter uma visão assim, de uma luz bonita, que tem energia e que leva". Lembremos que Syphina dizia que queria um restabelecimento, se a cura não fosse possível. Mas agora ela fala da experiência de quem morre, do processo de morrer, das experiências sensoriais, da "luz bonita"; sugere uma transição iluminada para o divino. Fala das lágrimas, do sofrimento de quem fica, mas admite a morte para si: "depois que a gente morre". A explicação da imagem é finalizada quando falou do verde do papel como a esperança. Diz Sylphina: "a gente tem que ter sempre, até o último dia de vida". E retoma uma frase comum no Brasil para simbolizar a luta nos momentos mais difíceis: "enquanto há vida, há esperança".

DISCUSSÃO

Neste trabalho trouxemos um conjunto de significações elaboradas por Sylphina ao longo de três entrevistas, sendo uma delas dedicada a sua produção na Caixa de Surpresas. Com as entrevistas usualmente narramos experiências vividas e elaboramos, para um interlocutor, uma história particular. No caso de Sylphina, nestas narrativas ela significou Cuidados Paliativos e nos contou histórias sobre a amiga internada e consciente, sobre ela pensar que estaria praticamente morta caso fosse tratada por Cuidados Paliativos, ela achar que poderia conseguir encontrar forças para superar a doença se estivesse na Casinha. Mas com a Caixa, Sylphina tem a hipótese de significar com cores, formas, imagens, metáforas. A Casinha que antes tinha uma significação de terminalidade exclusiva, ganha um novo nome: Casinha de Surpresas. A metáfora nos ajuda a perceber que a própria Sylphina não compreende bem Cuidados Paliativos. De forma criativa e inovadora, fala de seu fim através de um relógio sem ponteiros, e assim mantém sua certeza sobre a indefinição quanto ao dia da morte. E, finalmente, através de um desenho "bonitinho", ela traz uma estética e dinâmica para a morte, com a luz vista por aquele que morre, ao mesmo tempo que sinaliza a esperança para a vida. A Caixa permite que a pesquisadora-psicóloga oportunize outro tipo de "voz" ao utente, que pode construir um material simbólico particular e diverso não necessariamente possível ou comum na entrevista exclusivamente verbal. Com isso, o profissional de saúde, neste caso, da psicologia, também oportuniza para si um material especial para perceber o utente, e uma via de comunicação lúdica, surpreendente, e de amplo poder de significação.

REFERÊNCIAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos, ANCP (2019). *Cuidados Paliativos*. Retirado de https://paliativo.org.br/

Batista, G. de M (2019). *Processos imaginativos de educadora quanto à docência a crianças com a Síndrome Congênita do Vírus Zika*. Dissertação de Mes-

trado não publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia Cognitiva, UFPE, 2019.

Brasil, Ministério da Saúde. (2016). Resolução n°510, de 07 de abril de 2016. Brasília, DF.

Carvalho, J. F. (2019). *Processos imaginativos de uma paciente com câncer sobre Cuidados Paliativos*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, Universidade Federal de Pernambuco.

Carvalho, R. T. D., & Parsons, H. A. (2012). Manual de cuidados paliativos ANCP. In *Manual de cuidados paliativos ANCP*.

Feitosa de Melo, T. (2018). *Processos imaginativos de estagiária sobre a experiência de intervenção em Psicologia Clínica*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, Universidade Federal de Pernambuco.

Rodrigues L.F. (2012). Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. In *Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Ampliado e atualizado*, *2*, 86-93.

Tateo, L. (2015). Just an Illusion? Imagination as Higher Mental Function. *Journal of Psychology and Psychotherapy*, *5*, 216.

Valério, T. A. de M., & Lyra, M. C. (2016). Significados ambivalentes no processo de adoção: um estudo de caso. *Psicologia em Estudo*, *21*(2), 337-348.

Valsiner, J. (2007). *Culture in minds and societies. Foundations of Cultural Psychology*. London: Sage Publications.

Valsiner, J. (2014a). *An invitation to cultural psychology*. London: Sage.

Valsiner, J. (2019). Culture & Psychology: 25 Constructive years. *Culture & Psychology, 25*(4), 429-469.

Zittoun, T., Valsiner, J., Gonçalves, M. M., Salgado, J., Vedeler, D., & Ferring, D. (2013). *Human development in the life course: Melodies of living*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

CATÁSTROFES E FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO: UMA VISÃO INTEGRADA DE FATORES INDIVIDUAIS E COMUNITÁRIOS

Alice Murteira Morgado[1] (✉ alicemurteiramorgado@por.ulusiada.pt)
[1] Universidade Lusíada, Norte, Portugal

Catástrofes são acontecimentos de grande escala que envolvem sofrimento significativo, afetam um grande número de indivíduos e causam danos consideráveis (Marsella, Johnson, Watson, & Gryczynski, 2008). Apesar de muito variados nas suas causas e características, estes acontecimentos têm em comum o início abrupto, o carácter imprevisível e incontrolável, a destruição significativa, a perda ou sofrimento humano e o facto de excederem a capacidade de *coping* da comunidade afetada (Math, Nirmala, Moriangthem, & Kumar, 2015). Uma catástrofe pode representar um acontecimento traumático com efeitos no funcionamento dos indivíduos, das famílias, comunidades, sociedades, governos e economias (Benight, Cieslak, & Waldrep, 2010; Hoffman & Kruczek, 2011; Raphael & Maguire, 2010), podendo resultar em psicopatologia nalgumas pessoas, sobretudo quando se reveste de particular gravidade e quando existe história prévia de trauma nos indivíduos (Bromet et al., 2017).

Mesmo que não haja diagnóstico de psicopatologia, uma catástrofe pode afetar profundamente o sistema de crenças dos indivíduos nela envolvidos, não apenas quanto aos seus recursos pessoais, mas também quanto ao modo como avaliam os seus sistemas sociais e a confiança que neles depositam (Pérez-Sales, Cervellón, Vázquez, Vidales, & Gaborit, 2005). A nível comunitário, as reações e consequências de uma catástrofe dependem das relações sociais prévias, das ligações sociais e dos recursos coletivos (formais e informais) para lidar com os efeitos do trauma. A este respeito, Stewart, Swartz e Ward (2012) sugerem que as consequências sociais, políticas e económicas de uma catástrofe podem ser mais lesivas que o acontecimento em si.

Consequências individuais e comunitárias

A propósito dos potenciais efeitos de uma catástrofe, destacam-se, na literatura, quatro grupos: stressores traumáticos, perda, adversidades continuadas e efeitos comunitários (Norris & Wind, 2010). É, neste âmbito, consensual, que as catástrofes com consequências mais severas são as que envolvem perdas humanas significativas (Norris, Stevens, Pfefferbaum, Wyche, & Pfefferbaum, 2008; Norris & Wind, 2010), já que envolvem não apenas a perda de elementos importantes das famílias e comunidades afetadas, mas também outros stressores traumáticos como a exposição ao sofrimento dos outros, a imagens de grande violência física e psicológica, assim como a eventuais ameaças (reais ou percebidas) à integridade física dos sobreviventes. Outra consequência importante é a perda recursos sociais, que pode implicar o desaparecimento de redes de apoio social previamente estabelecidas, fundamentais para a recuperação pós-incidente (Hoffman & Kruczek, 2011; Norris & Wind, 2010). De facto, a importância dos laços e recursos comunitários no contexto de uma catástrofe é inegável, já que o seu desaparecimento pode implicar sentimentos de desesperança e ausência de sistemas de suporte, aspetos associados a um maior risco de psicopatologia para os seus elementos (Norris & Wind, 2010).

As adversidades continuadas após uma catástrofe (e.g., questões legais, médicas, burocráticas, de reconstrução, etc.) podem aumentar a gravidade das consequências e do sofrimento pela falta de respostas ou apoios satisfatórios (Stewart et al., 2012). De facto, o grau e impacto da perturbação nos sistemas de suporte social são preditores significativos do impacto a longo-prazo de um incidente deste tipo (Norris & Wind, 2011). Hoffman e Kruczek (2011) defendem, a este respeito, que os microssistemas devem ser devidamente considerados e reconhecidos como vítimas e moderadores do trauma, dado o seu potencial para proporcionar apoio (ou falta dele) e o seu papel na recuperação pós-traumática dos indivíduos (Hafstad, Haavind, & Jensen, 2012; Hoffman & Kruczek, 2011; Reifels et al., 2013). Destacam-se, neste aspeto, as relações interpessoais, a manutenção/interrupção de atividades de lazer, o bem-estar percebido, questões relativas ao emprego, os papéis e responsabilidades sociais, e as organizações sociais formais e informais (Gil-Rivas & Kilmer, 2016; Hoffman & Kruczek, 2011).

A cobertura mediática de uma catástrofe pode igualmente contribuir como agravante ou atenuante dos efeitos adversos da exposição traumática

nas comunidades (Bonanno & Gupta, 2010; Hoffman & Kruczek, 2011). Norris e Wind (2010) apontam para a ambivalência do efeito da exposição mediática nas vítimas: se, por um lado, permite obter informação rápida e acessível sobre entes queridos ou os acontecimentos em si, que proporcionam esclarecimento e eventual alívio, por outro, se se limitar apenas a exposição imagética chocante, de violência significativa, poderá conduzir a re-traumatização pela exposição repetida e coletiva a tais conteúdos. Assim, os relatos mediáticos podem ser uma importante ferramenta para definir expetativas relativamente a reações e processos de recuperação que podem ter um impacto positivo na recuperação coletiva da comunidade (Cox & Perry, 2011) e funcionar como fonte de encorajamento e informação sobre comportamentos adaptativos e de resolução de problemas (Doherty & Clayton, 2011), mas também podem agravar os efeitos da catástrofe se, na forma como a informação for transmitida, houver pouco esclarecimento e muita violência. A dimensão mediática pode inclusivamente aumentar disparidades sociais, raciais e étnicas que amplificam as vulnerabilidades já existentes em comunidades minoritárias ou desfavorecidas numa sociedade (Norris et al., 2010). Comunidades, essas, que poderão ter, além disso, maiores dificuldades no acesso aos recursos das comunidades maioritárias ou *mainstream* (e.g., questões financeiras, crenças culturais, localização geográfica, etc.) (Voorhees et al., 2007).

O mesmo é aplicável ao papel das estruturas sociais mais amplas (serviços de saúde, educação, segurança, justiça, etc.). Se a prestação de apoio por parte destas estruturas for lenta, ineficaz ou desorganizada, o funcionamento da comunidade pode ficar gravemente afetado, percebendo-se as dificuldades sentidas como "uma segunda catástrofe" (Stewart et al., 2012, p. 423). Se, pelo contrário, houver coordenação adequada de respostas ao nível dos serviços de segurança, saúde, primeiros socorros e outros relevantes, a resposta coletiva ao incidente funcionará como fator protetor, contribuindo eficazmente para a recuperação de indivíduos e comunidades no seu todo (Reifels et al., 2013).

Importa considerar igualmente questões desenvolvimentais no que diz respeito aos efeitos da exposição a catástrofe (Raphael & Maguire, 2010), já que, apesar de algumas semelhanças quanto ao risco há distinções importantes nas experiências vivenciadas em diferentes estádios de desenvolvimento. Se, em crianças em idade pré-escolar, o ajustamento pós-incidente está intimamente relacionado com o ajustamento parental e

as respostas dos cuidadores à catástrofe (Kronenberg et al., 2010), em idade escolar as consequências da exposição ao nível da concentração, atenção, ansiedade, comportamento e sono podem ter impacto no desempenho escolar e na assiduidade os quais afetam negativamente as trajetórias educativas e desenvolvimentais (Gurwitch et al., 2004). Na adolescência, as questões de desenvolvimento socio-afetivo e de controlo de impulsos assumem particular relevância, já que a exposição a catástrofe neste estádio de desenvolvimento pode envolver maior vulnerabilidade ao nível dos sintomas de externalização e adoção comportamentos de risco (Gurwitch et al., 2004). Relativamente à idade adulta, não obstante as especificidades de cada estádio da vida adulta, destaca-se a vulnerabilidade dos adultos de meia-idade, tendo em consideração as responsabilidades típicas deste estádio de desenvolvimento, nomeadamente o apoio que prestam às gerações anteriores e seguintes em comparação com o apoio que recebem (Norris & Wind, 2010).

Áreas de intervenção individual e coletiva em catástrofe

A investigação sobre intervenções no imediato e no curto-prazo após uma catástrofe é profícua, focando-se na prevenção e alívio dos efeitos mais comuns da exposição (Bromet et al., 2017) e apresentando um percurso histórico e de desenvolvimento conceptual e empírico assinalável. Não obstante a relevância e contributo inegáveis de tais intervenções, a recuperação e resiliência a longo-prazo devem igualmente merecer consideração (Cox & Perry, 2011) já que as consequências de uma catástrofe estendem-se para além do imediato ou dos primeiros meses. Importa, portanto, considerar o apoio aos indivíduos em risco de psicopatologia e que apresentam sintomatologia crónica devido à sua exposição ao incidente, mas também desenvolver esforços no sentido da prevenção e/ou preparação de situações traumáticas futuras (Marsella et al., 2008), com especial atenção aos recursos disponíveis e às estratégias individuais e comunitárias a implementar (Jacobs et al., 2016; Reifels et al., 2013). Importa, ainda, considerar o ajustamento psicológico no longo-prazo, incluindo o alívio de sintomas, mas também o funcionamento adaptativo (Cox & Perry, 2011; Raphael & Maguire, 2010), o "crescimento pós-traumático e o desenvolvimento contínuo a longo-prazo" (Kronenberg et al., 2010, p. 1242). Ibañez et al. (2003) sugerem que a recuperação pós-catástrofe não se

pode limitar à assistência imediata, devendo incluir uma avaliação contínua e prolongada de necessidades e recursos formais e informais, combinada com a acessibilidade, também contínua, do apoio disponibilizado a todos os sobreviventes.

Neste âmbito, os estudos sobre resiliência após situações traumáticas (e.g., Cox & Perry, 2011; Schulenberg, 2016) defendem que um bom resultado pós-catástrofe envolve um funcionamento psicológico positivo e bem-estar, mais do que apenas a ausência de psicopatologia. A resiliência é, de facto, uma característica fundamental para a continuação de uma vida positiva após exposição a catástrofe (Bonanno & Gupta, 2010; Cox & Perry, 2011; Raphael & Maguire, 2010) e, até, para o crescimento pós-traumático (Hoffman & Kruczek, 2011; Schulenberg, 2016). A resiliência comunitária está igualmente associada a trajetórias pós-catástrofe mais positivas, já que se traduz em maior coordenação e organização de recursos e meios para apoiar as redes afetadas pela catástrofe e capacitar indivíduos e comunidades (Gil-Rivas & Kilmer, 2016; Norris et al., 2008). O papel ativo dos indivíduos e das comunidades deve, pois, ser alvo de atenção por se associar à adaptação positiva à mudança que uma catástrofe implica (Pérez-Sales et al., 2005) e permitir o envolvimento e a participação nos processos de construção de significado individuais e coletivos sobre o que ocorreu (Norris & Wind, 2010; Schulenberg, 2016). De igual modo, a perceção de eficácia coletiva (Benight et al., 2010) e os estados emocionais partilhados (Wlodarczyk et al., 2016) são fundamentais para a promoção da resiliência comunitária. Também alvo de investigação, a capacidade de *coping*, inteligência emocional, autoestima e capital psicológico, têm vindo a relacionar-se com trajetórias mais positivas após uma catástrofe (Benight et al., 2010; Schulenberg, 2016). A nível comunitário, o capital social é um fator protetor relativamente ao trauma individual e coletivo, já que envolve sentimentos coletivos de pertença, confiança e apoio da comunidade, implicando ainda participação social, laços comunitários e possibilidade de envolvimento em relações colaborativas (Cox & Perry, 2011; Gil-Rivas & Kilmer, 2016).

O modelo exposto na Figura 1 oferece um resumo das relações conceptuais entre os fatores individuais e comunitários acima revistos, sugerindo-se a exploração empírica destas relações tendo em conta a importância da integração de fatores individuais e comunitários na conceptualização da amplitude das consequências de uma catástrofe.

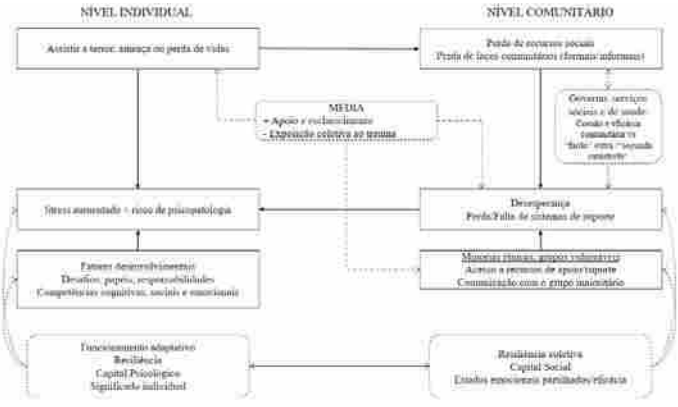


Figura 1. Relações conceptuais entre fatores individuais e comunitários

As consequências da exposição a catástrofe são apontadas como preditores de consequências negativas ao nível comunitário e de maior risco de stress e psicopatologia individual. Nas comunidades, as consequências (que podem ser moderadas ou agravadas pelas respostas governamentais) conduzem a um potencial sentido de desesperança e falta de suporte social, os quais também são fatores de risco para psicopatologia individual. Assume-se, ainda, que os fatores desenvolvimentais contribuem para explicar os níveis de stress individuais, ao passo que a pertença a determinados grupos minoritários ou mais vulneráveis na sociedade funcionará como fator de risco essas mesmas comunidades como um todo. O papel dos *media* é relevado como moderador ou agravante dependendo do modo como a informação e os factos são veiculados, como discutido previamente. Por fim, os construtos da psicologia positiva revistos acima são considerados fatores protetores para indivíduos e comunidades podendo moderar os efeitos dos fatores de risco ou até promover o bem-estar e ajustamento positivo após a catástrofe.

REFERÊNCIAS

Benight, C., Cieslak, R., & Waldrep, E. (2010). Social and cognitive frameworks for understanding the mental health consequences of disasters. In Y. Neria, S.

Galea, & F. H. Norris (Eds.), *Mental health and disasters* (pp. 161-174). Cambridge: Cambridge University Press.

Bonanno, G., & Gupta, S. (2010). Resilience after disaster. In Y. Neria, S. Galea, & F. H. Norris (Eds.), *Mental health and disasters* (pp. 145-160). Cambridge: Cambridge University Press.

Bromet, E. J., Atwoli, L., Kawakami, N., Navarro-Mateu, F., Piotrowski, P., King, A. J., . . . Kessler, R. C. (2017). Post-traumatic stress disorder associated with natural and human-made disasters in the world mental health surveys. *Psychological Medicine*, *47*, 227-241.

Butler, A., Panzer, A., & Goldfrank, L. (2003). *Preparing for the psychological consequences of terrorism: A public health strategy*. Washington: National Academies Press.

Cox, R., & Perry, K. (2011). Like a fish out of water: Reconsidering disaster recovery and the role of place and social capital in community disaster resilience. *American Journal of Community Psychology, 48*, 395-411.

Doherty, T., & Clayton, S. (2011). The psychological impacts of global climate change. *American Psychologist, 66*(4), 265-276.

Gil-Rivas, V., & Kilmer, R. (2016). Building community capacity and fostering disaster resilience. *Journal of Clinical Psychology, 72*(12), 1318-1332.

Gurwitch, R., Kees, M., Becker, S. M., Schreiber, M., Pfefferbaum, B., & Diamond, D. (2004). When disaster strikes: Responding to the needs of children. *Prehospital and Disaster Medicine, 19*(1), 21-28.

Hafstad, G., Haavind, H., & Jensen, T. (2012). Parenting after a natural disaster: A qualitative study of Norwegian families surviving the 2004 tsunami in Southeast Asia. *Journal of Child and Family Studies, 21*, 293-302.

Hoffman, M., & Kruczek, T. (2011). A bioecological model of mass trauma: Individual, community, and societal effects. *The Counselling Psychologist, 39*(8), 1087-1127.

Ibañez, G. E., Khatchikian, N., Buck, C. A., Weisshaar, D. L., Abush-Kirsh, T., Lavizzo, E. A., & Norris, F. H. (2003). Qualitative analysis of social support and conflict among Mexican and Mexican-American disaster survivors. *Journal of Community Psychology, 31,* 1-23.

Jacobs, G. A., Gray, B. L., Erikson, S. E., Gonzales, E. D., & Quevillon, R. P. (2016). Disaster mental health and community-based psychological first aid: Concepts and education/training. *Journal of Clinical Psychology, 72*(12), 1307-1317.

Kronenberg, M. E., Hansel, T. C., Brennan, A. M., Osofsky, H. J., Osofsky, J. D., & Lawraso, B. (2010). Children of Katrina: Lessons learned about post disaster symptoms and recovery patterns. *Child Development, 81*(4), 1241-1259.

Marsella, A., Johnson, J., Watson, P., & Gryczynski, J. (Eds.). (2008). *Ethnocultural perspectives on disaster and trauma*. New York: Springer.

Math, S., Nirmala, M., Moirangthem, S., & Kumar, N. (2015). Disaster management: A mental health perspective. *Indian Journal of Psychological Medicine, 37*(3), 261-271.

Norris, F., & Wind, L. (2010). The experience of disaster: Trauma, loss, adversities, and community effects. In Y. Neria, S. Galea, & F. H. Norris (Eds.), *Mental health and disasters* (pp. 29-44). Cambridge: Cambridge University Press.

Norris, F., Stevens, S., Pfefferbaum, B., Wyche, K., & Pfefferbaum, R. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American Journal of Community Psychology, 41*, 127-150.

Pérez-Sales, P., Cervellón, P., Vázquez, C., Vidales, D., & Gaborit, M. (2005). Post-traumatic factors and resilience: The role of shelter management and survivors' attitudes after the earthquakes in El Salvador (2001). *Journal of Community & Applied Social Psychology, 15*, 368-382.

Raphael, B., & Maguire, P. (2010). Disaster mental health research: Past, present, and future. In Y. Neria, S. Galea, & F. H. Norris (Eds.), *Mental health and disasters* (pp. 7-28). Cambridge: Cambridge University Press.

Reifels, L., Pietrantoni, L., Prati, G., Kim, Y., Kilpatrick, D. G., Dyb,G., . . . O'Donnell, M. (2013). Lessons learned about psychosocial responses to disaster and mass trauma: An international perspective. *European Journal of Psychotraumatology, 4*, 22897-22906.

Schulenberg, S. (2016). Disaster mental health and positive psychology – Considering the context of natural and technological disasters: An introduction to the special issue. *Journal of Clinical Psychology, 72*(12), 1223-1233.

Stewart, J., Swartz, L., & Ward, C. (2012). The personal politics of disaster: Narratives of survivors of a South African shanty town fire. *Journal of Community Psychology, 40*(4), 422-437.

Voorhees, C., Vick, J., & Perkins, D. (2007). 'Came hell and high water': The intersection of hurricane Katrina, the news media, race and poverty. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 17,* 415-429.

Wlodarczyk, A., et al. (2016). Communal coping and posttraumatic growth in a context of natural disasters in Spain, Chile, and Colombia. *Cross-Cultural Research, 50*(4), 325-355.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

COMING OUT EM PESSOAS LGB COM 55+ ANOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Manuel Barbosa[1] (✉ manuel.monteiro@ua.pt), Margarida Cerqueira[2], & Henrique Pereira[3]

[1] Departamento de Psicologia e Educação, Universidade de Aveiro, Portugal
[2] Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Portugal
[3] Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Portugal

A produção científica nacional sobre Lésbicas, Gays ou Bissexuais (LGB) na população sénior, encontra-se, ainda, num estado relativamente incipiente. No que à qualidade de vida dos seniores concerne, entre outros e diversos aspetos, está a sexualidade, aspeto primordial do ser humano e vai para além do ato sexual, abrangendo identidades e papéis de género, erotismo, prazer, intimidade e reprodução (Salgado et al., 2017).

Esta revisão sistemática da literatura, foi realizada através das bases dos dados *Scopus, Web of Science, Science Direct, Pub Med e Web of Knowledge,* com os descritores '*Aging', 'Coming out', 'LGB' e 'Health Condition'*. Foram incluídos estudos no âmbito do envelhecimento e da velhice de lésbicas, gays, bissexuais, mas também outros mais generalistas como parte de uma mesma literatura de *'sensibilidade gerontológica'* (Yang, Chu, & Salmon, 2018, p. 909), com vista ao desenvolvimento de saberes e discursos sobre a multiplicidade de experiências do envelhecimento.

Apesar dos estudos sobre estas temáticas, a literatura não é clara sobre o que constituem as melhores práticas e medidas aceitáveis sobre a *praxis* de gestão direta de serviços de saúde direcionados, em particular, à população sénior LGB. A literatura mostra-nos que nomeadamente em ambientes de saúde LGB as pessoas entre os 50 anos e os 95 anos de idade sofrem maior solidão e depressão devido à discriminação da sua orientação sexual ou identidade de género. A literatura demostra que existe uma procura de cuidados médicos na velhice e que quatro em cada dez pessoas

com 55 ou mais anos homossexuais admitem que pensam no suicídio, uma vez que não puderam casar ou assumir publicamente o seu companheiro(a), vivendo hoje situações de isolamento. Os seniores homossexuais apresentam pior estado de saúde, quando comparados aos seus pares heterossexuais.

As lésbicas e bissexuais femininas revelaram uma maior incapacidade funcional em relação às heterossexuais, pior saúde mental, menos triagens mamográficas, mais obesidade, prevalência de tabagismo, consumo de álcool em excesso e, mesmo após correção de critérios demográficos, mais doenças cardiovasculares. No que concerne aos Gays, os mesmos tinham pior saúde física, fumavam mais, consumiam álcool em excesso, apresentavam pior funcionalidade e pior saúde mental que homens heterossexuais. Não existiram diferenças significativas em relação ao acesso aos serviços de saúde e à prática de atividades físicas entre LGB e heterossexuais em geral. Além disso, lésbicas e bissexuais femininas apresentam um maior grau de incapacidade funcional que os homens.

O homem gay, ou bissexual, parece ter um pior suporte social ao envelhecer que a mulher exclusivamente acima de 50 anos (total de 2.201 indivíduos) evidenciou que gays e bissexuais masculinos têm maior grau de vitimização, estigmatização internalizada, menos suporte social e menor rede social, quando comparados às lésbicas e às bissexuais femininas.

Contrastando com esses dados, um estudo intitulado de Transtornos mentais, qualidade de vida e identidade em homossexuais na maturidade e velhice (Gonzales, 2015) comparou 40 heterossexuais e 40 homossexuais, com média de idade de 58 anos, e não encontrou diferença em relação ao contato familiar entre os dois grupos, rejeitando o estereótipo de que homossexuais mais velhos seriam solitários e socialmente isolados. Segundo este estudo, o critério de inclusão necessário à participação era identificar-se como homossexual. No entanto, 32,5% encobriam a homossexualidade em áreas sociais significativas, como família e trabalho.

Segundo (Moleiro et al., 2016) à medida, que ocorre o aumento da população sénior LGB, o seu direito tem sido reconhecidos e firmado na sociedade, é necessário um aprofundamento no conhecimento sobre as pessoas LGB seniores. Segundo a literatura devido à falta de investigação sistematizada nesta área nem sempre é fácil obter dados fiáveis sobre está problemática.

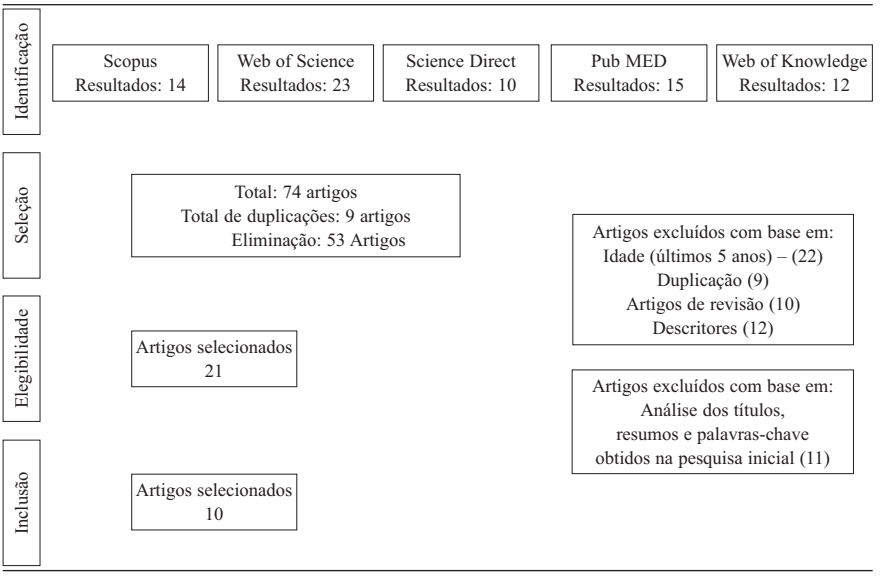


Figura 1. PRISMA 2009 Flow Diagram

Nota. adaptado de Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med, 6*(7), e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed100009

MÉTODO

Estratégia de pesquisa

Uma revisão sistemática baseada em artigos publicados nas bases de dados, *Scopus, Web of Science, Science Direct, Pub Med e Web of Knowledge,* com os descritores '*Aging', 'Coming out', 'LGB' e 'Health Condition'*. Foram analisados título, resumo e palavras-chave nas bases de dados referidas anteriormente como podemos analisar no *Prisma flow diagram* (Figura 1).

Critérios de inclusão

Para serem incluídos nesta revisão sistemática de literatura, os critérios de inclusão que foram aplicados:

- Estarem disponíveis nas bases de dados científicas: *Scopus, Web of Science, Science Direct, Pub Med e Web of Knowledge*;

- Disponíveis integralmente e com acesso aberto;
- Publicados entre o período de 2015 a 2019;
- Apresentar os descritores de pesquisa descritores '*Aging', 'Coming out', 'LGB' e 'Health Condition'* em título, resumo ou palavra-chave.

Critérios de exclusão

Critérios de exclusão que foram aplicados:

- Artigos que não cumprissem os requisitos do critério de inclusão;
- Artigos de revisão; Enciclopédias; Capítulo de livros; Resumos da conferência; Relatos de casos; Informação de conferência; Discussão; Editoriais; Mini-avaliações; Notícias; Comunicações breves e outros documentos;
- Duplicados nas bases de dados.

Seleção de estudos

A partir da pesquisa inicial, como apresentado na Figura 1, 74 artigos foram localizados nas bases de dados referidas anteriormente. Posteriormente foram eliminados nove artigos por estarem duplicados, dez por serem artigos de revisão, 12 não possuíam os descritores no título, resumo ou palavras-chave e 22 por não terem sido publicados entre o período de 2015 a 2019. Em suma dos 74 artigos foram excluídos 53 e foram selecionados 21.

Após a análise dos títulos, resumos e palavras-chave obtidos na pesquisa inicial, procedeu-se a leitura integral dos artigos e notou que 11 desses 21 artigos não definiram o conceito de '*coming out*' e nos resultados não incluíram os seniores LGB. Foram somente analisados dez artigos na presente revisão sistemática da literatura.

RESULTADOS

Os seniores cresceram durante um período em que as relações entre pessoas do mesmo sexo eram muitas vezes escondidas e até mesmo consideradas ilegais. A atual coorte de pessoas idosas LGB viveu um período histórico onde não podiam compartilhar a sua sexualidade, por medo de

rejeição e perseguição, e tinham receio de admitir a sua orientação para si mesmos, visto que haviam internalizado os estereótipos negativos que a sociedade impunha sobre a população LGB (Marques & Sousa, 2016).

Assim, muitos dos atuais seniores LGB demoraram muitos anos para realizar o '*coming out*' (Scherrer & Fedor, 2015). Alguns seniores LGB relataram que já sofreram discriminação ou até mesmo abuso por causa desse ambiente. Como resultado dessas experiências, os participantes relataram ter fortes preocupações sobre os cuidados de saúde que receberão ao se aproximarem do fim das suas vidas. Os seniores LGB, temem que a identificação como LGB tenha impacto nos seus cuidados de saúde e como esperam ter uma boa qualidade de vida até o fim de suas vidas.

Quadro 1

Sumário dos artigos analisados

Referência bibliográfica	Objetivos do estudo	Método/amostra	Resultados/conclusões
Barrett, C., Whyte, C., Comfort, J., Lyons, A., & Crameri, P. (2015). Social connection, relationships and older lesbian and gay people. *Sexual and Relationship Therapy, 30*(1), 131-142.	Este artigo apresenta dados de um pequeno estudo que explora os impactos da homofobia na vida das lésbicas e gays australianos mais velhos e as suas condições de saúde.	Foram realizadas 11 entrevistas em profundidade com seis lésbicas mais velhas e cinco gays, com idades entre 65 e 79 anos. O estudo constatou que o senso de identidade dos participantes foi moldado pelas instituições médicas, legais e religiosas dominantes da sua juventude.	O estudo descreve a importância de entender as dependências sociais na vida de lésbicas e homens gays mais velhos. Ele destaca a necessidade de serviços inclusivos para garantir que as redes sociais sejam apoiadas e que a saúde e o bem-estar sejam promovidas.
Westwood, S. (2016). 'We see it as being hetero sexualised, being put into a care home': Gender, sexuality and housing/ care preferences among older LGB individuals in the UK. *Health and Social Care in the Community, 24*(6), e155-e163.	O artigo tem como objetivo informa-nos, que existe uma falta de escolha em habitação protegida e prestação de cuidados de saúde residenciais de enfermagem.	O estudo é qualitativo, e foi realizado através de entrevista semiestruturada com 60 participantes seniores LGB no Reino Unido. As entrevistas foram gravadas em áudio e, em seguida, foram transcritas.	O estudo salientou que não é apenas a idade e a sexualidade que transmitem o futuro de cuidados de saúde antecipados, mas o envelhecimento, o género e a sexualidade. Essa análise aumentou o crescente conhecimento sobre a necessidade de abordar a heteronormatividade na provisão dos seniores e a falta de escolha nas opções de habitação e cuidado.

Quadro 1 (cont.)

Referência bibliográfica	Objetivos do estudo	Método/amostra	Resultados/conclusões
Wilson, K., Kortes-Miller, K., & Stinchcombe, A. (2018). Staying out of the closet: LGBT older adults' hopes and fears in considering end-of-life. *Canadian Journal on Aging, 37*(1), 22-31.	Os seniores LGB mais velhos têm necessidades e expectativas únicas quando se trata do envelhecimento. Para garantir os sistemas de saúde inclusivos que respondam ao envelhecimento e facilitem boas experiências no final da vida.	Neste estudo qualitativo, participaram 23 seniores LGB com idades compreendidas entre os 57 anos e os 78 anos (média=67,39). Foi usando um breve questionário sociodemográfico, que incluiu perguntas abertas para permitir a diversidade de identidades de gênero e orientações sexuais.	A maioria dos participantes relatou ter desempenhado um papel de cuidador formal em algum momento da sua vida. No geral, a maioria dos participantes possuía um alto nível de educação. No entanto, nem todos os participantes concluíram o ensino secundário. Os participantes relataram viver com doenças crônicas, incluindo esclerose múltipla, cancro e HIV, mas, em geral, a saúde referida era boa na maioria dos participantes.
Willis, P., Raithby, M., Maegusuku-Hewett, T., & Miles, P. (2017). 'Everyday advocates' for inclusive care? Perspectives on enhancing the provision of long-term care services for older lesbian, gay and bisexual adults in Wales. *British Journal of Social Work, 47*(2), 409-426.	A inclusão social é realizada em contexto de cuidados de longo prazo. Muitos seniores LGB sofreram de discriminação legal, médica e social ao longo do seu ciclo de vida, aumentando a sua relutância em aceder a serviços de saúde e assistência social.	Este estudo adotou uma abordagem de métodos mistos, a participação foi através de convite. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, questionários autoadministrados e *focus group.*	Para os autores do estudo o questionário autoadministrado, foi uma limitação particularmente porque os seniores não apresentam sensibilidade de falar sobre a sua sexualidade.
Willis, P., Raithby, M., & Maegusuku-Hewett, T. (2018). 'It's a nice country but it's not mine': Exploring the meanings attached to home, rurality and place for older lesbian, gay and bisexual adults. *Health and Social Care in the Community, 26*(6), 908-916.	Esta investigação, tinha como objetivo examinar a importância do local para os seniores LGB 50+ em ambientes rurais e urbanos no País de Gales, com a importância da conexão com comunidades de identidade online e a antecipação de receber os serviços de saúde em casa.	Participaram 29 seniores LGB entre os 50-76 anos) 19 mulheres e 10 homens auto selecionados. A maioria identificou-se como gay ou lésbica, 21 seniores LGB mantinham relações com seniores do mesmo sexo.	Os resultados indicam que os seniores LGB como o acesso à *Internet* possuíam oportunidades para iniciar e manter conexões com outras pessoas LGBs. Também se percebeu que os seniores LGB, não serão recetivos a receber cuidados de saúde em casa se eles se sentirem obrigados a esconder a sua identidade sexual e antecipar respostas homofóbicas do individuo que está responsável para prestar estes cuidados.

Quadro 1 (cont.)

Referência bibliográfica	Objetivos do estudo	Método/amostra	Resultados/conclusões
Hasmanová Marhánková, J. (2019). Places of (in)visibility. LGB aging and the (im)possibilities of coming out to others. *Journal of Aging Studies, 48*, 9-16.	Este estudo analisa as narrativas de *coming out* com base na experiência dos seniores LGB, que vivem na República Checa.	Este estudo baseia-se em investigação qualitativa a maioria dos participantes referiu os termos 'gay' ou 'lésbica'.	Na sociedade, onde a heterossexualidade se torna o quadro antecipado da existência cotidiana, o profissional de saúde tem que estar preparados para as exigências desta população.
Westwood, S. (2017). Religion, sexuality, and (in)equality in the lives of older lesbian, gay, and bisexual people in the United Kingdom. *Journal of Religion, Spirituality and Aging, 29*(1), 47-69.	Este artigo explora a forma como os seniores mais velhos LGB, no Reino Unido, se envolvem com a religião mais tarde na vida. É dada especial atenção às implicações para a igualdade, na forma de paridade de participação, inclusive no contexto da prestação de cuidados sociais de saúde baseados na religião para os seniores.	O estudo é qualitativo, e foi realizado através de entrevistas semiestruturadas com 60 seniores LGB. As idades variaram de 58 a 92 para mulheres e 58 a 76 para homens. A idade média foi 64 para ambos. O subconjunto de dados aqui analisados é retirado de um fluxo temático relacionado à sexualidade/identidade sexual, envelhecimento e religião.	A investigação destaca a variabilidade e as contingências dos seniores que são o engajamento da comunidade LGB com a religião na vida adulta. Os seniores LGB mostram que encontraram na religião um suporte social inclusivo. Os resultados também destacam a condição de saúde com a temporalidade das religiões.
Gonzales, G., & Henning-Smith, C. (2015). Disparities in health and disability among older adults in same-sex cohabiting relationships. *Aging Health 27*(3), 432-453.	O presente estudo comparou os indicadores de problemas de saúde e incapacidade entre os seniores em relações a coabitação entre pessoas do mesmo sexo e seus pares em relações de coabitação de sexo oposto.	Os dados foram obtidos em homens (n=698) e mulheres (n=630) com 50 anos ou mais e em relações entre pessoas do mesmo sexo autorreferidas no *National Health Interview Survey.* Foram realizadas análises de regressão múltipla para estimar diferenças na saúde física, saúde mental e *status* de incapacidade.	Comparados com seus pares em relacionamentos casados com o sexo oposto, homens mais velhos em relacionamentos do mesmo sexo tinham maiores hipóteses de sofrimento psicológico, e mulheres mais velhas em relacionamentos do mesmo sexo tinham probabilidade mais elevada de ter problemas de saúde precários, necessitando de ajuda com as atividades de vida diária. Podendo vir a sofrer de limitações funcionais e problemas psicológicos.

Quadro 1 (cont.)

Referência bibliográfica	Objetivos do estudo	Método/amostra	Resultados/conclusões
Yang, J., Chu, Y., & Salmon, M. A. (2018). Predicting Perceived Isolation among Midlife and Older LGBT Adults: The Role of Welcoming Aging Service Providers. *Gerontologist, 58*(5), 904-912.	Lésbicas, gays, bissexuais são mais propensos a viver sozinhos e menos propensos a ter filhos em comparação com os heterossexuais. A falta de sistema familiar imediato pode tornar os adultos LGB mais velhos particularmente vulneráveis ao isolamento social e suas consequências.	Os dados mostram uma comunidade LGB muito envelhecida na Carolina do Norte. Adultos com 45 anos ou mais que se identificaram como LGB foram recrutados em vários grupos formais e informais.	Depois de controlar possíveis fatores demográficos os resultados mostraram que a experiência de acolher prestadores de erviços envelhecidos sera um fator protetor contra o isolamento e também amortecia o impacto negativo de morar sozinho.
Lee, J. J., Kim, H.-J., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2019). The role of immigration in the health of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults in the United States. *The International Journal of Aging and Human Development, 89*, 3-21. doi: 10.1177/0091415019842844	Este estudo examina se adultos mais velhos nascidos no exterior da comunidade LGB sofrem de maiores disparidades de saúde. Realizou-se uma análise transversal do Estudo Nacional de Saúde, Envelhecimento e Sexualidade/Gênero onde se avaliou às medidas de saúde e bem-estar entre adultos LGB com 50 anos ou mais (n=2.441).	Utilizaram dados *Aging with Pride: National Health, Aging, and Sexuality/Gender Study* (NHAS), um estudo nacional longitudinal de saúde, envelhecimento e bem-estar de idosos LGBT. Os participantes tinham 50 anos ou mais e foram identificados como lésbicas, gays, bissexuais ou transgêneros, ou relataram envolvimento em um relacionamento sexual ou romântico com um parceiro do mesmo sexo.	Os grupos não diferiram significativamente em comportamentos e resultados de saúde ao controlar fatores sociodemográficos. É necessário um maior entendimento dos mecanismos que moldam a relação entre migração e saúde entre a população LGBT.

Conforme podemos analisar no quadro um, a literatura permite-nos ter uma visão mais aprofundada sobre à ampla diversidade de preocupações de cuidados de saúde entre às pessoas LGB com mais de 55 anos de idade. O silêncio sistemático sobre as pessoas LGB conjugado com a discriminação sentida ou esperada, resulta num acesso inferior a cuidados e serviços de saúde: pessoas LGB evitam ou hesitam em (e, em alguns casos, deixam de) recorrer a profissionais e serviços de saúde.

Segundo dados da ILGA Portugal do ano de 2015 cerca de 40% das pessoas LGB procuram informação prévia sobre profissionais ou serviços de saúde de forma a minimizar o risco de discriminação. E 32% pensa "duas vezes" antes de se dirigir a um serviço de saúde.

Os indivíduos LGB mais velhos temem que o cuidado de saúde e a habitação na velhice possa não ser como eles gostariam que fosse. Existe uma necessidade de aumentar a conscientização sobre o legado da

discriminação duradoura para os seniores LGB mais velhos, para a aceitação cultural em ambientes de cuidado de saúde e de desejos e relacionamentos sexuais dos seniores, para uma implementação mais explícita da legislação de igualdade.

A literatura mostra-nos que a maioria dos seniores nunca, falou sobre a sua identidade sexual com os seus médicos, terapeutas entre outros profissionais de saúde. De salientar que a atual *coorte* da comunidade LGB sénior representa a última geração que passou a juventude e a adolescência escondida, e para quem a oportunidade de articular publicamente a sua identidade sexual se abriu no final da idade adulta.

Os seniores LGB, não serão recetivos a receber cuidados de saúde em casa. Eles possuem necessidades e expectativas únicas quando se trata do envelhecimento. Em particular, os receios de ficar fora do armário e da institucionalização, juntamente com a necessidade de diferentes redes de apoio social, e de saúde são salientes. Existe um imperativo demográfico e moral para responder às necessidades dos seniores LGB para garantir sistemas de saúde inclusivos que respondam ao envelhecimento e facilitem boas experiências no final da vida.

REFERÊNCIAS

Aguiar Trevia Salgado, A. G., Fernandes de Araújo, L., de Oliveira Santos, J. V., Alves de Jesus, L., da Silva Fonseca, L. K., & da Silva Sampaio, D. (2017). Velhice LGBT: Uma análise das representações sociais entre idosos brasileiros. *Ciências Psicológicas*, *11*(2), 155.

American Psychological Association. (2019). Lesbian, gay, bisexual and transgender. Aging, 1-7.

Barrett, C., Whyte, C., Comfort, J., Lyons, A., & Crameri, P. (2015). 'Social connection, relationships and older lesbian and gay people'. *Sexual and Relationship Therapy*, *30*(1), 131-142.

Gonzales, G., & Henning-Smith, C. (2015) Disparities in health and disability among older adults in same-sex cohabiting relationships. *Aging Health*, *27*(3), 432-453.

Hasmanová Marhánková, J. (2019). Places of (in)visibility. LGB aging and the (im)possibilities of coming out to others. *Journal of Aging Studies*, *48*, 9-16.

Henning, C. E. (2017). Gerontologia LGBT: Velhice, gênero, sexualidade e a constituição dos 'idosos LGBT'. *Horizontes Antropológicos*, *23*(47), 283-323.

ILGA. (2015). *Saúde em igualdade pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans*. Portugal: ILGA.

Lee, J. J., Kim, H.-J., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2019). The role of immigration in the health of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults in the United States. *The International Journal of Aging and Human Development, 89*, 3-21. doi: 10.1177/0091415019842844

Marques, F. D., & Sousa, L. (2016). Portuguese older gay men: Pathways to family integrity. *Paideia*, *26*(64), 149-159.

Moleiro, C., Pinto, N., Oliveira, J. M., & Santos, M. H. (2016). Violência doméstica – boas práticas no apoio a vítimas LGBT. Guia de boas práticas para profissionais de estruturas de apoio a vítimas. Lisboa: CIG.

Scherrer, K. S., & Fedor, J. P. (2015). Family issues for LGBT older adults. In N. A. Orel & C. A. Fruhauf (Orgs.), *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (pp. 171-192). Washington, DC: American Psychological Association.

Westwood, S. (2015). *Ageing, gender and sexuality: Equality in later life* (Doctoral thesis). University of Keele, Newcastle-under-Lyme, UK.

Westwood, S. (2016). 'We see it as being heterosexualised, being put into a care home': gender, sexuality and housing/care preferences among older LGB individuals in the UK. *Health and Social Care in the Community*, *24*(6), e155-e163.

Westwood, S. (2017). Religion, sexuality, and (in)equality in the lives of older lesbian, gay, and bisexual people in the United Kingdom. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*, *29*(1), 47-69.

Willis, P., Raithby, M., & Maegusuku-Hewett, T. (2018). 'It's a nice country but it's not mine': Exploring the meanings attached to home, rurality and place for older lesbian, gay and bisexual adults. *Health and Social Care in the Community*, *26*(6), 908-916.

Willis, P., Raithby, M., Maegusuku-Hewett, T., & Miles, P. (2017). 'Everyday advocates' for inclusive care? Perspectives on enhancing the provision of long-term care services for older lesbian, gay and bisexual adults in Wales. *British Journal of Social Work*, *47*(2), 409-426.

Wilson, K., Kortes-Miller, K., & Stinchcombe, A. (2018). Staying out of the closet: LGBT older adults' hopes and fears in considering end-of-life. *Canadian Journal on Aging*, *37*(1), 22-31.

Yang, J., Chu, Y., & Salmon, M. A. (2018). Predicting perceived isolation among midlife and older LGBT adults: The role of welcoming aging service providers. *Gerontologist*, *58*(5), 904-912.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA DO FISIOTERAPEUTA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Leonor Santos[1] (✉ sleonor@ufp.edu.pt), Sílvia Queirós[2], Rute F. Meneses[3], & Germano Couto[4]

[1] FCS/ESS/HE, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal
[2] FCS/ESS, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal & Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia, Espinho, Portugal
[3] FCHS/CTEC/OLD/APASD/CPP/FP-B2S, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal
[4] FCS/ESS, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal & CINTESIS, FC, Universidade do Porto, Portugal

Com a crescente ênfase na necessidade dos profissionais de saúde trabalharem cooperativamente em equipas multidisciplinares, bem como de criarem parcerias colaborativas com os pacientes, as competências de comunicação foram vendo reconhecido o seu papel na eficácia dos cuidados de saúde, maximizando os resultados, em particular no que concerne à reabilitação (Reynolds, 2005). Diversos autores (Cooper et al., 2008; Ekerholt & Bergland, 2004; Greenfield, 2006; Parry, 2008; Parry & Brown, 2009) apontaram-nas como um elemento central do exercício da fisioterapia, dada a sua importância na eficácia dos tratamentos, uma vez que a fisioterapia depende de comunicação verbal e não-verbal entre terapeutas, com os utentes, seus familiares ou cuidadores e outros profissionais de saúde.

Esta importância está bem explanada pela Associação Portuguesa dos Fisioterapeutas (APFISIO), no documento emitido em 2018, a atualizar a definição do perfil profissional do fisioterapeuta, em que entre os modelos principais de referência de intervenção se destaca o modelo centrado na pessoa/utente com tomada de decisão partilhada, destacando-se nas competências específicas, que se encontram divididas em oito dimensões, a de comunicador.

O processo terapêutico requer do fisioterapeuta competências para além das do domínio técnico, já que no seu exercício profissional atua integrado

em equipas multi e interdisciplinares, em contextos diversos, na prevenção/tratamento/cuidados paliativos e em todas as faixas etárias, dirige-se ao indivíduo, à família ou ao grupo e/ou à comunidade. No desempenho das suas funções, torna-se crucial que o profissional e o estudante (de fisioterapia) conheçam as diferentes competências de comunicação, de forma aprofundada, para que saibam selecionar e utilizar as mais eficazes nos contextos e situações com que se deparam no exercício da sua profissão (Hulsman et al., 2004), uma vez que as competências de relacionamento interpessoal e de comunicação têm preponderância na avaliação dos profissionais de saúde pelos pacientes (Dowsett et al., 2000).

Assim, dada a evidência científica e a clara relevância das competências de comunicação na fisioterapia, foi efectuada uma revisão integrativa para levantamento do estado de conhecimento sobre as competências de comunicação do fisioterapeuta, partindo da questão de investigação: Quais as competências de comunicação clínica do fisioterapeuta?; com o objetivo de identificar as competências necessárias, ensinadas e treinadas.

MÉTODO

Foi realizada pesquisa nas bases de dados PEDro, PubMed, Bireme e B-On com as palavras-chave (*health communication*) AND (*physical therapist* OR *physiotherapist*) AND (*clinical skill*). Definiu-se como critérios de inclusão: (1) artigos completos, (2) publicados entre 04/10/2014 e 04/10/2019, (3) em português e inglês, (4) sobre competências de comunicação de profissionais/estudantes de fisioterapia; como critérios de exclusão: (1) revisões sistemáticas da literatura, (2) meta-análises, e (3) artigos de opinião.

RESULTADOS

A pesquisa identificou um total de 129 artigos, aos quais foram adicionados outros quatro identificados através de outras fontes, totalizando 133 artigos. Após se eliminarem duplicados, foram rastreados 113 artigos por leitura de título e resumo, sendo excluídos 80 artigos;

foram selecionados 33 artigos para leitura completa, sendo excluídos 17 artigos; foram assim incluídos 16 artigos para revisão integrativa. Os artigos excluídos não contemplavam competências de comunicação ou os participantes não eram profissionais/estudantes de fisioterapia.

Todos os artigos estão em língua inglesa; os anos de 2015, 2018 e 2019 apresentam quatro publicações cada um, seguindo-se 2017, com três publicações e 2016 apenas com uma; dos 10 estudos desenvolvidos na Europa (Reino Unido, Irlanda, Islândia e Noruega), um deles foi realizado em parceria (Islândia-Noruega), três na América do Norte (Estados Unidos da América e Canadá), dois em África (África do Sul) e um estudo em particular uniu a Europa com a Oceânia (Suíça-Austrália).

Da análise dos artigos foi possível verificar que apenas dois estudos tinham como foco uma única competência: a empatia (Allen & Roberts, 2017) e o cuidar (Ramklass, 2015); apenas um se debruça sobre a comunicação escrita – documentação (Schoeb & Hiller, 2018); a assertividade e a simpatia apenas aparecem referidas num estudo (Van Aswegen et al., 2017); assim como o respeitar e o não julgar (Svavarsdóttir et al., 2016); o estudo de Roberts e Burrow (2018) apresenta a "sobreposição *vs.* interrupção" na comunicação verbal; a comunicação formal e informal apenas aparece referida num estudo multidisciplinar (Sohi et al., 2015). De forma clara, e na grande maioria dos estudos, surge a empatia (Allen & Roberts, 2017; Cowell et al., 2019; Fortune et al., 2019; Goldsmith et al., 2015; Langridge, 2019; Murray et al., 2015; Murray et al., 2019; Ramklass, 2015; Svavarsdóttir et al., 2016; Van Aswegen et al., 2017); porém, de uma forma genérica, alguns estudos referem (apenas) comunicação verbal e não-verbal (Allen & Roberts, 2017; Goldsmith et al., 2015; Murray et al., 2015; Roberts & Burrow, 2018; Schoeb & Hiller, 2018; Sohi et al., 2015; Van Aswegen et al., 2017).

Nalguns dos artigos, que relatava a implementação de programas de treino foram identificados diferentes métodos, modelos, técnicas e teorias, tais como: Entrevista Motivacional (Cowell et al., 2019; Fortune et al., 2019), Terapia Cognitiva Funcional (Fortune et al., 2019), *Teach Back* (Klingbeil & Gibson, 2018), Teoria da Autodeterminação (Keogh et al., 2018; Lonsdale et al., 2017; Murray et al., 2015; Murray et al., 2019), Comunicação Narrativa (Goldsmith et al., 2015), 5As (Murray et al., 2015), sendo na generalidade evidente uma abordagem de cuidados centrados no paciente e para a mudança de comportamentos, particularmente através da Tomada de Decisão Partilhada e Suporte para a Autonomia.

DISCUSSÃO

Algumas das competências são intrínsecas aos métodos/modelos/técnicas/teorias e estão explanadas nos programas de treino, embora nem todos os estudos as apresentem de uma forma clara, parecendo não existir consenso em termos de nomenclatura, não sendo, por vezes, fácil listá-las ou agrupá-las; tal como Monteiro-Grilo (2012) havia expressado "A subjetividade inerente às várias competências comunicacionais é assim negligenciada por muitos autores" (p. 104).

Embora a empatia surja na maioria dos estudos, não são apresentadas quais as competências específicas implícitas, tal como verificado anteriormente (Monteiro-Grilo, 2012), destacando-se desta revisão o estudo de Allen e Roberts (2017), em que os autores concluem que a melhor abordagem para os fisioterapeutas adquirirem e melhorarem as competências de comunicação empática permanece incerta e digna de novas pesquisas.

Como preconizado pela Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, o modelo centrado na pessoa/utente com tomada de decisão partilhada surge nitidamente numa grande maioria dos estudos, verificando-se, no entanto, que os cuidados centrados no paciente nem sempre são acompanhados de decisão partilhada, já que os programas de treino, apesar de endereçarem para os cuidados centrados no paciente, são por vezes muito variáveis entre si, podendo este facto dever-se ao contexto, patologia ou competências em estudo. Alguns estudos catalogaram as competências de comunicação em verbal e não-verbal, embora para Reynolds (2005) seja "difícil decidir quais aspetos do complexo "pacote" de comunicações verbais e não-verbais que ocorrem nas interações terapeuta-paciente são mais eficazes" (p. 228). A Teoria da Autodeterminação é referida em quatro dos estudos e a Entrevista Motivacional em dois, treinando o fisioterapeuta num conjunto de competências de comunicação, por vezes genérico, tal como constatou Monteiro-Grilo (2012) na sua análise a 35 artigos com programas de treino dirigidos a profissionais/estudantes de saúde.

Alguns estudos apresentam componentes isolados da comunicação, omitindo como estes se relacionam, "encaixam" e funcionam em conjunto. Assim, apesar da reconhecida importância das competências de comunicação nos fisioterapeutas e destas serem uma ferramenta indispensável na sua prática clínica, perdura uma abordagem genérica, com base em modelos

e teorias que incorporam várias competências, sendo que, segundo Reynolds (2005), uma abordagem geral à comunicação pode não ser aplicável, uma vez que cada paciente traz diferentes necessidades e estilos de *coping*, e não é sempre claro quais as competências de comunicação envolvidas, de que forma estas se relacionam ou quais os seus "elementos", para que os terapeutas as conheçam de forma aprofundada, de modo a facilitar a sua seleção na situação e contexto em que se encontram.

O fisioterapeuta deve estar ciente da necessidade de competências de comunicação no processo terapêutico e procurar receber formação, durante e após a graduação em fisioterapia, pois tendo a literatura já demonstrado que as competências de comunicação podem ser ensinadas, todos beneficiarão com o conhecimento e reconhecimento das competências e estratégias predeterminadas.

Para se oferecer cuidados de saúde de qualidade e verdadeiramente centrados no paciente, o fisioterapeuta deve, não só, ter conhecimento aprofundado sobre competências de comunicação, mas aprender quais aplicar, quando e como. Assim, parece pertinente que se desenvolvam mais estudos que permitam aos fisioterapeutas especificar e catalogar as competências de comunicação centrais e específicas, no início e ao longo da sua carreira profissional.

REFERÊNCIAS

Allen, M. V., & Roberts, L. C. (2017). Perceived acquisition, development and delivery of empathy in musculoskeletal physiotherapy encounters. *Journal of Communication in Healthcare*, *10*(4), 304-312. Retrieved from https://doi.org/10.1080/17538068.2017.1366000

APFISIO – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, Conselho Diretivo da Associação de Fisioterapeutas. (2018). O perfil profissional do fisioterapeuta. Disponível em https://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2018/10/APFisio_Perfil_Competencias_Fisio_2018_009_02.pdf

Cooper, K., Smith, B., & Hancock, E. (2008). Patient-centredness in physiotherapy from the perspective of the chronic low back pain patient. *Physiotherapy*, *94*(3), 244-252. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.physio.2007.10.006

Cowell, I., O'Sullivan, P., O'Sullivan, K., Poyton, R., McGregor, A., & Murtagh, G. (2019). The perspectives of physiotherapists on managing nonspecific low back pain following a training programme in cognitive functional therapy: A qualitative study. *Musculoskeletal Care*, *17*(1), 79-90. Retrieved from https://doi.org/10.1002/msc.1370

Dowsett, S. M., Saul, J. L., Butow, P. N., Dunn, S. M., Boyer, M. J., Findlow, R., & Dunsmore, J. (2000). Communication styles in the cancer consultation: Preferences for a patient-centred approach. *Psycho-Oncology, 9*(2), 147-56. Retrieved from https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(200003/04)9:2<147::AID-PON443>3.0.CO;2-X

Ekerhold, K., & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: Patients` experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*, *32*(6), 403-410. Retrieved from https://doi.org/10.1080/14034940410029441

Fortune, J., Breckon, J., Norris, M., Eva, G., & Frater, T. (2019). Motivational interviewing training for physiotherapy and occupational therapy students: Effect on confidence, knowledge and skills. *Patient Education and Counseling*, *102*(4), 694-700. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.014

Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E., Frisby, B. N., & Platt, C. S. (2015). The entry-level physical therapist: A case for COMFORT communication training. *Health Communication*, *30*(8), 737-745. Retrieved from https://doi.org/10.1080/10410236.2014.898014

Greenfield, B. H. (2006). The meaning of caring in five experienced physical therapists. *Physiotherapy Theory and Practice*, *22*(4), 175-187. Retrieved from https://doi.org/10.1080/09593980600822859

Hulsman, R. L., Mollema, E. D., Hoos, A. M., de Haes, J. C., & Donnison-Speijer, J. D. (2004). Assessment of medical communication skills by computer: Assessment method and student experiences. *Medical Education*, *38*(8), 813-824. Retrieved from https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01900.x

Keogh, A., Matthews, J., Segurado, R., & Hurley, D. A. (2018). Feasibility of training physical therapists to deliver the Theory-based Self-Management of osteoarthritis and low back pain through activity and skills (SOLAS) intervention within a trial. *Physical Therapy*, *98*(2), 95-107. Retrieved from https://doi.org/10.1093/ptj/pzx105

Klingbeil C., & Gibson C. (2018). The teach back project: A system-wide evidence based practice implementation. *Journal of Pediatric Nursing*, *42*, 81-85. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.002

Langridge, N. (2019). The skills, knowledge and attributes needed as a first contact physiotherapist in musculoskeletal healthcare. *Musculoskeletal Care*, *17*(2), 253-260. Retrieved from https://doi.org/10.1002/msc.1401

Lonsdale, C., Hall, A. M., Murray, A., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., . . . Hurley, D. A. (2017). Communication skills training for practitioners to increase patient adherence to home-based rehabilitation for chronic low back pain: Results of a cluster randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *98*(9), 1732-1743. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.02.025

Monteiro-Grilo, A. (2012). Ensino de competências comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: Situação atual e perspectivas. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, *3*(7), 93-112. Disponível em http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299129031006

Murray, A., Hall, A. M., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Taylor, I., . . . Lonsdale, C. (2015). Effect of a self-determination theory-based communication skills training program on physiotherapists' psychological support for their patients with chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *96*(5), 809-816. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.11.007

Murray, A., Hall, A., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Taylor, I., . . . Matthews, J. (2019). Assessing physiotherapists' communication skills for promoting patient autonomy for self-management: Reliability and validity of the communication evaluation in rehabilitation tool. *Disability and Rehabilitation*, *41*(14), 1699-1705. Retrieved from https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1443159

Parry, R. (2008). Are interventions to enhance communication performance in allied health professionals effective, and how should they be delivered? Direct and indirect evidence. *Patient Education and Counseling*, *73*(2), 186-195. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.029

Parry, R. H., & Brown, K. (2009). Teaching and learning communication skills in physiotherapy. What is done and how should it be done. *Physiotherapy*, *95*(4), 294-301. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.physio.2009.05.003

Ramklass, S. (2015). A framework for caring in physiotherapy education and practice. *South African Family Practice*, *57*(2), 126-130. Retrieved from https://doi.org/10.1080/20786190.2014.977006

Reynolds, F. (2005). *Communication and clinical effectiveness in rehabilitation*. Elsevier/Butterworth-Heinemann.

Roberts, L. C., & Burrow, F. A. (2018). Interruption and rapport disruption: Measuring the prevalence and nature of verbal interruptions during back pain

consultations. *Journal of Communication in Healthcare*, *11*(2), 95-105. Retrieved from https://doi.org/10.1080/17538068.2018.1449289

Schoeb, V., & Hiller, A. (2018). The impact of documentation on communication during patient-physiotherapist interactions: A qualitative observational study. *Physiotherapy Theory and Practice*, *34*(11), 861-871. https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1429036

Sohi, J., Champagne, M., & Shidler, S. (2015). Improving health care professionals' collaboration to facilitate patient participation in decisions regarding life prolonging care: An action research project. *Journal of Interprofessional Care*, *29*(5), 409-414, Retrieved from https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1027335

Svavarsdóttir, M. H., Sigurðardóttir, A. K., & Steinsbekk, A. (2016). Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *15*(1), 55-63. Retrieved from https://doi.org/10.1177/1474515114551123

van Aswegen, H., Patman, S., Plani, N., & Hanekom, S. (2017). Developing minimum clinical standards for physiotherapy in South African ICUs: A qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *23*(6), 1258-1265. Retrieved from https://doi.org/10.1111/jep.12774

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

COMPORTAMENTO COMUNICATIVO E PERCEPÇÃO DA DOENÇA NO CANCRO DE MAMA

Miguel Luís Alves de Souza[1] (✉ mlalvesdesouza@outlook.com) & Elisa Kern de Castro[2]

[1] Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Brasil
[2] Universidade Lusíada de Lisboa, Portugal

A comunicação em oncologia é um fator de proteção e promoção de saúde que indispensável para a provisão de um tratamento de qualidade (Brédart, Kop, Fiszer, Sigal-Zafrani, & Dolbeault, 2015; Campbell-Enns & Woodgate, 2015; Pacian, Kulik, Pacian, Goniewicz, & Kowalska, 2014). É capaz de promover o alívio dos sintomas emocionais negativos das mulheres com cancro de mama, contribuir com a melhora da saúde emocional e qualidade de vida, além de favorecer sua autonomia (Andrade, Costa, & Lopes, 2013; Araújo & Silva, 2012; Bays et al., 2014). Para que ocorra de forma efetiva, é necessário que o profissional ofereça informações técnicas sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento, além de promover suporte emocional (Bittencourt Romeiro, Peuker, Bianchini, & Kern de Castro, 2016).

Para compreender o impacto das informações transmitidas pelos profissionais, é preciso entender que as pessoas constroem esquemas mentais e crenças sobre as doenças que impactam diretamente na forma como se comportam em relação ao tratamento (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984). Nomeadamente, essas crenças se dividem em oito dimensões: identidade (sintomas), causas, consequências, duração (agudo/crônico/cíclico), controle pessoal, controle do tratamento, coerência e representação emocional (Moss-Morris et al., 2002).Pessoas que têm crenças adaptadas à realidade de sua condição de saúde podem obter melhores resultados(Phillips, Leventhal, & Leventhal, 2012) e apresentam menos sintomas emocionais negativos (Seabra, Peuker, & Castro, 2015).

Diferente desta investigação, o foco da maior parte dos estudos em comunicação tem sido avaliar a forma e o impacto da comunicação durante a revelação do diagnóstico, ou na mudança do protocolo de tratamento (Souza & Ostermann, 2017). Por isso, torna-se relevante investigar a forma como médicos têm se comunicado e que informações têm sido transmitidas ao longo do tratamento. Dessa forma, o estudo busca examinar a percepção de pacientes com cancro de mama sobre o comportamento comunicativo dos médicos e sobre as informações fornecidas pelos profissionais.

MÉTODO

Desenho

Transversal e correlacional (Whitley Jr., Kite, & Adams, 2013).

Participantes

40 mulheres com cancro de mama selecionadas por conveniência em tratamento num hospital do sul do Brasil. Critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico conclusivo de cancro de mama e ter conhecimento acerca de seu prognóstico. Critérios de exclusão: Não possuir conhecimento acerca do seu prognóstico e apresentar limitações físicas ou cognitivas que dificultassem o preenchimento dos questionários.

Instrumentos

Questionário dos dados sociodemográficos e clínicos;

Questionário do Comportamento Comunicativo do Médico (QCCM). (Croitor, 2010): avalia a percepção dos pacientes sobre o comportamento comunicativo do médico, dividido nas dimensões Desafio (o quanto o médico estimula o paciente a compreender sua doença e como este deve proceder a partir de então; Encorajamento e elogio (respeito à subjetividade do paciente e se ele é encorajado a se expressar ao longo do

tratamento); Apoio não verbal (analisa o quanto o médico demonstra interesse pelo que paciente relata através expressão corporal); Compreensão e relação amigável (o quanto o médico se preocupa em desenvolver uma relação amigável com o paciente), e Controle (o quanto o médico procurar construir o tratamento em conjunto com o paciente);

(3) *Questionário das Percepções das Informações Fornecidas no Diagnóstico (QPIFD)*. (Altenhofen & Castro, 2018): composto por oito questões dicotômicas, para as quais os pacientes deveriam responder sim ou não sobre se os médicos informaram a respeito das oito dimensões das crenças da doença.

Procedimentos

Aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. A recolha de dados ocorreu durante quimioterapia. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

As mulheres tinham idade média de 54,28 anos (*DP*=14,39), a maior parte do grupo casadas ou em união de facto (*N*=22; *F*=55%), com filhos (*N*=29; *F*=74,4%). A maior parte das pacientes possuía até o ensino superior completo (*N*=26; *F*=65%), seguidas pelo grupo que possuía até o ensino médio completo (*N*=12; *F*=30%). A maior parte do grupo referiu não trabalhava no momento (*N*=21; *F*=52,5%). Em relação aos dados clínicos, as mulheres receberam o diagnóstico de cancro de mama em média há 1,9 anos (*DP*=3,2), e realizavam o tratamento oncológico em média há 1,8 anos (*DP*=3,2). A maioria não apresentou recidiva (*N*=33; *F*=84,6%) e nem metástase (*N*=25; *F*=64,1%). Quanto à avaliação do estadiamento da doença, a maior parte do grupo apresentou doença oncológica em nível 4 (*N*=14; *F*=41,2%), seguido pelas pacientes com estadiamento em nível 1 (*N*=8; *F*=23,5%), além daquelas em níveis 2 (*N*=6; *F*=17,6%) e 3 (*N*=6; *F*=17,6%). Seis pacientes (*F*=17,6%) não apresentavam avaliação de estadiamento. Todas as mulheres realizavam quimioterapia (*N*=40;

F=100%), e a maior parcela do grupo referiu ter realizado algum tipo de procedimento cirúrgico (*N*=30; *F*=75%), mas não ter realizado radioterapia (*N*=29; *F*=72,5%). A maior parte do grupo apresentou histórico familiar de doença oncológica (*N*=30; *F*=76,9%), sendo o cancro de mama o mais comum (*N*=13; *F*=48,1%). Mais da metade das participantes referiu fazer uso de medicação psiquiátrica (*N*=21; *F*=52,5%), sendo antidepressivo o tipo de medicação mais utilizada (*N*=12; *F*=70,6%).

O QCCM avaliou a frequência com que as pacientes percebem a emissão de comportamentos dos médicos. Observou-se que as pacientes apresentaram uma percepção positiva em relação ao comportamento comunicativo dos médicos, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1

Média, mediana e desvio padrão para as cinco dimensões do QCCM

Dimensão	*M*	*MD*	*DP*
Desafio	3,96	3,66	0,75
Encorajamento e elogio	4,17	4,00	0,73
Apoio não verbal	4,63	5,00	0,31
Compreensão e relação amigável	4,75	4,85	0,31
Controle	4,02	4,00	0,96

O QPIFD examinou a percepção das pacientes em relação ao conteúdo informado pelos médicos. A maior parte das participantes referiu ter recebido informações acerca das dimensões identidade (85%, *n*=34), consequências (87,5%, *n*=35), controle pessoal (87,5%, *n*=35), controle do tratamento (100%, *n*=40), coerência (90%, *n*=36) e representação emocional (62,5%, *n*=25). No entanto, metade de amostra referiu não ter recebido informações relacionadas à duração da doença (50%, *n*=20), e quase metade do grupo referiu não ter recebido informações sobre as causas (47,5%, *n*=19).

Quanto à análise de correlação, pode-se observar a existência de associações fracas entre três dimensões do QCCM com algumas variáveis clínicas das pacientes, conforme apresentado na Tabela 2.

Por último, buscou-se relacionar a percepção do QPIFD com variáveis sociodemográficas e clínicas, mas não foram constatados resultados significativos. A análise de correlação de *Spearman* não evidenciou relação entre as dimensões do QCCM e demais variáveis sociodemográficas e clínicas.

Tabela 2

Correlação de Spearman entre as dimensões do QCCM e variáveis clínicas das pacientes

Variável	DES	EE	ANV	CRA	CONT
Idade	0,248*	0,210	-0,026	0,003	0,048
Tempo de diagnóstico	0,000	0,030	-0,271*	-0,272*	-0,057
Tempo de tratamento	0,001	0,031	-0,282*	-0,255*	0,017

Nota. DES=Desafio; EE=Encorajamento e elogio; ANV=Apoio não verbal; CRA=Compreensão e relação amigável; CONT=Controle. *$p \leq 0,05$.

DISCUSSÃO

Os resultados da análise do QCCM apontam que as mulheres com cancro de mama percebiam os médicos com mais facilidade em construir uma relação amigável e demonstrar interesse pelo que elas tinham a dizer do que em assegurar sua compreensão acerca do que foi informado e da forma como devem agir a partir das consultas. O estudo de Rosa et al. (2018) encontrou resultados semelhantes, uma vez que os médicos tinham uma percepção mais positiva do que os pacientes com diferentes tipos de cancro em relação à dimensão desafio. Além de servir como fator protetivo para as pacientes (Campbell-Enns & Woodgate, 2015),uma relação positiva com os médicos pode ser percebida como mais satisfatório e importante do que a própria supressão da dor (Souza & Ostermann, 2017). No entanto, além de amigáveis e atenciosos, é preciso que os médicos prestem informações de forma clara e acessível, e assegurem que as pacientes compreenderam o que lhes foi passado (Barth & Lannen, 2011).

As pacientes apresentaram uma percepção positiva em relação ao recebimento de informações sobre a doença, de acordo as dimensões das crenças sobre a doença. É importante que os médicos estejam promovendo informações sobre os sinais e sintomas da doença, porque a falta de informações sobre estes aspectos pode gerar aumento dos níveis de distresse emocional (Chittem, Norman, & Harris, 2015; Seabra et al., 2015). Uma revisão sistemática e meta-análise sobre a representação da doença em pacientes com cancro evidenciou que percepções mais ajustadas sobre a dimensão identidade estão associadas a uma melhor qualidade de vida e

funcionamento físico (Richardson, Schüz, Sanderson, Scott, & Schüz, 2017). É importante ressaltar que um dos maiores focos de insatisfação em relação à comunicação é a falta de informações acerca dos efeitos colaterais e a forma como podem impactar na vida das mulheres. (Pacian et al., 2014).

Algumas das principais dúvidas das pacientes estão relacionadas às consequências do adoecimento (Pacian et al., 2014), já que é uma doença bastante estigmatizada(Seabra et al., 2015). O desajuste na percepção de consequências da doença contribui para o aumento dos níveis de depressão e ansiedade (Chittem et al., 2015), e diminuição do bem-estar psicológico (Richardson et al., 2017).

É comum que as pacientes apresentem curiosidade e necessidade em saber o que podem fazer para contribuir com seu tratamento e para aumentar sua qualidade de vida (Brédart et al., 2015). Dessa forma, a percepção positiva apresentada pelas pacientes do presente estudo sobre percepção de controle pode contribuir para o ajustamento emocional diante do adoecimento (Seabra et al., 2015), já que distorções na percepção sobre o controle pessoal estão associadas ao aumento dos níveis de estresse e ansiedade (Richardson et al., 2017).

A única dimensão do MSC em que todas as participantes referiram ter recebido informações foi a dimensão controle do tratamento. Este dado aponta para a facilidade que os médicos têm em abordar aspectos fisiológicos e técnicos ao longo do tratamento, em detrimento dos aspectos psicossociais (Hack et al., 2010; Souza & Ostermann, 2017).

Observa-se que a maior parte das pacientes percebe que os médicos verificaram sua compreensão acerca do que foi informado. No entanto, percebe-se que este dado apresenta diferenças em relação à dimensão desafio, que avalia aspectos semelhantes, o que pode sugerir uma limitação no QPIFD, ao reduzir a avaliação da dimensão a um item dicotômico.

Apesar da maior parte da amostra referir ter recebido informações sobre a dimensão representação emocional, muitas dessas mulheres não fazem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, mas faz uso de algum tipo de medicação psiquiátrica. Este dado demonstra que os profissionais continuam realizando o manejo emocional por meio de medicações (Souza & Ostermann, 2017). Distorções na representação desta dimensão

estão associadas com aumento dos níveis de depressão, ansiedade e distresse emocional entre pacientes oncológicos (Richardson et al., 2017).

Quase metade das pacientes referiu não receber informações sobre as causas da doença. Este dado corrobora o estudo de Rosa (2017), em que uma considerável parcela de pacientes com cancro de mama referiu não receber informações sobre a etiologia da doença. Numa amostra brasileira de mulheres com cancro de mama, os aspectos psicológicos e emocionais foram percebidos como principais causas da doença (Peuker et al., 2016). Um estudo americano identificou que os aspectos emocionais e psicológicos foram percebidos como segunda principal causa de cancro(Andersen et al., 2017). Além disso, a crença de que a doença é causada por aspectos que independem do comportamento e que tem fundo emocional pode comprometer o autocuidado das pacientes (Seabra et al., 2015). Dessa forma, é preciso prestar informações técnicas sobre a etiologia da doença para que pois as crenças sobre o seu da doença estão associadas às crenças sobre a eficácia do tratamento (Andersen et al., 2017).

Considerando que a maior parcela das participantes se encontra em estágio de adoecimento avançado, é fundamental que os profissionais prestem informações sobre a duração da doença, para favorecer a compreensão e o ajustamento emocional das pacientes. Favorecer a compreensão sobre a duração crônica do cancro de mama é importante para promover mudanças comportamentais permanentes e fomentar condutas de autocuidado (Rosa, 2017).

A associação entre a idade e a dimensão desafio sugere que pacientes com idade mais avançada são mais estimuladas a compreenderem seu quadro clínico e incentivadas a adotarem condutas específicas a partir das consultas. O dado corrobora com a literatura ao sugerir que mulheres com mais idade apresentam maior satisfação com o comportamento comunicativo do médico (Hack et al., 2010). Além disso, a literatura aponta que mulheres mais velhas podem ter uma melhor adaptação emocional diante do adoecimento (Campbell-Enns & Woodgate, 2015).

Conclui-se que, mesmo que as pacientes tenham uma percepção positiva em relação ao comportamento comunicativo dos médicos, os profissionais parecem se dedicar mais ao estabelecimento de uma relação positiva e amigável, do que a incentivar a compreensão das pacientes acerca de seu quadro clínico. Além disso, parte dos profissionais falharam em relação à prestação de informações das dimensões causas e duração da doença.

REFERÊNCIAS

Altenhofen, V., & Castro, E. K. (2018). A percepção da doença cardíaca e da comunicação do diagnóstico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *19*(3), 515-525. https://doi.org/10.15309/18psd19030104

Andersen, M. R., Afdem, K., Hager, S., Gaul, M., Sweet, E., & Standish, L. J. (2017). The 'cause' of my cancer, beliefs about cause among breast cancer patients and survivors who do and do not seek IO care. *Psycho-Oncology*, *26*(2), 248-254. https://doi.org/10.1002/pon.4028

Andrade, C. G., Costa, S. F. G., & Lopes, M. E. L. (2013). Cuidados paliativos: A comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, *18*(9), 2523-2530. https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006

Araújo, M. M. T., & Silva, M. J. P. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *46*(3), 626-632. https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300014

Barros, A. E. S., Conde, C. R., Lemos, T. M. R., Kunz, J. A., & Ferreira, M. L. S. M. (2018). Feelings experienced by women when receiving the diagnosis of breast cancer. *Journal of Nursing*, *12*(1), 102-111. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23520p102-111-2018

Barth, J., & Lannen, P. (2011). Efficacy of communication skills training courses in oncology: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology*, *22*(5), 1030-1040. https://doi.org/10.1093/annonc/mdq441

Bays, A. M., Engelberg, R. A., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., . . . Curtis, J. R. (2014). Interprofessional communication skills training for serious illness: Evaluation of a small-group, simulated patient intervention. *Journal of Palliative Medicine*, *17*(2), 159-166. https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0318

Bittencourt Romeiro, F., Peuker, A. C., Bianchini, D., & Kern de Castro, E. (2016). Percepción del paciente de quimioterapia respecto a la comunicación con el personal sanitario. *Psicooncología*, *13*(1), 129-140. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52493

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *68*(6), 394-424. https://doi.org/10.3322/caac.21492

Brédart, A., Kop, J., Fiszer, C., Sigal-Zafrani, B., & Dolbeault, S. (2015). Breast cancer survivors' perceived medical communication competence and satisfaction with care at the end of treatment. *Psycho-Oncology*, *24*(12), 1670-1678. https://doi.org/10.1002/pon.3836

Campbell-Enns, H., & Woodgate, R. (2015). The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: A systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *13*(1), 112-121. https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1795

Chittem, M., Norman, P., & Harris, P. R. (2015). Illness representations and psychological distress in Indian patients with cancer: Does being aware of one's cancer diagnosis make a difference? *Psycho-Oncology*, *24*(12), 1694-1700. https://doi.org/10.1002/pon.3837

Croitor, L. M. N. (2010). *Percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico: Elaboração e validação de um novo instrumento de medida*. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Ferreira, V. S., Salazar, V., Peruchi, R. C., Donelli, T. M. S., & Castro, E. K. de. (2015). Vivências emocionais e perspectivas de futuro em mulheres com câncer de mama. *Psicologia Hospitalar*, *13*(1), 42-63.

Gontijo, I. B. R., & Ferreira, C. B. (2014). Sentimentos de mulheres jovens frente ao diagnóstico de câncer de mama feminino. *Ciência & Saúde*, *7*(1), 2-10. https://doi.org/10.15448/1983-652x.2014.1.15488

Hack, T. F., Pickles, T., Ruether, J. D., Weir, L., Bultz, B. D., & Degner, L. F. (2010). Behind closed doors: Systematic analysis of breast cancer consultation communication and predictors of satisfaction with communication. *Psycho-Oncology*, *19*(6), 626-636. https://doi.org/10.1002/pon.1592

Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health treats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 221-252). New York: Erlbaum.

Lôbo, S. A., Fernandes, A. F. C., Almeida, P. C., Carvalho, C. M. L., & Sawada, N. O. (2014). Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta Paulista de Enfermagem*, *27*(6), 554-559. https://doi.org/10.1590/1982-0194201400090

Lunsford, N. B., Sapsis, K. F., Smither, B., Reynolds, J., Wilburn, B., & Fairley, T. (2018). Young women's perceptions regarding communication with healthcare providers about breast cancer, risk, and prevention. *Journal of Women's Health*, *27*(2), 162-170. https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6140

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, *17*(1), 1-16. https://doi.org/10.1080/08870440290001494

Pacian, A., Kulik, T. B., Pacian, J., Goniewicz, M., & Kowalska, A. J. (2014). Analysis of the doctor-patient communication if breast cancer is diagnosed. *Acta Bioethica*, *20*(1), 23-29.

Peuker, A. C. W. B., Armiliato, M. J., Souza, L. V., Castro, E. K., Peuker, A. C. W. B., Armiliato, M. J., . . . Castro, E. K. (2016). Causal attribution among women with breast cancer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *29*(1), 4. https://doi.org/10.1186/s41155-016-0007-y

Phillips, L. A., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2012). Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British Journal of Health Psychology*, *17*(2), 244-257. https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02035.x

Ramos, W. S. R., Sousa, F. S., Santos, T. R., Júnior, W. R. D. S., França, I. S. X., & Figueiredo, G. C. A. L. (2012). Sentimentos vivenciados por mulheres acometidas por câncer de mama. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, *30*(3), 241-248. Retrieved from http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p241a248.pdf

Richardson, E. M., Schüz, N., Sanderson, K., Scott, J. L., & Schüz, B. (2017). Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, *26*(6), 724-737. https://doi.org/10.1002/pon.4213

Rosa, B. M. (2017). Comunicação em oncologia: O que o médico deve informar ao paciente? *Salud & Sociedad*, *8*(3), 228-239. https://doi.org/10.22199/S07187475.2017.0003.00003

Rosa, B. M., Souza, M. L. A., Lopes, A. F., & Castro, E. K. (2018). Comportamento comunicativo em oncologia: Perspectiva de médicos e pacientes. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, *1*(2), 105-111. https://doi.org/10.17058/rips.v1i2.11963

Seabra, C. R., Peuker, A. C. W. B., & Castro, E. K. (2015). Modelo de Autorregulação em Saúde e câncer de mama: Uma revisão sistemática de literatura. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, *3*(2). https://doi.org/10.18316/2317-8582.15.7

Souza, J., & Ostermann, A. C. (2017). "Tudo bem", "tudo em paz" e "uma tremenda sorte": Avaliações positivas no gerenciamento da incerteza na comunicação entre oncologistas e pacientes com câncer de mama. *Revista de*

Estudos da Linguagem, *25*(2), 609. https://doi.org/10.17851/2237-2083.25.2.609-640

Whitley Jr., B. E., Kite, M. E., & Adams, H. L. (2013). Correlation designs. In *Principles of research in behavioral science* (3rd ed., pp. 311-338). New York: Routledge.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

COMPORTAMENTOS DE RISCO EM ADOLESCENTES E JOVENS ADULTOS E DIVERSIDADE CULTURAL

Luís Nabais[1] (✉ lonabais@esel.pt) & Natália Ramos[2]

[1] CEMRI/UAb, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal
[2] Universidade Aberta / CEMRI, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal

Os comportamentos de saúde foram definidos por Matarazzo (1983) como compreendendo duas dimensões: (1) hábitos prejudiciais para a saúde, designados de "comportamentos patogénicos" (como fumar, ingerir muito sal ou ter um estilo de vida sedentário) e (2) comportamentos protetores da saúde, que designou de "comportamentos imunogénicos", como tomar o pequeno-almoço todos os dias, não fumar ou praticar exercício físico com regularidade.

Os fatores de risco compreendem situações identificadas pela epidemiologia, que levam a um aumento das taxas de morbilidade: nível socioeconómico, estrutura familiar (presença dos dois progenitores, ou perda de um deles por morte ou divórcio), doença física ou mental de um dos progenitores, entre outros. Estes fatores de risco, encontram-se presentes em muitos adolescentes, como no comportamento toxicomaníaco, comportamento psicopático ou comportamento suicida (Marcelli & Braconnier, 2005). Os autores consideram ainda três níveis de fatores, para uma compreensão mais precisa da relação entre o individuo e o meio ambiente: (1) fatores psicopatológicos, internos e individuais, (2) fatores de risco gerais, familiares e socioeconómicos e (3) fatores de incitação, ambientais e atuais.

Os comportamentos relacionados com a saúde e os estilos de vida, são muito complexos e articulam-se com inúmeras redes de influências e interações múltiplas, tornando muito difícil o estabelecimento de relações de causalidade. A adolescência, como período de transição por excelência, com importantes transformações físicas, psicológicas e sociais, introduz vulnerabilidade e complexidade, no movimento de compreensão entre fatores de risco e fatores protetores para a saúde e para o desenvolvimento.

Podemos questionar-nos sobre as razões pelas quais, apesar de as crianças portuguesas apresentarem níveis favoráveis de bem-estar na saúde, o período adolescente ser marcado por considerável variedade comportamentos de risco, como sejam o consumo de substâncias psicoativas, particularmente álcool e tabaco. As dificuldades de desenvolvimento com que o adolescente se confronta, podem ter origem em desvantagens que se desenharam logo na infância, na sequência de desigualdades sociais, culturais e familiares.

Aparentemente, esboça-se um quadro de deterioração da saúde, incluindo aumento da expressão de doenças mentais e consumo de álcool e drogas ilícitas. Neste contexto, estão particularmente vulneráveis as populações migrantes e de minorias étnicas que, além das dificuldades inerentes ao processo de migração, como as experiencias de perda, rutura e mudança em relação aos seus hábitos e tradições culturais, se deparam ainda com dificuldades acrescidas relacionadas com mudanças e dificuldades relativas ao emprego, à habitação e ao acesso a cuidados de saúde e educação (Ramos, 2004, 2008a,b).

No seguimento da atenção que temos vindo a dar à adolescência como fase do ciclo de vida, e sua relação com o consumo de substâncias, desenvolvemos a presente investigação, no sentido de melhor compreender o papel e função dos comportamentos de risco nesta fase do desenvolvimento, num território densamente povoado e enriquecido por marcado registo multicultural. Neste sentido, o estudo pretende caracterizar e analisar as condutas de risco entre uma população adolescente e jovem adulta; compreender a expressão dos comportamentos de risco no processo de desenvolvimento dos indivíduos, considerando o contexto pessoal, familiar e sociocultural; caracterizar o consumo de substâncias psicoativas e sua relação com outros comportamentos de risco; identificar comportamentos protetores da saúde e identificar e caracterizar indicadores de sofrimento psicológico, particularmente depressão e risco suicidário, e sua relação com condutas de risco para a saúde.

MÉTODO

O estudo em referência apresenta um carácter exploratório sobre comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos da região de Lisboa; os objetivos compreendem a identificação e caracterização dos

comportamentos de risco, particularmente o consumo de álcool e de outras substâncias e sua relação com indicadores psicopatológicos; procura ainda identificar elementos de diversidade cultural envolvidos. A metodologia engloba métodos quantitativos e qualitativos, tendo sido constituídos dois grupos de participantes de ambos os sexos, um de 540 indivíduos entre os 16 e os 25 anos e outro de onze indivíduos entre os 25 e os 29 anos. Ao primeiro grupo foi aplicado um Questionário de Caracterização Sociodemográfica e de Consumos; o Inventário de Intensões Comportamentais (MEV); a Escala de Depressão de Beck (BDI-II) e a Escala de Risco Suicidário de J. Stork, sendo os dados submetidos a tratamento estatístico; ao segundo grupo foi aplicada uma entrevista semiestruturada e realizada análise de conteúdo.

RESULTADOS

Dados relativos ao primeiro grupo de participantes

Relativamente ao primeiro grupo de participantes, estudantes do ensino básico, secundário e superior, pudemos verificar que é um grupo maioritariamente do sexo feminino em que a maioria dos indivíduos tem entre 16 e 18 anos de idade. Uma percentagem significativa, quase metade, já reprovou de ano pelo menos uma vez, sendo o sexo masculino o que apresenta o valor mais elevado nestas reprovações. Este aspeto sugere que os indivíduos do sexo masculino, têm mais dificuldade de adaptação ao meio escolar e apresentam menor desempenho académico, tal como referem (Matos et al., 2010) e a (European Commission/Eurydice, 2010).

Verificou-se a presença de 18 nacionalidades entre os participantes; contudo a grande maioria é de nacionalidade portuguesa e existe uma percentagem significativa de indivíduos de origem africana. Este elemento revela a presença de uma comunidade multicultural na região de Lisboa, antevendo dificuldades nos processos de aculturação e integração social, uma vez que as comunidades migrantes possuem um conjunto de representações, crenças e atitudes muito variado e específico, aspeto que remete para a necessidade de formação psico/cultural e comunicacional adequada,

dos profissionais que interagem com a comunidade (Ramos, 2003a,b, 2004).

Relativamente à estrutura familiar verificamos que, mais de metade dos participantes integra uma estrutura familiar tradicional, em que pais e filhos vivem juntos; todavia mais de 1/4 dos pais dos participantes estão divorciados/separados e uma percentagem significativa das famílias é monoparental de referência à mãe, aspetos que nos parecem ser um dado significativo para a investigação, pelas implicações psicossociais envolvidas. A família recombinada é relativamente pouco representada e a família monoparental de referência ao pai, assume muito pequena expressão.

No que respeita a perda por morte de figura parental, verifica-se que 26 participantes perderam o pai e sete perderam a mãe. Este é um aspeto de grande influência na dinâmica familiar, do ponto de vista material, mas sobretudo emocional. O processo de formação identitário pode revelar-se falho de modelo de referenciação masculina ou feminina, tanto para os rapazes, como para as raparigas. De modo idêntico, a perda de uma figura parental em idade jovem está relacionada com sintomas depressivos e comportamentos de risco. Os efeitos da perda parental tendem, com frequência, a passar despercebidos ou desvalorizados a familiares e educadores, contrastando com o impacto na vida mental interna dos sujeitos e que apurámos nas entrevistas.

A maioria dos pais possui uma escolaridade entre o limite superior do ensino básico e o ensino secundário; as mães apresentam percentagem de escolaridade superior aos pais. Uma pequena percentagem de progenitores tem formação superior, normalmente ambos os cônjuges. Uma percentagem significativa de participantes desconhece a escolaridade e a profissão dos pais (normalmente do pai), aspeto que revela a fragilidade de alguns vínculos familiares e/ou distorção das relações e falta de comunicação entre os elementos da família.

A esmagadora maioria dos participantes já experimentou bebidas alcoólicas e refere não consumir álcool com regularidade. A idade média do início dos consumos é de 14,28 anos, ou seja, antes dos 16 anos tal como referem outros estudos (Barroso, 2012; Breda, 1996; Matos et al., 2010; Nabais, 2005; Nabais & Correia, 2002). A maior parte dos participantes refere nunca se ter embriagado; os indivíduos do sexo masculino bebem mais e embriagam-se mais vezes, que os do sexo feminino, contudo, a percentagem de bebedores do sexo feminino é elevada. As bebidas

mais consumidas são as destiladas, logo seguidas pela cerveja. A cerveja é a bebida preferida pelos participantes do sexo masculino, enquanto que o sexo feminino prefere bebidas destiladas (com maior teor alcoólico e mais sofisticadas); o perfil global de consumo caracteriza-se por beber fora de casa, acompanhado e aos fins-de-semana à noite. A grande maioria dos participantes não refere problemas provocados pelo uso de álcool e estes, quando surgem, são ao nível da família, da saúde e da escola. Em quase 1/4 das famílias existem problemas com álcool, num ou mais familiares, o que dá conta da dimensão do problema a nível intrafamiliar e da importância da transmissão intergeracional. Verifica-se ainda a presença de consumos de álcool, com elevada perigosidade para a saúde física e psicológica, bem como para a resposta comportamental dos participantes.

A grande maioria dos participantes não fuma. Apenas uma pequena percentagem de indivíduos fuma diariamente, e o sexo feminino tende a fumar mais que o sexo masculino.

Em relação ao consumo de drogas, a grande maioria dos participantes refere não consumir e a substância ilegal, claramente mais consumida, é a *cannabis*, a qual, mais de 1/4 dos participantes refere já ter experimentado. Uma pequena percentagem de indivíduos (11,2%) consome *cannabis* com regularidade (quatro deles diariamente). Na realidade esta percentagem ganha maior dimensão, se tivermos em consideração a imprevisibilidade da reação comportamental ao seu consumo e o caráter de ilegalidade da substância. Dado tratar-se de uma substância cujo consumo tende a aumentar, e de os seus efeitos clínicos serem ainda pouco claros, consideramos que lhe deve ser dedicada particular atenção por parte da investigação e da intervenção.

No que respeita aos comportamentos protetores de saúde, verificámos que a maioria dos participantes apresenta bons níveis de fatores de proteção, nas várias áreas de comportamento analisadas; apenas oito participantes apresentam baixos níveis de comportamento protetor. Considerando a variável etnia/cultura, constatámos que os participantes de origem africana tendem a apresentar níveis de proteção um pouco mais baixos; fatores de ordem sociocultural relacionados com processos de migração, aculturação e adaptação, podem estar na origem deste resultado. A dimensão relacionada com a nutrição, apesar de se encontrar acima de um valor médio, revelou-se a menos fortalecida. Este aspeto parece-nos merecer particular atenção, especialmente por parte dos técnicos de saúde, dada a

complexidade das variáveis envolvidas no fenómeno da alimentação. Na faixa etária em estudo, parece haver alguma desvalorização relativa, tanto à qualidade dos produtos, quanto aos hábitos e padrões alimentares.

Os indicadores de depressão encontrados não se afastam muito dos valores frequentes em populações não clínicas. O sexo feminino apresenta percentagem de depressão ligeiramente superior ao sexo masculino, o que vai ao encontro dos resultados de outros estudos. Identificaram-se indivíduos com níveis de depressão moderada e severa. A maioria dos sujeitos não apresenta risco de suicídio, mas identificou-se a presença de situações de risco de suicídio importante (2%) e muito importante (0,6%).

Relativamente aos fatores de risco, pudemos observar que todos os indicadores relacionados com consumos (álcool, tabaco e *cannabis*), bem como os indicadores de depressão e de risco de suicídio, estão inversamente correlacionados com a presença de comportamentos de proteção para a saúde, pelo que constituem bons preditores de comportamento saudável. A data de início do primeiro consumo de bebidas alcoólicas revelou-se um importante preditor para o risco de consumo de substâncias, e presença de indicadores de sofrimento mental.

O consumo dos vários tipos de substâncias está fortemente correlacionado, pelo que o consumo de qualquer uma, é um bom preditor do consumo das outras.

Verificou-se que os participantes que vivem só com a mãe apresentam mais risco de suicídio (mas não de depressão), comparados com os que vivem com ambos os progenitores. O mesmo se verificou para os filhos de pais divorciados/separados, em que o risco de suicídio é significativamente superior ao dos filhos de pais que vivem juntos. Este dado revela-se interessante do ponto de vista clínico e epidemiológico, uma vez que as referidas configurações familiares, têm expressão significativa e tendem a aumentar na nossa sociedade. Este resultado permite também avaliar a sensibilidade do instrumento de medida a este tipo de variável. Parece-nos importante desenvolver investigação, no sentido de compreender, de um modo mais aprofundado, a dinâmica familiar subjacente a este fenómeno.

Dados relativos ao segundo grupo de participantes

O segundo grupo de participantes é constituído por indivíduos em acompanhamento institucional. Pudemos verificar, pela análise das entre-

vistas, que os graves problemas de saúde e judiciais em que os sujeitos estão envolvidos no presente, parecem ser consequência da evolução de vários fatores negativos, que se foram consolidando ao longo do percurso de vida, sem possibilidade de reparação ou parcialmente reparados.

É notória a frequência de contextos sociais muito degradados, em associação com ambientes familiares muito vulneráveis e desestruturados, marcados por conflitualidade intensa, negligência e mesmo abandono; processos de exilio forçado com incapacidade de organização e integração nos novos contextos e traumatismos múltiplos e silenciosos.

Foi possível compreender como o consumo de substâncias, e particularmente de álcool, se consolidou funcionando como um organizador ineficaz, das dificuldades relacionais e emocionais dos indivíduos; de como os consumos se articulam com um conjunto de problemas familiares, sociais, laborais e judiciais, com grande prejuízo para os indivíduos. Praticamente todos os sujeitos são consumidores de *cannabis*, alguns com bastante intensidade.

A perda de figuras parentais está presente em quase todos os participantes, por vezes em situações dramáticas e repetidas. Os acidentes rodoviários associados ao consumo de álcool assumem forma particularmente grave e frequente, em relação aos quais os sujeitos parecem ter atitudes de desvalorização e banalização. Também a gravidez acidental, surgindo em relacionamentos instáveis e de imaturidade do casal.

Como sugestão para trabalhos futuros apontamos algumas áreas que nos parecem importantes para uma melhor compreensão desta problemática: (1) o estudo dos processos de vinculação em relação às figuras parentais e de como estes evoluem ao longo do desenvolvimento, uma vez que a fragilidade dos laços parentais parece ter um papel importante numa posterior relação privilegiada com comportamentos de risco; (2) o estudo da dinâmica familiar nas famílias monoparentais, particularmente de referência à mãe, no sentido de identificar fatores que produzam desarmonia, conflito e sofrimento; parece-nos que estas famílias poderiam beneficiar dos contributos da intervenção precoce, de profissionais de saúde e educação, dado que muitos dos sintomas surgem logo na infância; (3) o estudo das características especificas do desenvolvimento da capacidade simbólica nos indivíduos com adesão a comportamentos de risco, em articulação com a identificação das qualidades da vinculação, de acordo com a linha de referência teórica do conceito de mentalização; e (4) o

estudo mais aprofundado com um número de jovens e crianças migrantes e de minorias étnicas; sendo a sociedade portuguesa cada vez mais multicultural, afigura-se importante aprofundar o estudo dos comportamentos de risco e aditivos nestes jovens e famílias em contexto de diversidade cultural e suas relações com aspetos culturais e de integração social, familiar e escolar dos mesmos.

REFERÊNCIAS

Barroso, T. (2012). *Parar para pensar: Intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso do álcool*. Loures: Lusociência.

Breda, J. (1996). *Bebidas alcoólicas e jovens escolares: Um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de Mestrado.

European Commission/Eurydice (2010). *Gender differences in educational outcomes: Study on the measures taken and the current situation in Europe*. Brussels: EACEA P9 Eurydice. Disponível em http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/120en.pdf

Matarazzo, J. D. (1983). Graduate education in health psychology, behavioral immunogens, and behavioral pathogens. *Health Psychology*, *2*(5, Suppl), 53-62.

Marcelli, D., & Bracconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.

Matos, M., & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde (2010). *A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do Estudo HBSC 2010.* Lisboa: Edições FMH.

Nabais, L., & Correia, A. (2002). Os jovens e o álcool: Contributos para o estudo do perfil dos jovens adultos com problemas relacionados com o álcool. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, *15*, 35-46.

Nabais, L. (2005). *Os jovens e o álcool na sociedade contemporânea: Estudo de um grupo de jovens consumidores excessivos da região de Lisboa.* Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2003a). Etnoteorias do desenvolvimento e educação da criança. Uma perspectiva intercultural e preventiva. In C. Pires et al. (Orgs.), *Psicologia, sociedade e bem estar* (pp. 161-177). Leiria: Ed. Diferença.

Ramos, N. (2003b). *Interculturalité, communication et éducation*. Bucareste: Milena Press.

Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2008a). Crianças e famílias em contexto migratório e intercultural: Desafios às práticas e políticas educacionais, sociais e de cidadania In N. Ramos (Coord.) *Educação, Interculturalidade e Cidadania.* Bucareste: Milena Press.

Ramos, N. (2008b). Migração, aculturação. In N. Ramos (Org.), *Saúde, migração e interculturalidade: Perspectivas teóricas e práticas* (pp. 45-96). João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO

Ana Nunes[1] & Cláudia Mendes Silva[1] (✉ cmsilva@ubi.pt)
[1] Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Portugal

A entrada para o ensino superior é vista como um dos grandes marcos na vida dos jovens estudantes, representando a base para a emancipação e dotação profissional, porém a experiência universitária não se enquadra apenas numa perspetiva de formação profissional (Guerreiro-Casanova & Polydoro, 2010). Nesta fase, a maioria dos estudantes possuem expectativas muito positivas em relação à forma como se irá organizar a sua nova vida em termos sociais, papeis e rotinas a desempenhar. No entanto, essas expectativas podem tornar-se negativas. É comum os jovens caloiros experienciarem angústia associada à separação da família, dos amigos e da segurança de casa (Reis, Matos, & Equipa Aventura Social, 2017). Assim, é indispensável o desenvolvimento de competências e estratégias de *coping* para enfrentar as exigências sociais, emocionais, financeiras e educacionais do Ensino Superior (Almeida, 2007). Quando essas estratégias falham os estudantes experienciam sentimentos negativos associados a um mal-estar físico e psicológico, o que pode levar a comportamentos de risco, isolamento e estados marcados pela ansiedade, depressão (Almeida, 2007).

Vários estudos têm ressaltado a importância que o comportamento humano desempenha para a saúde e bem-estar. Pessoas saudáveis aparentam melhor qualidade de vida ao nível biológico, emocional, intelectual e social, maior satisfação e rendimento no trabalho, na escola e nas atividades de lazer. Assim, adotar uma alimentação equilibrada, praticar regularmente exercício físico e primar por um padrão de sono suficiente e regular parecem ser os motes necessários a um bom desenvolvimento físico e psicológico (Boscolo, Sacco, Antunes, Mello, & Tufik, 2007). Pelo contrário, ao optarem por comportamentos de risco, as pessoas tendem a colocar em

risco a sua vida numa perspetiva de curto, médio ou longo prazo (Reis et al., 2017).

Dessa forma, o objetivo principal da presente investigação passou por caracterizar os alunos do Instituto Politécnico da Guarda (IPG) relativamente aos comportamentos de saúde adotados e à saúde mental, bem como analisar a existência de diferenças entre grupos no que se refere aos Comportamentos de saúde, o Bem-Estar e a Saúde Mental.

MÉTODO

Participantes

A recolha da amostra foi realizada no IPG junto dos estudantes de quatro licenciaturas da Escola Superior de Tecnologia e Gestão. Participaram 135 estudantes com idades compreendidas entre os 18-48 anos (M=21.8), na maioria do género feminino (67.4%), que considerou ter um estatuto socioeconómico médio (9.6% baixo e 3.0% alto).

Em relação aos comportamentos de saúde, maior parte dos estudantes (64.4%) referiu ter cuidado com a alimentação. Em relação ao número de refeições, 4.4% indicaram saltar pelo menos uma das principais refeições diárias, 61.5% ficam-se pelas 3 principais refeições diárias e 32.6% referem consumir mais de 5 refeições por dia. Ao nível da prática regular de exercício físico, apenas 40.7% que o fazia. A maioria dos estudantes aparentava peso normal (73.3%), todavia, 3.7% encontravam-se abaixo do peso e 19.3% com excesso de peso.

Relativamente à saúde mental, a grande maioria dos estudantes afirmou que nunca teve acompanhamento psicológico (97.0%). Ao nível do ciclo do sono, a grande maioria (74.8%) referiu não ter problemas do sono, no entanto 4.4% referiu dormir menos de 6 horas diárias e 60.7% afirmou dormir 6 horas, o que é considerado insuficiente para a população em estudo.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico: Utilizado para a recolha de dados sociodemográficos, como género, idade, estado civil, nível socioeconó-

mico; informação relativa ao percurso escolar, informações acerca do estado e comportamentos de saúde (qualidade do sono, cuidados alimentares, prática regular de atividade física e consumo de substâncias).

Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS): Optou-se pelo QACS para avaliar o estilo de vida e comportamentos de saúde adotados pelos estudantes, desenvolvido por Ribeiro (2004) num estudo com uma população juvenil. O questionário baseia-se nos itens da Secção de *Wellness* do *Life-Style Asessment Questionnaire* (LAQS) de Hetler, que avalia a perceção do indivíduo quanto ao seu comportamento habitual, no dia-a-dia. É constituído por 28 itens agrupados em cinco categorias: Exercício Físico (3 itens); Nutrição (5 itens); Autocuidado (11 itens); Segurança Motorizada (3 itens); e Uso de Drogas ou Similares (6 itens). A resposta aos itens é dada numa escala ordinal de cinco posições entre "quase sempre" num extremo da escala e "quase nunca" no extremo oposto (Pais Ribeiro, 2004).

Escala de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP): Escala adaptada para a população universitária portuguesa por Monteiro, Tavares e Pereira (2012), para a avaliação do bem-estar psicológico em estudantes universitários. É constituída por 25 itens e por seis fatores: Felicidade (8 itens); Sociabilidade (4 itens); Controlo de Si e dos Acontecimentos (3 itens); Envolvimento Social (3 itens); Autoestima (4 itens); e Equilíbrio (3 itens). As respostas são dadas pelos respondentes numa escala ordinal de cinco posições entre "Nunca", num extremo e "Quase sempre" noutro extremo (Monteiro, Tavares & Pereira, 2012).

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS): A HADS foi desenvolvida, originalmente, por Zigmond e Snaith, em 1983, para auxiliar os clínicos a detetar componentes emocionais da doença física (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007), tendo sido adaptada para a população portuguesa por Silva, Pais e Cardoso, em 2006. A HADS é constituída por 14 itens e subdivide-se em 2 subescalas, uma para avaliação de sintomatologia ansiosa (7 itens) e a outra para medir a depressão (7 itens). A pontuação de cada item varia entre 0 e 3, sendo que a pontuação total varia entre 0 a 42. Analisando as pontuações obtidas em cada subescala, é passível de se afirmar que entre 0 e 7 se situam os resultados normativos, entre 8 e 10 são interpretados como casos

em que pode existir dúvida, e acima de 11 considera-se a presença clinicamente significativa de perturbação do humor (Silva, Ribeiro & Cardoso, 2006).

Procedimentos

O presente projeto de investigação foi aprovado pela Direção da Escola Superior de Gestão do IPG, tendo a recolha da amostra decorrido no período de 14 de janeiro de 2019 a 14 de março de 2019 nas instalações do IPG. Os alunos foram convidados a participar no estudo no início da aula, sendo que numa primeira fase se procedeu à leitura e assinatura de um consentimento informado, que antecedeu a passagem dos questionários.

No tratamento e análise dos dados optou-se pelo *software Statistical Package for Social Science*® (SPSS) versão 23.0 para o *Windows*, e para a estatística inferencial testes *t* de *Student* para se verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos.

RESULTADOS

O valor médio obtido na HADS foi de 11.86 (*DP*=5.67), sendo que em média, a subescala da Depressão apresentou valores inferiores (*M*=4.46; *DP*=2.84) à subescala da Ansiedade (*M*=8.05; *DP*=4.09). Mais especificamente, aferiu-se que, dos participantes, 31 apresentou possível presença de sintomatologia ansiosa, 34 presença clinicamente significativa de sintomatologia ansiosa e 67 apresentaram valores normativos. Já no caso da sintomatologia depressiva, 16 apresentaram possível presença de sintomatologia e apenas 4 apresentaram presença clinicamente significativa, sendo que 111 dos participantes obtiveram resultados normativos. Na EMMBEP, verificou-se que o valor médio total se situava em 95.4 (*DP*=14.32), mais próximo do valor máximo da escala revelando que, em média, os participantes aparentam ter uma boa perceção de bem-estar. Os valores médios foram mais baixos nos fatores "Envolvimento Social" (*M*=10.89; *DP*=2.20) e "Controlo de Si e dos Acontecimentos" (*M*=10.94;

DP=2.30), indicando que os participantes percecionam menor sensação de envolvimento social, motivação e sensação de controlo de si e dos acontecimentos, embora ainda se situem mais próximo do valor máximo do que do mínimo. Na escala QACS obteve-se um valor médio de 71.5 *(DP*=16.10), valor mais próximo do mínimo do que do máximo, o que demonstra que os participantes, em média, assumiram comportamentos protetores de saúde. As categorias "Exercício Físico" (*M*=3.26; *DP*=3.54) e "Nutrição" (*M*=3.06; *DP*=5.15) obtiveram valor médio mais alto, o que significa que os participantes assumiram menor empenho em manter a condição física e no cuidado na escolha de alimentos saudáveis.

Diferenças em função do Género

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos na HADS ($p<.05$), sendo que as mulheres apresentaram valores mais elevados, indicando maior sintomatologia depressiva e/ou ansiosa em relação aos homens. Nos instrumentos QACS e EMMBEP, embora os homens tenham apresentado valores que indicam maior perceção do bem-estar psicológico e menor predisposição aos comportamentos protetores de saúde, não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre géneros ($p>.05$) (Tabela 1).

Tabela 1

Diferenças na HADS, na EMMBEP e na QACS em função do género

	Género	*n*	*M (DP)*	*t*	*p*
HADS	Feminino	88	12.80 (5.77)	2.12	0.036
	Masculino	42	10.36 (5.19)		
EMMBEP	Feminino	82	94.45 (14.58)	-1.12	.265
	Masculino	35	97.69 (13.63)		
QACS	Feminino	72	70.56 (17.09)	-0.85	.397
	Masculino	34	73.41 (13.82)		

Diferenças em função dos hábitos de sono

Em relação aos hábitos de sono, formaram-se dois grupos: os participantes que consideram ter problemas ao nível sono e aqueles que consideram dormir bem. Nesse sentido, encontraram-se diferenças estatisticamente

significativas entre grupos na HADS, onde os participantes que assumiram ter problemas de sono aparentaram pontuações mais elevadas na HADS, congruentes com maior predisposição à sintomatologia depressiva/ansiosa (Tabela 2).

Tabela 2

Diferenças na HADS, na EMMBEP e na QACS em função da qualidade do sono

	Qualidade do sono	*n*	*M (DP)*	*t*	*p*
HADS	Boa	97	11.35 (5.73)	-2.19	.030
	Má	31	13.87 (5.04)		
EMMBEP	Boa	88	96.38 (14.08)	1.38	.172
	Má	28	92.11 (8.72)		
QACS	Boa	79	70.22 (14.72)	-1.31	.192
	Má	26	75.00 (19.83)		

Diferenças em função dos comportamentos de saúde adotados

Em relação ao comportamento alimentar foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre estudantes que afirmaram ter e não ter cuidado com a alimentação nas três variáveis (cf. Tabela 3), sendo que os alunos que referiram ter cuidados ao nível da alimentação também apresentaram menor tendência à sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, maior perceção de bem-estar e mais comportamentos protetores de saúde.

Tabela 3

Diferenças na HADS, na EMMBEP e na QACS em função do cuidado com a alimentação

	Cuidados com a alimentação	*n*	*M (DP)*	*t*	*p*
HADS	Sim	85	11.05 (5.52)	2.15	.034
	Não	44	13.27 (5.69)		
EMMBEP	Sim	76	97.74 (13.78)	-2.45	.016
	Não	40	91.00 (14.65)		
QACS	Sim	68	64.29 (13.42)	7.94	.000
	Não	37	85.00 (11.45)		

No que concerne à prática regular de exercício físico, apenas foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas no QACS, sendo que os estudantes que referiram uma prática regular de exercício físico evidenciaram maior tendência para a adoção de comportamentos protetores de saúde (cf. Tabela 4).

Tabela 4

Diferenças na HADS, na EMMBEP e na QACS em função da prática regular de exercício físico

	Prática regular de exercício físico	*n*	*M (DP)*	*t*	*p*
HADS	Sim	53	11.92 (5.89)	0.11	.917
	Não	77	11.83 (5.55)		
EMMBEP	Sim	46	96.87 (15.57)	0.88	.380
	Não	71	94.48 (13.49)		
QACS	Sim	44	66.43 (14.96)	-2.80	.006
	Não	62	75.05 (16.04)		

DISCUSSÃO

A presente investigação teve como objetivo principal analisar a adoção de Comportamentos de Saúde, o nível de Bem-Estar Psicológico e de Sintomas Psicopatológicos nos estudantes do IPG. Para tal, tiveram-se em conta algumas variáveis sociodemográficas, a qualidade do sono, assim como os comportamentos de saúde e de risco dos estudantes.

Em relação aos comportamentos de saúde, os resultados demonstram que quase um quarto da amostra referiu problemas ao nível do sono e 65% afirmou dormir menos de 7 horas por dia. O estudo realizado por Nogueira e Sequeira (2017) indicou que 57.5% dos universitários refere dormir menos de 7 horas por dia e 64.4% consideram que o tempo que dormem é insuficiente, o que é semelhante aos nossos resultados. Relativamente aos comportamentos alimentares, 64% dos participantes afirmam ter cuidados com alimentação e o cálculo do IMC indicou que 73% tinham um peso normal, porém 19% tinha excesso de peso. Estes resultados aproximam-se dos obtidos por Lucas (2014), onde 75% estudantes do ensino superior apresentavam peso normal e 16% excesso de peso. Em relação à atividade

física, 59% dos nossos participantes afirmou não praticar exercício físico regularmente. Também Silva, Borrego, Ferreira e Lavado (2012) verificaram que apenas 41% dos estudantes que participaram no estudo referiam fazer exercício físico regularmente. Os resultados no nosso estudo revelam, pois, uma menor prática de exercício físico regular e uma maior taxa de excesso de peso.

Os resultados na HADS revelaram que 23% dos estudantes exibia possível presença de sintomatologia ansiosa e 25% apresentava sintomatologia ansiosa clinicamente significativa. Estes resultados parecem ir ao encontro do estudo nacional com estudantes do ensino superior realizado por Cruz (2008), em que 55% da amostra evidenciou presença de sintomatologia de ansiosa. No caso da subescala "Depressão", os resultados foram inferiores, sendo que cerca de 12% dos estudantes apresentava possível sintomatologia depressiva e 3% sintomatologia depressiva clinicamente significativa. Estes dados não corroboram os dados obtidos por Almeida (2014), em que 58.9% dos estudantes apresentavam sintomatologia depressiva, o que pode dever-se, pelo menos em parte, à utilização de diferentes instrumentos de avaliação.

Na EMMBEP, os resultados obtidos apontam para uma média mais próxima do valor máximo da escala, o que indica uma boa perceção de bem-estar psicológico. Estes dados corroboram o estudo de Figueiras (2017), que encontrou uma média de 75 (sendo o valor mínimo é 30 e o máximo 130) para o bem-estar psicológico, o que também corresponde a uma boa perceção de bem-estar psicológico em estudantes do ensino superior.

Em relação aos comportamentos protetores de saúde, a média do QACS situou-se mais próxima do valor mínimo do que do valor máximo, indicando uma tendência positiva para a adoção de comportamentos protetores de saúde. Os estudantes apresentam menor empenho nas questões relacionadas com o exercício físico e a nutrição. Estes resultados corroboram o estudo de Figueiredo (2015) ao nível do exercício físico, mas não ao nível da nutrição uma vez que a população do referido estudo expressou maior preocupação com a escolha de alimentos saudáveis. Os resultados obtidos não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas no total da EMMBEP entre os géneros, o que corrobora os estudos anteriores onde também não encontraram diferenças entre géneros (Cordeiro, Lobo & Coelho, 2017; Monteiro, 2008).

No QACS também não se encontraram diferenças entre os géneros nos comportamentos protetores de saúde. Os dados obtidos não estão de acordo com os resultados de Nabais (2014) que, num estudo com adolescentes e jovens adultos, encontrou diferenças estatisticamente significativas entre géneros, onde os participantes do género feminino apresentaram, em média, comportamentos protetores de saúde superiores aos do género masculino.

Relativamente à HADS, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre géneros, existindo maior tendência para a sintomatologia depressiva e/ou ansiosa em estudantes do género feminino. Estes dados corroboram o estudo de Almeida (2014), em que se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, com maior prevalência de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa em estudantes do género feminino.

Uma das principais limitações do estudo associa-se ao tamanho reduzido da amostra, recolhida por conveniência, não permitindo que que os resultados possam ser generalizados para outras populações. Outra limitação relaciona-se com a utilização de questionários de autorresposta, impossibilitando garantir que as respostas dadas não tenham sido deturpadas e influenciadas pela desejabilidade social. Como última limitação, a escassez de estudos não permitiu uma análise exaustiva aos construtos abordados, assim como uma discussão mais detalhada. Assim parece-nos importante desenvolver novos estudos sobre a relação entre a adoção de comportamentos de saúde e a saúde mental em estudantes.

REFERÊNCIAS

Almeida, J. (2014). *A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: Estudo de prevalência e correlação* (Tese de doutoramento). Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

Araújo, E. (2015). *Comportamentos de risco em jovens universitários: Consumo de substâncias psicoativas* (Dissertação de mestrado). Ponta Delgada: Universidade dos Açores, Portugal.

Boscolo, R., Sacco, I., Antunes, H., Mello, M., & Tufik, S. (2007). Avaliação do padrão de sono, atividade física e funções cognitivas em adolescentes escolares. *Revista Portuguesa Ciências do Desporto 7*(1), 18-25.

Cordeiro, S., Lobo, C., & Coelho, A. (2016). Contributos para o estudo da relação entre bem-estar psicológico e ajustamento académico. *Livro de atas do IV Seminário Internacional Cognição, Aprendizagem e Desempenho*, 148-161.

Cruz, M. (2008). *Ansiedade e bem-estar na transição para o ensino superior: O papel do suporte social* (Dissertação de mestrado). Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.

Figueiras, M. (2017). *A relação entre bem-estar psicológico, autoestima e felicidade: Diferenças entre alunos do ensino superior privado e alunos do ensino superior público em Portugal* (Dissertação de mestrado). Porto: Universidade Fernando Pessoa, Portugal.

Figueiredo, J. (2015). *Comportamentos de saúde, costumes e estilos de vida – Indicadores de risco epidemiológico: Avaliação de estados de saúde e doença* (Tese de doutoramento). Coimbra: Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal.

Lucas, J. (2014). *Hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior* (Dissertação de mestrado). Guarda: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda, Portugal.

Monteiro, S. (2008). *Optimismo e vinculação na transição para o ensino superior: Relação com sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico* (Dissertação de mestrado). Aveiro: Departamento de Ciências da Educação, Universidade de Aveiro.

Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2012). Adaptação portuguesa da Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico com estudantes universitários – EMMBEP. *Psicologia, Saúde & Doenças, 13*(1), 66-77.

Nabais, L. (2014). *Comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos da região de Lisboa: Perspectivas de prevenção* (Tese de doutoramento). Lisboa: Universidade Aberta, Portugal.

Nogueira, M., & Sequeira, C. (2017). A saúde mental em estudantes do ensino superior: Relação com o género, nível socioeconómico e os comportamentos de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 5*, 51-56.

Reis, M., Matos, M., & Equipa Aventura Social (2017). *Comportamentos de saúde dos jovens universitários portugueses – Dados nacionais de 2016*. Lisboa: Aventura Social.

Ribeiro, J. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e proteção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica, 21*(2), 387-397.

Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2), 225-237. doi: 10.1080/13548500500524088

Silva, I., Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2006). Contributo para a adaptação da Hospital Anxiety and Depression Scale à população portuguesa com doença crónica. *Psychologica, 41*, 193-204.

Silva, P., Borrego, R., Ferreira, V., Lavado, E., Melo, R. Rowland, J., & Truninger, M. (2012). *Consumos e estilos de vida no ensino superior: O caso dos estudantes da ULisboa – 2012.* Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD).

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

CONJUGALIDADE TEM FIM. PARENTALIDADE NÃO!: OFICINA DE PAIS E FILHOS

Joan Rios[1], Danieli Teófilo[1], Gleiciane Van Dam[1], & Heleiny Lettiere[1]
[1] Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil

De acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ)(Brasil, 2015) diversas são as iniciativas de implementar a Oficina de Pais e Filhos, inclusive em outros países, cuja proposta é oportunizar reflexões acerca dos conflitos existentes ao longo do processo de Divórcio visto que nesse momento de transição, com o fim da conjugalidade, a família passa para uma relação de parentalidade.

A Oficina de Pais e Filhos, também chamada de Oficina da Parentalidade, é um programa educacional, preventivo e multidisciplinar, direcionado às famílias que enfrentam a fase de reestruturação familiar, motivada pela ruptura do laço conjugal do casal, com o intuito de auxiliar todos os seus integrantes a superarem as eventuais dificuldades inerentes à esta fase, sem maiores traumas, sobretudo para os filhos. Tem como principal intuito mediar os conflitos em prol do bem-estar de todos buscando a harmonia entre os pais, mesmo separados, e um bom relacionamento com os filhos (Brasil, 2015).

Tal iniciativa tem gerado muitos benefícios ao longo do processo de Divórcio e para além da conclusão deste. Os pais que participam das Oficinas, que acabam sendo tocados, vão para as mediações ou audiências judiciais tendo um pouco mais de clareza acerca dos pontos positivos e negativos que suas atitudes podem gerar (Cezar-Ferreira, 2011). Dessa forma, estima-se que as decisões a serem tomadas entre as partes podem correr de forma mais satisfatória, pensando na qualidade de vida de todos, principalmente dos filhos, que acabam geralmente sendo muito prejudicados pelos conflitos causados por este período de transição (Almeida & Monteiro, 2012).

A Oficina de Pais e Filhos passa assim a ter uma grande importância, pois através da mesma pode-se oferecer apoio frente aos conflitos existentes e ao sofrimento advindo destes, buscando proporcionar aos pais, mães e filhos uma reflexão acerca de suas atitudes, visando o bem-estar e a saúde mental de todos que antes formavam uma família e que a partir de então passam a exercer uma relação de parentalidade (Sobolewski & King, 2005).

O objetivo geral da Oficina de Parentalidade é então empoderar os pais para que eles tenham condições de protagonizar a solução de seus próprios conflitos, sem a necessidade de intervenção constante do Poder Judiciário, responsabilizando-se pela sua vida e pela vida de seus filhos, mostrando-lhes o impacto de suas condutas na vida de seus filhos e a possibilidade do exercício de uma parentalidade mais saudável e colaborativa. Para os filhos o objetivo do projeto é auxiliar na pacificação das relações ajudando os filhos a compreenderem a fase difícil que é divórcio e seus efeitos danosos nos conflitos vividos, procurando ajudá-los a ter mais estabilidade emocional nas suas relações parentais (Brasil, 2015). A Oficina de Pais e Filhos proporciona a todos uma escuta qualificada e um espaço acolhedor para as demandas dos pais, adolescentes e crianças, utilizando-se do sigilo profissional e institucional, de modo a sentiram-se confortáveis e livres para compartilhar (Faber & Mazlish, 2003).

O divórcio representa uma quebra de um ciclo na família, muitas vezes antecipando o afastamento de uma das figuras parentais ou fragilizando o relacionamento e diálogo entre o casal parental e o(s) filho(s). Em algumas situações, os filhos, são envolvidos nos conflitos dos pais, sentindo-se numa verdadeira guerra e muitas vezes, encontram-se como sobreviventes em busca do amparo (Hack & Ramires, 2014).

As reflexões sobre o divórcio parental têm sido foco frequente de pesquisas, que de modo geral identificam nesta transição familiar um momento de fragilidade o que pode fazer emergir nos filhos ressentimentos, decepções, culpas e sintomas, aumentando os riscos de alterações difíceis na infância e na adolescência tais como as fugas, delitos, baixo desempenho escolar, delinquência, criminalidade e gravidez precoce em virtude da falta da figura do pai quando da ausência do convívio com o mesmo ou como consequência de processos de alienação parental. É preciso entender que estas dificuldades que se instalam e se incrementam

são associadas à vivência do divórcio parental ou ao menor investimento dos pais nos cuidados parentais (Hack & Ramires, 2014).

A importância da Psicologia no Poder Judiciário é expressiva pois profissionais atuantes nas Varas de Família, por exemplo, são necessários por haver questões pertinentes como os litígios que acabam desencadeando uma grande carga emocional nos envolvidos e gerando consequências à saúde mental destes (Simão, 2009). Diante disso, a Psicologia é colocada a serviço dos fins do direito, podendo contribuir para a sensibilização de todos os litigantes a ainda auxiliar os ex-cônjuges, e principalmente os filhos menores, a enfrentar as incertezas e os problemas decorrentes da separação e do divórcio. Pode, também, incentivar a pesquisa e difundir as suas competências científicas, assim como criar instrumentos específicos capazes de identificar os fatores de dissociação entre o processo jurídico e o processo psicológico de separação e de divórcio. Ao auxiliar a Justiça a se tornar mais ágil e eficaz, assim como evitar a judicialização de fatos possíveis de serem resolvidos na instância da mediação, os psicólogos auxiliam a superação da crise no sentido da reconstrução familiar oportunizando aos mesmos uma relação mais saudável, estável e benéfica entre todos. Como a família é um lugar de transformações, a Psicologia Jurídica deve acompanhar as mudanças e evitar a banalização do processo jurídico. Em síntese, a Psicologia Jurídica pode ajudar a contextualizar os fenômenos jurídicos, a religar conhecimentos e a promover valores humanos como a dignidade e a cidadania contribuindo para o bem-estar social com as mudanças oriundas dos processos de Divórcio, por exemplo (Trindade, 2007).

Buscando um maior alcance dos benefícios que a Oficina de Pais e Filhos pode proporcionar, esta passou a ser realizada na Universidade de Fortaleza (UNIFOR) em convênio com o Fórum Clóvis Beviláqua, fórum responsável pela comarca de Fortaleza, cujas oficinas já estavam implementadas por iniciativa do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e sendo realizadas pelo Centro Judiciário de Soluções de Conflitos (CEJUSC) desde 30 de julho de 2014 (Ceará, n.d.).

O objetivo deste estudo está assim em divulgar a Oficina de Pais e Filhos, projeto em expansão pelo Brasil, e ainda apontar os resultados obtidos com a utilização desta iniciativa junto às famílias participantes deste projeto na Universidade de Fortaleza em prol da manutenção e apoio à saúde mental dos envolvidos nos processos de Divórcio.

MÉTODO

A implementação da Oficina de Pais e Filhos na Universidade de Fortaleza teve início em fevereiro de 2017. Inicialmente foi realizado o planejamento das atividades e o treinamento dado à equipe de estagiários que atuariam nas oficinas. A equipe era composta, em média, por semestre, por 12 estagiários da graduação em Psicologia em estágio na área de Processos Educativos e Sociais. Após treinamento concluído deu-se início a seleção dos processos judiciais relativos a Divórcio que corriam no Escritório de Práticas Jurídicas (EPJ) do núcleo do Direito da UNIFOR. Foi feita pesquisa nos autos dos processos em busca de informações importantes como: requeridos e requerentes, nome e idade dos filhos que as partes tiveram no casamento, formas e meios de contato, a atual situação do processo e se havia data marcada para audiência de conciliação.

Todos os dados foram de suma importância para caracterização dos participantes e no contato telefônico que os estagiários realizavam para o convite das partes em comparecer às oficinas, juntamente com seus filhos. Com as confirmações de presença, eram confeccionados os certificados de participação e as declarações de justificativa para trabalho (pais) e/ou escola (filhos).

As oficinas ocorreram quinzenalmente às segundas-feiras sob a orientação da professora Ms. Joan Rios, coordenadora do projeto na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). A equipe de estagiários fazia a recepção e controle da ficha de frequência e dividia e encaminhava as partes (pais, mães, crianças e adolescentes) para suas respectivas salas, sendo consideradas crianças as de 6 a 10 anos de idade e adolescentes os de 11 a 17 anos. Para um melhor andamento, a Oficina acontecia em quatro salas reservadas, sendo duas para os pais e mães distribuídos de forma mista e as outras duas para crianças e adolescentes.

Em cada sala eram desenvolvidas atividades com a temática *Divórcio*. Para os pais apresentação em power point e discussão; para os filhos, levando-se em consideração a faixa etária, usava-se historinhas, teatro com fantoches, desenhos direcionados e livres, os melhores momentos em família, entre outras atividades, para as crianças e, para os adolescentes, era apresentado material para discussão e reflexão através do power point, dinâmicas, atividades, vídeos entre outras atividades.

Após o término das atividades os pais recebiam os certificados de participação e eram direcionados às salas onde seus filhos se encontravam para que estes fossem entregues aos responsáveis pela guarda do filho. Findo todo o processo, os estagiários se reuniam com a professora orientadora do estágio para o fechamento do dia promovendo uma reflexão acerca das atitudes, sofrimentos e conflitos existentes nos participantes em relação ao divórcio e verificando a necessidade de suporte emocional pontual, psicodiagnóstico ou encaminhamento para atendimento clínico de algum participante da oficina.

RESULTADOS

A Oficina de Pais e Filhos ocorreu entre maio de 2017 e junho de 2018 tendo sido realizadas neste período um total de 17 oficinas nas quais participaram 183 pais e mães, 66 adolescentes e 82 crianças.

Como toda mudança leva a resistências, com a Oficina de Pais e Filhos não foi diferente. Houve momentos muito delicados, pois algumas vezes sentiu-se a resistência de algumas das partes em comparecer devido a questões ligadas ao processo ou mesmo envolver-se nas atividades propostas. Nesse sentido, foi preciso deixar claro que a oficina não tinha o objetivo de fornecer material para ser colocado nos processos judiciais e nem estava a apontar culpados e/ou inocentes, e sim proporcionar um espaço de reflexão e como conduzir, da melhor forma possível, suas atitudes e a relação com o ex-cônjuge e com os filhos durante as situações de conflitos.

Através de reflexões acerca dos conflitos existentes nesse momento de transição, no qual a família passa para uma relação de parentalidade percebeu-se que os benefícios da Oficina de Pais e Filhos estenderam-se para além do núcleo familiar em foco e auxiliaram na redução de situações de alienação parental e desequilíbrios emocionais causados pela ruptura da conjugalidade.

Isto pode ser constatado durante as atividades realizadas quando eram permitidos momentos de debate para que os participantes pudessem expor e dividir suas experiências. Nestes momentos a escuta e a acolhida diante das demandas foram de fundamental importância ao processo pois tanto adultos quanto crianças e adolescentes puderam sentir-se acolhidos em seu luto pela

perda da conjugalidade. As atividades desenvolvidas com crianças e adolescentes deixou registrado entre desenhos, falas, lágrimas e jogos o quanto esse momento de acolhida e aceitação do luto foi importante a cada participante. O debate entre os adultos, quando os mesmos podiam expor suas questões pessoais e ouvir outras pessoas em situação parecida ou mesmo idêntica, gerou nos presentes um sentimento de pertença, de identificação, fato constatado tanto nas falas durante a participação dos mesmos quantos nas fichas de avaliação preenchidas ao final das oficinas. No material coletado verificou-se a importância de se abrir momentos de reflexão como o oportunizado pelas Oficinas de Pais e Filhos para que os envolvidos pudessem ser sensibilizados sobre si mesmos e as outras pessoas envolvidas neste processo.

DISCUSSÃO

O divórcio representa uma quebra no ciclo familiar e pode levar ao adoecimento psíquico pela não aceitação deste processo, alienação parental, entre outros aspectos possíveis (Cezar-Ferreira, 2011). A Oficina de Pais e Filhos é uma estratégia adotada no Brasil que visa sensibilizar os pais sobre a condução do divórcio e dar apoio a crianças e adolescentes sobre este contexto através de um viés psicoeducativo.

A Oficina não pretende assim apenas levar a pessoa à reflexão, mas também oferecer recursos para que a mesma crie alternativas de ação, e apresentar a necessidade dos pais de elegerem focos de atenção, sobre si mesmos e sobre seus filhos (Faber & Mazlish, 2003). Estes focos contemplam a necessidade de procurar ajuda de especialistas, uma vez que isto não implica em fraqueza, mas no fato de reconhecer que a partir disso poderá haver mudanças significativas na relação com seus filhos e o ex-cônjuge procurando qualificar a relação (Sobolewski & King, 2005). A Oficina também proporciona às crianças e aos adolescentes a oportunidade de expressar seus sentimentos, quando os pais não os devem invalidar ou menosprezá-los, pois respeitar os filhos é parte do processo de reflexão. A proposta é de ter uma relação com qualidade com os filhos e incentivá-los na relação com o outro.

A maneira como a Oficina se desenvolve para os pais, crianças e adolescentes é de forma dinâmica e diversificada. No decorrer do trabalho desenvolvido os participantes conversam sobre suas vidas, seu cotidiano e suas preferências enquanto refletem, emocionam-se, desenham, recortam, colam e criam. Aprendem a fazer juntos uns com os outros, trocam ideias, compartilham vivências. Isto proporciona a possibilidade de aprender na prática como lidar com temas tão atuais e relevantes na sociedade, como divórcio, alienação parental (Barbosa & Castro, 2013), guarda compartilhada, comunicação violenta e não violenta (Rosenberg, 2006), empoderamento e empatia, dentre outros. Fomenta o desenvolvimento social e o espírito crítico de todos os envolvidos, bem como pauta a atuação social cidadã.

É possível concluir que o trabalho da Oficina de Pais e Filhos diante da proporção que hoje o divórcio vem tomando, é de extrema relevância para a saúde psicológica não só dos pais, mas principalmente, dos filhos. Esses são os mais prejudicados no decorrer do processo, pois passam por diversas etapas, muitas vezes, invasivas diante da sua antiga e da nova constituição familiar (Kuehnle & Drozd, 2012). Poder ver esses jovens tomando ciência de que não são os responsáveis pelas atitudes dos pais e também, pelo divórcio dos mesmos, é fundamental para um desenvolvimento saudável dessas crianças e adolescentes. Concebe-se então que os objetivos iniciais estabelecidos pela Oficina de Pais e Filhos foram alcançados, de modo que foi possível estabelecer contato com os participantes e principalmente promover a conscientização de pais e filhos, um grande primeiro passo.

Com uma melhor conscientização dos pais as tomadas de decisão no processo judicial puderam correr de forma mais satisfatória via mediação dos conflitos e em prol do bem-estar de todos.

REFERÊNCIAS

Almeida, N., & Monteiro, S. (2012). *Os meus pais já não vivem juntos: Intervenção em grupo com crianças e jovens de pais divorciados*. Lisboa: Coisas de Ler.

Barbosa, L., & Castro, B. (2013). *Alienação parental: Um retrato dos processos e das famílias em situação de litígio*. Brasília: Liber Livros.

Brasil. (2015). *Pais e filhos: Cartilha da Oficina de Pais e Filhos para os instrutores*. Retrieved from www.cnj.jus.br

Ceará, T. J. E. C. (n.d.). *Oficina Pais e Filhos no Ceará é referência para outros estados – TJCE*. Retrieved from Tribunal de Justiça do Estado do Ceará website: https://www.tjce.jus.br/noticias/oficina-pais-e-filhos-no-ceara-e-referencia-para-outros-estados/

Cezar-Ferreira, V. (2011). *Família, separação e mediação: Uma visão psicojurídica* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Forense.

Faber, A., & Mazlish, E. (2003). *Como falar para seu filho ouvir e como ouvir para seu filho falar*. São Paulo: Summus Editorial.

Hack, S., & Ramires, V. (2014). Deprivação e a tendência antissocial no adolescente face ao divórcio parental. *Contextos Clínicos*, *7*(2), 133-144. Retrieved from www.dx.doi.org/10.4013/ctc.2014.72.02

Kuehnle, K., & Drozd, L. (Eds.). (2012). *Parenting plan evaluations: Applied research for the family court*. New York: Oxford University Press.

Rosenberg, M. B. (2006). *Comunicação não violenta: Técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. São Paulo: Editora Ágora.

Simão, R. (2009). A imprescindível atuação interdisciplinar para uma justiça de família, infância e juventude mais efetiva. In B. M. Paulo (Ed.), *Psicologia na prática Jurídica: A criança em foco* (pp. 21-46). Niterói: Ímpetus.

Sobolewski, J. M., & King, V. (2005). The importance of the coparental relationship for nonresident fathers' ties to children. *Journal of Marriage and Family*, *67*(5), 1196-1212. https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2005.00210.x

Trindade, J. (2007). *Manual de psicologia jurídica para operadores do direito* (3ª ed.). Porto Alegre: Livraria do Advogado.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO COM MÃES EM UMA UTI PEDIÁTRICA

Carla Laino Cândido[1] (✉ www.psicologavirtual.com.br)
[1] Saúde Mental Pediatria, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Nos dias atuais as UTIs abrigam tanto doentes graves com uma progressão favorável para viver quanto aqueles que se encontram gravemente doentes, em risco de vida e que mantém condição potencialmente reversível através do uso de procedimentos e aparelhos sofisticados. Junte-se a isso o endosso do mito da imortalidade do corpo presente nas sociedades industriais, e temos um contexto social contemporâneo em que, entre a vida e a morte, há uma produção imaginária que tenta dar conta da precariedade da existência.

A partir disso, podemos prever que a internação imediata na UTI pediátrica representa a separação de casa, do convívio familiar, além de exposição a rotinas e exames que, muitas vezes, agridem física e emocionalmente a criança-paciente e sua mãe-acompanhante. A hospitalização pode se constituir, portanto, em uma experiência estressante, demandando profunda capacidade de adaptação ao processo, com equipe, família e paciente oscilando entre momentos mais e menos estruturados psiquicamente. Dessa maneira, a assistência psicológica em esquema de alojamento conjunto pediátrico é parte de um trabalho amplo que envolve distintos agentes expostos a diferentes sentimentos que podem acarretar sofrimento psíquico. É por essa razão que o surgimento de sintomas graves que exigem hospitalização em UTI demanda a função do psicólogo tanto para possibilitar aos "internados" simbolizar aspectos subjetivos da experiência bem como identificar quais são os principais conflitos psíquicos presentes no processo de comunicação entre os diferentes agentes envolvidos no processo. A partir daí esperamos indicar quais são os prováveis focos psicodinâmicos de atendimento que norteie o trabalho de psicoterapia breve de apoio no ambiente da terapia intensiva.

MÉTODO

Participantes

Mães-acompanhantes entre 15 e 45 anos; 70,6% entre 20 e 40 anos, 70,6% com mais de um filho, 64,7% eram do lar, 70,6% casadas e 52,9% com segundo grau completo.

Material

Foi utilizada a entrevista de triagem semi-estruturada em forma de um protocolo objetivo contendo temas-chave cujo foco era o de alcançar, num *setting* menos ansiogênico, com disponibilidade para a escuta da narração espontânea, as significações (sentidos pessoais e coletivos) que o fenômeno da internação ganhava para as mães, incluindo aí o acesso a conteúdos inconscientes, promovendo uma reconstrução narrativa para fora dos limites das situações padronizadas. Os tópicos eram referentes ao tipo de diagnóstico (congênito, agudo, cronico, investigação), ao motivo de internação, presença de outros transtornos, passado/história hospitalar, nível de informação, percepção do quadro, expectativas, adesão ao tratamento, aspectos reativos/enfrentamento, dinâmica familiar, suporte social, dúvidas sobre o processo.

Procedimentos

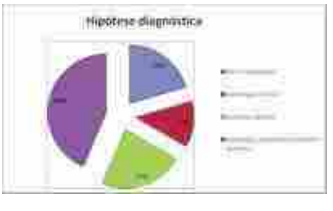
Coleta: na UTI pediátrica UNIFESP/São Paulo (Brasil), com capacidade para 9 leitos. Os dados foram coletados a partir de 200 protocolos de triagem preenchidos em entrevista inicial com as acompanhantes das crianças internadas entre setembro de 2013 e dezembro de 2014, escolhidas aleatoriamente, independentemente da doença e tempo de internação. Quando os dados tornaram-se repetitivos em termos de aspectos simbólicos importantes sobre a experiência, considerou-se atingida a saturação teórica (Spink, 2003).

Os dados foram classificados através dos tópicos enumerados acima, agrupados em 10 temas, resultando em gráficos que, a partir de análise qualitativa, indicaram representações relevantes na experiência de

internação, possibilitando-nos o aprofundamento sobre a qualidade da vivência (Agiar & Ozella, 2006). A partir do levantamento estatístico baseado nos tópicos do protocolo (registrados nos gráficos), em seguida, optou-se por uma abordagem qualitativa de interpretação dos dados depurados da entrevista semi-estruturada compreendendo tanto os relatos livres (obtidos a partir das histórias e afetos eliciados durante a triagem) quanto dos gráficos. Essa articulação foi analisada a partir das contribuições teóricas da psicanálise e da experiência clínica da autora. Pretendemos compreender o fenômeno da internação da criança para as acompanhantes interpretando os gráficos, analisando-os e correlacionando dimensões, desenvolvendo um modelo de entendimento de ligações entre os elementos.

RESULTADOS

Hipótese diagnóstica



Como o próprio nome diz, trata-se de um diagnóstico provisório que, durante o processo de internação poderá ser revisto. Na UTI trata-se sempre de algum tipo de investigação envolvendo quadros clínicos "instáveis" e falta de controle e previsibilidade, o que provoca, via de regra, altos níveis de angústia. De forma geral, quanto maior o convívio com o ambiente, maior foi a capacidade de se adequar aos limites impostos pela nova internação. Mães lidando com quadro agudo (doenças infecto contagiosas/ acidentes) sequer dispõem de tempo suficiente para assimilar o conteúdo traumático. Cabe acentuar, portanto, que o tempo de convivência com a doença delimita algumas características importantes no processo de enfrentamento.

História pregressa

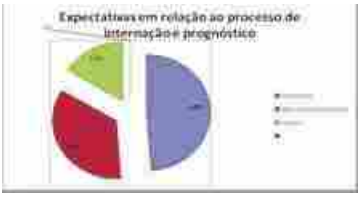
Chamou-nos atenção a quantidade de problemas anteriores vivenciados pela mães que se relacionam às 4 diferentes instituições de saúde que frequentou. A precariedade da saúde pública no Brasil é alarmante e influencia de maneira negativa no vínculo de confiança que as mães estabelecem com os profissionais da equipe. Tal item aponta para o quanto o psicólogo terá que focar a relação entre a família e a equipe, resgatando e fortalecendo vínculos de confiança e comunicação.

Nível de informação

Sabe-se que, de modo geral, mães bem orientadas ficam menos ansiosas, já que o contexto da internação vai parecendo familiar e potencialmente controlável. Entretanto, ainda é alta a percentagem de mães que não compreendem e integram informações relacionadas aos mecanismos neurofisiológicos da patologia. Entre os 38% mal-orientados, temos mães que não fazem questão de entender detalhadamente o caso; outras são passivas, abdicando do conhecimento e delegando todas as decisões ao especialista. Há um pequeno número de mães cuja consciência sobre o prognóstico aumenta tanto o nível de ansiedade que elas preferem não saber ou negar, ou manter distância, ou defendem-se com crenças religiosas ainda que contradigam as informações médicas. O psicólogo ajuda a equipe a identificar de quais e quanta informação a mãe necessita. A maior parte das mães,

apesar da informação objetiva recebida, precisa acredita no melhor. Logo, o mecanismo de dissociação, manifesto pela recusa de acreditar numa realidade difícil de suportar porque no limite do pensável, têm um efeito não desprezível de reassegurar contra perdas, reduzindo a angústia da antecipação da morte. O divórcio entre cognição e afeto em momentos críticos é foco de atendimento do profissional psi. Esse conflito entre o nível de orientação, expectativa, percepção – são 3 dimensões do atendimento e sinaliza quais os tipos de intervenção necessários.

Expectativas



Nesse aspecto encontramos forte divergência entre as expectativas e o nível de informação. Embora a maior parte das mães tenha informação suficiente sobre a patologia e seus desdobramentos, esperam um desenrolar positivo, com raras exceções. Em termos de coping na UTI, a estratégia de enfrentamento de reavalização positiva é a mais utilizada e vemos que a esperança nutre afetivamente as mães para que elas continuem engajadas no tratamento do filho internado. Na terminalidade vemos mães que, de maneira ambivalente, acreditam no melhor e, ao mesmo tempo, acompanham o filho no caminho da despedida numa situação de luto antecipatório. O psicólogo pode tentar compreender, em termos psicodinâmicos, até onde a crença da melhora sustenta psiquicamente e quando ela começa a ser um outro ônus.

Percepções e crenças

Obviamente, o que a mãe percebe sobre o adoecer do filho é tingido por sua capacidade de elaborar psiquicamente o processo da internação. Vemos, com frequência, mães com recursos psíquicos precários, muito inseguras, desconfiadas em relação às condutas adotadas, conflituosas em relação às escolhas terapêuticas e com um alto nível de preocupação. É papel do psicólogo sensibilizar a equipe, para que, atentos à singularidade das acompanhantes, os profissionais possam ser cuidadosos ao transmitir más notícias, dosando o sofrimento que uma mãe é capaz de tolerar num dado momento, transformando a comunicação numa experiência de compartilhamento. O psicólogo deveria encontrar meios para empreender a tarefa de melhorar a consciência da equipe sobre seus próprios níveis de defensividade sobre o adoecer , o sofrimento e a morte.

Adesão

Na UTI, percebe-se que a quase totalidade das mães adere ao tratamento proposto, numa atitude mais passiva. São casos muito complexos em que a mãe

pouco opina as mães geralmente são convencidas pela equipe de que o melhor está sendo feito. A pequena parcela que oferece algum tipo de resistência é composta por mães que já receberam vários diagnósticos diferentes, já reinternaram diversas vezes, tem uma história pregressa de hospitalização negativa e geralmente acompanham um portador de doença crônica. Um comportamento mais ativo e reativo liga-se às situações agudas que são potencialmente desorganizadoras. Vemos bons resultados quando a equipe, com o auxilio do psicólogo, co-responsabiliza a família em relação ao que está sendo feito. De posse das informações necessárias e sentindo que participa do processo “de dentro”, e não como espectadora, a mãe apresenta-se mais colaborativa.

Enfrentamento

Vemos que o processo de enfrentamento psíquico da situação estressante está diretamente ligado a articulação entre o nível informativo, as percepções do quadro, as expectativas em relação ao prognóstico e aos recursos psíquicos disponíveis. Mães que conseguem elaborar os acontecimentos, transformando fatos em experiências com algum sentido, integram mais facilmente o nível cognitivo e o afetivo, donde surgem forças psíquicas para aceitar e lidar com o que é traumático- a patologia, a internação e suas implicações. Mães com confiança na equipe médica, bom apoio do marido e dos familiares e amigos, que tem experiências anteriores de hospitalização que foram exitosas, com suporte religioso e que cultivam valores e rituais que englobam situações de vida e morte tem melhores condições de lidar com o sofrimento despertado pelo filho e pelos Estressores em Unidade de Terapia Intensiva (Rosa, Rodrigues, Gallani, Spana & Pereira,2010).

Vale considerar, ainda, que o sentido que a mãe dá ao adoecimento também é fator determinante em seu enfrentamento. O adoecimento pode ser uma benção, um castigo, uma provação, um desafio, um acaso. Mães menos culpadas e menos controladoras tem uma possibilidade maior de aceitação de situações graves. Mães pessimistas, de pensamento catastrófico, excessivamente ansiosas, que tem dificuldade em se sentir impotentes, com excessiva resiliência e bastante identificadas com o desamparo infantil lutam muito para enfrentar psiquicamente a situação e precisam do auxílio psicológico mais a miúde.

Dinâmica familiar

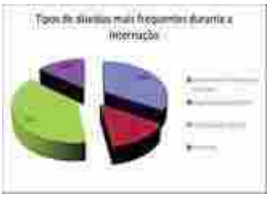
A maioria das mães tem algum familiar de confiança em quem possam se apoiar em momentos delicados. Muitas vezes, durante a estadia da criança na UTI, o psicólogo lida com as consequências de uma dinâmica familiar que vai se reestruturando na própria internação. O psicólogo atua, por vezes, como mediador de famílias e casais em crise tendo que tomar decisões difíceis juntos. Comumente, condições familiares precárias e vulneráveis costumam ser agravadas pela situação de crise.

Suporte social

Observamos que a maior parte das mães, mesmo que em situação socialmente precária (baixa ou nenhuma renda, desemprego, sem moradia, fora da cidade de origem, sem companheiro/a para auxiliar) pôde contar com o suporte de algum membro da família ou amigos/conhecidos. Entretanto esse suporte é bastante limitado, e quase que restrito ao apoio afetivo, tendo em vista que os familiares trabalham em período integral, possuem seus próprios problemas para resolver e nem sempre as pessoas de mesma família possuem relacionamento cordato. Compreendemos, portanto, que os familiares colocam-se como colaboradores num primeiro momento da internação, mas efetivamente são pouco disponíveis no decorrer da internação. Cabe ao psicólogo elaborar estratégias de

intervenção em conjunto com a assistente social da equipe multiprofissional.

Dúvidas



Podemos dizer que todas as mães acompanhantes apresentam dúvidas. Os quadros clínicos da UTI são graves, complexos e dinâmicos, de maneira que, se na triagem a mãe refere não ter questionamentos, pouco tempo depois eles aparecem e se multiplicam durante os altos e baixos do quadro clínico. O psicólogo, por estar próximo à mãe, intermedia esse processo de esclarecimentos com a equipe que envolve informações técnicas e de difícil entendimento, principalmente quando há pesquisa diagnóstica, o que implica em grande quantidade de conhecimento, congregando intensivistas e especialistas. Nessa dimensão, o psicólogo atua como facilitador da dinâmica comunicacional no setor, aproximando mãe e equipe no asseguramento da compreensão sobre exames e procedimentos. A UTI é um setor que demanda contínua atualização de informações e necessidade permanente de esclarecimento de dúvidas.

DISCUSSÃO

Em suma, os tópicos do protocolo de triagem apresentados constituem-se como indicadores que apontam para a dinâmica do caso atendido, cuja configuração pode servir de base para que o psicólogo possa estabelecer seu raciocínio clínico, delineando parcialmente quais são os objetivos dos próximos atendimentos. É importante lembrar que, durante as sessões psicológicas numa UTI, acontecem muitos fatos cotidianos que não estão previstos no planejamento inicial. Por isso, os objetivos de atendimento derivados da triagem são como um mapa cuja rota é recalculada a cada dia, de acordo com as peculiaridades do caso em si, geralmente no compasso da evolução clínica da criança, que costuma ter uma rota errática.

Concomitantemente, acompanhantes na UTI apresentam grande alteração de humor. É fundamental que o psicólogo possa trabalhar de posse dessas informações técnicas no que se refere aos focos terapêuticos e que consiga reunir-se periodicamente com a equipe multiprofissional para a discussão dos casos, garantindo eficiência nos processos comunicacionais.

As mães vivem uma permanente situação-limite. Notou-se que essa tensão é decorrente tanto dos sentimentos vividos em relação à doença do filho quanto dos fatores provenientes do ambiente hospitalar, uma vez que, inicialmente, a hospitalização é percebida como uma ameaça. A internação exige das mães o desprendimento do seu cotidiano, do qual tinham domínio, para vivenciar a realidade institucional delimitada por outras normas e rotinas, sem falar nos incontáveis sustos típicos característicos dos quadros clínicos da UTI.

Nesse processo intensivo, observou-se que o sofrimento assume diferentes contornos, tornando-se mais ou menos intenso dependendo do significado atribuído à doença, à gravidade, à experiência de internação, o que esta provoca em sua vida e quais seus recursos psíquicos para lidar com tantas intensidades afetivas.

As estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram a busca de suporte social, de religiosidade e o desenvolvimento de um pensamento fantasioso (descolado das informações médicas e que permitam reavaliação positiva) sobre a patologia/ diagnóstico e seu curso.

Constatamos na prática diária que o uso dessas estratégias pode reduzir os riscos de desordens uma vez que diminuem o impacto dos estressores, em especial, os que se relacionam ao prognóstico e também indicam a importância do psicólogo como profissional chave no processo de internação na UTI. Além de viabilizar as informações necessárias entre os diversos envolvidos na unidade (família, paciente e equipe médica), favorece o apoio psicológico a esses grupos, gerando uma melhora da comunicação entre eles.

De modo geral, acreditamos que as mães que participam mais ativamente e que constroem parceria com a equipe, minimizam, inclusive, problemas comunicacionais, processo que co-responsabiliza todos os envolvidos quanto às decisões que vão sendo tomadas conforme os eventos clínicos se sucedem. Assim sendo, cabe aos psicólogos, por exemplo, enfatizarem a importância de um lugar que possibilite um espaço de fala, escuta e troca de experiências entre todos os envolvidos no processo de hospitalização. Fazemos isso articulando os atores envolvidos na cena da UTI, muitas vezes sem dispor de um local físico específico. Psicologia da saúde em nível hospital exige um profissional em trânsito.

Analisando a relação entre o sofrimento e a forma como as mães lidam com esta situação, vemos que a metodologia qualitativa pôde prever as

bases para os levantamentos epidemiológicos que avaliam fatores de risco psíquicos das acompanhantes-mães associados com a internação. Tendo em vista esse cenário, depreendemos que programas de humanização que contemplam diversas vertentes de trabalho psicológico precisariam ser parte integrante da cultura das organizações hospitalares.

REFERÊNCIAS

Agiar,W., & Ozella, S. (2006). Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia Ciência e Profissão, 2*, 222-245. Recuperado em 28 de junho, 2015, de http://www.scielo.br/pdf/pcp/-v26n2/v26n2a06

Rosa, B. A., Rodrigues, R. C. M., Gallani, M. C. B. J., Spana, T. M., & Pereira, C. G. S. (2010). Estressores em unidade de terapia intensiva: Versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 44*, 627-635. Recuperado em 2 de junho, 2015, de http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300011

Spink, M. J. (2003). *Psicologia social e saúde-prática, saberes e sentidos*. Petrópoliz: Vozes.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

CONTRIBUTOS DA ATENÇÃO VISUAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CRIANÇAS SURDAS

João Dele[1], Paula Santos[1], Anabela Pereira[1], & Paulo Alves[2]

[1] Centro de Investigação em Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF), Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro, Portugal
[2] Instituto Piaget de Viseu, Portugal

A atenção não é um conceito unívoco, é um processo multifacetado, pois existem vários tipos de atenção: alerta atencional, atenção sustentada, atenção orientada, atenção seletiva, atenção dividida (Dye & Bavelier, 2013). O desenvolvimento da atenção é um processo complexo para as crianças, dada a natural dificuldade delas em prestar atenção (Dye & Bavelier, 2010b). Para as crianças surdas, o desenvolvimento da atenção visual tem implicações na aprendizagem da leitura, no pensamento conceitual e no seu desempenho em sala de aula (Daza & Phillips-Silver, 2013), sendo, deste modo, uma condição importante para o seu bem-estar.

Ao lado das duas posições teóricas antagónicas sobre os efeitos da surdez – a teoria da deficiência e a teoria compensatória – surge a teoria integradora, que considera muito específicas e selectivas (Dye, Hauser, & Bavelier, 2006) as respostas do cérebro após a perda auditiva, não sendo, portanto, garantida uma reorganização cerebral de tipo claramente deficitário ou compensatório.

Para as crianças com um desenvolvimento típico, o sistema sensorial, composto pelos cinco sentidos – visão, audição, tato, paladar e olfato – funciona de maneira integrada, de tal forma que no exercício de uma tarefa central em que a atenção é requisitada, as outras informações são minimizadas, permitindo uma filtragem adequada das informações (Dye & Bavelier, 2013). Na ausência de um dos sentidos, o desenvolvimento atípico resultante torna a relação com o ambiente circundante mais exigente. No tocante às crianças com perda auditiva severa a profunda, o desenvolvimento da atenção visual segue uma estratégia mais distribuída,

dado que elas também devem usar a visão para monitorar o ambiente à sua volta (Tharpe et al., 2008), o que torna o processo de atenção mais lento para elas (Rothpletz, Ashmead, & Tharpe, 2003; Sladen et al., 2005).

A presente revisão da literatura visa destacar o contributo da atenção visual na promoção da saúde de crianças surdas, com base em estudos feitos nos últimos 20 anos (de 2000 a 2019). Serão passadas em revista as posições teóricas sobre os efeitos da surdez na organização sensorial do cérebro humano, os conceitos de tempo e espaço para o surdo, os efeitos da surdez no quotidiano do surdo e os desafios futuros da escola e da investigação para a promoção de um ambiente que favoreça o desenvolvimento da atenção visual em crianças surdas.

As perspetivas deficitária, compensatória e integradora

Os sentidos são janelas pelas quais o sujeito humano entra em contato com o mundo e forma o seu sistema cognitivo (Rothpletz et al., 2003). A teoria da interação multimodal defende que os nossos sentidos são interdependentes, necessitando um do outro para formar as habilidades cognitivas (Monroy et al., 2019). Essa interdependência faz com que o comprometimento sensorial congénito numa modalidade possa levar a uma reorganização das conexões neurais (Sladen et al., 2005) e, assim, o funcionamento atípico de um deles desde o nascimento resulte em efeitos generalizados em várias modalidades sensoriais e domínios cognitivos, razão pela qual existem diferenças nas habilidades cognitivas gerais entre crianças surdas e ouvintes (Monroy et al., 2019).

A literatura relativa ao estudo da atenção visual em surdos apresenta duas perspectivas concorrentes (Dye & Bavelier, 2010a) e uma integradora, todas baseadas em princípios de neuroplasticidade, partindo do pressuposto de que o desenvolvimento da organização e função do cérebro muda como resultado da maior alteração na experiência ambiental que acompanha a surdez (Dye & Bavelier, 2013):

– A perspetiva do *deficit* no funcionamento das estruturas sensoriais remanescentes, que sustenta a existência de efeitos adversos nos sistemas sensorial e perceptivo (Pavani & Bottari, 2011; Rothpletz et al., 2003), propondo a necessidade do *input* auditivo para o desenvolvimento da atenção visual (Dye & Bavelier, 2010a);

– A perspectiva de um aprimoramento das estruturas sensoriais remanescentes após a privação auditiva, que sustenta uma reorganização neural a favor da atenção visual para permitir que o indivíduo compense a falta de *input* auditivo (Dye & Bavelier, 2010a; Pavani & Bottari, 2011; Rothpletz et al., 2003). Assim, após a privação sensorial, as áreas do cérebro, que normalmente estão associadas ao sentido perdido, são recrutadas para realizar funções nas modalidades intactas remanescentes (Vachon et al., 2013);

– Uma terceira perspetiva, chamada integradora (Daza & Phillips-Silver, 2013; Dye, & Bavelier, 2010a), defende uma trajectória de desenvolvimento em que as fronteiras entre as duas perspetivas (de deficiência e compensatória) não são reciprocamente exclusivas, mas integradas. Segundo esta visão, os efeitos iniciais da privação auditiva na atenção visual não podem ser descritos simplesmente como deficiências ou aprimoramentos, isto é, a privação auditiva precoce não resulta em melhor ou pior atenção visual, porque os aspetos selecionados da atenção visual podem ser modificados de várias maneiras ao longo do percurso do desenvolvimento de um indivíduo (Daza & Phillips-Silver, 2013; Dye, & Bavelier, 2010a) e são bastante específicos (Dye, Baril, & Bavelier, 2007; Hauser et al., 2007; Sladen et al., 2005; Tharpe et al., 2008), resultando em alguns momentos deficitários na perspectiva de um organismo em desenvolvimento e em outros aprimorados, numa perspectiva ecologicamente adaptativa (Dye & Bavelier, 2013).

O espaço e o tempo na atenção visual

Os estudos da atenção visual têm sido realizados a partir de determinadas perspetivas ou aspetos específicos da atenção, tais como o temporal, que dá lugar à hipótese de deficiência e o espacial, que dá lugar à hipótese compensatória, mas poucos estudos relevaram, de forma integrada, os vários aspetos da atenção visual (Daza & Phillips-Silver, 2013; Dye, & Bavelier, 2010a).

A visão e a audição, apesar de serem dois sentidos distintos, são complementares no que toca à interpretação sensorial do espaço e do tempo. Se a visão tem por função o rastreamento do espaço para permitir o organismo colocar-se e navegar adequadamente nele, a audição processa a sequência temporal dos eventos e adverte a visão para os fenómenos que acontecem fora do arco visual. A audição e o olfacto, por exemplo, fornecem informações sobre regiões do ambiente que estão além dos limites da

percepção visual ou estão longe. A audição fornece, assim, informações espácio-temporais de um estímulo não visível, completando o sentido da visão (Pavani & Bottari, 2011). Desta forma, na ausência do *input* auditivo, a visão da pessoa surda é recrutada para assumir também a função da audição (Dye & Bavelier, 2013; Sladen et al., 2005), sendo, por isso, levada a desenvolver a sua acção pelo espaço periférico, por vezes com algum prejuízo do espaço ou da tarefa central (Rothpletz et al., 2003; Vercillo & Jiang, 2017), resultando, contudo, em vantagem na atenção visual em relação aos ouvintes (Dye & Bavelier, 2013; Dye, Hauser & Bavelier, 2009; Seymour et al., 2017;). Ainda assim, alguns pesquisadores defendem que não existem déficits ou melhorias visuais generalizados em indivíduos surdos (Rothpletz et al., 2003; Tharpe et al., 2008).

Para compensar a falta de alerta auditivo e, deste modo, abordar objetos fora do foco de atenção, os indivíduos surdos desenvolvem a atenção periférica reforçada no espaço próximo bem como a atenção periférica e central no espaço distante, pois a estimulação do espaço distante, tanto periférico como central, são relevantes para a comunicação em Língua Gestual (Chen et al., 2010). Durante a comunicação por Língua Gestual, os surdos fixam-se principalmente na região facial do emissor, para detetar pequenos movimentos detalhados associados à expressão facial e forma da boca, pois o rosto dá pistas sobre o significado dos gestos (Muir & Richardson, 2005). Muir e Richardson (2005), examinando a influência do conteúdo de vídeo em língua de sinais nos mecanismos de atenção de espetadores surdos e as implicações para o projeto de sistemas de comunicação por vídeo para pessoas surdas, concluíram que os participantes (surdos) não seguiam os movimentos das mãos ou movimentos detalhados dos dedos durante os períodos de digitação, sugerindo que a informação do sinal manual foi observada em visão periférica, pelo fato de serem gestos grandes e menos detalhados, passíveis de serem observados pelo receptor com baixa acuidade visual.

Relativamente à idade, as crianças, por natureza, advertem maiores dificuldades na atenção, o que se reflete também na componente temporal da atenção visual, e isso é tanto mais forte quanto mais tardia for a exposição da criança à linguagem, tanto falada como de sinais (Dye, 2014).

O tempo de exposição à surdez precoce e, consequentemente, a idade cronológica, parecem ser fundamentais na reorganização neural, favorecendo a atenção seletiva (Dye & Hauser, 2014; Dye et al., 2009), o que

faz com que as crianças surdas, a partir dos 9 anos, tenham cada vez menos dificuldades na atenção seletiva (Dye & Hauser, 2014) e, a partir da pré-adolescência, os surdos tenham um melhor campo de visão útil (Dye et al., 2009; Dye & Bavelier, 2013). Em vários estudos utilizando o *Continuous Performance Test* (CPT), foram demonstrados *déficits* na atenção sustentada em populações de crianças surdas (Dye & Bavelier, 2013). Ainda em crianças, a reorganização da atenção visual seletiva é acionada por estímulos ambientais, mormente formais e estruturados (Dye et al., 2009), sugerindo que a escola, que é um ambiente formal, se estiver bem estruturada, pode favorecer a reorganização da atenção visual em crianças surdas.

O dia-a-dia do surdo: Vantagens ou desvantagens?

Uma questão que não se cala, voltada para as implicações práticas do estudo da atenção visual em crianças surdas, é se o aprimoramento nas habilidades visuais confere vantagens na vida quotidiana do surdo (Dye et al., 2009).

A resposta a essa questão não é fácil, dada a etiologia complexa da surdez, pois a maior parte da literatura que sustenta deficits ou aprimoramentos basearam os seus estudos incluindo indivíduos surdos com origens heterogéneas ou focando a atenção em amostras pequenas da população surda, geralmente filhos de surdos (Dye et al., 2006). Por outro lado, seja qual for a resposta cerebral à ausência do sentido de audição (ou outro sentido), é importante que tal resposta seja associada a uma melhoria comportamental do sujeito, (Pavani & Bottari, 2011), sem a qual ficaria tudo ao nível de compreensão teórica e não contribuiria para eventuais propostas de intervenção a favor da criança surda.

Dye et al. (2009), estudando a atenção seletiva em adultos e crianças surdos e ouvintes, concluíram que após a perda auditiva precoce, os recursos de atenção visual para a periferia aumentam lentamente resultando em vantagem comportamental a partir da pré-adolescência. Segundo Chen et al. (2010), dá-se uma redistribuição de mais recursos atencionais para a periferia visual no espaço próximo, especificamente sob condições de atenção seletiva, provavelmente para compensar a perda do alerta auditivo para estímulos potencialmente perigosos de fora do foco atual de atenção. É uma estratégia usada pelo cérebro, sobretudo em adolescentes e adultos surdos, distribuindo a atenção pelo campo visual

periférico, devido à incerteza sobre onde, no campo visual, um alvo periférico pode aparecer (Dye & Bavelier, 2013). Assim, pode-se supor que uma reatividade mais rápida aos eventos visuais em indivíduos surdos possa servir principalmente ao propósito de desencadear respostas de orientação (Pavani & Bottari, 2011).

Ao estudar eventuais diferenças na atenção sustentada e seletiva entre crianças surdas de pais surdos e ouvintes de 6 a 13 anos, Dye e Hauser (2014) não relevaram diferenças no que toca à atenção sustentada. No entanto, as crianças surdas mais jovens foram mais distraídas por informações irrelevantes para a tarefa no seu campo visual periférico. No que toca à atenção seletiva, as crianças surdas produziram um número maior de erros, resultado atribuído à dificuldade no controlo endógeno dos recursos de atenção visual realocados, decorrentes da surdez profunda precoce (Dye & Hauser, 2014) bem como ao custo do controlo do espaço periférico em relação ao central (Rothpletz et al., 2003; Vercillo & Jiang, 2017). Segundo Monroy et al. (2019), a aprendizagem sequencial, resultante da experiência sonora, influencia uma variedade de habilidades cognitivas de domínio geral e a sua ausência pode ter consequências generalizadas em vários aspetos do desenvolvimento. Assim, segundo Monroy, as crianças pequenas com surdez precoce, vistas numa perspetiva de desenvolvimento em relação aos seus pares ouvintes, apresentam pior desempenho em múltiplas habilidades cognitivas não-verbais, tais como atenção visual controlada, processamento de sequências e memória de trabalho, bem como nas habilidades motoras que exigem habilidades cognitivas, tais como a coordenação espacial e as habilidades de integração visuo-motora.

Para Dye (2014), os aspetos temporal e espacial vão lentamente melhorando em indivíduos surdos, à medida que vai despertando a atenção visual, a partir dos 6 anos. Este dado reforça a necessidade da existência de um ambiente estruturado para o reforço da reorganização da atenção seletiva (Dye et al., 2009).

Bottari, Valsecchi e Pavani (2012) sugerem aos projetistas de ambientes reais ou virtuais a remoção ou limitação de eventos de distração, uma vez que os surdos recolhem mais elementos do espaço por usarem também a visão para substituírem a audição, alocando os seus recursos visuais numa faixa mais ampla do que aqueles com audição normal (Sladen et al., 2005; Tharpe et al., 2008).

Conclui-se que a audição é complementar à visão e a sua importância vai além da deteção dos estímulos que escapam à visão. Os ambientes em que as crianças passam maior parte do seu tempo, tais como casa, escola, Igreja ou associações, bem como os percursos habituais que usam para ligar tais ambientes, podem ser vistos como oportunidades para melhorar a saúde e a qualidade de vida das crianças surdas se forem estruturados (Dye et al., 2009) no que toca à atenção visual mormente das crianças surdas.

REFERÊNCIAS

Bottari, D., Valsecchi, M., & Pavani, F. (2012). Prominent reflexive eye-movement orienting associated with deafness. *Cognitive Neuroscience*, *3*(1), 8-13. doi: 10.1080/17588928.2011.578209

Chen, Q., He, G., Chen, K., Jin, Z., & Mo, L. (2010). Altered spatial distribution of visual attention in near and far space after early deafness. *Neuropsychologia, 48*(9), 2693-2698. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2010.05.016

Daza, M. T., & Phillips-Silver, J. (2013). Development of attention networks in deaf children: Support for the integrative hypothesis. *Research in Developmental Disabilities*, *34*(9), 2661-2668. doi: 10.1016/j.ridd.2013.05.012

Dye, M. W. G. (2014). Temporal entrainment of visual attention in children: Effects of age and deafness. *Vision Research*, *105*, 29-36. doi: 10.1016/j.visres.2014.09.001

Dye, M. W. G., & Bavelier, D. (2010a). Attentional enhancements and deficits in deaf populations: An integrative review. *Restorative Neurology and Neuroscience*, *28*(2), 181-192. doi: 10.3233/RNN-2010-0501

Dye, M. W. G., & Bavelier, D. (2010b). Differential development of visual attention skills in school-age children. *Vision Research*, *50*(4), 452-459. doi: 10.1016/j.visres.2009.10.010

Dye, M. W. G., & Bavelier, D. (2013). Visual attention in deaf humans: A neuroplasticity perspective. In A. Kral, R. R. Fay, & A.N. Popper (Eds.), *Springer handbook of auditory research: Deafness* (pp. 237-263). doi: 10.1007/2506_2013_9

Dye, M. W. G., & Hauser, P. C. (2014). Sustained attention, selective attention and cognitive control in deaf and hearing children. *Hearing Research*, *309*, 94-102. doi: 10.1016/j.heares.2013.12.001

Dye, M. W. G., Baril, D. E., & Bavelier, D. (2007). Which aspects of visual attention are changed by deafness? The case of the attentional network test. *Neuropsychologia, 45*(8), 1801-1811. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2006.12.019

Dye, M. W. G., Hauser, P. C., & Bavelier, D. (2006). Do deaf individuals see better? *Trends in Cognitive Sciences*, *10*(11), 512-518. doi: 10.1016/j.tics.2006.09.006

Dye, M. W. G., Hauser, P. C., & Bavelier, D. (2008). Visual skills and cross-modal plasticity in deaf readers: Possible implications for acquiring meaning from print. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1145*, 71-82. doi: 10.1196/annals.1416.013

Dye, M. W. G., Hauser, P. C., & Bavelier, D. (2009). Is visual selective attention in deaf individuals enhanced or deficient? The case of the useful field of view. *PLoS ONE*, *4*(5), e5640. doi: 10.1371/journal.pone.0005640

Monroy, C., Shafto, C., Castellanos, I., Bergeson, T., & Houston, D. (2019). Visual habituation in deaf and hearing infants. *PLoS ONE*, *14*(2). doi: 10.1371/journal.pone.0209265

Muir, L. J. & Richardson, I. E. G. (2005). Perception of sign language and its application to visual communications for deaf people. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *10*(4), 390-401. doi: 10.1093/deafed/eni037

Pavani, F., & Bottari, D. (2011). Visual abilities in individuals with profound deafness: A critical review. In M. M. Murray & M. T. Wallace (Eds.), *The neural bases of multisensory processes* (pp. 423-447). doi: 10.1201/b11092-28

Rothpletz, A. M., Ashmead, D. H., & Tharpe, A. M. (2003). Responses to targets in the visual periphery in deaf and normal-hearing adults. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *46*(6), 1378-1386. doi: 10.1044/1092-4388(2003/107)

Seymour, J. L., Low, K. A., Maclin, E. L., Chiarelli, A. M., Mathewson, K. E., Fabiani, M., Gratton, G., Dye, M. W. G. (2017). Reorganization of neural systems mediating peripheral visual selective attention in the deaf: An optical imaging study. *Hearing Research*, *343*, 162-175. doi: 10.1016/j.heares.2016.09.007

Sladen, D. P., Tharpe, A. M., Ashmead, D. H., Grantham, D. W., & Chun, M. M. (2005). Visual attention in deaf and normal hearing adults: Effects of stimulus

compatibility. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *48*(6), 1529-1537. doi: 10.1044/1092-4388(2005/106)

Tharpe, A. M., Ashmead, D., Sladen, D. P., Ryan, H.A.M., & Rothpletz, A.M. (2008). Visual attention and hearing loss: Past and current perspectives. *Journal of the American Academy of Audiology*, *19*(10), 741-747. doi: 10.3766/jaaa.19.10.2

Vachon, P., Voss, P., Lassonde, M., Leroux, J. M., Mensour, B., Beaudoin, G., Bourgouin, P., & Lepore, F. (2013). Reorganization of the auditory, visual and multimodal areas in early deaf individuals. *Neurosci*, *245*, 50-60. doi: 10.1016/j.heares.2016.09.007

Vercillo, T., & Jiang, F. (2017). Spatial modulation of motor-sensory recalibration in early deaf individuals. *Neuropsychologia*, *102*, 39-44. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2017.06.002

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

CONTRIBUTOS DA PSICOLOGIA POSITIVA PARA A SAÚDE E BEM-ESTAR

Maria Cristina Faria[1] (✉ mcfaria@ipbeja.pt)
[1] Instituto Politécnico de Beja, Portugal

Ao longo da sua vida os humanos dispõem de recursos que lhes permitem saber lidar com as situações problema do seu dia-a-dia. As situações de stresse são cada vez mais frequentes na vida das pessoas da nossa sociedade. Pelo que, quanto mais estiverem preparadas para fazer face à adversidade, mais aptas se encontram para ultrapassar os obstáculos e corresponder às expetativas sobre a vida quotidiana. Na perspetiva de Vaz Serra (1999) se no processo de avaliação uma ocorrência é considerada importante para o indivíduo e lhe cria um grau de exigência superior aos seus recursos e aptidões para lidar com ela, então entra em stresse." (Vaz Serra, 1999, p. 30). O filtro cognitivo pode constituir-se como uma mais uma valia para uma consciência de saúde e assim permitir desenvolver ações no sentido da promoção da saúde e da prevenção à exposição de acontecimentos stressantes. Por isso, "Na sua essência o tratamento do stresse consiste em levar o indivíduo a identificar os acontecimentos que o perturbam e, de seguida, a criar condições para modificar a maneira como pensa ou se comporta." (Vaz Serra, 1999, p. 6). Acrescentaríamos, em particular, como gere as suas emoções e a expressão destas.

Na literatura sobre os recursos que permitem aos indivíduos saber qual é a melhor forma para lidar com o stresse, destacam-se os estudos sobre a robustez psicológica (*hardiness*) e do apoio social (fator amortizador do stresse). A robustez psicológica foi apresentada por Susanne Kobasa (1979, 1982). A autora compreende o conceito como um constructo de personalidade capaz de explicar a resistência e o *coping* em situações stressantes. Na sua compreensão de robustez, Kobasa (1979) parte de uma abordagem existencialista assente em três componentes referenciais: o

Controlo, (capacidade percebida pelo indivíduo para determinar o que acontece na sua vida); o Compromisso (avalia a crença na verdade, importância e valor de quem a pessoa é e do que faz); e o Desafio (abertura saudável à mudança, em detrimento de uma exigência excessiva de estabilidade).

De acordo com os estudos as auto-percepções de controlo, compromisso e desafio disponibilizam um suporte organizado e ajudam a lidar com os acontecimentos de vida stressantes transformando experiências de vida negativas em experiências positivas de desenvolvimento humano (Maddi & Khoshaba, 1994; Wiebe, 1991, cit. Claudino, Moreira, & Coelho, 2009). Neste seguimento, os estudos apresentam a robustez psicológica como uma característica da personalidade, que permite: a resistência dos indivíduos (mesmo diante de acontecimentos compreendidos como gravemente stressantes); e influencia as interpretações subjectivas dos acontecimentos de vida (Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982). Na observância do constructo da robustez psicológica podemos inferir que esta estará na base da capacidade de florescimento de uma personalidade (Seligman, 2012) e que as teorias da psicologia positiva e psicologia da saúde podem contribuir para suportar estratégias sustentáveis de desenvolvimento humano e capacitação face à adversidade (stresse, instabilidade, insegurança, pessimismo, doença, recessão económica, mobilidade, terrorismo, desemprego e pobreza).

A abordagem mais positiva dos fenómenos psicológicos permite uma melhor compreensão sobre o comportamento de saúde, adaptação, criatividade e realização emocional e suas implicações na vida dos humanos das várias gerações. No sentido de compreender os contributos e as relações entre a Psicologia Positiva e a Psicologia da Saúde e destas face às dimensões psicológicas da robustez, florescimento e bem-estar de uma personalidade foi realizado um estudo utilizando a abordagem de uma meta-análise na sua fase inicial para depois lhe dar continuidade.

Psicologia da saúde

A proximidade entre a psicologia e as ciências da saúde permitiu a expansão da saúde mental (Krantz, Grundberg, & Baum, 1985, cit. Ribeiro, 1989), nomeadamente, possibilitou a abordagem dos aspectos comportamentais que determinam a saúde e a(s) doença(s), fazendo

emergir em 1978 uma nova divisão da *American Psychological Association*, a "*Division 38 – Health Psychology*", amplamente focada em questões relacionadas com a ciência e a prática da psicologia da saúde (France, 2013; Ribeiro 2007). Para Matarazzo (1980) tinha chegado o tempo para concretizar as ideias de saúde comportamental e de psicologia da saúde, o autor afirma-o no seu artigo com o tema "*Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology*". A definição de Psicologia da Saúde proposta por Matarazzo (1980, 1982) considera que se trata de um "domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia, com vista à promoção e proteção da saúde, à prevenção e tratamento da doença, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde, e ao aperfeiçoamento da política de saúde." (1982, p. 4, cit. Ribeiro, 1998, p. 31). Um destaque particular para o trabalho desenvolvido nos Estados Unidos da Améria (EUA) e também para Weiss (1982), que escreve um artigo visionário, no primeiro número da revista "Health Psychology" (1982), subordinado ao tema "Health Psychology: The time is now".

Psicologia positiva

De acordo com Seligman (2012) o objectivo da Psicologia Positiva é a teoria do bem-estar e desenvolver o florescimento humano e indagar sobre o que nos faz realmente felizes. Mas, não basta, o autor vai mais longe, defende que o bem-estar deveria ser ensinado nas escolas e fundamenta a sua posição através de três boas razões para que isso seja relevante: (1) depressão elevada nos jovens; (2) aumento nominal de felicidade nas duas últimas gerações; e (3) o bem-estar potência a aprendizagem, que constitui o objetivo primordial da educação. Quem ensinará o bem-estar? Como se ensina bem-estar? Como criar as condições facilitadoras do florescimento das pessoas? Seligman considera que "o bem-estar devia ser ensinado nas escolas, porque é um antídoto para a crescente incidência da depressão, uma forma de aumentar a satisfação com a vida e uma ajuda para aperfeiçoar a aprendizagem e o pensamento criativo." (Seligman, 2012, p. 95).

Florescimento

Huppert e So (2009) definiram "florescimento" a partir de um conjunto de características que os indivíduos devem apresentar. Os autores consideram que para florescer um indivíduo tem de possuir três "características nucleares" (emoções positivas, envolvimento/interesse, significado/propósito) e seis "características adicionais" (autoestima; optimismo; resiliência: vitalidade; autodeterminação; e relações positivas), o que está em sintonia com a teoria do bem-estar de Seligman (2012). O Florescimento ("*Flourishing*") refere-se à experiência de uma vida que" vai indo bem". É uma combinação de "sentir-se bem" e "funcionamento eficaz", pelo que se constitui como sinónimo de um elevado nível de bem-estar mental personificando a saúde mental (Huppert & So, 2013). De acordo com os autores, para entender as características e as causas do florescimento, precisamos de o estudar no seu próprio direito, e não como a mera ausência de transtorno mental. Para isso, necessitamos de identificar e caracterizar as pessoas da população que estão florescendo e os grupos ou nações em que há altos níveis de florescimento. Os autores consideram que o seu trabalho realizado no princípio do século XXI proporciona uma base essencial para aqueles que se encontram envolvidos na promoção da saúde e na elaboração de políticas no sentido de aumentar o número de pessoas que estão florescendo.

No estudo sobre a prevalência do florescimento entre os países europeus, que participaram no Inquérito Social Europeu 2006/7 (Huppert & So, 2013), observou-se que todos os países nórdicos estão no terço superior da distribuição, enquanto todos os países do leste europeu estão na metade inferior. Relativamente a cada país houve mais de quatro vezes a diferença entre os países mais altos e os mais baixos. A Dinamarca tem a taxa mais elevada de florescimento (40,6%), seguindo um pouco atrás a Suíça (30,2%) e a Áustria (27,6%). No outro extremo da escala, três países têm taxas inferiores a 10%: Eslováquia (9,9%), Federação Russa (9,4%) e Portugal (9,3%). A pesquisa realizada por Huppert e So (2009) reuniu cerca de quarenta e três mil cidadãos europeus adultos, com mais de dezasseis anos em vinte e três países da União Europeia, e mostrou que o florescimento mais elevado está associado a níveis de escolarização mais elevados, a um maior rendimento e a ser casado. A saúde está moderadamente relacionada com o florescimento e parece declinar com a idade.

Um bom florescimento contribui para alicerces de resiliência e robustez psicológica (hardiness). De acordo com Claudino, Moreira e Coelho (2009) os sintomas físicos. encontram-se associados ao stresse percebido. Enquanto a robustez psicológica surge ligada especificamente às alterações do estado de saúde, na sua dimensão de Compromisso/Desafio e, em conjunto com ausência de Alienação, estas dimensões têm um efeito amortecedor em relação ao impacto dos sintomas físicos e das doenças na percepção do stresse.

MÉTODO

Todos os autores que realizam os estudos científicos iniciam a sua investigação a partir do levantamento do conhecimento do que existe até ao momento. Neste sentido, levam por diante uma revisão da literatura sobre a pesquisa em questão. O levantamento dos estudos surge cada vez mais numeroso, de abordagem sistémica e diversificada de acordo com o contexto estudado. A revisão da literatura justifica-se para poder abarcar um conhecimento mais abrangente sobre o que está a ser investigado. O levantamento das conclusões dos estudos e a sua reflexão podem ser uma mais-valia para delinear cenários de previsão, de prevenção e resolução de problemas, justificar uma proposta de um projeto de intervenção ou, simplesmente, se constituírem como um ponto de partida de nova investigação. As revisões de literatura permitem colocar num único trabalho um conjunto imenso de informação.

A realização de uma meta-análise permite realizar a "análise das análises" de uma considerável colheita de resultados e estudos individuais com o objetivo de integrar as evidências (Filho et al., 2014; Glass, 1976). Reunir os estudos num banco de dados é um procedimento metodológico que sintetiza uma determinada quantidade de conclusões num campo de pesquisa específico e ao mesmo tempo evidência áreas que têm sido negligenciadas (Filho et al., 2014). Frequentemente, o termo meta-análise é utilizado como sinónimo de síntese de pesquisa, revisão de pesquisa ou revisão sistemática. Mas, se quisermos levar por diante uma investigação mais aprofundada temos de recorrer a uma meta-análise compreendida

como "a utilização de técnicas estatísticas para analisar resultados empíricos de pesquisa com o objetivo de produzir sínteses de literatura" (Filho et al., 2014, p. 210).

O planeamento de uma meta-análise decorre em sete estádios (Cooper, 2010, cit. Filho et al., 2014): (1) Identificação/formulação do problema de pesquisa; (2) Colheita da literatura (livros, artigos, teses, documentos, artigos não publicados, etc.); (3) Colheita das informações de cada estudo; (4) Avaliação da qualidade dos estudos; (5) Análise e síntese dos resultados dos estudos; (6) Interpretação dos dados colhidos; e (7) Apresentação dos resultados de pesquisa. A revisão sistemática, prévia a qualquer meta-análise, é composta por três etapas: pesquisa bibliográfica, seleção de artigos e posterior avaliação dos artigos seleccionados. Neste estudo, situámo-nos no primeiro momento de análise.

A investigação abraçada tinha como principal objetivo conhecer a incidência de estudos no âmbito da psicologia positiva, saúde e bem-estar, no momento, para a partir da informação recolhida delinear cenários estratégicos para a intervenção.

Material

Para maior abrangência do estudo foram pesquisados documentos em português e inglês no dia 25 de novembro de 2019. Para o efeito foram definidos conceitos relacionados com a problemática e identificadas palavras-chave em português (Psicologia da Saúde; Psicologia Positiva; Bem-estar físico; Bem-estar psicológico; Saúde e Bem-estar psicológico; Felicidade; Robustez Psicológica; e Psicologia Ambiental) e em inglês (*Health Psychology; Positive Psychology; Physical well-being; Psychological well-being; Health and psychological well-being; Positive Psychology and health; Happiness; Flourish; Psychological Robustness; Environmental Psychology*). As fontes de pesquisa escolhidas para a pesquisa em português foi a Scielo (*Scientific Electronic Library Online*). Para a procura em inglês foram as seguintes bases de dados: a APA PsycNET (PsycINFO; PsycARTICLES; PsycBOOKS e PsycEXTRA); *Featured Database: Psychology and Behavioral Sciences Collection*; MEDLINE; EBESCO *Psychology and Behavioral Sciences Collection*; e LILACS.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a pesquisa de referências bibliográficas em base de dados de literatura científica de psicologia (resumos, artigos, livros, relatórios técnicos, documentos de conferências, estatísticas, boletins entre outros) efectuada sobre dez palavras-chave relacionadas com as sinergias entre a Psicologia Positiva, a Saúde e o Bem-estar. Os temas foram escolhidos em função do estudo em causa.

Tabela 1

Pesquisa bibliográfica em base de dados sobre Psicologia da Saúde, Psicologia Positiva, Felicidade e articulação Saúde e Bem-estar psicológico (25 de novembro de 2019)

Termo/Palavra-chave	Fonte/resultado da pesquisa em inglês									
	APA PsycNET				Featured Database: Psychology and Behavioral Sciences Collection	MEDLINE https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/	Redalyc.org	EBESCO Psychology and Behavioral Sciences Collection	LILACS	Total dos estudos
	PsycINFO	PsycARTICLES	PsycBOOKS	PsycEXTRA						
Health Psychology	489,625	44,133	10,249	52,359	2,385,017	667,944	67,678	308	11,695	**3,729,008**
Positive Psychology	174,905	19,037	2,389	8,271	1,524,577	121,155	11,431	2,636	1,820	1,864,583
Physical well-being	19,614	852	261	1,381	423,073	707,927	26,580	17	30,549	1,186,332
Psychological well-being	35,393	4,063	887	4,829	145,366	246,530	19317	2,636	30,658	267,802
Health and psychological well-being	23,887	2,586	518	2,572	64,654	206,045	612,24	1,187	20,662	383,335
Positive Psychology and health	58645	6213	501	1895	955946	385	91035	1188	701	1,116,509
Happiness	16,725	1,257	1,167	1,350	1,131,316	8,819	2,013	1	9,341	**11,70,774**
Flourish	1,603	56	44	90	449,510	1,315	516	0	1,286	49,861
Psychological robustness	821	284	6	35	94,551	516	20190	20	5	116,428
Environmental Psychology	66,535	3,866	1,389	3,939	903,996	35,081	51,898	93	27,842	**10,94,639**

Fonte: Autor.

Através do *Scielo* (*Scientific Electronic Library Online*) foi realizado o levantamento da incidência dos estudos sobre as palavras-chave definidas previamente, obtendo-se da pesquisa os respetivos resultados da frequência para português: Psicologia da Saúde (2802), Psicologia Positiva (823), Bem-estar físico (305), Bem-estar psicológico (263), Saúde e Bem-estar psicoló-

gico (158), Psicologia Positiva e Saúde (144), Felicidade (354), Florescimento (7), Robustez Psicológica (2) e Psicologia Ambiental (221).

DISCUSSÃO

Neste estudo pretendeu-se apenas conhecer de forma descritiva o interesse e atenção manifestados pelos investigadores sobre o tema e indagar sobre a possível articulação entre a saúde e o bem-estar enquanto contributos para o desenvolvimento do florescimento humano. Pelo número de estudos levantados em português e inglês para cada um dos contructos considerados podemos observar a relevância dada pelos investigadores a essas problemáticas em cada base de dados. Podemos considerar que a investigação nos domínios da "Felicidade", "Psicologia Ambiental" e "Psicologia da Saúde" merecem um interesse particular dos investigadores e da comunidade científica. Também se observa que é bastante estudado os domínios da "Psicologia Positiva", do "Bem-estar físico" e a articulação entre "Psicologia Positiva e Saúde". Curiosamente parece não ser dada uma particular atenção à "Robustez Psicológica" e ao "Bem-estar psicológico". Esta evidência perspetiva um Cenário de humanos descuidando o investimento em robustez psicológica e consequentemente sem preparação para saber lidar com o stresse, florescer e alcançar bem-estar. É preciso capacitar.

Ao nível das referências registadas podemos adiantar a importância de continuar a pesquisar nestes domínios e de ser feito um maior investimento nestas áreas para se poder intervir ao nível da capacitação para a robustez psicológica. A investigação e o conhecimento são as melhores ferramentas para uma intervenção e delineamento de boas práticas. A análise efetuada é meramente um estudo inicial, pois, é importante que num segundo momento haja uma seriação dos artigos por critérios previamente definidos e a sua categorização.

REFERÊNCIAS

Claudino, A., Moreira, J., & Coelho, V. (2009). Robustez psicológica, apoio social e sintomas físicos no processo de stress. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *10*(1), 115-125.

Filho, D., Paranhos, R., Júnior, J., Rocha, E., & Alves, D. (2014). O que é, para que serve e como se faz uma meta-análise? *Teoria e Pesquisa*, *23*(2), 205-228. http://dx.doi.org/10.4322/tp.2014.018.

France, C. (2013). American psychological association division 38 (Health psychology). In Marc D. Gellman & J. Rick Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine*. New York: Springer, 82-83, Doi: 10.1007/978-1-4419-1005-9_1358.

Glass, G. V. (1976). Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Researcher*, *5*, 3-8.

Huppert, F., & So, T. (2009). What percentage of people in Europe are flourishing and what characterizes them? Presented at the meeting of the *OECD/ISQOLS meeting*, July 23/24 2009, Florence.

Huppert, F., & So, T. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, *110*(3), 837-861. http://dx.doi.org/10.1007/s11205-011-9966-7.

Kobasa, S., Maddi, S., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *42*, 168-177.

Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *37*, 1-11.

Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, *35*(9), 807-817.

Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, *37*(1), 1-14

Ribeiro, J. (1989). A intervenção psicológica na promoção da saúde. *Jornal de Psicologia*, *8*(2), 19-22.

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA – Instituto Universitário.

Ribeiro, J. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

Seligman, M. (2012). *A vida que floresce*. Alfragide: Estrela Polar.

Weiss, S. (1982). Health psychology: The time is now. *Health Psychology*, *1*(1), 81-91.

Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: G.C. – Gráfica de Coimbra.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

CORRELAÇÃO ENTRE RELAÇÕES AFETUOSAS NA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA E CRENÇAS REFERENTES A COMPORTAMENTOS VIOLENTOS

Isabella Fernanda Rodrigues da Silva[1] & Ana Maria Moser[1]
[1] Brasil

Arnett em 1997 apresentou uma nova etapa do desenvolvimento humano que ficou conhecida como a adultez emergente e ocorre entre os 18 aos 25 anos. Para o autor, esse período é caracterizado pelo processo de desenvolvimento da adolescência e da adultez, sendo marcado principalmente pela exploração da identidade, pela instabilidade, pelo sentimento de estar entre duas fases e pelo pensamento de que existem diversas possibilidades a serem exploradas (Monteiro et al., 2009).

É nesta fase que surgem as relações amorosas e com esta muitas vezes a violência nas relações de namoro que pode ser entendida como qualquer tentativa física, psicológica ou sexual, com o intuito de controlar o outro parceiro, podendo comprometer sua integridade (Caridade et al., 2006).

Os fatores de risco para a violência no namoro salienta a crença de que a violência no relacionamento é aceitável; depressão; ansiedade e sintomas ligados à agressividade; o uso de substâncias ilícitas; ter atividade sexual precoce; ter amigos que vivenciam violência nos relacionamentos amorosos; presenciar violência intrafamiliar e doméstica e não saber manejar a raiva e ciúmes (*Center for Disease Control and Preventi*on, 200). Estes jovens podem estar vulneráveis por muitas razões, mas principalmente por imaturidade psicoeducacional e busca de independência (Nascimento et al., 2018).

O abuso íntimo sofrido e perpetrado por jovens nas relações de namoro podem provocar alterações importantes no seu desenvolvimento. Existe uma correlação positiva entre ser vítima dessa violência e consequências negativas sendo elas comportamentais, emocionais e de saúde mental. Além, das consequências em longo prazo, como: consumo de

substâncias, depressão, ansiedade, stress pós-traumático, baixo desempenho acadêmico, ideação suicida, comportamentos antissociais, entre outras (Caridade et al., 2006).

Skinner (2003) afirma que a autoestima é o senso de valor que o indivíduo tem de si próprio, ou seja, é um sentimento relacionado a si mesmo, o indivíduo tem seus comportamentos reforçados positivamente e é consequência das relações interpessoais em que a pessoa também é reconhecida pelo outro como reforçadora.

Para Mosquera e Stobaus (2006), uma autoestima positiva é ter segurança e confiança de si mesmo; reconhecer as próprias qualidades; não se considerar superior ou inferior aos outros; saber estabelecer relações saudáveis; etc. Já uma autoestima negativa favorecem o egoísmo e tende a deixar as pessoas mais dependentes do outro, prejudicando as relações interpessoais.

As vítimas de violência conjugal tem maior probabilidade de ter uma autopercepção desvalorizada, falta de esperança, sentimento de impotência, levando como consequência a se colocarem como pessoas sem direito e poder, podendo também apresentar problemas no desenvolvimento da intimidade e sexualidade (Paiva; Pimentel & Moura, 2017).

Paiva, Pimentel e Moura (2017) salientam que estudos mais antigos nas ciências sociais e psicológicas relatam que a baixa autoestima e sentimentos de inadequação ou frustração como características relevantes na maioria dos agressores.

Portanto, este estudo salienta o reconhecimento da violência baseada nas crenças e atitudes que legitimam e justificam as condutas violentas, baseadas em construções culturais e sociais, como a autoestima. Assim, tem como objetivo principal correlacionar a autoestima com as crenças e atitudes legitimadoras da violência nas relações amorosas em estudantes universitários.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo de características descritivas-correlacionais.

Participantes

Participaram da coleta de dados 35 acadêmicos do curso noturno de Engenharia Mecânica matriculados no 8° período e 26 acadêmicos do curso de Psicologia noturno matriculados no 4º período, na faixa etária de 18 a 34 anos.

Material

Escala de Crenças sobre Violência Conjugal (E.C.V.C). Esta escala mede o grau de tolerância e/ou aceitação do sujeito quanto à violência conjugal (física ou psicológica) (Matos, Machado, & Gonçalves, 2000). Valores mais elevados representam uma maior legitimação das crenças e atitudes sobre violência conjugal; a soma de cada fator permite perceber o perfil de crenças e atitudes próprias deste tipo de violência. É constituída por 25 itens apresentados com uma escala de resposta de 5 pontos (1=discordo totalmente, até 5=concordo totalmente).

Escala de Autoestima de Rosenberg (1979) adaptada por Hutz (2000). É constituída por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e autoaceitação que avalia a autoestima global. Os itens são respondidos em uma escala do tipo Likert de quatro pontos, revezando entre concordo totalmente, discordo e discordo totalmente.

Procedimento

Após a submissão e autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná da Escola de Ciências da Vida. Foi solicitada a autorização aos coordenadores dos cursos de Engenharia Mecânica e Psicologia de uma universidade particular da cidade de Curitiba, sendo agendada uma data para coleta de dados. Aos participantes foi fornecido informações a respeito do objetivo deste projeto. Em seguida, foram entregues os TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido), para que dessa forma pudessem participar da pesquisa, sendo necessário que assinassem duas vias. O questionário foi administrado de forma coletiva em sala de aula, no entanto as respostas foram coletadas individualmente, tendo duração de aproximadamente 20 minutos. A participação na pesquisa foi de caráter voluntário e sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Os dados foram analisados por meio do pacote estatístico SPSS 2.0. Verificou-se a porcentagem de respostas relativas discordância/concordância com a violência nos dois grupos, em seguida foram verificadas as médias e desvio padrão dos fatores da ECVC e do Inventário de Autoestima. Além disso, foi feita a verificação da diferença entre as médias da autoestima nos dois grupos e por fim foi realizada a correlação entre a autoestima e as crenças legitimadoras da violência.

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada em dois dias, no primeiro dia foi realizado com o curso de Engenharia Mecânica e teve duração total de 20 minutos. Já no segundo dia foi realizado com o curso de Psicologia e teve duração total de 10 minutos. Devido ao fato de dois acadêmicos do curso de Engenharia e dois do curso de Psicologia terem deixado uma questão sem responder, foram anuladas essas participações. Portanto a amostra para o grupo I (curso de Engenharia) foi de 33 participantes efetivos, e para o grupo II (curso de Psicologia) foi de 24 participantes efetivos.

A Tabela 1 é referente à porcentagem de estudantes dos dois grupos que concordam ou discordam das crenças que legitimam a violência. Analisando os resultados pela porcentagem do somatório dos itens, foi verificado que no geral os estudantes dos grupos I e II são em sua maioria discordantes com as crenças legitimadoras da violência.

Tabela 1

Porcentagem de estudantes dos grupos I e II relativos à discordância/concordância na Escala de Crenças sobre a Violência Conjugal

	Grupo I	Grupo II
ECVC	Resultado	Resultado
Discordo totalmente:	64%	84%
Discordo:	25%	12%
Nem discordo nem concordo:	7%	3%
Concordo:	3%	1%
Concordo totalmente:	1%	0%

A Tabela 2 mostra as médias por fator da ECVC. São médias dos fatores legitimação e banalização da pequena violência (fator 1), legitimação da violência pela sua atribuição a causas externas (fator 2), legitimação da violência pela conduta da mulher (fator 3) e legitimação da violência pela preservação da privacidade familiar (fator 4), mostram perfil de crenças e atitudes próprias deste tipo de violência. O pelo fator 1 tem a maior média nos dois grupos.

Tabela 2

Média por fator da Escala de Crenças sobre a Violência Conjugal no grupos I e II

	ECVC	*N*	Média	*DP*	Mín	Máx
Grupo I	Fator 1	33	21.2	4	16	29
	Fator 2	33	14.3	2.8	10	19
	Fator 3	33	15.7	3.5	8	22
	Fator 4	33	10	2.7	6	17
	Total	33	38.5	7.2	25	53
Grupo II	Fator 1	24	17.5	2.2	16	24
	Fator 2	24	11.6	2.5	10	18
	Fator 3	24	11.3	2.5	8	16
	Fator 4	24	7.6	1.7	6	12
	Total	24	30.1	4	25	42

Foi identificado que para os dois grupos existem diferenças significativas entre os fatores 1 e 4, pois o valor de foi 0.000 ou seja foi menor que 0.05 mostrando que há diferenças nesses fatores. No entanto para os fatores 2 e 3 não existem diferenças, apenas diante dos outros fatores. Isso mostra que além da banalização da pequena violência, alguns destes estudantes também acreditam nas crenças referentes à justificativa da violência pela conduta da mulher e pela preservação da privacidade familiar.

Tabela 3

Diferença entre as médias no Inventário de Autoestima nos Grupos I e II

	Soma dos quadrados	*df*	Quadrado Médio	*Z*	Sig
Entre grupos	46.895	1	46.895	1.448	0.234
Nos grupos	1781.140	55	32.384		
Total	1828.035	56			

Foi verificado que os dois grupos tiveram médias de: grupo I 29.2 e o grupo II 27.4.

É possível considerar que esses estudantes tem no geral uma autoestima média.

A Tabela 4 contem os dados obtidos entre a correlação da Autoestima e as Crenças que legitimam a violência no grupo da Engenharia (grupo I) e o grupo da Psicologia (grupo II).

Tabela 4

Correlação entre a Autoestima e as Crenças legitimadoras da violência no grupo I e II respectivamente

			Autoestima	ECVC
Grupo I	Autoestima	Correlação de Pearson	1	-0.011
		Sig. (2 extremidades)		0.951
		N	33	33
	ECVC	Correlação de Pearson	-0.011	1
		Sig. (2 extremidades)	0.951	
		N	33	33
Grupo II	Autoestima	Correlação de Pearson	1	-.496
		Sig. (2 extremidades)		0.014
		N	24	24
	ECVC	Correlação de Pearson	-.496	1
		Sig. (2 extremidades)	0.014	
		N	24	24

No que se refere à correlação entre à autoestima e as crenças legitimadoras da violência nas relações amorosas de universitários. Sendo verificado que no grupo I (Tabela 4) existe correlação entre a autoestima e as crenças que legitimam a violência, sendo ela inversamente proporcional.

DISCUSSÃO

Mesmo que grande parte dos estudantes discorde das crenças relativas à violência, como mostra na Tabela 1 é importante estar atento à pequena parcela que concorda e relativiza isto. Segundo Mendes (2009), isso pode se referir a indiferença por parte dos estudantes diante à violência conjugal

ou em algumas situações considerarem discutível o uso desta. Apesar da baixa porcentagem de respostas no item "concordo", grupo I 3% e grupo II 1% e no item "concordo totalmente" grupo I 1% e grupo II 0%, para Mendes e Claudio (2010), esses valores não devem ser menosprezados, pois evidencia que ainda existe jovens que justificam a violência com base nas crenças o que leva a sua perpetração, bem como maior tolerância desse ato.

Em relação às crenças equivocadas acerca da violência conjugal, apresentada na Tabela 2, estas propiciam a tolerância da mesma, podendo ser pela banalização da pequena violência, (por exemplo, o ciúme confundido com atos de amor), pela atribuição a causas externas (uso de álcool) ou pela conduta da mulher (quando fazem algo que o marido não gosta), consequentemente tem-se maior aceitação desses atos de violência (Mendes, 2009).

Além do mais, estas crenças podem ser justificadas pelo machismo que legitima o poder do homem de controlar a mulher que ainda prevalece nos relacionamentos atuais (Souza & Sabine, 2015). Para Lins (2012), citado pelas mesmas autoras, o amor vem de construções sociais, assim a maneira de se expressar e o afeto muda conforme a época e é influenciado por diversos aspectos sociais. Nos dias atuais, ainda existe a falsa crença de que o amor não é real quando não é explosivo e obsessivo, ocorrendo também à desconfiança de que quando não há ciúmes em excesso não há afeto, sendo esses comportamentos vistos como cautela, preocupação e cuidado.

A respeito da autoestima nos dois grupos, foi visto que esses estudantes apresentam uma autoestima média. Segundo Branden (2001), a autoestima média indica variação entre se sentir adequado ou inadequado como pessoa, isso é manifestado no comportamento do indivíduo, o que acaba reforçando a incerteza. Essa oscilação pode facilitar que esses universitários entrem em relacionamentos abusivos e acabem sofrendo diferentes tipos de violência.

A autoestima média presente nesses estudantes universitários que se mostram mais tolerantes a violência nas relações amorosas, pode ser entendida como uma pseudo autoestima, ou seja, Mruck (1998) afirma que indivíduos que apresentam essa pseudo autoestima demonstram deficiência no merecimento, assim como distorções na percepção e na conduta, necessitando constantemente mostrar o seu valor aos outros.

Dessa forma, esses indivíduos podem estar mais suscetíveis a entrar em relacionamentos em que acabem sofrendo de violências físicas, psicológicas e morais.

Mosquera e Stobaus (2006) afirmam que uma autoestima boa tende a deixar as pessoas mais positivas, livres de tensões e frustrações. Sendo assim, pessoas que tem boa autoestima podem entrar em relacionamentos abusivos, mas conseguem perceber mais facilmente e sair.

Para Freitas e Mota (2015), a qualidade das relações amorosas coincide com a qualidade da autoestima, pois jovens que são confiantes e seguros, apresentam melhor qualidade nas relações amorosas. Já as pessoas que apresentam baixa autoestima tem maior aceitação em continuar em uma relação abusiva (Félix, 2012).

Em relação ao grupo II não foi possível verificar essa relação, podendo ter havido problema na terceira variável, sendo ela *desejabilidade social*, assim como pelo conhecimento dos fenômenos psicológicos. Em alguns casos os indivíduos podem dar as respostas de acordo com o que consideram ser socialmente aceito, assim não é possível verificar se no cotidiano esses estudantes agem efetivamente de acordo com o que responderam. No entanto, é visto que os estudantes de Psicologia adquirem certa sensibilização para as questões da violência doméstica durante sua formação, visto que existe um espaço propício para esse tipo de discussão, enquanto que no curso de Engenharia não é disponibilizado um ambiente para discussões como essa (Mendes, 2009).

Os resultados obtidos nessa pesquisa se assemelham com os de Machado, Matos e Moreira (2003), em que os estudantes das ciências exatas (nesse caso Engenharia Mecânica), apresentam maior legitimação da violência do que os estudantes de Psicologia, podendo ser justificado pelo falta de discussões sobre esse assunto ao longo do curso.

Este estudo apresentou importantes resultados em relação à violência nas relações amorosas de universitários, mesmo que grande parte dos estudantes seja discordante da violência, é importante ficarmos atentos na pequena parcela que é complacente com esse tipo de violência. Foi visto um aumento da banalização da violência por parte dos jovens, podendo esta ser confundida por atos de amor.

Assim, esta pesquisa demonstrou que fatores pessoais, como a autoestima, tem relação com a legitimação das crenças sobre a violência, sendo isso verificado apenas nos estudantes de Engenharia, enquanto os

estudantes da Psicologia não foi possível comprovar essa correlação, pelo fenômeno da desejabilidade social.

Dessa forma, é possível afirmar que a informação a respeito da violência influencia nas crenças que legitimam a violência dos estudantes, sendo de extrema importância incluir esse assunto nos programas curriculares ou promover formações direcionadas para esta população como forma de intervenção, assim como a importância de estratégias de prevenção da violência nas relações íntimas juvenis, ou seja, proporcionando o empoderamento das potências vítimas diminuindo o abuso vivenciado pelos jovens pela conscientização sobre a violência nas relações de namoro.

REFERÊNCIAS

Branden, N. (2001). *Auto-estima: Como aprender a gostar de si mesmo* (39ª ed.). São Paulo: Saraiva.

Caridade, S., & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração. *Análise Psicológica*, *24*(4), 485-493.

Félix, D. S. D. S. (2012). *Crenças de legitimação da violência de género e efeitos de campanhas de prevenção: Um estudo exploratório* (Doctoral dissertation).

Freitas, V., & Mota, C. P. (2015). Implicações da vinculação amorosa e suporte social na autoestima em jovens universitários. *Análise Psicológica, 33*(3), 303-315. doi: 10.14417/ap.863

Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, *10*(1), 41-49.

Lins, R. N. (2012). *O livro do amor* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Best Seller.

Machado, C., Matos, M., & Moreira, A. I. (2003). Violência nas relações amorosas: Comportamentos e atitudes na população universitária. *Psychologica*, 33, 69-83.

Machado, C., Matos, M., & Gonçalves, M. M. (2008). *Manual da Escala de Crenças sobre Violência Conjugal (ECVC) e do Inventário de Violência Conjugal (IVC).* Braga: Psiquilibrios Edições.

Mendes, E. R. B. (2009). *Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem, engenharia e psicologia acerca da violência doméstica* (Doctoral dissertation).

Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2009). Adultez emergente: Na fronteira entre a adolescência e a adultez. *Revista Ambiente e Educação*, *2*(1), 129-137.

Mosquera, J. J. M., & Stobäus, C. D. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: Qualidade de vida na universidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *7*(1), 83-88.

Mruck, C. (1998). Auto-estima: Investigación, teoría y práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Nascimento, O. C., Costa, M. C. O., Costa, A. M., & da Cunha, B. D. S. G. (2018). Violência no percurso amoroso e saúde mental de adolescentes-jovens: Revisão Integrativa. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS, 8*(1), 30-38. doi: 10.13102/rscdauefs.v8.3505

Paiva, T. T., Pimentel, C. E., & Moura, G. B. D. (2017). Violência conjugal e suas relações com autoestima, personalidade e satisfação com a vida. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, *10*(2), 215-227.

Santos, A. P., Caridade, S., & Cardoso, J. (2019). Violência nas relações íntimas juvenis: (des) Ajustamento psicossocial e estratégias de coping. *Contextos Clínicos*, *12*(1), 2-25. http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2019.121.01

Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (Vol. 10). São Paulo: Martins Fontes.

Souza, T. M. C., & Sabini, K. (2015). Mas o que é o amor? Representações sociais em mulheres em contexto de violência doméstica. *Perspectivas em Psicologia*, *19*(1).

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA IDOSA EM PORTUGAL: ABORDAGENS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Maria Miguel Barbosa[1], Rosa Marina Afonso[2], Constança Paúl[3], & Javier Yanguas Lezaun[4]

[1] FCT SFRH/BD/138897/2018; ICBAS, Universidade do Porto, Portugal / CICS, Universidade da Beira Interior, Portugal

[2] Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Portugal / CINTESIS, Universidade do Porto, Portugal

[3] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal / CINTESIS, Universidade do Porto, Portugal

[4] Fundación Bancaria "La Caixa" / International Association of Gerontology and Geriatrics Sección Europea

Os processos tradicionais de prestação de cuidados a idosos têm sido dominados por paradigmas de base assistencial e curativa que tendem a centrar o seu foco na doença/défices e a apresentar uma organização rígida, práticas uniformizadas e procedimentos padronizados (Koren, 2010; World Health Organization, 2015). Este tipo de modelos tem demonstrado sinais de baixa sustentabilidade no respeito pelos direitos das pessoas idosas e na promoção de cuidados de qualidade (World Health Organization, 2015).

Têm sido várias as preocupações de entidades internacionais, como é o caso da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2015), que alertam para a necessidade de uma mudança de paradigma e para a importância do investimento em Cuidados Centrados na Pessoa Idosa (CCPI).

Os CCPI's agregam, para além de aspetos biológicos, aspetos psicossociais e promovem uma visão holística e integradora. Desta forma, visam a satisfação plena dos direitos humanos, enfatizando a autodeterminação, a valorização das características, das expetativas e das potencialidades individuais, e privilegiando a qualidade da relação na prestação de cuidados. Esta abordagem requer que a pessoa seja o referente e motor do processo de cuidados, atribui-lhe um papel ativo enquanto decisor e agente causal da sua própria vida (Díaz-Veiga et al., 2016; Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas, & Muñiz, 2016; Wilberforce et al., 2016).

Devido à filosofia subjacente, os CCPI's têm potencial para aumentar significativamente a qualidade dos serviços (Wolff & Boyd, 2015), e para fomentar boas práticas nos cuidados gerontológicos (Díaz-Veiga et al., 2016). Contudo, não existe, um modelo consensual de implementação dos CCPI's (Díaz-Veiga et al., 2016; McCormack, 2004; Morgan & Yoder, 2011). Nalguns casos, a sua implementação passa pela reorganização das instituições em "unidades de convivência", que são espaços semelhantes a casas onde vive um conjunto reduzido de idosos com um grupo fixo de colaboradores e com um profissional de referência (Díaz-Veiga et al., 2016). Noutros casos, a implementação consiste no fomento da prestação de cuidados baseada nos princípios norteadores do modelo (Díaz-Veiga et al., 2016; Dow, Fearn, Haralambous, Tinney, Hill, & Gibson, 2013).

A adoção de modelos de CCPI está associado com o estado emocional dos cuidadores formais. Especificamente, maior nível de Bem-Estar Subjetivo (alto nível de Afeto Positivo e baixo nível de Afeto Negativo) e menor índice de Burnout encontra-se relacionado com uma maior tendência para atitudes centradas na pessoa idosa (Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas, et al., 2016).

De acordo com a literatura revista, em Portugal, para além de não existir um modelo/paradigma que esteja adaptado e adequado à sua população, também não estão disponíveis ferramentas de avaliação dos CCPI. Afigura-se necessário contribuir para a mudança robusta de paradigma para que as respostas gerontológicas em Portugal possuam mais recursos para a avaliação e implementação de CCPI's.

Assim, o projeto de doutoramento intitulado "Atenção centrada na pessoa na prestação de cuidados na velhice: abordagens e instrumentos de avaliação" (financiado pela FCT através de bolsa individual de doutoramento), pretende ampliar o conhecimento sobre os CCPI, realizar o processo de validação, para a população portuguesa, de dois instrumentos de avaliação neste âmbito, desenvolver e disseminar um modelo de boas práticas adaptado às características idiossincráticas do país.

MÉTODO

O presente estudo realizar-se-á em duas fases. A primeira fase concentrar-se-á na validação, para a população portuguesa, dos instrumentos: *The*

Person-Centered Care Assessment Tool (P-CAT, Edvardsson, Fetherstonhaugh, Nay, & Gibson, 2010) e *The Staff Assessment Person Directed Care* (PDC, White, Newton-Curtis, & Lyons, 2008). Posteriormente irá avaliar-se o grau de implementação de CCPI em Estruturas Residenciais para Idosos portuguesas e irá explorar-se a sua associação com outras variáveis.

Participantes

Para a fase da validação dos instrumentos, os indivíduos a estudar serão trabalhadores em Estruturas Residenciais para Idosos com os seguintes critérios de inclusão: (a) ser profissional prestador de cuidados diretos a idosos, há mais de 6 meses; (b) ter a língua portuguesa como língua nativa e (c) aceitar o compromisso de participar no estudo.

Na segunda fase, a da recolha de dados relativos à aplicação da ACP em contexto de ERPI, os participantes serão profissionais trabalhadores em Estruturas Residenciais para Idosos com os mesmos critérios de inclusão da primeira fase e um membro da direção técnica da instituição (nessa função há mais de 6 meses).

Apresentam-se como critérios de exclusão, para os participantes, nas duas fases do projeto: (a) trabalhar na instituição mas não prestar cuidados em contacto direto com os idosos; (b) trabalhar na instituição há menos de 6 meses e (c) não ter língua portuguesa como nativa.

Material

Na fase da validação dos instrumentos, irá aplicar-se em formato papel e lápis, um protocolo composto por breve caracterização sociodemográfica e pelos instrumentos PDC e P-CAT:

Questionário de características sociodemográficas e profissionais. Este questionário pretenderá recolher informações relativas aos participantes. Serão, por exemplo, exploradas questões como a idade, formação, experiência, tipo de funções e o tempo de prestação de cuidados naquela entidade.

P-CAT. O P-CAT, desenvolvido por Edvardsson et al. (2010), tem 13 itens de resposta tipo likert e inclui três componentes: cuidado personalizado, acessibilidade de espaço e apoio organizacional. Quanto maior a pontuação obtida, maior o grau de CCPI percebido pelos profissionais. O P-

CAT foi desenvolvido com uma amostra australiana, e foi adaptado para a Noruega (Rokstad, Engedal, Edvardsson, Selbaek, 2012), Suécia (Sjögre, Lindkvis, Sandman, Zingmark, & Edvardsson, 2012), China (Zhong & Lou, 2013) e Espanha (Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas, & Muñiz, 2015). Apresentou sempre boas propriedades psicométricas. A estrutura tridimensional do instrumento manteve-se na adaptação para a China (Zhong & Lou, 2013). Nas adaptação para a população da Noruega (Rokstad et al., 2012), constatou-se uma estrutura bidimensional e na versão Espanhola encontrou-se uma estrutura unidimensional (Martínez et al., 2015).

PDC. O PDC foi desenvolvido por White et al. (2008), sendo composto por cinquenta itens e, através de uma escala de resposta tipo likert, de cinco pontos, avalia duas dimensões e oito fatores (atenção dirigida à pessoa: autonomia, perspetiva e conhecimento da pessoa, bem-estar nos cuidados e relações sociais; apoio do ambiente: profissionais de atenção direta, ambiente personalizado e organização). O PDC oferece pontuações independentes para cada fator e uma pontuação geral que, quanto mais alta for, maior é a perceção de CCPI promovida pela instituição. O PDC foi adaptado para a América (Sullivan, Meterko, Baker, Stolzmann, Adjognon, Ballah, & Parker, 2012; White et al., 2008), Coreia do sul (Choi & Lee, 2013), e Espanha (Martínez et al., 2016). Apresentou sempre propriedades psicométricas adequadas.

Na segunda fase, recolha de dados relativos à aplicação da abordagem centrada na pessoa em contexto de Estrutura Residencial para Idosos, o protocolo objetiva a recolha de informação sociodemográfica e avaliação das seguintes variáveis: (a) aplicação de CCPI (através da utilização da validação portuguesa do P-CAT e do PDC); (b) Bem-Estar Subjetivo e (c) Índice de Burnout. Para tal, serão aplicados os seguintes instrumentos:

Positive and Negative Affect Schedule – Versão portuguesa (PANAS-VRP). A PANAS-VRP (Galinha Galinha, Pereira, & Esteves, 2014), é a versão reduzida portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). É composta por 10 itens com resposta tipo likert de 5 pontos. Tem duas dimensões (afeto positivo e negativo) e apresenta boas propriedades psicométricas.

Maslach Burnout Inventory: Human Services Survey – Versão portuguesa (MBI-HSS). A MBI-HSS versão portuguesa (Vicente, Oliveira, &

Marôco, 2013), configura uma medida de avaliação do burnout. Este inventário é composto por 15 itens de resposta tipo likert (7 pontos), tem uma estrutura de três fatores (exaustão, descrença e eficácia) e apresenta boas propriedades psicométricas.

Será ainda aplicado um questionário sobre a caracterização da Estrutura Residencial para Idosos (à Direção Técnica da instituição). Serão, por exemplo, exploradas informações relacionadas com a gestão (pública/privada), localização (rural/urbano), serviços que presta, capacidade, rácio profissionais/utentes e gestão de colaboradores (rotativa/permanente).

Procedimento

Nas duas fases, após Consentimento Livre, Informado e Esclarecido, os participantes que verifiquem os critérios de inclusão serão convidados para uma sessão de grupo para aplicação do protocolo de investigação em formato papel e lápis segundo normas e instruções relativas aos procedimentos e *setting* de aplicação. Pretende-se garantir, desta forma, a máxima uniformização da recolha de dados em todas as organizações participantes.

Após recolha de dados, o tratamento estatístico será efetuado com recurso ao *software Statistical Packadge for the Social Sciences* (IBM SPSS) onde será construída uma base de dados através de processos de codificação anónima.

RESULTADOS

Como resultados, espera-se obter medidas quantitativas para a avaliação de CCPI em Portugal bem como dados robustos que permitam relacionar este tipo de cuidados com outras variáveis.

DISCUSSÃO

O '*World report on ageing and health*' (World Health Organization, 2015), alerta para a necessidade urgente de se promoverem ações integrais sobre o envelhecimento da população e afirma que a estratégia passa por fomentar uma mudança de paradigma transformando os sistemas que se

norteiam por modelos curativos em sistemas de cuidados centrados nos idosos. O mesmo relatório, refere que os sistemas de cuidados a longo prazo apresentam consideráveis variações entre países. Pelo que, de forma a promover uma mudança robusta de paradigma e a adaptar modelos teóricos e práticos que promovam CCPI, os planos e políticas devem considerar as necessidades das populações, bem como as características das organizações que promovem cuidados gerontológicos.

O presente estudo, que está no seu início, objetiva contribuir para que as respostas gerontológicas em Portugal possuam mais recursos para potenciar boas práticas nos cuidados. De acordo com os estudos mais recentes (Manthorpe & Samsi, 2016; Yevchak et al., 2019), os CCPI constituem o nível mais elevado de qualidade nos cuidados a pessoas idosas.

Financiamento

Este trabalho é apoiado financeiramente pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), através de Bolsa Individual de Doutoramento (FCT, *SFRH/BD/138897/2018)* financiada por fundos nacionais do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e pelo Fundo Social Europeu através do Programa Operacional Capital Humano (POCH, UE).

REFERÊNCIAS

Choi, J. S., & Lee, M. (2013). Psychometric Properties of a Korean Measure of Person- Directed Care in Nursing Homes. *Research on Social Work Practice*, *20* (10), 1-9.

Díaz-Veiga, P., Uriarte, A., Yanguas, J., Cerdó, M., Sancho, M., & Orbegozo, A. (2016). ¿Estamos mejorando la atención? Efectos de intervenciones relativas al Modelo de Atención Centrado en la Persona en un grupo residencial. Zerbitzuan: *Revista de Servicios Sociales*, *61*(June), 53-63. https://doi.org/10.5569/1134-7147.61.04

Dow, B., Fearn, M., Haralambous, B., Tinney, J., Hill, K., & Gibson, S. (2013). Development and initial testing of the Person-centred health care for older adults

survey. *International Psychogeriatrics*, *25*(7), 1065-1076. https://doi.org/10.1017/S1041610213000471

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R., & Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the person-centered care assessment tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, *22*, 101-108.

Galinha, I. C., Pereira, C. R., & Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo – PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, *28*(1), 53-65.

Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs*, *29*(2), 1-6. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0966

Manthorpe, J., & Samsi, K. (2016). Person-centered dementia care: Current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, *11*, 1733-1740. https://doi.org/10.2147/CIA.S104618

Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., & Muñiz, J. (2015). Spanish validation of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Aging and Mental Health*, *20*(5), 550-558. https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023768

Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., & Muñiz, J. (2016). The Person Centered approach in Gerontology: New validity evidence of the Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *16*(2), 175-185. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.12.001

McCormack, B. (2004). Person-centeredness in gerontological nursing: An overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, *13*, 31-38.

Morgan, S., & Yoder, L. H. (2011). A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing*, *30*(1), 6-15. https://doi.org/10.1177/0898010111412189

Rokstad, A., Engedal, K., Edvardsson, D., Selbaek, G. (2012). Psychometric evaluation of the Norwegian version of the Person-centred Care Assessment Tool. *Internationl Journal of Nursing Practice*, *18*, 99-105.

Sjögre, K., Lindkvis, M., Sandman, P., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2012). Psychometric evaluation of the Swedish version of the Person-Centered Care Assessment Tool (P- CAT). *International psychogeriatrics*, *24*(3), 406-415.

Sullivan, J. L., Meterko, M., Baker, E., Stolzmann K., Adjognon O., Ballah, K., & Parker, V. A. (2012). Reliability and Validity of a Person-Centered Care

Staff Survey in Veterans Health Administration Community Living Centers. *The gerontologist*, *53*(4), 596-607. doi: 10.1093/geront/gns140.

Vicente, C. S., Oliveira, R. A., & Marôco, J. (2013). Análise fatorial do inventário de burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. *Psicologia, Sáude & Doenças*, *14*(1), 152-167.

White, D. L., Newton-Curtis, L., & Lyons, K. S. (2008). Development and initial testing of a measure of person-directed care. *The gerontologist*, *48*, 114-123.

Wilberforce, M., Challis, D., Davies, L., Kelly, M. P., Roberts, C., & Loynes, N. (2016). Person-centredness in the care of older adults: A systematic review of questionnaire-based scales and their measurement properties. *BMC Geriatrics*, *16*(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0229-y

Wolff, J. L., & Boyd, C. M. (2015). A look at person-centered and family-Centered care among older adults: Results from a national survey. *Society of General Internal Medicine*, *30*(10), 1497-1504. https://doi.org/10.1007/s11606-015-3359-6

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health.* https://doi.org/https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463

Yevchak, A. M., Fick, D. M., Kolanowski, A. M., Monroe, T., Leviere, A., & Mion, L. (2019). Implementing nurse-facilitated person-centered care approaches for patients with delirium superimposed on dementia in the acute care setting. *Journal of Gerontological Nursing*, *43*(12), 21-28. https://doi.org/10.3928/00989134-20170623-01.Implementing

Zhong, X. B., & Lou, V. W. (2013). Person-centered care in Chinese residential care facilities: A preliminary measure. *Aging and Mental Health*, *17*(8), 952-958. doi: 10.1080/13607863.2013.790925

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

CUIDADOS DE MÃES ANGOLANAS AO RECÉM-NASCIDO: ABORDAGEM INTERCULTURAL

Natália Ramos[1], & Elsy Tavares[1]
[1] Universidade Aberta & CEMRI, Portugal

O período neonatal corresponde aos primeiros 28 dias de vida, existindo maior vulnerabilidade e risco de morte para a criança. Deste modo, os cuidados realizados ao recém-nascido revestem-se da maior importância e têm reflexos na sua saúde futura. O processo de cuidar adquire características específicas do contexto sociocultural e familiar em que as pessoas vivem e encontra-se associado a um período de transição na vida da mãe.

Nas instituições de saúde é transmitido às puérperas, alguns procedimentos para cuidar dos recém-nascidos. Contudo, por exemplo no modo de tratar o coto umbilical, estas, em casa, solicitam ajuda e delegam por vezes os cuidados a outras pessoas que não são o foco da atenção das orientações dos profissionais de saúde (Linhares et al., 2012).

Nas diversas culturas e nomeadamente na cultura angolana, é marcante a transmissão de saberes intergeracionais e culturais nos cuidados ao recém-nascido. Trata-se de conhecimentos, representações e costumes adquiridos no contexto sociofamiliar e cultural do qual os cuidadores fazem parte (Melo et al., 2015; Ramos, 2004, 2005, 2011, 2016). Neste contexto, surgem as avós, que são respeitadas e valorizadas na organização estrutural familiar e dão a sua contribuição para a continuidade das gerações futuras (Linhares et al., 2012). Entre os saberes tradicionais, surgem também as parteiras leigas, possuidoras de um saber empírico, que, detendo a confiança das mães, orientam sobre questões de saúde (Melo et al., 2015).

Luanda é uma cidade que concentra um elevado número de migrantes. Tal realidade torna-a num espaço multicultural onde se exprimem traços culturais, estilos de vida e identidades, exigindo a prestação de cuidados

culturalmente competentes, como emergência para a promoção da saúde e bem-estar da comunidade (Ramos, 2008, 2011). A intergeracionalidade constata-se nos saberes e fazeres transmitidos entre as gerações envolvendo valores culturais. No cuidado ao coto umbilical do recém-nascido, o uso de substâncias populares, baseado nos conhecimentos e costumes adquiridos no contexto sociofamiliar dos cuidadores, é tido como benéfico para a saúde (Linhares et al., 2012).

As diferentes representações e práticas de cuidado segundo os contextos culturais têm em comum a preocupação do adulto em oferecer à criança as melhores condições (Ramos, 2004, 2011). Desde o início da humanidade que as mães e outros membros da família realizam práticas e saberes populares com os seus filhos e utilizam certas substâncias, nomeadamente no cuidado do coto umbilical, acreditando nos seus benefícios (Ribeiro & Brandão, 2011). Os pais do recém-nascido, além das orientações dadas por pessoas da comunidade, vizinhos, familiares, deparam-se com recomendações divergentes, por vezes incompreensíveis e contraditórias, provenientes dos profissionais de saúde, nos cuidados ao coto umbilical, baseados em evidência científica (Menacho, 2008). Apesar de receberem essas orientações dos profissionais de saúde, as mulheres continuam a receber e a transmitir as informações recebidas das gerações anteriores, muitas vezes sem saberem o porquê e a sua real importância no cuidado, mas que lhes são familiares e lhes dão confiança (Ramos, 2004). As puérperas colocam-se, assim, em posição de aprendizes, tanto em relação aos profissionais como aos familiares (Miranda et al., 2015).

Algumas das práticas frequentes no cuidado ao coto umbilical realizadas pelas mães em Luanda referem-se à utilização de produtos como folhas, cinza, sal, barata queimada, óleo, azeite, pó de café, fezes (Ribeiro & Brandão, 2011). A utilização destas práticas está na origem da onfalite, infeção associada ao coto umbilical. Se a infeção se disseminar pela circulação sanguínea, causa sépsis (Borrozzino, n.d). Estima-se que as onfalites ocorram em maior número em países em desenvolvimento. O maior risco para a contaminação e infeção do coto umbilical ocorre entre o primeiro e o terceiro dia de vida (World Heatlth Organization [WHO], 1998).

De acordo com a WHO (2016), se as tendências se mantiverem, aproximadamente metade dos 69 milhões de mortes infantis estimadas entre 2016 e 2030 ocorrerão no período neonatal, estando a maioria delas

relacionada com partos prematuros, anoxia no trabalho de parto e infecões. Estima-se que cerca de 15% de todas as mortes neonatais a nível global ocorrem devido a infeções (WHO, 2016), que, designadamente as do coto umbilical, são responsáveis pela mortalidade de mais de 520.000 recém-nascidos a nível mundial (Correia & Pires, 2016). Anualmente, em todo o mundo, cerca de 2,8 milhões de bebés morrem durante o primeiro mês, a maioria oriunda de países em desenvolvimento, sendo que nos primeiros dias após o nascimento ocorrem cerca de 50% de óbitos neonatais e 75% durante a primeira semana de vida (WHO, 2016). Em Angola, a mortalidade neonatal é estimada em 42/1000 nascidos vivos (MINSA, 2012), representando um elevado nível da mortalidade infantil mundial (WHO, 2017).

Deste modo, as práticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) são essenciais, pois visam diminuir as infeções e, assim, reduzir a infeção do coto umbilical (WHO, 1998). Segundo Correia e Pires (2016), a OMS recomenda desde 1998 a técnica *dry care* nos cuidados ao coto umbilical, que consiste na limpeza do coto com água e sabão, mantendo-o limpo e seco, sem aplicar qualquer tipo de antisséptico ou desinfetante. De acordo com a WHO (2018), esta prática é recomendada para os partos em locais de baixa mortalidade neonatal, onde o risco de onfalite é reduzido e o acesso aos cuidados de saúde é fácil e rápido. No entanto, a OMS orienta o uso de antissépticos no coto umbilical em países em desenvolvimento, onde existem hábitos precários de higiene, partos em casa e elevada taxa de incidência de infeção ou mortalidade neonatal (30 ou mais óbitos neonatais por 1000 nascimentos vivos), sendo neste contexto a clorohexidina 4% o agente de eleição (WHO, 2018). A clorohexidina é um antisséptico que apresenta um bom espectro antibacteriano, mas tem um custo elevado, o que dificulta o seu acesso. Assim, em substituição da clorohexidina, é recomendado o álcool etílico a 70%, com aplicação entre 7 a 10 dias, mantendo o coto exposto até que a substância evapore (WHO, 1998). Na limpeza diária do coto umbilical, o profissional de saúde deve ainda orientar para a higienização das mãos, troca frequente de fraldas, dobra na fralda, que deve ser colocada abaixo do coto umbilical, para evitar irritação e a proliferação de microrganismos, e o treino para a vigilância de sinais e sintomas de infeção (Ribeiro & Brandão, 2011; WHO, 1998).

Exige-se do profissional de saúde sensibilidade e atenção às experiências populares da comunidade, valorizando o que é comprovadamente científico, mas respeitando as crenças, populares muitas vezes, praticadas ao longo de gerações (Melo et al., 2015). Os mesmos autores defendem que o profissional de saúde, perante os saberes populares, deve aliar o conhecimento do senso comum aos princípios científicos, opinião corrobada por Linhares et al. (2012), ao afirmar que esta é uma condição necessária, pois torna as relações significativas e favorece a reelaboração dos saberes-fazeres. O profissional de saúde deve, assim, conhecer os hábitos culturais das mães angolanas e considerar o contexto familiar e social em que estas se inserem, permitindo o cuidar culturalmente congruente e de qualidade baseado numa relação empática e colaborativa e numa comunicação adequada (Ramos, 2004, 2008, 2012). A multiculturalidade exige do profissional de saúde competências culturais e comunicacionais para responder de forma efetiva às necessidades dos indivíduos e grupos (Ramos, 2004, 2016; Ribeiro & Brandão, 2011).

À luz da teoria do cuidado transcultural, os cuidados culturais relacionam-se com os determinantes de saúde e as suas múltiplas influências numa perspetiva sistémica e multicultural (Ramos, 2004; Ribeiro et al., 2009). Paralelamente à atenção dispensada ao histórico-cultural e social do utente faz parte do paradigma comunicacional e relacional do cuidado de saúde a empatia, incluindo a atenção emocional e a congruência (Ramos, 2004, 2012, 2016). A associação de todas estas competências reflete a excelência do cuidar, sendo que o encontro com a diferença cultural pode comprometer o sucesso das intervenções. Deste modo, os cuidados de saúde devem interpretar e compreender a diversidade cultural, os significados de saúde/doença e as experiências das mães. É importante o profissional fazer uma autorreflexão e reflexão crítica, reconhecendo os seus próprios valores e atitudes, bem como os valores e práticas dos utentes com os quais estabelece relações de cuidado e comunica (Ramos 2006, 2008, 2012).

MÉTODO

Neste trabalho analisam-se as racionalidades leigas e os conhecimentos científicos nos saberes e práticas de cuidados realizados pelas mães

angolanas ao recém-nascido, nomeadamente na limpeza e tratamento do coto umbilical, evidenciando-se a necessidade de formação dos profissionais de saúde para uma melhor intervenção junto das mães. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório e transversal, cuja amostra é não probabilística por conveniência, onde as participantes são 40 mães de recém-nascidos, residentes em Luanda.

Recorreu-se a um inquérito por entrevista semiestruturada, e a análise de conteúdo temática foi realizada com recurso ao programa Nvivo12. Garantiram-se os princípios e códigos éticos, de forma a manter a privacidade e integridade dos recém-nascidos, mães e de todos os envolvidos no estudo.

RESULTADOS

As entrevistas sobre os cuidados de mães angolanas ao coto umbilical revelaram elementos pertinentes em relação ao tema. Constatou-se que frequentemente as práticas de cuidados são influenciadas pelo conhecimento empírico transmitido intergeracionalmente e valorizado no meio social de pertença. Tradicionalmente, o coto umbilical está envolto em crenças e mitos, e várias práticas tradicionais são utilizadas. Dando voz aos sujeitos do estudo, evidenciam-se alguns testemunhos.

No que se refere à origem do conhecimento com base empírica, as principais fontes de conhecimento mencionadas foram os familiares. E1: "É mais minha tia, a tia com quem eu vivi, tem mais experiência". Nos familiares, a maior enfase é dada às avós do recém-nascido. E11: "Por exemplo, quando o cordão umbilical arrebentou ontem, a minha mãe disse que temos de meter pó". E25: "A minha mãe ensinou-me". Existem também relatos de informação proveniente da influência cultural (vizinhos, amigos e fontes não especificadas): E8: "Já ouvi que, agora, estão a curar o umbigo com Pepsodent, óleo de palma, aquelas telas de luando queimada ou pó", ou E27: "A vizinha tinha falado que colocou o sal". Os principais saberes populares relativos aos cuidados ao recém-nascido tratam-se muitas vezes de uma herança cultural transmitida de geração em

geração e acompanhada de um vínculo afetivo e de segurança (Ramos, 2004, 2005, 2016).

Referente à origem do conhecimento com base científica, verificam-se discursos nos quais é atribuído ao profissional de saúde a origem do conhecimento relativo aos cuidados ao coto umbilical: E1: "Eu, graças a Deus, não sou pessoa de… sigo mesmo a orientação médica... Aquilo que é dito no hospital é o que eu sigo", ou E3: "Já no meu caso, eu não sabia. Só sei o que eu aprendi aqui no hospital". Os profissionais devem orientar/ensinar de forma eficaz, sendo que os cuidados com o coto umbilical baseados em evidência científica contribuem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nas instituições de saúde (Menacho, 2008).

Quanto ao tipo de conhecimento das mães angolanas relativamente aos cuidados realizados ao coto umbilical do recém-nascido, no que diz respeito à informação transmitida pelos profissionais de saúde, diferente daquela que as mães conhecem, predominam as referências relativas à utilização de álcool, em vez de outros produtos, no tratamento do coto umbilical. E17: "Ah, me falaram só que tem que meter, assim óleo, azeite… até o umbigo cair. Mas aqui no hospital não me explicaram assim. Aqui disseram álcool", ou E31:"Sim! Cá, recomendam com álcool, só mesmo álcool, mas em casa disseram que tem de pôr óleo com sal". A "consciencialização cultural" inclui a capacidade de analisar o mundo reconhecendo as diferenças e a pluralidade na perspetiva de uma outra cultura, respeitando-a e compreendendo as motivações para as práticas de saúde adotadas, promovendo, por parte dos profissionais de saúde, a negociação baseada num diálogo participativo e intercultural (Ramos, 2004, 2012).

Relativamente aos produtos a aplicar no coto umbilical que a mãe conhece, transmitidos por terceiros, a maioria das puérperas aponta o sal e óleo: E9: "É mesmo do umbigo. Lá em casa, eu escutei que tem de se meter o luando, o sal, o óleo de palma, como era antigamente…"; E12: "Dizem que podemos utilizar o sal com água, sal com óleo da cozinha..."; E27: "Olhe, ontem mesmo, acabei de ouvir uma vizinha que coloca sal". A utilização de produtos como cinza, sal, óleo, azeite, são práticas transmitidas pelas pessoas mais experientes do seio familiar e da comunidade e, apesar de cientificamente comprovada a sua ineficácia,

continuam a ser usadas como primeira escolha nos cuidados (Ribeiro & Brandão, 2011).

Quanto ao apoio nos cuidados prestados ao recém-nascido, verifica-se que as puérperas o delegam frequentemente a familiares próximos, geralmente à avó da criança: E10: "A mamã ajuda a cuidar do umbigo do bebé, e ela é que dá banho no bebé", ou E11: "Até ao umbigo cair, nos primeiros dias, era a avó que cuidava dele". A transmissão de saberes recai nas avós, que participam com o seu conhecimento e experiência e são presenças constantes, assumindo frequentemente os cuidados ao recém-nascido (Ramos, 2004, 2005; Linhares et al., 2012).

Nas práticas realizadas ao coto umbilical do recém-nascido, existem relatos de puérperas que referem a utilização de álcool, de acordo com o recomendado pela OMS: E12: "Eu uso mesmo o álcool, que é o que a doutora recomendou", ou E23: "Pegamos o algodão e colocamos um pouquinho o álcool e limpamos o umbigo". Os cuidados culturalmente competentes, não entrando em conflito com a cultura presente, permitem a aquisição de saberes e a adoção de práticas corretas nos cuidados ao recém-nascido, colaborando para a diminuição da morbi/mortalidade neonatal (Ribeiro & Brandão, 2011). No cuidado ao coto umbilical, constatam-se situações de puérperas que aplicam álcool juntamente com outros produtos: E21: "Tira-lhe a fralda... depois, limpa o umbigo com álcool. Depois, põe o sal e o óleo de palma", ou E30: "Limpo com álcool... limpo e, depois de limpar, meto o coiso… o sal e o óleo de palma". No entanto, a maioria dos relatos refere a utilização apenas de outros produtos, com recurso frequente ao sal e ao óleo: E15: "Aqueço as brasas, vai passando no umbigo. Depois, pega no óleo de palma, misturado com sal, vai passando em volta".

No processo de aculturação, as puérperas têm dificuldade na seleção entre os aspetos a manter e a abandonar da sua cultura de origem relacionados com o cuidado ao recém-nascido (Ramos, 2008, 2012, 2016). Possivelmente, a insegurança e o receio de não terem certeza de como o fazer tornou-as submissas à vontade e experiência de familiares ou alheias, realizando cuidados ao recém-nascido provenientes do conhecimento empírico (Miranda *et al.,* 2015). Verificam-se também situações onde as puérperas, apesar de terem conhecimento da indicação do álcool, optam por outras práticas no cuidado ao coto umbilical: E13: "Normalmente, no hospital dizem que é para curar com álcool. Só que demora mais tempo,

então, nós curamos com sal, até ao umbigo cair"; E14: "Às vezes fugimos um pouquinho, fazemos a nossa cultura… água com sal... Com álcool demora mais para o umbigo cair. Já água com sal não demora"; E15: "Nenhum momento nós usamos o álcool, nós simplesmente usamos o fogo, neste caso a brasa, carvão, com óleo de palma e sal fino". Mesmo sendo acompanhadas numa unidade de saúde, as mães adotam condutas de aplicação de soluções caseiras no coto umbilical que favorecem infeções (Ribeiro & Brandão, 2011).

DISCUSSÃO

As práticas de cuidados das mães ao recém-nascido, nomeadamente o cuidado ao coto umbilical, têm frequentemente por base o conhecimento empírico, que por vezes prevalece face ao conhecimento científico. A evidência científica demonstra que práticas incorretas no cuidado ao coto umbilical têm como consequência a infeção (onfalite), sendo esta uma das principais causas do elevado índice de mortalidade neonatal em Angola. Trata-se de um problema de saúde pública com graves repercussões, mas, ainda assim, passível de prevenção. Os profissionais de saúde devem estar munidos de conhecimentos e competências comunicacionais e culturais sobre os cuidados a prestar, a fim de fundamentarem os benefícios das práticas baseadas em evidência científica, contrapondo a certas práticas baseadas na tradição e que podem trazer prejuízos para a saúde da criança. Evidencia-se a necessidade de estes profissionais conhecerem e terem em conta o contexto cultural e social de intervenção, bem como de repensarem a abordagem profissional, de modo a conquistarem a confiança e aceitação da comunidade e a uma melhor comunicação e informação em saúde. Na relação terapêutica, o processo de negociação de cuidados deve incluir a participação da mãe e de todos os envolventes, na promoção da educação para a saúde e para a capacitação e adoção de práticas saudáveis de cuidados, nomeadamente ao coto umbilical.

Este estudo pretende promover a reflexão dos profissionais acerca desta temática e da sua forma de intervenção e incentivar a realização de mais estudos de investigação neste âmbito, de modo a fortalecer o

desenvolvimento de mudanças para práticas saudáveis. Pretende-se, assim, que os conhecimentos adquiridos contribuam para ganhos em saúde neonatal, para o bem-estar geral da criança, colaborando para a diminuição da mortalidade e morbilidade infantil, bem como contribuam para políticas públicas sustentáveis que contribuam para a concretização do 3º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável: "Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades".

REFERÊNCIAS

Borrozzino, R. (n.d). *Infeções de pele, tecido subcutaneo e onfalite*. São Paulo: Editora Atheneu.

Correia, T., Pires, C. (2016). Que técnica usar nos cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 17*, 1646-3625.

Linhares. E., et al. (2012). Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. *Texto Contexto Enfermagem*, *21*(4), 828-836.

Melo. M., et al. (2015). Saberes populares e produção de saúde: Repensando práticas no cuidado materno-infantil. *Revista Associação Portuguesa de Sociologia*, *18*(4), 492-499.

Menacho, V. (2008*). Cuidados de enfermagem com o coto umbilical do recém-nascido*. Cuiabá. Trabalho de conclusão de curso em enfermagem. Universidade de Cuiabá, UNIC.

MINSA [Ministério da Saúde de Angola]. (2012). *Plano nacional de desenvolvimento sanitário 2012-2025.* Luanda: Ministério da Saúde de Angola.

Miranda, B., et al. (2015). Influência do fator cultural no processo de cuidado puerperal. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, *6*(3), 2444-2459.

Ramos, N. (2004). *Psicologia. Clinica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2005). Relações e solidariedades intergeracionais na família. Dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 39*(1), 195-216.

Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, stress e saúde. Perspectivas de investigação e intervenção. *Psychologica, 41*, 329-350.

Ramos, N. (2008). A diversidade cultural na cidade: Problemas e desafios. In L. Rubim & N. Miranda (Orgs.). *Transversalidades da cultura* (pp. 133-179). Salvador: EDUFBA.

Ramos, N. (2012). Comunicação em saúde e interculturalidade – Perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *RECIIS*. Rio de Janeiro, *6*(4). http://dx.doi.org/10.3395/reciis.v6i4.742

Ramos, N. (2011). Infância e contextos culturais e de desenvolvimento. As etnoteorias e práticas parentais de educação, desenvolvimento e saúde. In M. Paiva, K. Viveiros, & O. Neta (Orgs.), *Infância, escolarização e higiene* (pp. 183-222). Brasília: Liber Livro Editora.

Ramos, N. (2016). Mães e famílias entre culturas: Saúde, desenvolvimento e cuidados interculturais. In M. Rocha et al. (Orgs.), *Seguridade social, interculturalidades e desigualdades na contemporaneidade* (pp. 229-269). Natal: EDUFRN.

Ribeiro, M., Brandão, M. (2011). A produção científica da enfermagem sobre coto umbilical. *Revista Interdisciplinar, 4*(3), 54-59.

Ribeiro, O., *et al.* (2009). *Multiculturalidade – Perspectivas de enfermagem: Contributos para melhor cuidar*. Loures: Lusociência.

WHO (1998). *Care of the umbilical cord: A review of the evidence*. Geneva.

WHO (2016). *Who recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2017). *World health statistics 2017: Monitoring health for tSDGs. Sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

CUIDADOS PALIATIVOS COM A FAMÍLIA DE PACIENTES NEONATOS: UM ESTADO DA ARTE

Lurdes Victoria Acuña do Amaral[1], Letícia Candido da Cunha[1], Francini Pullig Fabre[1], Mariana de Abreu Arioli[1], & Cloves Antonio de Amissis Amorim[1]
[1] PUC-PR, Curitiba, Paraná, Brasil

De forma inovadora na área da saúde, o conceito de cuidados paliativos foi fundado em 1960, no Reino Unido, por Cicely Sounders, com o intuito de cuidar de pacientes que se encontram lidando com doenças que ameaçam a vida, a partir do controle de sintomas, da prevenção e do alívio do sofrimento, abordando o ser humano de forma integral: física, emocional, social e espiritualmente. Esses cuidados também são estendidos para a família, cuidadores e profissionais da área da saúde (Gomes & Othero, 2016).

Esse processo é mais complicado quando se trata de pais cujos filhos recém-nascidos se encontram em estado crítico de vida e estão em frente a morte iminente. Logo, surge a dúvida: como se dão os cuidados paliativos para com os familiares de pacientes neonatais?

Durante o período de gestação, expectativas sobre o bebê são criadas pelos pais, idealizando um filho saudável, sua personalidade, como será seu futuro, sonham como será segurá-lo em seus braços pela primeira vez e a felicidade de levá-lo para seu lar. Entretanto, ao nascer, há uma ruptura nessas expectativas quando a notícia que seu bebê não é saudável e precisa de assistência médica nos primeiros momentos de vida é dada aos pais. É importante ressaltar que essa quebra pode também ocorrer durante a gravidez, quando o diagnóstico da doença do bebê é feito durante sua vida intrauterina (Amorim, Alves, Barros & Silva, 2016; Oliveira, Veronez, Higarashi, & Corrêa, 2013; Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte, & Martinez, 2004; Reichart, Lins, & Collet, 2007; Sales, Alves, Vrecchi, & Fernandes, 2005).

A forma como os médicos dão essa notícia para os pais é de suma importância para como eles irão lidar com essa nova realidade. Muitas vezes não há comunicação, e quando há, não é efetiva, pois é feita a partir de

termos técnicos, os quais não são compreensíveis pelos pais. (Amorim et al., 2016; Barros & Trindade, 2007; Belli, 1995; Braga, 2013; Frello & Carraro, 2012). Os médicos priorizam o cuidado físico do bebê, porém não o considerando como uma pessoa digna de ter um nome, um sexo e uma identidade. Os profissionais não pensam nas consequências que suas ações podem acarretar no curto período de vida que o bebê tem e a influência que isso pode ter na família, pois os pais acabam sendo privados de ter contato, tanto físico quanto visual, com seu filho (Barros & Trindade, 2007; Belli, 1995; Lamy et al, 1997).

Essa privação traz um sentimento de impotência nos pais, pois não há nada que eles possam fazer para ajudar seu bebê, eles apenas podem esperar a morte levar seu filho e durante essa espera, não há nem a possibilidade deles demostrarem seu afeto segurando-o. Esse processo pode gerar um sentimento de culpa principalmente para a mãe, pois ela se considera responsável por ter gerado um filho doente, não ter a capacidade de cuidar de seu bebê, de ter que deixar o filho sozinho na UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) e ter que tomar decisões sobre seu curso de vida. Outros sentimentos apresentados pelos pais durante esse período são a raiva, a tristeza, a angústia, ansiedade, depressão e frustração (Amorim et al., 2016; Belli, 1995; Kassar, Melo, Coutinho, Lima & Lira, 2013; Lamy et al., 1997; Padovani et al., 2004; Reichart et al., 2007; Sales et al., 2005; Silva & Rocha, 2011).

A equipe médica acaba julgando os pais quando estes aparentam alívio após a morte de seu filho, entretanto, não procuram saber o motivo desse sentimento, o qual é manifestado devido ao alívio de saber que seu bebê não está mais sofrendo. Outros sentimentos desconsiderados são os da figura paterna que também sofre com a prematuridade do bebê, entretanto, na realidade, a personagem principal do processo do cuidado do recém-nascido acaba sendo a mãe que muitas vezes interfere na relação do pai com o bebê, por não saber como lidar com um pai afetuoso, preocupado e que expõe seus sentimentos, dessa forma, impede que o vínculo entre ambos seja desenvolvido (Amorim et al., 2016; Barros & Trindade, 2007).

A figura paterna é vista apenas como um elemento de apoio e companheirismo para a mãe, sendo desconsiderado como pai, ou seja, não é visto como parte essencial da vida do bebê, entretanto, o pai também está experienciando os mesmos sentimentos que a mãe, porém, é ignorado no processo de elaboração do afeto. A família, a qual não precisa ter laços sanguíneos, possui um papel essencial de apoio emocional para ambos os progenitores,

dando-lhes força para enfrentar a situação na qual se encontram, diminuindo o estresse parental, reforçando a confiança nos pais e em suas capacidades (Amorim et al, 2016; Belli, 1995; Braga, 2013; Oliveira et al., 2013).

A enfermagem possui também uma função fundamental no apoio psicossocial para com os pais, entretanto, ao cuidar de bebês sem possibilidade de terapêutica curativa, os enfermeiros experienciam sentimentos de limitação e fracasso, pois são submetidos a estímulos estressantes e sobrecarga emocional, fazendo com que utilizem mecanismos de defesa, dos quais, o principal seria o distanciamento do paciente e da família. Diante do exposto, há um prejuízo na formação do vínculo do enfermeiro com a família, prejudicando o atendimento das necessidades físicas e emocionais dos pais (Barros & Trindade, 2007; Belli, 1995; Braga, 2013; Frello & Carraro, 2012; Lamy et al., 1997; Pedroso & Bousso, 2003; Perencin & Ribeiro, 2011; Reichart et al., 2007; Silva & Rocha, 2011).

Para que isso não aconteça, é necessário a humanização no cuidado neonatal, na qual há uma significativa importância no vínculo enfermagem-família. Essa confiança mútua é fundamental quando o assunto é o fim da vida do bebê, a manutenção dos cuidados paliativos e o processo de luto, nessas situações é de suma importância que haja o envolvimento dos pais nessas decisões, pois há uma perda da autonomia dos pais, a equipe hospitalar deve devolver à família o seu papel de protagonista nas tomadas de decisões (Barros & Trindade, 2007; Belli, 1995; Frello & Carraro, 2012; Lamy et al., 1997; Pedroso & Bousso, 2003; Perencin & Ribeiro, 2011; Reichart et al., 2007; Reigada et al., 2014; Silva & Rocha, 2011).

Cabe ao hospital da UTIN organizar o ambiente de forma individualizada, permitindo que a mãe leve brinquedos, chupetas, móbiles, fazendo com que a mesma se sinta colaboradora na assistência de seu bebê. A UTIN possui como objetivo proporcionar ao bebê toda a assistência necessária que garanta melhores condições para seu cuidado, promovendo seu bem-estar. Por ser um local de intensa exposição a estímulos há a necessidade de adaptar o mesmo melhorando a iluminação para que a qualidade de sono do bebê e de sua família não seja prejudicada, favorecendo a privacidade, fazendo com que os últimos momentos do bebê sejam mais fáceis e leves (Barros & Trindade, 2007; Belli, 1995; Lamy et al.,1997; Pedroso & Bousso, 2003; Reichart et al., 2007).

A religião é uma estratégia de enfrentamento da doença que permite à família elaborar, compreender, se fortalecer, se consolar e conseguir lidar

com a situação atual. Os profissionais precisam então, respeitar e oferecer suporte a expressão dessas crenças, as quais são formadas a partir das experiências biopsicossocial e espiritual de cada um. (Lamy et al., 1997; Oliveira et al., 2013).

Outra forma dos pais serem amparados é através do apoio psicológico, o qual objetiva trabalhar e fornecer suporte aos sentimentos perante a morte, a qual pode ser vista como uma interrupção do sofrimento do bebê. A avaliação clínica auxilia na identificação das mães com mais dificuldade de se adaptar ao estresse psicológico, às dificuldades sociais, financeiras, afetivas e emocionais. Dessa forma, um planejamento de uma intervenção psicológica preventiva traçada por uma equipe multidisciplinar pode ser executada de forma adequada. Esse apoio é de extrema importância principalmente quando há a morte do bebê e o mesmo se encontra em cuidados paliativos (Amorim et al., 2016; Belli, 1995; Braga, 2013; Lamy et al., 1997; Oliveira et al., 2012; Padovani et al., 2004; Pedroso & Bousso, 2003; Reigada et al., 2014). Quando há confirmação do óbito outras questões estão relacionadas, como a preparação do corpo, a forma de dar a notícia e de acolher os familiares, proporcionar um momento adequado para a despedida e os aspectos legais (Braga, 2013).

Esses cuidados são mais efetivos quando há o diagnóstico precoce, pois, dessa forma, é possível que a família e o bebê recebam os cuidados paliativos, amenizando assim, as dores causadas pela certeza da morte, transformando uma situação devastadora em uma que pode fortalecer os laços familiares. É necessário considerar a família como uma entidade única dentro dos programas de cuidado paliativo, pois a mesma é tão importante e merecedora quanto o bebê durante o processo desse cuidado (Marçola, Barbosa, Zoboli, Polastrini, & Ceccon, 2017; Rabello & Rodrigues, 2010; Silva & Rocha, 2011).

MÉTODO

Estudo de revisão bibliográfica tipo estado da arte com abordagem qualitativa, de acordo com Romanowski e Ens (2006) um estudo desse tipo abrange uma área do conhecimento em diferentes aspectos que

geraram produções objetivando realizar levantamentos do que se sabe sobre um assunto específico a partir de pesquisas em uma determinada área. Os descritores foram intercalados entre si, sendo selecionados artigos em português e inglês de 1995 a 2017. Dos 23 artigos selecionados, 2 foram descartados porque não tinham como assunto principal a assistência à família e ao neonato com morte iminente e por se tratar de um resumo de um livro. Os 21 artigos selecionados foram organizados em fichas contendo os dados de identificação e as variáveis estudadas. Conforme o ano de publicação, avaliaram-se o tipo de estudo, a forma de coleta de dados, os participantes e os principais resultados encontrados.

RESULTADOS

Dos 23 artigos encontrados, 8,69% foram eliminados, 47,82% eram voltados para a área da saúde, 34,78% tinham como foco a família e 8,69% eram voltados para a área da educação.

Tabela 1

Artigos pesquisados segundo ano, título e autores

Ano	Título	Autor
1995	Assistência à mãe de recém-nascido internado na UTI neonatal: Experiências, sentimentos e expectativas manifestadas por mães	Belli
1997	A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal	Lamy et al.
2003	O significado de cuidar da família na UTI Neonatal: Crenças da equipe de enfermagem	Pedroso & Bousso
2004	Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal	Padovani et al.
2005	Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI	Sales et al.
2006	As pesquisas denominadas do tipo “estado da arte” em educação	Romanowski & Ens
2007	Maternidade “prematura”: Uma investigação psicossociológica na unidade de terapia intensiva neonatal	Barros & Trindade
2007	Humanização do cuidado da UTI neonatal	Reichert et al.
2008	Desenvolvimento da Tanatologia: Estudos sobre a morte e o morrer	Kovàcs
2010	Saúde da Família e Cuidados Paliativos infantis	Rabello & Rodrigues
2011	Tocando o prematuro: Significado para auxiliares e técnicas de enfermagem	Perencin & Ribeiro

Tabela 1 (cont.)

Ano	Título	Autor
12011	O significado de cuidar do recém-nascido sem possibilidade de terapêutica curativa	Silva & Rocha
2012	Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal	Frello & Carraro
2012	Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal	Oliveira et al.
2013	Cuidados Paliativos em UTIN práticas e percepções	Braga.
2013	Fatores de risco para mortalidade neonatal, com especial atenção aos fatores assistenciais relacionados com os cuidados durante o período pré-natal, parto e história reprodutiva materna	Kassar et al.
2014	O suporte à família em Cuidados Paliativos.	Reigada et al.
2016	Necessidades e papéis parentais em cuidados intensivos neonatais: Revisão dos guias portugueses	Amorim et al.
2016	Cuidados Paliativos Gomes e Othero	
2017	Analysis of death and palliative care in a Intensive Care Unit	Marçola et al.

DISCUSSÃO

Foi possível perceber que a maioria dos estudos estão voltados para a mãe e excluem o pai do processo parental, nessa revisão não foi encontrado pesquisas sobre como a morte de um filho afeta também a figura paterna. O pai idealiza e sente a gravidez juntamente com a mãe, se preocupa com o que pode acontecer futuramente com o bebê e, muitas vezes, procura ajudar no processo. Porém, é a mãe que se considera responsável em assumir o peso e a responsabilidade de se preocupar e de ajudar o bebê, isso ocorre devido ao papel social colocado na mulher, o que pode fazer com que ela exclua o pai desse processo. Deve ser mostrado como a ajuda do pai no processo do morrer é tão importante quanto a da mãe, pois a figura paterna é muito mais do que apenas um elemento de apoio e companheirismo para mãe, o pai possui um importante papel na formação da criança e, portanto, experienciam os mesmos sentimentos que mãe. Entretanto, como esses sentimentos não são reconhecidos, o pai pode acabar sofrendo até mais que a mãe, pois ele não possui abertura para expressá-los e, por consequente, esses sentimentos não podem ser elaborados.

É notável a falta de artigos que abrangem os cuidados paliativos com a especificação para a família de neonatos, que abordem o processo de luto e o de morrer, mostrando que ainda há falta de comunicação entre a família e a equipe hospitalar acerca da morte do bebê e que é necessário que as equipes multidisciplinares hospitalares recebam treinamento acerca do assunto. Sendo assim, há a necessidade de instalar um protocolo sobre cuidados paliativos em hospitais de maternidade e pediatria. Assim como, há a necessidade de uma melhor humanização dos profissionais, iniciando já na faculdade para que os profissionais saibam como lidar com essas situações futuramente e não acabem sendo indelicados com os pais, fazendo com que os mesmos se sintam inutilizáveis no processo do cuidado do bebê. Deveria ser permitido uma maior permanência dos pais nas UTIN auxiliando no vínculo pais-bebê, as informações acerca da condição do bebê devem ser passadas para os pais de forma clara e leiga, já que muitas vezes os pais não sabem o que está acontecendo com a criança e ao ouvir jargões médicos faz com que eles tenham mais medo sobre o que pode acontecer com seu filho.

Foi possível concluir que os cuidados paliativos com a família de neonatos exigem, primeiramente, o desenvolvimento de um vínculo entre os pais e o bebê, lembrando que o pai (a figura paterna) também está incluso nesse processo. A UTIN precisa ser adaptada para as necessidades parentais, assim como, a equipe hospitalar necessita de um maior treinamento para saber lidar com os pais e seus sentimentos, dessa forma auxiliando com que este vínculo seja formado. É notável a necessidade de incluir os pais nas decisões relacionadas ao futuro de seu filho, principalmente na hora de decidir se medidas drásticas de tratamento serão tomadas ou se irão optar por cuidados paliativos, os médicos e enfermeiros precisam estar dispostos a respeitar essa decisão e fazer tudo dentro do possível para disponibilizar uma morte digna para bebê.

REFERÊNCIAS

Amorim, M., Alves, Barros, H., & Silva, S. (2016). Necessidades e papéis parentais em cuidados intensivos neonatais: Revisão dos guias portugueses.

Ciência e saúde coletiva, 21(8), 2583-2594. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.07292015

Barros, S. M. M., & Trindade, Z. A. (2007). Maternidade prematura: Uma investigação psicossociológica na unidade de terapia intensiva neonatal *Psicologia, Saúde & Doenças, 8*(2), 253-269.

Belli, M. A. De J. (1995). Assistência a mãe de recém-nascido internado na UTI neonatal: Experiências, sentimentos e expectativas experimentadas pela mãe. *Revista da Escola e enfermagem da USP*, *29*(2), 193-210. http://dx.doi.org/10.1590/0080-6234199502900200193

Braga, F. C. (2013). *Cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva neonatal: Práticas e percepções de profissionais de saúde.* Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília. Brasília, Df, Brasil.

Frello, A.T. & Carraro, T. E. (2012) Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem, 65*(3), 514-521.

Gomes, A. & Othero, M. (2016). Cuidados Paliativos. *Estudos Avançados, 30*(88), 155-166. http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011

Grether, P., Lisker, R., Loria, A., & Álvarez-del-rio, A. (2015). End of life decision in perinatal care. A view from health-care providers in Mexico. *Instituto Nacional de Perinatología, 57*(6), 489-495. doi: 10.21149/spm.v57i6.7637

Kassar, S. B., Melo, A. M. C., Coutinho, S. B., Lima, M. C., & L. P. I. C. (2013). Fatores de risco para mortalidade neonatal, com especial atenção aos fatores assistenciais relacionados com os cuidados durante o período pré-natal, parto e história reprodutiva materna. *Jornal de Pediatria, 89*(3), 269-277. http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2012.11.005

Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: Estudos sobre a morte e o morrer. *Paidea, 18*(41), 457-468. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300004.

Lamy, C. L. Gomes, R., & Carvalho, M. (1997). A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. *Jornal de Pediatria, 73*(5), 293-298.

Marçola, L., Barbosa, S. M. M., Zoboli, I., Polastrini, R. T. V., & Ceccon, M. E. J. (2017) Análise dos óbitos e cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Paulista de Pediatria, 35*(2). http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462

Oliveira, K., Veronez, M., Higarashi, I. H., & Corrêa, D. A. M. (2013). Vivências de familiares no processo de nascimento e internato de seus filhos em UTI

neonatal. *Escola Anna Nery, 17*(1), 46-53. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100007

Padovani, F. H. P., Linhares, M., Carvalho, A. E. V., Duarte, G., & Martinez, F. E. (2004). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(4), 251-254. http://www.scielo.br/pdf/ rbp/v26n4/ a09v26n4.pdf

Pedroso, G. E. R., & Bousso, R. S. (2003). O significado de cuidar da família na uti neonatal: Crenças da equipe de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, *2*(2), 123-129. https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v2i2.5533

Perencin, C. C., & ribeiro, C. A. (2011). Tocando o prematuro: significado para auxiliares e técnicas de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *64*(5), 817-23. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500003

Rabello, C. A. F. G., & Rodrigues, P. H. A. (2010). Saúde da Família e cuidados paliativos infantis: Ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. *Ciência & Saúde Coletiva, 15*(2), 3157-3166. http://dx.doi.org/ 10.1590/S1413-81232010000200013

Reichart, A. P. S., Lins, R. N. P., & Collet, N. (2007). Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 9*(1), 200-213. http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm

Reigada, C., Pais-Ribeiro, J. L., Novellas, A., & Pereira, J. L. (2014). O Suporte à Família em Cuidados Paliativos. *Textos e contextos, 13*(1), 159-169. doi: http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2014.1.16478

Romanovski, J. P., & Ens, R. T. (2006). As pesquisas denominadas do tipo "estado da arte" em educação. *Diálogo Educação*, *6*(19), 37-50.

Sales, C. A., Alves, N. B., Vrecchi, M. R., & Fernandes, J. (2005). Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem, 59*(1), 20-24. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100004

Silva, D., & Silva, E. M. B. (2017). Reflexão ética sobre cuidados paliativos em neonatologia a partir do livro um filho para a eternidade. *Revista Millennium, 47*, 61-68. Disponível em http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47

Silva, M. K. G., & Rocha, S. S. (2011). O significado de cuidar do recém-nascido sem possibilidade de terapêuticas curativas. *Revista Rene, 12*(1), 97-103.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

CUIDADOS PALIATIVOS: SIGNIFICAÇÕES CONSTRUÍDAS POR PACIENTE DIAGNOSTICADA COM DOENÇA INCURÁVEL

Karina Moutinho[1] (✉ karinamoutinho@gmail.com) & Josene Ferreira[1]

[1] Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

O objetivo deste estudo é explicar como uma pessoa diagnosticada com câncer de colo de útero e internada em enfermaria oncológica de um hospital da cidade do Recife, Pernambuco – Brasil, imagina os Cuidados Paliativos como alternativa para seu tratamento. Tomaremos como referência os estudos da Psicologia Cultural Semiótica, que privilegia o entendimento do ser humano através das construções simbólicas realizadas na e através da cultura (Valério & Lyra, 2016; Valsiner, 2007, 2014a, 2019; Zittoun et al., 2013). Consideramos a imaginação como um processo mental superior, onde o processo de criação de significados ocorre através e no uso da linguagem e dos ícones, em direção ao futuro, e em tempo irreversível (Tateo, 2015, 2016). Percebemos que o ato de imaginar se dá num processo em que, retomando os escritos mais tardios de Wittgenstein (1999), os objetos são "vistos" (nossa capacidade sensório-perceptual), mas também "vistos como", significados de acordo com nossa história cultural, no tempo e no espaço em que vivemos. Quando lidamos com um objeto, físico ou social, também antecipamos suas ações em relação a nós, como ele lidará conosco, tornando-o que na PCS se destaca por *Gegenstand* (Valsiner, 2014a,b). Estas contra-ações que simbolicamente construímos, são chamadas por resistência (Tateo, 2017), ou seja, indicam o que imagino que o objeto fará em relação a mim. A partir de então, ao imaginar estas contra-ações, definirei como agirei no futuro, que nesta dinâmica imaginativa chamamos por vetores de ação. Como veremos no presente estudo, as contra-ações imaginadas sobre Cuidados Paliativos são bastante importantes para percebermos como a

utente define suas ações: se ficará na enfermaria oncológica ou se buscará tratamento através dos Cuidados Paliativos.

Sabe-se que o câncer, quando diagnosticado em fase inicial, o tratamento geralmente é agressivo, e tem objetivo de cura ou remissão (INCA, 2017b). Sabe-se também que abordagens de Cuidados Paliativos deveriam ser recomendadas para todos os utentes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a vida, desde o seu diagnóstico (Carvalho & Parsons, 2012). No entanto, Cuidados Paliativos são recomendados quando a possibilidade de cura é questionável ou quando já se esgotaram todas as possibilidades de tratamento curativo ou de manutenção da vida (INCA, 2017b). Sylphina desenvolvia um quadro com potencial encaminhamento para a enfermaria de Cuidados Paliativos.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP (2019) ressalta que a filosofia paliativista, reconhecida como atuante desde a Idade Média, dedicava-se ao alívio de sofrimento, mais do que à cura dos que buscavam acolhimento. Este modelo de assistência tem vários princípios, dentre outros: promover alívio da dor e outros sintomas desagradáveis, afirmar a vida e considerar a morte enquanto um processo natural da vida, não acelerar nem adiar a morte dos utentes; integrar aspectos psicológicos e espirituais no cuidado, melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença (Rodrigues, 2012).

MÉTODO

Participantes

Este estudo foi realizado com a participante Sylphina Angel, uma mulher com 42 anos, solteira, residente na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco – Brasil, esteticista, que morava com a mãe de 77 anos e a filha de 19. Ela estava internada na enfermaria de Oncologia Adulta do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, uma das estruturas hospitalares mais importantes do Brasil (IMIP, 2019). Esta enfermaria funciona como centro de referência do controle da dor e centro de infusão de medicações biológicas e quimioterápicas. Syphina foi diagnosticada com câncer de colo de útero em abril de 2018,

estava internada e recém diagnosticada com metástase no pulmão. Sylphina desenvolvia um quadro com potencial encaminhamento para a enfermaria de Cuidados Paliativos e, caso concordasse em realizar este tipo de tratamento, este seria feito na enfermaria Casa dos Cuidados Paliativos do IMIP, uma enfermaria mista com capacidade para 14 leitos. Esta enfermaria é conhecida por utentes e funcionários como "Casinha". Para ela são encaminhados utentes oncológicos que não tenham proposta de tratamento curativo; lá recebem cuidados de uma equipe interdisciplinar composta por médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, nutricionistas, enfermeiros, profissionais de educação física, de odontologia e de fonoaudiologia.

Material

Como material foram utilizados: três roteiros de entrevista semiestruturados, um áudio gravador e uma caixa contendo material para produção de imagens, que chamamos por Caixa de Surpresas, a qual continha papéis, cola, lápis, hidrocor.

Procedimento

O procedimento envolveu a submissão de projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE (CEP/CCS/UFPE) e ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira CEP-IMIP, comitê próprio do hospital onde estava internada a participante. Com a devida aprovação de ambos comitês, foi realizada uma visita à unidade hospitalar para a captação dos utentes que se enquadravam ao estudo. Em seguida, os participantes em potencial foram contatados, explicado o objetivo da pesquisa e convidados para a participação. Sylphina, dentre os três utentes que atendiam os critérios de inclusão, foi a única que concordou em participar da pesquisa. Fez a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em seguida, foram realizados dois encontros distintos, com uma entrevista em cada um. Em cada encontro as entrevistas tiveram como objetivos: (1) estabelecer *rapport*, formular um

panorama geral da história de vida da participante e detectar elementos biográficos característicos na constituição de elementos imaginativos (foram realizadas perguntas direcionadas a sua história, autopercepção, contexto social, diagnóstico de câncer e perguntas direcionadas à investigação de como imaginava Cuidados Paliativos); (2) investigar estabilidades e mudanças no processo imaginativo. A participante produziu imagens através da Caixa de Surpresas, que serão objeto de discussão em outro trabalho intitulado *"Caixa de Surpresas": instrumento para pesquisa e intervenção em Psicologia da Saúde"*, também apresentado neste Congresso. Neste trabalho nos dedicaremos à análise da produção verbal por entrevista.

RESULTADOS

A construção interpretativa que fazemos se constitui como estudo de caso. Inicia-se a partir de duas perguntas feitas pela pesquisadora, relacionadas às investigações sobre imaginação, porque permitem que o participante inicie um processo de significação sobre um objeto em relação ao tempo futuro. A pergunta dispara o processo de significação no qual aquele que imagina "vê" e "vê o objeto como", tornando-o o que chamamos *Gegenstand*. Os conceitos de resistência e vetores de ação serão retomados para realização do processo analítico.

Ao iniciar o processo analítico, destacamos a primeira pergunta da pesquisadora: "como você se vê no futuro?". Sylphina respondeu: "Me sinto curada ou restabelecida". E continuou dizendo: "Então, por isso que se não houver uma cura, mas que tenha um restabelecimento de saúde para que eu possa viver de novo, trabalhar, eu adoro praia, gosto de namorar, tudo isso".

O Câncer é uma doença com acentuada taxa de mortalidade em todo o mundo. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer, INCA, do Ministério da Saúde do Brasil (2017a), 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos ocorreram em 2012. Segundo o INCA (2017a), o câncer de colo de útero (o que Sylphina possui) é o terceiro mais comum entre as mulheres, quarto com maior incidência de óbitos

neste público. Ainda assim, o câncer do colo uterino possui alto potencial de cura quando diagnosticado precocemente (INCA, 2016).

Trazemos então um contexto semiótico cultural em relação ao câncer, e ao câncer de colo de útero em particular, no qual experiência envolve, ao mesmo tempo, a vida, a cura, e uma situação onde a saúde possa não estar plena, mas a continuidade da vida é possível. A cura e o restabelecimento constituem um caminho de significação que ela imagina para si. E esta forma de conceber seu futuro será bastante importante para a forma como imagina Cuidados Paliativos. Sylphina conta sobre um equívoco de informações obtida por seus amigos e familiares, que haviam recebido a notícia de que ela teria sido internada em estado grave e já estaria na enfermaria de cuidados paliativo. A este respeito, ela diz: "muita gente disse que eu estava morta, muita gente que disse que eu estava só esperando a hora. Nada disso aconteceu". Na continuidade da entrevista, ela diz: "Então quando eu fiquei sabendo o que era a Casinha (...) eu fiz: 'então eu estou morta já e só falta enterrar'. Ao se pronunciar desta forma sobre a Casinha, a pesquisadora faz a segunda pergunta, fundamental neste processo de definição do "ver como" o objeto de significação: "Você conhece a Casinha?". E Sylphina responde: "a Casinha, segundo fiquei sabendo, era pra quem está em estado terminal, que tinha esse nome 'paliativo', era pra paliativo". E continua: "E eu procurei saber o que era paliativo. E era pra quando não tinha mais esperança, não tinha uma cura e ia pra lá".

Se o restabelecimento e a cura sinalizam para a dimensão da plenitude, da recuperação, aqui Sylphina traz um outro elemento que faz parte desta significação relacionada à Casinha e aos Cuidados Paliativos: a morte. Sylphina sabe que a morte é plausível para seu estado de saúde, mas não é como ela pretende estar em futuro próximo. Lembremos que Sylphina deseja a cura, a continuidade da vida e "ver a Casinha como" um lugar sem esperança vão de encontro ao que ela almeja para si. A resistência se estabelece: a contra-ação que ela antevê para este objeto, para este *Gegenstand*, é a terminalidade, a falta de esperança, a impossibilidade de cura. O que fazer diante disso? Que vetores de ação ela então construirá?

Veremos na continuidade da pesquisa que Sylphina fortalece uma significação negativa sobre a Cuidados Paliativos ao se referir à Casinha, mas progressivamente menciona significações positivas ainda admitidas. Assim diz ela: "Talvez indo pra lá [Casinha] conscientemente seja mais

difícil. É tipo ‘e agora?’ (...) porque eu acho que a depressão é mais forte ali [Casinha]”. Embora esta significação relacionada a uma experiência negativa, ela passa a admitir que Cuidados Paliativos possam ter um papel transformador em sua vida. A pesquisadora pergunta: “Então se você fosse lá [Casinha], e estivesse consciente, você acredita que entraria em depressão e seria mais difícil? E Sylphina responde: “Não sei. Não sei te responder”. E continua a entrevista dizendo: “Porque de repente eu poderia criar forças e sair dali, ou eu poderia me entregar e dizer: pronto, cheguei aqui, é o fim, cheguei pra morrer. Ou não, eu realmente não sei. Não sei dizer a senhora o que é”. Vemos que Syphyna começa a sinalizar uma ambivalência que vai marcar este momento da entrevista, e que, ao mesmo tempo, representa uma primeira construção simbólica no sentido de atribuir características positivas a Cuidados Paliativos. Sylphina continua: “eu poderia estar em casa, e estar totalmente triste, perdida, sem força, mesmo alguém fazendo tudo isso por mim. Mas depende de mim, tem que vir de dentro pra fora né?”. Em sua ambiguidade, volta-se à significação negativa e a construir uma resistência em que bloqueia qualquer ideia de cura relacionada a Cuidados Paliativos. Ela diz: “Então assim, não adianta a senhora me dar toda força do mundo, se eu não aceito ela”. Em seguida, novamente atribui significações positivas e as resistências atribuídas, as contra-ações ampliam a noção antes admitida como restrita à terminalidade, para agora incluir a superação. Continua Sylphina: “Ou então, pegar tudo isso e transformar em força. Não, eu vou sair dessa, enquanto houver a minha vida eu quero ter aquela esperança”. E conclui ratificando a ambivalência: “Aí eu não sei como eu reagiria, se reagiria com força, ou com entrega”.

Nesta entrevista, Sylphina nos faz crer que faria um tratamento por vias paliativistas. Ela traz os vetores cruciais como decorrentes desta significação: a força [para lutar] a manteria viva, exatamente o que anunciou ser o que deseja para seu futuro. Mas a entrega [à doença] é o que a coloca no ponto oposto ao que a interessa. Entendemos que este movimento feito por Sylphina ou por qualquer outro utente é bastante importante. A tensão, a ambivalência vivida e explicitada por ela sinaliza uma abertura para uma nova construção sígnica na relação com a pesquisadora e profissional do hospital. Estar melhor informada sobre o tratamento dentro e fora da Casinha talvez fosse decisivo para que sua

reflexão pelas formas de tratamento disponíveis no hospital fosse feita com maior clareza dos benefícios que podem proporcionar.

DISCUSSÃO

Ao longo deste estudo acompanhamos diferentes manifestações da participante, utente em tratamento em enfermaria oncológica de hospital do Recife, Brasil, ao imaginar Cuidados Paliativos. As significações que ela construiu sobre este objeto de significação majoritariamente estavam relacionadas à terminalidade, ao morrer, à depressão, à falta de esperança. Apresentamos que, em sua relação com a pesquisadora, progressivamente ela "viu a Casinha como" um local para morrer, e, com o passar do tempo, também "viu Cuidados Paliativos como" um que pode promover recuperação, força, esperança.

Apesar desta abertura sígnica para contemplar positivamente a Casinha, Sylphina vem a óbito seis meses após a realização das entrevistas sem nunca ter aderido ao tratamento por Cuidados Paliativos. Sabemos que a adesão a este tratamento depende de decisão do utente, mas também sabemos que a falta de informação e equívocos diversos podem contribuir para que se evite a proteção paliativa. De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP, embora o movimento paliativista tenha crescido especialmente desde o início deste século, e, no Brasil, existam iniciativas desde os anos 1970, tem-se uma situação bastante problemática: "Ainda imperam no Brasil um enorme desconhecimento e muito preconceito relacionado aos Cuidados Paliativos, principalmente entre os médicos, profissionais de saúde, gestores hospitalares e poder judiciário" (ANCP, 2019).

Este contexto parece ecoar nos diversos espaços sociais que Sylphina circulava. Uma das autoras deste estudo e pesquisadora que realizou esta investigação (Carvalho, 2019) é também psicóloga hospitalar nas enfermarias de Oncologia Adulta e na Casinha. Em sua experiência de trabalho é comum ouvir de utentes e funcionários que a Casinha é um lugar reservado à terminalidade, local em que o utente vai quando está próximo o seu dia de morte. É na Casinha, entretanto, que os utentes

passam a receber cuidados que visam a qualidade de vida, o conforto físico, psíquico, social e espiritual. O tratamento inclui realizar desejos variados dos utentes, como liberação de alimentos, realização de matrimônios, passeios terapêuticos, visitas familiares em qualquer horário. medidas de conforto e controle de sintomas, e em muitos casos, alta hospitalar.

Destacamos também que no presente estudo, através do tema processos imaginativos, fez-se uma articulação entre Psicologia Cognitiva e Psicologia da Saúde. Esperamos que, ao enfocarmos a imaginação e colocarmos o utente a se ver numa posição futura que possa enfrentar, tenhamos a hipótese de identificar o que, dentre as variadas ofertas para tratamento disponíveis no contexto hospitalar, ele está aberto para viver, para receber. Assim poderemos construir projetos dedicados à mudança cultural quanto ao conceito de bem-estar e promoção da saúde. Ou seja, poderemos trabalhar para promovermos transformações simbólicas sobre paliativismo, para que o vejam como uma intervenção dedicada à proteção, ao alívio, ao acolhimento, objetivos comuns deste tratamento na área da saúde em todo o mundo.

REFERÊNCIAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos, ANCP (2019). *Cuidados paliativos*. https://paliativo.org.br/

Carvalho, J.F. (2019). *Processos imaginativos de uma paciente com câncer sobre cuidados paliativos*. Dissertação de mestrado não-publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, Universidade Federal de Pernambuco.

Carvalho, R. T. D., & Parsons, H. A. (2012). *Manual de cuidados paliativos* ANCP.

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira [IMIP]. (2019). *Conheça o IMIP*. *Quem somos.* http://www.informazione4.com.br/cms/opencms/imip/pt/conheca/

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [INCA]. (2016). *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero* (2ª ed.). Rio de Janeiro: INCA.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [INCA]. (2017a). *Estimativa da incidência de mortalidade por cancer no Brasil 2018*. Rio de Janeiro: INCA. Retirado de: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document//estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [INCA]. (2017b). *Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.

Rodrigues L. F. (2012). Modalidades de atuação e modelos de assistência em cuidados paliativos. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (ampliado e atualizado), *2*, 86-93.

Tateo, L. (2015). Just an Illusion? Imagination as Higher Mental Function. *Journal of Psychology and Psychotherapy, 5*, 216. doi: 10.4172/2161-0487.1000216

Tateo, L. (2016). What imagination can teach us about higher mental functions. In J. Valsiner, G. Marsico, N. Chaudhary, T. Sato, & V. Dazzani (Eds.), *Psychology as the science of human being* (pp. 149-164). New York: Springer.

Tateo, L. (2017). Seeing imagination as resistance and resistance as imagination. In N. Caudhary, P. Hviid, G. Marsico, & J. W. Villadsen (Eds.), *Resistance in everyday life: Constructing cultural experiences* (pp. 233-246). Singapore: Springer.

Valério, T. A. M., & Lyra, M. C. (2016). Significados ambivalentes no processo de adoção: Um estudo de caso. *Psicologia em Estudo*, *21*(2), 337-348. https://doi.org/10.4025/psicolestud.v21i2.28460

Valsiner, J. (2007). *Culture in minds and societies. Foundations of cultural psychology*. London: Sage Publications.

Valsiner, J. (2014a). *An invitation to cultural psychology*. London: Sage.

Valsiner, J. (2014b). Functional reality of the quasi-real: *Gegenstandstheorie* and cultural psychology today. *Culture & Psychology, 20*(3), 285-307. https://doi.org/10.1177/1354067X14542532

Valsiner, J. (2019). Culture & psychology: 25 constructive years. *Culture & Psychology, 25*(4), 429-469. https://doi.org/10.1177/1354067X19872358

Wittgeinstein, L. (1999). *Investigações filosóficas*. São Paulo, SP: Editora Nova Cultural.

Zittoun, T., Valsiner, J., Gonçalves, M. M., Salgado, J., Vedeler, D., & Ferring, D. (2013). *Human development in the life course: Melodies of living*. Cambrige, UK: Cambridge University Press.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

DEPENDÊNCIAS ONLINE: A RELAÇÃO COM O COMPORTAMENTO ALIMENTAR, AUTOCONTROLO E IMAGEM CORPORAL

Carolina Cordeiro[1] (✉ karinamoutinho@gmail.com), Ivone Patrão[1,2], & Isabel Leal[1,3]

[1] ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

[2] Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

[3] William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

A internet é rápida, de uso simples, fácil e permite obter toda a informação desejada num curto espaço de tempo (Kamal & Kamal 2018). Existem cerca de 719 milhões de utilizadores na Europa, e no mundo mais de 4,3 biliões de utilizadores, isto é, 56,8% da população mundial (*Internet World Start.* 2019).

Young (1998) evidencia que o uso excessivo da internet promoveu diversas problemáticas, sobretudo a dependência online, relacionada com outros vícios, como o jogo patológico, alcoolismo e transtornos alimentares.

Os transtornos alimentares como a anorexia, bulimia e compulsão alimentar são enumerados no *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM5) (*American Psychiatric Association* [APA], 2013), geralmente em comorbidade com outra psicopatologia (Wade, Keski-Rahkonen & Hudson, 2011).

A questão da perceção corporal e o corpo tem diversas relações, segundo Fernández-Villa et al. (2015) os indivíduos com um índice de massa corporal superior a 30 podem apresentar um uso problemática da internet. Já no manual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM5) (*American Psychiatric Association* [APA], 2013) há evidência de possível comorbidade entre as patologias alimentares em geral e a perceção corporal que cada individuo tem de si mesmo.

Segundo Slade (1994) a imagem corporal é composta por duas componentes, a componente precetiva que envolve o conceito da perceção corporal, e a atitudinal, que tende a explicar o conceito de corpo.

O autocontrolo está relacionado com os reforços e o tipo de reforço usado tende a influenciar o autocontrolo (Forzano & Louge, 1994). O reduzido autocontrole caracteriza-se pela impulsividade, pela insensibilidade, pelo gosto e preponderância do aspeto físico, já que as interações não têm importância (Gottfredson & Hirschi, 1990; Li, Dang, Zhang, Zhang, & Guo, 2014). Para Young (1998) o uso da internet está relacionado com a falta de desejo do individuo se controlar relativamente ao uso normal diário. Esta falta de autocontrolo é uma caraterística que distingue os dependentes dos não dependentes da internet.

Em Portugal, a investigação que aborda a dependência na internet, concomitante com as perturbações alimentares é nula. As faixas etárias, tendem a incidir sobre os adolescentes, porém Bakken, Wenzel, Götestam, Johansson e Øren, (2009) mencionam que o vício pela internet não se limita à adolescência.

O objetivo principal deste estudo foi relacionar as dependências online (IAT) e os comportamentos alimentares dos adultos (P-YFAS). Como objetivos específicos: relacionar a dependência na internet (IAT) com o autocontrolo (EBAC) e a perceção corporal (BSQ), e a dependência alimentar (P-YFAS) com o autocontrolo (EBAC) e a perceção corporal (BSQ).

MÉTODO

Participantes

A amostra é composta por 202 indivíduos, 129 mulheres e 73 homens entre os 18 e os 68 anos, (M=37,30; DP=13,397). No que concerne à idade iniciação ao uso da internet, varia entre os 7 anos e os 50 anos (M=21,11; DP=11,33). 51% joga online, 42,1% tem alguma atividade física e 48,5% consome alimentos enquanto usa o telemóvel.

Material

Utilizou-se um protocolo de avaliação que se compunha em 5 secções. A primeira secção engloba questões sociodemográficas. As restantes são 4 escalas:

Internet Addictions Test – IAT (Pontes, Patrão & Griffithis, 2014) – Esta escala tem o intuito de medir a adição na internet, composta por 20 itens tipo Likert de seis pontos, sendo que (0): "não aplicável" e (5): "sempre". Segundo Young (2011), o score final é calculado através da soma dos itens. Este criou 4 intervalos que demostra os níveis de adição: Normal [0-30]; leve [31-49]; Moderado [50-79] e Severo [80-100]. Na validação da escala, denota-se um α=0.90, na investigação decorrente o α=0,93 – ambos os estudos têm uma excelente consistência interna.

Versão Portuguesa da Yale Food Addiction Scale – P-YFAS (Torres, Camacho, Costa, Ribeiro, Santos, Vieira, Brandão, Sampaio, & Oliveira-Maia, 2017) – Esta escala avalia 8 sintomas e tem 24 itens, divididos em 3 partes. Do item 1 ao 16, escala Likert de 5 pontos, (0): Nunca e (4): 4 ou mais vezes por semana, ou diariamente. Os itens 17 a 23 são dicotómicos (1) Sim ou (0) Não. O item 24 é Likert, em que (0): 1 ou menos vezes e (4) 5 ou mais vezes. Para se cotar é necessário recodificar em itens dicotómicos. No estudo de validação encontra se um α=0,82, e neste estudo encontra se um α=0,79.

Body Shape Questionnaire – BSQ (Silva, Costa, Pimenta, Maroco, Alvares, & Campos, 2016) – Esta escala avalia a perceção da imagem corporal, é composta por 34 itens, tipo Likert de 6 pontos (1) "Nunca" e (6) "Sempre", e. A pontuação é obtida pelo somatório da cotação dos itens, cujo o máximo é 204 pontos, quanto maior for o valor maior será a preocupação com a imagem corporal. No estudo de validação e no presente estudo existem valores excelentes de consistência interna, respetivamente α=0,97 no estudo de validação e α=0,97 neste estudo.

*Escala Breve de Auto-controlo – EBAC (*Tangney, Banmeister & Boone, 2004; validação portuguesa, Água, Patrão, Pimenta, & Leal, in press) – Esta escala avalia o controlo de cada indivíduo. É composta por 13 itens, Likert de 5 pontos, sendo que (1): Nada a ver comigo e (5): Tudo

a ver comigo. Alfa 0.83 e de 0.85 no estudo de validação de Tangney, Banmeister e Boone, (2004). Neste estudo, encontra-se α=0,787, o que indica boa consistência interna.

Procedimentos

Inicialmente, procedeu-se à revisão de literatura através de diversas bases de dados, permitindo assim definir as variáveis em estudo, delimitar os objetivos e observar as lacunas já existentes. Posteriormente, foi elaborado um protocolo de avaliação com consentimento informado, constituído por um questionário que reunia questões sociodemográficas, questões de acesso e uso da internet e por diferentes escalas específicas, IAT *Internet Addiction Test*, P-YFAS, versão portuguesa da *Yale Food Addiction Scale*, EBAC Escala Breve de Autocontrolo e BSQ *Body Shape Questionarie*.

Quanto aos critérios de seleção, a única particularidade imposta foi ser maior do que 18 anos. Por seu turno, o processo da recolha da amostra ocorreu em plataformas online, como, por exemplo, as redes sociais, tais como *Facebook, Gmail* e foi em efeito "bola de neve". Posteriormente após a recolha dos dados, estes foram analisados através do programa IBM SPSS, versão 25. De modo a cumprir os objetivos propostos, em primeiro lugar, verificou-se a normalidade através do teste de *Kolmogorov-Smimov,* que possibilitou a escolha de teste mais adequada no que concerne as correlações, foram usados ambos os testes o de *Pearson* e o *Spearman*. Por último, os resultados obtidos foram interpretados e discutidos, à luz da literatura.

RESULTADOS

Relação da escala de IAT com a escala P-FYAS

Procedeu-se ao teste de normalidade de *Kolmogorov-Smimov*, o que nos indica que não há normalidade, logo será utilizado o teste de correlação não paramétrica de *Spearman* verifica-se que existe uma correlação significativa positiva, embora muito fraca, entre a escala IAT e a P-FYAS (r=0,193; p<0,01).

Relação entre a escala do IAT com a escala de EBAC

Na relação entre as escalas IAT e EBAC, salienta-se que há normalidade na amostra. Recorre-se ao teste de *Pearson* e verifica-se que existe um coeficiente de correlação fraca positiva. (r=0,374; p<0,01).

Relação entre a escala do IAT e a escala do BSQ

Na hipótese "existe correlação significativa entre as escalas IAT e a escala BSQ", foi possível observar que as escalas não apresentam normalidade. Recorre-se ao teste de rô de *Spearman* e confirma-se correlação positiva moderada (r=0,405; p<0,01).

Relação entre a escala P-YFAS e EBAC

Relação entre a P-YFAS e EBAC, constatou-se que a distribuição numa das escalas não é normal, (Sig.=0,000 logo<0,05). Recorre-se ao teste de *Skewess* e considera-se que a distribuição é fortemente assimétrica, o que requer o uso o teste rô de *Spearman.* Verifica-se uma correlação significativa positiva fraca (r=0,305; p<0,01).

Relação entre a escala P-YFAS e a escala BSQ

Na relação entre P-YFAS e a escala BSQ verificou-se que não existe normalidade. Usa-se o teste de rô de *Spearman.* O coeficiente de correlação indica uma correlação significativa positiva fraca (r=0,322; p< 0,01).

DISCUSSÃO

Atendendo aos objetivos propostos, pretendeu-se avaliar se existia uma relação entre a dependência na internet, a dependência alimentar, a preocupação corporal e a capacidade de autocontrolo de cada indivíduo.

Constatou-se que a idade média de iniciação de uso internet, foi aproximadamente aos 21 anos. Há que ter em consideração que a internet

em Portugal só começou a ter assinantes a partir de 1997 com um valor de 88670 assinantes (Pordata, 2018). Com isso, explica-se o motivo da média de idade ser tão alta relativamente aos adultos.

De um modo geral, pôde-se visualizar que entre todas as variáveis em estudo existem correlações significativas positivas.

Da revisão da literatura efetuada pôde constatar-se que, os resultados de Yildirim, Sevincer, Kandeger e Afacan (2018), são semelhantes aos do presente estudo. Isto significa que quanto maior a dependência na internet, maior será a dependência alimentar. Kamal e Kamal (2018) evidenciam a preocupação constante com uso da internet e dos vários problemas, doenças e desordens alimentares associadas.

Özdemir, Kuzucu e Ak (2014) confirmam que o vício na internet influencia o baixo autocontrolo. Já para Xinaris e Boland (1989) o único preditor significativo para os distúrbios alimentares foi o autocontrolo. De um modo geral, pode-se dizer que o autocontrolo exerce e prediz comportamentos associados à alimentação e ao uso da internet.

A perceção da imagem corporal é influenciada tanto pela dependência na internet e pela dependência alimentar, isto é quanto maior o nível de dependência maior é a preocupação que cada individuo tem com sua imagem corporal. Segundo Rodgers, Melioli, Laconi, Bui e Chabrol (2013) a dependência na internet relaciona-se com perceção corporal. No estudo de Lavoisy, Guelfi, Vera, Dardannes e Rouillon, (2007) a imagem corporal é afetada por diversas questões alimentares. Contrariamente na investigação de Odaci e Çelik, (2015) dizem não haver relação entre a dependência na internet e a imagem corporal.

Este estudo teve diversas limitações: a carência de literatura e a incidência numa população adulta. Este é um estudo exploratório correlacional. Estudos de correlação não estabelece relações de causalidade, e não permite um controlo rigoroso das variáveis, estes são focados numa determinada amostra e não podem ser interpretados como absolutos (Coutinho, 2008; Anderson & Arsenault,1999; Borg & Gall 1989).

Com base neste estudo pode-se então perceber a importância e a necessidade de melhor compreender esta temática, visto que atinge todas as idades e não só os jovens, capacitando assim a necessidade de aprofundar, sobre a mesma numa amostra maior.

REFERÊNCIAS

Água, J., Patrão, I., Pimenta, F., & Leal, I. (in press). EBAC – Escala Breve de Auto-controlo. *Atas do 13 Congresso de Psicologia da Saúde*.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Anerson, G., & Arsenault, N. (1999). *Fundamentals of educational research*. London: Falmer Press Teachers Library.

Bakken, I. J., Wenzel, H. G., Götestam, K. G., Johansson, A., & Øren, A. (2009). Internet addiction among Norwegian adults: A stratified probability sample study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 121-127. doi: 10.1111/j.1467-9450.2008.00685.x

Borg, W. R., & Gall, M. D. (1989). *Educational research: An introduction*. New York: Longman.

Coutinho, C. (2008). Estudos correlacionais em educação: Potencialidade e limitações. *Psicologia Educação e Cultura*, *XII*(1), 143-169.

Fernandez-Villa, T., Ojeda, J., Gomez, A., Carral, J. M., Delgado-Rodriguez, M., Garcia-Martin, M., . . . Martin, V. (2015). Uso problematico de internet en estudiantes universitarios: Factores asociados y diferencias de género. Problematic internet use in university students: Associated factors and differences of gender. *Adicciones*, *27*(4), 265-275. https://doi.org/10.20882/adicciones.751

Forzano, L. B., & Logue, A. W. (1994). Self-control in adult humans: Comparison of qualitatively differente reinforcers. *Learning and Motivation*, *25*, 65-82. https://doi.org/10.1006/lmot.1994.1004

Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Internet World Stats. (2019) *World internet usage and population statistics.* https://www.internetworldstats.com/stats.htm

Kamal, N., & Kamal. N. (2018). Determinants of problematic internet use and its association with disordered eating attitudes among Minia university students. *International Journal of Preventive Medicine*, *9*. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_489_17

Lavoisy, G., Guelfi, J., Vera, L., Dardennes, R., & Rouillon, F. (2008). Évaluation des préoccupations corporelles dans les troubles des conduites alimentaires par le Body Shape Questionnaire Evaluation of perturbed body image in eating disorders using the Body Shape Questionnaire. *L'Éncéphale*, 570-576. https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.11.005

Li, C., Dang, J., Zhang, X., Zhang, Q., & Guo, J. (2014). Computers in Human Behavior Internet addiction among Chinese adolescents: The effect of parental behavior and self-control. *Computers in human behavior*, *41*, 1-7. https://doi.org/10.1016

Odaci, H., & Çelik, Ç. B. (2016). Does internet dependence affect young people's psycho-social status? Intrafamilial and social relations, impulse control, coping ability and body image. *Computers in Human Behavior*, *57*, 343-347. https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.12.057

Özdemir, Y., Kuzucu, Y., & Ak, S. (2014). Computers in human behavior depression loneliness and internet addiction: How important is low. *Elsevier Ltd.*, *34*, 284-290. https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.02.009

Pontes, H. M., Patrão, I. M., & Griffiths, M. D. (2014). Portuguese validation of the internet addiction test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, *3*(2), 107-114. https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.2.4

Rodgers, R. F., Melioli, T., Laconi, S., Bui, E., & Chabrol, H. (2013). Internet addiction symptoms, disordered eating, and body image avoidance Rachel. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *16*(1), 56-60. https://doi.org/10.1089/cyber.2012.1570

Silva, W. R., Costa, D., Pimenta, F., Marôco, J., & Campos, J. A. D. B. (2016). Psychometric evaluation of a unified Portuguese-language version of the Body Shape Questionnaire in female university students TT – Avaliação psicométrica de uma versão unificada em língua portuguesa do Body Shape Questionnaire para uso em estudantes universitários. *Cadernos de Saúde Publica*, *32*(7), e00133715-e00133715. https://doi.org/10.1590/0102-311X00133715

Slade, P. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy, 32*(5), 497-502.https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90136-8

Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, *72*(2), 271-324. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x.

Wade, T. D., Keski-Rahkonen, A., & Hudson, J. I. (2011). Epidemiology of eating disorders. In *Psychiatric epidemiology* (pp. 343-360). https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2_55-1

Xinaris, S., & Boland, F. (1990). Disordered eating in relation to tobacco use, alcohol and sex-role ideology. *International Journal of Eating Disorders*, *9*(4), 425-433. https://doi.org/10.1002/1098-108X(199007)

Yildirim, M. S., Sevincer, G. M., Kandeger, A., & Afacan, C. (2018). Investigation of the relationship between risk of Internet addiction, food addiction, and self-esteem in high school students. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, *31*(2), 187-194. https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310206

Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, *1*(3), 237-244. https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

DETERMINANTES DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Teresa Guimarães[1], Cláudia Robalo[1], Cristiana Mateus[1], & Ana Patrícia Silva[2]

[1] Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal

[2] Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Portugal

Entende-se por determinantes de saúde o conjunto de fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde dos indivíduos ou das comunidades (World Health Organization, 1998). Estes apresentam um carácter multidimensional, atuando em interação, podendo agrupar-se nas seguintes dimensões: biologia humana, social e económica, ambiental, estilos de vida e acesso a serviços de saúde. Destes determinantes destacam-se os estilos de vida na medida em que, sendo comportamentos que os indivíduos adotam, e sobre os quais podem exercer algum controlo, são possíveis de modificar através de uma eficaz intervenção ao nível da promoção da saúde (George, 2011; Martins, Pacheco & Jesus, 2008).

Os estilos de vida não podem ser abordados como um resultado unicamente dependente de escolhas individuais, na medida em que são influenciados e condicionados pelas condições sociais, económicas e culturais, entre outras. Neste sentido, o ingresso no ensino superior implica alterações na vida dos jovens que se podem repercutir ao nível do estilo de vida adotado. O contacto com novas realidades culturais e sociais, bem como a reconfiguração dos círculos sociais e hábitos quotidianos, aliado a um aumento da autonomia e poder de decisão, podem condicionar a adoção de um estilo de vida distinto do anterior que passa a englobar, muitas vezes, comportamentos de risco, comprometendo a sua saúde presente e futura (Dinger & Waigandt, 1997; Martins, Pacheco & Jesus, 2008).

É objetivo deste trabalho descrever e correlacionar determinantes de estilos de vida em estudantes do ensino superior.

MÉTODO

Participantes

Desenvolveu-se um estudo transversal, descritivo-correlacional, em que participaram 165 estudantes do ensino superior (amostra não probabilística, realizada de forma sequencial). Os estudantes, de idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos (*M*=20.41; *DP*=0.12 anos), eram maioritariamente do género feminino (86.7%), frequentando 24.2% o 1º ano de licenciatura, 22.4% o 2º ano, 18.2% o 3º ano e 35.2% o 4º ano, último ano de licenciatura.

Material

Foram utilizados um questionário de caracterização da amostra e de caracterização dos hábitos de consumo (tabaco e bebidas alcoólicas), a *Escala de Pittsburgh* (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989) e a *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress EADS-21* (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

As questões relativas aos hábitos de consumo permitiram avaliar a frequência do consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas e caracterizar o contexto de consumo.

A *Escala de Pittsburgh* permite avaliar a qualidade do sono, através do cálculo de um *score* que resulta da soma de 7 componentes sobre os hábitos de sono referentes ao mês precedente ao questionário, sendo que a obtenção de um resultado entre 0 e 5 corresponde a "boa qualidade do sono" e superior a 5 traduz "má qualidade do sono" (Buysse et al., 1989).

A *EADS-21* inclui 21 itens, agrupados em 3 subescalas – depressão, ansiedade e *stress*. Cada item remete para sintomas emocionais negativos e os estudantes avaliaram a frequência/gravidade do sintoma na semana precedente, numa escala de Likert que varia entre 0 ("Não se aplicou nada a mim") e 3 ("Aplicou-se a mim a maior parte das vezes"). O resultado de cada escala, que varia entre 0 e 21, deriva da soma dos valores de cada item, sendo que valores mais elevados correspondem a estados afetivos mais negativos. As variáveis correspondentes a cada subescala foram categorizadas, através do ponto médio teórico da escala de 10.5 pontos. Através desta categorização, cada subescala foi avaliada tendo em conta a existência de valores superiores/inferiores ao ponto médio da escala. Os

valores do Alfa de Cronbach neste estudo foram de 0,92 na subescala de depressão, 0.83 na subescala de ansiedade e 0.89 na subescala de *stress*.

Procedimento

Os dados foram recolhidos através de um questionário *online*, efetuado entre 27 de março e 9 de maio de 2019.

A análise estatística dos dados foi efetuada com recurso ao *software SPSS*. A caracterização da amostra foi realizada através de estatística descritiva. Realizaram-se os seguintes testes estatísticos: testes de correlação de *Spearman* com a finalidade de determinar a existência e o grau de correlação entre as variáveis ordinais; Teste do Qui-quadrado de Independência (χ^2) para o estudo da eventual associação entre variáveis nominais e ordinais/nominais de interesse.

RESULTADOS

Qualidade do sono

Nos resultados da avaliação da qualidade do sono constatou-se que só 32.1% dos estudantes evidenciaram uma boa qualidade do mesmo. Contudo, quando avaliada a perceção individual da qualidade do sono, 56.9% classificou-a como "boa ou muito boa". No que concerne à duração do sono, em média os estudantes dormiam 6h47 (*DP*=1h05) por noite (min 3h00 – máx 9h30).

Hábitos tabágicos

A maioria dos estudantes (81.2%) não eram fumadores, sendo que apenas 1.,4% eram fumadores e 2.4% ex-fumadores. Apesar da baixa percentagem de estudantes fumadores, a maior parte destes (62.9%) consumia tabaco diariamente.

Hábitos etílicos

Apenas 11.5% dos estudantes afirmaram nunca consumir bebidas alcoólicas. A maioria (81,2%) consumia álcool socialmente, 1% semanalmente e

1.2% diariamente. Quando questionados acerca do consumo de álcool no mês precedente, 71.5% confirmaram a ingestão deste tipo de bebidas.

Ansiedade, depressão e stress

Verificaram-se baixos níveis de ansiedade (*M*=4.06; *DP*=3.74), *stress* (*M*=6.88; *DP*=4.49) e depressão (*M*=5.65; *DP*=4.90), sendo os sintomas de *stress* os mais vivenciados pelos estudantes. De entre estes, observou-se que os níveis mais elevados de *stress* (valores acima do ponto médio da subescala de *stress* do EADS 21) estavam presentes, sobretudo, em estudantes do 1º ano e do 3ºano (respetivamente 37.5% e 33.3% dos estudantes desses anos).

Relações entre variáveis

Verificou-se uma correlação positiva significativa entre o *score* da qualidade do sono (*Escala de Pittsburgh*) e as subescalas do EADS 21, respetivamente, subescala de ansiedade [$rs(163)=.460$, $p<0.01$], depressão [$rs(163)=.397$, $p<0,01$] e stress [$rs(163)=.470$, $p<0.01$], sendo que valores mais elevados do *score* traduzem uma pior qualidade do sono. Por outro lado, verificou-se uma correlação negativa significativa entre o *score* da qualidade do sono e o ano de licenciatura frequentado pelos estudantes [$rs(163)=-.191$, $p<0.05$].

A idade apresentou uma correlação negativa significativa com as subescalas de ansiedade [$rs(163)=-.264$, $p<0.01$], depressão [$rs(163)=-.157$, $p<0,05$] e stress [$rs(163)=-.203$, $p<0.01$].

Relativamente aos hábitos de consumo, verificou-se uma associação entre a idade dos estudantes e o consumo de tabaco [$\chi^2(1.165)=9.689$, $p=0.002$] e a idade e o consumo de bebidas alcoólicas [$\chi^2(1.165)=5.992$, $p=0.014$], sendo os estudantes mais velhos os que mais consomem estas substâncias.

DISCUSSÃO

No que concerne à avaliação da qualidade de sono, destacou-se a discrepância entre a qualidade de sono indicada pela Escala de *Pittsburg* e

a perceção individual do estudante sobre a qualidade do seu sono – estes resultados podem ser reflexo de um baixo nível de conhecimento por parte dos estudantes sobre o sono, sua importância e como maximizar a qualidade do mesmo. Destacou-se igualmente a reduzida duração de sono por noite (com uma média de 6h47 referida pelos estudantes e um valor mínimo de 3h00), sendo que o consenso da *American Academy of Sleep Medicine* e da *Sleep Research Society* recomenda que um jovem adulto deve dormir entre 7 a 9 horas, de forma a garantir uma boa saúde e qualidade de vida (Watson et al., 2015). No caso particular dos estudantes, para além das consequências a nível da saúde, poderá ainda haver implicações importantes ao nível do rendimento académico, decorrente da diminuição da capacidade de atenção e de dificuldades ao nível da memória e da aprendizagem (Pereira, 2013; Watson et al., 2015).

De acordo com os resultados encontrados, a qualidade do sono é pior entre os estudantes mais novos, parecendo melhorar no decurso da licenciatura, verificando-se que no 1º ano apenas 17.5% dos estudantes apresentam uma boa qualidade do sono, face a 39.7% no 4º ano. Uma hipótese explicativa pode estar relacionada com o facto de existir estágio hospitalar nos últimos anos da licenciatura destes estudantes (3º e 4º ano), o que pode condicionar horários mais regulares e uma maior preocupação com os horários de sono decorrentes da motivação para a obtenção de um melhor desempenho. Pode também ser indicativo de uma melhor gestão do tempo, adquirida ao longo dos anos.

Na presente amostra encontraram-se baixos níveis de ansiedade, depressão e *stress* que não estão de acordo com outros estudos que indicam elevados índices de ansiedade, depressão e *stress* em estudantes do ensino superior (Brandtner & Bardagi, 2009). No entanto, estes achados discordantes poderão estar relacionados com a dimensão da amostra e, sobretudo, com a altura em que foram recolhidos os dados (épocas de avaliações *vs.* época de aulas).

Os sintomas associados à vivência de *stress* parecem destacar-se nestes estudantes, verificando-se, no entanto, uma associação negativa destes sintomas com a idade, o que poderá corresponder a uma maior capacidade em gerir as situações potenciadoras de *stress* nos estudantes mais velhos. Pelo contrário, os estudantes mais novos encontram-se num período de ingresso no ensino superior, o que implica um grande conjunto

de mudanças, quer a nível cognitivo, quer a nível económico-social, que podem constituir uma fonte de *stress* (Direção-Geral da Saúde, 2017).

De referir, igualmente, a associação negativa entre níveis de *stress* e qualidade do sono. De facto, a literatura tem demonstrado a relação bidirecional entre o sono e o *stress*, na medida em que o *stress* se encontra relacionado com uma menor duração do sono e uma pior qualidade do mesmo e que uma menor qualidade do sono pode limitar um desenvolvimento físico e mental saudável (Rodrigues, 2013). Constatou-se que os hábitos e perturbações do sono, ao influenciarem negativamente a qualidade de vida, geram situações de *stress*, impaciência, indisponibilidade, irritabilidade, agressividade, distração ou apatia. Por outro lado, quem tem uma boa qualidade do sono apresenta uma maior capacidade de adaptação a circunstâncias adversas, como o *stress* (Galvão, Pinheiro, Gomes & Ala, 2017).

Apesar da baixa percentagem de estudantes fumadores (16.4%), a idade apresentou uma associação positiva com o consumo de tabaco. Pesquisas efetuadas sobre a etiologia do consumo de tabaco parecem indicar que fumar é essencialmente um comportamento psicossocial. Isto significa que as mudanças no ambiente social (mudança de nível de ensino, afastamento físico da família e do grupo de amigos, estabelecimento de novas amizades e participação frequente em atividades festivas) propiciam um risco acrescido de iniciar hábitos tabágicos (Precioso, 2004). Assim, a entrada no ensino superior, com todas as implicações de caráter adaptativo e progressivo, poderá constituir um importante fator para o início ou para o aumento de comportamentos de risco como consumo de tabaco e/ou de álcool (Pimentel, Mata, & Anes, 2013).

Também em relação ao consumo de bebidas alcoólicas se identificou uma correlação positiva com a idade, isto é, a frequência do consumo apresenta tendência para aumentar com a idade. Por outro lado, parece haver uma tendência para a associação entre o consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas, tendo em conta que todos os estudantes fumadores referiram igualmente o consumo de bebidas alcoólicas. Importa ainda sublinhar que, contrariamente ao consumo de tabaco, a maioria dos estudantes refere o consumo de bebidas alcoólicas, consumo que ocorre, fundamentalmente, num contexto social.

Pode considerar-se, pois, que o padrão de consumo identificado se associa à dinâmica de algumas práticas relacionadas com o ensino superior,

quer ao nível da oferta de momentos e espaços de convívio que potenciam estas práticas, quer ainda ao acréscimo da interação social e da participação em festividades académicas. Estudos prévios têm demonstrado que as consequências mais frequentemente relacionadas com o consumo excessivo de álcool em estudantes do ensino superior foram o absentismo académico, o atraso na entrega de trabalhos e o não cumprimento de compromissos importantes com óbvia repercussão no seu sucesso académico.

Todos os determinantes influenciam o estado de saúde individual, familiar ou comunitário, sendo que é difícil quantificar o peso específico de cada um deles. De entre os determinantes da saúde, os estilos de vida ocupam um lugar de relevo pelo seu carácter mutável, e parcialmente controlável, e pela aparente facilidade que apresentam na obtenção de mais ganhos em saúde.

Os resultados do presente estudo permitem identificar temáticas preferenciais de intervenção em promoção da saúde no ensino superior, como a prevenção do abuso no consumo de bebidas alcoólicas, a gestão do *stress* e a sensibilização para práticas que potenciem a qualidade do sono, sendo fundamental que se delineiem planos de intervenção que sensibilizem os estudantes para a importância de comportamentos saudáveis ao nível destas temáticas.

REFERÊNCIAS

Brandtner, M., & Bardagi, M. (2009). Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do Rio Grande do Sul. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, *2*(2), 81-91.

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research, 28*(2), 193-213. https://doi.org/10.1016/01651781(89)90047-4

Dinger, M. K., & Waigandt, A. (1997). Dietary intake and physical activity behaviors of male and female college students. *American Journal of Health Promotion*, *11*(5), 360-362. https://doi.org/10.4278/0890-1171-11.5.360

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a promoção da atividade física 2017* [PDF]. Retrieved from https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS_PNPAF2017_V7.pdf

Galvão, A., Pinheiro, M., Gomes, M. J., & Ala, S. (2017). Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (spe5), 8-12. https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0160

George, F. (2011). *Sobre determinantes da saúde* [PDF]. https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx

Martins, A., Pacheco, A., & Jesus, S. N. (2008). Estilos de vida de estudantes do ensino superior. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, *16*(2), 100-105. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v16n2p100-105

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *5*(2), 229-239.

Pereira, A. R. S. (2013). *Hábitos de sono em estudantes universitários*. Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Pimentel, M. H., Mata, M. A. P., & Anes, E. M. G. J. (2013). Tabaco e álcool em studantes: Mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *14*(1), 185-204.

Precioso, J. (2004). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a prevenção. *Análise Psicológica*, *22*(3), 499-506.

Rodrigues, P. J. R. (2013). Vulnerabilidade ao stress, qualidade do sono, fadiga e consumo de substâncias em estudantes universitários. Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Almada.

Watson, N. F., Badr, M. S., Belenky, G., Bliwise, D. L., Buxton, O. M , Buysse, D., . . . Tasali, E. (2015). Recommended amount of sleep for a healthy adult: A joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 11*(6), 591-592. http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.4758

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary* [PDF]. Retrieved from https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR Glossary 1998.pdf

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

DISFORIA DE GÊNERO: INTERVENÇÕES, SAÚDE E BEM-ESTAR

Ieda Franken[1], Marina Costa[1], & Adriano de Leon[1]
[1] Universidade Federal da Paraíba, Brasil

A disforia de gênero (DG), segundo a 5ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V), constitui uma categoria nosológica que se caracteriza por um sofrimento clinicamente significativo, durante o período mínimo de seis meses, decorrente da incongruência afetiva/cognitiva entre o gênero designado e o gênero experimentado (APA, 2014). É um quadro que repercute na vida pessoal, profissional e social dos sujeitos. No entanto, não é uma condição inerente à vivência transexual, podendo vir a se manifestar ou não (APA, 2014).

O DSM-V (2014) ainda elenca 6 critérios diagnósticos na seção A, como: o desejo de livrar-se das características sexuais primárias e/ou secundárias; desejo pelas de outro gênero; forte anseio de pertencer e ser tratado como outro gênero; e grande convicção de ter os sentimentos e reações típicas do outro gênero (APA, 2014).

No Brasil, não há estudo epidemiológico sobre a prevalência desse quadro na população (Spizzirri, 2017), no entanto, baseado em dados de clínicas cirúrgicas/hormonais europeias, a proporção é de 1 a cada 11 mil homens e 1 a cada 30 mil mulheres (Kaplan & Sadock, 2014). O diagnóstico em nosso país é assentado na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) que designa o quadro de transexualismo e determina a própria incongruência da vivência de gênero e o desejo de se submeter à cirurgia de transgenitalização como quadro patológico (Lionço, 2009; Torres, Spizziri, Benatti, & Abdo, 2016).

A ascensão dos debates em torno da temática se deu com a intervenção executada pelo médico Christian Hamburguer, na Dinamarca, em 1952, em um ex-soldado do exército norte-americano chamado George Jorgensen. Hamburguer foi o primeiro médico a diagnosticar Jorgensen como

transexual (Arán, Zhaidaft, & Murta, 2008), sendo este até hoje reconhecido mundialmente por ter sido a primeira pessoa a passar pela cirurgia de redesignação sexual. No contexto brasileiro, a primeira cirurgia foi realizada em 1971 pelo médico cirurgião plástico Roberto Farina que foi interpelado judicialmente pelo crime de lesão corporal por esta intervenção (Rocon, Sodré, & Rodrigues 2016).

Um marco no reconhecimento da necessidade de atenção à saúde e o bem-estar dessa população, em nosso país, foi a resolução 1482/97 lançada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) que autorizou a realização de cirurgias de transgenitalização no Brasil em hospitais universitários públicos, sob a justificativa de seu caráter terapêutico (Arán, Murta, & Lionço, 2009)

Além disso, em 18 de agosto de 2008, dada toda a manifestação social em prol da população LGBT (Petry & Meyer, 2011), foi publicada a portaria n° 1707 que versa sobre a prestação de serviços de saúde à população trans, mais especificamente, instituindo o "Processo Transexualizador" no Sistema Único de Saúde (SUS). Primando pela integralidade da atenção e isenção de práticas que centralizam a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização e outras intervenções somáticas (Ministério da Saúde, 2008). O programa foi redefinido e ampliado pela Portaria 2803/2013, passando a incorporar como usuários do processo transexualizador do SUS os homens trans e as travestis (Rocon, Sodré, Rodrigues, Barros, &Wandekoken, 2019).

O processo transexualizador engloba avaliação psiquiátrica, seguida de acompanhamento psicoterapêutico, endocrinológico (hormonioterapia), urológico, ginecológico e cirurgia de redesignação sexual (Spizzirri, 2017); sendo a neocolpovulvoplastia (construção da vagina) autorizada e a neofaloplastia (construção do pênis) de caráter experimental. Além de incluir os procedimentos de mudança de caracteres sexuais secundários como a retirada do pomo de adão, alongamento das cordas vocais, mastectomia e histerectomia (Rocon, Sodré, & Rodrigues 2016).

Um estudo transversal feito por Lerri, Romão, dos Santos, Giami, Ferriani e da Silva Lara (2017), no qual foi aplicado a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em uma amostra de 44 pessoas com DG, demonstrou a urgência da necessidade de atenção à saúde mental dessa população, ao apontar que cerca de 98% dos indivíduos participantes apresentaram ansiedade e 82% depressão. Assim como em um outro

estudo, no qual foram investigados sintomas psiquiátricos numa amostra de 305 indivíduos transexuais adultos com DG verificou-se que 38% do total apresentavam transtorno mental associado ao momento da coleta dos dados e quase 70% reportavam um diagnóstico psiquiátrico ao longo de suas vidas (Spizzirri, 2017).

Visando uma maior compreensão da temática, o presente trabalho teve como objetivo propor uma revisão sistemática no que concerne às publicações nacionais e internacionais disponíveis no periódico online LILACS, que versam sobre os principais tipos de intervenções que estão sendo propostas e executadas com a população que apresenta disforia de gênero, visando sua saúde e bem-estar.

MÉTODO

Efetuou-se uma revisão da literatura publicada entre os anos de 2009 e 2019 (até o mês de maio) disponível na base de dados LILACS, relacionada à temática da disforia de gênero, mais especificamente sobre os tipos e possibilidades de intervenções para atenuar o desconforto afetivo/cognitivo do sujeito com o gênero designado, tendo como critério de inclusão produções do campo da saúde e de exclusão artigos que discutissem questões próprias do âmbito da medicina. A escolha específica da base de dados se deu pela possibilidade de acesso à literatura publicada em outros periódicos, como o Scielo e o Pepsic. Os descritores utilizados foram “transexualismo” AND intervenção; “transexualismo” AND “psicoterapia” e disforia de gênero (cf. Tabela1).

Procedeu-se a busca, verificando se os descritores em questão estavam indexados, tanto no site Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) quanto no Terminologia em Psicologia, o que foi confirmado. O termo transexualismo, obsoleto nos dias de hoje, foi selecionado para busca por estar indexado nos dois sites e ser a terminologia diagnóstica adotada pelo CID-10, manual utilizado para diagnóstico no Brasil. Segue abaixo uma tabela com todas as buscas e descritores utilizados e a quantidade de artigos selecionados.

Tabela 1

Descritores utilizados para busca de publicações relacionadas à temática DG

Descritores	Resultados	Selecionados	Excluídos
Transexualismo AND intervenção	2	0	2
Transexualismo AND (intervenção psicoterapêutica)	0	0	0
Transexualismo AND (intervenção psicológica)	0	0	0
Transexualismo AND psicoterapia	8	1	7
(Disforia de gênero)	25	5	20
(Disforia de gênero) AND intervenção	0	0	0
(Disforia de gênero) AND (intervenção psicoterapêutica)	0	0	0
(Disforia de gênero) AND (intervenção psicológica)	0	0	0
(Disforia de gênero) AND psicoterapia	0	0	0
(Distúrbio de Identidade de Gênero)	9	0	9
Total	44	6	38

RESULTADOS

De acordo com critérios de inclusão e exclusão, 6 artigos foram selecionados e submetidos à análise temática (cf. Tabela 2). Identificou-se que, em média, 83% dos estudos apontaram intervenções multidisciplinares entre elas, médico cirúrgicas, tratamentos hormonais, acompanhamentos psicoterápicos com terapias individuais e grupais, como forma de atender e amparar as necessidades desta população. Com exceção apenas do trabalho de Santibáñez e González (2019) que focalizou no processo de avaliação psicológica como parte do encaminhamento para a cirurgia de redesignação, sem mencionar, no entanto, outras possibilidades de atuação Foram dois estudos publicados na cidade de São Paulo, dois publicados em Bogotá, Colômbia, um no Rio de Janeiro e um em Santiago no Chile. Em relação à terminologia utilizada 100% dos artigos adotaram a designação disforia de gênero, 50% transgênero, 33% transexualidade, 16% transexualismo, 16% transtorno de identidade de gênero e 16% transtorno de identidade sexual. Além disso, 66% dos artigos foram publicados em revistas de medicina, enquanto 33% em revistas de psicologia, sendo 50% na língua espanhola e 50% em português. Ainda, 33% corresponderam a estudos de caso, 33% a estudos empíricos, 16% à revisão sistemática e 16% de caráter descritivo.

Tabela 2

Publicações selecionadas sobre DG

Título do artigo (autores)	Tipo de estudo	Local (ano de publicação)	Dados da pesquisa	Principais resultados	Conclusão
Psicoterapia pré-cirúrgica em grupos de homens e mulheres transexuais participantes do processo transexualizador (Torres et al.)	Estudo empírico longitudinal	São Paulo (2016)	Indivíduos transexuais foram divididos em dois grupos (mulheres transexuais e homens transexuais), para o seguimento psicoterapêutico semanal, no Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) de orientação psicodramática.	MTS e HTS apresentam condutas consonantes às estipuladas socialmente ao gênero designado. Os pacientes relataram melhora na qualidade de vida após os anos em psicoterapia de grupo. A administração de testosterona em HTS, pode suscitar ações agressivas e impulsivas. MTS almejam a perfeição de seus corpos. As questões psicodinâmicas dos indivíduos transexuais não são diferentes daqueles que não apresentam essa condição.	Verificou-se ao longo dos anos a relevância da abordagem psicodramática para dirimir conflitos e sofrimento associados à condição de DG.
Disforia de género: la evaluación psicológica para un cambio de sexo de hombre a mujer (Santibáñez et al.)	Estudo de caso	Santiago, Chile (2019)	Adulto transgênero de 50 anos tratado em uma Unidade de Atenção às pessoas, diagnosticado com HIV e encaminhado para uma avaliação psicológica pelo promotor para submeter-se à cirurgia de redesignação sexual.	*Entrevista de profundidade:* paciente expressou abertamente seu desejo de ser mulher e ser aceito como tal. *Rorschach:* Funcionamento neurótico ótimo. *Max Luscher:* paciente apresentou regulação afetiva, regulação cognitiva dentro de índices normais, agressividade controlada e leve aumento da impulsividade.	Conclui-se a existência uma realidade preservada por parte do paciente, a presença de estabilidade emocional e uma identificação profunda com o sexo feminino, elementos-chave para prosseguir com a mudança de sexo
Disforia de Gênero em crianças: revisão integrativa da literatura e recomendações para o manejo na Atenção Primária à Saúde (Mariano et al.)	Revisão sistemática	Rio de Janeiro (2018)	Revisão integrativa de pesquisas sobre Disforia de Gênero em crianças e identificar recomendações para o manejo na Atenção Primária à Saúde	O profissional de saúde deve realizar anamnese direcionada às questões de comportamento da criança em casa e na escola, dinâmica familiar, contexto cultural, história familiar de não conformidade de gênero, vida social da criança e segurança infantil. Deve-se atentar para a avaliação psicossocial adequada para a idade da criança.	Cabe à equipe de Atenção Primária à Saúde providenciar um ambiente acolhedor e sem discriminação para que estas famílias sejam avaliadas e conduzidas de forma adequada.

Tabela 2 (cont.)

Título do artigo (autores)	Tipo de estudo	Local (ano de publicação)	Dados da pesquisa	Principais resultados	Conclusão
Disforia de género, presentación de un caso masculino a femenino (MTF) en el Hospital de San José (Fonseca et al.)	Estudo de caso	Bogotá, Colômbia (2016)	Paciente de 50 anos com diagnóstico de DG (MtF), submetida à hormonioterapia e acompanhamento psicoterápico após avaliação psiquiátrica. Dois anos depois foi submetida à cirurgia de redesignação sexual e cirurgia de feminização.	A paciente começou com características masculinas marcadas e após 4 anos alcançou com a terapia hormonal características sexuais femininas com alterações na distribuição de pêlos no corpo, nitidez da voz, aumento do tecido mamário, aumento do comprimento e quantidade de cabelos e distribuição de gordura corporal.	O diagnóstico, avaliação, tratamento médico e cirúrgico, e monitoramento da DG deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar cumprindo critérios clínicos, paraclínicose éticos. Sendo imprescindível a avaliação das condições secundárias à administração hormonal.
Transexualidade y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-generos (Báez et al.)	Estudo empírico transversal	Medelín, Colômbia (2014)	Utilizou-se como ferramenta analítica a Análise Crítica do Discurso, com a participação de quatro pessoas trans – dois homens e duas mulheres – e quatro profissionais da saúde mental – três psicólogos e um psiquiatra, a fim de compreender as experiências de transexualidade em Bogotá com relação aos serviços de saúde utilizados para transitar pelos sexos. Como técnica de coleta, foram utilizadas entrevistas em Profundidade.	Observou-se uma relação conflitante entre a população trans e os profissionais da saúde que, além de apresentarem posturas intolerantes reinvidicam por parte dos pacientes condutas esteriotipadas do gênero experimentado o que faz com que muitos busquem construir seus corpos sem o acompanhamento necessário.	Relação tensa e às vezes conflitante entre pessoas trans e serviços de saúde e o papel paradoxal e estratégico da patologização na Colômbia.
Atualidades em disforia de gênero, saúde mental e psicoterapia (Fleury et al.)	Descritivo	São Paulo (2018)	Discutir algumas particularidades da disforia de gênero, visando a otimização da saúde mental de indivíduos com essa condição	A população com disforia de gênero deve ser abordada por profissionais que conciliem competências clínicas, conhecimento das normas de cuidados elaboradas pela World Professional Association for Transgender Health (WPATH), orientações práticas para a psicoterapia e competência cultural. O atendimento psicológico pode ser individual, com o casal, família ou em grupo e, sendo o acompanhamento atual mais individualizado, fica a encargo do psicoterapeuta apresentar as outras possibilidades de intervenções para os pacientes (cirurgia; hormonioterapia).	Indivíduos transgêneros, portadores de DG, exigem do profissional de saúde competências clínica e cultural, bem como conhecimento das especificidades dos cuidados para assegurar uma abordagem eficiente e sensível às suas demandas.

DISCUSSÃO

Mariano e Moretti-Pires (2018) ao trazer os cuidados na atenção primária voltadas para crianças com disforia de gênero, apontam para a importância do apoio da família durante o procedimento de transição e sobre a necessidade de uma avaliação psicossocial, por parte dos profissionais de saúde, a fim de compreender o contexto no qual a criança se encontra, atentando a possível existência de uma rede de suporte pessoal ou mesmo aos riscos em seu ambiente social.

Santibáñez e González (2019) publicaram um estudo de caso no qual utilizaram instrumentos como a entrevista de profundidade e o teste de Rorschach, a fim de ter acesso à história emocional do paciente para confirmar a presença permanente de desejos, afetos e identificações que pertencem a outro sexo biológico. Isso demonstrou a relevância destes instrumentos a fim de facilitar o processo diagnóstico que, no contexto colombiano, como colocado por Báez (2014), é visto pela população trans como rótulo necessário para ter acesso à cirurgia de redesignação sexual; procedimento este, reconhecido na literatura pela sua eficácia na produção do bem-estar dos sujeitos com DG (Lerri & Romão, 2018; Spizzirril, 2017).

Tal questão envolve uma outra problemática maior também abordada por Báez (2014) a respeito desse diagnóstico frequentemente estar sujeito às percepções estereotipadas acerca dos papéis de gênero por parte dos psiquiatras, suscitando nos pacientes, a necessidade de uma performance que exale masculinidade/feminilidade para viabilizar os procedimentos (Báez, 2014).

Fonseca, León, Sierra, e Rojas (2016), no contexto colombiano, sustentam a perspectiva da cirurgia de redesignação sexual enquanto principal intervenção para o quadro do Transtorno de Identidade de Gênero (TIG), considerando, a dimensão multi e interprofissional que perpassa o processo até a intervenção, de modo a enfatizar tanto o acompanhamento psicoterápico quanto a terapia hormonal com estrógenos e antiandrogênicos, a fim de produzir mudanças nas características sexuais secundárias. Além de pontuarem a importância de estabelecer o diagnóstico diferencial do Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) de outros quadros como o Transtorno Dismórfico Corporal e Travestismo (Fonseca et al., 2016).

Fleury e Abdoll (2018) ressaltam a importância de a população que possui disforia de gênero ser abordada por profissionais que conciliem

competências clínicas, conhecimento das normas de cuidado elaboradas pela *World Professional Association for Transgender People* (WPATH), orientações práticas para a psicoterapia e competência cultural.

As autoras salientam também o acompanhamento atual que se configura de maneira mais individualizada, atentando às necessidades e desejos particulares do paciente, evitando, assim, reduzir o tratamento da disforia à cirurgia de redesignação sexual. O que corrobora com a própria proposição do WPATH que pontua a especificidade no tocante ao tratamento. Além disso, enfatizam a importância da psicoterapia grupal e das dimensões psicopedagógicas, de adaptação cognitiva, desenvolvimento de habilidades e regulação de afetos no processo (Fleury & Abdoll, 2018).

Báez (2014) denuncia a tensão que perpassa os relacionamentos entre a população trans e a equipe de saúde em Bogotá, dado o grande preconceito em torno da questão, resultado, muitas vezes, de uma inaptidão para lidar com a especificidade que permeia a situação desse público. O que se torna problemático à medida em que aumenta o número de casos de pessoas que constroem seus corpos à margem do sistema de saúde, sem o acompanhamento necessário (Báez, 2014).

Ainda segundo esse autor, a principal função apresentada pelos psicólogos durante as entrevistas é a de apoio, possibilitando um espaço passível de expressão de dúvidas, medos e dilemas, além de proferir suporte à família, mediante terapia ou psicoeducação e, no caso da impossibilidade de diálogo acerca da questão com essa rede pessoal, proferir suporte para a criação de outros vínculos relacionais que validem a experiência do paciente (Báez, 2014).

Báez (2014) pontua também a importância de se trabalhar o desejo de performar feminilidade/masculinidade conforme os moldes sociais, confrontando a validade desses construtos. Discussão tangente à levantada por Torres, Spizzirri, Benatti& Abdo (2016), que disserta sobre a relevância da desconstrução do ideal estético, muitas vezes apresentado pelos pacientes.

Finalmente, Torres et al. (2016) assim como Fleury e Abdoll (2018) apresentam a psicoterapia de grupo como profícua para o processo transicional uma vez que propicia reflexões e questionamentos e abre espaço para novas adequações emocionais, inclusive as provenientes das transformações corporais, como consequência do tratamento hormonal.

De um modo geral, foi possível perceber que os estudos, por mais que considerem a particularidade no tocante às intervenções, concebem a cirurgia de transgenitalização como um procedimento significativo no processo de tratamento da disforia de gênero e a avaliação psiquiátrica como o pilar de todo o processo, uma vez que o diagnóstico viabiliza a realização de outros tratamentos. Ainda, 83% das publicações selecionadas enfatizaram a multidisciplinaridade das intervenções, com exceção apenas do trabalho de Santibáñez e González (2019) que focalizou no processo de avaliação psicológica como parte do encaminhamento para a cirurgia de redesignação, sem mencionar, no entanto, outras possibilidades de atuação. As psicoterapias grupais e terapias hormonais também tiveram frequência quase integral nos artigos, apontando suas respectivas relevâncias. Contudo, verificou-se a ausência de mais estudos na dimensão do cuidado e dos métodos que aperfeiçoem a assistência para esta população; sendo assim, recomenda-se a expansão de estudos nessa área de conhecimento.

REFERÊNCIAS

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

Arán, M., Murta, D., & Lionço, T. (2009). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*(4), 1141-1149. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400020

Arán, M., Zaidhaft, S., & Murta, D. (2008) Transexualidade: Corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade, 20*(1), 70-79. http://doi.org/10.1590/S0102-71822008000100008

Báez, R. A. L. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-géneros. CES *Psicología, 7*(2), 108-125.

Fleury I, H. J., &Abdoll, C. H. N. (2018). Atualidades em disforia de gênero, saúde mental e psicoterapia. *Diagn. Tratamento, 23*(4), 147-151.

Fonseca, A. M., León, M. V., Sierra, A. M., & Rojas, W. (2016). Disforia de género, presentación de un caso masculino a femenino (MTF) en el Hospital de San José. *Repertorio de Medicina y Cirugía, 25*(4), 247-251. https://doi.org/10.1016/j.reper.2016.11.008

Mariano, T. D. S. O., & Moretti-Pires, R. O. (2018). Disforia de gênero em crianças: Revisão integrativa da literatura e recomendações para o manejo na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 13*(40), 1-11. http://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)165

Ministério da Saúde (BR). (2008). Portaria n. 1.707/GM de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial União.*

Petry, A. R., & Meyer, D. E. E. (2011).Transexualidade e heteronormatividade: Algumas questões para a pesquisa. *Textos & Contextos (Porto Alegre), 10*(1), 193-198. doi: 10.15448/1677-9509

Rocon, P. C., Sodré, F., & Rodrigues, A. (2016). Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: Uma análise sobre a política pública. *Revista Katálysis, 19*(2), 260-269. http://dx.doi.org/10.1590/1414-49802016.00200011

Rocon, P. C., Sodré, F., Rodrigues, A., Barros, M. E. B. D., & Wandekoken, K. D. (2019). Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do sistema único de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, *23*, e180633. https://doi.org/10.1590/Interface.180633

Santibáñez, G., & González, A. (2019). Disforia de género: La evaluación psicológica para un cambio de sexo de hombre a mujer. *Rev. Chil. Endocrinol. Diabetes, 12*(2), 120-123.

Spizzirri I. G. (2017). Disforia de gênero em indivíduos transexuais adultos: Aspectos clínicos e epidemiológicos. *CEP, 22*(1), 45-48.

Torres, R. R. A., Spizzirri, G., Benatti, E. T., & Abdo, C. H. N. (2016). Psicoterapia pré-cirúrgica em grupos de homens e mulheres transexuais participantes do processo transexualizador. *Revista Brasileira de Psicodrama, 24*(2), 2-16. doi: 10.15329/2318-0498.20160015

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

DOENTES EM PROGRAMAS DE MANUTENÇÃO OPIÁCEA: COMPORTAMENTOS DE CONSUMO E FATORES PSICOSSOCIAIS

Bárbara Gonzalez[1], Valentina Chitas[2], & Teresa Molina[3]

[1] HEI-Lab – Digital Human-Environment Interaction Lab, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal
[2] Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD)/ARSLVT, Equipa de Tratamento de Xabregas, Portugal
[3] DICAD/ARSLVT, Equipa de Tratamento de Santarém, Portugal

Em Portugal, os primeiros tratamentos de substituição com Cloridrato de Metadona (metadona) a dependentes de opiáceos iniciaram-se no ano de 1997, e Portugal foi mesmo o primeiro país europeu a realizar tratamento com metadona para a dependência opiácea. Decorridos 40 anos, com o alargamento da rede de respostas públicas a todo o país, o número de utentes em programa de metadona tinha-se elevado a 11.411, e em programa de buprenorfina a 5.756 (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2017).

O impacto positivo do programa de substituição opiácea com metadona e com buprenorfina na saúde dos utilizadores de sustâncias psicoativas e na saúde pública em geral, tem sido amplamente reconhecido, nomeadamente ao nível da diminuição da prevalência de doenças infetocontagiosas ao longo das últimas décadas, com particular ênfase para o HIV. De acordo com os dados do Instituto Ricardo Jorge (2019), o número de casos de transmissão em utilizadores de drogas injetadas sofreu uma redução de cerca de 90% entre 2007 e 2017. O impacto destes programas na promoção da saúde, minimização de comportamentos de risco associados ao consumo, e reinserção social desta população, particularmente vulnerável à exclusão social, é consensual. Porém, é sabido que uma parte dos utentes inseridos nestes programas faz consumos ou têm recaídas durante o seu percurso de tratamento.

Variáveis como o início mais tardio dos consumos, ter emprego estável, não ter sido consumidor por via endovenosa, ter baixa impulsividade e ter

suporte social, foram relacionadas com menor nível de recaída/consumo nestes utentes (Zhu et al., 2018). Neste sentido, uma análise mais fina de preditores de resultados de tratamento revela-se fundamental, pois pode ajudar os prestadores de cuidados a desenhar uma intervenção à medida do utente, adicionando intervenções terapêuticas dirigidas à promoção de fatores protetores quanto ao risco de recaída (Naji et al., 2016).

Tendo em conta este enquadramento, o principal objetivo desta investigação é analisar a relação entre um conjunto de variáveis psicológicas e psicossociais, com ênfase em aspetos reconhecidamente associados ao início de utilização de substâncias, como a procura de sensações, as estratégias de *coping*, e a sintomatologia/diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT), e a sua relação com existência de consumos de heroína em utentes integrados num programa de substituição opiácea.

MÉTODO

Participantes

62 doentes entre 26 e 58 anos (M=40.87, DP=7.39) em programa de manutenção opiácea em serviços do Distrito de Lisboa, com um tempo de programa entre 1 e 10 anos (M=5.42, DP=3.05). 77.4% do sexo masculino e 22.6% do sexo feminino, 80% tem escolaridade correspondente ao 3ª ciclo e/ou secundário, 1.6% não tem escolaridade, e 4.8 tem licenciatura ou bacharelato. Em termos de situação ocupacional, 67.88% está a trabalhar, e 29% está desempregado. 80.9% já realizou entre 1 a 3 tratamentos anteriores, e 78.70% revela-se muito ou bastante satisfeito com o Programa de manutenção opiácea.

Material

No que respeita à variável critério (consumo de heroína), foi utilizado como indicador a média das análises positivas nos testes de metabolitos realizados aos utentes durante o tempo de permanência em programa de substituição opiácea. Esta média foi ponderada em função do número de meses em programa, tendo em conta que a experiência clínica aponta para

uma maior prevalência de consumos nos primeiros meses de tratamento. No que respeita às varáveis preditoras foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário de reações a acontecimentos do dia-a-dia. Este questionário foi construído por Greenglass, Schwarzer, Jakubiec, Fiksenbaum e Taubert (1999), e a versão portuguesa é de Marques, Lemos e Greenglass (2004). É constituído por 55 itens que avaliam a adoção de sete dimensões de coping: coping proativo, coping reflexivo, planeamento estratégico, coping preventivo, suporte instrumental, procura de suporte emocional, e coping de evitamento (Greenglass et al., 1999). Deve ser calculada a média de cada subescala e valores superiores indicam maior utilização do tipo de coping em questão. No presente estudo, os valores de consistência interna variaram entre α=.65 no coping de evitamento e α=.82 no coping reflexivo, preventivo, e no suporte instrumental. A subescala suporte emocional apresentou um valor inaceitável (α=.63), tendo sido retirada das análises.

Procura de sensações. Foi utilizada a versão reduzida da Escala de *Sensation Seeking* versão V Zuckerman (1978) adaptada de Chitas (2010), que contém um total de oito itens, dois itens de cada uma das quatro dimensões: Procura de Aventura e Emoção, Procura de Experiências, Desinibição, e Suscetibilidade ao Aborrecimento. A escala foi considerada na sua pontuação total de Procura de Sensações, e apresentou uma consistência interna de .70.

Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT). Esta escala, com 17 itens, foi desenvolvida em Portugal por McIntyre e Ventura (1996) para a avaliação de sintomas de PSPT, e integra os critérios de diagnóstico de PSPT do DSM-IV (APA, 1996). A primeira parte avalia a ocorrência do acontecimento traumático, e a segunda parte da escala remete para cada um dos critérios de diagnóstico de PSPT, dividida em três partes: revivência do acontecimento traumático, resposta ao acontecimento, e respostas prolongadas ao acontecimento traumático, Para um diagnóstico de PSPT, o sujeito deve responder afirmativamente: a pelo menos uma questão da primeira parte, a pelo menos três questões da segunda parte, e a pelo menos duas questões da terceira parte (APA, 1996). O somatório da pontuação obtida em cada uma das subescalas permite avaliar o total de sintomatologia de PSPT. No estudo atual, os valores de consistência interna variaram entre .75 (subescala Respostas Prolongadas) e .90 (total da escala).

Procedimento

Após a aprovação do Projeto de Investigação por parte da Comissão Nacional da Proteção da Dados, foi iniciada a recolha de dados, sendo a aplicação do protocolo presencial e individual. Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 18 anos e uma duração de tempo em programa entre 1 e 10 anos. A existência de comprometimento neurológico ou psiquiátrico, que impedisse a compreensão e preenchimento de protocolo, constitui-se como critério de exclusão.

RESULTADOS

Pela contabilização das análises com resultado positivo, podemos identificar que 33.87% dos utentes se mantiveram-se totalmente abstinentes de consumo de heroína, desde o início do programa. Relativamente ao cumprimento de critérios de diagnóstico de PSPT, identificámo-lo em 16.13% da amostra. No nosso estudo, 67.74 % passaram ou viram alguém passar por pelo menos uma experiência traumática, 32.26% conjugam ambas as situações.

Na Tabela 1 podemos observar os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as variáveis em estudo.

Tabela 1

Correlações entre o consumo de heroína e variáveis psicológicas e psicossociais

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Consumo de heroína	–										
2. Total sint. trauma	.01	–									
3. C. Proativo	-.27*	.17	–								
4. C. Preventivo	.08	.12	.50**	–							
5. C. Reflexivo	.05	.23	.39**	.75**	–						
6. C. Estratégico	.13	.11	.42**	.59**	.69**	–					
7. C. Instrumental	.05	.04	.14	.23	.46**	.38**	–				
8. C. Evitamento	.08	.06	.34	.20	.14	.01	.05	–			
9. Procura de sensações	.27*	.03	.02	.10	.02	.03	.11	.09	–		
10. Prob. de saúde física	.12	.39**	.12	.17	.27*	.19	.02	.04	.07	–	
11. Situação profissional	.11	-.31*	.19	.07	.09	.15	.11	.07	.18	.19	–

Nota. *p<.05, **p<.01.

Para verificar o efeito de predição das variáveis coping proativo e procura de sensações no consumo de heroína, efetuámos uma análise de regressão múltipla pelo método *stepwise*, que podemos observar na Tabela 2.

Tabela 2

Modelo de regressão múltipla hierárquica para a variável critério consumo de heroína

Variável critério	Passo	Variável preditora	R^2	B	*t*	*p*
Consumo de heroína	1	*Coping* proativo	.07	-.26	-2.19	.033
	2	Procura de sensações	.14	.26	2.16	.035

O resultado positivo a análises ao consumo de heroína é igualmente explicado pelo coping proativo, em 7% da variância do modelo, $F(1,62)=4.718$; $p=.034$ e pela procura de sensações, igualmente em 7% da variância do modelo $F(2,62)=4.839$; $p=.011$.

DISCUSSÃO

Os resultados acima descritos levam-nos a concluir que número de análises positivas a heroína pode ser predito primariamente pela menor utilização da estratégia de coping proativo, e por maior nível de procura de sensações. A procura de sensações constitui-se como um fator disposicional, que pode ser explicado através de uma base psicofisiológica, nomeadamente os padrões de dopamina na atividade cerebral (Zukerman, 1994), e neste sentido constitui um fator com menor plasticidade no que se refere ao potencial de mudança. O coping proativo é definido como um conjunto de esforços que visam construir recursos que facilitam o estabelecimento e alcance de objetivos, e promovem o crescimento pessoal (Greenglass, 2002), representando uma tendência geral da pessoa para encarar os acontecimentos futuros como desafios e oportunidades, e não como ameaças ou perdas (Schwarzer & Taubert, 2002). Um conjunto de estudos tem verificado sistematicamente uma associação positiva do coping proativo com dimensões adaptativas como a auto-eficácia (Greenglass, 2002; Schwarzer & Taubert, 2002), entre outras, e uma relação negativa com

aspetos prejudiciais à saúde mental. No que respeita especificamente a programas de substituição opiácea, não temos conhecimento de nenhum estudo que avaliasse o coping proativo, mas Avants, Warburton, e Margolin (2000) verificaram uma associação positiva entre a aquisição de aptidões de coping e a ausência de consumos ilícitos nestes programas, e hipotetizaram que estes consumos se devem à falta de aptidões de coping adequadas.

Os nossos resultados apontam para uma prevalência de PSPT nos pacientes de 16.13%, situando-se entre os 14.2% reportados por Villagomez, Meyer, Lin, e Brown (1995) e os 19.8% verificados por Hien, Nunes, Levin, e Fraser (2000). A relação positiva encontrada entre total de sintomas de PSPT e problemas de saúde física é concordante com outros estudos (e.g., Rheingold, Acierno, & Resnick, 2004; Schnurr, Green, & Kaltman, 2007). Finalmente, a relação negativa do total de sintomas de PSPT com a ocupação profissional está em linha com os resultados em que PSPT é associado a maior risco de desemprego (Kessler 2000; Kimerling et al., 2009).

Esta investigação tem algumas limitações, destacando-se desde logo o facto de se tratar de um estudo transversal, com uma amostra de pequena dimensão, o que condiciona a averiguação de relações de causalidade e a significância estatística dos resultados. Adicionalmente, o facto do tempo em programa de manutenção opiácea ser bastante heterogéneo entre os doentes que fizeram parte desta amostra, bem como o facto das análises ao consumo de heroína serem consultadas retrospetivamente face à aplicação do protocolo de avaliação, também constitui uma limitação. Como tal, sugere-se que em estudos futuros estes dois últimos aspetos possam ser contornados.

Face aos resultados obtidos, e no âmbito das implicações para a prática clínica neste domínio, sugere-se a integração de uma componente de promoção de estratégias de coping proativo, pois é necessário trabalhar as aptidões adequadas para lidar, quer com os problemas do dia-a-dia, quer com os intensos stressores, por vezes de natureza traumática, com que estes indivíduos se deparam ao longo da sua vida (Avants et al., 2000). Igualmente importante, parece-nos a identificação precoce de existência de PSPT, antes do início do programa de manutenção opiácea, devido à sua relação com a ausência de ocupação profissional, aspeto de grande importância, quer real, quer simbólica, para a reabilitação e integração social destes pacientes (Richardson, Wood, Montaner, & Kerr, 2012). Adicionalmente, a identificação dos indivíduos com um perfil de

"sensation seekers", que poderão estar em maior risco de recaída, também poderá assumir particular relevância na adaptação das abordagens terapêuticas, que deverão promover alternativas saudáveis, mas necessariamente compatíveis com a experimentação de sensações fortes/novidades que estes indivíduos procuram na sua vida.

REFERÊNCIAS

APA. (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Avants, S. K., Warburton, L. A., & Margolin, A. (2000). The influence of coping and depression on abstinence from illicit drug use in methadone-maintained patients. *American. Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *26*, 399-416. doi: 10.1081/ADA-100100252

Chitas, V. (2010). Consumo de droga e outros comportamentos de risco na adolescência. Tese de doutoramento em Psicologia, FPCE-UP, Porto.

Greenglass, E. (2002). Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges* (pp. 37-62). London: Oxford University Press.

Greenglass, E., Schwarzer, R., & Taubert, S. (1999). *The Proactive Coping Inventory (PCI): A Multidimensional Research Instrument*. 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR), Cracow, Poland, July 12-14 1999. https://doi.org/10.1037/t07292-000

Hien, D. A., Nunes, E., Levin, F. R., & Fraser, D. (2000). Posttraumatic stress disorder and short-term outcome in early methadone treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *19*, 31-37. https://doi.org/10.1016/S0740-5472(99)00088-4

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2018). *Infeção VIH e SIDA: A situação em Portugal a 31 de dezembro de 2017*. http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/5666/5/INSA_Relatorio_VIH_e_SIDA_2017.pdf

Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 4-12.

Kimerling, R., Alvarez, J., Pavao, J., Mack, K. P., Smith, M. W., & Baumrind, N. (2009). Unemployment among women: Examining the relationship of physical and psychological intimate partner violence and posttraumatic stress disorder. *Journal of Interpersonal Violence, 24*, 450-463. doi: 10.1177/0886260508317191

Marques, S., Lemos, J., & Greenglass, R. (2004). *Proactive Coping Inventory (PCI)* (Portuguese translation). Retirado a 7/02/2016 de http://userpage.fugeberlin.de/health/pci_porto.htm

McIntyre, T., & Ventura, M. (1996). Escala de avaliação de resposta ao acontecimento traumático: Versão adolescentes. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, *IV*, 567-576.

Naji, L., Dennis, B. B., Bawor, M., Plater, C., Pare, G., Worster, A., . . . Samaan, Z. (2016). A prospective study to investigate predictors of relapse among patients with opioid use disorder treated with methadone. *Substance Abuse: Research and Treatment*, *10*, 9-18. doi: 10.4137/SART.S37030

Richardson, L., Wood, E., Montaner, J., & Kerr, T. (2012). Addiction treatment-related employment barriers: The impact of methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *43*, 276-284. doi: 10.1016/j.jsat.2011.12.008

Rheingold, A. A., Acierno, R., Resnick, H. S. (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder, and health risk behaviors. In P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. Washington, DC: American Psychological Association.

Schnurr, P. P., Green, B. L., Kaltman, S. (2007). Trauma exposure and physical health. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD*. New York: The Guilford Press.

Schwarzer, R., & Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, visions and challenges* (pp. 19-35). London: Oxford University Press.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2018). *Relatório anual 2017: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências.* Direção de Serviços de Monitorização e Informação, Divisão de Estatística e Investigação.

Villagómez, R. E., Meyer, T. J., Lin, M. M., & Brown, L. S. (1995). Post-traumatic stress disorder among inner city methadone maintenance patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *12*, 253-257.

Zukerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biossocial bases of sensation seeking*. New York: Cambridge University Press.

Zuckerman, M., Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 139-149.

Zhu, Y., Evans, E. A., Mooney, L. J., Saxon, A. J., Kelleghan, A., Yoo, C·, & Hser, Y. I. (2018). Correlates of long-term opioid abstinence after randomization to

methadone versus buprenorphine/naloxone in a multi-site trial. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, *13*, 488-497. doi: 10.1007/s11481-018-9801-x

Agradecimentos

As autoras agradecem aos psicólogos da Equipa de Tratamento de Santarém/DICAD, e dos Núcleos de Atendimento a Toxicodependentes/ Associação para a Promoção da Saúde e Desenvolvimento Comunitário.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO (EM MINORIAS SEXUAIS): CONTRIBUTOS PARA A VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA DE UM INSTRUMENTO

S. Monteiro[1], H. Pereira[1], & G. Esgalhado[1]

[1] Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Portugal

O objetivo deste estudo é validar a estrutura dimensional de um instrumento de avaliação do processo de envelhecimento (bem-sucedido) – EBS-PT, previamente traduzido e adaptado para o português, e, neste estudo, autoadministrado numa amostra de homens gays ou bissexuais (GB) idosos. Este instrumento revela-se potencialmente útil para avaliar, descrever o fenómeno em contexto português e, a partir do (re)conhecimento da realidade, apoiar o desenvolvimento de avaliações e intervenções psicossociais mais eficazes na promoção do envelhecimento bem-sucedido, que parece ser um passo importante para o desenvolvimento de estratégias para reduzir as potenciais disparidades relativas nos indicadores de saúde (física e mental) em minorias sexuais, em particular, em idades mais avançadas do ciclo de vida. Não existe consenso sobre a definição de envelhecimento bem-sucedido. Esta expressão tem sido usado com frequência na literatura (psicológica e gerontológica), referindo-se à capacidade de pessoas mais velhas viverem as especificidades e desafios desta fase do ciclo de vida, de forma próspera, feliz, saudável e satisfatória, no fundo, de uma forma que possa ser distinguida do processo habitual/padrão de envelhecimento (Depp & Jeste, 2006; Holstein & Minkler, 2003), referido como: "normal pathological aging" (Zhang, Liu, & Wu, 2018, p. 1), muito centrado nos défices e nas perdas.

Rowe e Kahn (1987) defendendem que três características são necessárias para o envelhecimento se poder considerar bem-sucedido: (a) evitamento de doenças e incapacidades; (b) alta capacidade funcional, física e cognitiva e (c) envolvimento ativo na vida. Desenvolveram-se, nos últimos anos, várias metodologias para avaliar o processo de envelhecimento, usando

diferentes instrumentos/técnicas. Parece, na literatura, haver uma falta de convergência entre as perspetivas – subjetiva e objetiva – do envelhecimento bem-sucedido. As definições objetivas tendem a enfatizar, num paradigma mais biomédico, o funcionamento físico. As definições subjetivas, que se baseiam nas perspetivas dos idosos (Lee, Kahana, & Kahana, 2017), geralmente, incluem outros aspetos importantes da vida, como saúde mental, estratégias de *coping*, relações sociais, atitudes, bem-estar emocional, envolvimento da comunidade e aprendizagem contínua (Van Wagenen, Driskell, & Bradford, 2013). Incorporam, assim, uma perspetiva mais psicossocial do envelhecimento. Ao se estudarem minorias sexuais, com idades mais avançadas, tem-se evidenciado que muita resistência e resiliência em torno de construções sociais negativas da homossexualidade apresentam o potencial de contribuir para a saúde psicológica e emocional e para um ajuste positivo face aos desafios do processo de envelhecimento (Hash & Rogers, 2013). Por exemplo, muitos homens gay ou bissexuais (GB) mais velhos desenvolveram características e capacidades, em idades mais novas, que fazem com que o processo de envelhecimento possa ser vivido de forma menos dura do que para muitos homens, mais velhos, heterossexuais (Brown et al., 2001; Wight et al., 2012). Na verdade, o processo individual de "*coming out*", para muitos adultos LGBT, pode ter ajudado a desenvolver estratégias de *coping* que são, potencialmente, generalizáveis a outras tarefas de desenvolvimento envolvidas no processo de envelhecimento e que podem, assim, ter benefícios psicológicos e sociais para o indivíduo (Orel, 2004) no médio a longo prazo. No entanto, não se pode generalizar. Esse pode, naturalmente, não ser o caso de todos, ou da maioria dos homens mais velhos. Embora as definições variem, os homens mais velhos gays e bissexuais (GB) são incluídos na população de minorias sexuais com mais de 50 anos de idade (Choi & Meyer, 2016). Sem um censo disponível do total de homens idosos GB que residem em Portugal, vários estudos, de base comunitária, sem representatividade estatística, fornecem indícios importantes sobre as experiências de homens GB idosos, mostrando, por exemplo, que eles enfrentam desafios particulares no processo de envelhecer. Desafios, que os seus pares heterossexuais não enfrentam, pelo menos, da mesma forma. A saber: acesso a cuidados formais de saúde e apoio social (Pereira et al., 2019a), discriminações (devido à sua orientação sexual) (Gonçalves, Costa, & Leal, 2019; Pereira et al., 2018); indicadores de saúde física e

mental (quando comparados aos idosos heterossexuais) (Pereira et al., 2019b). Estes fatores, entre outros, se não forem tidos em conta, parecem comprometer o potencial de envelhecimento bem-sucedido, aqui, visto como uma inevitável integração positiva, múltipla e complexa dos aspetos físicos, psicológicos, sociais e políticos que ocorrem durante o processo de envelhecimento.

Segundo Young, Frick e Phelan (2009), o envelhecimento bem-sucedido é definido como: "um estado em que um indivíduo é capaz de invocar mecanismos psicológicos e sociais adaptativos para compensar as limitações fisiológicas e obter uma sensação de bem-estar e alta qualidade de auto-avaliação da vida e um sentimento de realização pessoal, mesmo no contexto de doenças e incapacidades" (pp. 88-89). Esta definição sugere que o envelhecimento bem-sucedido é um construto multidimensional, que engloba aspetos subjetivos importantes, além de critérios objetivos, como resultados de saúde física e mental, qualidade de vida ou resiliência, definidos, como recursos e capacidades comportamentais, funcionais, sociais e culturais utilizados sob condições adversas (Fredriksen-Goldsen, Kim, Shiu, Goldsen, & Emlet, 2015). Aspeto, especialmente relevante quando falamos de minorias sexuais mais velhas, onde os ambientes sociais negativos podem afetar de forma significativa a existência psicossocial.

A partir dos trabalhos desenvolvidos por Zhang, Liu e Wu (2018) procura-se, neste estudo, integrar e apresentar sinteticamente alguns contributos para a validação dimensional de um instrumento de avaliação do Envelhecimento bem-sucedido, que se pretende adaptado para o uso em contexto português, com minorias sexuais.

MÉTODO

Participantes

Uma amostra (de conveniência) de um total de 201 homens, autoidentificados como gays ou bissexuais, mais velhos, participou deste estudo. Esses homens tinham idade média de 58.85 anos, variando de 50 a 79 anos. A maioria (80.6%) de nossos participantes se identificou como gay e 13.9% como bissexual. Quase 80% da amostra eram homens caucasianos. A maioria

dos participantes possuía habilitação académica superior (68.6%) e estava empregada (68.7%) no momento, e 68.7% relataram ter um nível socio-económico médio. Quase metade dos participantes relatou estar em alguma forma de relacionamento romântico (44.9%). A maioria relatou morar sozinha (51.2%), ter irmãos ou irmãs (82.1%), mas não ter filhos (68.7%). Após a análise sociodemográfica optou-se por trabalhar apenas com dados completos. A amostra com 201 participantes passou, assim, para 185 participantes que responderam à totalidade das questões colocadas.

Instrumentos

A investigação incluiu duas categorias de perguntas/medidas: informações sócio-demográficas e questões no âmbito do envelhecimento (bem-sucedido): Informações demográficas: Os itens incluíram os resumidos acima: idade, orientação sexual, estado civil, local de residência, educação, ter filhos/irmãos ou irmãs, situação profissional atual, suficiência de renda mensal e tipo de residência em que moravam.

Envelhecimento bem-sucedido: os níveis percebidos de envelhecimento bem-sucedido dos participantes foram medidos usando a versão em português da Escala de Envelhecimento Bem-sucedido de Zhang, Liu e Wu (2018). Esta escala preliminarmente traduzida e adaptada linguística e culturalmente, seguindo os procedimentos metodológicos preconizados por Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000) foi administrada solicitando aos respondentes que avaliassem quão importante (variando de 1=nada importante a 5=muito importante) consideravam o conteúdo dos 12 itens: ser independente, ter amigos, viver com filhos adultos, ter boas condições económicas; ser fisicamente móvel; livre de doenças crônicas; ser capaz de trabalhar; ser cuidado pelos filhos; participar em atividades sociais; viver com um cônjuge; ser capaz de cuidar dos membros da família e ser feliz.

Procedimentos

A recolha de dados foi realizada entre agosto de 2019 e setembro de 2019. O recrutamento foi direcionado especificamente a homens gays e bissexuais mais velhos e envolveu notificações na Internet e anúncios enviados para organizações LGBT, redes sociais como o *Facebook* e

endereços de correio eletrónico em Portugal. Os participantes responderam a essa divulgação *on-line* por meio de um site seguro e criado para esse fim. Todos os anúncios encaminharam os participantes diretamente para o site *on-line*, onde foram informados de que suas respostas seriam anónimas e confidenciais. A primeira página do questionário explicou os objetivos do estudo e informou os participantes sobre como concluir a pesquisa, sua liberdade de se retirar do estudo e como entrar em contato com os autores para obter mais informações, se entendido como necessário.

RESULTADOS

Atendendo à natureza da variável medida e à forma preconizada pelo instrumento de a avaliar foi efetuada uma análise exploratória, pelo método das componentes principais (visando apenas sintetizar a informação constante nos itens), também adotado no estudo originário, com extração livre de fatores e rotação *varimax*, para avaliar a estrutura de componentes dos 12 itens na presente amostra. O indicador estatístico do teste *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* com valor entre .80 e .90, pode ser considerado bom indicador para a realização destas análises. Este indicador, juntamente com o teste de esfericidade de Bartlett são indicadores da existência, ou não, de correlação entre variáveis (cf. Quadro 1).

Quadro 1

Indicadores de adequação da amostra e da matriz à realização de análises factoriais

Indicadores	Amostra
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	.890
Bartlett's Test of Sphericity	$\chi^2(66)=1025.750$, $p<.001$

Para a determinação do número de componentes assumiram-se, sobretudo, critérios estatísticos, na medida em que se trata de uma análise exploratória. Neste sentido, considerámos o critério de Kaiser, o teste *scree* de Cattell, a análise paralela, mas, também, a percentagem total de variância

explicada e a inteligibilidade conceptual dos fatores emergentes, segundo a matriz teórico-conceptual a partir do qual foi esboçado e desenvolvido. A análise do critério de Kaiser no *output* da extração livre sugere a existência de 2 componentes. O critério *scree* de Cattell radica num exercício, por vezes subjetivo, de análise visual da representação gráfica dos *eigenvalues* e parte do pressuposto de que o ponto de inflexão define o número de fatores/componentes a reter. Segundo a análise do gráfico, no caso em análise, sai reforçada a potencial existência de 2 componentes. A partir das informações facultadas pelos dois primeiros métodos introduzimos o critério da análise paralela. Para identificar o valor dos e*igenvalues* aleatórios recorreu-se ao software de análise paralela desenvolvido por Patil, Singh, Mishra e Donavan (2017). O Quadro 2 mostra os *eigenvalues* empíricos, assim como os aleatórios. Conforme se pode verificar, o componente 2 é o último em que os *eigenvalues* empíricos são superiores aos aleatórios. Estes dados indiciam a existência de 2 componentes, o que permite, segundo este critério, antecipar uma estrutura dimensional distinta da emergente do estudo original, que apontava 3 componentes.

Quadro 2

Eigenvalues empíricos e aleatórios

	Componentes				
Eigenvalue	1	2	3	4	5
Empírico	5.294	1.847	.898	.721	.551
Aleatório	1.435	1.307	1.225	1.147	1.084

*Nota. *Eigenvalues* aleatórios calculados com base numa amostra de 185 sujeitos para 12 variáveis.

Seguiu-se, assim, para o teste de uma solução forçada a duas dimensões, sujeita a rotação *Varimax*, tal como apresentado e efetuado em Zhang et al. (2018). O exame das comunalidades e dos pesos ou cargas fatoriais dos 12 itens revelou que o item 10 se revelou candidato a extração, pois apresentou na solução inicial saturações inferiores ao ponto de corte de .50. O item 9 saturou de forma similar, e superior a .50, em mais do que uma componente, constituindo-se como um item complexo e não discriminativo, pelo que também se optou pela sua exclusão (Hair et al., 2010). A solução final após individual e iterativa extração de cada um dos itens referido (10 e 9) permite explicar 62.6% da variância total. Todos

os itens apresentam comunalidades satisfatórias e saturações fatoriais acima do ponto de corte de .50. A estimação da fiabilidade das dimensões encontradas foi realizada por intermédio do coeficiente *alpha* de Cronbach. Para a primeira dimensão encontrou-se um valor de .872, considerável como bom e para a segunda componente um valor de consistência razoável de .750 (Pestana & Gageiro, 2007) (cf. Quadro 3).

Quadro 3

Sumário dos resultados da análise em componentes principais (*N*=185)
O que é para si envelhecer com sucesso?

	F1	*F2*	η^2
(5) Ter mobilidade física	.891		.511
(4) Ter boas condições económicas	.811		.635
(12) Ser feliz	.805		.695
(2) Ter amigos	.766		.660
(1) Ser independente	.712		.803
(6) Não ter doenças crónicas	.684		.491
(7) Poder trabalhar	.616		.471
(8) Ser cuidado/a pelos filhos ou outros familiares		.874	.764
(3) Viver com os filhos ou outros familiares adultos		.832	.569
(11) Poder cuidar de familiares		.692	.660
Eigenvalues	4.475	1.785	
% de Variância	41.315	62.593	
Alpha de Cronbach.	.872	.750	

DISCUSSÃO

Embora a análise em componentes principais, tal como a fatorial exploratória, deva ser, sobretudo, guiada pelos resultados estatísticos é importante denotar que as alterações, na estrutura dimensional, não deverão colocar em causa, de forma significativa, o sentido e a validade de constructo asseguradas no estudo original. A interpretação da solução emergente da Análise em Componentes Principais realizada permitiu verificar as algumas diferenças face à solução original apresentada por Zhang, Liu e Wu (2018). A solução tri-dimensional apresentada originalmente revelava um primeiro componente que avaliava – *bem-estar psico-*

social e económico (7 itens); A segunda componente avaliava *bem-estar físico* (3 itens); e um terceiro componente avaliava o *suporte social por parte filhos adultos* (2 itens). A primeira dimensão emergente na nossa análise acomoda indicadores de saúde física, articulados com indicadores económicos e psicossociais. Deste modo, nomeia-se a primeira dimensão por – *bem-estar psicossocial, económico e físico*. A segunda dimensão, no nosso estudo, reflete, à semelhança do estudo original, indicadores de *suporte social*, seja enquanto sujeito-alvo ou sujeito-agente. Em conclusão, considera-se que apesar das alterações sinalizadas nos resultados, se mantém, na generalidade, o sentido e a validade de constructo do modelo conceptual na base do instrumento e, assim, o instrumento EBS-PT, tendo em conta esta fase de exploratória, evidencia qualidades psicométricas (validade e consistência interna) adequadas ao seu uso em contexto português.

REFERÊNCIAS

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, *25*(24), 3186-3191. http://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014

Brown, L. B., Alley, G. R., Sarosy, S., Quarto, G., & Cook, T. (2001). Gay men: Aging well!. *Journal of Gay and Lesbian Social Services, 13*(4), 41-54. https://doi.org/10.1300/J041v13n04_06

Choi, S. K., & Meyer, I. H. (2016). *LGBT Aging: A review of research findings, needs, and policy implications*. Los Angeles: The Williams Institute.

Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(1), 6-20. doi: 10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc

Fredriksen-Goldsen, K. I, Kim, H-J., Shiu, C., Goldsen, J., &, Emlet, C. A. (2015). Successful aging among lgbt older adults: Physical and mental health-related quality of life by age group. *The Gerontologist, 55*(1), 154-168. doi: 10.1093/geront/gnu081

Gonçalves, J. A. R., Costa, P. A., & Leal, I. (2019). Minority stress in older Portuguese gay and bisexual men and its impact on sexual and relationship

satisfaction. *Sexuality Research and Social Policy*. https://doi.org/10.1007/s13178-019-00385-1.

Hair, J., Black, W., Babin, B. & Anderson, R. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

Hash, K. M., & Rogers, A. (2013). Clinical practice with older LGBT clients: Overcoming lifelong stigma through strength and resilience. *Clinical Social Work Journal, 41*, 249. https://doi.org/10.1007/s10615-013-0437-2

Holstein, M. B., & Minkler, M. (2003). Self, society, and the "new gerontology". *Gerontologist, 43*(6), 787-796.

Lee, J. E., Kahana, B., & Kahana, E. (2017). Successful aging from the viewpoint of older adults: Development of a Brief Successful Aging Inventory (SAI). *Gerontology, 63*, 359-371. https://doi.org/10.1093/geront/43.6.787

Orel, N. A. (2004). Gay, lesbian, and bisexual elders: Expressed needs and concerns across focus groups. *Journal of Gerontological Social Work, 43*(2), 57-77. doi: 10.1300/J083v43n02_05

Patil V. H., Singh S., Mishra S., & Donavan, D. T. (2017). *Parallel analysis engine to aid in determining number of factors to retain using R* [Computer software], available from https://analytics.gonzaga.edu/parallelengine

Pereira, H., de Vries, B., Serzedelo, A., Serrano, J. P., Afonso., R. M., Esgalhado, G., & Monteiro, S. (2019a). Growing older out of the closet: A descriptive study of older LGB persons living in Lisbon, Portugal. *International Journal of Aging and Human Development, 88*(4), 422-439. https://doi.org/10.1177/0091415019836107

Pereira, H., de Vries, B., Serrano, J. P., Afonso., R. M., Esgalhado, G., & Monteiro, S. (2019b). Depression and quality of life in older gay and bisexual men in Spain and Portugal. *International Journal of Aging and Human Development*. https://doi.org/10.1177/0091415019864600

Pereira, H., Serrano, J. P., de Vries, B., Esgalhado, G., Afonso, R. M., & Monteiro, S. (2018). Aging perceptions in older gay and bisexual men in Portugal: A qualitative study. *The International Journal of Aging and Human Development*, *87*(1), 5-32. https://doi.org/10.1177/0091415017720889

Pestana, M. & Gageiro, J. (2007). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science, 237*(4811), 143-149. doi: 10.1126/science.3299702

Van Wagenen, A., Driskell, J., & Bradford, J. (2013). "I'm still raring to go": Successful aging among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Aging Studies, 27*, 1-14. doi: 10.1016/j.jaging.2012.09.001

Wight, R. G., LeBlanc, A. J., de Vries, B., & Detels, R. (2012). Stress and mental health among midlife and older gay-identified men. *American Journal of Public Health, 102*, 503-510. doi: 10.2105/AJPH.2011.300384

Young, Y., Frick, K. D., & Phelan, E. A. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association, 10*, 87-92. doi: 10.1016/j.jamda.2008.11.003

Zhang, W., Liu, S., & Wu, B. (2018). Defining successful aging: Perceptions from elderly Chinese in Hawai'i. *Gerontology and Geriatric Medicine*, *4*. https://doi.org/10.1177/2333721418778182

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

ENVELHECIMENTO E SAÚDE: PROJETOS DE VIDA APÓS APOSENTADORIA

Janes Santos Herdy[1]
[1] Universidade Federal Fluminense, Brasil

Pesquisas demográficas que apontam índices altos de idosos com 60+ para 2020/50, já estão sendo constatadas mundialmente. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentou resultado de suas pesquisas em 2017, que alcançou 30,2 milhões de pessoas idosas na população brasileira com mais de 60 anos (Brasil, 2017). Neste sentido, se faz relevante que estudos e pesquisas tenham um olhar específico para o envelhecimento saudável com projetos que proporcionem qualidade de vida.

Estudos e pesquisas têm surgido com esta proposta em várias áreas do conhecimento científico que se reportam a pensar que "o importante não é acrescentar anos a vida, mas sim vida aos anos", como afirma a Organização Mundial de Saúde (OMS). O envelhecimento de forma equilibrada resulta da qualidade de interação entre os atributos biológico, social e psicológico que abrangem as mudanças e desenvolvimento dos indivíduos (Neri, 1993, citando Featherman, Smith Peterson, 1990). Assim como as outras fases da vida dos indivíduos, o envelhecimento carece de autonomia para que seja visto com equilíbrio e tenha uma repercussão saudável perante a sociedade em que vive.

Partindo do princípio que enquanto vivemos o envelhecer é inevitável, podemos afirmar que esta premissa perpassa por todo ser humano independente de nível cultural, raça, gênero, vida social, familiar, religião. Mas, mesmo com o fenômeno da longevidade se concretizando, nos últimos anos conforme previsto nas pesquisas, ainda não é incomum encontrarmos indivíduos que se assustam com a chegada da terceira idade que acontece paralela à ruptura com o trabalho formal, ou seja, a aposentadoria. Bruns e Abreu (1997) trouxeram a preocupação com a

identidade do idoso, em uma sociedade que cultua o belo, o jovem, o corpo impecável, o que acarreta uma tendência a sentimentos depreciativos em relação ao indivíduo que envelhece. Cabe, porém, sinalizar a fala de Debert (1999) quando afirma que o idoso brasileiro não só vem crescendo em número, mas em atuação representativa em vários segmentos da sociedade.

Pensando na depreciação do idoso que ainda se evidencia neste século e a busca do mesmo que se apresenta na longevidade com vigor e crescente atuação, cabem iniciativas que contribuam para o resgate de interesses e concretização de novos projetos de vida. A aposentadoria que é uma fase que coincide com a terceira idade e pode acarretar, principalmente quando não planejada, sentimentos de menos valia. É uma fase de mudanças significativas que pode causar conflitos como em qualquer outro momento de transição da vida, podendo tanto ser vivida com tranquilidade por alguns, como acarretar dificuldades e o surgimento de desconforto para outros (Santos, 1990).

Este artigo, é parte de um estudo realizado com professores universitários em processo de aposentadoria, onde os principais objetivos foram verificar expectativas de vida e nível de estresse. No presente trabalho pretende-se apresentar e discutir os resultados que partiram especificamente de uma das perguntas do roteiro da entrevista relacionada às intenções de novos projetos de vida após a aposentadoria.

Pergunta 10: "Independente de continuar trabalhando ou não, após seaposentar, cite alguns projetos que você tem para a sua vida?"

De acordo com Herdy (2017),

> "Desde o momento em que o indivíduo se percebe envolvido com o processo de escolha e decisão sobre uma profissão e, a consequente carreira a seguir, começa a busca incessante de conciliar prazer no exercício profissional e satisfação ao receber incentivos que contribuam para seu crescimento em um trabalho digno". (p. 35)

Sendo assim, concorda-se com Frigotto (2009) em afirmação sobre as categorias do trabalho que:

> Este é o resultado de uma construção social, tendo em nossa sociedade o sentido de dominação de classe. Sendo o grande desafio o de apreender, no tecido social do senso comum, das religiões e das ideias do pensamento e da ciência positivista e pragmática dominante, qual o mosaico de sentidos que assume o trabalho. (p. 170)

Partindo desta afirmativa de Frigotto, pode-se verificar o quão significativo torna-se o trabalho no percurso de vida dos indivíduos. Segundo o autor, eles vão perceber no decorrer da história traçada pelo exercício profissional, que se entrelaça em todas as áreas da sua vida. A passagem da vida laboral para a aposentadoria torna-se, então, momento de reflexão e uma fase de modificações, conforme reafirmado por (George, 1993 citado por Herdy, 2017).

Diante deste cenário, que aponta a longevidade ativa e o antagonismo de uma passagem para aposentadoria tranquila ou com conflitos, é que se percebe a relevância de novos projetos de vida que contribuirão para proporcionar a qualidade de vida na sequência dos anos pós-aposentadoria. Por projeto entende-se aquilo que se planeja ou pretende fazer, sendo que, quando um indivíduo apresenta novos projetos vida, ou seja, interesses que pretende realizar com a passagem para a aposentadoria, estes estão relacionados com a forma como conduziu sua história de vida no trabalho. São apresentadas por Santos (1990), três formas possíveis de lidar com a aposentadoria: ade recusa ou resistência, sendo esta a dificuldade de ter outros projetos que não sejam ligados ao trabalho; a de sobrevivência, que está vinculada a necessidade, na maioria das vezes, de aumentar o montante ganho com a aposentadoria; e a de liberdade, que traz novos planos de atividades não relacionadas ao trabalho.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa pelo método "quali-quanti", também denominado método misto, sendo que inicialmente foi feito um levantamento quantitativo, seguida de uma análise qualitativa, através da análise de conteúdo. Este método proporciona não só a sistematização das respostas, como leva o pesquisador a reflexões e ponderações das colocações feitas pelos participantes do estudo (Herdy, 2017). Para Pais Ribeiro (2007) uma investigação qualitativa pode associar-se à investigação quantitativa com intuito de ponderações mais completas ou reflexivas. De acordo com o autor, com o qual concordamos, estes métodos não são antagônicos e sim complementares.

Participantes

A amostra contou com 54 professores universitários em processo de aposentadoria**.** Estes foram selecionados a partir de uma lista concedida pelo Departamento de Administração de Pessoal (DAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF), na qual constavam todos os professores com direito a abono de permanência, que consiste em um direito concedido ao servidor público federal que faz a opção de permanecer em atividade tendo atingido as exigências para aposentadoria voluntária, conforme consta no art. 40, § 1º, II, da Constituição Federal.

Material

Na pesquisa de campo foram utilizados dois instrumentos: uma entrevista individual, que teve um roteiro elaborado especificamente para esta investigação; e o inventário de sintomas de estresse de Lipp (ISSL).

Procedimentos

Todos os participantes que responderam a solicitação concederam voluntariamente a entrevista, recebendo a pesquisadora pessoalmente nos locais por eles escolhido e assinando ao Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). Para este artigo destacou-se uma das perguntas do roteiro da entrevista onde questionava sobre as intenções de novos projetos de vida após a aposentadoria.

RESULTADOS

Quando indagados sobre os projetos para aposentadoria, apenas 9,3% dos professores declarou não ter nenhum projeto. Entre os projetos apresentados para administrar o tempo livre, os que mais se destacaram foram viajar (46.3%), ler (44.4%), cultura e arte (29.6%) e escrever (22.2%).

Entre as declarações dos demais, os projetos mais importantes (frequentes no discurso de pelo menos 10% da amostra) foram: pesquisas e estudos; dedicar-se mais à família; trabalho voluntário/educação humanitária; continuar trabalhando; cozinhar/conhecer restaurantes/gastronomia; cuidar-se/fazer atividades físicas. As frequências de cada um destes projetos e dos

demais citados pelos professores, podem ser vistas na Tabela 1, bem como a frequência dos outros projetos citados, por sexo e por consideração à aposentadoria. A nuvem de palavras para esta questão é exibida na Figura 1, que segue a tabela.

Tabela 1

Distribuição de frequências dos projetos para aposentadoria

	Considera a aposentadoria					
	Não		Sim			
Projetos após aposentadoria	*F*	*M*	*F*	*M*	Total	Porcentagem na amostra
Viajar	3	8	7	7	25	46.3
Ler	3	7	8	6	24	44.4
Cultura e artes (Música/Shows/Fotografia/Museu/Cinema)	3	5	6	2	16	29.6
Escrever	0	3	5	4	12	22.2
Pesquisas e estudos	2	2	4	1	9	16.7
Dedicar mais a família	3	1	1	3	8	14.8
Trabalho voluntário/educação humanitária	2	1	3	1	7	13.0
Continuar trabalhando	3	0	1	2	6	11.1
Cozinhar/Conhecer restaurantes/Gastronomia	0	0	5	1	6	11.1
Cuidar-se/Fazer atividade física	1	2	3	0	6	11.1
Não tem projeto	2	3	0	0	5	9.3
Estudar idioma	0	0	3	1	4	7.4
Viver no interior ou em outro país	1	1	0	1	3	5.6
Plantas, Terra, natureza e criar pássaros	1	0	1	1	3	5.6
Formação, Coaching ou Consultoria	0	1	0	1	2	3.7
Namorar/dedicar mais ao marido	0	0	2	0	2	3.7
Reencontrar amigos	0	2	0	0	2	3.7
Trabalhar em outra universidade	0	0	1	1	2	3.7
Militância política	0	1	0	0	1	1.9
Militância religiosa	0	0	1	0	1	1.9
Organizar documentos	0	1	0	0	1	1.9
Parar de beber	0	1	0	0	1	1.9

Figura 1. Nuvem de palavras mais importantes dos projetos de aposentadoria

Pensando na questão do trabalho, que se apresenta como identidade do indivíduo ao longo da sua história, pode-se inferir pelos projetos apresentados na pesquisa que os professores universitários têm planos para uma vida pós-aposentadoria, o que demonstra sentimentos em busca de qualidade de vida, bem estar e saúde. Essa questão ganha relevância, considerando a dificuldade que os indivíduos podem possuir em separar o trabalho de outros aspectos de sua vida cotidiana, conforme sinalizado por Santos (1990) e por Frigotto (2009), ao se referir sobre o mosaico de sentidos que assume o trabalho na vida pragmática do indivíduo.

De acordo com os tipos de posicionamentos na aposentadoria apontados por Santos (1990), de recusa ou resistência, de sobrevivência e de liberdade, constatamos que de acordo com a porcentagem das respostas em relação aos projetos de vida para aposentadoria a amostra de certa forma se volta mais para a liberdade e sobrevivência. Apesar disso, arriscamos afirmar que esta se apresenta de certa forma coincidente com a recusa ou resistência, conforme alguns destaques de respostas apresentados a seguir.

> *"Gosto de lecionar, Tenho profundo amor pelo que faço... se eu pudesse eu só sairia daqui no caixão..."*
>
> *"Gosto do que faço, adoro... faço o que gosto. Ninguém larga o corpo da mulher amada depois de um grande amor, como eu gosto!!!!"*
>
> *"Quando a pessoa gosta do que faz todo dia é dia do pagamento"*
>
> *"Adoro dar aula, gosto muito do que faço. Alivia meu estresse"*
>
> *"Tenho um acúmulo de experiência, poderia dar um retorno devolvendo um pouco do que o departamento me deu."*

DISCUSSÃO

Este artigo teve como objetivo apresentar as demandas em relação aos projetos de vida pós-aposentadoria, a partir de uma pesquisa realizada com professores universitários que se encontram nesta fase. Tendo em vista os resultados apresentados, percebeu-se que os professores universitários, embora apresentem respostas fortes positivamente em relação ao prazer no trabalho, uma porcentagem significativa demonstra desejo de parar. Entre

os projetos apresentados estão viajar, cultura e artes, ler e escrever, que apesar das porcentagens diferenciadas estão ligados ao posicionamento de liberdade e recusa em relação ao trabalho. Isto nos mostra a repercussão que o rompimento com o trabalho formal, ainda na contemporaneidade, traz impactos na vida dos indivíduos. Considerando a importância de projetos de vida em todas as fases do desenvolvimento humano, pois demonstra desejo de continuidade, os resultados da pesquisa mostram que os professores universitários em processo de aposentadoria estão respondendo ao que apontam as pesquisas no sentido de envelhecimento ativo. O tema aposentadoria e envelhecimento têm estado em pauta nos últimos anos e apesar das recentes mudanças bruscas nos projetos de lei do Brasil referentes à aposentadoria, que afetam diretamente o servido público federal, os participantes da pesquisa trouxeram seus anseios pelo futuro ao apresentarem seus planejamentos. Sendo assim, entende-se que esta pesquisa desperta maiores reflexões sobre o tema e traz um incentivo na elaboração de outros estudos e pesquisas sobre aposentadoria e projetos de vida.

REFERÊNCIAS

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017). *Diretoria de pesquisa, coordenação de trabalho e rendimento. Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua*.

Bruns, M. A. de T., & Abreu, A. S. (1997). O envelhecimento: Encantos e desencantos da aposentadoria*. Revista da ABOP, 1*(1), 5-33.

Contituição Federativa do Brasil. (1988). https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_03.07.2019/art_40_.asp

Debert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento.* São Paulo: Universidade de São Paulo, Fapesp.

Frigotto, G. (2009). A polissemia da categoria trabalho e a batalha das ideias nas sociedades de classe. *Revista Brasileira de Educação, São Paulo, 14*(40), pp.168-194. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782009000100014

Herdy, J. S. (2017). *Estudio acerca del impacto del proceso de jubilación en profesores universitários: Expectativas y estrés.* Tese de doutorado, Universidad del Salvador (USAL), Buenos Aires. Repositório: https://www.racimo.usal.edu.ar.

Lipp, M.E.N. (2000). *Inventário de sintomas de stress para adultos*. São Paulo, Editora Casa do Psicólogo.

Neri, A. L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura.* Campinas: Editora Papirus.

Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde.* Porto: Legis Editora/Livpsic.

Santos, M. F. S. (1990). *Identidade e aposentadoria.* [S.l.]: EPU.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

ENVOLVIMENTO E BURNOUT NO ENSINO SUPERIOR EM PORTUGAL

João Marôco[1] & Hugo Assunção[1]
[1] William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

O envolvimento e o *burnout* têm um grande impacto em variáveis académicas, e psicológicas. Historicamente estes dois conceitos foram considerados como polos opostos de um mesmo espectro de envolvimento-*burnout* (Maslach & Leiter, 1997). Nesta concepção níveis elevados de *burnout* corresponderiam a baixos níveis de envolvimento, e vice-versa. No entanto, estudos recentes demonstraram que, embora os dois conceitos se encontrem fortemente relacionados, eles devem ser medidos de forma independente (Schaufeli, Martínez, Pinto, Salanova, & Bakker, 2002).

O envolvimento académico pode actuar como um antídoto para baixos resultados académicos, leva a uma maior auto-eficácia e a uma menor incidência de problemas de desempenho e abandono escolar (Fredricks, Blumenfeld, & Paris, 2004; Krause & Coates, 2008; Reschly & Christenson, 2012; Wang & Eccles, 2012).

O *burnout* é uma condição grave que tem sido associada a vários sintomas de sofrimento físico e psicológicos (Koeske & Koeske, 1991; Watson, Deary, Thompson, & Li, 2008). Quando elevadas exigências cognitivas ocorrem sobre pressão de tempo, os alunos experienciam stress crónico que, com o tempo, pode levar a sintomas da síndrome de *burnout* (Cushman & West, 2006). Em estudantes universitários esta síndrome tem sido associada a baixo rendimento cognitivo (Sandström, Rhodin, Lundberg, Olsson, & Nyberg, 2005), baixo rendimento académico, abandono escolar (Dyrbye et al., 2009; Koeske & Koeske, 1991), sintomas depressivos (Ahola, Hakanen, Perhoniemi, & Mutanen, 2014) e até mesmo ideações suicidas (Dyrbye et al., 2008).

Dada a gravidade das consequências negativas associadas a esta síndrome, é importante avaliar a sua prevalência no ensino superior e as

possíveis consequências para a saúde pública. O objectivo deste estudo é descrever a prevalência do envolvimento e *burnout* académico no ensino superior, de modo a sensibilizar a comunidade para a seriedade deste fenómeno.

Para medir o síndrome de *burnout* utilizámos o MBI-SSi (Marôco, Marôco, & Campos, 2014). O *burnout* académico é definido como exaustão cognitiva e emocional devido às exigências académicas, a sentimentos de incapacidade e ineficácia e uma atitude cínica em relação aos estudos, aos professores e colegas. A conceptualização tri-factorial do Burnout foi confirmada em várias amostras de diferentes países e áreas de estudo (Dyrbye et al., 2009; Marôco & Tecedeiro, 2009) e a sua validade concorrente avaliada em relação a outras medidas de *burnout* (Marôco & Campos, 2012).

Para medir o envolvimento académico utilizamos o "University Students Engagement Inventory" (USEI) que conceptualiza o envolvimento nas suas dimensões comportamentais, cognitivas e emocionais. A dimensão comportamental está relacionada a comportamentos normativos positivos, como por exemplo, o respeito das regras sociais e institucionais. A dimensão cognitiva refere-se aos pensamentos, percepções e estratégias dos alunos em relação à aquisição de conhecimento ou ao desenvolvimento de competências académicas, por exemplo a capacidade de organizar e integrar informações diferentes. A dimensão emocional refere-se a sentimentos positivos e negativos relacionados com o processo de aprendizagem, actividades em sala de aula, colegas e professores. O USEI apresenta validade, fiabilidade e invariância métrica entre géneros e áreas de estudo na população portuguesa (Sinval, Casanova, Marôco, & Almeida, 2018).

MÉTODO

Participantes

Participaram 1066 estudantes portugueses do ensino superior (65% ♀; *M*=22,8 anos, *DP*=6.2 anos). Os dados foram recolhidos online através da plataforma Qualtrics e distribuídos através das associações de estudantes

e redes sociais. O consentimento informado e a confirmação de inscrição em uma instituição de ensino superior foram requeridos antes de iniciar o questionário.

Instrumentos

O inventário de envolvimento académico (USEI) (João Maroco, Maroco, Bonini Campos, & Fredricks, 2016) foi utilizada como medida de envolvimento académico. O envolvimento académico foi conceptualizado como um constructo de segunda ordem reflectido nas dimensões de primeira ordem: comportamental, cognitiva e emocional. O USEI consiste em 15 itens ordinais de auto-relato. A sua escala de respostas varia entre '0-Nunca' e '4-Sempre' e o ponto central da escala é '2-Algumas vezes'.

O inventário de *burnout* MBI-SSi (Marôco, Tecedeiro, et al., 2014) foi utilizado como medida de *burnout* académico. O *burnout* académico é conceptualizado como constructo de segunda ordem reflectido nas dimensões de primeira ordem: exaustão, cinismo e ineficácia. O MBI-SSi consiste em 15 itens ordinais de auto-relato cuja escala de resposta varia entre '0-Nunca' e '6-Todos os dias' e o ponto central da escala é '3-Poucas vezes por mês'.

RESULTADOS

A média e desvio padrão do envolvimento e o *burnout* académico foram descritos por género (Tabela 1), área de estudos (Tabela 2) e distrito (Tabela 3 e Figura 1).

Tabela 1

Média e desvio padrão do envolvimento e burnout académico por género

Género	*N*	%	Taxa de amostragem	Envolvimento *M (SD)*	Burnout *M(SD)*
Masculino	370	34.7%	.21%	2.95 (.58)	3.29 (1.65)
Feminino	697	65.3%	.33%	3.03 (.58)	3.49 (1.69)

Tabela 2

Média e desvio padrão do envolvimento e burnout académico por área de estudos

Área de estudos	*N*	%	Taxa de amostragem	Envolvimento *M(SD)*	Burnout *M(SD)*
Ciências Humanas	356	33.4%	0.28%	3.10 (.60)	3.18 (1.71)
Ciências Exatas	316	29.6%	0.96%	2.84 (.57)	3.54 (1.66)
Ciências da Saúde	292	27.4%	0.50%	3.05 (.56)	3.46 (1.66)
Ciências Biológicas	103	09.7%	1.22%	3.00 (.53)	3.74 (1.57)

Tabela 3

Média e desvio padrão do envolvimento e burnout académico por distrito

Distrito	*N*	%	Taxa de amostragem	Envolvimento *M (SD)*	Burnout *M (SD)*	% Alunos em Burnout (*M*>3)
Lisboa	0385	36.1%	.30%	2.93 (0.56)	3.47 (1.59)	52.0%
Porto	0162	15.2%	.21%	3.03 (0.58)	3.67 (1.7)	52.5%
Braga	0090	08.4%	.36%	3.13 (0.63)	3.16 (1.77)	47.8%
Aveiro	0077	07.2%	.55%	2.95 (0.59)	3.90 (1.6)0	64.9%
Leiria	0053	05.0%	.48%	3.17 (0.53)	3.15 (1.58)	41.5%
Coimbra	0040	03.7%	.12%	2.99 (0.74)	3.71 (1.91)	57.5%
Bragança	0036	03.4%	.46%	3.13 (0.64)	2.90 (1.63)	41.7%
Castelo Branco	0034	03.2%	.31%	2.88 (0.6)0	3.38 (1.7)0	52.9%
Santarém	0029	02.7%	.47%	3.03 (0.52)	3.64 (1.71)	58.6%
Évora	0025	02.3%	.38%	2.99 (0.54)	3.76 (1.39)	56.0%
Vila Real	0021	02.0%	.32%	3.04 (0.51)	2.76 (1.37)	33.3%
Viana do Castelo	0020	01.9%	.49%	3.11 (0.51)	2.43 (1.47)	15.0%
Beja	0019	01.8%	.72%	3.26 (0.54)	2.30 (1.32)	31.6%
Faro	0018	01.7%	.22%	3.09 (0.6)0	2.53 (2.04)	22.2%
Setúbal	0015	01.4%	.16%	2.69 (0.55)	4.09 (1.85)	60.0%
Viseu	0012	01.1%	.22%	3.11 (0.72)	3.41 (2.15)	36.4%
Portalegre	0011	01.0%	.53%	3.00 (0.63)	2.70 (1.64)	36.4%
Guarda	0010	00.9%	.35%	3.09 (0.5)0	2.99 (1.79)	30.0%
R. A. Madeira	0005	000.5%	.17%	2.79 (0.49)	3.09 (0.80)	75.0%
R. A. Açores	0004	00.4%	.15%	3.04 (0.15)	5.28 (1.36)	40.0%
Total Nacional	1066	100%.	0.35%0	3.02(0.55)	3.32(1.61)	50.0%

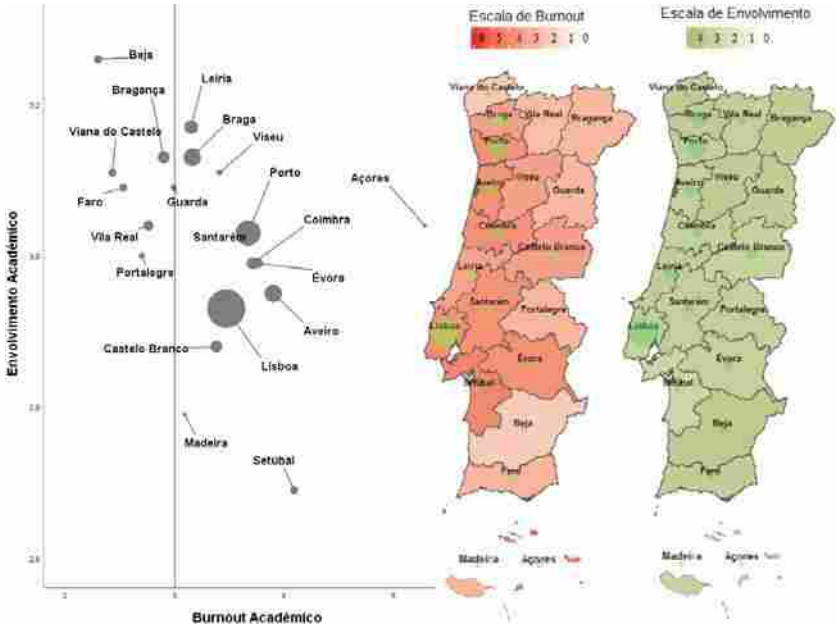


Figura 1. Valores médios do envolvimento e *burnout* por distrito em gráfico de dispersão e no mapa de Portugal (nota: a área dos círculos corresponde ao tamanho da amostra em cada distrito)

Apesar dos valores médios do envolvimento e do *burnout* nas estudantes do sexo feminino serem ligeiramente superior aos valores nos estudantes do sexo masculino, as diferenças observadas entre os dois géneros foram marginalmente significativas quer para o envolvimento académico [$F(1,1065)=3.796$, $p=.052$, $\eta^2_P=.004$] quer para o *burnout* académico [$F(1,1065)=3.514$, $p=.061$, $\eta^2_P=.004$].

Observaram-se diferenças significativas entre áreas de estudo para os níveis médios de envolvimento [$F(3,1063)=12.183$, $p=.005$, $\eta^2_P=.033$] e *burnout* académico [$F(3,1063)=4.320$, $p=.005$, $\eta^2_P=.012$]. Os estudantes das ciências exatas apresentaram os menores níveis de envolvimento e o segundo maior de *burnout* entre áreas de estudo. Os estudantes das ciências humanas apresentaram os maiores níveis de envolvimento e menores níveis de *burnout*. Não foram encontrados efeitos de interação entre o género dos alunos e a área de estudo para os níveis de envolvimento [$F(3,1063)=.351$, $p=.788$, $\eta^2_P=.002$] e *burnout* [$F(3,1063)$, $p=.060$, $\eta^2_P=.006$].

Os distritos com níveis médios de *burnout* acima do ponto médio da escala MBI-SSi foram: Setúbal, Aveiro, Évora, Coimbra, Porto, Santarém, Lisboa, Viseu, Castelo Branco, Braga e Leiria. Os distritos com níveis médios de *burnout* abaixo do ponto médio da escala MBI-SSi foram: Beja, Viana do Castelo, Faro, Portalegre, Vila Real, Bragança. Todos os distritos apresentaram níveis médios de envolvimento acima do ponto médio da escala USEI. As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, por terem menos de 10 participantes neste estudo, não foram consideradas nesta análise.

DISCUSSÃO

O envolvimento e *burnout* académico são variáveis psicológicas determinantes do sucesso académico do estudante universitário, estando associadas a variáveis importantes como a auto-eficácia, problemas de desempenho e abandono escolar.

Tal como esperado, todos os distritos, áreas de estudo e ambos os géneros apresentaram níveis de envolvimento académico acima do ponto médio da escala USEI, o que significa que em média os alunos do ensino superior em Portugal estão envolvidos com os seus estudos. No entanto, a maioria dos distritos (Setúbal, Aveiro, Évora, Coimbra, Porto, Santarém, Lisboa, Viseu, Castelo Branco, Braga e Leiria) apresentam valores médios de *burnout* acima do ponto médio da escala MBI-SSi, o que significa que os alunos do ensino superior destes distritos apresentam *burnout* relacionados com os estudos. Os distritos com níveis médios de *burnout* mais elevados situam-se no centro e norte de Portugal, junto à zona litoral, o que corresponde às regiões com maior densidade populacional, indicando que estudar em grandes cidades (Lisboa, Porto, …) pode estar associado a maiores níveis de *burnout* académico.

Não se observaram diferenças significativas do nível médio de envolvimento e *burnout* entre géneros nem interacção entre estes e área dos estudos. Contudo, observaram-se diferenças significativas entre as áreas de estudo, tendo a área das de ciências biológicas, seguida pela área das ciências exactas, apresentado os níveis mais elevados de *burnout*.

Devido ao método escolhido para a recolha de dados, poderá haver um viés de auto-seleção, sendo que participantes com maiores níveis de *burnout* possam ter maior probabilidade de responder a questionários sobre o tema. No entanto, dado o tamanho da amostra e a variedade de universidades sondadas, esperamos que este efeito não seja impeditivo da validade e representatividade destes resultados. Uma limitação maior é a comparação dos níveis de envolvimento e *burnout* por distrito quando o número de participantes por distrito não é suficiente para fazer essa comparação. Por esta razão excluímos da análise as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira por termos menos de 10 participantes destas regiões.

Dada a elevada prevalência do *burnout* em estudantes universitários, concluímos que este é um problema que deve ser encarado como um problema sistémico, comum a alunos universitários de todo o país. Em particular, encontramos níveis mais elevados de *burnout* nas regiões litorais do centro e norte, onde a densidade populacional é maior.

REFERÊNCIAS

Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R., & Mutanen, P. (2014). Relationship between *burnout* and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*, *1*(1), 29-37. https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.03.003

Cushman, S., & West, R. (2006). Precursors to college student *burnout*: Developing a typology of understanding. *Qualitative Research Reports in Communication*, *7*(1), 23-31. https://doi.org/10.1080/17459430600964638

Dyrbye, L., Thomas, M., Massie, S., Power, D., Eacker, A., Harper, W., … Shanafelt, T. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine, 7*, 817-825.

Dyrbye, L., Thomas, M., Power, D., Durning, S., Moutier, C., Massie, S., . . . Shanafelt, T. (2009). Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: A multi-institutional study. *Academic Medicine*, *85*(1), 94-102. https://doi.org/10.1097/acm.0b013e3181c46aad

Fredricks, J. A., Blumenfeld, P. C., & Paris, A. H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, *74*(1), 59-109. https://doi.org/10.3102/00346543074001059

Krause, K. L., & Coates, H. (2008). Students' engagement in first-year university. *Assessment and Evaluation in Higher Education*, *33*(5), 493-505. https://doi.org/10.1080/02602930701698892

Marôco, J., Marôco, A. L., & Campos, J. A. D. B. (2014). Student's academic efficacy or inefficacy? An example on how to evaluate the psychometric properties of a measuring instrument and evaluate the effects of item wording. *Open Journal of Statistics*, *04*(06), 484-493. https://doi.org/10.4236/ojs.2014.46046

Marôco, J., Tecedeiro, M., Martins, P., & Meireles, A. (2014). O burnout como factor hierárquico de 2ª ordem da Escala de Burnout de Maslach. *Análise Psicológica*, *26*(4), 639-649. https://doi.org/10.14417/ap.523

Marôco, J., & Campos, J. A. D. B. (2012). Defining the student burnout construct: A structural analysis from three burnout inventories. *Psychological Reports*, *111*(3), 814-830. https://doi.org/10.2466/14.10.20.pr0.111.6.814-830

Marôco, J., Marôco, A. L., Bonini Campos, J. A. D., & Fredricks, J. A. (2016). University student's engagement: Development of the University Student Engagement Inventory (USEI). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *29*(1). https://doi.org/10.1186/s41155-016-0042-8

Marôco, J., & Tecedeiro, M. (2009). Inventario de Burnout de Maslach para estudiantes Portugueses. *Psicologia, Saude & Doenças*, *10*(2), 227-235. Retrieved from http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v10n2/v10n2a06.pdf

Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout*.

Reschly, A. L., & Christenson, S. L. (2012). Jingle, jangle, and conceptual haziness: Evolution and future directions of the engagement construct. In *Handbook of research on student engagement* (pp. 3-19). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-2018-7_1

Sandström, A., Rhodin, I. N., Lundberg, M., Olsson, T., & Nyberg, L. (2005). Impaired cognitive performance in patients with chronic *burnout* syndrome. *Biological Psychology*, *69*(3), 271-279. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2004.08.003

Schaufeli, W. B., Martínez, I. M., Pinto, A. M., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *33*(5), 464-481. https://doi.org/10.1177/0022022102033005003

Sinval, J., Casanova, J. R., Marôco, J., & Almeida, L. S. (2018). University Student Engagement Inventory (USEI): Psychometric properties. *Current Psychology*, *2*. https://doi.org/10.1007/s12144-018-0082-6

Wang, M.-T., & Eccles, J. S. (2012). Social support matters: Longitudinal effects of social support on three dimensions of school engagement from middle to high school. *Child Development*, *83*(3), 877-895. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01745.x

Watson, R., Deary, I., Thompson, D., & Li, G. (2008). A study of stress and *burnout* in nursing students in Hong Kong: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, *45*(10), 1534-1542. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.11.003

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

ESCALA BREVE DE AUTOCONTROLO (EBAC): VALIDAÇÃO NUMA AMOSTRA DE JOVENS PORTUGUESES

Joana Água[1], Ivone Patrão[2], Filipa Pimenta[1], & Isabel Leal[1]

[1] WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

[2] APPsyCI – Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

O aumento da utilização da internet e de aparecimento de dispositivos móveis, causou uma maior incidência de investigação na área da adição à internet e ao *smartphone*. Nos últimos anos, alguns estudos têm relacionado o autocontrolo com dependências de actividades/aparelhos digitais, como por exemplo a adição à internet (e.g., Li, Dang, Zhang, Zhang, & Guo, 2014; Pontes, Kuss, & Griffiths, 2015; Dunbar et al., 2017), jogar jogos online excessivamente (Kim, Namkoong, Ku, & Kim, 2008; Na et al., 2017) e o uso disfuncional de redes sociais (Blachnio & Przepiorka, 2016).

O autocontrolo é definido como a capacidade de alterar ou restringir desejos ou impulsos que uma pessoa tenha (Bandura, 1991). Deste modo, o autocontrolo é um fator muito importante e benéfico para a vida do ser humano, estando por isso relacionado com a sua felicidade e com uma vida saudável (Tagney, Baumeister, & Boone, 2004). Um alto nível de autocontrolo está positivamente relacionado com uma elevada autoestima e com competências interpessoais bem desenvolvidas (Tagney et al., 2004), podendo ser um fator protetor da adição à internet e de outras adições (e.g., álcool; Tagney et al., 2004).

As diferenças individuais de cada sujeito (e.g., impulsividade, timidez, introversão, agressividade, autocontrolo disfuncional), podem ser importantes para a compreensão do desenvolvimento de determinados comportamentos aditivos, como a adição ao smartphone e da internet (Li et al., 2014).

Pessoas com baixo autocontrolo são caracterizadas como impulsivas e preferem a gratificação imediata, são mais autocentradas e têm menos tolerância à frustração (Gottfredson & Hirschi, 1990). Assim, os adolescentes com baixos níveis de autocontrolo podem não conseguir resistir à utilização da internet e do smartphone. A internet e os dispositivos digitais são muito apelativos devido às infinitas possibilidades que proporcionam, por isso é muito fácil para os adolescentes começarem a utilizar de forma excessiva a internet e o smartphone, ficando mais suscetíveis ao desenvolvimento da adição à internet (Li et al., 2014).

Assim, este estudo teve como principal objetivo validar a Escala Breve de Autocontrolo (EBAC) para a população jovem portuguesa; e perceber de que forma o autocontrolo pode estar relacionado com a utilização da internet e do smartphone.

MÉTODO

Participantes

Neste estudo, participaram 1265 jovens, 50% raparigas, com média de idades de 14.92 anos (*DP*=1.82). No total, 87.8% dos participantes afirmaram aceder à internet a partir de dispositivos móveis, 77.6% reporta que pode usar o telemóvel na escola. No que diz respeito ao rendimento académico, 63.3% tem um rendimento escolar com notas médias. A idade média com que a amostra deste estudo começou a aceder à internet é de 9 anos (DP=2.4).

Materiais

Os participantes responderam a um protocolo constituído pelos seguintes materiais:

Questionário sociodemográfico – Este questionário permitiu a recolha de informações como a idade, género, rendimento académico.

Questionário de uso e acesso à Internet – explorou hábitos de acesso e utilização da internet dos participantes: idade de acesso à internet, dispositivos mais utilizados, hábito de levar o telemóvel para a escola, entre outros.

IAT: Internet Addiction Test (Young, 1998; Pontes, Patrão, & Griffiths, 2014) – O IAT avalia a adição à internet. É composto por 20 itens, respondidos através de uma escala de Likert de seis pontos (0: "Não se aplica"; 1: "Raramente"; 2:" Ocasionalmente"; 3:"Muitas vezes"; 4:"Frequentemente"; 5:"Sempre"). O *score* final é obtido através da soma das respostas de cada item, quanto maior o score maior a adição à Internet (Young, 2011).

SAS-SV: Smartphone Addiction Scale-Short Version (Kwon, Kim, Cho, & Yang, 2013; Água, Patrão, & Leal, 2017) – A SAS-SV é constituída por 10 itens, respondidos com uma escala de Likert de 6 pontos (1:" Discordo fortemente"; 2:"Discordo"; 3: "Discordo em parte"; 4:"Concordo em parte"; 5:"Concordo"; 6:"Concordo Fortemente"). O score final é obtido através da soma da resposta a cada item; o valor de cut off, a partir do qual se considera um participante dependente do smartphone depende do sexo: 31 para rapaz/homem e 33 para rapariga/mulher.

EBAC: Escala Breve de Autocontrolo (Tangney, Baumeister, & Boone, 2004) – A EBAC pretende medir o autocontrolo. É constituída por 13 itens, respondidos através de uma escala de Likert de 5 pontos que variam entre (1:"Nada a ver comigo" a 5:"Muito a ver comigo"). A escala EBAC está dividida em duas dimensões: Autocontrolo Desadaptativo (2,3,4,5,9,10,12,13) e Autocontrolo Adaptativo (1,6,8,11). Para calcular o score da escala EBAC é necessário inverter os itens (2,3,4,5,9,10,12,13), sendo que quanto maior o score mais adaptativo é o autocontrolo.

Procedimento

Para validar a EBAC, foi realizado o processo de tradução e retro tradução dos itens por dois elementos da equipa, fluentes em Inglês e Português. Após uma versão final da escala, foi realizada a retro tradução por uma psicóloga bilingue, fluente em inglês. Seguidamente, a equipa

recolheu o feedback de 10 participantes para que fosse possível avaliar a adequação dos itens traduzidos à população portuguesa. Posteriormente, a equipa reuniu-se para avaliar e discutir as alterações sugeridas, chegando a uma versão final da EBAC. Numa última fase, o instrumento foi incluído no protocolo que foi aplicado, através de uma plataforma online, *Google Forms*, aos alunos de uma escola da região norte de Portugal. Todos os alunos que participaram no estudo, foram devidamente autorizados a participar pelos seus pais e/ou encarregados de educação. Antes de responderem ao questionário, deram o seu consentimento informado.

Concluída a recolha de dados, as análises estatísticas das qualidades psicométricas da EBAC foram executadas a partir do software IBM SPSS e AMOS (v.25, SPSS, IBM Company, Chicago, IL). Em primeiro lugar, foi analisada a sensibilidade dos itens da EBAC. Posteriormente, a validade de constructo da EBAC foi explorada através de uma análise fatorial exploratória e confirmatória. Analisou-se também a validade convergente, a partir da variância extraída média (VEM); a validade discriminante, a partir da comparação da VEM com o quadrado da correlação entre os fatores da escala (Marôco, 2014); e também a consistência interna através do *Alpha* de *Cronbach* e da Fiabilidade Compósita (FC).

RESULTADOS

Validade de constructo

Em primeiro lugar, foi analisada a sensibilidade dos itens: todos os itens tinham respostas no intervalo da escala de Likert (de 1 a 5). Os valores de assimetria e curtose estavam abaixo de três e de sete, respetivamente (Kline, 2015). Desta forma, os itens mostraram ter sensibilidade.

Posteriormente, foi realizada uma Análise Fatorial Exploratória (AFE), em 50% da amostra selecionada aleatoriamente, para explorar a distribuição dos itens. Foi obtido um KMO=.863 (p<.001) pelo que se procedeu à AFE. De acordo com a AFE a estrutura da EBAC consiste em dois fatores latentes, que explicam 48.01% de variância total. O primeiro fator é designado por autocontrolo desadaptativo, e o segundo fator por autocontrolo adaptativo. Adicionalmente, todas as comunalidades observadas são elevadas,

indicando que os dois fatores são adequados para descrever o Autocontrolo. Para confirmar a estrutura encontrada na AFE realizou-se uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), nos outros 50% da amostra selecionados aleatoriamente. Nesta estrutura todos os itens, exceto o item 7 (λ^2=.326), apresentaram bons pesos fatoriais estandardizados (λ^2>.5). O Item 7 foi excluído após a AFC.

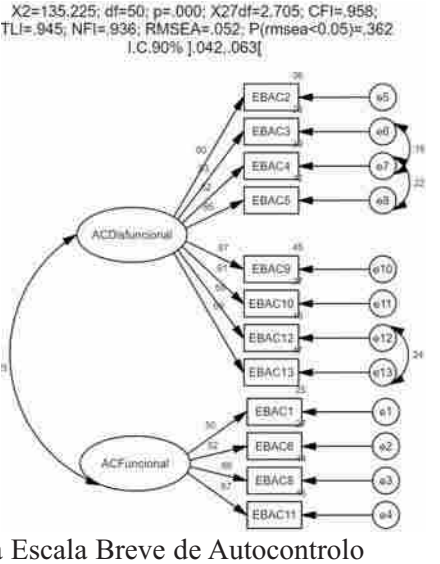


Figura 1. AFC da Escala Breve de Autocontrolo

Na AFC final, os índices de modificação mostraram uma correlação dos erros entre os itens 3-4, 4-5, e 12-13. Foi apresentando um bom ajustamento (χ^2/df=2.705; NFI=.936; CFI=.958; TLI=.945; RMSEA=.052; p<.001; CI 90%=].042; .063[).

Validade convergente

A validade convergente da EBAC foi avaliada a partir da VEM, considerando a *VEM*≥0.5 como um indicador de validade convergente adequada (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2009). Na EBAC, as duas dimensões – Autocontrolo Desadaptativo (VEM=.52) e Autocontrolo Adaptativo (VEM=.46) – apresentaram valores de VEM adequados e por isso, validade convergente.

Validade discriminante

Para demonstrar a validade discriminante, foi calculado o quadrado da correlação entre os dois fatores da escala (r^2=.075). Para existir validade discriminante a VEM tem de ser maior que o quadrado da correlação entre os fatores da escala (Marôco, 2014), algo que se verificou nesta neste estudo.

Consistência interna

A consistência interna da EBAC, foi calculada através do *Alpha de Cronbach* e da fiabilidade compósita (FC). Conclui-se que em ambas as dimensões – autocontrolo desadaptativo (α=.86; FC=.89) e autocontrolo adaptativo (α=.68; FC=.77), a EBAC tem uma consistência interna elevada e aceitável.

Correlações

Neste estudo, explorou-se também a relação entre o autocontrolo desadaptativo e a adição à internet e ao smartphone. Nesta amostra, foi possível observar que um autocontrolo não adaptativo poderá estar fortemente relacionado com a adição à internet (r=.600; p<.001) e ao smartphone (r=.632; p<.001). Também o autocontrolo adaptativo está relacionado com a adição à internet (r=-.149; p<.001) e ao smartphone (r=-.153; p<.001).

DISCUSSÃO

Este estudo teve como principal objetivo avaliar as qualidades psicométricas da Escala Breve de Autocontrolo numa amostra jovem portuguesa.

A tradução e adaptada considerou não só aspectos semânticos como também culturais, tendo ainda em consideração destinar-se a uma amostra jovem. Através das análises fatoriais, exploratória e confirmatória, foi possível testar a estrutura da EBAC. Apesar de a estrutura fatorial se ter

revelado adequada, foi necessário excluir o item 7 (“Gostava de ter mais autodisciplina”). Este item revelou um peso fatorial abaixo do adequado e tem um conteúdo semântico consideravelmente diferente dos outros itens (e.g., “Tenho dificuldades em acabar com maus hábitos.”; “Faço coisas que me são prejudiciais, se forem divertidas.”) , desta forma, em reunião de equipa, considerou-se adequada a exclusão deste item. A partir das correlações dos itens no modelo estrutural, foi possível obter um ajustamento aceitável; estas correlações foram necessárias devido à semelhança na formulação e/ou no conteúdo dos itens (Mâroco, 2014).

Este estudo apresenta algumas limitações, a técnica de recolha da amostra foi não probabilística por conveniência e foi recolhida apenas numa localidade de Portugal, outra limitação que importa referir, diz respeito ao facto de o investigador não estar presente aquando a aplicação do questionário e por isso não foi possível clarificar potenciais dúvidas que surgiram aos participantes. Desta forma, será importante usar a EBAC noutras investigações e realizar novamente a análise das suas qualidades psicométricas, de forma a confirmar o que é proposto pelos autores deste estudo.

Explorou-se ainda a relação entre o autocontrolo, a adição à internet e ao smartphone numa amostra da população jovem portuguesa. Foi observado que jovens com maior autocontrolo adaptativo têm menor adição à internet e ao smartphone. No que diz respeito ao autocontrolo desadaptativo, quanto mais desadaptativo é o autocontrolo maior é o score de adição à internet e ao smartphone. Estes resultados, são corroborados por outros estudos existentes (e.g. Blachnio & Przepiorka, 2016; Na et al., 2017).

Tendo em conta os resultados apresentados neste estudo, a EBAC é uma escala que poderá ser utilizada em amostras de jovens portugueses com características semelhantes aos deste estudo. Sendo por isso um importante contributo para a investigação e reflexão sobre intervenção com amostras semelhantes.

Financiamento

O William James Center for Research é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (UID/PSI/04810/2019).

REFERÊNCIAS

Água, J., Patrão, I., & Leal, I. (2017). SAS-SV: Estudo da validação da escala de dependência do smartphone numa amostra da população portuguesa. *Atas do II Congresso Ibérico de Psicologia Clínica e da Saúde* (pp. 101-112). ISPA – Instituto Universitário.

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, *50*(2), 248-287. doi: 10.1016/0749-5978(91)90022-L

Błachnio, A., & Przepiorka, A. (2015). Dysfunction of self-regulation and self-control in facebook addiction. *Psychiatric Quarterly, 87*(3), 493-500. doi: 10.1007/s11126-015-9403-1

Dunbar, D., Proeve, M., & Roberts, R. (2018). Problematic internet usage self-control dilemmas: The opposite effects of commitment and progress framing cues on perceived value of internet, academic and social behaviors. *Computers in Human Behavior, 82*, 16-33. doi: 10.1016/j.chb.2017.12.039

Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Kim, E. J., Namkoong, K., Ku, T., & Kim, S. J. (2008). The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits. *European Psychiatry*, *23*(3), 212-218. doi: 10.1016/j.eurpsy.2007.10.010

Li, C., Dang, J., Zhang, X., Zhang, Q., & Guo, J. (2014). Internet addiction among Chinese adolescents: The effect of parental behavior and self-control. *Computers in Human Behavior, 41*, 1-7. doi: 10.1016/j.chb.2014.09.001

Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). New York, NY: Guilford Press.

Kwon, M., Kim, D.J., Cho, H., Yang, S. (2013). The smartphone addiction scale: Development and validation of a short version for adolescents. Plos *One, 8*(12). doi: 10.1371/journal.pone.0083558.

Marôco, J. (2014). Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, softwares e aplicações (2ª ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.

Na, E., Choi, I., Lee, T.-H., Lee, H., Rho, M. J., Cho, H., . . . Kim, D.-J. (2017). The influence of game genre on Internet gaming disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, *6*(2), 248-255. doi: 10.1556/2006.6.2017.033

Pontes, H. M., Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2015). Clinical psychology of Internet addiction: A review of its conceptualization, prevalence, neuronal

processes, and implications for treatment. *Neuroscience & Neuroeconomics*, *4*, 11-23. doi: 10.2147/NAN.S60982

Pontes, H., Patrão, I., Griffiths, M. (2014). Portuguese validation of the internet addiction test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions, 3*(2), 107-114. doi: 10.1556/JBA.3.2014.2.4.

Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality*, *72*(2), 271-324. doi: 10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x

Young, K. S. (1998). *Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery*. New York: Wiley.

Young, K. (2011). Clinical assessment of internet-addicted clients. In K. Young & C. Abreu (Eds.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment* (pp. 19-34). New Jersey: John Wiley & Sons.

ANEXO I

Escala breve de autocontrolo

Dimensão autocontrolo adaptativo

1. Sou bom a resistir à tentação.
6. Recuso coisas que me sejam prejudiciais.
8. As pessoas diriam que tenho uma autodisciplina de ferro.
11. Sou capaz de trabalhar eficazmente em direção a objetivos de longo prazo.

Dimensão autocontrolo desadaptativo

2. Tenho dificuldades em acabar com maus hábitos.
3. Sou preguiçoso.
4. Digo coisas inapropriadas.
5. Faço coisas que me são prejudiciais, se forem divertidas.
7. Gostava de ter mais autodisciplina.
9. Por vezes, o prazer e o divertimento impossibilitam-me de acabar/fazer o meu trabalho escolar.
10. Tenho dificuldades em concentrar-me.
12. Às vezes não consigo parar de fazer determinada coisa, mesmo que saiba que está errada.
13. Muitas vezes comporto-me sem pensar em todas as alternativas.

Escala de resposta:

1: Nada a ver comigo; 2: Um pouco a ver comigo; 3: Nem muito, nem pouco a ver comigo; 4: Muito a ver comigo; 5: Tudo a ver comigo

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

ESCALA DE ALTERAÇÕES FUNCIONAIS PELO USO PROBLEMÁTICO DA INTERNET (AFUPI): COMPARAÇÃO TRANSCULTURAL

Filipa Pimenta[1] (✉ lfilipa_pimenta@ispa.pt), Ivone Patrão[2], Joana Água[2], & Isabel Leal[2]

[1] WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

[2] APPsyCI – Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa

Nas últimas décadas, a dependência da internet e o seu impacto têm sido estudados em variadas amostras (diferentes idades, culturas, sexos, etc.). Poderão existir cinco tipos de dependência que envolvem a internet, nomeadamente, dependência de relações em formato digital, adição a ciber-sexo, compulsões na internet (ex., compras online), dependência do computador (ou de outro dispositivo tecnológico) e de sobrecarga de informação (Sariyska et al., 2014; Young, 1999). Porém, é igualmente possível observar e mensurar uma dependência da internet generalizada, que abrange esta variedade de actividades, sem especificar uma em particular como problema (Montag et al., 2015). O seu impacto nas diversas dimensões da vida do indivíduo pode ser variado e tem sido alvo de exploração.

Alguns estudos têm documentado que não existem diferenças transculturais no uso problemático de internet, por exemplo na forma como se associa a um traço de personalidade (e.g., Sariyska et al., 2014); porém, outros estudos têm referido diferenças transculturais, como por exemplo na expressão da dependência da internet entre duas culturas distintas, Portuguesa e Brasileira (Seabra et al., 2017).

O amplamente utilizado Internet Addiction Test – IAT (validade por Pontes, Patrão, & Griffiths, 2014) avalia sintomas congruentes com dependência da internet. Porém, algumas dimensões do impacto funcional emergiram como ausentes deste instrumento. Assim, a presente equipa identificou a necessidade de desenvolver um instrumento que (1) se enquadrasse no

modelo que aborda o uso geral da internet (sem especificar actividades concretas), de forma problemática ou excessiva, e o respectivo impacto negativo em diversas dimensões (em contraste com uma abordagem alternativa, que explora uma forma mais específica de dependência de actividades concretas, como por ex., jogar online ou fazer compras; Davis, 2001) e que (2) avaliasse importantes funções que não são explorados pelo IAT (e.g., comprometimento da prática de exercício físico, estar com a família, fazer actividades lúdicas) e que surgiram não só da literatura, como também da experiência da equipa em contexto clínico no tratamento desta problemática.

Assim, desenvolveu-se um conjunto de itens que refletiam esta lacuna (incluindo, todavia, itens que exploram o impacto do uso excessivo da internet no sono, trabalho, socialização, também contidos no IAT).

Desta forma, desenvolveu-se a Escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet (AFUPI) e este estudo testa a invariância transcultural da mesma em duas amostras que partilham a mesma língua, mas que são culturalmente distintas: uma portuguesa e outra brasileira.

MÉTODO

Participantes

Neste estudo transversal participaram 511 adultos, com uma idade média de 37 anos (*DP*=5.58; mín.=21; máx.=55), dos quais 470 (92%) são mulheres e 41 (8%) são homens. A grande maioria possuía um grau universitário (76%), era profissionalmente activa (80%), e reportava ter um estatuto sócio-económico médio (56%). No total foram incluídos 288 portugueses e 223 brasileiros.

Material

Um questionário sócio-demográfico recolheu informações como idade, sexo, nacionalidade, escolaridade, entre outros. Aplicou-se ainda a Escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet que é constituída por 9 itens divididos em duas dimensões: Comportamental (itens 1 ao 7) e Emocional (itens 8 e 9). Os itens da AFUPI são respondidos através de uma escala tipo *Likert* de quatro pontos que varia entre 1 (*Discordo totalmente*)

e 4 (*Concordo totalmente*). Os itens da AFUPI foram desenvolvidos tendo em conta não só a literatura da área, como mas também a experiência clínica da equipa no tratamento do uso problemático da internet. Destes contextos emergiu a necessidade de identificar as principais alterações no funcionamento de pessoas, devido ao uso excessivo da internet.

Procedimento

Após revisão de literatura pela equipa de investigação, e considerando a experiência, prática e observação clínica dos elementos da equipa, foram construídos os itens da AFUPI. Depois deste procedimento, foi realizada uma reunião de equipa para definir a escala, i.e., os itens que traduziriam as principais funções impactadas pelo uso excessivo da internet. Seguidamente, o questionário foi testado em entrevistas clínicas e realizaram-se algumas alterações na formulação dos itens. Posteriormente, obteve-se a forma final do instrumento aplicada neste estudo.

O protocolo de investigação (que incluía outros instrumentos) foi divulgado em plataformas online, através de um perfil na rede social Facebook dedicado ao presente projeto (Projecto *Supervise*), em comunidades no Facebook com temáticas voltadas a mães/pais e filhos, fóruns e *blog*'s sobre maternidade, paternidade, parentalidade e ajuda mútua em diversos temas sobre cuidados e desenvolvimento da criança. Para além deste procedimento, o protocolo foi também difundido por sistema de bola de neve (*mailing lists*).

Mais tarde, após a recolha de dados, foram avaliadas as propriedades psicométricas do instrumento. As análises estatísticas foram executadas a partir do *software* IBM SPSS e AMOS (v.25, SPSS, IBM, Chicago, IL). A validade factorial foi explorada através de uma análise exploratória e outra confirmatória, tendo sido a primeira realizada com 50% da amostra (selecionada aleatoriamente) e a segunda nos restantes 50%. Foi analisada igualmente a validade convergente (a partir da variância extraída média – VEM), a validade divergente, a sensibilidade dos itens, e a fiabilidade do instrumento através do *Alpha de Cronbach* e da Fiabilidade Compósita. Foi finalmente explorada a invariância transcultural através da análise de equações estruturais multi-grupos.

RESULTADOS

Validade factorial

Na Análise Fatorial Exploratória (AFE), realizada em 50% da amostra, foi possível observar um KMO alto, pelo que a recomendação à utilização da AFE era excelente (KMO=.896; p<.001). A AFE mostrou que todos os itens têm comunalidades acima de .57, e que os 9 itens estavam distribuídos em 2 dimensões (Comportamental e Emocional) que explicavam 70% da variância.

Após este procedimento, realizou-se uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) nos restantes 50% da amostra, para que fosse possível confirmar a estrutura do instrumento encontrada na AFE. Na AFC todos os itens apresentaram bons pesos factoriais estandardizados (λ>.55; r^2>.30). Os índices de modificação (IM) mostraram uma correlação entre erros dos itens 1-2 e 6-7, da dimensão comportamental (IM>.11). Observou-se um bom ajustamento (χ^2/df=1.863; NFI=.969; CFI=.985; TLI=.978; RMSEA=.058; p=.290; CI 90%=].030; .084[).

Validade convergente

A validade convergente da AFUPI foi analisada através da VEM: VEM≥0.5 é considerada um indicador de validade convergente adequada (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2009). Na amostra portuguesa a AFUPI apresentou uma VEM adequada nas duas dimensões: Comportamental (VEM=.75) e Emocional (VEM=.57). Na amostra brasileira verificou-se o mesmo: Comportamental (VEM=.65) e Emocional (VEM=.66). Assim, a AFUPI apresentou validade convergente em ambas as amostras.

Validade discriminante

A VEM de ambas as dimensões da AFUPI foi superior ao quadrado da correlação entre os fatores (r^2=.230), tanto na amostra portuguesa, como na amostra brasileira. Desta forma, a AFUPI demonstrou ter validade discriminante.

Sensibilidade

Para perceber potenciais problemas com a distribuição de respostas aos itens da escala AFUPI, explorou-se o intervalo de resposta da escala

de Likert, bem como os valores de assimetria e curtose. Todos os itens apresentaram valores adequados de assimetria (|sk|<3) e curtose (|ku|<7) e as respostas variaram entre o mínimo e máximo.

Fiabilidade

A consistência interna da escala revelou-se adequada nas duas dimensões da AFUPI e para cada uma das amostras. Na portuguesa, tanto na dimensão Comportamental (α=.92; FC=.95) e como na Emocional (α=.62; FC=.55) foram obtidos valores de consistência interna adequados, à excepção da fiabilidade compósita da última sub-escala. Na amostra brasileira, tanto a dimensão Comportamental (α=.90; FC=.94), como a Emocional (α=.69; FC=.79), apresentaram valores adequados de consistência interna.

Invariância transcultural

Posteriormente, foi calculada invariância do modelo para as amostras Portuguesa e Brasileira. O modelo da Escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet, ajustado em simultâneo para as duas amostras, apresentou um bom ajustamento, tal como apresentado nas Figuras 1 e 2. Foi confirmada a invariância métrica, porém não se confirmou a invariância escalar ($\Delta\chi^2_\lambda(7)=7.475$, $p=.381$; $\Delta\chi^2_\lambda(9)=34.077$, $p<.001$). Deste modo, não se demonstra uma invariância forte entre os dois grupos culturais.

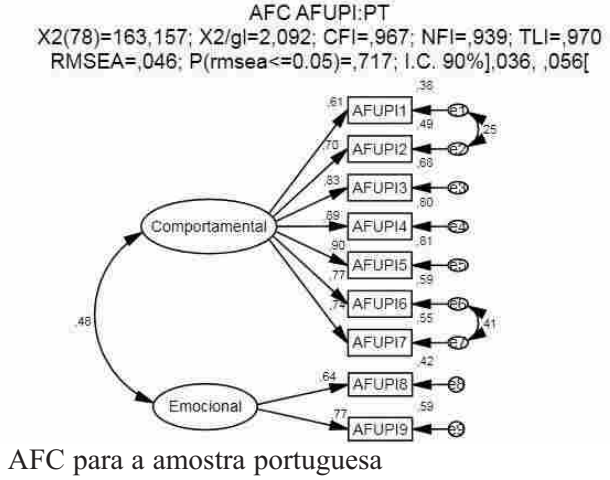


Figura 1. AFC para a amostra portuguesa

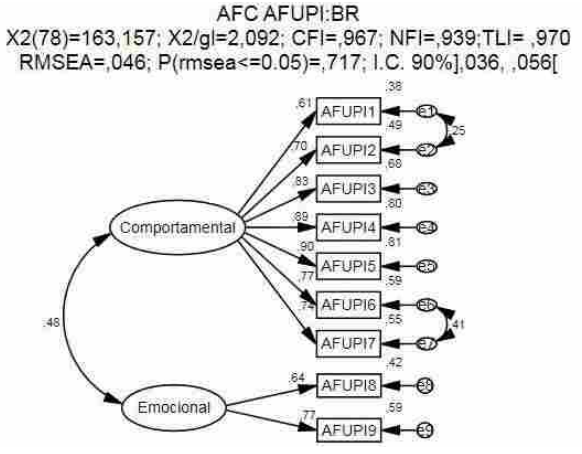


Figura 2. AFC para a amostra brasileira

DISCUSSÃO

Genericamente, a escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet apresentou boas propriedades psicométricas, tanto na amostra portuguesa, como na brasileira.

Verificou-se que cada item da escala AFUPI contribui para os constructos latentes (Comportamental e Emocional) de uma forma muito semelhantes nas duas amostras (invariância métrica). Porém, a invariância escalar não foi suportada, comprovando que existiu variabilidade nas médias dos itens. Assim, dado que se verificou igualdade estatística apenas nos pesos factoriais dos itens, considera-se que a AFUPI apresenta apenas uma invariância fraca entre a amostra portuguesa e a brasileira.

Todavia, esta escala apresenta-se como um instrumento novo, de rápida aplicação, que avalia o impacto funcional do uso excessivo da internet. Esta medida provou-se válida para amostras portuguesas e brasileiras com características semelhantes às dos participantes deste estudo, e é congruente com um modelo que tem vindo a ser validado internacionalmente (Davis, 2001; Montag et al., 2015), e que poderá ser não só pertinente no contexto da investigação, como também no âmbito clínico.

Financiamento

O William James Center for Research é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (UID/PSI/04810/2019).

REFERÊNCIAS

Davis, R.A. (2001) A cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Computer in Human Behavior*, *17*, 187-195.

Hair Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2009). *Multivariate data analysis* (7th ed.). UpperSaddle River, NJ: Prentice Hall.

Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, softwares e aplicações* (2ª ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.

Montag, C., Bey, K., Sha, P., Li, M., Chen, Y. F., Liu, W. Y., . . . Reuter, M. (2015). Is it meaningful to distinguish between generalized and specific Internet addiction? Evidence from a cross-cultural study from Germany, Sweden, Taiwan and China. *Asia-Pacific Psychiatry, 7*, 20-26.

Pontes, H. M., Patrão, I. M., & Griffiths, M. D. (2014). Portuguese validation of the internet addiction test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, *3*(2), 107-114.

Sariyska, R., Reuter, M., Bey, K., Sha, P., Li, M., Chen, Y. F. . . Montag, C. (2014). Self-esteem, personality and internet addiction: A cross-cultural comparison study. *Personality and Individual Differences* (61/62), 28-33.

Seabra L., Loureiro, M., Pereira, H., Monteiro, S., Afonso, R. M., & Esgalhado, G. (2017). Relationship between internet addiction and self-esteem: Cross-cultural study in Portugal and Brazil. *Interacting with Computers*, *29*(5), 767-778.

Young, K. (1999). Internet addiction: Evaluation and treatment. *Student British Medical Journal*, *7*, 351-352.

ANEXO 1

Escala AFUPI

1. Estar na internet tira-me tempo para a Escola/Trabalho
2. Estar na internet tira-me tempo para dormir
3. Estar na internet tira-me tempo para socializar com meus amigos/colegas
4. Estar na internet tira-me tempo para namorar
5. Estar na internet tira-me tempo para estar com minha família
6. Estar na internet tira-me tempo para fazer exercício físico
7. Estar na internet tira-me tempo para outras actividades lúdicas
8. Tenho tendência para estar na internet quando tenho problemas emocionais (ex., discussões, problemas com os amigos, na escola familiares e/ou problemas de saúde)
9. Considero-me dependente daquilo que faço na internet

1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; 4 – Concordo totalmente.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

ESPAÇOS VERDES URBANOS E SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Diogo Guedes Vidal[1] (✉ diogoguedesvidal@hotmail.com), Cláudia Oliveira Fernandes[2], Lilian Monteiro Ferrari Viterbo[1], Nelson Barros[1] & Rui Leandro Maia1[3]

[1] Unidade de Investigação UFP em Energia, Ambiente e Saúde (FP-ENAS), Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

[2] Departamento de Geociências, Ambiente e Ordenamento do Território, Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, Portugal & CIBIO – Centro de Investigação em Biodiversidade e Recursos Genéticos, Universidade do Porto, Portugal

[3] Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP), ISCSP, Universidade de Lisboa, Portugal

As cidades, na sua vertente física, são locais de grande concentração populacional, mais concretamente cerca de 53,9% da população mundial, segundo as Nações Unidas (2017), valor que tenderá a aumentar para cerca de 68,4% em 2050, o que colocará novos desafios na gestão da sustentabilidade dos territórios.

No domínio da sustentabilidade dos territórios está implicitamente incluída a promoção de ambientes saudáveis, nomeadamente o de planear e desenvolver estratégias capazes de responderem à principal preocupação: promover o bem-estar das populações. Ora, a forma atual de organização social, marcada pelo individualismo, pela fluidez do consumo, pela "liquidez" das relações humanas e pela descartabilidade e substituibilidade do materializável concorre para um panorama de insustentabilidade ao qual urge responder (Oliveira, Vidal, & Ferraz, 2019). Aliás, já Zygmunt Bauman (2000) referia que vivemos em plena "modernidade líquida", em que os indivíduos se confrontam com um desligamento das suas estruturas basilares clássicas de socialização – família, grupos de amigos, coletividades, fomentando um sentimento de desencorajamento de pertença a uma comunidade. É neste ponto que a promoção da saúde mental, entendida aqui como parte vital da saúde global dos indivíduos que afeta a forma como sentimos, pensamos e agimos (World Health Organization, 2019), ganha especial

relevo. Contudo, a nova forma de olhar a saúde mental vai mais longe e integra dimensões bem mais complexas, como a questão do bem-estar. Assim, se as populações a residirem na cidade enfrentam grandes desafios sociais que colocam em causa o seu bem-estar, afetando a sua saúde mental, é urgente delinear estratégias que procurem minimizar estes impactos ou, ainda melhor, revertê-los.

Pelos motivos referidos, a presença da natureza nas cidades é fundamental (Teixeira & Fernandes, 2016; Vidal, Barros, & Maia, 2020; Vidal, Maia, Barros, & Vilaça, 2018), nomeadamente através da promoção de espaços verdes de acesso público em quantidade mas, sobretudo, com qualidade. As organizações internacionais competentes, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2017a, 2017b), têm produzido material que reflecte sobre os múltiplos benefícios dos espaços verdes urbanos na promoção da saúde mental dos seus utilizadores. A par destas evidências científicas, e num contexto mais amplo e integrado, a Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável (United Nations, 2015) integra o Objetivo 11 – Cidades e comunidades sustentáveis – em que uma das metas é: "Até 2030, proporcionar o acesso universal a espaços públicos seguros, inclusivos, acessíveis e verdes, particularmente para as mulheres e crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência" (United Nations, 2015, p. 22).

Perante este enquadramento, o presente trabalho objetiva realizar uma revisão sistemática da literatura sobre os estudos que relacionam a frequência de espaços verdes urbanos e a saúde mental dos seus utilizadores.

MÉTODO

A revisão sistemática da literatura foi realizada segundo os princípios orientadores do *PRISMA Statement* (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & Group, 2009). A pesquisa dos artigos combinou os seguintes termos: "urban green spaces" *AND* "mental health". A base de dados utilizada foi a *PubMed* uma vez que se procurou uma dimensão internacional e uma preocupação com a dimensão principal: impactos na saúde mental. Os artigos foram avaliados com base em critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Os critérios de inclusão foram os seguintes: os estudos deveriam investigar os impactos da utilização de espaços verdes urbanos na saúde

mental dos seus utilizadores; serem de natureza empírica, escritos em inglês ou português; e publicados em revistas/jornais, com revisão por pares. Como critérios de exclusão definiram-se os seguintes: participantes com patologias; estudos não empíricos, nomeadamente revisões de literatura, meta-análises e dissertações; publicações noutras línguas que não as mencionadas; e estudos sem texto completo disponível.

Foram identificados na pesquisa, realizada em novembro de 2019, 50 documentos produzidos entre 1 de janeiro de 2006 e 31 de outubro de 2019. Dos 50 documentos, foram excluídos 28 artigos após análise do título e do resumo pelo facto de não relacionarem a exposição a espaços verdes urbanos com a saúde mental dos seus utilizadores, ou por não serem de natureza empírica ou ainda por não estarem escritos nas línguas selecionadas. Dos restantes 22, 2 foram excluídos por não disponibilizarem o texto completo. Dos 20 finais, 1 foi excluído pelo facto dos participantes serem portadores de doença crónica.

O processo de seleção, de acordo com os critérios, é apresentado na Figura 1.

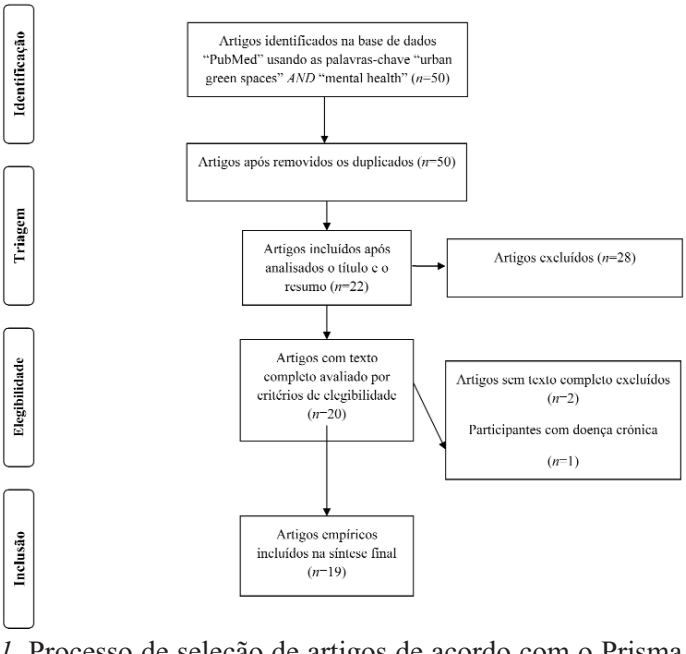


Figura 1. Processo de seleção de artigos de acordo com o Prisma (Moher et al., 2009).

RESULTADOS

Foram incluídos na síntese final 19 artigos empíricos que cumpriram todos os critérios de inclusão, sendo apresentados no Quadro 1.

Quadro 1

Síntese da informação dos artigos incluídos na revisão, apresentados do mais antigo para o mais recente

Autores	País	Amostra (n)	Método/Instrumento	Resultados
Guite, Clark, & Ackrill (2006)	Reino Unido	1012	Estudo transversal; SF36 para Saúde mental e Vitalidade.	Scores do quartil mais baixo do SF36 para Saúde Mental e Vitalidade estão associados à insatisfação do acesso a espaços verdes públicos - OR 3.69 (1.05, 2.74).
Sumsford, Pearson, & Kingham (2013)	Nova Zelândia	3149 unidades territoriais de Auckland	Estudo transversal; Medidas de associação.	Diminuição da distância (até 3 km) e aumento da proporção de espaço verde estão associados a uma menor incidência de tratamentos da ansiedade / transtorno de humor em ambiente urbano.
White, Alcock, Wheeler, & Depledge (2013)	Reino Unido	136,756	Estudo transversal; Questionários de Saúde Geral de Goldberg (GHC-12); Avaliação da satisfação com a vida.	Indivíduos têm menor sofrimento mental e maior bem-estar quando vivem em áreas urbanas com mais espaço verde.
Ochodo, Ndetei, Muturi, & Otieno (2014)	Quénia	544	Estudo transversal; Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI); Teste de Triagem de Fumo e de Substância de Álcool (ASSIST).	As áreas residenciais urbanas caracterizadas por um ambiente externo construído de baixa qualidade expõem substancialmente a população a stressores diários que aumentam a probabilidade de desenvolvimento de distúrbios de saúde mental.
Song et al. (2014)	Japão	17	Experiência de campo: percursos pré-determinados de 15 minutos num parque urbano (Yoyogi) e numa área próxima da cidade (controlo); A frequência cardíaca e a variabilidade da frequência cardíaca foram medidas para avaliar as respostas fisiológicas. O método do diferencial semântico (SD); Perfil dos Estados de Humor (POMS); Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI).	A frequência cardíaca foi significativamente menor ao caminhar no parque urbano do que ao andar na rua da cidade; Caminhada no parque urbano resultou numa maior atividade nervosa parassimpática e numa menor atividade nervosa simpática em comparação com a caminhada pelas ruas da cidade; As reações subjetivas aos os parâmetros 'confortável', 'natural' e 'relaxado' foram mais elevados após a caminhada no parque urbano; Após a caminhada no parque urbano, a pontuação para a subescala 'vigor' do POMS foi significativamente maior, enquanto para sentimentos negativos como 'tensão-ansiedade' e 'fadiga' foram significativamente menores; O score da dimensão de ansiedade do STAI também foi significativamente menor após a caminhada no parque urbano.
Melis, Gelormino, Marra, Ferracin, & Costa (2015)	Itália	547,267	Estudo longitudinal de Turim (TLS) estudo de coorte; Medidas de associação.	Indicadores de ambiente construído (espaços verdes) estão associados aos níveis de saúde mental (fatores protetores).
Zhang, van Dijk, Tang, & van den Berg (2015)	Holanda	223	Estudo transversal; Inventário de Saúde Mental (MHI-5) da Versão reduzida 36; A saúde física foi medida com uma única pergunta do SCI-90R.	Os resultados mostram maior apego ao espaço verde local e melhor saúde mental autorreferida no bairro com maior disponibilidade de espaços verdes acessíveis e utilizáveis.
Gubbels et al. (2016)	Holanda	455	Estudo longitudinal; Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D); Medidas de Associação	Melhorias na vegetação percebida estão relacionadas com uma diminuição dos sintomas depressivos nos adultos.
Wood, Hooper, Foster, & Bull, (2017)	Austrália	492	Estudo transversal; Medida de saúde mental positiva e dados do Projeto RESIDential Environments (RESIDE).	Número e área total de espaços verdes públicos estão significativamente associados a um maior bem-estar mental, e os resultados confirmam uma relação dose-resposta; A saúde mental positiva foi associada a parques com foco na natureza e a espaços verdes caracterizados por atividades contrárias e despretensiosas.
Bojorquez, & Ojeda-Revah (2018)	México	2745	Estudo transversal; Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D).	Espaços verdes urbanos (raio de 800 m) tiveram uma associação inversa com o score do CES-D moderado pela faixa etária (significativa apenas para participantes mais jovens). Espaços verdes urbanos (raio de 800 m) tiveram uma associação inversa com o score do CES-D, moderado por idade e ocupação (significativa para participantes mais jovens e executantes das tarefas do lar).
Fettig & Astell-Burt (2018)	Austrália	3897	Estudo longitudinal; Escala de stress psicológico de Kessler 6.	Os sintomas de sofrimento psíquico foram menores entre as mulheres que concordaram (razão da taxa (RR) 0,95, IC 95% 0,91 a 0,98) e concordaram fortemente (RR 0,89, IC 95% 0,85 a 0,93) que os parques locais eram de boa qualidade. Os relatos de doenças mentais graves também foram menores entre as mulheres que concordaram (odds ratio (OR) 0,88, IC 95% 0,77 a 1,00) e concordaram fortemente (OR 0,74, IC 95% 0,64 a 0,86) que os parques locais eram de boa qualidade. Não foi encontrada associação entre a quantidade de espaços verdes e os sintomas de sofrimento psíquico ou os relatos de doenças mentais graves.
McEachan et al (2018)	Reino Unido	2594	Estudo longitudinal de coorte; Questionário de pontos fortes e	Limitada mediou as associações entre espaços verdes residenciais e bem-estar mental ($p = 0,05$). Após o ajuste

Autores	País	Amostra (n)	Método/Instrumento	Resultados
			dificuldades; Índice de vegetação com diferença normalizada (NDVI).	para todas as variáveis relevantes, mais espaço verde foi associado a menos dificuldades comportamentais internalizantes (NDVI médio de 100 m: β 2,35 [IC95% −4, 20 a −0,50]; 300 m: −3,15 [- 5,18 a −1,13]; 500 m: −2,85 [−4,91 a −0,80]) e com menos dificuldades comportamentais totais (100 m: −4,27 [7,65 a 0,90]; 300 m: 5,22 [8, 91 a 1,54]; 500 m: 4,82 [8,57 a 1,07]) apenas para crianças do sul da Ásia em todas as três zonas do raio. Entre as crianças do sul da Ásia, a satisfação com o espaço verde foi significativamente associada a menos dificuldades comportamentais totais em todas as três zonas em estudo (β −0,59 [IC95% −1,11 a −0,07]), menos dificuldades comportamentais de internalização em 100 m (–0,28 [IC95% −0,56 a −0,003]) e zonas de um raio de 300 m (0,28 [0,56 a 0,002]) e maior comportamento pró-social em todos três zonas de raio em estudo (0,20 [0,02 a 0,38]).
Pope et al. (2018)	Reino Unido	578	Estudo transversal; Questionário de Saúde Geral (QSG-12).	Além da acessibilidade aos (OR −0,58; IC95% −0,35, 0,96) a suficiência de (OR−0,12; IC95%−0,39, 0,89) espaços verdes, a capacidade de usá-los para relaxamento e recreio esteve significativamente associada ao sofrimento psicológico reduzido [OR 0,13 (0,42, 0,94) e OR−0,11 (0,34, 0,80), respectivamente]. Foi identificada uma relação dose-resposta entre o número de atributos positivos do espaço verde e o sofrimento psicológico (P <0,05).
Sarkar, Webster, & Gallacher (2018)	Reino Unido	94,879	Estudo transversal, observacional e correlacional; Índice de vegetação com diferença normalizada (NDVI).	Efeito protetor dos espaços verdes na depressão foi observado. As análises de interação indicaram que os efeitos benéficos dos espaços verdes foram mais pronunciados entre as mulheres, participantes com menos de 60 anos e residentes em áreas com baixo status socioeconómico.
Coventry, Neale, Dyke, Pateman, & Cinderby (2019)	Reino Unido	45	Estudo piloto de métodos mistos e prova de conceito; Escala reduzida de bem-estar mental de Warwick – Edimburgo (SWEMWBS) Lista de verificação adjetiva de humor (UWIST-MACL).	Caminhadas e ações de conservação e ciência cidadã nos espaços verdes públicos estão associadas a uma melhoria no humor. Em todos os participantes, o humor subjetivo agudo melhorou em todos os domínios do UWIST-MACL. Houve associação significativa entre redução do stress e localização (p 0,009). Qualitativamente, os participantes relataram que as ações de conservação e a ciência cidadã conferiam co-benefícios ao meio ambiente, à saúde e ao bem-estar individuais.
Gao, Zhang, Zhu, Gao, & Qiu (2019)	China	120	Tecnologia de realidade virtual (VR) Avaliação da dimensão fisiológica eletroencefalograma (EEG) Avaliação da dimensão psicológica – atenção, humor positivo, humor negativo.	Medidas psicológicas sugerem que apenas o humor negativo mostrava diferenças significativas de mudança entre os seis tipos de ambiente, enquanto o espaço verde parcialmente aberto teve o efeito mais positivo no humor negativo e o espaço verde fechado teve o pior.
Liu et al (2019)	China	21,086	Estudo transversal; Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D).	A exposição a espaços verdes em contexto residencial está associada negativamente à depressão, e que a atividade física, o stress e a coesão social da vizinhança têm um efeito completo de mediação nessa associação.
Noordzij, Beenackers, Oude Groeniger, & Van Lenthe (2019)	Holanda	3175	Estudo longitudinal; Inventário de Saúde Mental-5.	Foram identificadas associações significativas entre distâncias euclidianas até o espaço verde mais próximo e saúde mental, com um aumento de 100 m correlacionando-se com um score mais baixo de saúde mental de aproximadamente 0,5 (IC95% -0,87 a -0,12), numa escala de 0 a 100.
Zhang, Zhao, Zeng, & Qiu (2019)	China	36	Caminhada audiovisual (caminhada AV) para obter dados sobre o contexto audiovisual, experiências audiovisuais e respostas psicológicas.	O contexto audiovisual localizado ao lado da paisagem aquática e verde, com um nível relativamente alto de conforto acústico e visual, foi o mais alegre (2,60), relaxado (2,45) e energético (2,05), enquanto o contexto audiovisual próximo a um ambiente urbano construído tendia a ser acusticamente e visualmente desconfortável, e o estado psicológico diminuiu para os mais deprimidos (-0,25), ansiosos (-0,75), fatigados (-1,13) e distraídos (-1,13).

DISCUSSÃO

As evidências científicas encontradas revelam uma preocupação crescente, dada a quantidade de estudos, que aumenta a cada ano, em identificar as potencialidades de uma utilização/exposição a espaços verdes urbanos. Os estudos identificados foram realizados maioritariamente na Europa (n=10), mais concretamente no Reino Unido (n=6). Prevalecem estudos transversais (n=10), ainda que já se verifique um maior surgimento de estudos longitudinais (n=5), o que confere maior robustez aos resultados encontrados. Entre estes estudos foi ainda identificado um estudo realizado em 2019, que recorre a Tecnologia de Realidade Virtual, o que evidencia uma tendência de mudança no desenho da própria investigação.

De uma forma geral, os 19 estudos analisados podem ser agrupados em quatro grandes domínios: um primeiro que tem que ver com a acessibilidade a espaços verdes urbanos, ou seja, a proximidade e a disponibilidade. Aqui encontrámos vários estudos (Bojorquez & Ojeda-Revah, 2018; Gubbels et al., 2016; Guite et al., 2006; Liu et al., 2019; McEachan et al., 2018; Melis et al., 2015; Noordzij et al., 2019; Nutsford et al., 2013; Song et al., 2014; White et al., 2013; Wood et al., 2017; Y. Zhang et al., 2015) que exploram esta relação entre o acesso e a disponibilidade de espaços verdes urbanos (exposição) na melhoria dos resultados em saúde mental (fator protector), quando comparados com grupos não expostos; um segundo que se foca na qualidade dos espaços verdes (Feng & Astell-Burt, 2018; Ochodo et al., 2014; Pope et al., 2018) e que conclui que a satisfação com um espaço verde e as oportunidades para realizar diferentes atividades são um fator mediador na saúde mental dos seus utilizadores, sendo que uma avaliação positiva da qualidade de um espaço está associada a menores sintomas de *stress* e de depressão; interligado com este grupo está também o conjunto de artigos que, através de Tecnologia de Realidade Virtual (Gao et al., 2019) ou de foro mais qualitativo (Coventry et al., 2019; S. Zhang et al., 2019), verificou uma mudança no humor e um aumento de sentimentos positivos em indivíduos expostos a espaços verdes públicos e em contacto com natureza; por fim, mas igualmente com grande importância, e que talvez seja uma pista para estudos futuros mais focalizados, surge o estudo de Sarkar et al. (2018) que identificou um efeito positivo dos espaços verdes urbanos em contextos de maior privação socioeconómica, podendo aqui o papel destes espaços ser o de contribuir para a regeneração urbanística dessas zonas melhorando a qualidade de vida das populações residentes, o que vai de encontro à necessidade de uma distribuição equitativa dos espaços verdes referida pelas Nações Unidas na Agenda 2030 (United Nations, 2015).

A análise destes estudos comprovou a importante contribuição dos espaços verdes urbanos na promoção da saúde mental dos seus utilizadores, devendo os mesmos serem incluídos no desenho das políticas públicas urbanas em que o foco principal seja o bem-estar de todos, em todas as idades.

REFERÊNCIAS

Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Oxford: Polity Press.

Bojorquez, I., & Ojeda-Revah, L. (2018). Urban public parks and mental health in adult women: Mediating and moderating factors. *The International Journal of Social Psychiatry*, *64*(7), 637-646. https://doi.org/10.1177/0020764018795198

Coventry, P. A., Neale, C., Dyke, A., Pateman, R., & Cinderby, S. (2019). The Mental Health Benefits of Purposeful Activities in Public Green Spaces in Urban and Semi-Urban Neighbourhoods: A Mixed-Methods Pilot and Proof of Concept Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(15). https://doi.org/10.3390/ijerph16152712

Feng, X., & Astell-Burt, T. (2018). Residential green space quantity and quality and symptoms of psychological distress: A 15-year longitudinal study of 3897 women in postpartum. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 348. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1926-1

Gao, T., Zhang, T., Zhu, L., Gao, Y., & Qiu, L. (2019). Exploring Psychophysiological Restoration and Individual Preference in the Different Environments Based on Virtual Reality. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(17). https://doi.org/10.3390/ijerph16173102

Gubbels, J. S., Kremers, S. P. J., Droomers, M., Hoefnagels, C., Stronks, K., Hosman, C., & de Vries, S. (2016). The impact of greenery on physical activity and mental health of adolescent and adult residents of deprived neighborhoods: A longitudinal study. *Health & Place*, *40*, 153-160. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.06.002

Guite, H. F., Clark, C., & Ackrill, G. (2006). The impact of the physical and urban environment on mental well-being. *Public Health*, *120*(12), 1117-1126. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.10.005

Liu, Y., Wang, R., Xiao, Y., Huang, B., Chen, H., & Li, Z. (2019). Exploring the linkage between greenness exposure and depression among Chinese people: Mediating roles of physical activity, stress and social cohesion and moderating role of urbanicity. *Health & Place*, *58*, 102168. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102168

McEachan, R. R. C., Yang, T. C., Roberts, H., Pickett, K. E., Arseneau-Powell, D., Gidlow, C. J., . . . Nieuwenhuijsen, M. (2018). Availability, use of, and satisfaction with green space, and children's mental wellbeing at age 4 years in a multicultural, deprived, urban area: Results from the Born in Bradford cohort study. *The Lancet. Planetary Health*, *2*(6), e244-e254. https://doi.org/10.1016/S2542-5196(18)30119-0

Melis, G., Gelormino, E., Marra, G., Ferracin, E., & Costa, G. (2015). The Effects of the Urban Built Environment on Mental Health: A Cohort Study in a Large Northern Italian City. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(11), 14898-14915. https://doi.org/10.3390/ijerph121114898

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group, T. P. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, *6*(7), e1000097. Retrieved from https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097

Noordzij, J. M., Beenackers, M. A., Oude Groeniger, J., & Van Lenthe, F. J. (2019). Effect of changes in green spaces on mental health in older adults: a fixed effects analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*. https://doi.org/10.1136/jech-2019-212704

Nutsford, D., Pearson, A. L., & Kingham, S. (2013). An ecological study investigating the association between access to urban green space and mental health. *Public Health*, *127*(11), 1005-1011. https://doi.org/10.1016/J.PUHE.2013.08.016

Ochodo, C., Ndetei, D. M., Moturi, W. N., & Otieno, J. O. (2014). External built residential environment characteristics that affect mental health of adults. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *91*(5), 908-927. https://doi.org/10.1007/s11524-013-9852-5

Oliveira, G. M., Vidal, D. G., & Ferraz, M. P. (2019). Urban Lifestyles and Consumption Patterns. In Walter Leal Filho, A. M. Azul, L. Brandli, P. G. Özuyar, & T. Wall (Eds.), *Sustainable Cities and Communities. Encyclopedia of the UN Sustainable Development Goals* (pp. 1-10). https://doi.org/10.1007/978-3-319-71061-7_54-1

Pope, D., Tisdall, R., Middleton, J., Verma, A., van Ameijden, E., Birt, C., . . . Bruce, N. G. (2018). Quality of and access to green space in relation to psychological distress: results from a population-based cross-sectional study as part of the EURO-URHIS 2 project. *European Journal of Public Health*, *28*(1), 35-38. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv094

Sarkar, C., Webster, C., & Gallacher, J. (2018). Residential greenness and prevalence of major depressive disorders: a cross-sectional, observational, associational study of 94 879 adult UK Biobank participants. *The Lancet. Planetary Health*, *2*(4), e162-e173. https://doi.org/10.1016/S2542-5196(18)30051-2

Song, C., Ikei, H., Igarashi, M., Miwa, M., Takagaki, M., & Miyazaki, Y. (2014). Physiological and psychological responses of young males during spring-time walks in urban parks. *Journal of Physiological Anthropology*, *33*(8). https://doi.org/10.1186/1880-6805-33-8

Teixeira, C. P., & Fernandes, C. O. (2016). Promoting well-being: Restoring the garden, restoring ourselves. In R. Coles, S. Costa, & S. Watson (Eds.), *Well-Being Conference 2016: Co-creating pathways to well-being* (pp. 123-126). Birminghan: Birmingham City University.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2017). *World Population Prospects – The 2017 Revision*. Retrieved from https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf

United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015, A/RES/70/1*. Retrieved from http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf

Vidal, D. G., Barros, N., & Maia, R. L. (2020). Public and Green Spaces in the Context of Sustainable Development. In W. Leal Filho, A. M. Azul, L. Brandli, P. G. Özuyar, & T. Wall (Eds.), *Sustainable Cities and Communities, Encyclopedia of the UN Sustainable Development Goals* (pp. 1-9). https://doi.org/10.1007/978-3-319-71061-7_79-1

Vidal, D. G., Maia, R. L., Barros, N., & Vilaça, H. (2018). The potential of urban green spaces to face contemporary socioenvironmental challenges. *Encontro com a Ciência e Tecnologia em Portugal*. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.20223.51362

White, M. P., Alcock, I., Wheeler, B. W., & Depledge, M. H. (2013). Would you be happier living in a greener urban area? A fixed-effects analysis of panel data. *Psychological Science*, *24*(6), 920-928. https://doi.org/10.1177/0956797612464659

Wood, L., Hooper, P., Foster, S., & Bull, F. (2017). Public green spaces and positive mental health – investigating the relationship between access, quantity and types of parks and mental wellbeing. *Health & Place*, *48*, 63-71. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.09.002

World Health Organization. (2017a). *Urban Green Space Interventions and Health: A review of evidence*. Copenhagen.

World Health Organization. (2017b). Urban green spaces: A brief for action. In *Regional Office For Europe*. https://doi.org/10.1590/S1516-89132004000200018

World Health Organization. (2019). *mhGAP community toolkit: Field test version*. Geneva: World Health Organization.

Zhang, S., Zhao, X., Zeng, Z., & Qiu, X. (2019). The influence of audio-visual interactions on psychological responses of young people in urban green areas:

A case study in two parks in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(10). https://doi.org/10.3390/ijerph16101845

Zhang, Y., van Dijk, T., Tang, J., & van den Berg, A. E. (2015). Green space attachment and health: A comparative study in two urban nighborhoods. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(11), 14342-14363. https://doi.org/10.3390/ijerph121114342

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

ESPIRITUALIDADE, PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Manuela Pontes[1] (✉ mmmpontes@gmail.com), Diogo Guedes Vidal[1] & Rute F. Meneses[2]

[1] Unidade de Investigação UFP em Energia, Ambiente e Saúde (FP-ENAS), Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal
[2] FCHS/CTEC/OLD/APASD/CPP/FP-B2S, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

Entre 2017 e 2030, o mundo experienciará um aumento de 46% da população com mais de 60 anos de idade (Nações Unidas, 2019). As sociedades contemporâneas ocidentais, nas quais se insere a portuguesa, têm vindo a ser palco de um fenómeno de "duplo envelhecimento": mais idosos e menos jovens, ou seja, um alargamento das extremidades da pirâmide etária e um estreitamente no seu centro (Rosa, 2016). Entre 2005 e 2015 registou-se um aumento de mais de 316 mil idosos e uma redução de 208 mil jovens até aos 15 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2017).

O índice de envelhecimento, referente ao ano de 2018, evidencia que nas zonas urbanas portuguesas existem cerca de 139 idosos para cada 100 jovens, situação que se agrava nas zonas mais rurais de Portugal, mais concretamente 307 idosos para cada 100 jovens (Oliveira et al., 2019). Vários estudos recentes demonstram que são estas camadas populacionais as que mais estão vulneráveis a situações de doença (Doetsch, Pilot, Santana, & Krafft, 2017; Vidal, Pontes, Barreira, Oliveira, & Maia, 2018), representando uma prioridade nacional e internacional na definição de estratégias promotoras de qualidade de vida e saúde.

Perante esta evidência, as Nações Unidas publicaram a resolução A/RES/70/1 "Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável" (United Nations, 2015), aprovada na Cimeira da Organização das Nações Unidas a 25 de setembro de 2015 e que contempla 17 objetivos para o desenvolvimento sustentável (ODS), nos quais a promoção de um envelhecimento digno é integrada. O ODS 10 – Reduzir as

desigualdades – refere exatamente a necessidade de recolocar a pessoa idosa na vida política, económica e social, para além da urgência em combater o idadismo como forma de redução das desigualdades (Ribas & Pontes, 2010).

A Espiritualidade, enquanto dimensão não-material, integra uma das preocupações da Organização Mundial de Saúde na sua estreita ligação com a Qualidade de Vida, materializada na construção do *Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs Instrument* (WHOQOL-SRPB) (WHOQOL SRPB Group, 2006): um questionário que avalia as dimensões da qualidade de vida relacionadas com a espiritualidade, religião e crenças pessoais. Esta relação tem sido identificada em diversos estudos através de resultados em saúde positivos e de níveis mais elevados de qualidade de vida, nomeadamente na redução de distúrbios do foro físico e mental, para além de ser uma ferramenta eficaz na gestão de processos complexos, seja de doença ou de outras situações de maior vulnerabilidade (Giovagnoli, Paterlini, Meneses, & Martins da Silva, 2019; Koenig, Koenig, King, & Carson, 2012; Meneses & Silva, 2015; Nicholson, Rose, & Bobak, 2009, 2010; O'Connor, Wicker, & Germino, 1990).

A incorporação da Espiritualidade enquanto componente da Qualidade de Vida é especialmente importante nos grupos mais envelhecidos da população, na medida em que são estes que, globalmente, estão mais vulneráveis à doença e ao experienciar de situações de maior vulnerabilidade como é o caso do abandono, da morte e do descrédito. A par disto, será igualmente necessário que as entidades promotoras de saúde local, como é o caso das unidades de saúde de atenção primária, assumam a espiritualidade como componente determinante da qualidade de vida de modo a poderem prestar cuidados mais humanizados e centrados na pessoa: "Quando o profissional da saúde passa a considerar a dimensão espiritual do paciente, o mesmo transmite a mensagem de que está preocupado com a pessoa em todas as suas dimensões; e os pacientes esperam que isso faça parte dos cuidados prestados" (Inoue & Vecina, 2017, p. 129).

Assim, o objetivo do presente estudo é sistematizar a literatura, analisando a relação entre a espiritualidade, a promoção da saúde e a qualidade de vida na pessoa idosa.

MÉTODO

A revisão sistemática da literatura foi realizada segundo os princípios orientadores do *PRISMA Statement* (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The Prisma Group, 2009). A pesquisa dos artigos foi realizada na base de dados

SciELO e combinou os seguintes termos: "idosos" *AND* "espiritualidade" *AND* "promoção de saúde" *AND* "qualidade de vida".

Os artigos foram avaliados com base em critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Os critérios de inclusão foram os seguintes: os estudos deveriam analisar a relação entre espiritualidade, promoção de saúde e qualidade de vida em idosos; serem de natureza empírica, escritos em inglês ou português ou espanhol; e publicados em revistas/jornais com revisão por pares. Como critérios de exclusão definiram-se os seguintes: participantes com doenças crónicas; estudos não empíricos, nomeadamente revisões de literatura, incluindo meta-análises; publicações noutras línguas que não as mencionadas; e estudos sem texto completo disponível.

O processo de seleção, de acordo com os critérios supracitados, é apresentado na Figura 1.

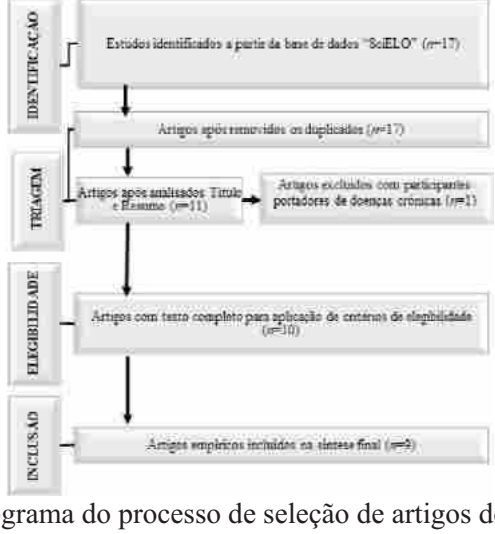


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de artigos de acordo com os PRISMA (Moher et al., 2009)

RESULTADOS

Foram identificados na pesquisa, realizada em novembro de 2019, 17 documentos publicados entre 1 de janeiro de 2000 e 31 de outubro de 2019 (período temporal definido). Dos 17 documentos, foram excluídos 7 artigos após análise do título e do resumo pelo facto de não relacionarem espiritua-

lidade, promoção de saúde e qualidade de vida em idosos, ou por não estarem escritos nas línguas selecionadas. Dos restantes 10, 1 foi excluído pelo facto dos participantes serem portadores de doença crónica. Dos 9 finais, foi excluído 1 artigo por ser uma revisão de literatura.

Foram incluídos na síntese final 8 artigos empíricos que cumpriram todos os critérios de inclusão, sendo apresentados no Quadro 1.

Quadro 1

Síntese da Informação Recolhida

Autores (ano)	País	Participantes	Tipo de estudo; Material	Principais Resultados/Conclusões
De Lima, Vilella, & Bittar (2014)	Brasil	32 idosos	Estudo transversal; Entrevistas, cujo roteiro estruturado teve como base os domínios dos questionários WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF.	A religiosidade e a espiritualidade relacionaram-se com os diferentes temas abordados nas entrevistas, considerados os determinantes da Qualidade de Vida na velhice, influenciando a satisfação com a vida e a saúde, na aceitação e na capacidade enfrentar as situações adversas, como a dependência e a morte, na participação social e nas atividades de lazer.
Marques, Sánchez, & Vicario (2014)	Portugal	48 idosos	Estudo exploratório-descritivo, transversal e qualitativo; Entrevista semiestruturada.	Qualidade de Vida significa ter saúde, ter paz, harmonia, ser feliz, estar satisfeito com a vida, manter-se ocupado, seja com atividades de ócio, de voluntariado ou de trabalho. Significa também manter relações interpessoais e receber apoio da família, dos amigos e vizinhos. Necessidade de articulação entre serviços de saúde, serviços sociais, autarquias e educação, surgindo o Centro de Saúde como o local privilegiado para dinamizar e coordenar uma adequada intervenção à pessoa idosa.
Santos & Abdala (2014)	Brasil	82 idosos	Estudo descritivo, exploratório, transversal, quantitativo; Índice de Religiosidade de Duke (Duke-Durel); SF-36	A dimensão de qualidade de vida Limitações por aspetos emocionais foi a que recebeu maior influência de Religiosidade Organizacional as outras subescalas da religiosidade). Constatou-se também influência positiva da Religiosidade Organizacional sobre as dimensões Limitações por aspetos físicos, Dor, Estado geral de saúde, Saúde mental e Social. Nenhuma associação foi encontrada entre religiosidade e as dimensões de qualidade de vida Capacidade funcional e Vitalidade.
Oliver, Galiana, Sancho, & Tomás (2015)	Espanha	224 idosos	Estudo analítico transversal; FACIT-Sp-12; Índice de Lawton e Brody; Escala dispositional de esperança; Escala de satisfação com a vida; Escala de saúde percebida.	Dimensões da espiritualidade e da esperança são preditores de dois indicadores de qualidade de vida nas pessoas idosas: satisfação com a vida e perceção de saúde, sendo a satisfação com a vida a que apresenta maior significância estatística. Os resultados indicam que a fé desempenha um papel relevante em pessoas muito idosas.
Soares & Amorim (2015)	Portugal	47 idosos	Estudo descritivo-correlacional e transversal; Escala de Avaliação da Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro; WHOQOL-Bref.	A esperança demonstrou ser uma variável importante pela sua ação moderadora no domínio social da Qualidade de Vida do idoso residente em lar, observando-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a dimensão social da Qualidade de Vida e a dimensão horizontal (esperança) da Espiritualidade. A dimensão espiritual é um aspeto relevante para a Qualidade de Vida dos idosos, uma vez que as pessoas que perspetivam uma melhor Qualidade de Vida são aquelas que também têm mais esperança no futuro e o encaram com mais otimismo.
Nunes, Leal, Marques, & Mendonça (2017)	Brasil	100 idosos	Estudo descritivo transversal; WHOQOL-SRPB.	A qualidade de vida está relacionada com a autoestima e com o bem-estar pessoal/espiritual. Sugere-se que os profissionais de saúde incorporem este conhecimento, principalmente os que prestam serviços de Atenção Primária à Saúde.
da Silva, Moreira-Almeida, & Aparecida Barbosa de Castro (2018)	Brasil	10 idosos cuidadores	Estudo qualitativo baseado na *Grounded Theory*; Entrevistas.	O *coping* religioso é utilizado para enfrentar situações adversas que surgem. Atribuem ao sagrado a força para continuar a envelhecer e cuidar de outro idoso no domicílio. A religiosidade é pouco reconhecida pelo serviço de saúde como estratégia para enfrentar as adversidades da vida.
Dias & Pais-Ribeiro (2018)	Brasil	400 idosos	Estudo relacional, quantitativo e transversal; Questionário de Avaliação Mental; WHOQOL-Bref e Old; Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro.	Verificou-se correlação estatisticamente significativa positiva entre a espiritualidade e a qualidade de vida dos idosos. A espiritualidade é uma ferramenta importante para as pessoas idosas enfrentarem as adversidades inerentes ao processo de envelhecimento.

DISCUSSÃO

Os estudos analisados agrupam-se em quatro anos: 2014 (*n*=3), 2015 (*n*=2), 2017 (*n*=1) e 2018 (*n*=2). Foram maioritariamente realizados em território brasileiro (*n*=5), e os demais em Portugal (*n*=1) e Espanha (*n*=2). Ao nível do desenho de estudo, todos (*n*=8) são do tipo transversal, optando por abordagens mais quantitativas (*n*=6) do que qualitativas (*n*=2). Importa referir que 7 dos estudos analisados tinham como participantes idosos e 1 idosos cuidadores. Apesar do reduzido número de estudos, ficou claro que há alguma heterogeneidade das técnicas usadas para avaliar qualidade de vida e espiritualidade.

Os oito estudos podem ser agrupados em três grupos (não mutuamente exclusivos) de acordo com os resultados obtidos: um conjunto de artigos (*n*=6) refere a relação/influência positiva da espiritualidade na satisfação com a saúde e com a vida, nomeadamente em indivíduos com limitações físicas, mentais e sociais, sendo assumida como um indicador de qualidade de vida (De Lima et al., 2014; Dias & Pais-Ribeiro, 2018; Nunes et al., 2017; Oliver et al., 2015; Santos & Abdala, 2014; Soares & Amorim, 2015); um segundo conjunto de artigos (*n*=3) foca-se na necessidade da incorporação da espiritualidade como fator de qualidade de vida por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente os que estão voltados para a atenção primária, de forma a providenciar cuidados mais humanizados à pessoa idosa que vá ao encontro da sua dimensão pessoal (da Silva et al., 2018; Marques et al., 2014; Nunes et al., 2017); o último grupo (*n*=5) identificou que a espiritualidade pode ser considerada uma ferramenta útil para enfrentar situações adversas durante a vida, seja de desgosto, perda e/ou doença, além de contribuir para o desenvolvimento de sentimentos de otimismo e esperança em relação ao futuro (da Silva et al., 2018; de Lima et al., 2014; Dias & Pais-Ribeiro, 2018; Oliver et al., 2015; Soares & Amorim, 2015).

Em forma de síntese, os estudos analisados sugerem que a dimensão espiritual seja integrada nos cuidados dirigidos à pessoa idosa, de modo a que a mesma seja considerada um ser global com necessidades, valores, crenças e expectativas específicas. Deste modo, a espiritualidade deverá ser considerada um elemento auxiliar no processo de assistência à saúde, devendo também ser incorporada na relação aos cuidados dirigidos aos idosos cuidadores. Os profissionais de saúde, integrados numa sociedade em

profunda e acelerada evolução, fruto dos avanços da ciência e da tecnologia, estarão cada vez mais expostos a novos desafios no cuidado às pessoas idosas que implicam uma ampla gama de configurações no âmbito global da sua ação e, por este motivo, deverão ter presente, para a promoção da saúde, os aspetos relacionados com a dimensão espiritual que fomentem uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

da Silva, M. C. M., Moreira-Almeida, A., & Castro, A. B. E. (2018). Idosos cuidando de idosos: A espiritualidade como alívio das tensões. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*(5), 2607-2614. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0370

de Lima, L. C. V., Vilella, W. V., & Bittar, C. M. L. (2014). Percepção sobre qualidade de vida entre idosos residentes em municípios de pequeno porte e sua relação com a religiosidade/espiritualidade. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, *11*(3), 231-244. https://doi.org/10.5335/rbceh.2014.4221

Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2018). Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: Um estudo relacional. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *19*(3), 591-604.http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862018000300010&nrm=iso

Doetsch, J., Pilot, E., Santana, P., & Krafft, T. (2017). Potential barriers in healthcare access of the elderly population influenced by the economic crisis and the troika agreement : A qualitative case study in Lisbon, Portugal. *International Journal for Equity in Health*, 1-17. https://doi.org/10.1186/s12939-017-0679-7

Giovagnoli, A. R., Paterlini, C., Meneses, R. F., & Martins da Silva, A. (2019). Spirituality and quality of life in epilepsy and other chronic neurological disorders. *Epilepsy and Behavior*, *93*, 94-101. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.01.035

Inoue, T. M., & Vecina, M. A. (2017). Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: Uma revisão de literatura. *Journal of the Health Sciences Institute*, *35*(2), 127-130. https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2017/02_abr-jun/V35_n2_2017_p127a130.pdf

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Estimativas anuais da população residente, estimativas de emigração e imigração, nados-vivos, óbitos e casamentos*. https://www.ine.pt/ine_novidades/AEP_infografias 2017/4/

Koenig, H., Koenig, H. G., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press.

Marques, E., Sánchez, C., & Vicario, B. (2014). Perceção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV Série*(1), 75-84. https://doi.org/10.12707/riii1314

Meneses, R. F., & Silva, I. (2015). O papel da psicologia da saúde na dor crónica: Contributos da espiritualidade. In N. Barata (Ed.), *A dor: Uma visão multidisciplinar* (pp. 121-133). Lisboa: Coisas de Ler.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, *6*(7), e1000097. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097

Nações Unidas. (2019). ONU diz que número de pessoas com mais de 60 anos deve subir 46% até 2030. https://news.un.org/pt/story/2019/10/1689152

Nicholson, A., Rose, R., & Bobak, M. (2009). Association between attendance at religious services and self-reported health in 22 European countries. *Social Science and Medicine*, *69*(4), 519-528. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.024

Nicholson, A., Rose, R., & Bobak, M. (2010). Associations between different dimensions of religious involvement and self-rated health in diverse European populations. *Health Psychology*, *29*(2), 227-235. https://doi.org/https://doi.org/10.1037/a0018036

Nunes, M. G. S., Leal, M. C. C., Marques, A. P. O., & Mendonça, S. S. (2017). Idosos longevos: Avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. *Saúde Em Debate*, *41*, 1102-1115.

O'Connor, A., Wicker, C., & Germino, B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, *13*(3), 167-175.

Oliveira, G. M., Vidal, D. G., Ferraz, M. P., Cabeda, J. M., Pontes, M., Maia, R. L., . . . Barreira, E. (2019). Measuring health vulnerability: An interdisciplinary indicator applied to mainland Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(21), 1-18. https://doi.org/10.3390/ijerph16214121

Oliver, A., Galiana, L., Sancho, P., & Tomás, J. M. (2015). Espiritualidad, esperanza y dependencia como predictores de la satisfacción vital y la

percepción de salud: Efecto moderador de ser muy mayor. *Aquichan*, *15*(2), 223-233. https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.7

Ribas, I., & Pontes, M. (2010). Percepção dos idosos sobre episódios de discriminação social. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, *7*, 144-154. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2981/3/144-154.pdf

Rosa, M. J. V. (2016). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Santos, N. C. dos, & Abdala, G. A. (2014). Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *17*(4), 795-805. https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13166

Soares, A. S. F., & Amorim, M. I. S. P. L. (2015). Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *2*, 45-51. http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a08.pdf

United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015, A/RES/70/1*. Geneva. http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf

Vidal, D. G., Pontes, M., Barreira, E., Oliveira, G. M., & Maia, R. L. (2018). Differential mortality and inequalities in health services access in mainland Portugal. *Finisterra – Revista Portuguesa de Geografia*, *53*(109), 53-70. https://doi.org/10.18055/Finis14118

WHOQOL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science and Medicine*, *62*(6), 1486-1497. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.001

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

ESTILOS DE VIDA EM ADOLESCENTES: EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Clarisse Magalhães[1] (✉ clarisse.magalhaes@ipsn.cespu.pt), Ana Alexandra Rodrigues Campos[2], Cláudia Patrícia Moura de Carvalho[2] Diana Filipa Vieira Coelho[2], Catarina Filipa Monteiro do Cabo[2], Sónia Margarida Soares Ferrás[2], Ana Rita Rocha Magalhães[2], & Ana Sofia Fernandes de Sousa[2]

[1] CESPU, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde, Gandra PRD, Portugal
[2] CESPU, Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, Portugal

Educar para a saúde, em contexto escolar, significa capacitar os jovens de conhecimentos, valores e atitudes que os ajudem a tomar decisões em relação à saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, conferindo-lhes assim um papel interventivo na gestão de saúde (DGE, 2019). A necessidade da intervenção dos profissionais de saúde ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença, reafirma os compromissos expressos na Declaração de Alma-Ata (1978), na Declaração de Ottawa (1986), na Declaração de Jakarta (1997) e, mais recentemente, na Declaração de Astaná (2018), que apontam a favor da promoção da saúde em todos os contextos e por todos os sujeitos e defendem que a sua promoção não seja somente realizada pelos serviços de saúde, mas também por todos os setores, nomeadamente o da educação.

Esta necessidade está patente na Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, espaço onde todos os membros da comunidade escolar trabalham em conjunto de forma a promover a saúde e demonstrar o impacto da promoção da mesma em meio escolar (DGE, 2019). Enquanto membro da Comunidade Europeia, Portugal aderiu a este movimento em 1995, e integra a plataforma *Schools for Health in Europe*.

Sabendo, que é na adolescência que muitos comportamentos relacionados com a prevenção da doença são adquiridos, torna-se relevante descrever os estilos de vida dos adolescentes de forma a implementar ações

de promoção da saúde e de prevenção de comportamentos de risco o mais precocemente possível (Vieira, 2017), tendo sido o objetivo do nosso estudo: caracterizar os estilos de vida dos adolescentes do 5º ano de uma Escola Básica da Região do Vale do Sousa.

MÉTODO

Trata-se de uma investigação quantitativa, exploratória descritiva, realizada com adolescentes do 5º ano (*N*=224), de uma Escola Básica da Região do Vale do Sousa. Após a assinatura do consentimento informado por parte dos encarregados de educação, onde se garantiu a confidencialidade e o anonimato, procedeu-se à aplicação do instrumento de colheita de dados.

Material

O instrumento de colheita utilizado compreende a caraterização sociodemográfica e o questionário FANTASTIC LIFE, que tem sido utilizado de forma promissora, dada a pluralidade das questões nele abordado. Este é de autopreenchimento e permite a avaliação e compreensão dos hábitos e dos comportamentos dos adolescentes em relação ao seu estilo de vida. Apresenta um total de 30 questões (itens) de resposta fechada, onde são explorados dez domínios de caracter físico, psicológico e social dos estilos de vida, e que segundo o acrónimo "FANTÁSTICO: F – Família e Amigos (que corresponde 8 pontos); A – Atividade física / Associativismo (que corresponde 12 pontos); N – Nutrição (que corresponde 12 pontos); T – Tabaco (que corresponde 8 pontos); A – Álcool e outras drogas (que corresponde 24 pontos); S – Sono / Stress (que corresponde 12 pontos); T – Trabalho / Tipo de personalidade (que corresponde 12 pontos); I – Introspeção (que corresponde 12 pontos); C – Comportamentos de Saúde e Sexual (que corresponde 12 pontos); O – Outros comportamentos (que corresponde 8 pontos) ". Estes itens têm três opções de resposta, classificadas com o valor numérico de 0, 1 ou 2, sendo que a soma de cada domínio anteriormente descritos, permite obter

um score total de forma a classificar os adolescentes de 0 a 120 pontos (Silva, 2014). Esta classificação traduz a necessidade de mudança comportamental. Deste modo os resultados podem ser interpretados da seguinte forma: "Excelente (103 a 120 pontos) " indica que o estilo de vida exercerá uma elevada influência sobre a saúde; "Muito Bom (85 a 102 pontos) " indica que o estilo de vida exercerá uma adequada influência para a saúde; "Bom (73 a 84 pontos) " indica que o estilo de vida trará muitos benefícios para a saúde; "Regular (47 a 72 pontos) " significa que o estilo de vida proporciona algum benefício para a saúde, porém apresenta alguns riscos; "Necessita melhorar (0 a 46 pontos) " indica que o estilo de vida apresenta muitos fatores de risco (Gonçalves, 2019).

Para avaliar as dimensões individualmente, estabelecemos como ponto de corte o valor médio do score total de cada dimensão. Um score inferior ao valor médio, reporta a necessidade de intervenção.

RESULTADOS

A amostra comporta 59.19% adolescentes do sexo masculino e 40.81% do sexo feminino, predominando o sexo masculino em relação ao feminino, o que corrobora os dados da Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC), quando nos apresenta que no período de 2017/2018 a percentagem de alunos do género masculino do ensino básico superou o género feminino.

O valor médio global relativamente ao estilo de vida dos adolescentes é de 55.36%, a que corresponde 95.83 pontos, enquadrando-se na categoria de 85 a 102 pontos, classificada pelo autor da escala como um Estilo de Vida "Muito Bom".

Da análise de cada domínio, emergem como domínios mais problemáticos, o comportamento de saúde e sexual com uma média de 2.98 pontos (numa escala de 12 pontos); a nutrição com uma média de 3.91 pontos (numa escala de 12 pontos); a atividade física/ associativismo com uma média de 4,60 pontos (numa escala de 12 pontos); e por fim o trabalho/tipo de Personalidade com uma média de 4.49 pontos (numa escala de 12 pontos).

DISCUSSÃO

Estes resultados, por traduzirem valores inferiores ao valor médio de cada domínio, sugerem a necessidade de mudança comportamental e consequentemente uma maior necessidade de intervenção.

Podemos concluir que, na generalidade os adolescentes possuem um estilo de vida "Muito Bom" para a maioria dos itens que compõem os domínios do *Fantastic Life*. Não obstante, o comportamento de saúde e sexual, a nutrição, a atividade física/associativismo e o trabalho/tipo de personalidade são domínios em que se verificam valores menores. De referir ainda que, destes, são o comportamento de saúde e sexual e a nutrição os domínios que se apresentam com valores mais baixos e consequentemente, com uma maior necessidade de intervenção por parte dos profissionais de saúde.

Reforçam esta necessidade de intervenção os escritos de Marinho e Anastácio (2012), que evidenciam que o interesse pela procura de nova informação sobre a sexualidade por parte dos adolescentes do ensino básico é representado por baixas percentagens quando comparado com outros assuntos, visto que revelam um maior interesse em saber mais sobre a adolescência no seu todo e não particularmente sobre o assunto da sexualidade.

No que diz respeito à dimensão Nutrição, o problema centra-se nos comportamentos evidenciados pelos adolescentes que são considerados inibidores da prevenção da doença e da promoção da saúde. Pelo valor que apresentam, destaca-se o consumo escasso de vegetais e fruta, o consumo excessivo de alimentos hipercalóricos e de baixo valor nutricional e o excesso de peso dos adolescentes. Atendendo a que é na adolescência que se moldam comportamentos e se criam hábitos alimentares que vão permanecer na vida futura, conforme refere Costa (2008) e Oliveira (2014), reveste-se de extrema importância intervir e educar para a promoção da saúde o mais precocemente possível.

Relativamente ao domínio da atividade física, corroboramos o que refere o Programa Nacional para a Promoção da atividade Física (2017) e consideramos que os baixos valores obtidos podem justificar-se com a acomodação a comportamentos sedentários, como ver televisão, a falta de tempo, a falta de motivação ou interesse e o sentimento de discriminação

ou receio de lesão. Segundo este programa, dos adolescentes entre os 10 e os 17 anos, só os rapazes que se encontram entre os 10 e os 11 anos cumprem as recomendações de atividade física diária recomendada. Com o passar da idade vão diminuindo os níveis de atividade física, mas os rapazes continuam a ter um nível de atividade física superior ao das raparigas.

No que diz respeito ao domínio do trabalho e tipo de personalidade, os nossos resultados vão de encontro aos de Carvalho (2012), quando este refere que é na adolescência que ocorre um significativo desenvolvimento da personalidade e que esta fase pode ser caracterizada como um período de maiores exigências de auto-regulação do afeto e do comportamento, desenvolvendo assim, padrões comportamentais adaptativos ou inadaptativos.

Conscientes do impacto que os Estilos de Vida dos adolescentes podem causar na sua qualidade de vida, atual e futura, e embora os participantes no estudo apresentem um Estilo de Vida "muito bom", de acordo com a classificação da escala de avaliação dos Estilos de Vida que utilizamos, salienta-se o comportamento de saúde e sexual, a nutrição, a atividade física/associativismo e o trabalho/tipo de personalidade como os domínios com necessidade de intervenção, enaltecendo como necessária a efetividade dos programas de promoção de saúde em contexto escolar.

REFERÊNCIAS

Baptista, F., Santos, D. A., Silva, A. M., Mota, J., Santos, R., Vale, S., . . . Sardinha, L. B. (2012). Prevalence of the portuguese population attaining sufficient physical activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *44*(3), 466-473. https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318230e441

Bomfim, R. A., Mafra, M. A. S., Gharib, I. M. S., De-Carli, A. D., & Zafalon, E. J. (2017). Factors associated with a fantastic lifestyle in Brazilian college students: A multilevel analysis. *Revista CEFAC*, *19*(5), 601-610. https://doi.org/10.1590/1982-0216201719518716

Carvalho, R. G. G. (2012). *A personalidade na compreensão do percurso escolar na adolescência*. http://hdl.handle.net/10451/6572

Ciência, D.-G. de E. da E. e, Educação, D. de S. de E. da, & Secundário, D. de E. do E. B. e. (2019). *Educação em números: Portugal 2019*. http://www.dgeec.mec.pt

Costa, R. N. e. (2008). O trabalho de projecto como estratégia para a promoção da educação alimentar. *Nutrícias – Revista Da APN*, 4-14.

Direção-Geral da Saúde, & Ministério da Saúde. (2017). Programa nacional para a promoção da atividade física. Retrieved from www.dgs.pt

Direção-Geral da Educação. (2014). Programa de apoio à promoção e educação para a saúde. *Ministério da Educação e Ciência*. http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes_doc.pdf%5Cnhttp://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude

DGS. (2019). *Educação para a saúde* | Direção-Geral da Educação. Rhttp://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude

Gonçalves Martins, A. C. (2019). Estilo de vida dos estudantes do ensino superior da zona norte do país. *Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa*, 35-36.

Schools for Health in Europe (SHE): Escolas Promotoras de Saúde – Direção-Geral da Educação. (n.d.).

Secund, E., Law, T. P., Order, M., Education, S., Isbn, T. E., & Superior, E. (2019). *Marinho, Susana Anastácio, Zélia Conceções de adolescentes dos 10 aos 18 anos sobre educação sexual e sexualidade*.

Silva, A. M. M., Brito, I. da S., & Amado, J. M. da C. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário fantastic lifestyle assessment em estudantes do ensino superior. Ciência e Saúde Coletiva, 19(6), 1901-1909. https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.04822013

Marinho, S., & Anastácio, Z. (2012). *Conceções de adolescentes dos 10 aos 18 anos sobre educação sexual e sexualidade*. http://hdl.handle.net/1822/21340%0AMetadados

Oliveira, H. de F. H. (2014). *Promoção de uma alimentação saudável nas crianças do 6.º b, 6.ºe, e 6.º f, da escola D. Domingos Jardo*, (1), 98. http://hdl.handle.net/10400.26/16268

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

ESTILOS PARENTAIS E IDEAÇÃO SUICIDA EM ADOLESCENTES

Laura Kopacheski Stamm[1] (✉ laurakstamm@hotmail.com) & Cloves Antonio Amissis de Amorim[1]

[1] Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasi

Embora o Brasil esteja em 73º lugar no ranking que classifica os países quanto à prevalência de suicídio, o país está na contramão de países do primeiro mundo. De acordo com o DATASUS/Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2015, houve um aumento de 63% na taxa de suicídio na faixa etária de 10 a 14 anos. Enquanto nos países desenvolvidos tem-se observado uma diminuição das taxas de suicídio, os indicadores brasileiros apontam para uma curva ascendente na frequência da conduta suicida (Botega, 2015).

Não são conhecidas todas as causas que podem levar ao suicídio, entretanto, parece haver consenso em relação à depressão. Na infância e na adolescência, o transtorno depressivo pode ser produto dos estilos parentais. Certas práticas utilizadas pelos pais na educação dos filhos podem acarretar, por um lado, no desenvolvimento de comportamentos antissociais e, por outro, no desenvolvimento de comportamentos pró-sociais em crianças e adolescentes (Sampaio, 2007). A monitoria negativa é abordada nos estudos como uma forma de predição de problemas de comportamento e competência social futuros. Em contrapartida, práticas educativas positivas são relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais. Dado o aumento preocupante dos indicadores brasileiros da taxa de suicídio nos adolescentes, faz-se necessário uma maior investigação se há uma relação entre a monitoria negativa dos pais e o desenvolvimento de ideação suicida nos filhos adolescentes.

O suicídio é o tipo de morte com maior possibilidade de prevenção. Considerando que a ideação suicida e mesmo a tentativa, aumentam o risco da conduta fatal, é fundamental o conhecimento das variáveis que podem

estar presentes no risco da conduta suicida para ações de prevenção. Este estudo buscou contribuir para a base de conhecimento ao explorar se há influência de estilos parentais no desenvolvimento de ideação suicida em adolescentes. Portanto, a presente pesquisa questiona: há correlação entre estilos parentais e ideação suicida?

Adolescência

A adolescência é um período transitório de transformações psíquicas e corporais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece os limites cronológicos da adolescência entre 10 e 19 anos e a Organização das Nações Unidas (ONU), entre 15 e 24 anos de idade. No brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescentes compreende a adolescência na faixa etária de 12 a 18 anos de idade (Eisenstein, 2005).

O jovem nessa etapa experimenta grandes mudanças, adquire novas habilidades e enfrenta diversos desafios que podem impulsionar o desenvolvimento de comportamentos e pensamentos suicidas (Steinberg, 2000; Braga & Dell'Aglio, 2013). A dificuldade dos jovens em lidar com as demandas situacionais e sociais impostas nesse período podem estimular o aparecimento de pensamentos sobre a morte (Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005). Da mesma forma, ideias de morte também podem surgir como uma estratégia dos adolescentes para lidar com problemas existenciais, como a compreensão do sentido da vida e da morte (Borges et al., 2008; Braga & Dell'Aglio, 2013).

Estilos Parentais

Os estilos parentais referem-se a padrões de comportamento parental criados pelo conjunto das atitudes dos pais quanto às práticas educativas parentais e aspectos da interação pais-filhos como, tom de voz, linguagem comportamental, descuido e mudança de humor (Darling & Steinberg, 1993; Weber, Bradenburg, & Viezzer, 2003). As práticas parentais são estratégias específicas utilizadas pelos cuidadores com o objetivo de educar, socializar e controlar o comportamento de seus filhos em diferentes contextos. Cinco práticas parentais são relacionadas ao desenvolvimento do comportamento antissocial: monitoria negativa, negligência, abuso físico, disciplina relaxada e punição inconsistentes, e duas ao desenvolvimento de comportamentos pró sociais: monitoria positiva e comportamento moral (Gomide, 2014).

A extensa e complexa influência dos estilos e práticas parentais têm mostrado consequências em uma ampla dimensão da vida dos filhos. Cuccì, O'Leary, Olivari, Bonanomi e Confalonieri (2019) evidenciaram a influencia dos pais na capacidade dos adolescentes de controlar suas emoções e de se envolver em relacionamentos românticos violentos. Quanto aos estilos parentais autoritário e negligente, Hutz e Bardagir (2006) constataram o predomínio de ansiedade e depressão na indecisão profissional dos filhos, Justo e Lipp (2010) encontraram resultados de aumento no nível de estresse de adolescentes, e, Pinquart e Gerke (2019), demonstraram o efeito negativo no desenvolvimento da autoestima das crianças com as práticas educacionais inadequadas. Em contraste, o estilo parental considerado mais adequado, autoritativo, se mostrou como protetivo ao consumo de álcool nos estudos de Martins e Scheneider (2016) e ao consumo de drogas em Domingues, Natividade e Hutz (2011).

Ideação Suicida

Denomina-se suicídio a vontade ou desejo deliberado e consciente de se matar (Marcelli & Braconnier, 2007). O comportamento suicida pode ser dividido em ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado (Braga & Dell'Aglio, 2013). A ideação suicida refere-se ao pensamento ou ideia suicida em que o indivíduo pensa, planeja ou deseja cometer suicídio (Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985). Pensamentos como sofrer um grave acidente, desejar em algum momento estar morto ou desejar nunca ter nascido são algumas das ideias que referem-se à esse fenômeno. A presença desses tipos de pensamentos é um importante preditor de risco para o suicídio, sendo considerado o primeiro "passo" para sua efetivação (Werlang et al., 2005).

Borges e Werlang (2006), analisaram uma população não-clínica de 526 adolescentes com idades entre 15 e 19 anos. Os achados evidenciaram um alto índice de ideação suicida na amostra estudada, sendo que as maiores taxas foram relacionadas ao sexo feminino. Ademais, foi observado uma maior relação com a ideação suicida naqueles participantes com um amigo que já tinha tentado suicídio ou que possuíam características de depressão e desesperança. O estudo de Azevedo e Matos (2014) reiteram os achados. Em uma população não-clínica, a sintomatologia depressiva revelou-se como forte preditor da ideação suicida, assim como também foi observado uma maior incidência nas mulheres.

MÉTODO

O estudo teve início com uma pesquisa de revisão bibliográfica a partir de dispositivos de busca online, consulta a bases de dados Scielo e Periódicos Capes, bem como arquivos impressos, como livros e manuais. Na busca online, foram selecionados os artigos mais recentes (2017-2019) com os seguintes descritores: "Estilos Parentais", "Práticas Parentais", "Parenting Styles", "Ideação Suicida", "Suicide Ideation" e "Adolescents".

Participantes

A pesquisa de campo foi realizada com 12 adolescentes do sétimo e oitavo ano com idades entre 11 a 17 anos do colégio Estadual Manoel Ribas em Curitiba, Brasil. Em relação ao gênero, 75% eram do sexo feminino e 25% do sexo masculino.

Material

Foram utilizados dois instrumentos, O Inventário de Estilos Parentais (Gomide, 2014) e a Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (Baptista, 2018). Os dados foram analisados através dos programas Excel e SPSS versão 21, utilizando a correlação de Spearman para as duas variáveis: estilos parentais e depressão infanto-juvenil. A correlação de Spearman permite analisar dados menores que 30 e seu coeficiente de correlação de postos é uma medida não paramétrica.

Procedimento

Após trâmite no comitê de ética, sob a Certificação De Apresentação Para Apreciação Ética (CAAE): 3.341.332, foram contatadas as instituições e agendadas as coletas de dados. Foram entregues aos alunos o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e o Termo de Assentimento a ser assinado pelos pais. Participaram da aplicação dos inventários os alunos que apresentaram os documentos assinados.

RESULTADOS

A fim de se constatarem os resultados obtidos pela resposta do inventário em relação ao estilo parental materno e paterno, foi elaborada a Tabela 1:

Tabela 1

Resultado dos estilos parentais encontrados no IEP (materno e paterno)

ALUNO	IEP MÃE	IEP PAI
Aluno 1	Estilo Parental de Risco	Estilo Parental de Risco
Aluno 2	Estilo Parental de Risco	Estilo Parental de Risco
Aluno 3	Estilo Parental de Risco	Estilo Parental Regular
Aluno 4	Estilo Parental Regular	Estilo Parental Bom
Aluno 5	Estilo Parental Bom	Estilo Parental Bom
Aluno 6	Estilo Parental de Risco	Estilo Parental Bom
Aluno 7	Estilo Parental de Risco	Estilo Parental de Risco
Aluno 8	Estilo Parental Bom	Estilo Parental Ótimo
Aluno 9	Estilo Parental de Risco	Estilo Parental Regular
Aluno 10	Estilo Parental de Risco	Estilo Parental de Risco
Aluno 11	Estilo Parental Regular	Estilo Parental Regular
Aluno 12	Estilo Parental de Risco	Estilo Parental de Risco

O estilo parental materno se apresentou como bom em 16.6%, regular em 16.6% e de risco em 66.6%. Não se encontrou nenhum estilo parental materno ótimo. Em relação ao estilo parental paterno encontrou-se que 8.3% foi apontado como ótimo (*N*=1), como bom em 25%, como regular em 25% e o estilo parental de risco paterno foi encontrado em 41.6%. Portanto, houve predomínio do estilo parental de risco.

Na Tabela 2 observam-se os resultados obtidos por cada estudante em relação à sintomatologia depressiva:

Tabela 2

Resultado dos níveis de sintomatologia depressiva.

ALUNO	EBADEPIJ
Aluno 1	Sintomatologia Moderada
Aluno 2	Sintomatologia Moderada
Aluno 3	Sintomatologia Moderada
Aluno 4	Comportamento Positivo
Aluno 5	Comportamento Positivo
Aluno 6	Comportamento Positivo
Aluno 7	Sintomatologia Grave
Aluno 8	Sintomatologia Leve
Aluno 9	Sintomatologia Leve
Aluno 10	Sintomatologia Leve
Aluno 11	Comportamento Positivo
Aluno 12	Sintomatologia Leve

Encontrou-se apenas uma participante com sintomatologia depressiva grave, 4 participantes com sintomatologia leve e 3 participantes com sintomatologia moderada. Quanto ao comportamento positivo encontrou-se 33.3% (*N*=4).

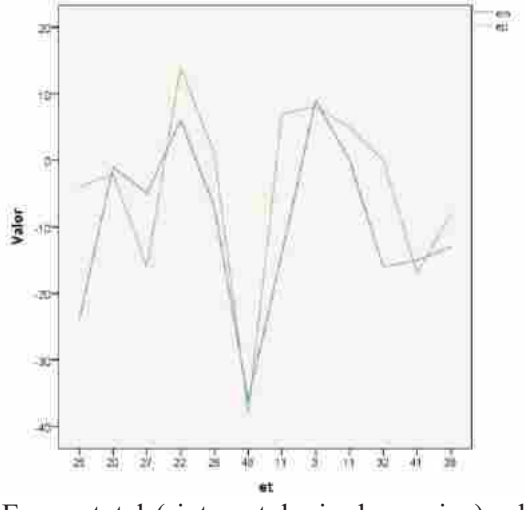


Figura 1. Escore total (sintomatologia depressiva) relacionado com IEP pai e IEP mãe.

DISCUSSÃO

Segundo Nunes e Mota (2017), as práticas adequadas das figuras de afeto (pai e mãe) contribuem no desenvolvimento das competências sociais e na ampliação do repertório de capacidades para lidar com dificuldades, atuando como um fator protetor da depressão e de ideação suicida. Nesse estudo, observou-se que houve um predomínio de práticas parentais consideradas de risco (sendo 66.6% materno e 41.6% paterno), e, contrariando a literatura, apenas uma figura paterna apresentou prática parental considerada ótima.

De acordo com Gomide (2014), entre as práticas educativas positivas encontra-se a monitoria positiva. Ou seja, o conjunto de comportamentos parentais de controle que envolvem a atenção para localização dos filhos, suas atividades e formas de adaptação de forma positiva e/ou adequada.

A questão número 8 do instrumento (IEP) investiga: "*Ele/ela me pergunta como foi meu dia na escola e me ouve atentamente"* na prática parental paterna correlacionou estatisticamente de forma significativa com as questões 2 "*Ele me ensina a devolver objetos ou dinheiro que não me pertence*" (*p*=.000); questão 13 "*Quando saio, ele me telefona me procurando muitas vezes"* (*p*=.003); questão 29 "*após uma festa ele quer saber se me diverti*" (*p*=.006). Enquanto que, ao se investigar a monitoria positiva materna obteve-se uma correlação da questão 8 com a questão 5 "*Ela ameaça que vai me bater ou castigar e depois nada acontece"* (*p*=.000); com a questão 15 "*Quando estou triste ou aborrecido ela se interessa em me ajudar a resolver o problema*" (*p*=.025) e com a questão 41 "*Quando estou aborrecido(a), ela fica insistindo para que eu contar o que aconteceu, mesmo que eu não queira contar"* (*p*=.011).

As práticas parentais relativas à questão número 8 permitem inferir que a tristeza e o sentimento de ameaça mobilizam o interesse dos pais, em especial materno, de controle e acompanhamento dos filhos. Quanto a análise paterna, observa-se também uma relação da monitoria positiva com a educação moral dos filhos e o cumprimento de regras.

A questão número 11 investiga: *"Sinto dificuldades para contar meus problemas para ele/ela, pois vive ocupado(a)"*. Com a figura paterna, correlacionou-se de forma significativa com a questão 14 *"Tenho muito medo de apanhar dele"* (*p*=.000); com a questão 17 *"Ele me castiga quando esta nervoso. Assim que passa a raiva ele me pede desculpas"* (*p*=.000); e com 39 *"Ele ignora meus problemas"* (*p*=.000). Na acultura ocidental, historicamente a figura paterna imprimiu medo e até um cero distanciamento afetivo nas relações familiares. Em contrapartida, a literatura sugere que a qualidade do laço emocional estabelecido com o pai é significativa para um desenvolvimento emocional equilibrado na adolescência e para a ausência de patologia emocional. Weber (2017) é enfática na modalidade afetiva como precedente de saúde mental e de bem-estar dos filhos, em especial dos adolescentes. Pais rígidos e pouco afetivos podem demonstrar um estilo que leve o filho a se esquivar e/ou omitir seus problemas e dificuldades.

Considerando a vulnerabilidade socioeconômica dos participantes, inferindo que pais e mães trabalhem ou estejam ausentes o dia todo, pode-se compreender a quase totalidade de estilo parental de risco. Gomide (2014), ao comentar a interpretação dos resultados do IEP, orienta que a

presença do estilo parental de risco deve ser motivo para a participação dos pais em programas de intervenção terapêutica, em grupos, de casal ou individualmente, especialmente desenvolvido para pais com dificuldades em práticas educativas nas quais possam ser enfocadas as consequências do uso de práticas negativas em detrimento das positivas.

De acordo com a Tabela 2, 66.6% dos participantes apresentam escores considerados leve e/ou comportamento positivo. Todavia, encontrou-se que 25% dos participantes apresentam sintomatologia moderada para depressão e um participante apresenta escores para sintomatologia grave ou severa. Foram analisadas as diferenças de gênero e encontrou-se que os rapazes apresentam sintomatologia leve (n=2) e comportamento positivo (n=1) enquanto que as moças apresentaram sintomatologia depressiva moderada (n=8) e apenas uma participante do sexo feminino teve escores considerados de sintomatologia depressiva severa, pontuando em baixa autoestima, humor rebaixado e a presença de ideação suicida. Os resultados corroboram com os achados na literatura em que o gênero feminino aparece como mais propenso ao desenvolvimento de ideação e comportamentos suicidas.

De acordo com Baptista (2018), a EBADEP-IJ não deve ser considerada como escala diagnóstica, sendo indicada para a deteção de sintomas depressivos clinicamente significativos e para o acompanhamento de intervenções clínicas. Ademais, os instrumentos auto aplicativos podem sofrer a interferência do desejo do respondente, logo podem ser manipulados em suas respostas. Sendo assim, o valor diagnóstico da EBADEP-IJ é mais indicativo e se mostrou bastante útil em uma amostra não-clínica conforme o objetivo desse estudo.

Essa pequena amostra não permitiu encontrar correlação positiva entre as práticas parentais e a ideação suicida. Provavelmente por se tratar de um instrumento fechado, seria pertinente outros procedimentos de escuta desses adolescentes para complementar os dados objetivos dos instrumentos. De acordo com Werlang et al. (2005), existem poucos autores que se dedicaram a analisar o potencial suicida na adolescência em populações não-clínicas. Todavia, os autores estimam que de 7% a 40% dos adolescentes da população geral já tiveram, em algum momento de sua vida, uma ideação suicida (Werlang et al., 2005, p. 48).

Mesmo com a impossibilidade de obter tal correlação, Moreira e Bastos (2015), em uma revisão de literatura sobre a prevalência de fatores

associados à ideação suicida na adolescência, destacaram a presença de sintomas depressivos como um importante fator de risco para a ideação suicida e, considerando que os dados se referem a uma população não clínica de adolescentes torna-se ainda mais preocupante.

Finalmente, considerando as Diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a prevenção do suicídio, é fundamental aumentar e difundir o conhecimento sobre as doenças mentais e a importância do reconhecimento precoce. Chávez-Hernandez, Medina e Macías-García (2008) afirmam que é imperativo intervir preventivamente com adolescentes, uma vez que são o grupo de maior risco suicida e que também são os primeiros a tomar conhecimento de qualquer risco de suicídio em seu grupo de amigos. Assim, quando capacitados para preveni-lo, podem ser agentes multiplicadores de maior consciência e de informação adequada em distintos âmbitos onde convivem.

REFERÊNCIAS

Azevedo, A., & Matos, A. P. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes, *Psicologia, Saúde & Doenças*, *15*(1), 180-191.

Baptista, M. N. (2018). *Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ).* São Paulo: HOGREFE / CETEPP.

Beck A. T., Steer, R. A., Kovacs M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry, 142*, 559-563. doi: 10.1176/ajp.142.5.559

Braga, L. L., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Suicídio na Adolescência: Fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos, 6*(1), 2-14. http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.61.01

Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia, 11*(3), 345-351. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012

Botega, N. J. *Crise suicida: Avaliação e manejo*. (2015). Porto Alegre: Artmed.

Chávez-Hernandez, A. M., Medina, M. C., & Mácias-García, L. F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicídio em jóvenes. *Salud Mental, 31*, 197-203.

Cuccì, G., O'Leary, K. D., Olivari, M. G., Bonanomi, A., & Confalonieri, E. (2019). Adolescent dating violence perpetration, emotional dysregulation, parenting styles. *Journal od Family Psychology, 33*(1), 12-22. https://doi.org/10.1037/fam0000464

Domingues, A. E., Natividade, J. C., & Hutz, C. S. (2011). Uso de drogas e estilos parentais percebidos na adolescência. *Revista Interinstitucional de Psicologia, 4*(1), 3-11.

Eisenstein, E. (2005). Adolescência: Definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, *2* (2), 6-7.

Gomide, P. I. C. (2014). *Inventário de Estilos Parentais. Modelo teórico: Manual de aplicação, apuração e interpretação.* Petrópolis: Vozes.

Hutz, C. S., & Bardagir, M. P. (2006). Indecisão profissional, ansiedade e depressão na adolescência: A influência dos estilos parentais**.** *Psico-FUSF*, *11*(1), 65-73.

Justo, A. P., & Lipp, M. E. N. (2010). A influência do estilo parental no stress do adolescente. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, *30*(79), 363-378.

Martins, K. S., & Schneider, D. R. (2016). Estilos parentais percebidos e o consumo de álcool entre adolescentes: Revisão sistemática de estudos empíricos. *Adolescência & Saúde*, *13*(4), 89-97.

Moreira, L. C. O., & Bastos, P. R. H. O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: Revisão de literatura. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, 19*(3), 445-453.

Nunes, F., & Mota, C. P. (2017). Vinculação aos pais, competências sociais e ideação suicida em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia***,** *69*(3), 52-65.

Organização Mundial da Saúde. (2014). For which strategies of suicide prevention is there evidence or effectiveness. *Regional Office for Europe's Health Evidence Network.*

Pinquart, M., & Gerke, D. (2019). Associations of parenting styles with self-esteem in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies.* https://doi.org/10.1007/s10826-019-01417-5.

Sampaio, I. T. A. (2007). Inventário de Estilos Parentais (IEP): Um novo instrumento para avaliar as relações entre pais e filhos. *Psico-USF, 12*(1), 125-126.

Weber, L. N. D., Bradenburg, O. J., & Viezzer, A. P. A relação entre o estilo parental e o otimismo da criança. *Psico-Usf*, *8*(1), 71-79.

Weber, L. N. D**.** *Eduque com carinho.* (2017). Curitiba: Juruá.

Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia, 39*(2), 259-266.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

FATORES DE RISCO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO FEMININA

Marta G. Porto[1] (✉ martagporto@hotmail.com), Filipa Pimenta[1,2], Rita Albergaria[1], Ana Leal[1], João Marôco[1,2], Teresa Mascarenhas[3], & Isabel Leal[1,2]

[1] ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

[2] WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

[3] Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

De acordo com a Sociedade de Continência Internacional (2002), a Incontinência Urinária (IU) é definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina, afetando mais de 340 milhões de pessoas a nível mundial (Abrams et al., 2002; Hannestad, Rortveit, Sandvik, & Hunskaar, 2000; Markland, Goode, Redden, Borrud, & Burgio, 2010). A prevalência de IU varia entre os 14 e 71,5% entre os 40 e 60 anos (van der Vaart, de Leeuw, Roovers, & Heintz, 2002) e 20 e 45% acima da meia idade (Stach-Lempinen, Kujanson, Laippala, & Metsanoja, 2001).

Existem diferentes tipos de IU, sendo que o presente estudo vai incidir na Incontinência Urinária de Esforço (IUE) – em que a perda de urina ocorre durante determinadas atividades (e.g., exercício físico, tosse, espirro), onde a pressão na bexiga aumenta e a uretra ou esfíncter não resistem à pressão (elevada pressão intra-abdominal), sendo o tipo mais comum – 50% (Abrams et al., 2002; Coyne et al., 2012; Mørkved & Bø, 2000). A prevalência de IUE varia entre os 12 e 46% sendo que esta situação se vai agudizar devido às alterações demográficas a nível mundial (i.e., envelhecimento da população) (Hannestad et al., 2000). Estudos realizados nos EUA estimam que irão ser gastos $82,6 biliões de dólares em 2020 com a IU devido ao envelhecimento da população, sendo que a IU é geralmente pouco relatada, sendo subdiagnosticada e subtratada (Coyne et al., 2014; Nambiar, Cody, & Jeffery, 2014).

A literatura documenta diversos fatores de risco principais para a IUE; a Tabela 1 apresenta-os resumidamente, expondo igualmente em que amostras estes foram identificados. Foram incluídos estudos empíricos, excluindo meta-análises, revisões sistemáticas, documentos não publicados em jornais revistos por pares, teses e revisões de literatura.

Outros fatores de risco (secundários) documentados na literatura científica são a perimenopausa (Mishra, Cardozo, & Kuh, 2010), a Terapêutica Hormonal (Rahkola-Soisalo et al., 2018), o consumo de álcool (Schmidbauer, Temml, Schatzl, Haidinger, & Madersbacher, 2001), consumo de tabaco (Magon, Malik, Kalra, & Chauhan, 2011), cafeína (Gleason et al., 2012) e exercício físico intenso (atividades desportivas de alto impacto e levantamento de pesos) (McKenzie, Watson, Thompson, & Briffa, 2016).

A IUE tem numerosas consequências negativas a nível físico (e.g., odor urinário e vestuário molhado); psicológico (estigma, vergonha, autoestima e autoconceito negativos, ansiedade, depressão, perda de autonomia); sexual (incluindo presença de disfunções sexuais) (Coyne et al., 2014; Handa, Harvey, Cundiff, Siddique, & Kjerulff, 2004; Özel, White, Urwitz-Lane, & Minaglia, 2005); sociocultural (isolamento social, diminuição das atividades sociais e domésticas; institucionalização de idosos em lares); profissional (absentismo, menor produtividade e alteração radical do ritmo de trabalho); e económico-financeiro (e.g., despesa acrescida em roupa interior, pensos e fraldas). Estas consequências conduzem a uma pior Qualidade de Vida (QdV) das mulheres nos diferentes grupos etários (Basak, Kok, & Guvenc, 2013; Lasserre et al., 2009; Margalith, Gillon & Gordon, 2004), destacando-se que o efeito psicossocial pode ser mais devastador do que as consequências físicas.

A IUE feminina é um problema de saúde pública (elevada prevalência e elevado impacto físico, psicológico, sexual e social), desconhecendo-se o seu impacto em mulheres portuguesas (constituindo um problema subdiagnosticado e subestimado). Neste sentido, encontrar fatores de risco é fulcral para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento de IUE.

O presente estudo tem assim dois objetivos: (1) fazer uma breve revisão da literatura sobre fatores de risco da IUE; e (2) realizar uma comparação univariada entre participantes com e sem fatores de risco (i.e., paridade; estado de menopausa; consumo de café; IMC; álcool; ser fumador ou não) em relação ao grau de gravidade da IUE, e estudar a relação entre a idade e a IUE feminina.

MÉTODO

Participantes

A amostra é comunitária, não probabilística, de conveniência, e composta por 491 mulheres com idades compreendidas entre os 45-65 anos (*M*=52.18; *DP*=4.88). Esta foi recolhida através de questionários em formato online (*n*=393) e em formato papel (*n*=98). No presente estudo, 341 participantes tinham algum grau de IUE e 150 não apresentavam qualquer IUE. As variáveis sociodemográficas das participantes com e sem Incontinência Urinária encontram-se na Tabela 2.

Tabela 1

Principais Fatores de Risco para Incontinência Urinária de Esforço na mulher

Autores	Fatores de Risco (Idade, IMC, Parto Vaginal, Paridade, Gravidez)	Faixa Etária, *M, DP, Min, Max*
Altman et al. (2017)	Parto Vaginal	19-46 (*M*=40, ND, 19, 46)
Goldberg et al. (2005)	Parto Vaginal; Paridade; Idade; IMC (i.e., sobrepeso e obesidade)	15-85 (*M*=47.1, ND, 15, 85)
Parazzini et al., (2003)	IMC (i.e., sobrepeso e obesidade) Parto Vaginal	≥40 (*M*=62.3, ND, 40, 88)
Pedersen et al. (2017)	IMC (i.e., sobrepeso e obesidade), Idade; Parto vaginal	≥18 (*M*=50.3, ND, ND, ND)
Zhu et al., (2009)	Idade; Parto vaginal; Paridade	20-99 (*M*=45, *DP*=16, 20, 99)

Nota. ND=não disponível.

Material

IUE. Da Escala Cervantes-10 itens (CS-10) (Monterrosa-Castro et al., 2012; Pimenta et al., 2019) – utilizou-se o item 8 *("Tenho medo de fazer esforços porque tenho perda de urina"*) para avaliar a presença de IUE, o qual é pontuado numa rating scale de 6 pontos, de 0 ("sem sintoma") a 5 ("muito grave"). Mulheres que pontuassem acima de 1 eram consideradas com algum grau de IUE.

Variáveis sociodemográficas, de saúde, de menopausa e de estilo de vida. Os participantes preencheram um questionário de autorrelato sobre

dados sociodemográficos (idade, escolaridade, rendimento familiar anual, número de filhos), saúde (IMC, estado de saúde física e psicológica), estado de menopausa (de acordo com os estadios do envelhecimento reprodutivo proposto pela STRAW+10 (Harlow et al., 2012) e variáveis de estilo de vida (e.g., consumo de café e exercício físico).

Tabela 2

Características Sociodemográficas de Participantes Com e Sem IUE

	Com IUE (n=150)		Sem IUE (n=341)	
	n	%	*n*	%
Idade *M (DP)*	52 (.395)		52 (.266)	
Habilitações Literárias				
4º Ano	3	2	4	1.17
6º Ano	3	2	8	2.35
9º Ano	8	5.33	19	5.57
12º Ano	33	22	91	26.69
Ensino Superior	103	68.66	219	64.22
Rendimento				
≤ 10.000	27	19.15	68	21.25
10.001 – 20.000	23	16.31	79	24.69
20.001 – 37.500	52	36.88	93	29.06
37.501 – 70.000	28	19.86	58	18.13
≥ 71.000	11	7.8	22	6.88
Relação Afetivo-Sexual				
Sim	119	79.33	261	76.54
Não	31	20.67	80	23.46
Paridade				
0	14	9.33	52	15.29
1	38	25.33	84	24.63
2	66	44	149	43.82
≥ 3	32	21.33	55	16.18

Procedimento

As participantes que responderam ao formato em papel receberam um envelope aberto com duas cópias do consentimento informado (que

explicava os objetivos do estudo e a participação voluntária) e os questionários. As participantes, após o preenchimento do questionário, foram instruídas a entregá-lo em envelope fechado. Apenas foram considerados questionários com consentimento informado assinado. No que respeita às participantes que preencheram em formato online, o consentimento informado e os questionários foram disseminados por e-mail e redes sociais (e.g., fóruns de menopausa no Facebook). Esta pesquisa seguiu os padrões da Ordem dos Psicólogos e da American Psychological Association em relação ao tratamento ético dos participantes. A análise estatística foi efetuada com o SPSS (Statistical Package for Social Sciences) (v. 25).

Recorreu-se a estatística não paramética para a análise dos dados (uma vez que a variável dependente é ordinal), tendo sido aplicados o teste de Mann-Whitney, o teste de Kruskal-Wallis e o teste post-hoc de Dunn. De forma a averiguar a existência de associações entre variáveis, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Consideraram-se estatisticamente significativos os resultados com $p \leq .05$.

RESULTADOS

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as participantes que consomem álcool e as que não consomem, relativamente ao grau de IUE (U=16 646, p=.343); entre as participantes que fumam e as que não fumam, em relação ao grau de IUE (U=25202, p=.752); entre as participantes que consomem café e as que não consomem, relativamente ao grau de IUE (U=14088, p=.517); entre as participantes que têm filhos e as que não têm, relativamente ao grau de IUE (U=12504, p=.087); não tendo sido igualmente observadas diferenças estatisticamente significativas entre as participantes nos diferentes estados de Menopausa (pré-, peri e pós-menopausa), no que respeita ao grau de IUE ($H(2)$=5.665, p=.059, N=491). A idade não se encontra correlacionada com a IUE, r=-.023, p=.606.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as participantes que pertenciam a diferentes classes de IMC, em relação ao

grau de IUE ($H(2)=7.457$, $p=.024$, $N=485$) As diferenças observadas entre as participantes pertencentes às três classes de IMC (baixo peso; peso normal; sobrepeso e obesidade), no que respeita ao grau de IUE, foram observadas com o Teste HSD de Tukey, tendo-se encontrado diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com peso normal e sobrepeso, $p=.029$.

DISCUSSÃO

No presente estudo, apenas o IMC foi um fator de risco para a IUE, sendo este último aspeto congruente com a literatura (e.g., Parazzini et al., 2003; Osborn et al., 2013; Pedersen et al., 2017). De forma a atenuar os sintomas e promover uma melhor qualidade de vida nas mulheres com IUE, conclui-se fundamental a modificação do estilo de vida (e.g., diminuição do peso corporal).

O sobrepeso e a obesidade estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade, sendo um problema grave de saúde pública (OMS, 2000). Não obstante, a obesidade e o sobrepeso são factores de risco/causas reversíveis de IUE. Salienta-se que a manutenção de um peso saudável entre os valores normais de IMC reduz o risco de desenvolvimento de IUE, sendo que a perda ponderal se associa à atenuação dos sintomas (Khullar et al., 2013). Mulheres com e sem os restantes factores de risco não apresentaram diferenças ao nível do sintoma medido (IUE) possivelmente pela forma como as variáveis foram mensuradas (e.g., no consumo de álcool não foram consideradas as quantidades de álcool consumido nas participantes que reportaram ingerir álcool) e existiu possivelmente uma amplitude de idade demasiado limitada neste estudo (45-65) para esta se apresentar significativa para a gravidade do sintoma.

Como limitações do presente estudo destaca-se a utilização de apenas um item para a avaliação da IUE (item 8 da escala Cervantes de 10 itens). Neste sentido, de forma a avaliar tanto a presença de sintomas de IU, como o seu impacto na Qualidade de Vida das mulheres, sugere-se a utilização dos seguintes instrumentos em estudos futuros que foquem esta

problemática (i.e., questionários de auto-reporte): *King´s Health Questionnaire*, instrumento original de Kelleher, Cardozo, Khullar, & Salvatores (1997), e *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*, instrumento original de Avery et al. (2004), sendo ambos instrumentos recomendados pela Sociedade Internacional de Continência (Donavan & Bosch, 2002). O KHQ foi adaptado para a população portuguesa por Viava, Viana, Neto e Mascarenhas (2015). O ICIQ-SF ainda não se encontra adaptado para a população portuguesa e a presente equipa encontra-se já a desenvolver a sua validação.

Outra das limitações do estudo prende-se com a utilização de técnicas mais elementares de análise estatística univariada, em detrimento de procedimentos mais complexos de análise exploratória de dados e estatística multivariada (e.g., Análise de Equações Estruturais) (Marôco, 2014).

Financiamento: O William James Center for Research é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (UID/PSI/04810/2019).

REFERÊNCIAS

Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., . . . Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics, 21*(2), 167-178. doi: 10.1002/nau.10052

Altman, D., Ekström, Å., Forsgren, C., Nordenstam, J., & Zetterström, J. (2007). Symptoms of anal and urinary incontinence following cesarean section or spontaneous vaginal delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 197*(5). doi: 10.1016/j.ajog.2007.03.083

Avery, K., Donovan, J., Peters, T. J., Shaw, C., Gotoh, M., & Abrams, P. (2004). ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics, 23*(4), 322-330. doi: 10.1002/nau.20041

Basak, T., Kok, G., & Guvenc, G. (2013). Prevalence, risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: A synthesis of the literature. *International Nursing Review, 60*(4), 448-460. doi: 10.1111/inr.12048

Coyne K. S., Kvasz, M., Ireland, A. M., Milsom, I., Kopp, Z. S., Chapple, C. R. (2012) Urinary Incontinence and its Relationship to Mental Health and Health-Related Quality of Life in Men and Women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. *European Urology, 61*(1), 88-95. doi: 10.1016/j.eururo.2011.08.059

Coyne, K. S., Wein, A., Nicholson, S., Kvasz, M., Chen, C.-I., & Milsom, I. (2014). Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: A systematic review. *Journal of Managed Care Pharmacy, 20*(2), 130-140. doi: 10.18553/jmcp.2014.20.2.130

Donavan, J., & Bosch, R. (2002). Symptom and quality of life assessment. In P. Abrams, L. Cardoso, S. Khoury, & A. Wein (Eds.), *Incontinence* (pp. 521-584). https://www.ics.org/Publications/ICI_5/INCONTINENCE.pdf

Gleason, J. L., Richter, H. E., Redden, D. T., Goode, P. S., Burgio, K. L., & Markland, A. D. (2012). Caffeine and urinary incontinence in US women. *International Urogynecology Journal, 24*(2), 295-302. doi: 10.1007/s00192-012-1829-5

Goldberg, R. P., Abramov, Y., Botros, S., Miller, J.-J., Gandhi, S., Nickolov, A., . . . Sand, P. K. (2005). Delivery mode is a major environmental determinant of stress urinary incontinence: Results of the Evanston-Northwestern Twin Sisters Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 193*(6), 2149-2153. doi: 10.1016/j.ajog.2005.08.055

Handa, V. L., Harvey, L., Cundiff, G. W., Siddique, S. A., & Kjerulff, K. H. (2004). Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 191*(3), 751-756. doi: 10.1016/j.ajog.2003.11.017

Hannestad, Y. S., Rortveit, G., Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2000). A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *Journal of Clinical Epidemiology, 53*(11), 1150-1157. doi: 10.1016/s0895-4356(00)00232-8

Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., … Rebar, R. W. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Climacteric, 15*(2), 105-114. doi: 10.3109/13697137.2011.650656

Kelleher, C. J., Cardozo, L. D., Khullar, V., & Salvatore, S. (1997). A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 104*(12), 1374-1379.doi: 10.1111/j.1471-0528.1997.tb11006.x

Khullar, V., Sexton, C. C., Thompson, C. L., Milsom, I., Bitoun, C. E., & Coyne, K. S. (2013). The relationship between BMI and urinary incontinence

subgroups: Results from EpiLUTS. *Neurourology and Urodynamics, 33*(4), 392-399. doi: 10.1002/nau.22428

Lasserre, A., Pelat, C., Guéroult, V., Hanslik, T., Chartier-Kastler, E., Blanchon, T., . . . Bloch, J. (2009). Urinary Incontinence in French women: Prevalence, risk factors, and impact on quality of life. *European Urology, 56*(1), 177-183. doi: 10.1016/j.eururo.2009.04.006

Magon, N., Malik, S., Kalra, B., & Chauhan, M. (2011). Stress urinary incontinence: What, when, why, and then what? *Journal of Mid-Life Health, 2*(2), 57. doi: 10.4103/0976-7800.92525

Margalith, I., Gillon, G., & Gordon, D. (2004). Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Quality of Life Research, 13*(8), 1381-1390. doi: 10.1023/b:qure.0000040794.77438.cf

Markland, A. D., Goode, P. S., Redden, D. T., Borrud, L. G., & Burgio, K. L. (2010). Prevalence of urinary incontinence in men: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *The Journal of Urology, 184*(3), 1022-1027. doi: 10.1016/j.juro.2010.05.025

Marôco, J. P. 2010. *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software e Aplicações* (1ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.

McKenzie, S., Watson, T., Thompson, J., & Briffa, K. (2016). Stress urinary incontinence is highly prevalent in recreationally active women attending gyms or exercise classes. *International Urogynecology Journal, 27*(8), 1175-1184. doi: 10.1007/s00192-016-2954-3

Mishra, G. D., Cardozo, L., & Kuh, D. (2010). Menopausal transition and the risk of urinary incontinence: Results from a British prospective cohort. *BJU International, 106*(8), 1170-1175. doi: 10.1111/j.1464-410x.2010.09321.x

Monterrosa-Castro, A., Romero-Pérez, I., Marrugo-Flórez, M., Fernández-Alonso, A. M., Chedraui, P., & Pérez-López, F. R. (2012). Quality of life in a large cohort of midaged Colombian women assessed using the Cervantes Scale. *Menopause, 19,* 924-930.

Mørkved, S., & Bø, K. (2000). Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: A one-year follow up. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 107*(8), 1022-1028. doi: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb10407.x

Nambiar, A., Cody, J. D., Jeffery, S. T., & Aluko, P. (2017). Single-incision sling operations for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* doi: 10.1002/14651858.cd008709.pub3

Özel, B., White, T., Urwitz-Lane, R., & Minaglia, S. (2005). The impact of pelvic organ prolapse on sexual function in women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal, 17*(1), 14-17. doi: 10.1007/s00192-005-1327-0

Parazzini, F., Chiaffarino, F., Lavezzari, M., & Giambanco, V. (2003). Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 110*(10), 927-933. doi: 10.1111/j.1471-0528.2003.02343.x

Pedersen, L., Lose, G., Høybye, M. T., Elsner, S., Waldmann, A., & Rudnicki, M. (2017). Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 96*(8), 939-948. doi: 10.1111/aogs.13149

Pimenta, F., Albergaria, R., Leal, A. B., Maroco, J., Leal, I., Chedraui, P., & Pérez-López, F. R. (2019). The 10-item cervantes scale: paper-and-pencil and online format assessment of menopause-related symptoms. *Maturitas, 124, 189.* doi: 10.1016/j.maturitas.2019.04.201

Schreiber Pedersen, L., Lose, G., Høybye, M. T., Elsner, S., Waldmann, A., & Rudnicki, M. (2017). Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 96*(8), 939-948. doi: 10.1111/aogs.13149

Stach-Lempinen, B., Kujanson, E., Laippala, P., & Metsanoja, R. (2001). Visual analogue scale, urinary incontinence severity score and 15D – Psychometric testing of three different health-related quality-of-life instruments for urinary incontinent women. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, 35*, 476-483.

Viana, R., Viana, S., Neto, F., & Mascarenhas, T. (2015). Adaptation and validation of the King's Health Questionnaire in Portuguese women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal, 26*(7), 1027-1033. doi: 10.1007/s00192-015-2628-6

World Health Organization (2000) Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation. *WHO Technical Report Series*. http://libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf

Zhu, L., Lang, J., Liu, C., Han, S., Huang, J., & Li, X. (2009). The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. *Menopause, 16*(4), 831-836. doi: 10.1097/gme.0b013e3181967b5d

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

GENDER OCCUPATIONAL HEALTH: HOW TO SUPPORT HIGHER EDUCATION TEACHERS?

Isabel Souto[1,2], Anabela Pereira[1,2,3], Elisabete Brito[1,4,5], & Inês Direito[6]

[1] Laboratório de Estudos e Intervenção no Stresse, Universidade de Aveiro (StressLab), Portugal
[2] Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro, Portugal
[3] Centro de Investigação em Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF), Portugal
[4] Escola Superior de Tecnologias e Gestão de Águeda, Universidade de Aveiro, Portugal
[5] Centro de Investigação em Governança, Competitividade e Políticas Públicas (GOVCOPP), Portugal
[6] Centre for Engineering Education, University College of London, UK

Sabe-se que o *Stress* Ocupacional (SO) pode prejudicar a saúde física e mental do trabalhador, resultando em comprometimento funcional temporário ou permanente (European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA], n.d.; Hassard, Cox, Murawski, De Meyer, & Muylaert, 2011; Leka & Jain, 2010). Vários autores apontam os Riscos Psicossociais (RPs) como centrais a este fenômeno, os quais correspondem a um conjunto de fatores relacionados ao trabalho (conteúdo ou contexto) passíveis de gerar *stress* (EU-OSHA, 2018; Leka & Jain, 2010; Wolf, Ivanov, Mugdal, Bos, & Neira, 2018; World Health Organiztion [WHO], 2013). De acordo com Wolf et al., (2018), para enfrentar esse risco global à saúde é necessário lidar com as ameaças (à saúde) no local de trabalho (como *stress*). Observe que o paradigma de gestão de RPs tem sido recomendado como mais eficaz do que simples intervenções no local de trabalho (Wolf et al., 2018) esperando-se que seja mais eficaz na proteção e promoção da saúde dos trabalhadores. Em Portugal, a avaliação e prevenção das RPs estão no escopo da Legislação de Segurança e Saúde no Trabalho (Lei nº3/2014 de 28 de janeiro, 2014). Esta legislação prediz também o combate aos riscos para a segurança e a saúde do trabalhador na sua origem (incluindo os riscos psicossociais), no entanto, é reconhecida a necessidade desenvolver diretrizes de prevenção adequadas,

principalmente com base na identificação das diferentes necessidades específicas de contextos de trabalho, o que pode ser feito através de uma avaliação eficaz (Hassard et al., 2011).

O estudo da SO é particularmente relevante no contexto do Ensino Superior (ES): para professores que trabalham deste contexto, o trabalho é marcado por altas exigências pessoais, profissionais e científicas, inerentes à constante inovação e clima de turbulência, decorrentes da reconciliação dos sistemas de ensino na Europa (Processo de Bolonha), aumento do número de alnos, inovação e integração tecnológica, e não só (Cladellas & Castelló, 2011; Slišković & Maslić Seršić, 2011; Sun, Wu, & Wang, 2011). Sabe-se que os problemas de saúde ocupacional nos professores são atuais e prevalentes (Jardim & Pereira, 2016; Leka & Jain, 2010), com consequências individuais e organizacionais (Cladellas & Castelló, 2011; Slišković & Maslić Seršić, 2011), no entanto, a maioria dos estudos nesta área é direcionada a professores dos ciclos de estudo até ao secundário, ou direcionados/limitado à investigação associada ao síndrome de *Burnout* (Cladellas & Castelló, 2011). Estudos recentes evidenciaram que os docentes que trabalham em ES em Portugal apresentam altos níveis de *stress* e elevadas exigências trabalho, as quais correlacionadas com muitos RPs (Souto, Pereira, Brito, Sancho, & Barros, 2019; Souto, Pereira, Brito, Sancho, & Jardim, 2018). Além disso, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de género, nos quais as mulheres apresentaram maior distress e ansiedade, bem como diferenças significativas em alguns fatores de RPs (Souto et al., 2019). O paralelismo dos resultados com a tendencial disparidade de género neste contexto é inegável (Comissão para a Cidadania e Igualdade [CIG], 2017), reforçando que a integração da perspetiva de género também deve ser considerada ao abordar a SO (International Labour Organization [ILO], 2019).

Este projeto tem como objetivo estudar OS na ES, implementando uma abordagem inovadora integrada e intercultural de género. Usando uma abordagem de pesquisa de métodos mistos, pretendemos contribuir com dados baseados em evidências que apoiam o desenvolvimento adequado de diretrizes de saúde para a ES. Procuramos ainda contribuir para a agenda da ONU para 2030, ou seja, realizações de trabalho decente, promover ambientes de trabalho seguros e protegidos, igualdade de gênero e *empowerment* das mulheres, para além de fortalecer a capacidade de gestão e redução de riscos nacionais e globais à saúde (UN Women, 2018; United

Nations, 2015). Procuramos atingir (de forma integrada e multidimensional) os seguintes objetivos:

1) Identificar e caracterizar os níveis de *Distress* e *Burnout,* bem como os RPs presentes no contexto de trabalho de professores de ES;
2) Analisar as relações entre RPs, *Distress* e *Burnout*, dimensões de Coping e características sociodemográficas (género) dos participantes;
3) Identificar quais RPs do contexto de trabalho específico atuam como preditores para o desenvolvimento de *stress* relacionado com o trabalho (e respetivos impactos na saúde), bem como bem como, cruzar os diferentes papéis de trabalho desempenhados pelos professores e características sociodemográficas.
4) Perceber e integrar os significados subjacentes dos RPs significativos observados, bem como expectativas de *performance*, habilidades necessárias/estratégias usadas para lidar com distress relacionado com o trabalho (*coping skills*), integrando uma perspetiva de género e abordagem comparativa intercultural.
5) Integrar todos os dados no desenvolvimento de *guidelines* adequadas à prevenção e intervenção de riscos para a doença e promoção de saúde ocupacional, de forma a fortalecer e promover o bem-estar e *performance* dos professores.

Descrição Detalhada do Programa de Investigação

Para o desenvolvimento adequado de diretrizes de prevenção e intervenção, a avaliação precedente deve ser capaz de fornecer dados baseados em evidências sobre necessidades específicas do público-alvo. Dessa forma, consideramos prioritário o inventário adequado as necessidades, por meio da abordagem quantitativa e qualitativa de pesquisa, com a inclusão gradual dos objetivos propostos, em três estudos:

ESTUDO 1: ESTUDO EXPLORATÓRIO

Nesta fase pretende-se desenvolver um estudo empírico, envolvendo uma amostra representativa nacional de professores ES. Esta (primeira) recolha de dados de caracter quantitativo, com recurso a um protocolo de

questionários, visa responder aos 3 primeiros objetivos do presente projeto, com produção científica correspondente (artigo científico).

Instrumentos

Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ; versão portuguesa de Silva et al., 2011) é uma ferramenta que reúne consenso internacional sobre a adequação para avaliar os RPs mais importantes no local de trabalho, diferindo de outras escalas pela integração do impacto na saúde que a respetiva exposição representa (Fernandes & Pereira, 2016; Silva et al., 2011). A versão média é composta por 76 itens, distribuídos por 29 sub-escalas, agrupadas em 8 dimensões principais, nomeadamente: Exigências no trabalho, Organização e Conteúdo do trabalho, Relações sociais e Liderança, interface individuo-trabalho, Valores no local de trabalho, Personalidade, Exposição a comportamentos ofensivos, Saúde e Bem-estar.

Kessler Psychological Distress Scale (K10; versão portuguesa de Pereira et al., 2017), é uma escala de autorrelato breve, composta por 10 itens, altamente confiável para avaliar distress psicológico. A amplitude dos resultados permite verificar a presença/ausência de sintomas de distress com significância clínica, e que representam risco para desenvolvimento de perturbação.

Oldenburg Burnout Inventory (OLBI; versão portuguesa de Sinval, Queirós, Pasian, & Marôco, 2019), é uma escala breve, composta por 16 itens que permite avaliar e entender o burnout nas organizações. Difere de outras escalas, uma vez que não se constitui como uma dimensão essencial do burnout mas, para além de integrar uma perspetiva de género, pode também ser interpretada em função das possíveis consequências da síndrome (Sinval et al., 2019): inclui a subescala de exaustão (aspetos cognitivos, físicos e emocionais/afetivos da exaustão) e a subescala de desengajamento (distanciamento do trabalho em geral ou distanciamento do próprio do conteúdo e do objetivo, além de experimentar atitudes negativas).

Brief COPE (versão portuguesa de Ribeiro & Rodrigues, 2004), é um instrumento usado para avaliar as estratégias de coping usadas para lidar com o stress, podendo ser ajustada para investigar o Estado (focado na

situação especifiva/momento presente) ou o Traço (estilo usual de autorregulação). É composto por 28 itens distribuídos em 14 dimensões: autodistração, coping ativo, negação, uso de substâncias, uso de apoio emocional, uso de suporte instrumental, distanciamento comportamental, distanciamento mental, reinterpretação positiva, planejamento, humor, aceitação, religião e aceitação e culpa.

Características demográficas e do trabalho dos participantes

O questionário sociodemográfico visará a recolha de informações demográficas e informações especificas do trabalho (contexto de lecionação, área científica, anos de trabalho, tipo de contrato e horário, funções desempenhadas/ acumuladas e sobrecarga das mesmas).

ESTUDO 2: ENTREVISTAS E *FOCUS GROUP*

Considerando que as necessidades de prevenção e intervenção não derivam apenas dos contextos individuais de trabalho, mas também de um conjunto de significados (pressupostos, valores e crenças), não só dos fatores de PRs, como também o conjunto expectativas relacionadas com trabalho/diferentes funções desempenhadas e/ou pressupostos de desempenho. Evidencia-se assim a adequação de recolha de dados/informações mais diversificadas visando enquadrar estas dimensões, bem como explorar as estratégias coping usualmente adotadas para lidar com a exposição diária ao stress relacionado com o trabalho. Assim, tendo por base os resultados obtidos no primeiro estudo, serão desenvolvidas *guidelines* para um segundo estudo que incidirá numa metodologia qualitativa, através de entrevistas e *focus group*. Neta fase será também integrada uma perspetiva de género (visando entender o papel desse fator na dinâmica específica do contexto de trabalho) e intercultural, a partir da qual é possível encontrar o verdadeiro valor e significado de um fenômeno, bem como perceber a tendência de resposta inata (Finuras, 2018).

As entrevistas (com uma amostra uma amostra representativa) e *focus group* (com um grupo de especialistas) serão realizadas em Portugal e em

Inglaterra, na University College of London (UCL), destacando-se esta Universidade pelo apoio à igualdade e avanço das carreiras das mulheres na ciência, reconhecido pela atribuição de um *Athena SWAN* de prata em 2018. Todos os dados recolhidos serão incorporados e analisados de acordo com o objetivo 4, esperando-se que os resultados culminem numa produção científica respetiva (artigo).

ESTUDO 3: TRIANGULAÇÃO DOS DADOS, DESENVOLVIMENTO DE GUIDELINES QUE FORTALEÇAM E PROMOVAM A SAÚDE OCUPACIONAL, BEM-ESTAR E PERFORMANCE DE PROFESSORES ES

Todos os dados recolhidos serão triangulados e analisados de acordo com o objetivo Assim, serão desenvolvidas um conjunto de *guidelines* de prevenção e intervenção adequadas às especificidades do contexto de trabalho do público alvo, de forma alinhada não só com a legislação Portuguesa (no que toca a prevenção na origem), como também com as diretrizes internacionais no que concerne a prevenção de riscos global. Espera-se que o *output* seja divulgado em formato de *Good Practices Book*, bem como disseminado através de *workshops*/sessões de informação, cujo objetivo será aproximar as práticas dos profissionais e institucionais para as boas práticas em saúde ocupacional.

O presente projeto pretende responder à lacuna de investigação no contexto relacionado ao trabalho de professores de ES, constituindo-se como o primeiro passo para a construção de ferramentas de intervenção integradas nas especificidades do mesmo, com desenvolvimento de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde em uma perspetiva holística e multidisciplinar.

Notas do Autor

Este trabalho surge no âmbito do projeto de investigação de Doutoramento em Psicologia da Universidade de Aveiro, Portugal. Contacto do autor: Isabel Souto, isabel.souto@ua.pt.

REFERÊNCIAS

Cladellas, R., & Castelló, A. (2011). University Professors' Stress and Perceived State of Health in Relation to Teaching Schedules. *Electronic Journal of Research in Educational PsychologyElectronic Journal of Research in Educational Psychology*, *9*(23), 217-240.

Comissão para a Cidadania e Igualdade [CIG]. (2017). *Igualdade de Género em Portugal: Boletim Estatistico 2017*. *Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género*. https://doi.org/10.1002/polb.23979

European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA]. (n.d.). HealthyWorkplaces Good Practice Awards 2014-2015.

European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA]. (2018). Psychosocial risks and stress at work – Safety and health at work – EU-OSHA. Retrieved January 30, 2018, from https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-stress

Fernandes, C., & Pereira, A. (2016). Exposure to psychosocial risk factors in the context of work: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*, *50*(0), 1-15. https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006129

Finuras, P. (2018). *Globalização e Gestão das Diferenças Culturais* (2nd ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Hassard, J., Cox, T., Murawski, S., De Meyer, S., & Muylaert, K. (2011). *Mental health promotion in the workplace – A good practice report*. (European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), Ed.), *Safety And Health*. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). https://doi.org/10.2802/78228

International Labour Organization [ILO]. (2019). *A quantum leap for gender equality: For a better future of work for all*. Geneva. Retrieved from www.ifrro.org

Jardim, J., & Pereira, A. (2016). Perceived impact of lifelong training in teachers. *Interacções*, *31*(42), 22–31. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpolmod.2015.02.006.

Lei nº3/2014 de 28 de janeiro. (2014). *Diário da República 1ª série, Nº 19, 28 de janeiro de 2014*. Lisboa: Assembleia de República. Retrieved from https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2014/01/01900/0055400591.pdf

Leka, S., & Jain, A. (2010). *Health impact of psychosocial hazards at work: an overview*. Geneva. Pereira, A., Oliveira, C. A., Vagos, P., Bártolo, A., Jardim, J., & Monteiro, S. (2017). Reliability and Factor Structure of the 10-item Kessler

Psychological Distress Scale (K10) among Portuguese adults. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. https://doi.org/0191/2017-14138123.39075643801200

Ribeiro, J. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE [Some questions about coping: The study of the Portuguese adaptation of the Brief COPE]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *5*(1), 3-15. https://doi.org/ISSN 1645-0086

Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., . . . (1). (2011). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire: Portugal e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa*. (FCT – Fundação para Ciencia e Tecnologia, Ed.). Aveiro: Departamento de Educação: Universidade de Aveiro. Retrieved from http://aciff.pt/uploads/Copenhagen psychosocial questionnarie_COPSOQ.pdf

Sinval, J., Queirós, C., Pasian, S. R., & Marôco, J. (2019). Transcultural adaptation of the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) for Brazil and Portugal. *Frontiers in Psychology*, *10*(March). https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00338

Slišković, A., & Maslić Seršić, D. (2011). Work stress among university teachers: Gender and position differences. *Arhiv Za Higijenu Rada i Toksikologiju*, *62*(4), 299-307. https://doi.org/10.2478/10004-1254-62-2011-2135

Souto, I., Pereira, A., Brito, E., Sancho, L., & Barros, S. (2019). Occupational Health Risk Among Teachers in Higher Education. In T. P. Cotrim, F. Serranheira, P. Sousa, S. Hignett, S. Albolino, & R. Tartaglia (Eds.), *Health and Social Care Systems of the Future: Demographic Changes, Digital Age and Human Factors* (pp. 311-322). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-24067-7_36

Souto, I., Pereira, A., Brito, E., Sancho, L., & Jardim, J. (2018). Psychosocial Risk Factors And Distress In Higher Education Teachers. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, *XLVIII*, 127-140. https://doi.org/10.15405/epsbs.2018.11.14

Sun, W., Wu, H., & Wang, L. (2011). Occupational stress and its related factors among university teachers in China. *Journal of Occupational Health*, *53*(4), 280-286. https://doi.org/10.1539/joh.10-0058-OA

UN Women. (2018). *Turning Promises Into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Retrieved from http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2018/sdg-report-summary-gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018-en.pdf?la=en&vs=949

United Nations. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2

Wolf, J., Ivanov, I., Mugdal, S., Bos, R., & Neira, M. (2018). *Preventing Disease Through a Healthier and Safer Worplace*. Switzerland: World Health Organization. World Health Organiztion [WHO]. (2013). *Investing in mental health: Evidence for action.* Switzerland: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/iris/handle/10665/87232

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CARACTERIZAÇÃO DE UMA AMOSTRA BRASILEIRA

Marília Hormanez[1] & Marina Rezende Bazon[1]

[1] Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil

A taxa de adolescentes grávidas, no Brasil, tem decaído nos últimos anos, apresentando a redução de 17% no período compreendido entre 2004 e 2015 (Ministério da Saúde, 2019). O número de gestantes nesta faixa de idade no país, no entanto, continua alto, superando a média para a América Latina, região que, em conjunto com o Caribe, possui o segundo maior índice de fecundidade entre adolescentes em todo o mundo (OPS, 2018).

Ao longo da história ocidental, a gestação entre adolescentes foi concebida, na maior parte do tempo, como um fenômeno normal e desejável. A partir da década de 1960, com as transformações relacionadas aos valores de sexo e de gênero, a gravidez na adolescência passou a ser considerada um problema social, concepção sustentada por um discurso médico que a caracterizou como quadro de gravidade e risco (Gontijo & Medeiros, 2010; Shaw, Lawlor, & Najman, 2006).

Atualmente, alguns estudos apontam que, para um número significativo de jovens, a gravidez é parte de um projeto de vida e está inserida em um contexto de normalidade, podendo constituir-se como um evento positivo na trajetória desenvolvimental, como fonte de prestígio social e como marco para a consolidação do relacionamento com o parceiro ou para a entrada na vida adulta (Gontijo & Medeiros, 2010; Montardo, 2004; Oliveira, Moura, Pinheiro & Eduardo, 2008; Oliveira & Vieira, 2010).

No entanto, a maior parte dos estudos ainda associa o fenômeno a aspectos negativos. Nesse sentido, segundo Heilborn (2006, citado por Oliveira & Vieira, 2010), a gravidez na adolescência pode ser classificada

a partir de três linhas discursivas. A primeira a considera como um problema de saúde pública e compreende os diversos estudos que associam a gestação de adolescentes ao risco à saúde da mãe e do bebê, com destaque para o alto índice de abortos, de partos pré-maturos, de nascimento de bebês com baixo peso e de maior probabilidade de surgimento de doenças ao longo do primeiro ano de vida da criança (Oliveira et al., 2008; Oliveira & Vieira, 2010; Peretto, Lopes, Soares, & Swarowsky, 2011; Santos et al., 2014).

A segunda linha discursiva associa a gestação ao risco psicossocial para as adolescentes e seus filhos. Para alguns autores, a adolescente grávida apresentaria menor capacidade psicológica para criar um filho e enfrentaria *uma "crise de desenvolvimento dual",* ao ter de lidar, concomitantemente, com os conflitos inerentes à fase da vida em que se encontra e com os desafios relacionados à tarefa de ser mãe (Lee & Guterman, 2010; Letorneau, Stewart, & Barnfather, 2004).

A terceira linha discursiva, por seu turno, associa a gravidez na adolescência ao desperdício de oportunidades no plano social (Montardo, 2004) e está atrelada à crescente valorização da formação acadêmica e profissional ocorrida após a década de sessenta, especialmente entre as classes mais favorecidas economicamente, que infundiu certo consenso sobre a postergação da maternidade para o período após a conclusão dos estudos e, idealmente, após a inserção da mulher no mercado de trabalho. Neste sentido, a evasão escolar entre as adolescentes grávidas é um dos prejuízos amplamente destacados pelos estudos, os quais apontam as mães adolescentes como um grupo com menores chances de estudar e de conseguir boas oportunidades de trabalho, quando comparadas a outras mulheres, especialmente aquelas que adiam a maternidade para a idade adulta (Beretta et al., 2011; Gontijo & Medeiros, 2010; Machado, Saito, & Szarfac, 2007; Oliveira & Vieira, 2010; Oliveira et al., 2008).

Esta terceira linha discursiva relaciona a gravidez entre adolescentes ao contexto econômico desfavorável, dado que sua prevalência é maior entre as classes mais pobres (Chacham, Maia, & Camargo, 2012; Montardo, 2004). São discursos que argumentam que a gravidez ocorre devido à ausência de um projeto de vida alternativo à maternidade (Diniz & Koller, 2012), à falta de oportunidades ou, até mesmo, de informação quanto aos métodos contraceptivos. (Chacham, Maia, & Camargo, 2012; Souza, Nóbrega, & Coutinho, 2012; Taborda, Silva, Ulbricht, & Neves,

2014). Nessa esteira, cabe destacar que, embora muitos estudos abordem a escolha pela maternidade na adolescência como fruto da falta de perspectivas futuras, a literatura evidencia, por outro lado, o predomínio das gestações não planejadas entre as adolescentes e o consequente risco para a prática de aborto ilegal (Beretta et al., 2011; Chacham, Maia, & Camargo, 2012; Oliveira & Vieira, 2010).

Sendo a gravidez na adolescência um fenômeno complexo, atrelado a diversos fatores psicossociais, o presente estudo objetivou caracterizar uma amostra de 20 mães adolescentes, que possuíam filhos com até um ano de idade, em relação a algumas variáveis destacadas pela literatura como relevantes à compreensão do fenômeno.

MÉTODO

O presente estudo é um recorte de um projeto de pesquisa desenvolvido em uma cidade brasileira no ano de 2014, o qual obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo (CAAE nº 27664814.5.0000.5407) e foi desenvolvido com respeito às legislações vigentes no país sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

As participantes (n=20) foram selecionadas a partir dos registros de uma maternidade da cidade e contatadas por telefone, pela pesquisadora, ocasião em que o convite para participação no estudo foi feito. Mediante o aceite, foi realizada a entrevista no domicílio das adolescentes, a partir de um questionário semiestruturado. As respostas fornecidas pelas participantes foram analisadas de acordo com o método da Análise Temática (Braun & Clarke, 2006) e com a contabilização da frequência de respostas.

RESULTADOS

A idade das participantes variou de 15 a 19 anos e a dos bebês de um mês a nove meses. Tal realidade condiz com a literatura analisada, que

aponta a maior incidência de gravidez no segmento entre 15 e 19 anos (Fernandes, Júnior, & Gualda, 2012; Santos et al., 2014). Quanto a classificação socioeconômica, de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), as adolescentes pertenciam à classe: "Pobre e extremamente pobre" (*n*=1), "Vulnerável" (*n*=3), "Baixa Classe Média" (*n*=4), "Média Classe Média" (*n*=7), "Alta Classe Média" (*n*=4) e "Alta Classe Alta" (*n*=1). Representavam, portanto, todas as classes sociais e contrariando a literatura, que aponta maior índice de gravidez de adolescentes de baixa renda, houve o predomínio de adolescentes das classes médias.

Relações sociais: A maior parte das adolescentes morava com a própria mãe, em conjunto com outros familiares (*n*=11). As outras moravam com o pai do bebê (*n*=9). Outros estudos apontam que a adolescente grávida geralmente coabita com a família de origem ou com o companheiro. Alguns autores destacam, ainda, que a escolha por morar com o companheiro é maior entre as adolescentes de nível socioeconômico mais baixo, sendo que entre adolescentes de nível socioeconômico médio tendem a morar com a família de origem (Chacham, Maia, & Camargo, 2012; Diniz & Koller, 2012).

A maior parte das participantes mantinha o relacionamento com o pai da criança (*n*=13), os quais tinham idades que variavam de 16 a 47 anos. Parte considerável (*n*=11) julgou que possuía um bom relacionamento com o parceiro, justificando essa percepção com base na ausência de brigas e no fato de os companheiros serem considerados atenciosos: "*A relação é boa, não tem brigas, ele é um excelente pai, sabe? Ele faz de tudo pra mim e pra nossa filha*." (Carla, 16 anos). Embora alguns autores apontem a tendência de os relacionamentos entre as mães adolescentes e os pais dos bebês serem instáveis e de curta duração (Zeck, Radisic, Haas, & Greimel, 2007), outros estudos revelam a predominância da manutenção da relação amorosa, geralmente caracterizada pela união consensual (Beretta et al., 2011).

Foi preponderante entre as adolescentes a percepção de diminuição da rede social e a queixa do afastamento dos amigos. As participantes associaram o distanciamento das amizades com a gravidez, por deixarem de frequentar festas e outros ambientes socais, ou pela mudança de bairro, quando decidiram morar com os pais dos bebês. Numerosos estudos

apontam o empobrecimento das relações de amizade das adolescentes com o advento da maternidade, ocasionado pela saída da escola e pelo afastamento das atividades de lazer (Oliveira & Vieira, 2010; Oliveira et al., 2008). Diversos autores salientam, ainda, o risco da diminuição do apoio social, visto que receber um apoio social satisfatório é um fator protetivo para o bom desenvolvimento da maternidade (Letourneau et al., 2004).

A gravidez: Condizente com a literatura, que relata o não-planejamento da gestação, apenas seis adolescentes relataram ter desejado engravidar e, dentre estas, quatro declararam, como Camila (17 anos), que "*veio quando não estava mais esperando*". Diante da notícia da gravidez, as participantes relataram predominantemente (*n*=11) sentimentos negativos como susto, choque, tristeza, medo e desespero, como relata Paula (15 anos): "*Ah, eu senti muita tristeza, medo porque não era o que eu sonhava para mim"*. Entre os pais dos bebês preponderou, segundo a percepção das adolescentes, uma reação positiva, com demonstração de alegria (*n*=13). "*Nossa, ele ficou muito feliz, ficou pulando que nem um doido. Eu que virei e falei: Isso não é uma brincadeira não! É difícil."* (Sofia, 17 anos). Esses achados condizem com a literatura que aponta que, diante da gravidez, as adolescentes possuem sentimentos variados, como felicidade, indiferença, surpresa e medo (Oliveira et al., 2008) e os companheiros manifestam, em sua maioria, reações de felicidade (Beretta et al., 2011).

Com relação aos familiares da gestante, foi comum a dificuldade inicial de aceitação da gravidez. Oito adolescentes relataram o conflito com os familiares como causa de sobrecarga emocional na gestação. *"De difícil assim da gravidez foi com a minha mãe, né? Porque no começo ela não aceitou, aí ela brigou muito comigo, eu fiquei muito mal, muito triste..."* (Manoela, 16 anos). Diversos estudos apontam a reação familiar inicial como sendo de repúdio e de descontentamento, seguidos de aceitação e apoio durante o desenvolvimento da gravidez e o nascimento do bebê (Júnior & Gualda, 2012; Taborda et al., 2014).

Pré-natal e parto: Todas as entrevistadas realizaram pré-natal, dezoito em unidades de saúde pública e duas em contexto privado. Houve o predomínio de início do pré-natal com baixa idade gestacional, sendo que apenas uma adolescente, Tatiane (19 anos), iniciou o seguimento médico aos seis meses de gestação, por ter escondido sua gravidez de início. O

parto normal foi predominante entre as participantes (*n*=16). Todos os bebês nasceram a termo e apenas um bebê nasceu com baixo peso.

O baixo número de bebês pré-maturos e com baixo peso contradiz apontamentos da literatura que sublinham a gestação de adolescentes como de risco para essas problemáticas. Os dados aqui apresentados condizem, contudo, com o de alguns outros estudos (Santos et al., 2014; Machado, Saito, & Szarfac, 2007), aventando-se que a quase ausência de problemas nos neonatos relaciona-se ao fato de as adolescentes terem acessado adequadamente os serviços especializados de pré-natal.

A saúde do bebê: Preponderaram relatos relativos à ausência de problemas graves de saúde entre os bebês (*n*=16). Porém, quatro participantes disseram que seus filhos tiveram episódios de bronquite, pneumonia ou anemia. Com a exceção de Larissa (18 anos), todas as adolescentes realizavam consultas mensais, com um médico pediatra, mantinham as vacinações dos bebês em dia e buscavam a opinião médica para problemas de qualquer espécie relacionados à saúde do bebê. Além disso, a maior parte das adolescentes (*n*=18) adotavam técnicas variadas e adequadas para acalmar o bebê.

Chamou a atenção, contudo, o relato referente à ocorrência de acidentes envolvendo o bebê. Oito mães referiram algum episódio, dentre estas, sete relataram queda da cama ou do colchão. Esse achado condiz com o estudo de Oliveira e Vieira (2010), que revelou que 62,5% dos acidentes sofridos pelas crianças de zero a quatro anos, referem-se a quedas.

Percepção da maternidade: condizente com outros estudos (Fernandes, Júnior, & Gualda, 2012; Taborda et al., 2014), dentre as doze jovens que abordaram essa questão, nove disseram que ser mãe é diferente do que imaginavam, pois envolve mais responsabilidades e dificuldades. *"É bem diferente do que eu pensava... eu não tenho tempo pra mim, nem pra ir no banheiro, essas coisas. Eu achava que ia ser mais tranquilo"* (Barbara, 19 anos). *"Eu achava que seria mais fácil... é muito diferente, tem que ter mais responsabilidade com as coisas, tem que pensar em mim e nele agora, né? E não só em mim..."* (Jeniffer, 16 anos).

No entanto, todas as participantes associaram a maternidade a aspectos positivos e ao cuidado: *"Eu acho legal ser mãe. Assim, é uma responsabilidade, uma pessoa pra cuidar, pra dar carinho, que depende totalmente de você. É bom!"* (Carolina, 17 anos). Em estudos empreendidos por outros

autores também houve o predomínio dos relatos positivos das adolescentes sobre sua gravidez/maternidade, como um evento que desperta felicidade (Souza, Nóbrega, & Coutinho, 2012).

Planos futuros: Todas as participantes referiram o desejo de encontrar um trabalho, embora a consecução deste estivesse condicionada à obtenção de uma vaga para o bebê em alguma creche pública. Em menor proporção, algumas das jovens (*n*=11) relataram também o plano de voltar a estudar, o que reforça a associação presente na literatura entre a gravidez na adolescência e o abandono escolar, com a consequente ocupação de postos de trabalho que exigem baixa qualificação (Beretta et al., 2011).

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou contribuir para ampliar a compreensão do fenômeno "gravidez na adolescência", trazendo alguns dados que podem auxiliar na elaboração de programas de apoio a esse público. Os resultados encontrados corroboraram a literatura em alguns aspectos, salientando-se a percepção de diminuição da rede social da adolescente, fator que pode ser priorizado nas intervenções psicossociais, devido à importância do apoio social para o bom desenvolvimento da maternidade. Além disso, a falta de planejamento da gravidez e a constatação de que a maternidade é mais desafiadora do que imaginavam, condiz com outros estudos e revelam a necessidade de ações comunitárias que fomentem maior apropriação do tema, por parte das adolescentes, e seu empoderamento para tomadas de decisão condizentes ao próprio projeto de vida. Outro aspecto condizente com literatura foi a expressão do desejo de entrar no mercado de trabalho, mais frequente que o de dar continuidade aos estudos. Entende-se que este reitera a importância de programas/ações que objetivem, como já destacado, auxiliar as jovens em seu desenvolvimento psicossocial, com o intuito de tornarem-se mais proativas quanto às próprias escolhas, no planejamento de suas vidas, considerando os desejos particulares de cada uma delas.

Os dados do estudo, por outro lado, contrariaram a alta prevalência apontada pela literatura de nascimentos de bebês pré-maturos e de baixo

peso, o que pode estar relacionado à realização do pré-natal pelas adolescentes, evidenciando a importância desse programa e das ações de saúde primária.

O estudo, apesar do limitado número de adolescentes abordadas, reitera a necessidade de compreender a gravidez/maternidade na adolescência como um fenômeno complexo, que não deve ser considerado de forma homogênea e a importância de integrar essa visão nos programas de apoio psicossocial oferecidos às gestantes nesta faixa de idade.

Financiamento

Este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)

REFERÊNCIAS

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa

Beretta, M. I. R, Clápis, C. V., Neto, L. A. O., Freitas, M. A., Dupas, G. Eliete Maria S. Ruggiero, E. M. S., & Baltor, M. R. (2011). A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *13*(1) 90-98. doi: https://doi.org/10.5216/ree.v13i1.8128

Chacham, A. S., Maia, M. B., & Camargo, M. B. (2012). Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: Uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Estudos da População, 29*(2), 389-407. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982012000200010.

Diniz, E. & Koller, S. H. (2012). Fatores Associados à Gravidez em Adolescentes Brasileiros de Baixa Renda. *Paidéia, 22*(53), 305-314. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300002

Fernandes, A. O., Júnior, H. P. O. S., & Gualda, D. M. R. (2012). Gravidez na adolescência: Percepções das mães de gestantes jovens. *Acta Paulista de Enfermagem, 25*(1), 55-60.

Gontijo, D. T., & Medeiros, M. (2010). Significados da maternidade e paternidade para adolescentes em processo de vulnerabilidade e desfiliação social. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *12*(4) 607-615.

Letorneau, N. L., Stewart, M. J., & Barnfather, A. K. (2004) Adolescent Mothers: Support Needs, Resources, and Support-Education Interventions. *Journal of Adolescent Health, 35,* 509-525. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.01.007

Lee, Y., & Guterman, N. B. (2010). Young mother–father dyads and maternal harsh parenting behavior. *Child Abuse & Neglect, 34*, 874-885. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.06.001

Machado, N. O., Saito, M. I., & Szarfarc, S. C. (2007). Características sócio-demográficas e reprodutivas de adolescentes atendidas no pós-parto do Instituto da Criança da Universidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 17*(3), 01-07.

Ministério da Saúde. (2019). *Informações sobre Gravidez na Adolescência.* http://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-do-dolescente-e-do-jovem/informacoes-sobre-gravidez-na-adolescencia2.

Montardo, J. L. (2004). Gravidez em adolescentes. *Contexto e educação. Rio Grande do Sul, 71*, 93-109.

Oliveira, M. C., & Vieira, J. M. (2010). Gravidez na adolescência e bem-estar infantil evidências para o Brasil em 2006. *Revista Latinoamericana de Población, 6,* 12-38.

Oliveira, E. M. A., Moura, E. R. F., Pinheiro, P. N. C., & Eduardo, K. G. T. (2008). Histórico contraceptivo de adolescentes grávidas e seus sentimentos quanto a gravidez e ao futuro profissional. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 10*(2) 484-490.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). A*celerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.).

Peretto, M., Lopes, M. J. M., Soares, J. S. F., & Swarowsky, G. E. (2011). Gravidez na adolescência em oito municípios do RS: perfil de ocorrência e rede de serviços. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 13*(4) 721-9. doi: https://doi.org/10.5216/ree.v13i4.11259

Santos, N. L. A. C., Costa, M. C. O., Amaral, M. T. R., Vieira, G. O., Bacelar, E. B., & Almeida, A. H. V. (2014). Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Ciência & Saúde Coletiva, 19*(3), 719-726. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18352013

Shaw, M., Lawlor, D. A., & Najman, J. M. (2006). Teenage children of teenage mothers: Psychological, behavioural and health outcomes from an Australian

prospective longitudinal study. *Social Science & Medicine, 62,* 2526-2539. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.007

Souza, A. X. A., Nóbrega. S. M., & Coutinho, M. P. L. (2012). Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. *Psicologia & Sociedade, 24*(3), 588-596.

Taborda, J. A., Silva, F. C., Ulbricht, L., & Neves, E. B. (2014). Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. *Caderno de Saúde Coletiva, 22*(1), 16-24. http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010004

Zeck, W., Radisic, V. B., Haas, J., & Greimel, E. (2007). Impact of Adolescent Pregnancy on the Future Life of Young Mothers in Terms of Social, Familial, and Educational Changes. *Journal of Adolescent Health, 41,* 380-388. doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.05.012

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

IMPACTO DO MODELO PSICOTERAPÊUTICO HBM NA PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Catarina Certal[1] (✉ catarinacertal@clinicadamente.com) & Cécile Domingues[1]
[3] Clínica da Mente, Master Portugal Unipessoal, Lda., Portugal

Os estudos epidemiológicos realizados na última década demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental são a principal causa de anos vividos com incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e mortalidade prematura nos países ocidentais industrializados (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016). Portugal encontra-se entre os países da Europa com maior prevalência de perturbações de saúde mental na idade adulta (DGS, 2016; Ministério da Saúde [MS], 2018), representando 21% das taxas de morbilidade e incapacidade dos portugueses. As perturbações de ansiedade, em específico, correspondem a 17% (DGS, 2016; MS, 2018).

A perturbação de ansiedade generalizada (PAG) é caracterizada por uma excessiva ansiedade no quotidiano que persiste durante pelo menos 6 meses. Está associada a um significativo comprometimento funcional que condiciona diversas áreas da vida dos indivíduos em consequência de diversos sintomas físicos e cognitivos, nomeadamente perturbações do sono, irritabilidade, tensão muscular, défice de concentração, sintomas gastrointestinais e cefaleias (American Psychological Association [APA], 2014; Newman, Crits-Christoph, Gibbons, & Erikson, 2006; Zhao et al., 2019).

O objetivo amplamente aceite para o tratamento da PAG é a remissão, na qual o paciente volta ao nível de funcionamento prévio e não possui ou tem apenas alguns sintomas ansiogénicos residuais e com pouca frequência. Assim sendo, atualmente o tratamento ambulatório convencional da PAG integra fármacos e psicoterapia (Christensen, Loft, Florea, & McIntyre, 2019; Craighead & Dunlop, 2014; MS, 2018; Nordahl et al., 2018; Rama et al., 2016). Entre as várias tipologias de psicoterapia

salientamos a Psicoterapia baseada no Modelo Psicoterapêutico HBM que demonstrou eficiência na Perturbação de Ansiedade Generalizada, maioritariamente entre cinco e dez sessões (Rama et al., 2016).

A Human Behavior Map Therapy (Terapia HBM) é um modelo de intervenção psicoterapêutica assente no mapa do comportamento humano que descreve os processos conscientes e inconscientes da mente humana, porque ao conhecer estes processos compreendemos o comportamento humano (Certal, Ferreira, Domingues, Oliveira, & Clemente, 2016; Rama et al., 2016).

A metodologia HBM assenta em duas técnicas de intervenção: athenese e morfese que trabalham a dissociação e a ressignificação emocional, modificando a perceção sobre a realidade que criou as crenças contraditórias (Certal et al., 2016; Rama et al., 2016). A athenese utiliza o pensamento consciente como meio de ressignificação, ajudando os indivíduos a articular novas estratégias de pensamento e de compreensão. A morfese utiliza o pensamento inconsciente, como meio de dissociação das experiências do passado condicionadoras, associando-se simultaneamente a emoções positivas (Certal et al., 2016; Rama et al., 2016).

MÉTODO

Este estudo utiliza métodos de investigação quantitativos com pré-teste, pós-teste e follow-up, e foi desenhado para responder à questão de investigação: *Qual a eficiência do modelo de intervenção psicoterapêutico HBM no tratamento da PAG e os seus resultados a longo prazo?* Objetiva principalmente verificar se existe uma diminuição dos sintomas ansiogénicos após a intervenção com base no modelo psicoterapêutico HBM e se a remissão da sintomatologia se mantém um ano após o término da intervenção.

Participantes

Para o desenvolvimento desta investigação, e tendo em atenção os objetivos inicialmente definidos, foi avaliada uma amostra de conveniência constituída por 568 sujeitos, adultos, de ambos os sexos, com PAG,

oriundos de diversos distritos do país, dos quais 54% do sexo feminino (*n*=307) e 46% do sexo masculino (*n*=261), com idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos (*M*=37.85; *DP*=13.29). No que se refere ao estado civil, 47.4% dos sujeitos são solteiros e a maioria não possui filhos (57.2%). O nível de escolaridade também reflete a boa literacia dos sujeitos, com 49.5% a possuir uma licenciatura ou mestrado e 70.1% da amostra encontra-se empregada.

Material

Foi aplicada a versão portuguesa do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) por Quintão, Delgado e Prieto (2013) que é constituído por 21 itens que avaliam a intensidade dos sintomas ansiogénicos, de forma a que seja possível discriminá-los dos sintomas depressivos (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). No BAI as categorias foram definidas em "sem ansiedade" (cotação até 10 pontos na escala), "ansiedade leve" (cotação entre 11 e 19 pontos), "ansiedade moderada" (cotação entre 20 e 30 pontos) e "ansiedade grave" (cotação acima de 3 pontos na escala). A BAI utilizada no pré-teste apresentou um valor de Alfa de Cronbach Estandartizado de .89, no pós-teste .87 e no follow-up .91, o que segundo Perini, Slade e Andrews (2001) indica que a escala tem uma consistência interna boa, sem que seja necessário excluir algum item.

Procedimento

A vertente clínica engloba dois momentos distintos, a avaliação e o tratamento. Assim, a sessão de avaliação consiste na exploração exaustiva do caso clínico e na definição de um plano terapêutico. No início da primeira sessão de tratamento, os pacientes foram inquiridos quanto à disponibilidade para participar no presente estudo, tendo sido informados acerca da sua natureza, dos seus objetivos e metodologia, assegurando todos os princípios éticos e deontológicos, bem como o seu anonimato e confidencialidade, seguindo-se o preenchimento do questionário dos dados biográficos e do BAI.

O tratamento compôs-se por sessões semanais, assentes no modelo psicoterapêutico HBM, até ao alcance dos objetivos terapêuticos propostos,

precedidos de sessões de reforço progressivamente espaçadas no tempo. Na última sessão com caráter semanal, foi novamente administrado o BAI (pós-teste) e novamente 1 ano após o término do tratamento intensivo (follow-up).

Os dados recolhidos foram tratados e analisados utilizando a versão 22.0 do software IBM™ SPSS™ (*Statistical Package for Social Sciences*; IBM, Armonk, NY) para *Windows*™ e foram analisados por meio de uma Análise da Variância (ANOVA) para Medidas Repetidas, para comparar as pontuações diretas obtidas na BAI avaliadas em 3 momentos temporais. Atendeu-se à verificação dos pressupostos de esfericidade por meio do Mauchly's Test of Sphericity.

Foi também calculado o Reliable Change Index (RCI), que é considerado confiável RCI>1.96. O RCI é calculado segundo a seguinte fórmula (Perini et al., 2006):

Por fim efetuou-se uma regressão linear múltipla entre um conjunto de variáveis independentes (a situação profissional, a medicação, a severidade inicial, o estado civil, o género, a idade e a formação académica [Newman et al., 2006]) e uma variável dependente, o RCI, com o intuito de determinar a relação linear entre eles e definir as variáveis preditoras. Todos os testes estatísticos acima mencionados reportaram-se a um nível de significância de $p \leq .05$ (Perini et al., 2006).

RESULTADOS

Para dar resposta à principal questão em análise neste estudo, *Qual a eficiência do modelo intervenção psicoterapêutico HBM no tratamento da PAG e os seus resultados a longo prazo?* foi efetuada uma comparação dos resultados da amostra no pré e pós tratamento, bem como no follow-up para avaliar o impacto do modelo HBM na remissão da sintomatologia ansiogénica (Tabela 1).

Começou-se por analisar globalmente a eficiência do Modelo Psicoterapêutico HBM com recurso à ANOVA para Medidas Repetidas, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos pela BAI nos três momentos temporais, $F(2,178)=205.05$, $p<.001$,

h^2=.70. *Pairwise Comparisons* de *Bonferroni* revelaram que a ansiedade no pré-teste é significativamente maior do que no pós-teste (p<.001) e do que no follow-up (p<.001); por sua vez, a ansiedade no pós-teste é superior à do follow-up (p=.035).

Verificou-se então que, no momento inicial (antes da intervenção psicoterapêutica), 74.6% da amostra apresentava níveis de ansiedade moderada ou grave, dos quais 36.6% apresentava índices de "ansiedade grave" (*M*=38.48, *DP*=6.73) e 38.0% apresentava índices de "ansiedade moderada" (*M*=25.25, *DP*=3.23) (Tabela 1).

TABELA 1

Valores de ansiedade no BAI nos três momentos temporais

	Teste											
	Pré-Teste				Pós-Teste				Follow-Up			
Categorias	f	%	M	DP	f	%	M	DP	f	%	M	DP
Sem Ansiedade	-	-	-	-	**301**	**53.0**	6.3	2.72	**59**	**66.3**	5.39	3.2
Ansiedade Leve	144	25.4	15.31	2.44	212	37.3	14.4	2.51	51	23.6	14.29	2.67
Ansiedade Moderada	**216**	**38.0**	25.25	3.23	53	9.3	23.43	2.83	9	10.1	22.67	2.69
Ansiedade Grave	**208**	**36.6**	38.48	6.73	2	.4	31.5	.71	-	-	-	-
Total	568	100	**27.58**	10.29	568	100	**11.03**	6.25	89	100	**9.24**	6.6

No final da intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 90.3% da amostra apresentava-se sem ansiedade ou com níveis de ansiedade leve. Sendo que dentro destes, 301 sujeitos estavam totalmente assintomáticos (*M*= 6.3, *DP*=2.72) (Tabela 1). Por fim, no follow-up (*N*=89), após 1 ano do fim da fase intensiva, 89.9% da amostra mantinha-se sem ansiedade ou com níveis de ansiedade leve dentro dos quais 66% completamente assintomáticos (Tabela 1), o que demonstra a consistência e manutenção dos ganhos terapêuticos. O cálculo do RCI confirma os resultados significativos encontrados na ANOVA para medidas repetidas, ou seja, a alteração dos sintomas ansiogénicos ao longo dos três momentos temporais (pré-teste, pós-teste e follow-up) é considerada confiável, RCI=10.14.

Após a realização de uma regressão linear múltipla, verifica-se um valor de correlação múltipla de *R*=.81 e R^2=.66, sendo que o modelo de predição testado, composto por variáveis sociodemográficas como a idade, o sexo, a situação profissional, a gravidade inicial (resultado do pré-teste), a medicação, a escolaridade e o estado civil explicam 66% da variância da variável dependente, o RCI.

De acordo com a *ANOVA* verifica-se que de facto, este modelo prediz significativamente o RCI, ou seja, que este modelo é significativo, $F(7,88)=155.93$, $p<.001$. Observamos que VI's como a situação profissional (*beta*=.09, $p<.001$), a medicação (*beta*=.06, $p=.03$), o resultado do pré-teste (*beta*=.82, $p<.001$) e o estado civil (*beta*=-.08, $p=.006$) constituem preditores significativos da diminuição dos sintomas ansiogénicos nos três momentos temporais, ao contrário das restantes variáveis como a idade (*beta*=-.033, *ns*), o género (*beta*=.033, *ns*) e a formação académica (*beta*=-.002, *ns*), que não predizem significativamente. Em relação ao número médio de sessões necessárias para esta redução da intensidade dos sintomas ansiogénicos (Tabela 2), verificou-se que, para 90.5% da amostra, foram necessárias entre cinco e dez sessões de intervenção psicoterapêutica HBM (M=8.29, DP=2.29).

TABELA 2

Distribuição do número de sessões de tratamento HBM na amostra

Número de sessões de tratamento	F	%
< 5 sessões	6	1.1
Entre 5 e 10 sessões	515	90.7
> 10 sessões	47	8.3

DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu demonstrar a eficiência do Modelo Psicoterapêutico HBM, no âmbito da PAG com uma população adulta. Assim, através dos dados recolhidos verificou-se uma redução estatisticamente significativa dos valores ansiogénicos obtidos pela BAI nos três momentos temporais, corroborando o que a literatura evidencia como um método eficiente para reduzir a PAG (Certal et al., 2016; Rama et al., 2016).

No primeiro momento de avaliação (precedente à intervenção psicoterapêutica HBM), a média das pontuações da BAI apresentada pelos indivíduos com PAG correspondia a uma intensidade de "ansiedade moderada", no segundo momento de avaliação a maioria dos sujeitos encontrava-se com "ansiedade ligeira" e por fim, no follow-up na categoria "ausência de ansiedade". Essa diminuição dos níveis de ansiedade nos sujeitos

também foi descrita num estudo de Rama e colaboradores (2016), onde no momento do pós-teste 51.1% indivíduos encontravam-se na categoria "ausência de ansiedade", ou seja, houve uma diminuição do grau de ansiedade dos pacientes, verificando-se a total remissão da sintomatologia ansiosa.

A amostra em estudo é composta por indivíduos com índices iniciais de gravidade altos, pelo que esta variável prediz a diminuição da ansiedade neste estudo, congruentemente com o descrito na literatura por Newman e colaboradores (2006) e por Nordahl e colaboradores (2018). Também a situação profissional demonstra ser um importante preditor, no qual os indivíduos com baixa ou desempregados apresentam um menor RCI face aos empregados e estudantes (Newman et al., 2006). O estado civil prediz igualmente os níveis ansiosos, na medida em que 75% dos estudos demonstram que quanto maior é o apoio social, maior a probabilidade de sucesso terapêutico, assim os casados têm um melhor RCI comparativamente aos viúvos (Newman et al., 2006).

Os sujeitos que não tomam medicação apresentam RCI superior aqueles que tomam, dado que não é consistente na literatura, pois alguns estudos mencionam que de facto a não medicação prediz melhores resultados psicoterapêuticos (Nordahl et al., 2018), mas pelo contrário há estudos que a medicação é um aspeto que influencia positivamente a psicoterapia (Christensen et al., 2019), esta variações podem estar relacionadas com a tipologia de medicação que neste estudo não foi controlada.

A amostra é constituída essencialmente por jovens adultos com elevada escolaridade e, segundo Nordahl e colaboradores (2018), a ansiedade é fortemente influenciada por essas variáveis sociodemográficas, ou seja, a PAG acentua-se com a idade e diminui com a escolaridade. Todavia, como nesta investigação a amostra apresenta uma homogeneidade nestas variáveis o que tem influência nestes resultados. A variável sociodemográfica género também não tem qualquer efeito na predição do resultado terapêutico (Newman et al., 2006), como foi possível observar neste estudo.

A principal vantagem deste estudo foi o seu caracter longitudinal, atendendo a que analisou as variações dos níveis ansiogénicos no decorrer da intervenção com base no modelo psicoterapêutico HBM, ou seja, os mesmo sujeitos foram avaliados em três momentos diferentes. Por outro lado, uma limitação metodológica presente neste estudo, que não permite a generalização dos resultados para a população em geral é a ausência de

um grupo de controlo, uma vez que não foram isoladas e controladas algumas variáveis que podem influenciar os resultados obtidos, o que não permite afirmar que os mesmos resultem exclusivamente da intervenção.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM-5.* Quinta Edição. Lisboa: Climepsi.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893 897.

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Portugal Saúde Mental em Números, 2015*. Lisboa Documento Governamental. https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx

Certal, C., Ferreira, C., Domingues, C., Oliveira, J., & Clemente, M. (2016). *O Modelo Psicoterapêutico HBM na Perturbação Depressiva.* Porto: Clínica da Mente.

Christensen, M. C., Loft, H., Florea, I., & McIntyre, R. S. (2019). Efficacy of vortioxetine in working patients with generalized anxiety disorder. *CNS Spectrums, 24*(2), 275.

Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde, 2018*. Lisboa: Documento Governamental. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DASAUDE_2018_compressed.pdf

Newman, M. G., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C. & Erikson, T. M. (2006). Participant Factors in Treating Anxiety Disorders. *Principles of Therapeutic Change that Work*, *6,* 121-153. Oxford: University Press.

Nordahl, H. M., Borkovec, T. D., Hagen, R., Kennair, L. E., Hjemdal, O., Solem, S., . . . & Wells, A. (2018). Metacognitive therapy versus cognitive-behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. *BJPsych open, 4*(5), 393-400.

Perini, S. J., Slade, T., & Andrews, G. (2006). Generic effectiveness measures: Sensitivity to symptom change in anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders, 90*(2-3), 123-130.

Quintão, S., Delgado, A. R., & Prieto, G. (2013). Validity study of the Beck anxiety inventory (Portuguese version) by the Rasch rating scale model. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 26*(2), 305-310.

Rama, C., Certal, C., Domingues, C., Oliveira, J., Morgado, L., Coelho, L. & Calado, M. (2016). Impacto do Modelo Psicoterapêutico HBM no Transtorno de Ansiedade Generalizada. Porto: Clínica da Mente. https://www.clinicadamente.com/wp content/uploads/2018/06/Impacto-do-Modelo-HBM no-TAG_20161128.pdf

World Health Organization (2004). *International statistical classification of diseases and related health problems* (Vol. 1). Switzerland: World Health Organization.

Zhao, X. R., Chen, Z. F., Kang, C. Y., Liu, R. X., Bai, J. Y., Cao, Y. P., . . . & Zhang, Y. L. (2019). Mindfulnessbased cognitive therapy is associated with distinct restingtate neural patterns in patients with generalized anxiety disorder. *AsiaPacific Psychiatry, e1236.*

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

INICIATIVA DE CRESCIMENTO PESSOAL E INDICADORES DE SAÚDE MENTAL

Manuel Joaquim Loureiro[1,2] (✉ loureiro@ubi.pt), Aline Barros Brutti[1], Henrique Pereira[1,3], Rosa Marina Afonso[1], Samuel Monteiro[1], & Graça Esgalhado[1]

[1] Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, Portugal
[2] Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano (CIDESD), Portugal
[3] Centro de investigação em Ciências da Saúde (CICS), Portugal

Durante o decorrer da vida, diversas situações exigem que os indivíduos realizem mudanças a fim de lidar melhor com as necessidades de cada momento. Há mudanças que são intencionais e conscientes para alcançar determinados resultados. Esse processo é denominado como Iniciativa de Crescimento Pessoal (Robitschek, 1998) e é compreendido como um processo ativo e intencional que o indivíduo realiza a fim de atingir o seu crescimento pessoal. Segundo Robitschek (1998) a capacidade do sujeito identificar e fazer mudanças pessoais que possibilitem um desenvolvimento positivo mesmo quando as suas condições de vida mudam é uma das definições de iniciativa de crescimento pessoal (ICP). O crescimento pessoal revela que a capacidade de mudar e se adaptar é uma característica de uma personalidade saudável (Robitschek et al., 2012).

Na literatura pode-se analisar alguns estudos sobre a iniciativa de crescimento pessoal e sua relação com outras variáveis. Em um estudo foi constatado uma correlação negativa entre o sofrimento psíquico e a iniciativa de crescimento pessoal. Dessa maneira, supõe que a ICP reduz o risco de sofrimento psicológico, uma vez que a amostra de adolescentes participantes do estudo que apresenta um nível mais elevado de ICP experimenta um nível mais baixo de estresse e depressão (Ayub & Iqbal, 2012).

A partir das concepções constatadas sobre a iniciativa de crescimento pessoal, percebe-se que a mesma se relaciona com o bem-estar e outras

correlações negativas de sofrimento psíquico. Em contrapartida, sabe-se que as perturbações mentais hoje afetam significativamente a população mundial. Um exemplo disso é que, no ano de 2015, mais de 300 milhões de pessoas sofresse de depressão. No mesmo ano anteriormente referido, foi estimado que 3,6% da população global sofresse de transtornos de ansiedade (DGS, 2017). Conforme expresso no Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2002) as perturbações como ansiedade e depressão trazem consequências para todos os sujeitos que com elas sofrem, os incapacitando de ter um funcionamento saudável ao longo da vida. Além disso, a somatização também ganha cada vez mais números significativos e necessidade de maiores informações e diagnósticos mais precisos, pois, conforme pesquisas feitas pela OMS (2008) no Chile, as perturbações de somatização já são expressas entre (0,5% a 11%) da população.

MÉTODO

Participantes

Na presente investigação, participaram 1.895 indivíduos. Entretanto, para fins de significância estatística, foram suprimidos alguns, *outliers*, menores de 18 anos e maiores do que 62 anos, obtendo-se no final um grupo com 1.095 participantes (M=28,39; DP=11,03). Dos participantes 332 são do sexo masculino (30,3%) e 756 são do sexo feminino (69,0%). Sobre a orientação sexual 89,3% considera-se heterossexual, 6,1% bissexual e 4,1% são homossexuais. Conforme as respostas, 45,0% dos participantes são solteiros, 27,2% estão em um compromisso afetivo, 15,3% são casados, 4,4% são divorciados, 7,0% estão numa união de fato e 0,6% são viúvos. Sobre a região geográfica, 45,1% afirmam que moram em uma pequena cidade, 21,6% respondeu que mora em um pequeno meio rural, outros 21,6% moram em uma grande cidade e 11,2% moram em um grande meio rural. Em relação ao nível de escolaridade, 40,5% dos participantes respondeu que tem licenciatura/bacharelado, 40,3% afirma que possui escolaridade até os 12 anos, 12,1% afirmam ter mestrado/doutorado, 5,1% possui escolaridade até os 9 anos, 1,2% até os 4 anos e 0,8% afirma ter "outra".

Já no que diz respeito a situação profissional, 44,9% afirmam ser estudantes, 33,7% "trabalham conta de outrem", 7,8% afirmam ser desempre-

gados, 7,1% são trabalhadores-estudantes, 4,5% são trabalhadores por conta própria e 1% são reformados. Conforme perguntado sobre o estatuto sócio económico, 58,3% assumem ser de média renda, 26,9% são baixo-média renda, 7,9% são baixa renda e 6,4% são médio-alta renda e 0,3% são alto renda. Além disso, sabe-se que 87,6% são de nacionalidade portuguesa enquanto 10,8% são de nacionalidade brasileira e 0,8% responderam outro. Por fim, 89,0% responderam que residem em Portugal, 7,6% residem no Brasil e 3% respondeu outro.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico: O questionário elaborado para o presente estudo teve como objetivo uma melhor caracterização da amostra. Optou-se por perguntas sobre: idade, género, estado marital, escolaridade, situação profissional, estatuo sócio econômico, orientação sexual, nacionalidade e pais atual em que reside, religião, alguma experiência marcante, satisfação com a vida, nível de felicidade e prática de exercícios físicos.

BSI 18: O *Brief Symptom Inventory* foi desenvolvido em 2001 por Derogatis com o objetivo de uma avaliação da psicossintomatologia experienciada pelo indivíduo na última semana. O referido instrumento é composto por 18 itens, os quais foram retirados de dois questionários mais longos desenvolvidos pelo mesmo autor, o *Brief Symptom Inventory* com 53 itens (Derogatis, 1993) e o *Symptom Checklist-90 Revised* (Derogatis, 1994). Além disso, possui um fácil preenchimento, cotação e rastreio. Pode ser respondido como autorrelato ou por intermedio de um entrevistador, e sua forma de respostas variam de 0, que equiavale a "nada", a 4, que equivale a "extremamente", e devem ser escolhidos conforme a frequência dos sintomas. O instrumento avalia 3 dimensões, as quais são depressão, ansiedade e somatização. Essas dimensões são dispostas em 6 itens de cada, o que totaliza 18 itens, e ao final obtem-se resultados para o Índice de Gravidade Global, o qual refere-se ao nível geral de mal-estar psicológico do sujeito. Ainda, a população alvo é geral e clínica, mas os sujeitos devem ter acima de 18 anos (Canavarro; Nazaré & Pereira, 2017). Na presente pesquisa, o valor do alfa de Cronbach do total da escala, os 18 itens, foi de (α=.931), sendo considerado com uma boa intensidade de associação (Hair et al., 2009). O valor do alfa para o domínio da sintomatologia depressiva foi de

(α=.884) . Já para a sintomatologia ansiosa o valor correspondeu a α=.864, e por fim, o domínio da somatização obteve um alfa de (α=.808).

Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal II: A Personal Growth Initiative Scale II (PGIS-II) foi desenvolvida por Robitschek et al. (2012). A escala obteve um Alfa de Cronbach de .94, demonstrando uma boa consistência interna. Além de ser um instrumento breve, com 16 itens e dividido em 4 fatores, os quais são: prontidão para mudança; planejamento; comportamento intencional; e utilização de recursos (Freitas et al., 2013; Robitschek et al., 2012). A parte cognitiva é avaliada pelos fatores "Prontidão para mudança" e "Planejamento". O valor do alfa de Cronbach da presente investigação para o domínio de "prontidão para mudança" foi de .85, e para "planejamento" .90. Sobre a dimensão comportamental, os fatores que avaliados são "Comportamento intencional" e "Utilização de recursos". Os alfas de Cronbach calculados no atual estudo, foram para o domínio "comportamento intencional" de .861) e para "utilização de recursos" o valor .792.

Procedimentos

Foi elaborado um inquérito online, o qual era enviado aos indivíduos através de um *link.* Ao acessar o link, logo encontrava o já referido inquérito, juntamente com os objetivos da pesquisa, o tempo estimado para responder e a garantia de sigilo e anonimato nas respostas. Procedeu-se com a análise dos dados. Todos os dados obtidos através do inquérito online foram tabulados em uma planilha no *Software Windows Excel* 2016. Em seguida, foram introduzidos no programa estatístico *IBM SPSS STATISTICS* para a elaboração da base de dados afim de desenvolver a análise estatística. Inicialmente foram realizadas análises estatísticas com o objetivo de explorar os dados demográficos para elaborar um perfil dos participantes. Para a amostra *N*=1.095 foi considerado o Teorema do Limite Central (TLC) (Amaro, 2012), o qual permite assumir o uso de testes paramétricos, uma vez que se entende que à medida que o N aumenta, aumenta a aproximação a uma distribuição normal dos dados. Posteriormente, verificou-se o indicador de consistência interna *Alfa de Cronbach,* com o objetivo de analisar a confiabilidade dos construtos teóricos, que segundo Hair et al. (2009), para que a consistência interna seja considerada satisfatória as variações devem ser entre 0,7 a 0,8 e muito boa

a intensidade de associação entre 0,8 e 0,9. Posteriormente, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson que indica a força de associação entre duas variáveis (Hair et al.,2009), o Teste T para amostras independentes, a Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial e o Teste Post-Hoc de Gabriel.

RESULTADOS

Utilizou-se o cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson (*Pearson Correlation Coefficient*, *r*), o qual permite explorar a associação, direção (positiva ou negativa) e a magnitudade (variações entre +1 e -1) das variáveis em questão (Martins, 2011). Os resultados apresentados para o *total score* da escala de *iniciativa de crescimento pessoal e a sintomatologia depressiva*, expostos na Tabela 1, mostram que o coeficiente de relação é estatísticamente significativo (*p*=.000) e uma correlação negativa (*r*=-.272).

Tabela 1

Análise da relação entre iniciativa de crescimento pessoal e sintomatologia depressiva

	BSI depressão	EICP Prontidão	EICP Planejamento	EICP Recursos	EICP Comportamento	EICP Total Score
BSI depressão	1					
EICP Prontidão	-.202** .000	1				
EICP Planejamento	-.279** .000	.845** .000	1			
EICP Recursos	-.152** .000	.581** .000	.590** .000	1		
EICP Comportamento	-.264** .000	.725** .000	.739** .000	.598** .000	1	
EICP Total Score	-.272** .000	.896** .000	.903** .000	.808** .000	.874** .000	1

Nota. **Correlação significativa ao nível de 0,01.

Observa-se um resultado similar quando investigamos a ICP com a sintomatologia ansiosa. Os números apresentaram significância (*p*=.000) e uma fraca relação negativa (*r*=-.185), conforme exemplificado na Tabela 2.

Tabela 2

Análise da relação entre iniciativa de crescimento pessoal e sintomatologia ansiosa

	BSI ansiedade	EICP Prontidão	EICP Planejamento	EICP Recursos	EICP Comportamento	EICP Total Score
BSI ansiedade	1					
EICP Prontidão	-.129** .000	1				
EICP Planejamento	-.211** .000	.845** .000	1			
EICP Recursos	-.068** .028	.581** .000	.590** .000	1		
EICP Comportamento	-.133** .000	.725** .000	.739** .000	.598** .000	1	
EICP Total Score	-.185** .000	.896** .000	.903** .000	.808** .000	.874** .000	1

Nota. **Correlação significativa ao nível de 0,01.

As similaridades também foram encontradas nos resultados referentes a somatização. Os dados obtidos com o *total score* e a somatização apresentaram significância estatística (p=.000) e uma fraca relação negativa (r=-.185) (Tabela 3).

Tabela 3

Análise da relação entre iniciativa de crescimento pessoal e sintomatologia somatização

	BSI somatização	EICP Prontidão	EICP Planejamento	EICP Recursos	EICP Comportamento	EICP Total Score
BSI somatização	1					
EICP Prontidão	-.133** .000	1				
EICP Planejamento	-.186** .000	.845** .000	1			
EICP Recursos	-.098** .001	.581** .000	.590** .000	1		
EICP Comportamento	-.149** .000	.725** .000	.739** .000	.598** .000	1	
EICP Total Score	-.185** .000	.896** .000	.903** .000	.808** .000	.874** .000	1

Nota. **Correlação significativa ao nível de 0,01.

Na análise da diferença nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal entre os géneros, optou-se por comparar masculino e feminino, os quais correspondem a 332 e 756 participantes da amostra geral, respectivamente. Foi feita a comparação através do Teste *t* para Amostras Independentes (t), onde pode-se constatar pelo *total score* relativo à variável dependente – total score da escala de iniciativa de crescimento pessoal – que o género masculino foi definido por (*N*=265) e feminino (*N*=611), os quais obtiveram uma média de (*M*=3,13) e (*M*=3,27) com um desvio padrão (*DP*=1,00) e (*DP*=.92), respetivamente.

Já para a análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal entre os mais jovens e os adultos, dividiu-se os participantes em três grupos, um compreendendo os respondentes de idades entre 18 a 22 anos, o qual entende-se como "adolescência estendida", o outro grupo dos 23 aos 30 anos, que se refere aos "Jovens Adultos", e por fim, dos 31 aos 62 anos, completando o grupo intitulado como "Adultos". Dessa forma, foi feita a comparação entre esses grupos e o *total score* de ICP através da Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial (*One-way Analysis of Variance*, F). Os resultados foram definidos com (*N*=388) (*M*=3.12) para o grupo "Adolescência estendida" (*N*=235) (*M*=3.30) para o grupo "Jovens Adultos", e (*N*=260) (*M*=3.31) para "Adultos". Posteriormente, aplicou-se o Teste Post-Hoc de Gabriel, o qual permitiu analisar entre quais grupos há diferenças significativas nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal. O Teste permitiu verificar que há diferenças ao nível de iniciativa de crescimento pessoal em função da idade dos participantes, principalmente entre os indivíduos que estão na "Adolescência Estendida" para os que já são considerados "Adultos".

Para analisar as diferenças nos níveis de ICP entre os dois grupos (solteiros x em relacionamento), se agrupou na variável "em relacionamento" os sujeitos que responderam estarem casados(a) (15,3%), os unidos(a) de facto (7%) e os em compromisso afectivo (27.2%), e foram comparados com os respondentes que afirmaram ser solteiros(a) (45%).Dessa forma, obteve-se um (*N*=468) (*M*=3.26) (*DP*=.96) para os "em relacionamento" e (*N*=429) (*M*=3.17) (*DP*=.92) para os "solteiros". Por fim, utilizou-se a Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial (*One-way Analysis of Variance, F*) para comparar os níveis de ICP entre as diferentes categorias de escolaridade. Foram comparadas as três categorias, onde agrupou-se os indivíduos que estudaram entre os 9 e os 12 anos em uma categoria só;

licenciatura/bacharelado; e mestrado/doutorado. Foram excluídos os participantes que responderam que tiveram formação "até os 4 anos" e os que assinalram "outra" por questões de apresentarem um baixo *N* (*N*=12 e *N*=6) respetivamente. De modo geral, observou-se que as médias relativas a "Licenciatura/Bacharelado" e "Mestrado/Doutorado" se sobressaem em relação a primeira categoria. Os resultados obtidos pela ANOVA demonstraram diferenças entre os grupos de escolaridade e são estatisticamente significativos. Recorreu-se então aos *Testes Post-Hoc* de Gabriel, cujos resultados obtidos evidenciaram diferenças significativas quanto as categorias de escolaridade aos níveis de iniciativa de crescimento pessoal, principalmente que o nível de escolaridade "Entre 9 a 12 anos" possui maior diferença nos níveis de ICP quando comparada com "Licenciatura/Bacharelado" (*p*=.015).

DISCUSSÃO

Os resultados referentes a sintomatologia depressiva e sua relação com a iniciativa de crescimento pessoal comportaram-se de forma inversamente proporcional. O valor da correlação foi baixo, entretanto, não pode ser desprezado, uma vez que vai ao encontro de resultados semelhantes encontrados na literatura. Ao observar os diversos estudos relacionando iniciativa de crescimento pessoal e bem-estar, verifica-se que os altos níveis de ICP contribuem para uma diminuição significativa dos números relacionados a depressão, stress psicológico, sofrimento psíquico e ruminação (Ayub & Iqbal, 2012), além de serem um fator preditivo para bons níveis de bem-estar (Robitschek et al., 2012). Ainda referente aos indicadores de saúde mental, as correlações entre ICP e sintomatologia ansiosa e somatização também apresentaram resultados similares aos expressos anteriormente pela sintomatologia depressiva.

Já nos resultados relacionados a diferença de iniciativa de crescimento pessoal entre género feminino e masculino, obteve-se diferenças em seus números, indicando que as mulheres possuem um nível mais elevado de ICP. Entretanto, não se encontra na literatura estudos que compartilhem do mesmo resultado. Em uma das poucas investigações encontradas a cerca

da temática, não foi verificada diferença nos resultados ao analisar os níveis nos géneros (Beri & Jain, 2016). Quanto a análise dos níveis de ICP segundo a idade dos participantes, nos resultados encontrados, observou-se uma diferença nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal, e foi verificada que é essencialmente quando comparado os indivíduos da "adolescência estendida" (18 aos 22 anos) com os "adultos" (31 aos 62 anos). Não foram encontradas pesquisas que relacionassem idade e ICP, entretanto, há diversos estudos sobre o bem-estar no decorrer das faixas etárias (Freire, 2000; Neri, 2000).

Em relação à diferença dos níveis de iniciativa de crescimento pessoal entre o estado marital, foi verificado que não há diferenças entre os dois grupos – solteiros e em relacionamento- bem como não foram encontrados estudos na literatura que também investigasse os dois construtos. Entretanto, foram encontrados estudos que associam o bem-estar com relacionamentos (Díaz Llanes, 2001). Os resultados referentes ao comparar os níveis de iniciativa de crescimento pessoal entre as diferentes categorias de escolaridade apontaram que há diferenças, principalmente se for comparado os indvíduos que possuem formação entre os 9 aos 12 anos com os que possuem licenciatura/bacharelado. Ao buscar resultados similares na literatura, verifica-se que ainda há poucos estudos que analisam os diferentes níveis de escolaridade com a ICP.

Portanto, compreende-se a relevância do tema estudado e da contemporaneidade do mesmo. Entretanto, ao realizar a busca de materiais científicos sobre, foi verificado que há poucas investigações sobre a temática. Sugere-se que para investigações futuras seja considerado aplicar a Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal em indivíduos que apresentem um diagnóstico clínico, com o objetivo de verificar os níveis e correlações, uma vez que as correlações do presente estudo foram baixas, o que se dá pelo fato de ter sido aplicado em uma população normativa.

REFERÊNCIAS

Amaro, A. (2012). *Inferência estatistica (uma introdução): O outro segredo dos dados*. Lisboa: Instituto Superior de Gestão.

Ayub, N., & Iqbal, S. (2012). The relationship of Personal Growth Initiative, Psychological Well-Being, and Psychological Distress among Adolescents. *Journal of Teaching and Education, 1*(6), 101-107.

Beri, N., & Jain, M. (2016). Personal growth initiative among undergraduate students: Influence of Emotional Self Efficacy and General Well Being. *Rupkatha Journal on Interdisciplinary Studies in Humanities*, *VIII*(2), (Special Issue).

Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação* (pp. 115-130). Lisboa: Editora Pactor.

Derogatis, L. R. (1993). Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual. National Computer Systems (NCS).

Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) administration, scoring, and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: Pearson.

Derogatis, L. R. (2001). BSI 18 – *Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: Pearson.

Direcção Geral da Saúde [DGS]. (2017) D*epressão e outras perturbações mentais comuns*. Lisboa: Autor. https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns.aspx

Díaz Llanes, G. (2001). El bienestar subjetivo: Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina e Genética Integral, 17*(6), 572-579.

Freire, S. A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In A. L. Neri & S. A. Freire (Orgs.), *E por falar em boa velhice* (pp. 21-31). Campinas, SP: Papirus.

Freitas, C. P. P., Damásio, B. F., Tobo, P. R., Kamei, H. H., & Koller, S. H. (2016). Systematic review about personal Growth Initiative. *Anales de Psicología, 32*(3), 770-782. doi.org/10.6018/analesps.32.3.219101

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B.J., Anderson, R. E. & Tatham, R. L. (2009). *Análise Multivariada de Dados* (6ª ed.). Porto Alegre: Bookman.

Neri, A. L. (2000). Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 9-55). Campinas, SP: Papirus.

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2008). *Integração da saúde mental nos cuidados primários: Uma perspectiva global.* Autor: Geneva. https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf

Robitschek, C. (1998). Personal growth initiative: The construct and its measure. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 30*, 183-198.

Robitschek, C., Ashton, M. W., Spering, C. C., Geiger, N., Byers, D., Schotts, G. C., & Thoen, M. A. (2012). Development and psychometric evaluation of the Personal Growth Initiative Scale-II. *Journal of Counseling Psychology, 59*(2), 274-287. doi: 10.1037/a0027310

World Health Organization [WHO]. (2002). *The world health Report – Mental Health: New Understanding, new hope* (1st ed.). Lisboa: Direção Geral da Saúde e Climepsi Editores.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

INICIATIVA DE CRESCIMENTO PESSOAL E SATISFAÇÃO COM A VIDA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

João Pedro Silva[1] (✉ lrodrigues.silva@ubi.pt), Manuel Loureiro[1,2], Paula Carvalho[1], Ana Cunha[1], & Marta Alves[1]

[1] Universidade da Beira Interior, Portugal
[2] Centro de Investigação em Deporto, Saúde e Desenvolvimento Humano (CIDESD), Portugal

O crescimento pessoal era medido de uma forma muito geral, sem fazer a distinção entre as dimensões intencional e não intencional (Ryff, cit. in Danitz, Orsillo, Beard, & Bjorgvinsson, 2018). Assim, surgiu a Iniciativa de Crescimento Pessoal (ICP) definida como um envolvimento ativo e intencional do indivíduo no seu processo de crescimento pessoal (Robitshceck; Robitscheck et al., cit. in Freitas, Damasio, Tobo, Kamei, & Koller, 2016). Este construto é caracterizado como sendo multidimensional, isto é, inclui uma dimensão cognitiva, onde se inserem aspetos cognitivos de autoeficácia, crenças, atitudes e valores de crescimento ao nível pessoal como também uma dimensão comportamental, a aplicação prática das cognições nos diferentes domínios (Robitscheck, 1998; Robitscheck et al., 2012).

Desta forma, a ICP é caracterizada como um construto metacognitivo, isto é, um envolvimento intencional, consciente e deliberado por parte do individuo, de cognições e comportamentos, com o intuito de alcançar um melhor crescimento em várias áreas da sua vida (Robitschek, cit. in Bhattacharya & Mehrotra, 2014). A ICP é facilitadora do crescimento positivo, permitindo a modificação dos aspetos que o indivíduo deseja alterar e a preservação dos que não quer (Robitschek, cit. in Weigold, Boyle et al., 2018).

Tendo em consideração estudos efetuados, verifica-se que pessoas com elevados níveis de ICP apresentam menores níveis de depressão, ansiedade e distress psicológico, focando-se mais num coping reflexivo. Apresentam

ainda, um afeto mais positivo, maior assertividade e um locus de controlo interno (Hardin, Weigold, Robitschek, & Nixon, 2007; Robitschek et al., 2012; Robitschek & Cook, 1999; Robitschek & Kashubeck cit. in Shigemoto, Thoen, Robitschek & Ashton, 2015). Contrariamente, pessoas com níveis baixos de ICP apresentam mais dificuldades ao nível da adaptação a novos contextos, experienciando maiores níveis de ansiedade e stress e menores níveis de satisfação com a vida (Stevic & Ward, 2008; Weigold & Robitschek, 2011; Yakunina, Weigold, & Weigold, 2013; Yakunina, Weigold, Weigold, Hercegovac, & Elsayed, 2013).

O bem-estar subjetivo tem sido caracterizado como a avaliação que o indivíduo faz da sua vida, sendo um construto importante para a compreensão do bem-estar psicológico e a saúde mental em geral (Diener & Diener, 2009; Gilman & Huebner, 2003; Proctor, Linley, & Maltby, 2009). Desta forma, a avaliação pode ser feita através de dois mecanismos: (1) *de forma cognitiva*, através de um exame consciente da vida em geral, que inclui a satisfação com a vida; e (2) *de forma emocional/afetiva,* isto é, a forma como o indivíduo vivencia emoções prazerosas ou desagradáveis, e os seus estados de humor (Alves, 2008; Giacomoni, 2004; Pavot & Diener, 1993). A dificuldade em definir este constructo prende-se com o facto ser considerado um estado subjetivo do ser humano (Joia, Rui, & Donalisio, 2007), pois o processo de julgamento depende da forma como o indivíduo avalia a sua qualidade de vida, tendo em conta critérios próprios para o mesmo (Shin & Johnson, 1978). Desta forma, a avaliação ao nível cognitivo é considerada um processo dinâmico na medida que está dependente quer da satisfação atual do indivíduo nos domínios específicos da vida, como também a sua perceção a um nível geral (Diener et al., 2000; Pavot & Diener, 2008).

Diener (1984) sugere que a satisfação com a vida pode ser caracterizada como a satisfação do individuo considerando aquilo que desejou e aquilo que alcançou. Outros autores caracterizam a satisfação com a vida como um equilíbrio entre as expetativas e as conquistas da pessoa (Albuquerque & Tróccoli, 2004; García-Viniegras & González, 2000; Veenhoven, 1994), através de um estado psicológico, onde ocorrem trocas do indivíduo com o meio microssocial, da família e do apoio social, como também ao nível macrossocial da cultura (García-Viniegras & González, 2000). Pessoas com altos níveis de satisfação com a vida apresentam uma maior longevidade, um maior enfrentamento de doenças e desejo de recuperação, bem como

um maior poder económico, quando comparadas com pessoas com níveis baixos de satisfação com a vida (Lewis, Huebner, Malone, & Valois, 2011).

MÉTODO

Participantes

Como principal critério de inclusão considerou-se a idade igual ou superior a 18 anos, tendo-se obtido um grupo constituído por 183 participantes estudantes universitários, sendo 141 participantes do sexo masculino (77%) e 42 do sexo feminino (23%), com idades compreendias entre 18 e os 36 anos (*M*=21.02; *DP*=2.733). A variável idade foi codificada obtendo-se dois grupos etários, um dos 18 aos 21 anos e outro dos 22 aos 36 anos, de forma a estudar duas faixas etárias, adolescência e adulto jovem, tendo em conta uma maior homogeneidade entre os grupos. No que toca à existência de um relacionamento íntimo atual, 93 dos participantes (50.8%) encontram-se num relacionamento íntimo, enquanto que 83 dos participantes (45.4%) não referiu esta existência. Dentro dos participantes que estão num relacionamento íntimo, 16 (8.7%) referem estar num relacionamento sem compromisso, 61 num namoro sem viverem juntos (33.3%), 12 num namoro a viver juntos (6.6%) e 3 casados (1.6%).

Instrumentos

O questionário sociodemográfico inclui diversas variáveis como idade, género, nacionalidade, curso, relacionamento íntimo e a natureza e duração desse relacionamento, entre outras. A EICP-II (Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal, versão 2) apresenta 16 itens, com uma escala de resposta tipo *likert* de 6 níveis. Nesta escala quanto maior for o somatório dos itens maiores são os níveis de ICP. Apresenta 4 dimensões e no nosso estudo o alfa de Cronbach foi de .841 para a escala *Readiness for change,* .862 para a *Planfulness,* .740 para a *Using Resources*, .859 para a *Intentional Behavior* e .934 para a escala total. Relativamente à escala da Satisfação com a Vida (SWLS), apresenta uma escala de resposta tipo likert de 5 níveis, sendo que os resultados da escala variam entre 5 (valor mínimo) e 25 (valor máximo), o que significa que quanto maior for o valor total, maior é a sua

satisfação com a vida (Simões, 1992). No presente estudo o alfa de Cronbach foi de .822, revelando uma boa consistência interna.

Procedimento

A equipa de investigadores do Projeto Violência 360º, projeto desenvolvido no Departamento de Psicologia e Educação da UBI, elaborou um protocolo de recolha de dados tendo por base a definição dos participantes a incluir, bem como, a escolha dos instrumentos necessários para avaliar as variáveis que haviam sido consideradas. Neste trabalho são consideradas as variáveis satisfação com a vida e iniciativa de crescimento pessoal. A recolha de dados foi efetuada diretamente em contexto de sala de aula, pelos membros da equipa. O tratamento de dados foi efetuado com recurso ao software IBM SPSS. Em todos os momentos inerentes ao desenvolvimento da investigação que originou este trabalho, foram considerados e respeitados os critérios éticos aplicáveis.

RESULTADOS

Começamos por apresentar os resultados descritivos obtidos com recurso a ambas as escalas. Observando a Tabela 1, para a EICP-II a média foi de 54.53 (*DP*=12.446). Considerando 40 como ponto médio, o resultado da nossa amostra encontra-se ligeiramente acima, o que pode ser entendido como um ligeiro indicador de iniciativa de crescimento pessoal. No caso da SWLS, a média foi de 18.17 (*DP*=3.938), sendo considerado 15 como ponto médio, o que significa que os estudantes pontuaram ligeiramente acima da média.

Tabela 1

Análise descritiva da escala EICP-II e SWLS

Escala	*N*	Nº itens	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
EICP-II	183	16	54.53	12.446	19	80
SWLS	183	5	18.17	3.938	7	25

Relativamente à análise inferencial (Tabela 2), para a variável género, na escala EICP-II o género masculino apresentou maior média (*M*=54.50, *DP*=12.78) em comparação com o género feminino (*M*=54.50, *DP*=11.40), no entanto, esta diferença não se apresentou estatisticamente significativa (*p*=.942; *p*>.05).

Tabela 2

Resultados da EICP-II e SWLS entre os grupos

			EICP-II		SWLS	
		N	Média (SD)	*P*	Média (SD)	*P*
Género	Masculino	141	54.54 (12.78)	.942	18.099 (4.15)	.023*
	Feminino	42	54.50 (11.40)		18.41 (3.16)	
Grupo etário	18 a 21 anos	128	54.39 (12.98)	0.32*	18.414 (4.04)	.604
	22 a 36 anos	54	54.70 (11.25)		17.593 (3.68)	
Natureza do relacionamento	Sem compromisso	16	57.25 (12.031)	.369	18.88 (4.94)	.253
	Namoro sem viverem juntos	61	56.48 (11.72)		19.38 (4.14)	
	Namoro a viverem juntos	12	50.58 (11.30)		17.33 (2.19)	
	Casamento	3	51.67 (11.50)		16 (1.73)	

Nota. *p<.05.

Em contraste, na variável SWLS foi o género feminino que obteve uma média mais elevada (*M*=18.405; *DP*=3.16) quando comparada com a obtida pelo género masculino (*M*=18.099; *DP*=4.15), sendo esta diferença estatisticamente significativa (*p*=.023; *p*<.05). No caso do grupo etário, para a escala EICP-II, foram os estudantes de 22 a 36 anos que apresentaram uma pontuação mais elevada (*M*=54.70; *DP*=11.25), comparativamente ao grupo de 18 a 21 anos (*M*=54.39, *DP*=12.98) com diferenças estatisticamente significativas (*p*=.032; *p*<.05). Na escala SWLS apesar de não ter havido diferenças estatisticamente significativas no grupo etário, foram os estudantes dos 18 a 21 (*M*=18.414; *DP*=4.04) que apresentaram resultados ligeiramente superiores. Para a última variável, natureza do relacionamento, na escala EICP-II, o grupo sem compromisso foi aquele que apresentou

valores superiores (*M*=57.25; *DP*=12.031), contudo, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos (*p*=.369; *p*>.05). Para a escala a SWLS, também não se verificaram diferenças significativas (*p*=.253; *p*>.05), sendo que foi o grupo "num namoro sem viverem juntos" que obtive um valor ligeiramente superior (*M*=19.38; *DP*=4.14).

No que concerne ao estudo da associação entre as escalas (Tabela 3) verifica-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a iniciativa de crescimento pessoal e a satisfação com a vida, (*r*=.403, p=.000). Para uma maior exploração da associação, foi efetuada uma regressão linear, onde o resultado demonstrou que a EICP-II explica cerca de 16% (R^2=.163) da SWLS.

Tabela 3

Análise da associação entre a iniciativa de crescimento pessoal e a satisfação com a vida

	SWLS (escala total)	
	R	*P*
EICP-II (escala total)	0.404	.000

Nota. R^2=.163; Sig. One way ANOVA .000.

DISCUSSÃO

Os resultados correspondentes à EICP-II, para a variável género vão no sentido dos obtidos noutros estudos, onde também não se verificaram diferenças (Abaci & Okay, 2013; Büyükgöze, 2015; Robitschek et al., 2012). Este facto pode ser explicado pela falta de homogeneidade entre géneros, embora Robitschek e colaboradores (2012) considere que tanto os homens como as mulheres estão conscientes da importância do crescimento pessoal nas suas vidas e desta forma tendem a reunir esforços para o manter e o sustentar. No que se refere aos resultados considerando o grupo etário, foram no sentido esperado a partir dos resultados obtidos noutras investigações. Era expectável que os participantes mais velhos apresentassem valores superiores de ICP, devido ao facto de terem um

pensamento mais focado no seu futuro e envolvido no processo de mudança, demonstrando uma maior intenção de mudança e uma maior vontade de começar a delinear objetivos de vida (de Jager-van Straaten, Jorgensen, Hill, & Nel, 2016). Na variável natureza do relacionamento, o resultado pode ser explicado pelo facto de os estudantes sem compromisso, terem uma maior autonomia e um foco principal no seu futuro e no próprio crescimento, enquanto que os que se encontram num namoro, podem já ter começado a planear e a pensar o futuro com a pessoa com quem estão a namorar e no caso dos casados este crescimento pessoal pode já ter sido atingido como resultado de uma vida mais estável.

Relativamente à satisfação com a vida, no que se refere ao variável género, o resultado obtido pode ter a ver com o facto de o género feminino ter uma maior capacidade de falar abertamente os seus problemas com pessoas significativas e desta forma receber mais recursos e suporte de amigos (Carbery & Buhrmester, 1998). Já para o grupo etário, os resultados apresentados contrariam o que se tem observado e assumido teoricamente, já que o autorrelato da satisfação com a vida, tende a aumentar com o aumento da idade e da progressão académica (Albuquerque, Noriega, Martins & Neves, cit in Imaginário & Vieira, 2011). Contudo, a literatura ainda não conseguiu estabelecer uma relação com a idade, devido à falta de consenso entre as investigações (Calixto & Martins, 2010; Isaacowitz, 2005). Na natureza do relacionamento, os resultados contradizem um estudo encontrado, onde os participantes casados tiveram valores superiores de satisfação com a vida, seguidos dos participantes a coabitar (num namoro a viverem juntos), dos participantes num envolvimento íntimo (não vivem juntos nem são casados) e dos participantes não envolvidos intimamente (Arrindell, Heesink & Feij, 1999). No que consta da associação entre as variáveis, o resultado vai ao encontro aos observados na literatura, sendo confirmado com outros estudos que também analisaram a associação entre as variáveis (Robitschek & Keyes, 2009; Sood, Gupta & Bakhshi, 2012). Tendo em consideração a regressão linear, e o facto de a EICP-II explicar 16% dos resultados da SWLS, permite concluir que tem uma influência não negligenciável.

Os resultados demonstraram níveis ligeiros de ICP, sugerindo que, apesar de não serem elevados, esta grupo tem consciência da importância do crescimento pessoal e que tem capacidade de iniciativa quando pretende mudar algo na sua vida. Relativamente à satisfação com a vida, os resultados

revelaram que estes estudantes universitários estão ligeiramente satisfeitos com a sua vida. É um resultado importante pelo seu carácter associativo com diversas variáveis positivas, visto que a ausência desta variável é indicadora de associação com variáveis negativas e de sintomatologia psicopatológica. Assim, é importante preparar e trabalhar melhor os jovens para algumas exigências adaptativas, fomentando certos conhecimentos e colmatando algumas das suas incertezas e dificuldades, com vista à obtenção de uma maior satisfação com a vida. Ao desenvolver esta investigação deparámo-nos com algumas limitações, uma delas pelo facto de a iniciativa de crescimento pessoal ser uma variável recente, revelando escassez de literatura. Outra limitação é a falta de homogeneidade dos grupos estudados.

REFERÊNCIAS

Abaci, R., & Okyay, B. (2013). A Comparation of self confidence levels and personal growth initiative skills between managers and employees. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *106*, 39-44. doi: https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.006

Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: teoria e pesquisa*, *20*(2), 153-164.

Alves, R. (2008). *O bem-estar subjectivo e a pratica desportiva em adolescentes da região autónoma da Madeira*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Arrindell, W. A., Heesink, J., & Feij, J. A. (1999). The satisfaction with life scale (SWLS): Appraisal with 1700 healthy young adults in The Netherlands. *Personality and individual differences*, *26*(5), 815-826. doi: https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00180-9

Bhattacharya, A., & Mehrotra, S. (2014). Personal Growth Initiative Scale: How does it perform in Indian youth samples. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, *40*(1), 122-129.

Büyükgöze, H. (2015). An Investigation of pre-service science and mathematics teachers' personal growth initiative. *Acta Didactica Napocensia*, *8*(3), 47-53.

Calixto, E., & Martins, M. H. (2010). Os factores bio-psico-sociais na satisfação com a vida de idosos institucionalizados. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Minho.

Carbery, J., & Buhrmester, D. (1998). Friendship and need fulfillment during three phases of young adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, *15*(3), 393-409. doi: https://doi.org/10.1177/0265407598153005

Danitz, S. B., Orsillo, S. M., Beard, C., & Björgvinsson, T. (2018). The relationship between personal growth and psychological functioning in individuals treated in a partial hospital setting. *Journal of Clinical Psychology*, *74*(10), 1759-1774. doi: https://doi.org/10.1002/jclp.22627

de Freitas, C. P. P., Damásio, B. F., Tobo, P. R., Kamei, H. H. & Koller, S. H. (2016). Systematic review about personal growth initiative. *Anales de Psicología*, *32*(3), 770. doi: https://doi.org/10.6018/analesps.32.3.219101

de Jager-van Straaten, A., Jorgensen, L., Hill, C., & Nel, J. A. (2016). Personal growth initiative among Industrial Psychology students in a higher education institution in South Africa. *SA Journal of Industrial Psychology*, *42*(1), 1-11. doi: http://dx.doi.org/10.4102/sajip.v42i1.1283

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542-575.

Diener, E. (2009). Subjective well-being. In E. Diener (Ed.), The science of well-being: The collected work of Ed Diener. *Social Indicators Research Series*, *37*. doi: 10.1007/978-90-481-2352-6_2

García-Viniegras, C., & González, I (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina Integral*, *16*(6), 586-592.

Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: Em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia*, *12*(1), 43-50.

Gilman, R., & Huebner, E. S. (2003). A review of life satisfaction research with children and adolescents. *School Psychology Quarterly*, *18*(2), 192-205. doi: http://dx.doi.org/10.1521/scpq.18.2.192.21858

Imaginário, S., & Vieira, L. S. (2011). Bem-estar subjectivo, integração social e vivências académicas numa amostra de estudantes da universidade do Algarve. *Revista AMAzónica*, *7*(2), 40-60.

Isaacowitz, D. M. (2005). Correlates of well-being in adulthood and old age: A tale of two optimisms. *Journal of Research in Personality*, *39*(2), 224-244. doi: https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.02.003

Joia, L. C., 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*, 131-138.

Lewis, A. D., Huebner, E. S., Malone, P. S., & Valois, R. F. (2011). Life satisfaction and student engagement in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *40*(3), 249-262. doi: https://doi.org/10.1007/s10964-010-9517-6

Luyckx, K., & Robitschek, C. (2014). Personal growth initiative and identity formation in adolescence through young adulthood: Mediating processes on the pathway to well-being. *Journal of Adolescence*, *37*(7), 973-981. doi: https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.07.009

Oliveira, A. L., Lima, M. P., & Simões, A. (2007). A satisfação com a vida dos estudantes universitários: Para além da auto-estima, o lugar da conscienciosidade e do controlo pessoal. *Psicologia Educação e Cultura*, *11*(2), 243-263.

Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, *2*, 164-172.

Proctor, C. L., Linley, P. A., & Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: A review of the literature. *Journal of Happiness Studies*, *10*(5), 583-630. doi: https://doi.org/10.1007/s10902-008-9110-9

Robitschek, C. (1998). Personal growth initiative: The construct and its measure. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, *30*(4), 183.

Robitschek, C., & Keyes, C. L. M. (2009). Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology*, *56*(2), 321-329. doi: http://dx.doi.org/10.1037/a0013954

Robitschek, C., Ashton, M. W., Spering, C. C , Geiger, N., Byers, D., Schotts, G. C., & Thoen, M. A. (2012). Development and psychometric evaluation of the Personal Growth Initiative Scale-II. *Journal of Counseling Psychology*, *59*(2), 274-287. doi: http://dx.doi.org/10.1037/a0027310

Shigemoto, Y., Thoen, M. A., Robitschek, C., & Ashton, M. W. (2015). Assessing measurement invariance of the Personal Growth Initiative Scale-II among Hispanics, African Americans, and European Americans. *Journal of counseling Psychology*, *62*(3), 537-544. doi: http://dx.doi.org/10.1037/cou0000075

Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, *5*, 475-492.

Sood, S., Gupta, R., & Bakhshi, A. (2012). Personal growth initiative and life satisfaction in residents of short stay homes. *Indian Journal of Positive Psychology*, *3*(4), 425-427.

Stevic, C. R., & Ward, R. M. (2008). Initiating Personal Growth: The Role of Recognition and Life Satisfaction on the Development of College Students. *Social Indicators Research*, *89*(3), 523-534. doi: https://doi.org/10.1007/s11205-008-9247-2

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervencion Psicosocial, 3*, 87-116.

Weigold, I. K., & Robitschek, C. (2011). Agentic personality characteristics and coping: Their relation to trait anxiety in college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, *81*(2), 255-264. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01094.x

Weigold, I. K., Boyle, R. A., Weigold, A., Antonucci, S. Z., Mitchell, H. B., & Martin-Wagar, C. A. (2018). Personal growth initiative in the therapeutic process: An exploratory study. *The Counseling Psychologist*, *46*(4), 481-504.

Yakunina, E. S., Weigold, I. K., & Weigold, A. (2013). Personal growth initiative: Relations with acculturative stress and international student adjustment. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, *2*(1), 62-71. doi: http://dx.doi.org/10.1037/a0030888

Yakunina, E. S., Weigold, I. K., Weigold, A., Hercegovac, S., & Elsayed, N. (2013). International students' personal and multicultural strengths: Reducing acculturative stress and promoting adjustment. *Journal of Counseling & Development*, *91*, 216-223. doi: https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00088.x

Yalçın, İ. (2011). Social support and optimism as predictors of life satisfaction of college students. *International Journal for the Advancement of Counselling*, *33*(2), 79-87. doi: https://doi.org/10.1007/s10447-011-9113-9

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

MISSÃO 2050: USO DA GAMIFICAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO COMPORTAMENTO ONLINE SAUDÁVEL

Ivone Patrão[1,2] (✉ ivonemartinspatrao@gmail.com), Jéssica Leandro[1], Pedro Aires Fernando[3], & Isabel Leal[1,2]

[1] ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal
[2] APPsyCi – Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, Portugal
[3] CMO – Câmara Municipal de Odivelas, Portugal; 4 WJCR – William James Center for Research, ISPA-IU, Lisboa, Portugal

A tecnologia trouxe novos desafios para a sociedade a diversos níveis, um deles está relacionado com a forma e com a intensidade das relações e, a partir daí, como é que se pensa, sente e comunica online e offline (Patrão, 2017). As crianças e os jovens, por realizarem uma elevada adesão à tecnologia, podem estar em risco quanto à sua forma de socializar e comunicar, que podem ficar menos íntimas e mais superficiais (Amichai-Hamburger & Hayat, 2011; Antheunis, Valkenburg, & Peter, 2012; Nowland, Necka, & Cacioppo, 2017; Tomael, Alcará, & Di chiara, 2005). Na última década, na Europa, as crianças portuguesas são as que usam mais meios digitais, e têm uma experiência completamente diferente das gerações anteriores, devido ao uso ativo e interativo dos ecrãs digitais, modificando a sua forma de estar e comunicar (Ponte, 2012).

A utilização do jogo tem demonstrado ser uma ferramenta útil na educação em saúde, utilizando o lado lúdico do jogo, e assim contribuir para aumentar o conhecimento sobre determinada área e promover a mudança do comportamento (Alsawaier, 2018; Hursen & Bas, 2019). O uso de estratégias do jogo para serem aplicadas noutros domínios, como por exemplo a educação, a formação, a intervenção terapêutica, entre outras, denomina-se de gamificação.

Os jogos criados com base nas estratégias de gamificação apresentam sete aspectos principais que estão associados à sua eficácia, sobretudo ao nível da motivação, aprendizagem e mudança de comportamentos em

saúde: 1) definição de uma meta e o compromisso em atingir essa meta; 2) desenvolvimento de capacidades para superar desafios; 3) feedback constante sobre o desempenho; 4) reforço positivo; 5) comparação do progresso através da experiência directa e indirecta; 6) interação social; 7) desfrutar do entretinimento numa realidade alternativa (Culgeman, 2013).

Apresenta-se o estudo de pré-teste do jogo – MISSÃO 2050 – para crianças/jovens entre os 5 e 14 anos, que visa a promoção da gestão saudável do comportamento online. O objetivo central é contribuir com uma ferramenta psicoeducativa, ao nível da promoção de comportamentos saudáveis em crianças e jovens (5-14 anos), através do uso do jogo – MISSÃO 2050® (Patrão & Fernandes, 2019).

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 25 turmas (*n*=613 crianças), do 1º (1º ao 4º ano), 2º e 3º ciclo, de escolas publicas e privadas da grande Lisboa. Foram realizados grupos dentro de cada turma para jogar com o protótipo do jogo MISSÃO 2050® (Patrão & Fernandes, 2019). A amostra tem as seguintes características: 49% são do sexo masculino, 51% são do sexo feminino; idades entre os 5 e os 14 anos (*M*=8.3; *DP*=2.0).

Procedimentos

Existiu o acompanhamento de 26 professores nos *focus group* (uma média de 1 professor por *focus group*, que realizou uma observação participante). Foi utilizado o jogo de tabuleiro – MISSÃO 2050® (Patrão & Fernandes, 2019) – como ferramenta psicoeducativa e de intervenção na área dos comportamentos online saudáveis. As escolas foram contactadas para formalizar a autorização e solicitar o consentimento informado para participar no pré-teste do jogo. Foram realizadas sessões de 1h.

Foi realizada uma análise de conteúdo (Bardin, 2011) dos contributos de cada *focus group* (4 grupos por turma) para os ajustes dos desafios

lançados no jogo, e uma análise quantitativa, com recurso à estatística descritiva.

RESULTADOS

Apresentam-se os resultados da análise quantitativa/qualitativa, que validam o jogo MISSÃO 2050® (Patrão, & Fernandes, 2019) como um recurso psicoeducativo, nas áreas das regras de uso e acesso online, literacia e cidadania digital, socialização e segurança online.

As características da amostra, quanto ao acesso e uso da tecnologia, indicam que, tendo em conta que a média de idades da amostra é de 8 anos, há um contacto directo e continuo com o mundo virtual, a saber: 100% tem acesso à internet; 28% usa o tablet, 24 % usa o smartphone, 19% usa a consola, 17% usa o smartphone e o tablet, e 12% usa o smartphone, o tablet e a consola.

Com a apresentação do jogo – MISSÃO 2050® (Patrão & Fernandes, 2019) – que engloba um tabuleiro, peças de jogo de cada equipa, dados, cartões de jogo (com desafios), descrição do mundo em 2050 (com 8 territórios e percursos), 2 níveis de jogabilidade, com regras baseadas na gamificação, foram recolhidas sugestões das crianças e jovens: quanto ao design do jogo; ao conteúdo dos desafios apresentados; e à motivação para jogar.

As sugestões dos conteúdos a validar e a alterar foram posteriormente tidas em conta para a finalização do jogo. Apresenta-se de seguida os contributos recolhidos:

- Desafios de Percurso (para chegar a cada território têm que ser superados desafios de percurso): Foram compreendidos 97% dos desafios e 3% foram assinalados para análise.
- Desafios de Território Assembleia Digital: 93% foram compreendidos e 7%. foram assinalados para análise.
- Desafios de Território Centro de Reciclagem: 86% foram compreendidos e 14% foram assinalados para análise.
- Desafios de Território Arranha Céus Residencial: foram compreendidos a 100%.

- Desafios Território Bolha Florestal: foram compreendidos 100%.
- Desafios de Território Casa da Sabedoria: 83% foram compreendidos, 17% foram assinalados para análise.
- Desafios de Território Fórum das Emoções:100% foram compreendidos, sendo que à medida que foram testados houve um ajuste no próprio nome do território, que não era entendido, ainda que a sua descrição fosse compreendida.
- Desafios de Território Tecno Hospital: 100% foram compreendidos.
- Desafios Território Laboratório de Aprendizagem:100% foram compreendidos.
- Desafios Missão (desafios colocados no fim do jogo, para serem realizados fora do jogo, de forma a transportar as reflexões do jogo para o momento atual): 100% dos desafios aceites, embora com comentários relativamente ao seu grau de exigência.

A totalidade das crianças e jovens em pré-teste mostraram envolvimento e motivação para jogar, pelo ambiente criado no jogo, pela temática e pelo objectivo final do jogo – trazer uma missão de promoção de uso saudável do jogo para a atualidade. A maioria dos professores mostrou interesse em observar a aplicação do jogo e em dar o seu contributo, enquanto observador participante, expressando a necessidade de uma ferramenta na área da promoção do uso saudável das tecnologias.

DISCUSSÃO

A partir deste pré-teste do jogo MISSÃO 2050® (Patrão & Fernandes, 2019) foi possível desenvolver o jogo final, o que vai permitir o desenvolvimento de um programa para a gestão saudável da tecnologia, tanto no contexto terapêutico, como formativo, tendo por base as áreas do jogo (regras de uso e acesso online, literacia e cidadania digital, socialização e segurança online).

Este processo de validação do jogo – MISSÃO 2050® (Patrão & Fernandes, 2019) – baseou-se numa metodologia *bottow-up* com contributos de diferentes destinatários do jogo, o que: se apresentou como uma estratégia útil; tornou a ferramenta mais rica do ponto de vista da

aplicabilidade; permitiu testar a jogabilidade, incluindo características da gamificação; possibilitou avaliar a adesão da amostra (Alsawaier, 2018).

A adesão à jogabilidade com o protótipo do jogo foi total, traduzida na motivação e na estimulação da capacidade imagética, resultando assim, numa estratégia eficaz para avaliar o comportamento, as atitudes e as crenças em relação ao mundo online. A maioria da amostra tem informação sobre a tecnologia, acesso a dispositivos móveis, com acesso à internet, consumo de jogos, multimédia e redes sociais, o que indica que as crianças e os jovens assumem a tecnologia como algo intrínseco à sua vida real e no futuro (Brito & Dias, 2017; Martins & Ponte, 2018; Ponte & Batista, 2019).

É necessário transmitir informação à medida, nesta área, para todos os actores da comunidade educativa e alargada, de modo a potencializar o efeito preventivo. Esta acção pode ser feita com recurso ao jogo MISSÃO 2050® (Patrão & Fernandes, 2019), a partir da 1ª infância e de forma contínua, ao longo do desenvolvimento (Patrão, 2017).

O jogo pode ser uma ferramenta útil com a devida adequação às faixas etárias em causa, e motivando a reflexão alargada e aprofundada sobre a promoção do uso saudável da tecnologia, dentro do jogo e para fora do jogo. E, neste sentido, é essencial um "condutor de jogo" (um adulto com formação), que facilite esse processo, à semelhança do que existe, por exemplo, nos jogos psicoeducativos aplicados à aprendizagem de conteúdos (Hursen & Bas, 2019).

REFERÊNCIAS

Alsawaier, R. S. (2018). The effect of gamification on motivation and engagement. *The International Journal of Information and Learning Technology*, *35*(1), 56-79. doi.org/10.1108/IJILT-02-2017-0009

Amichai-Hamburger, Y., & Hayat, Z. (2011). The impact of the Internet on the social lives of users: A representative sample from 13 countries. *Computers in Human Behavior*, *27*(1), 585-589. doi: 10.1016/j.chb.2010.10.009

Antheunis, M. L., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2012). The quality of online, offline, and mixed-mode friendships among users of a social networking site.

Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, *6*(3), article 6. doi: 10.5817/CP2012-3-6

Bardin, L. (2011). *Analise de Conteúdo (Edição revista e actualizada).* São Paulo.

Brito, R., & Dias, P. (2017). *Crianças (0 aos 8 anos) e tecnologias digitais. Que mudanças num ano?* Lisboa: CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa.

Cugelman, B. (2013). What it is and why it matters to digital health behavior change developers. *JMIR Serious Games, 1*(1), e3, 1-6 doi: 10.2196/games.3139

Hursen, C. & Bas, C. (2019). Use of gamification applications in science education. *iJET, 14*(1), 1-23. doi.10.3991/ijet.v14i01.8894

Martins, C. & Ponte, C. (2018). *Boom digital? Crianças (3 a 8 anos) e ecrãs*. Lisboa: ERC – Entidade Reguladora para a Comunicação. E-book. http://www.erc.pt/documentos/Boomdigital/mobile/index.html#p=1

Nowland, R., Necka, E., & Cacioppo, J. T. (2017). Loneliness and social internet use: Pathways to reconnection in a digital world? *Perspectives on Psychological Science*, *13*, 70-87. doi: 10.1177/1745691617713052

Patrão, I. (2017). *#GeraçãoCordão: A geração que não desliga!*. Lisboa: Pactor, Lidel.

Patrão, I., & Fernandes, P. (2019). MISSÃO 2050®: Promoção do uso saudável das tecnologias. Jogo de Tabuleiro. Lisboa: Ideias com História.

Ponte, C. (Ed.). (2012). *Crianças e Internet em Portugal: Acessos, usos, riscos, mediações: Resultados do inquérito europeu, EU Kids Online*. Minerva: Coimbra

Ponte, C. & Batista, S. (2019). EU Kids Online Portugal. Usos, competências, riscos e mediações da internet reportados por crianças e jovens (9-17 anos). EU Kids Online e NOVA FCSH.

Tomaél, M. I., Alcará, A. R., & Di Chiara, I. G. (2005). Das redes sociais à inovação. *Ciência da Informação*, *34*(2), 94-103. doi.org/10.1590/S0100-19652005000200010

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

MODELOS DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE TREINO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS EM SAÚDE

Sílvia Queirós[1] (✉ silviacqueiros@gmail.com), Leonor Santos[2], Rute F. Meneses[3], & Germano Couto[4]

[1] FCS, Universidade Fernando Pessoa/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Portugal
[2] FCS/HE, Universidade Fernando Pessoa, Portugal
[3] FCHS/CTEC/OLD/APASD/CPP/FP-B2S, Universidade Fernando Pessoa, Portugal
[4] FCS/ESS, Universidade Fernando Pessoa, Cintesis, Portugal

Com a crescente preocupação com a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, a comunicação profissional de saúde-utente representa um papel cada vez mais preponderante (Sanson-Fisher et al., 2018), sendo que muito do descontentamento dos utentes com a prestação dos cuidados de saúde está relacionado com a insatisfação com a comunicação com o profissional de saúde (Ha & Longnecker, 2010). Assim, tem aumentado a necessidade de formação dos profissionais para a melhoria das suas competências de comunicação, com o surgimento de um sem número de programas de treino de competências de comunicação em contexto pré e pós-graduado (Brown & Bylund, 2008).

Para determinar que tipo de programa de treino de competências de comunicação mais se adequa ao treino dos profissionais de saúde em geral, é fundamental que se proceda a uma correta avaliação da eficácia desses programas. São vários os modelos de avaliação de programas educacionais descritos na literatura (Banerjee et al., 2017; Gandomkar, 2018; Keogh et al., 2018), não (necessariamente) específicos da área da saúde, mas também muito utilizados nesta (Banerjee et al., 2017; Hurley et al., 2019; Keogh et al., 2018), com variadas metodologias, nomeadamente modelos do tipo quase-experimental, como é o caso do modelo de Kirkpatrick (Banerjee et al., 2017; Keogh et al., 2018), e modelos mais orientados para os resultados, como é o caso do modelo comportamental,

o modelo lógico e o modelo CIPP – Context, Input, Process, and Product (Bylund et al., 2018; Gandomkar, 2018; Wittenberg et al., 2018).

Dada a variabilidade encontrada em termos de programas de treino de competências de comunicação, é importante perceber se neste contexto são utilizados alguns destes modelos e, em caso afirmativo, quais os mais utilizados, tendo-se para o efeito realizado uma revisão integrativa no sentido de dar resposta a estas questões.

MÉTODO

Foi efectuada uma pesquisa nas PEdro e PubMed, utilizando as palavras-chave *health communication skills training* AND *efficacy* e *communication skills programs* AND *efficacy* AND *evaluation*, associada a pesquisa manual de livros e artigos. Como critérios de inclusão definiram-se: (1) ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais descritivos, estudos qualitativos, com descrição detalhada dos objectivos do estudo e da caracterização dos programas e variáveis, (2) que descrevam os modelos/metodologias de avaliação da eficácia, para perceber se seguiam algum modelo específico, (3) com intervenção destinada a profissionais de saúde, (4) artigos completos (5) em português, inglês, francês, ou espanhol.

RESULTADOS

A pesquisa inicial revelou um total de 285 publicações, 7 das quais indexadas na PEdro, 275 na PubMed e 3 decorrentes de pesquisa manual, 20 das quais se selecionaram para análise (complementar). Observou-se a utilização de dois dos modelos formais de avaliação anteriormente identificados, nomeadamente o modelo de Kirkpatrick (Banerjee et al., 2017; Bylund et al., 2018; Hurley et al., 2019; Keogh et al., 2018; Leoni-Scheiber et al., 2019; Pershon et al., 2016) e o modelo comportamental (Brown & Bylund, 2008; Bylund et al., 2008; Wittenberg et al., 2018), contudo verificou-se que na maioria dos casos não se identificaram a utilização de modelos específicos e padronizados (Butow et al., 2008; Clayton et al., 2012; Fortune et al., 2019; Goldsmith et al., 2015; Happ et

al., 2014; Konopasek et al., 2014; Lau & Wang, 2013; Lonsdale et al., 2017; Loughland et al., 2015; Panghet et al., 2019; Rouby et al., 2015).

O modelo de Kirkpatrick baseia-se numa avaliação em 4 níveis, sendo eles a reação dos participantes, o seu comportamento, a sua aprendizagem e os resultados (Banerjee et al., 2017). A reação dos participantes é avaliada através de questionários de satisfação dos profissionais com o programa de treino (Banerjee et al., 2017; Hurley et al., 2019; Keogh et al., 2017) e com o treinador (Leoni-Scheiber et al., 2019); o comportamento é analisado por avaliadores externos, através da avaliação das competências de comunicação dos participantes (normalmente, avaliação de gravações de consultas reais (Leoni-Scheiber et al., 2019) ou com pacientes simulados (Banerjee et al., 2017)); por sua vez a aprendizagem é avaliada através de questionários de auto-eficácia dos participantes após o treino, sendo os resultados obtidos através da comparação pré e pós intervenção dos *outcomes* clínicos (Banerjee et al., 2017) ou da satisfação com a comunicação dos pacientes (Leoni-Scheiber et al., 2019).

O modelo comportamental avalia o processo de aprendizagem através do *outcome* comportamental do participante e impacto que o treino causa no mesmo, nomeadamente a mudança do seu comportamento (Bylund et al., 2008; Wittenberg et al., 2018). Neste modelo os objetivos dos programas devem ser individualizados, claramente definidos e do conhecimento do participante (Brown & Bylund, 2008; Wittenberg et al., 2018).

São avaliadas a satisfação e a auto-eficácia dos participantes após o treino, através de questionários, e no final do treino são estabelecidos objectivos de comunicação (aplicação das competências de comunicação), sendo as mesmas avaliadas, através da gravação de consultas reais, em períodos de *follow-up* devidamente estabelecidos, percebendo se os objectivos foram atingidos, se ocorreram ou não mudanças no comportamento dos participantes e se essas mudanças se mantiveram ao longo do tempo (Bylund et al., 2008; Wittenberg et al., 2018).

Analisando os estudos em que não se utilizaram metodologias específicas de avaliação, observou-se elevada heterogeneidade, com alguns estudos (Konopasek et al., 2014;Loughland et al., 2015; Rouby et al., 2015) a avaliar a satisfação dos participantes com o treino, associada à avaliação da auto-eficácia dos participantes em relação à utilização das competências de comunicação treinadas. Noutros estudos procedeu-se à avaliação das competências de comunicação dos participantes (Brown & Bylund, 2008;

Butow et al., 2008; Fortune et al., 2019; Goldsmith et al., 2015; Panghet et al., 2019; Pershon et al., 2016) associada à avaliação da qualidade da comunicação ou da confiança na comunicação (Fortune et al., 2019; Goldmsith et al., 2015; Pershon et al., 2016). Poucos estudos (Happ et al, 2014; Lonsdale et al., 2017)) avaliaram variáveis dos pacientes, sendo importante destacar o estudo de Lonsdale et al. (2017), que baseou a avaliação da eficácia do programa somente na avaliação dos *outcomes* dos pacientes, nomeadamente adesão dos pacientes às recomendações dos fisioterapeutas e dor e outros sintomas associados. Happ et al. (2014), por seu turno, determinaram a avaliação do estado emocional dos pacientes como um parâmetro importante a avaliar.

DISCUSSÃO

Provavelmente a principal razão para a maioria dos estudos revistos não ter utilizado metodologias/modelos padronizados para avaliação da eficácia dos programas de treino prende-se com o facto de se verificar elevada heterogeneidade na escolha das metodologias de treino, assim como na definição dos objectivos e das competências treinadas. Brown e Bylund (2008), num estudo realizado com o objectivo de descrever um novo modelo conceptual de treino de competências de comunicação, referiram que possivelmente a falta de clareza e homogeneidade na avaliação da eficácia dos programas se deve à falta de clareza e homogeneidade também encontrada na definição e descrição das competências de comunicação a treinar.

Os mesmos resultados foram encontrados por Ha e Longnecker (2010), que pretenderam identificar metodologias de treino de competências de comunicação e respectiva avaliação. Referiram ainda que é difícil a comparação entre os estudos porque não se verifica uma homogeneidade em termos de metodologias de avaliação, verificando que uma das variáveis mais frequentemente avaliada é a satisfação do paciente com a comunicação, estando directamente relacionada com a melhoria dos *outcomes* clínicos dos pacientes (Ha & Longnecker, 2010).

Assim, analisando os modelos de avaliação dos programas identificados, o que tem em conta estes factores é o modelo de Kirkpatrick, talvez por isso se justifique a sua utilização mais frequente para avaliação de

programas educacionais na área da saúde, nomeadamente no treino de competências de comunicação, tal como verificado na presente revisão integrativa. Estes dados vão ao encontro do descrito por Banerjee et al. (2017), como sendo um dos modelos mais utilizados na área da saúde, apresentando como principal vantagem o facto de se tratar de uma avaliação bastante abrangente, avaliando todos os intervenientes no processo educativo (profissional de saúde participante, treinador e paciente), o que torna o modelo bastante completo.

Uma desvantagem era o facto de não exigir avaliações de *follow-up*, contudo, a actualização para o Novo Modelo de Kirkpatrick (Gandomkar, 2018) veio colmatar esta lacuna, ao incluir também a avaliação da implementação, com avaliações de *follow-up* no sentido de monitorizar a aplicação do programa na prática clínica, como verificado no estudo de Hurley et al. (2019). O modelo comportamental, ao associar a avaliação das competências de comunicação e da auto-eficácia dos participantes, com a avaliação das mudanças de comportamento dos participantes após o treino, permite monitorizar os seus efeitos ao longo do tempo. Uma desvantagem deste modelo é o facto de somente se cingir à avaliação do profissional de saúde, não avaliando os *outcomes* dos pacientes, o que pode ser uma limitação dado que, tal como referem Banerjee et al. (2017), o principal indicador da eficácia dos programas de treino é a melhoria dos *outcomes* clínicos ou de satisfação dos pacientes.

Observa-se elevada heterogeneidade na avaliação da eficácia dos programas de treino, verificando-se que a maioria dos estudos analisados não recorreu a um modelo de avaliação específico. Independentemente do modelo/metodologia seleccionada, é importante que a avaliação seja adequada à metodologia do estudo e do treino e que as variáveis a avaliar estejam de acordo com os objectivos definidos.

REFERÊNCIAS

Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Penn, S., Gallegos, T. E., Zaider, T., . . . Parker, P. A. (2017). The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Translational Behavioral Medicine*, *7*, 615-623. http://doi.org/ 10.1007/s13142-017-0473-5

Brown, R. F., & Bylund, C. L. (2008). Communication skills training: Describing a new conceptual model. *Academic Medicine*, *83*(1), 37-44. http://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815c631e

Butow, P., Cockburn, J., Girgis, A., Bowman, D., Schofield, P., D'Este, C., . . . the CUES Team. (2008). Increasing oncologists' skills in eliciting and responding to emotional cues: Evaluation of a communication skills training program. *Psycho-Oncology*, *17*, 209-218. http://doi.org/10.1002/pon.1217

Bylund, C. L., Banerjee, S. C., Bialer, P. A., Manna, R., Levin, T. T., Parker, P. A., . . . Kissane, D. W. (2018). A rigorous evaluation of an institutionally-based communication skills program for post-graduate oncology trainees. *Patient Education and Counseling*, *101*(11), 1924-1933. http://doi.org/10.1016/j.pec.2018.05.026

Bylund, C. A., Brown, R. F., Ciccone, B. L., Levin, T. T., Gueguen, J. A., Hill, C., & Kissane, D. W. (2008). Training faculty to facilitate communication skills training: Development and evaluation of a workshop. *Patient Education and Counseling*, *70*, 430-436. http://doi.org/10.1016/j.pec.2007.11.024

Clayton, J. M., Butow, P. N., Waters, A., Laidsaar-Powell, R. C., O'Brien, A., Boyle, F., . . . Tattersall, M. H. N. (2012). Evaluation of a novel individualised communication-skills training intervention to improve doctors' confidence and skills in end-of-life communication. *Palliative Medicine*, *27*(3), 236-243. http://doi.org/10.1177/0269216312449683

Fortune, J., Breckon, J., Norris, M., Eva, G., & Frater, T. (2019). Motivational interviewing training for physiotherapy and occupational therapy students: Effect on confidence, knowledge and skills. *Patient Education and Counseling*, *102*(4), 694-700. https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.014

Gandomkar, R. (2018). Comparing Kirkpatrick's original and new model with CIPP evaluation model. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, *6*(2), 94-95.

Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E., Brandi N., Frisby B. N., & Platt, C., S. (2015). The entry-level physical therapist: A case for COMFORT communication training. *Health Communication*, *30*(8), 737-745. http://doi.org/10.1080/10410236.2014.898014

Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner Journal*, *10*(1), 38-43.

Happ, M. B., Garrett, K. L., Tate, J. A., DiVirgilio, D., Houze, M. P., Demirci, J., . . . Sereika, S. M. (2014). Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart& Lung*, *43*(2), 89-98. http://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.010

Hurley, D. A., Keogh, A., McArdle, D., Hall, A. M., Richmond, H., Guerin, S., . . . Matthews, J. (2019). Evaluation of an e-learning training program to support implementation of a group-based, theory-driven, self-management intervention for osteoarthritis and low-back pain: Pre-post study. *Journal of Medical Internet Research*, *21*(3), e11123. http://doi.org/10.2196/11123

Keogh, A., Matthews, J., Segurado, R., & Hurley, D. A. (2018). Feasibility of training physical therapists to deliver the theory-based self-management of osteoarthritis and low back pain through activity and skills (SOLAS) intervention within a trial. *Physical Therapy*, *98*(2), 95-107. http://doi.org/10.1093/ptj/pzx105

Konopasek, L., Kelly, K. V., Bylund, C. L., Wenderoth, S., & Storey-Johnson, C. (2014). The group objective structured clinical experience: Building communication skills in the clinical reasoning context. *Patient Education and Counseling*, *96*(1), 79-85. http://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.003

Lau, Y., & Wang, W. (2013). Development and evaluation of a learner-centered training course on communication skills for baccalaureate nursing students. *Nurse Education Today*, *33*, 1617-1623. http://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02

Leoni-Scheiber, C., Mayer, H., & Müller-Staub, M. (2019). Measuring the effects of guided clinical reasoning on the advanced nursing process quality, on nurse's knowledge and attitude: Study protocol. *Nursing Open*, *6*, 1269-1280. http://doi.org/10.1002/nop2.299

Lonsdale, C., Hall, A. M., Murray, A., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., . . . Hurley, D. A. (2017). Communication skills training for practitioners to increase patient adherence to home-based rehabilitation for chronic low back pain: Results of a cluster randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, *98*(9), 1732-1743. http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2017.02.025

Loughland, C., Kelly, B., Ditton-Phare, P., Sandhu, H., Vamos, M., Outram, S., . . . ComPsych Investigators. (2015). Improving clinician competency in communication about schizophrenia: A pilot educational program for psychiatry trainees. *Academic Psychiatry*, *39*(2), 160-164. http://doi.org/10.1007/s40596-014-0195-7

Pangh, B., Jouybari, L., Vakili, M. A., Sanagoo, A., & Aysheh Torik, A. (2019). The effect of reflection on nurse-patient communication skills in emergency medical centers. *Journal of Caring Sciences*, *8*(2), 75-81. http://doi.org/10.15171/jcs.2019.011

Pehrson, C., Banerjee, S. C., Manna, R., Shena, J. M., Hammonds, S., Coyle, N., . . . Bylund, C. L. (2016). Responding empathically to patients: Development, implementation, and evaluation of a communication skills training module

for oncology nurses. *Patient Education and Counseling*, *99*(4), 610-616. http://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.021

Rouby, P., Hollebecque, A., Bahleda, R., Deutsch, E., Gomez-Rocca, C., Angevin, E., . . . Dauchy, S. (2015). Communication en oncologie dans le cadre d'essais thérapeutiques de phase I: Mise en œuvre et évaluation d'un programme de formation. *Bulletin du Cancer*, *102*(2), 174-181. http://doi.org/10.1016/j.bulcan.2014.12.013

Sanson-Fisher, R., Hobden, B.,Waller, A., Natalie Dodd, N., & Boyd, L. (2018). Methodological quality of teaching communication skills to undergraduate medical students: A mapping review. *BMC Medical Education*, *18*, 151-158. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1265-4

Wittenberg, E., Ferrell, B., Goldsmith, J., Ragan, S. L., & Buller, H. (2018). COMFORTTM SM communication for oncology nurses: Program overview and preliminary evaluation of a nationwide train-the trainer course. *Patient Education and Counseling*, *101*(3), 467-474. http://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.012

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

MOTIVAÇÃO PARA FREQUENTAR O ENSINO EM CONTEXTO PRISIONAL: PERCEPÇÕES DA COMUNIDADE PENITENCIÁRIA

Mamlio Martinez[1,2] (✉ mamlio.m@gmail.com), Maria da Glória Franco[1], & Alda Patrícia Portugal[1]

[1] Faculdade de Artes e Humanidades, Universidade da Madeira
[2] Estabelecimento Prisional do Funchal

Durante muito tempo e, conforme aponta a literatura, o contexto penitenciário assumiu um papel punitivo junto do transgressor. No entanto, atualmente, este contexto está incumbido de uma responsabilidade maior que consiste em recuperar e reeducar o recluso, evidenciado pelo apoio de entidades a nível nacional e internacional, nomeadamente, a Agência Nacional de Educação e Formação de Adultos (ANEFA) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). Neste sentido, em 1989, o Comité de Ministros do Conselho da Europa, adotou a Recomendação (89) 12, de 13 de outubro, sobre o ensino na prisão. Neste documento, os governos dos Estados-membros foram incentivados a implementar políticas que proporcionassem não só o acesso dos reclusos a um tipo de ensino parecido àquele que se pratica no exterior, mas também que tivesse como principal objetivo um maior desenvolvimento do indivíduo como um todo, tendo em conta e respeitando o seu contexto social, económico e cultural (Gomes et al., 2004).

Tendo por base estes princípios, Freire (1987, p. 25) afirma que "quando a consciência surge, há reflexão; há intencionalidade em direção ao mundo", complementando que a educação para a liberdade envolve o exercício da consciência, de modo permanente. Este autor considera a educação como um meio para transformar a realidade mas, para que tal seja possível, é fundamental conhecer essa mesma realidade. Para Cunha (2003) a prisão como realidade, é entendida como o lugar onde o recluso cumpre a pena pelo crime que cometeu, sendo também um lugar de reeducação, onde são

exercidos esforços no sentido de proporcionar a recuperação com vista à reinserção na sociedade. Assumindo, desta forma, a educação como princípio orientador da sociedade atual, compreende-se um novo espaço da existência humana onde o processo de aprendizagem não se limita exclusivamente aos estádios da infância e da adolescência, mas reconhece as competências dos adultos e os respetivos processos da aprendizagem ao longo das suas vidas, seja qual for o contexto (Mata et al., 2015).

Embora possamos encontrar estudos na literatura que indicam que a população penitenciária não perceciona o sistema prisional como uma instituição que os prepara para o futuro (Nova, 2014), outras investigações assinalam que, a baixa percentagem de reclusos que frequentam as aulas ou os cursos de formação profissional durante o período de reclusão, têm menor probabilidade de reincidirem, aquando da liberdade (Campos, 2015; Gomes et al., 2004). Contudo, ao longo destes processos educativos, Gomes et al. (2004) referem que muitos professores e técnicos de educação se deparam com uma grande falta de motivação por parte dos reclusos na participação dos programas de ensino escolar, pelo que se torna difícil persuadi-los a comparecer na sala de aulas. Para uma alta percentagem destes indivíduos, a educação, como ferramenta, não tem nenhum tipo de aplicabilidade fora do contexto prisional para seu futuro (Gomes et al., 2004). Por esta razão pretendeu-se, de uma forma geral, compreender de que forma é que os reclusos adultos se sentem motivados ou não para estudarem dentro do Estabelecimento Prisional de Funchal (EPF) na Ilha da Madeira e quais são os fatores que levam a essa tomada de decisão.

Numa revisão da literatura, McCaslin e Diarino-Linnen (2000) fizeram um levantamento dos artigos publicados sobre motivação na revista *American Psychologist* desde 1946, tendo, também, identificado os diversos enfoques dados ao tema ao longo deste tempo. Constataram que nos anos 40 as pesquisas, neste âmbito, estavam centradas no indivíduo, ou seja, a motivação explicava-se a partir de variáveis internas do mesmo; nos anos 60 canalizaram-se para os grupos, estudando as inferências nas suas interações; nos anos 70 foram adicionadas variáveis culturais e socioculturais; a partir dos anos 80 e 90 a atenção dos investigadores voltou-se novamente para o indivíduo, sendo este período o marco da maior produção de pesquisas na área. De forma transversal, esta ideia de dinamismo, no sentido da motivação, presente em todas as abordagens expressas anteriormente, representam "um conjunto de mecanismos biológicos e psicológicos que

permitem o desencadear da ação, orientação e finalmente da intensidade e persistência. Quanto mais se está motivado maior é a atividade e mais persistente é esta" (Lieury & Fenouilet 1997, citado por Carré & Gaspar, 1999, p.286; Vallerand & Thill, 1993).

O suporte empírico desta investigação baseia-se no modelo teórico de Philippe Carré, que tem as suas bases estabelecidas na tipologia motivacional de Cyril O. Houle (1961) e na Teoria da Autodeterminação de Deci e Ryan (2000), procurando basicamente a formalização de um modelo teórico das motivações dos adultos envolvidos em formação académica. Para Carré (2001), a motivação é vista, de uma forma geral, como algo que leva um individuo à ação, mas não deixa de referir que a mesma é algo muito mais complexo de definir do que o senso comum julga, tal como já foi anteriormente referido por Vernon (1973). Este autor procura canalizar a sua investigação em torno de uma simples questão: *Pourquoi les gens se forment-ils*? (Carré, 2001, p. 19). Esta análise feita pelo autor esteve evolvida em algumas correntes e pressupostos, nomeadamente no behaviorismo, na psicanálise, na sociologia, concluindo na psicologia, mais precisamente na corrente humanista, uma vez que este, no seu estudo, delega no indivíduo um papel ativo e com mais autonomia na escolha dos seus comportamentos, apoiando-se em diversas teorias, como na Teoria da Expectativa-Valor, na Teoria da Atribuição e de Controlo e na Teoria da Competência e da Autodeterminação (Carré, 2001). Uma das principais preocupações do autor era definir quais os motivos eram capazes de impulsionar os adultos a inscreverem-se em cursos de formação. Se atendermos ao Quadro 1, proposto pelo autor, podemos verificar que este modelo teórico assenta, essencialmente, em dois eixos de orientação motivacional: um eixo referente aos motivos, que podem ser intrínsecos ou extrínsecos; e um segundo eixo que reparte os motivos de formação entre os que têm como objetivo a aquisição de conteúdos, estando assim centrados na aprendizagem, e os que estão direcionados apenas para a participação na formação.

Tal como se verifica no Quadro 1, os quadrantes obtidos pela combinação e interação entre os dois eixos, refletem os dez estímulos que orientam a motivação, sendo eles diversos, contingentes e progressivos. Diversos, porque raramente as pessoas se envolvem num projeto de formação apenas por uma única razão; contingentes porque são expressões da relação do sujeito com um determinado projeto de formação, numa determinada situação e num dado momento da sua vida; e progressivos, porque as razões pelas

quais as pessoas se envolvem na formação vão-se alterando ao longo do tempo, dependendo da vivência e da história de cada um (Carré, 2001).

Quadro 1

Motivos que orientam a motivação (Carré, 2001)

	Aprendizagem		
Motivos extrínsecos	- Operacional profissional - Operacional pessoal - Vocacional	- Epistémico	Motivos intrínsecos
	- Derivativo - Identitário - Prescrito - Económico	- Socio afetivo - Hedónico	
	Participação		

MÉTODO

Foi utilizada uma metodologia qualitativa, onde foram aplicadas entrevistas semiestruturadas por meio da técnica de *focus group*, a um conjunto de 15 pessoas pertencentes à comunidade do EPF (professores, alunos e ex-alunos) com o principal objetivo de compreender quais são os fatores que motivam os reclusos adultos a estudar em contexto prisional. De uma forma mais específica, pretendeu-se responder às seguintes questões de investigação: Q1: De que forma a comunidade penitenciária perceciona a educação e a aprendizagem? Q2: O que entendem os professores e reclusos por escola dentro do contexto prisional? Q3: Quais são os motivos que levam os reclusos a frequentar a escola? Q4: Quais são os fatores facilitadores ou barreiras que a comunidade penitenciária considera existir no percurso académico dentro do EPF? Q5: Quais são as expectativas da comunidade penitenciária respeitantes à educação para a reinserção social após a saída da prisão?

RESULTADOS

Numa análise do *focus group* realizada no EPF surgiram 6 categorias, como ponto de partida, iniciamos com três categorias *a priori*, construídas

a partir do fundamento teórico deste estudo: (1) expectativa enquanto escola (Gomes et al., 2004); (2) motivação para o ensino (Carré, 2011); (3) barreiras ao ensino (Gomes et al., 2004; Nova, 2014). Por sua vez, a análise de conteúdo, realizada às entrevistas, conduziu à emergência de três categorias *a posteriori*: (4) perceção do papel da família e sociedade na educação; (5) perceção do conceito da escola dentro do EP; (6) expetativas após saída da prisão. Dos 10 motivos propostos por Carré foram encontrados oito nos discursos dos entrevistados, os outros dois – os vocacionais e económicos. Não foram mencionados ao longo das entrevistas. O motivo com a frequência mais elevada, em comparação com os restantes, foi motivo hedónico (intrínseco), associado a participar na formação "pelo prazer, aliado às condições práticas de desenvolvimento e ao ambiente da formação" (Carré, 2001, p. 48). Esta análise não procurou construir uma teoria sobre as motivações dos reclusos em contexto prisional ou tentar avaliar a eficácia da teoria de Phillipe Carré (2001). A ideia principal foi a reflexão e discussão sobre os motivos que poderão mobilizar um recluso a estudar dentro de um contexto prisional.

DISCUSSÃO

Na sequência da análise dos resultados e, considerando o objetivo principal do estudo, isto é, a compreensão dos fatores que motivam os reclusos adultos a estudar em contexto prisional, estes serão discutidos à luz das questões da investigação predefinidas.

Q1: De que forma a comunidade penitenciária perceciona a educação e a aprendizagem? Nas entrevistas feitas aos diferentes grupos, quando colocada a pergunta: "O que é que entendem por educação e por aprendizagem? E quais são as suas diferenças?", de uma forma geral, todos associaram estes conceitos à família e à sociedade, assim como ao impacto que estes núcleos têm nas suas vidas. Na literatura, indo ao encontro destas afirmações, Kaloustian (2002) define a família como a instituição responsável pelo apoio físico, social e emocional, independente da forma como tenha sido estruturada. Roble (2008) afirma que as sociedades são

grandes redes por meio das quais as pessoas se relacionam e, assim, estruturam o próprio modo de vida.

Q2: O que entendem os professores e reclusos por escola dentro do contexto prisional? Santos (2015) sinaliza que o educador que exerce a sua profissão dentro de um contexto penitenciário enfrenta diariamente inúmeras dificuldades no que se refere a questões didáticas, falta de recursos e, sobretudo, questões internas da instituição. E são estas dificuldades que estão presentes no discurso dos professores que participaram no estudo. Por outro lado, a perceção que os alunos que participam no ensino têm sobre o conceito escola é bastante abrangente, estes defendem que o ensino deveria ser semelhante aquele que é praticado socialmente no exterior do recinto ou, como os que encontraram em sistemas penitenciários noutros países, capazes de promover a integração social e a aquisição de conhecimentos que lhes irá permitir assegurar um futuro melhor quando recuperem a liberdade. Os alunos que desistiram, deram respostas positivas não muito concretas ou extensas, porém foram participativos, transmitindo claramente a ideia de que "a escola é boa para todos" demostrando-se contraditórias, já que, se não participam no ensino.

Q3: Quais são os motivos que levam os reclusos a frequentar a escola? No presente estudo, dos 10 motivos propostos pelo Carré, foram encontrados 8 nos discursos dos entrevistados. O motivo com a frequência mais elevada, em comparação com os restantes, foi motivo hedónico (intrínseco), associado a participar na formação "pelo prazer, aliado às condições práticas de desenvolvimento e ao ambiente da formação" (Carré, 2001, p. 48).

Q4: Quais são os fatores facilitadores ou barreiras que a comunidade penitenciária considera existir no percurso académico dentro do EPF? Para Gomes e Almeida (2004), o ensino em meio prisional assenta na defesa do princípio que o recluso não deve perder o direito constitucional de aprender. Para a concretização desse objetivo, foi formalmente estabelecida uma cooperação entre os Ministérios da Educação e da Justiça para que os reclusos possam ter acesso, dentro da prisão, ao ensino, com uma estrutura idêntica à que existe no exterior. No entanto, os educadores deparam-se com a falta de incentivos à participação do recluso nos programas de ensino. Como referiram alguns dos professores entrevistados, a tarefa de convencer

os reclusos a comparecer às aulas é difícil, uma vez que a escola é algo para o qual nunca se sentiram motivados e que, na infância, já experimentaram o insucesso (Gomes & Almeida, 2004). Uma outra questão, recorrentemente identificada, decorre na discrepância verificada entre a formação ministrada e a oferta do mercado de trabalho. De facto, as entrevistas realizadas evidenciaram a ausência de uma estratégia de enquadramento da formação profissional dos reclusos, no sentido de lhes criar competências e de os adaptar às necessidades do mercado de trabalho atual. A única formação existente na atualidade é a educação básica escolar.

Q5: Quais são as expectativas da comunidade penitenciária respeitantes à educação para a reinserção social após a saída da prisão? Um pressuposto da reinserção social dos reclusos é que se deve dar a estes, durante o período de reclusão, os meios e as competências necessárias e adequadas para que não cometam novos crimes aquando da liberdade. De entre essas competências, encontra-se a educação e a formação profissional. São vários os estudos que demonstram que os reclusos que frequentam aulas ou cursos de formação profissional, durante o período de encarceramento, têm menor probabilidade de, uma vez libertos, reincidirem (Gomes et al., 2004). Apesar das vantagens enunciadas e dos bons desejos dos reclusos, ao momento da saída da prisão, voltarem à sua vida de uma forma plena e sem problemas, o nosso estudo demonstra que há alguns bloqueios em que o ensino e a formação profissional sejam, efetivamente, considerados como vetores importantes na reinserção social do recluso. Deixa claro ainda que, em muitos casos, a educação e a formação em meio prisional parecem ser encaradas, quer pelas administrações prisionais, quer pelos próprios reclusos, apenas como uma forma de ocupação durante o período de reclusão, havendo, por isso e apesar da razoável taxa de aderência, uma taxa de sucesso ainda reduzida.

Esta investigação e as conclusões com que nos deparamos possibilitam indicar um conjunto de recomendações, tais como a necessidade de uma maior e melhor colaboração por parte das entidades educativas externas ao EPF: um maior envolvimento dos professores com os alunos, para assim desenvolver um verdadeiro interesse pela educação; desenvolver diferentes tipos de intervenções de voluntários associados ao desenvolvimento curricular do individuo, já que as mesmas revelam-se positivas junto dos reclusos e oferecem apoio a vários níveis, permitindo ao EPF que economize

recursos financeiros. Assim, a aplicação destas recomendações poderia visar a melhoria do funcionamento institucional. Outro aspeto a ter em conta, é a necessidade da equipa que lidera o trabalho de reinserção acreditar na reabilitação dos seus reclusos, pois, isto influenciará não apenas a melhoria do seu trabalho como também um comportamento de modo positivo. Se o recluso sente que acreditam nele e que o valorizam de algum modo, este, sentir-se-á estimulado para melhorar o seu comportamento e terá autoconfiança para sentir que pode mudar a sua vida para melhor. Para finalizar, revela-se importante um maior investimento na escolarização dos detidos, incentivando-os para este aspeto. Deverão acordar com entidades, preferencialmente voluntárias, formações profissionalizantes adequadas de acordo com os interesses e potencialidades da população-alvo.

REFERÊNCIAS

Cunha, A. L. (2003). *Excesso de prazo para formação de culpa no processo penal: As consequências jurídicas e psicossociais para os presos do sistema penitenciário do estado do Pará* (tese de mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Campos, S. (2015). *Sistemas Prisionais Europeus* (Tese de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Direito: Lisboa.

Carré, P., & Caspar, P. (1999). *Tratado das ciências e das técnicas da formação. Colecção Horizontes Pedagógicos.* Lisboa: Instituto Piaget.

Da Europa, C. (2013). *Diretrizes do comité de ministros do conselho da Europa sobre a justiça adaptada às crianças*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needsand the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*(1), 227-268.

Declaração Universal dos Direitos do Homem. Documento oficial. http://www.humanrights.com/pt/what-are-human-rights/universal-declaration-of-human-rights/articles-01-10.html

Freire, P. (1987). Pedagogia do oprimido.17ª. *Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra*, *3*, 36.

Gomes, C., Duarte, M., & Almeida, J. (2004). Crimes, penas e reinserção social: Um olhar sobre o caso português. In *Actas dos Ateliers do V Congresso Português de Sociologia. Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Ação.* Atelier: Direito, Crimes e Dependências. https://aps.pt/pt/atas-v-congresso

Kaloustian, S. M. (2002). *Família Brasileira: a base de tudo* (5ª ed.). São Paulo: Cortez, Brasília – DF, UNICEF.

Mata, M., Martins, M., Monteiro, V., Morgado, J., Peixoto, F., Silva, A., & Silva, J. (2015). *Atas XIII Colóquio Internacional de Psicologia e Educação*. ISPA – Instituto Universitário: Lisboa.

McCaslin, M., & DiMarino-Linnen, E. (2000). Motivation and learning in school: Societal contexts, psychological constructs and educational practices. In T. L. Good (Ed). *American education: Yesterday, today and tomorrow*. Chicago: NSSE/University of Chicago Press.

Nova, F. (2014). *A escolaridade nos reclusos: Importância médico-legal* (Tese de Mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.

Roble, O. (2008). *Escola e sociedade*. IESDE BRASIL SA.

Santos, W. L. (2015). O papel do pedagogo dentro do sistema penitenciário. *Revista Cientifica da Fasete*, *109*, 103-113.

Vallerand, R. J., & Thill, E. E. (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation*. Laval: Éditions Études Vivantes.

Vernon, M. D. (1973). *Motivação humana.* Petrópolis: Vozes.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

MOTIVAÇÕES PARA O VOLUNTARIADO: O QUE ESTÁ POR DETRÁS DA DOAÇÃO PESSOAL?

Joan Rios[1] (✉ joanrios@ua.pt), Anabela Pereira[1], Ana Oliveira[1], Andreia Espain[1], Eugénia Taveira[1], & Sónia Góis[1]

[1] Universidade de Aveiro, Portugal

O voluntariado tem-se mostrado uma prática cada vez mais comum nas sociedades modernas. Com os recursos financeiros nem sempre disponíveis e os apelos de consciência global os projetos dirigidos a atividades voluntárias ganharam destaque e mantem-se como uma forma de levar a cabo inúmeras iniciativas por todo o mundo. Mas o que é o voluntariado? O que há de especial nisto? Quais são os princípios que o caracterizam?

Uma das mais utilizadas é referida pelo *Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado* (2019) em Portugal. Este carateriza-o como sendo "o conjunto de acções de interesse social e comunitário, realizadas de forma desinteressada por pessoas, no âmbito de projectos, programas e outras formas de intervenção ao serviço dos indivíduos, das famílias e da comunidade, desenvolvidos sem fins lucrativos por entidades públicas ou privadas". Outras instituições como a *International Association for Volunteer Efforts* compreende o voluntariado como uma componente fundamental da sociedade civil, fazendo surgir os aspectos mais solenes da humanidade como os valores relativos à liberdade, paz mundial, justiça para todos e segurança e, desta forma, rompendo barreiras civis e unindo os povos através de valores humanos (IAVE, 2009). Então, o que pode motivar alguém para o envolvimento no voluntariado?

Nesta seara inúmeras são as teorias que tentam explicar o fenómeno do voluntariado e visam compreender o que leva alguém a dispor-se a doar seu tempo pessoal para envolver-se em alguma causa específica, ou seja, quais as motivações que estão por trás da busca por voluntariado. Neste estudo optou-se pela Teoria Funcional do Voluntariado. A Teoria

Funcional do Voluntariado entende que voluntariar-se a uma causa pode ser um ato comum a muitas pessoas mas cada voluntário pode estar neste processo por razões as mais diversas (Clary & Snyder, 1991). Por tal razão, voluntários podem manter-se ativos por mais tempo ou não nos projetos que participam. Clary et al. (1998) propuseram que há seis funções possíveis para se caracterizar as Motivações para o voluntariado: 1. Função "valores": revela que para a pessoa que se voluntaria o bem estar de outras pessoas é o fator que mais a motiva pois possui valores altruístas e humanitários. 2. Função "compreensão/conhecimento" (em alguns textos intitulada função "experiência"): envolve para o voluntário a possibilidade de vivenciar experiências novas e novas possibilidades de aprendizagem através do voluntariado alargando conhecimentos e habilidades pessoais. 3. Função "social": esta função atende à necessidade de socialização, seja por estar entre pessoas em geral, conhecidas ou não, seja pelo valor social que o voluntariado apresenta junto a pessoas de referência para o voluntário. 4. Função "carreira": entende-se neste ponto que a motivação maior para o voluntariado está relacionada aos planos de atuação laboral e organização de carreira profissional a partir das oportunidades vivenciadas no voluntariado. 5. Função "proteção": esta função explora a ideia de que o voluntário envolve-se nas ações de voluntariado a fim de lidar com questões pessoais relativas ao funcionamento egóico, ansiedades e conflitos de ordem interna. 6. Função "crescimento/autoestima": participar de voluntariado pode gerar autoconhecimento, elevação da autoestima e desenvolvimento pessoal para o voluntário fazendo-o procurar por iniciativas desta ordem.

O voluntariado sofre influência as mais variadas como questões de ordem cultural, social, econômica e religiosa. Sob este aspecto, pode-se perceber que as atividades de voluntariado ocorrem em diferentes âmbitos. A saber, há estudos envolvendo áreas mais frequentes de voluntariado como a hospitalar, cujos resultados são muito relevantes para a saúde de utentes (Gonçalves, 2011; Ribeiro, 2012); ou mesmo mais infrequentes como o estudo desenvolvido por Parente (2014) com equipas de rua a trabalhar com pessoas sem-abrigo. Com certa frequência, encontra-se estudos sobre a motivação de voluntários em Associações Humanitárias de Bombeiros (Almeida, Daniel, & Fernandes, 2017; Figueiredo, 2015) ou na Cruz Vermelha Portuguesa (Amorim, 2015). Também a área empresarial tem se utilizado de estratégias de desenvolvimento de projetos voluntários

agregando valor e contribuição social a estes projetos (Barata, 2017; Duarte, 2016; Nave, 2012; Sousa & Barbosa, 2012).

Nem todos procuram por atividades de voluntariado pelas mesmas razões ou motivações mas, independente da razão, o que aponta o Instituto Nacional de Estatística (INE) de Portugal é o decréscimo do envolvimento de pessoas nestas atividades, desde jovens, estudantes, profissionais e reformados, de ambos os sexos. Dados do INE apontam que, apesar das atividades de voluntariado crescerem em todo o mundo, as taxas em Portugal continuam a decrescer. Em 2018, a taxa de voluntariado foi de 7,8%, ou seja, cerca de 695 mil pessoas com idade média de 15 a 24 anos estava envolvida em alguma atividade formal ou informal de voluntariado. Esta análise considera ainda o predomínio do voluntariado feminino à frente do masculino (8,1% vs. 7,6%) e o aumento de população com pessoas com nível de escolaridade mais elevada: 15,1% em indivíduos com nível superior (INE, 2018).

Diante do exposto, o contributo deste trabalho é caracterizar o perfil dos estudantes universitários portugueses a fim de identificar qual/quais aspectos ou fatores são encontrados em estudantes universitários portugueses na última década a respeito da motivação para ações de voluntariado. São aspectos importantes deste estudo, como objetivos específicos, levantar características sociodemográficas dos estudantes universitários portugueses como voluntários; verificar as áreas do voluntariado nas quais mais se envolvem; apurar as principais motivações e comportamentos destes voluntários; e atentar para possíveis recomendações para o êxito em projetos com voluntariado. Isto se faz deveras importante diante do fato de haver poucos artigos voltados a esta temática em Portugal.

MÉTODO

Considerando-se o quadro de voluntariado em Portugal ao longo da última década optou-se por estabelecer um período de dez anos de busca para artigos. Para organizar este estudo foi utilizado o *Preferred Reporting Items for Systematic Rewiews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Shamseer, Moher,

Clarke et al., 2015). As palavras-chave norteadoras deste estudo foram *voluntariado*, *motivação*, "*qualidade de vida*", *universidade*, *Portugal* e as Keywords *volunteering*, *motivation*, *"quality of life"*, *university* e *Portugal*. Para a escolha das fontes de dados usou-se como critério a temática geral destes, ou seja, artigos correlacionados com a área da Psicologia e da Educação. Foram eles: SCOPUS, Web of Science e ERIC. Para Literatura cinzenta foram considerados os arquivos dos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Como Critério de Inclusão foram utilizados os artigos em língua portuguesa e inglesa os quais tivessem sido publicados entre 2009 e 2019 e cuja amostra versasse sobre universitários portugueses. Ainda foram utilizados critérios metodológicos, ou seja, que a avaliação para motivação do voluntariado tivesse sido realizada com o uso de instrumentos avaliativos (instrumentos psicológicos avaliativos, entrevistas estruturadas e/ou formulários ou questionários) e que o artigo apresentasse análise estatística de dados obtidos. Os Critérios de Exclusão debruçaram-se sobre a retirada de artigos duplicados, incompletos ou apenas com abstract. E ainda sobre artigos que apresentassem riscos sobre a qualidade dos mesmos. A fim de atender ao critério de qualidade foi realizada análise dos estudos segundo critérios do *The Joanna Briggs Institute* (2017). A coleta dos dados foi realizada em setembro de 2019 e os dados tratados em novembro do mesmo ano. Após a extracção inicial deu-se a leitura dos resumos e análise dos resultados.

RESULTADOS

Considerando-se as Bases de Bados consultadas e as palavras-chave utilizadas, inclusive em seus derivados, chegou-se ao total de 157 artigos. Ao aplicar-se os critérios de inclusão e exclusão aos mesmos, nenhum artigo atendeu ao objetivo deste estudo. Ora por não se tratarem de estudantes universitários, ora por não descreverem voluntários portugueses, ou ainda por referirem-se a outros aspectos como Modelo de Gestão do Voluntariado ou voluntários de terceira idade, temáticas que fogem ao interesse deste trabalho. Deu-se então início à pesquisa na literatura cinzenta. No RCAAP

foi obtido um total de 43 artigos. Ao aplicarem-se os critérios de inclusão e exclusão obteve-se um total de 3 artigos.

Perfil sociodemográfico dos voluntários

A variável "género" no perfil dos voluntários avaliados apresentou-se maioritariamente do género feminino e apresentou também diferenças relativas às funções executadas no voluntariado (Duarte, 2015; Ferreira, 2013; Reis, 2013). Quanto à variável "faixa etária" esta compreendeu, nos artigos, dos 18 aos 55 anos e a média de idades girou em torno de 24 anos. No quesito "status socioeconômico" pareceu existir evidências significativas relativas às competências emocionais e funções de voluntariado aquando de voluntários com melhor escolaridade e/ou nível socioeconômico (Duarte, 2015, Ferreira, 2013).

Instrumentos

Os instrumentos avaliativos citados foram: questionários sociodemográficos para caracterização das amostras; Inventário de Funções de Voluntariado (VFI), Questionário de Percepções de Sucesso (PSQ), Escala de Esperança para Adultos (AHS), Escala de Inteligência Emocional de Wong e Lang (WLEIS-P); Inventário de Motivações para o Voluntariado (IMV); NEO-FFI; Índice de Reatividade Interpessoal (IRI); Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar Psicológico (EMMBEP) e WHOQOL-BREF.

Traços de Personalidade

Quanto aos "traços de pesonalidade" investigados a *conscienciosidade* e a *amabilidade* se relacionaram mais com os níveis de satisfação e em *empatia* a relação foi feita com *preocupação empática, fantasia e tomada de perspetiva* (Reis, 2013). Traços de neuroticismo e desconforto pessoal não se relacionaram positivamente com satisfação mas sugeriu-se haver relação positiva entre *satisfação* e *persistência*. E ainda, os voluntários apresentaram características de personalidade como a *conscienciosidade* e

extroversão e bons indicadores de bem-estar psicológico e qualidade de vida (Ferreira, 2013).

Funções motivacionais analisadas

A função *experiência*, seguida da função *valores,* apareceram como as mais valorizadas pelos voluntários e a função *protecção* como a menos valorizada (Ferreira, 2013). As funções motivacionais *valores*, *experiência* e *crescimento/autoestima* apresentaram correlações mais fortes com a *satisfação* (Reis, 2013). Apresentaram-se ainda diferenças significativas nas funções de voluntariado em função da prática anterior de voluntariado e, nas funções de voluntariado e competências emocionais em função da prática atual de voluntariado (Duarte, 2015). As diferenças na função de *valores* tenderam a ser significativas e mais favoráveis em voluntários que já realizaram voluntariado antes.

DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico dos voluntários

Características sociodemográficas tais como, um maior número de voluntários do género feminino, foram encontradas nestes artigos (Duarte, 2015; Ferreira, 2013; Reis, 2013), dado já referido em pesquisas anteriores sobre voluntariado (Entrajuda, 2011; INE, 2018).

Considerando-se as características de personalidade e motivação pode-se constatar que *conscienciosidade* e a *amabilidade* apresentaram-se mais relacionadas com os níveis de satisfação em ser voluntário, o que sugere haver correlação positiva entre modos de ser e a busca por atividades voluntárias. Estas características não são de forma alguma próprias e únicas do género feminino, entretanto, a presença mais frequente de voluntários deste género pode ter contribuído para este dado, sendo assim interessante verificar amostras de voluntários do género masculino em separado para confrontação de resultados.

INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados nos estudos foram considerados adequados para avaliar as variáveis psicológicas propostas, assim como pertinentes à população portuguesa quanto ao sexo, idade e escolaridade.

Funções analisadas

Quanto às funções relativas à motivação aparecem *experiência* e *valores* como as de maior expressão nos artigos encontrados. Estas funções sugerem que o voluntariado tem estreita ligação com novas oportunidades (experiência) e aspectos de ordem social como atitude cívica e dedicação a outrem (valores). Mais do que *carreira* ou *proteção* estas funções novamente ligam-se a perfis particulares dos respondentes os quais parecem ser atraídos para as atividades de voluntariado a partir de um perfil de personalidade com características comuns. Isolando-se amostras femininas e masculinas de estudantes portugueses, poder-se-ía pensar nas diferentes motivações que pessoas de diferentes géneros pudessem apresentar. A análise funcional das razões que levam ao voluntariado apresenta que "as necessidades psicológicas e sociais, planos, objetivos e funções são atendidos pelas crenças das pessoas e pelas suas ações" (Clary & Snyder, 1991, p. 123). Desta forma, a Teoria Funcional da Motivação expõe que as atividades junto as quais as pessoas se filiam são buscadas a fim de satisfazer motivações e atender a necessidades relativas a aspectos psicológicos e sociais de cada indivíduo. Infelizmente, a partir dos artigos encontrados, não foi possível verificar as áreas do voluntariado nas quais os estudantes universitários portugueses mais se envolvem e, apesar de se ter encontrado aspectos interessantes neste artigos, isto também não possibilitou um levantamento mais apurado sobre possíveis recomendações para o êxito em projetos com voluntariado, objetivos específicos deste trabalho.

Além disto, todos os aspectos citados nesta discussão devem ser revistos e aprofundados já que este trabalho sustenta-se em apenas três artigos cuja amostra é deveras limitada para apontar, de fato, um perfil, difcultando a generalização de resultados. Há de se pensar ainda que o voluntariado pode auxiliar na administração de conflitos internos,

relativos a ansiedade, por exemplo, e formas de lidar com problemas e estresse (Omoto & Snyder, 1995) fato que sugere estudos em formato longitudinal para verificar as contribuições que o voluntariado pode também dar aos voluntários em se tratando de saúde mental. Por outro lado, a escassez de pesquisa científica sobre o perfil motivacional de estudantes universitários portugueses para o voluntariado apresenta uma lacuna ímpar visto que os programas de cunho voluntário e a adesão a estes têm decrescido fortemente em Portugal na última década. Entretanto, perceber quem são os indivíduos que se interessam e aderem a estes programas e o que os motiva pode ser um aspecto interessante para a elaboração de novos programas, assim como, o alcance de objetivos destes. Anuncia-se então com este trabalho a premente necessidade de mais pesquisas envolvendo a temática deste estudo.

REFERÊNCIAS

Almeida, V., Daniel, F., & Fernandes, H. (2017). Uma análise das motivações dos voluntários nas Associações Humanitárias de Bombeiros. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, *3*(2), 42-51. https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2017.3.2.61

Amorim, L. R. (2015). *A motivação para o trabalho dos voluntários da Cruz Vermelha Portuguesa*. http://hdl.handle.net/20.500.11960/1313

Barata, J. A. R. (2017). *Organizações, voluntários e voluntariado: expectativas e realidades. Estudo de casos na cidade de Lisboa*. http://hdl.handle.net/10071/15395

Clary, E., & Snyder, M. (1991). A functional analysis of al truism and prosocial behavior: The case of volunteerism. In M. S. Clark (Ed.), *Prosocial Behavior. Review of Personality and Social Psychology* (pp. 119-148). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado. (2019). http://www.voluntariado.pt

Duarte, V. (2015). *O Voluntariado no Ensino Superior: Um estudo exploratório*. Universidade de Lisboa.

Duarte, J. R. S. (2016). *Ativação e gestão do programa de gestão de voluntariado na AJDP*. http://hdl.handle.net/10400.5/12565

Entrajuda (2011). *Alguns dados relativos ao Voluntariado em Portugal*. Entrajuda. http://www.entrajuda.pt/media/5379/voluntariado-em-portugal_jan-2011.pdf

Ferreira, C. P. S. (2013). *Motivações do universitário voluntário: Relação com o bem-estar psicologico, qualidade de vida e personalidade*. http://hdl.handle.net/10773/11579

Figueiredo, A. R. L. M. de, & Almeida, V. (Orientador). (2015). *A Motivação do Envolvimento dos Bombeiros em Atividades de Voluntariado: Um estudo de caso.* http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/595

Gonçalves, E. C. (2011). *Caracterização do voluntariado hospitalar em contexto oncológico: Relação com as funções motivacionais, o bem-estar psicológico e a qualidade de vida*. http://hdl.handle.net/10773/7583

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2018). *Inquérito ao Trabalho Voluntário* (pp. 1-14). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

International Association for Volunteer Efforts. (2009). http://www.iave.org

Nave, A. C. P. (2012). *Voluntariado Empresarial: Motivações e Práticas*. Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Omoto, A. & Snyder, M. (1995). Sustained helping without obligation: Motivation, longevity of service, and perceived attitude change among AIDS volunteers. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*(4), 671-686. doi: 10.1037/0022-3514.68.4.671

Parente, A. (2014). *Fatores motivacionais e satisfação com a vida em voluntários de equipas de rua.* Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Reis, S. L. P. (2013). *Funções motivacionais e personalidade em universitários voluntários : Relação com a satisfação e a persistência*. http://hdl.handle.net/10773/11419

Ribeiro, L. P. (2012). *Funções motivacionais e personalidade em voluntários hospitalares: Relação com o bem-estar psicológico e a qualidade de vida*. http://hdl.handle.net/10773/9889

Shamseer, L., Moher, D. Clarke, M. et al. (2015). *P*referred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: Elaboration and explanation*. BMJ, 349*, g7647.

Sousa, Â. S. S. & Barbosa, Í. (2012). *Implicações do plano de voluntariado na motivação para o trabalho voluntário*. http://hdl.handle.net/1822/19696

The Joanna Briggs Institute (JBI) (2017). *Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews: Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses*. Australia: Joanna Briggs Institute.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

MY-PEP: A PREHABILITATION INTERVENTION IN OESOPHAGEAL CANCER PATIENTS

Andreia Martins Soares[1] (✉ andreiamsoares2@gmail.com)
[1] Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

Oesophageal cancer is the seventh most commonly occurring cancer (572.000 new cases in 2018) and the sixth leading cause of cancer death (509.000 deaths in 2018) worldwide (Bray et al., 2018). Whenever possible, oesophageal resection and reconstruction (oesophagectomy) is currently the recommended treatment modality (Best, Mughal, & Gurusamy, 2016), but carries a high risk of postoperative complications that impact patient quality of life, cancer recurrence/survival, hospital costs and resources. Most of the complications in patients undergoing oesophagectomy (e.g., atrial fibrillation, pneumonia) affect the cardiopulmonary system (Oxenberg, 2018).

Exercise results in a greater cardiac output, improved respiratory muscle strength and skeletal muscle adaptations (Rivera-Brown & Frontera, 2012). Exercise as part of prehabilitation (i.e. the process of providing patients with a reserve to withstand the stress of major cancer surgery; Wynter-Blyth & Moorthy, 2017) has been proposed to counteract the surgical consequences of anaesthesia, tissue trauma and bed-rest (Vermillion et al., 2018). Several studies on prehabilitation in patients undergoing thoracic and gastrointestinal cancer resection have demonstrated an increase in preoperative physical fitness and physical activity, as well as decreased postoperative complications with shorter hospital stay (for some recent reviews see Doganay & Moorthy, 2019; Vermillion et al., 2018).

Many potentially effective prehabilitation interventions may not succeed, simply because patients fail to adopt and maintain the prescribed behaviour (viz. regular exercise). The development of a theoretical understanding of the likely process of change, drawn on existing evidence and theory, has been advocated as an integral step in complex intervention (i.e. interventions that contain several interacting components; Craig et al.,

2007) design and evaluation by the UK Medical Research Council (Craig et al., 2007; Glanz & Bishop, 2010). However, choosing a relevant theory (among many theories) can be a challenging task. Despite controversial (see Odgen, 2016), a comprehensive supra-theory model of behaviour applicable across contexts might be useful in behavioural intervention design and evaluation.

According to COM-B model (Michie, Campbell, West, Brown, & Gainforth, 2014), for any behaviour to occur (*B*) at a given moment, there must be the capability (*C*; i.e. psychological and physical abilities to perform a behaviour) and opportunity (*O*; i.e. physical and social environmental factors that facilitate engagement in the behaviour), and the strength of motivation (*M*; i.e. reflective and automatic brain processes that energise and direct behaviour) to engage in it must be greater than for any competing behaviours. The model was developed to guide understanding of behaviour in context and to present behavioural determinants targets for intervention design. Moreover, it sits at the centre of the Behaviour Change Wheel (BCW; Michie, Atkins, & West, 2014) which is a framework proposed to help intervention designers move from a behavioural analysis of the problem (i.e. what needs to shift in order for the desired behaviour to occur?) to intervention design (i.e. how can it be effectively done: relevant intervention functions, behaviour change techniques, mode of delivery?). The application of BCW to the development of complex interventions has increased in popularity over recent years (e.g. Barker, Atkins, & Lusignan, 2016; McEvoy et al., 2018).

A preoperative personalised programme (*my-PEP* [A more detailed description of *my-PEP* can be found in the *ExPO Trial Protocol* – available from the corresponding author)] was designed by a multidisciplinary team (e.g. physiotherapists, clinicians, psychologists) to increase physical fitness in adults with oesophageal adenocarcinoma during the preoperative phase (a period of approximately 14-16 weeks). This prehabilitation intervention was theoretically grounded in BCW and comprised two major components: exercise and psychological support to adopt and maintain the prescribed exercise. The exercise component consisted of home-based inspiratory muscle training with a device (up to 20 min per day), during and after neoadjuvant chemotherapy, and hospital-supervised sessions of aerobic exercise and muscle strengthening (60 to 90-min sessions, 2 sessions per week for 4 weeks), after neoadjuvant

chemotherapy. The psychological component was operationalised through behaviour change techniques and delivered before and during hospital-supervised exercise sessions. In addition, both components were tailored to patient's capability (e.g., knowledge, skills, stamina), opportunity (e.g., time, social support) and motivation (e.g., desires, reflex responses, evaluations, self-conscious planning) needs, formally assessed by questionnaire and interview at baseline. Therefore, for instance, a frail patient with low self-efficacy and a discouraging environmental context to exercise was offered a prehabilitation intervention with suitable intensity and duration levels of exercise, as well as a set of behaviour change techniques aimed at creating more positive self-beliefs about capabilities (e.g., focus on past success, social comparison, verbal persuasion about capability) and increasing opportunity (e.g., restructuring physical environment, use of prompts/cues).

The purpose of this paper is to present feasibility data of *my-PEP* that will potentially justify and inform a future randomised controlled trial to determine if this prehabilitation intervention decreases postoperative cardiopulmonary complications.

METHOD

A single centre, parallel group, single-blinded, randomised controlled trial (NCT02962219) was carried out to produce primary (viz. patients' eligibility; trial recruitment and retention; *my-PEP* adherence and safety) and secondary (viz. reasons for non-participation in the study; group differences in physical activity, physiological fitness, quality of life, postoperative cardiopulmonary complications [This measure was used to provide information about *my-PEP* safety rather than its efficacy]) outcomes and conducted in the department of Upper Gastrointestinal Surgery at the Norfolk and Norwich University Hospitals Foundation Trust (NNUH), Norwich, United Kingdom.

Participants

Adult patients with histology proven oesophageal adenocarcinoma planned for both neoadjuvant chemotherapy and oesophagectomy, capable

of giving informed consent and complying with trial procedures (e.g. without concomitant illness or disability that would make them unsuitable for exercise).

Material

In order to determine any changes in physical activity, physiological fitness and quality of life over time, measurements were taken both prior to commencement of neoadjuvant chemotherapy and one week prior to surgery, using a few questionnaires – International Physical Activity Questionnaire short version (IPAQ), European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ-C30), EORTC QLQ Oesophago-Gastric module (EORTC QLQ-OG25) – and a cardiopulmonary exercise (CPEX) test that would provide measures of fitness [Fitness was operationalised as VO_{2peak} – the maximal oxygen consumed at peak exercise – and VO_{2AT} – oxygen consumed at estimated anaerobic threshold]. For the purpose of comparing groups of patients (viz. willing vs. not willing to join the trial, intervention vs. control) sociodemographic and clinical data were collected by a pseudo-anonymised form – ExPO Patient Recruitment Identification Form (PRIF) – at recruitment. Determinants of Physical Activity Questionnaire (DPAQ) was used at baseline so that patients allocated in the intervention arm could have their personal barriers and facilitators to perform physical activity addressed or encouraged during *my-PEP.* A diary was also given to these patients to record home-based exercise sessions adherence and adverse reactions. Thirty-day postoperative morbidity was measured by hand review of the medical notes.

Procedure

Patients were identified at weekly NNUH oesophagogastric cancer specialist multidisciplinary team meetings between October 2016 and June 2017. Written informed consent was obtained from the patients who met the inclusion criteria. Consenting participants were asked to complete PRIF, IPAQ, EORTC QLQ-C30 and -OG25, and to perform a CPEX prior to commencement of neoadjuvant chemotherapy. Based on CPEX results,

participants were stratified into *high* and *low* fitness score groups (to help equally distribute those with a *low* level of fitness between trial arms, reducing the risk of selection bias) and randomised afterwards. Randomisation was done by a statistician on a 1:1 basis into intervention and control arms using random block sizes (known only to the statistician) generated by computerised randomisation. Both arms received usual standard care advice (in written form) to exercise at home during the preoperative phase. In addition to this, patients allocated in the intervention arm were offered *my-PEP* components (based on DPAQ results) and given the exercise diary. One week prior to surgery, all participants were asked to complete the second IPAQ, EORTC QLQ-C30 and -OG25, and to perform another CPEX. After oesophagectomy 30-day postoperative morbidity measurement was taken for all patients.

All statistical analyses were performed using a standard software package (Stata v.15.0). Descriptive statistics were generated for participants in each of the two arms (absolute frequencies and percentages for categorical variables; means and standard deviations or medians and interquartile ranges for continuous variables, depending on their distributions). Equivalence between groups, regarding sociodemographic and clinical data, was attested by means of Fisher exact test (or its Freeman-Halton extension, for 2x3 contingency table) and Student test. Mean differences between groups, concerning pretest to post-test changes, were compared using Student test. All tests were two-tailed and the significance was set at $p \leq .05$.

RESULTS

Primary outcomes

During the recruitment period, 20 eligible patients were approached but only 11 were recruited (recruitment rate: 55%) because 7 did not want to participate for different reasons (e.g. unwilling to travel for hospital sessions, no need of additional support to engage in exercise, dislike for exercise) and 2 patients who were willing to participate were excluded as CPEX testing was unable to be arranged. The sociodemographic and

clinical characteristics of both willing and non-willing patients were similar [The details of this comparison can be found elsewhere (Lam, 2018)].

Table 1

Baseline sociodemographic and clinical characteristics of the allocated participants

	Male gender	Age (years)	Smoking status	BMI (Kg/m^3)	T staging	N staging	CAD	Ht
Intervention	4(80)	66.3±9.4	N: 3(60) F: 1(20) C: 1(20)	27.1±4.4	T3: 5(100) T4: 0(0)	N0: 3(60) N1: 1(20) N2: 1(20)	1(20)	1(20)
Control	6(100)	65.4±9.1	N: 1(17) F: 3(50) C: 2(33)	27.0±4.4	T3: 5(83) T4: 1(17)	N0: 1(17) N1: 2(33) N2: 3(50)	0(0)	1(17)

Note. $n_{intervention}$=5 and $n_{control}$=6. N=Never, F=Former, C=Current, BMI=Body Mass Index, CAD=Coronary Artery Disease, Ht=Hypertension. Data shown are *f* (%) or *M*±*SD*.

All recruited patients were randomised (5 to the intervention group, 6 to the control group; see Table 1) after providing consent for participation and completed the trial (retention rate: 100%). The hospital-supervised exercise sessions offered (Mdn=5, IQR=4-5) were fully attended (attendance rate: 100%) by the intervention group who adhere completely to the personalised aerobic and muscle strengthening exercises (adherence rate: 100%). It was not feasible to offer the maximum 8 sessions to any of the patients, due to the earlier than anticipated scheduling of either surgery or second CPEX test. Adherence to home-based exercise sessions (i.e. inspiratory muscle training and exercise according to standard care advice) in the intervention group was low (adherence rate: 25% to 49%), owing to the side effects of chemotherapy (viz. fatigue; nausea and vomiting; mouth problems such as “dry mouth”, “mouth ulcers”, “cold sores”). No adverse reactions to exercise were reported.

Secondary outcomes

Despite promising gains in intervention group’s physical activity, physiological fitness and quality of life (see Table 2), there were no statistically significant differences between arms regarding these variables

(.12≥*p*≥.61). The 30-day postoperative cardiopulmonary complication rates were also similar between arms (viz. intervention group: 60%; control group: 67%). No deaths occurred at 30 days.

Table 2

Baseline values and changes in secondary outcome variables of the allocated participants

		Intervention		Control	
		Baseline	Δ	Baseline	Δ
Physical activity (MET-min/week)		819±1446	+883±1893	1600±1549	-432±315
Fitness (mL/Kg/min)	VO_{2peak}	21.4±6.4	+2.0±1.4	22.6±6.4	+0.3±3.2
	VO_{2AT}	12.8±1.7	+1.5±1.1	13.3±1.6	-1.2±2.3
Quality of life	QLQ-C30	78.2±14.0	+2.0±1.5	75.0±13.0	-3.0±2.9
	QLQ-OG25	34.4±14.9	+5.0±15.0	34.9±13.8	-13.0±7.4

Note. $n_{intervention}$=5 and $n_{control}$=6. MET=Multiples of the resting metabolic rate. Data shown are *M*±*SD*.

DISCUSSION

These findings provided 'proof of concept' for a larger feasibility randomised controlled trial. Firstly, all patients referred for neoadjuvant chemotherapy and oesophagectomy were eligible for the trial, could be recruited in reasonable numbers and engaged easily until the end of the study period. Secondly, *my-PEP* exercise sessions were safe and well tolerated, with no significant adverse effects reported during the intervention or after the oesophagectomy, and patients adhered particularly well to the hospital-based sessions. At last, whilst there were important improvements in intervention group's physical activity, physiological fitness and quality of life, this study was unable to demonstrate statistically significant differences due to small patient numbers.

Strengths of this study included the design of a programme tailored to each patient's (physical, psychological and environmental) needs, which also had the input of both professionals and patients. Weakness of this study comprised a small sample size (due to a much lower than anticipated number of oesophagectomies over the recruitment period and logistic problems with arranging baseline CPEX testing for potential participants who wanted to join the trial) and its single centre nature (i.e., patients from

Norfolk may not be representative of those in other areas of the UK, particularly from more urban areas, limiting generalisation of the study conclusions).

On that account, a larger sample from several centres will be required in a definitive feasibility randomised controlled trial. Additional measures to improve recruitment in future work could include (1) the capacity to offer supervised exercise sessions closer to patients' homes (e.g., in primary care centres), as a long travel distance was the commonest reason for non-participation, and (2) an alternative method of measuring physiological fitness (e.g., 6-minute walk test; American Thoracic Society, 2002) to avoid CPEX laboratory logistic issues. Also, adherence to home-based exercise sessions may also benefit from a more regular support or contact from the trial team – through weekly telephone calls, for example (Wynter-Blyth & Moorthy, 2017).

In sum, it was demonstrated that *my-PEP* is viable, safe and well adhered to, but needs a larger feasibility study in patients with oesophageal adenocarcinoma undergoing chemotherapy to investigate whether their fitness can be improved in the short time between neoadjuvant chemotherapy and surgery by the intervention. Such feasibility data is required prior to a full randomised controlled trial investigating whether *my-PEP* can reduce the incidence of postoperative complications.

Acknowledgements

The author would like to thank Dr S. Lam for the valuable contribution he has made to the manuscript.

REFERENCES

American Thoracic Society. (2002). American Thoracic Society statement guidelines for the six-minute walk test. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 166*, 111-117. doi: 10.1164/ajrccm.166.1.at1102

Barker, F., Atkins, L., & Lusignan, S. (2016). Applying the COMB behaviour model and behaviour change wheel to develop an intervention to improve hearing aid use in adult auditory rehabilitation. *International Journal of Audiology*, 55(Suppl. 3), S90-S98, doi: 10.3109/14992027.2015.1120894

Best, L., Mughal, M., & Gurusamy, K. (2016). Non-surgical versus surgical treatment for oesophageal cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*, 1-59. doi: 10.1002/14651858.CD011498.pub2.

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R., Torre, L., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *68*(6), 394-424. doi: 10.3322/caac.21492.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ, 337*, a1655. doi: 10.1136/bmj.a1655

Doganay, E., & Moorthy, K. (2019). Prehabilitation for esophagectomy. *Journal of thoracic disease, 11*(Suppl. 5), S632-S638. doi:10.21037/jtd.2019.02.12

Glanz, K., & Bishop, D. B. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual Review of Public Health, 31*, 399-418. doi: 10.1146/annurev.publhealth.012809.103604

Lam, S. (2018). *Physical activity in the aetiology and preoperative management of oesophageal adenocarcinoma* (MD thesis). Norwich Medical School at University of East Anglia, Norwich (UK).

McEvoy, C., Moore, S., Appleton, K., Cupples, M., Erwin, C., Kee, F., . . . Woodside, J. (2018). Development of a peer support intervention to encourage dietary behaviour change towards a Mediterranean diet in adults at high cardiovascular risk. *BMC Public Health, 18*, 1194. doi: 10.1186/s12889-018-6108-z

Michie, S., Atkins, L., West, R. (2014). *The behaviour change wheel: A guide to designing interventions.* London, UK: Silverback Publishing.

Michie, S., Campbell, R., West, R., Brown, J., & Gainforth, H. (2014). *ABC of Behaviour Change Theories.* London, UK: Silverback Publishing.

Michie, S., & Wood, C. (2015). Health behaviour change techniques. In M. Conner, & P. Norman (Eds.), *Predicting and changing health behaviour: Research and practice with social cognition models* (3rd ed., pp. 359-389). Maidenhead, UK: Open University Press.

Ogden, J. (2016). Theories, timing and choice of audience: some key tensions in health psychology and a response to commentaries on Ogden (2016). *Health Psychology Review, 10*(3), 274-276. doi: 10.1080/17437199.2016.1190295

Oxenberg, J. (2018). Prevention and management of complications from esophagectomy. In J. Chai (Ed.), *Esophageal cancer and beyond*, (pp. 29-46). London, UK: InterchOpen. doi: 10.5772/intechopen.78757

Rivera-Brown, A., & Frontera, W. (2012). Principles of exercise physiology: Responses to acute exercise and long-term adaptations to training. *PM&R, 4*(11), 797-804. doi: 10.1016/j.pmrj.2012.10.007

Vermillion, S., James, A., Dorrell, R., Brubaker, P., Mihalko, S., Hill, A., & Clark, C. (2018). Preoperative exercise therapy for gastrointestinal cancer patients: A systematic review. *Systematic reviews, 7*, 103. doi:10.1186/s13643-018-0771-0

Wynter-Blyth, V., & Moorthy, K. (2017). Prehabilitation: Preparing patients for surgery. *BMJ, 358*, 3702. doi: 10.1136/bmj.j3702

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

O PAPEL DO APOIO SOCIAL NA VIVÊNCIA DA MATERNIDADE NA PREMATURIDADE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Maria Eduarda Gouveia Graça[1] (✉ meduardagouveia@hotmail.com) & Denise Duran Gutierrez[1]

[1] Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Brasil

A prematuridade tem sido um assunto amplamente estudado pelos diversos profissionais da área de saúde. Sua relevância se dá pelo elevado índice de neonatos de baixo peso ao nascimento no mundo, o que constitui um sério problema de saúde e está relacionado a um alto índice de mortalidade neonatal. É de extrema importância, assim, o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre o tema.

O período que compreende a gravidez, o parto e o puerpério é permeado por diversas transformações. A mulher vivencia mudanças significativas que abrangem os aspectos emocionais, psíquicos, físicos, hormonais, sociais e familiares. Quando esse processo ainda é acrescido pela especificidade de um parto prematuro e a necessidade de internação do recém-nascido em uma Unidade Neonatal, a vivência pode tornar-se traumática e estabelece-se uma crise para os pacientes, pais e familiares.

Diversos estudos apontam as relações entre aspectos psicossociais e vivências subjetivas das mães e resultados em saúde relacionados ao impacto da prematuridade, abordando inclusive aspectos neurofisiológicos (desenvolvimento dos filhos, ocorrência de doenças, etc.). Nessa linha de investigação, aparecem outros estudos que apontam o Apoio Social como elemento importante na vivência da maternidade, período repleto de situações potencialmente estressantes.

Apoio social pode ser definido como as relações socioafetivas que o indivíduo estabelece com as pessoas e com o meio em que está inserido, que são capazes de oferecer recursos emocionais, cognitivos e materiais, além de proporcionar noção de segurança e pertencimento. Tal construto tem sido amplamente estudado na área da saúde em relação a condições

diagnósticas e esses estudos têm destacado o Apoio Social como fator protetivo e promotor de saúde, auxiliando no enfrentamento de situações difíceis, sendo relacionado a desfechos positivos de saúde (Gonçalves, Pawlowski, Bandeira, & Piccinini, 2011).

Nesse sentido, a prematuridade surge como fator estressor devido todas as adversidades que a família e o bebê precisam enfrentar e, por isso, torna-se relevante o desenvolvimento de estudos que investiguem a importância do Apoio Social e suas características nesse cenário. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo compreender o papel do Apoio Social na vivência da maternidade na prematuridade.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa de literatura a partir do banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Portal da CAPES) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para isso, foram utilizados os termos "*mothers*", "*prematurity*" e "*social support*" no período entre 2014 e 2019. Após a exclusão de artigos que tratavam de temas tangenciais ao objetivo da pesquisa, foram selecionados 23 artigos que abordaram o Apoio Social na vivência da maternidade diante da situação de prematuridade, os quais foram minuciosamente analisados.

RESULTADOS

A fim de facilitar a visualização dos estudos selecionados, os resultados foram organizados na Tabela 1 de acordo com o ano de publicação, autores, título, fonte, país, tipo de estudo e amostra, sendo ainda cada um deles identificado com um número de 1 a 23.

Diante da análise dos estudos, foram identificadas três categorias de acordo com a temática abordada e os resultados apontados: Apoio Social e a saúde mental dos pais de bebês prematuros, Apoio Social e a experiência da internação e Apoio Social e atuação da equipe de saúde.

Analisaremos a seguir as temáticas abordadas e o conhecimento produzido em cada grupo de artigos.

Tabela 1

Categorização dos artigos quanto ao ano de publicação, autores, título, fonte, país, tipo de estudo e amostra

Nº	Ano	Autor	Título	Fonte	País	Tipo	Amostra
1	2014	McDonald S. W.; Kingston, D., Bayrampour, H., Dolan S. M.; Tough, S. C.	Estresse psicossocial cumulativo, recursos de enfrentamento e parto pré-termo.	Archives of Women's mental health	Canadá	Quantitativo	3021 mulheres
2	2014	Treyvaud, K.i; Lee, K. J.; Doyle, Lex W.; Anderson, P. J.	Parto Muito Prematuro influencia saúde mental parental e resultados da família sete anos após o nascimento.	The Journal of Pediatrics	Austrália	Quantitativo	48 famílias de 183 crianças nascidas muito prematuras e 66 famílias de 69 crianças nascidas a termo
3	2015	Dantas, C.M.M.; Araújo, B.P.C., Revoredo, S.L., Pereira, G.H. & Maia, C.E.M.	Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogência.	Acta Colombiana de Psicología	Brasil	Quantitativo	70 genitoras de bebês a termo e 70 mães de recém-nascidos prematuros internados
4	2014	Suttora, C; Spinelli, M; Monzani, D.	Da prematuridade ao estresse parental: o papel mediador do transtorno do estresse pós-traumático perinatal.	European Journalof Developmental Psychology	Itália	Quantitativo	156 mães de crianças a termo e 87 mães de crianças prematuras
5	2016	Koliouli, F.; Gaudron, C.; Raynaud, J.	Estresse, Enfrentamento e Transtorno de Estresse Pós-traumático de Pais de Prematuros Franceses.	Newborn and infant nursing reviews	França	Quantitativo	48 pais de recém-nascidos pré-termos
6	2014	Eutrope, J.; Thierry, A.; Lempp, F.; Aupetit, L.; Saad, S.; Dodane, C.; Bednarek, N.; De Marc, L.; Sibertin-Blanc, D.; Nezelof, S.; Rolland, A.	Reações emocionais de mães que enfrentam nascimentos prematuros: estudo de 100 díades materno-infantis com 32 semanas gestacionais.	Plos One	França	Quantitativo	100 díades materno-infantis
7	2016	Ionio, C.; Colombo, C.; Brazzoduro, V.; Mascheroni, E.; Confalonieri, E.; Castoldi, F.; Lista, G. L.	Mães e pais na UTIN: o impacto do parto prematuro no sofrimento parental.	Europe's Journalof Psychology	Itália	Quantitativo	21 mães e 19 pais de bebês prematuros e 20 mães e 20 pais bebês a termo.
8	2015	Wu, C.Y.; Hung, C.H.; Chang, Y.J.	Preditores do estado de saúde em mães de bebês prematuros com implicações para a prática clínica e pesquisas futuras.	Worldviews Evid Based Nurs	Taiwan	Quantitativo	203 mães de bebês prematuros
9	2014	Wado, Y. D.; Afework, M. F.; Hindin, M. J.	Efeitos da Intenção da gravidez materna, sintomas depressivos e Apoio Social no Risco de Baixo Peso ao Nascer: Um estudo prospectivo do sudoeste da Etiópia.	Plos One	Etiópia	Quantitativo	622 mulheres foram acompanhadas e 537 pesos ao nascer foram medidos.
10	2016	Cherry, A. S.; Mignogna, M. R.; Vaz, A. R.; Hetherington, C.; Mccaffree, M. A.; Anderson, M. P.; Gilespy, S. R.	A contribuição do funcionamento psicológico materno para o tempo de permanência do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Internacional Journal of Women's health	Estados Unidos	Quantitativo	111 mães de neonatos internados em UTIN
11	2018	Carty, Cara L.; Soghier, Lamia M.; Kritikos, Katherine I.; Tuchman, Lisa K.; Jiggetts, Michelle; Vidro, Penny; Streisand, Randi; Fratantoni, Karen R.	Estudo de apoio a pais: um ensaio clínico randomizado de uma intervenção de um pai ou mãe para melhorar os resultados após a alta da unidade de terapia intensiva neonatal.	Contemporary Clinical Trials	Estados Unidos	Quantitativo	300 díades de pais e filho
12	2014	Sangüesa, P.; Farkas, C.; Rochet, P.	A relação entre representações maternas e comportamento interativo com o estado emocional da mãe, o apoio social percebido e o nível de risco do bebê em um grupo de bebês prematuros.	Estudios de Psicología	Chile	Quantitativo	41 mães de bebês prematuros internados em instituição hospitalar
13	2014	Gerstein, E. D.; Poehlmann-Tynan, J.; Clark, R.	Interações mãe-filho na UTIN: relevância e implicações para a parentalidade tardia.	Journal of Pediatric Psychology	Estados Unidos	Quantitativo	130 díades mãe e bebê
14	2017	Gatta, M.; Miscioscia, M.; Svanellini, L.; Peraro, C.; Simonelli, A.	Uma perspectiva psicológica sobre crianças prematuras: a influência de fatores contextuais na qualidade das interações familiares.	BioMed Research International	Itália	Quantitativo	78 famílias, sendo 39 com filhos prematuros e 39 famílias com filhos a termo.
15	2018	Granero-Molina, J.; Medina, I.; Fernández-Sola, C.; Hernández-Padilla, J.; Lasserrotte, M.; Rodríguez, M.	Experiências de mães de prematuros extremos após a alta hospitalar.	Journal of Pediatric Nursing	Espanha	Qualitativo	20 mães de bebês prematuros extremos internados em UTI
16	2016	Neube, R. k.; Barlow, H.; Mayers, P.M.	Uma vida incerta - A vulnerabilidade do meu bebê: a experiência vivida das mães de conexão com seus bebês prematuros em uma unidade de terapia intensiva neonatal de Botsuana.	Curationis	Botsuana	Qualitativo	8 mulheres mães de bebês prematuros
17	2016	Koliouli, F.; Gaudron, C. Z.; Raynaud, J.	Experiências de vida de pais franceses prematuros: um estudo qualitativo.	Journal of Neonatal Nursing	França	Qualitativo	48 pais de recém-nascidos prematuros
18	2016	Mousavi, S. S.; Chaman, R.; Khosravi, A.; Mohagheghi, P.; Mousavi, S. A.; Keramat, A.	As necessidades dos pais de bebês prematuros no Irã e uma comparação com os de outros países: uma revisão sistemática e uma meta-análise.	Iranian Journal of Pediatrics	Irã	Teórico	17 estudos
19	2014	Váxquez, V.; Cong, X.	*Parenting* o bebê na UTI: Uma síntese meta-etnográfica.	International Journal of Nursing Sciences I	Estados Unidos	Teórico	14 estudos
20	2015	Horwitz, S. M.; Storfer-Isse, A.; Kerker B. D.; Lilo, E.; Leibovitz, A.; St John, N.; Shaw, R. J.	Um modelo para o desenvolvimento da vulnerabilidade percebida das mães de bebês prematuros.	Journal of developmental and behavioral pediatrics	Estados Unidos	Qualitativo	105 mulheres
21	2017	Nie, C.; Dai, Q.; Zhao, R.; Dong, Y.; Chen, Y.; Ren, H.	O impacto da resiliência nos resultados psicológicos em mulheres com ameaça de trabalho de parto prematuro e cônjuges: um estudo transversal no Sudoeste da China.	Health and Quality of Life Outcomes	China	Quantitativo	126 mulheres hospitalizadas com ameaça de parto prematuro e 104 cônjuges.
22	2014	Russell, G.; Sawyer, A.; Rabe, H.; Abbott, J.; Gyte, G.; Duley, L.; Ayers, S.	Opinião dos pais sobre o cuidado de seus bebês muito prematuros em unidades de terapia intensiva neonatal: um estudo qualitativo.	BMC Pediatrics	England	Qualitativo	32 mães e 7 pais de bebÊs pré-termos
23	2014	Perricone, G.; Morales, M. R.; DeLuca, F.;Carollo, A.; Manisealco, F.; Luzeiro, J.; Polizzi, C.	Competência de coping e papel parental de mães de bebês prematuros.	Minerva Pediatrica	Itália	Quantitativo	16 mães de crianças moderadamente prematuras e 14 mães de crianças gravemente prematuras

DISCUSSÃO

Apoio Social e a saúde mental dos pais de bebês prematuros

Foram encontrados artigos que destinaram-se a investigar questões diagnósticas e/ou de sofrimento psíquico dos pais de bebês pré-termos como estresse, ansiedade, depressão, depressão pós-parto e transtorno do estresse pós-traumático, entre outros, enumerados de 1 a 11 na Tabela 1. Treyvaud, Lee, Doyle e Anderson (2014) afirmam, a partir da pesquisa desenvolvida, que pais de crianças nascidas muito prematuras apresentaram maior probabilidade de relatar sintomas de ansiedade moderados a graves, níveis mais altos de sintomas de depressão, pior funcionamento familiar, e níveis mais elevados de estresse parental, quando comparados com os pais das crianças nascidas a termo. Além disso, os autores apontam que o nascimento muito prematuro tem influência negativa no funcionamento dos pais e da família aos 7 anos após o nascimento, o que demonstra a relevância do desenvolvimento de estudos, investigações e ações destinadas a esse grupo de pessoas.

Cruz Dantas, de Bezerra Araújo, da Silva Revorêdo, Guerra Pereira e Chaves Maia (2015) apontam ainda a importância do Apoio Social no contexto do nascimento prematuro, já que foi encontrada uma associação entre Apoio Social e sintomas de ansiedade, conforme exposto anteriormente nos resultados. Sendo assim, este é um aspecto que merece especial atenção, uma vez que a sintomatologia ansiogênica pode representar risco para o equilíbrio emocional materno e para o estabelecimento do contato entre mãe e bebê.

Dentro desta categoria também surgiram artigos que investigaram o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), que indicaram que pais de recém-nascidos prematuros exibem altos níveis de estresse e sintomas de TEPT e, nesse sentido, o Apoio Social aparece como um fator de proteção, sendo utilizado como estratégia de enfrentamento dessas situações de estresse (Koliouli, Gaudron, & Raynaud, 2016; Suttora, Spinelli, & Monzani, 2014). Além disso, os achados da pesquisa desenvolvida por Eutrope *et al*. (2014) apontam que o Apoio Social percebido pela mãe, referente ao número de pessoas reconhecidas para apoiá-la e a qualidade deste apoio, é essencial e está significativamente relacionada com a ausência de trauma materno antes de ter alta e também parece proteger dos sintomas depressivos após o nascimento prematuro.

Diante da análise dos estudos mencionados, percebemos a grande incidência de sofrimento psíquico dos pais de recém-nascidos prematuros e o Apoio Social foi apontado como fator importante na proteção das mães contra o desenvolvimento de quadros patológicos. Dessa forma, esses artigos apontam a importância do monitoramento e acompanhamento da condição psicológica dos pais de recém-nascidos prematuros, o desenvolvimento de intervenções que possam auxiliá-los nesse processo, bem como o fortalecimento do Apoio Social dessas famílias.

Apoio Social e a experiência da internação

Foi identificado ainda resultados referente ao Apoio Social direcionados à experiência das mães e dos pais diante da internação hospitalar dos filhos, abordando as suas necessidades, preocupações e percepções, os papéis parentais e interações familiares nesse cenário, a resiliência e *Coping,* que são os enumerados de 12 a 22 na Tabelas 1. O Apoio Social foi apontado como fator importante na experiência dos pais de ter um filho necessitando de cuidados em Unidades Neonatais, na medida em que confere segurança às famílias, auxilia na superação do medo presente durante a internação, serve para o compartilhamento dessa experiência e das dificuldades, protege da construção de percepções exageradas de vulnerabilidades das mães em relação ao filho prematuro, e, ainda, pode contribuir para o enfrentamento e a resiliência dessas mulheres.

Apoio social e atuação da equipe de saúde

Foi identificado uma gama de estudos que discutiram e apontaram a importância do Apoio Social fornecido pela equipe de saúde, que foram os artigos 6, 8, 16, 17, 18, 19 e 22 enumerados na Tabela 1. Ncube, Barlow e Mayers (2016) encontraram, além disso, que o apoio contínuo dos profissionais de saúde com as mães promove sua confiança e competência no cuidado de seus bebês prematuros, enquanto Russell et al. (2014) complementam que a disponibilidade da equipe para o fornecimento de informações, o apoio aos pais e o aumento do seu envolvimento no cuidado do bebê tem grande relevância para a experiência de cuidado dos pais com seus bebês prematuros. Também foi apontado que o apoio emocional fornecido pela equipe, trazendo tranquilidade e encorajamento, são importantes para os pais.

A partir da análise desses artigos, é possível perceber a importância do papel da equipe assistencial no fornecimento de apoio às famílias que estão vivendo a problemática da prematuridade e a necessidade do preparo das equipes de saúde para melhoria das práticas profissionais, com atenção integral adequada à família no ambiente hospitalar. Para que isso seja possível, é imprescindível o desenvolvimento de mais pesquisas que produzam conhecimento capaz de fundamentar essas práticas.

Através da análise minuciosa do levantamento bibliográfico realizado, foi encontrado que o Apoio Social desempenha papel na manutenção da saúde mental das mães e dos pais de recém-nascidos pré-termos e está ligado a menor incidência de quadros patológicos. Os estudos apontam ainda a função do Apoio Social no enfrentamento dos pais da experiência de internação hospitalar dos seus filhos pré-termos, uma vez que ele auxilia na segurança e na superação do medo e atua no compartilhamento da experiência, amenizando o sofrimento. Além disso, a literatura deu grande ênfase na atuação da equipe de saúde como fonte significativa de Apoio Social, sendo identificado que a disponibilidade para compartilhar informações e fornecer apoio emocional pode promover tranquilidade e confiança para as mães e pais de bebês pré-termos.

Diante disso, o presente estudo aponta a necessidade de desenvolvimento de ações destinadas ao estímulo e fortalecimento do Apoio Social para mulheres mães de bebês prematuros e melhorias das práticas profissionais a partir da conscientização do seu papel no Apoio Social, pontos estes que trarão impactos positivos à vivência da maternidade na prematuridade. Sugere-se ainda a realização de mais estudos para o aprofundamento da temática apresentada, bem como investigações direcionadas à vivência dos pais diante desta problemática.

REFERÊNCIAS

Carty, C. L., Soghier, L. M., Kritikos, K. I., Tuchman, L. K., Jiggetts, M., Glass, P., Fratantoni, K. R. (2018). The iving Parents Support Study: A randomized clinical trial of a parent navigator intervention to improve outcomes after neonatal intensive care unit discharge. *Contemporary Clinical Trials*, *70*, 117-134. https://doi.org/10.1016/j.cct.2018.05.004

Cherry, A. S., Mignogna, M. R., Vaz, A. R., Hetherington, C., McCaffree, M. A., Anderson, M. P., & Gillaspy, S. R. (2016). The contribution of maternal psychological functioning to infant length of stay in the Neonatal Intensive Care Unit. *International Journal of Women's Health*, *8*, 233-242. https://doi.org/10.2147/IJWH.S91632

Cruz Dantas, M. M., de Bezerra Araújo, P. C., da Silva Revorêdo, L., Guerra Pereira, H., & Chaves Maia, E. M. (2015). Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: Avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. *Acta Colombiana de Psicologia*, *18*(2), 129–138. https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.2.11

Eutrope, J., Thierry, A., Lempp, F., Aupetit, L., Saad, S., Dodane, C., . . . Rolland, A. C. (2014). Emotional reactions of mothers facing premature births: Study of 100 mother-infant dyads 32 gestational weeks. *PLoS ONE*, *9*(8). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104093

Gatta, M., Miscioscia, M., Svanellini, L., Peraro, C., & Simonelli, A. (2017). A psychological perspective on preterm children: The influence of contextual factors on quality of family interactions. *BioMed Research International*, 9152627 https://doi.org/10.1155/2017/9152627

Gerstein, E. D., Poehlmann-Tynan, J., & Clark, R. (2015). Mother-child interactions in the NICU: Relevance and implications for later parenting. *Journal of Pediatric Psychology*, *40*(1), 33-44. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu064

Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos Brasileiros: Aspectos conceituais e instrumentos. *Ciencia e Saude Coletiva*, *16*(3), 1755-1769. https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300012

Granero-Molina, J., Fernández Medina, I. M., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Jiménez Lasserrotte, M. del M., & López Rodríguez, M. del M. (2019). Experiences of mothers of extremely preterm infants after hospital discharge. *Journal of Pediatric Nursing*, *45*, e2-e8. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.12.003

Horwitz, S. M. C., Storfer-Isser, A., Kerker, B. D., Lilo, E., Leibovitz, A., St. John, N., & Shaw, R. J. (2015). A model for the development of mothers' perceived vulnerability of preterm infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *36*(5), 371-380. https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000173

Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and fathers in nicu: The impact of preterm birth on parental distress. *Europe's Journal of Psychology*, *12*(4), 604-621. https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093

Koliouli, F., Gaudron, C. Z., & Raynaud, J. P. (2016a). Life experiences of French premature fathers: A qualitative study. *Journal of Neonatal Nursing*, *22*(5), 244-249. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2016.04.003

Koliouli, F., Gaudron, C. Z., & Raynaud, J. P. (2016b). Stress, Coping, and Post-traumatic Stress Disorder of French Fathers of Premature Infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, *16*(3), 110-114. https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.08.003

McDonald, S. W., Kingston, D., Bayrampour, H., Dolan, S. M., & Tough, S. C. (2014). Cumulative psychosocial stress, coping resources, and preterm birth. *Archives of Women's Mental Health*, *17*(6), 559-568. https://doi.org/10.1007/s00737-014-0436-5

Mousavi, S. S., Chaman, R., Khosravi, A., Mohagheghi, P., Mousavi, S. A., & Keramat, A. (2016). The needs of parents of preterm infants in Iran and a comparison with those in other countries: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Pediatrics*, *26*(5). https://doi.org/10.5812/ijp.4396

Ncube, R. K., Barlow, H., & Mayers, P. M. (2016). A life uncertain – My baby's vulnerability: Mothers' lived experience of connection with their preterm infants in a Botswana neonatal intensive care unit. *Curationis*, *39*(1), e1-e9. https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1575

Nie, C., Dai, Q., Zhao, R., Dong, Y., Chen, Y., & Ren, H. (2017). The impact of resilience on psychological outcomes in women with threatened premature labor and spouses: A cross-sectional study in Southwest China. *Health and Quality of Life Outcomes*, *15*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12955-017-0603-2

Perricone, G., Morales, M. R., De Luca, F., Carollo, A., Maniscalco, F., Caldas Luzeiro, J., & Polizzi, C. (2014). Coping and parental role competence of mothers of preterm infant. *Minerva Pediatr*, *66*, 177–186.

Russell, G., Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., . . . Ooi, L. (2014). Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: A qualitative study. *BMC Pediatrics*, *14*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/1471-2431-14

Sangüesa, P., Farkas, C., & Rochet, P. (2014). La relación entre representaciones y conducta interactiva materna con el estado emocional de la madre, el apoyo social percibido y el nivel de riesgo del niño(a) en un grupo de prematuros. *Estudios de Psicologia*, *35*(1), 80-103. https://doi.org/10.1080/02109395.2014.893653

Suttora, C., Spinelli, M., & Monzani, D. (2014). From prematurity to parenting stress: The mediating role of perinatal post-traumatic stress disorder. *European*

Journal of Developmental Psychology, *11*(4), 478-493. https://doi.org/10.1080/17405629.2013.859574

Treyvaud, K., Lee, K. J., Doyle, L. W., & Anderson, P. J. (2014). Very preterm birth influences parental mental health and family outcomes seven years after birth. *Journal of Pediatrics*, *164*(3), 515-521. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.11.001

Vazquez, V., & Cong, X. (2014). Parenting the NICU infant: A meta-ethnographic synthesis. *International Journal of Nursing Sciences*, *1*(3), 281-290. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.06.001

Wado, Y. D., Afework, M. F., & Hindin, M. J. (2014). Effects of maternal pregnancy intention, depressive symptoms and social support on risk of low birth weight: A prospective study from Southwestern Ethiopia. *PLoS ONE*, *9*(5), 1-7. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096304

Wu, C. Y., Hung, C. H., & Chang, Y. J. (2015). Predictors of Health Status in Mothers of Premature Infants with Implications for Clinical Practice and Future Research. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *12*(4), 217-227. https://doi.org/10.1111/wvn.12101

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

O PROCESSO DE LUTO DOS IMIGRANTES

Giulia Abreu Setim[1] (✉ gasetim@yahoo.com.br) & Cloves Antonio de Amissis Amorim[1]

[1]Departamento de Psicologia, Escola de Ciências da Vida Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Brasil

Milhões de pessoas deixam diariamente suas cidades ou países de origem, tendo como motivação escapar de situações de violência, guerra, perseguição ou afim de melhorar sua situação econômica e psicossocial. Imigrar é um processo natural e inevitável (Martine, 2005, citado por Rocha & Ribeiro, 2019).

Após a independência de Portugal, o Brasil estimulou a vinda de imigrantes, a fim de resolver sua necessidade de mão-de-obra livre, tendo em vista a abolição da escravidão e proibição do tráfico negreiro, além de colonizar novas terras e incentivar a economia. Essa realidade fez com que o Brasil se tornasse um país de imigração (Rocha & Ribeiro, 2019).

Segundo Cavalcanti, Oliveira e Macedo (2018) foram registrados 449.174 imigrantes de 2010 a 2017, entre as principais nacionalidades estão Haiti, Bolívia, Colômbia, Argentina, Cuba e China. Em relação a região de residência os imigrantes estão concentrados nos estados de São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul.

Considerando o fluxo imigratório do mundo e do Brasil, podemos considerar que atualmente presenciamos uma crise migratória, entretanto Bauman (2017) citado por Rocha e Ribeiro (2019), coloca que além dessa crise estamos vivenciando crise humanitária, tendo em vista as caminhadas exaustivas, os naufrágios, as mortes, as pessoas em situação de rua, o preconceito, a violência, etc.

Segundo Freud (1917) “o luto, via de regra, é a reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como pátria, liberdade, ideal et.” (p.28). Deve-se lembrar que a morte significa a perda para os que sobrevivem, e que o luto estabelecido a partir dessa perda pode

abranger: um momento, pessoa, paisagem, local, costumes e situações. (Pereira e Gil, 2014).

Os imigrantes acabam por perder valores, tradições, canções nativas e até comida de família (Aktar, 2001 cit in Henry, Stiles & Biran, 2005). Para Achotegui (2000, 2005, 2010), 7 luto acontecem na imigração são: Pela família e os entes queridos, tendo em vista a separação dos entes queridos, que não pode trazer ou ir visitar; Pela língua, pois o imigrante deve deixar de lado a língua materna para aprender e se adaptar coma nova língua; Pela cultura, já que deve se adaptar aos valores, costumes, sentido da vida, porém sem excluir elementos de sua cultura natal; Pela terra, com base que a luminosidade, cores, odores, paisagens e temperatura são os aspectos que afetam o sujeito; Pelo status social, que está relacionada com os papéis, trabalho, vivencias, acesso a oportunidades. Pelo contato com o grupo de pertença, já que a identidade étnica é apenas um aspecto dos elementos que compõem a identidade humana, tais como: gênero, religião, classe social; E pelos riscos para integridade física, que seriam os riscos que o imigrante passa para chegar ao país, assim como os riscos que passam no país, como maus tratos, medo de ser expulso, doenças, condições de higiene e etc.

O processo de luto pode se apresentar de várias formas e durações, dessa forma Molin e Pasqua (2009) e Achotegui (2012b), propõem três tipos de elaboração do luto presentes no processo migratório: o luto simples, que pode ser elaborado e se dá em boas condições, a migração é voluntária, a sociedade de acolhimento o recebe sem problemas e as ferramentas psicológicas individuais são adequadas; o luto complicado, onde existem sérias dificuldades de elaboração da experiência migratória, a decisão de migrar não era necessariamente voluntária, a sociedade de acolhimento é hostil a migração e as características emocionais ou psicológicas da pessoa não são adequadas para a migração; E o luto extremo: o qual não pode ser elaborado, ultrapassa as capacidades de adaptação do sujeito e é nesse estágio que se instaura a Síndrome do Imigrante.

Alguns fatores que podem modular a elaboração do luto: a vulnerabilidade, a ‘’bagagem’’ de limitações que o indivíduo traz consigo de seu país de origem e os estressores são, as dificuldades externas que o imigrante passou nos últimos 6 meses, sendo que ambas podem ser classificadas em simples, complicadas e extremas (Achotegui, 2010).

Durante a imigração as dificuldades ocorrem, em maior ou menor grau, mas não é a mesma para todos, dessa forma algumas pessoas estão propensas a sofrer da Síndrome de Ulisses (Achotegui, 2005, González, 2005). As condições são tão difíceis, que não existem possibilidades de elaboração do sofrimento. A Síndrome de Ulysses seria uma porta entre a saúde mental e transtorno mental. É um distúrbio de estresse reativo, ou seja, não está no campo de psicopatologia, é uma resposta de um indivíduo a uma situação de estresse, que excede as capacidades de adaptação dos seres humanos (Achotegui, 2005, 2012a).

Com base na revisão de literatura o objetivo do estudo foi verificar o processo de luto que os imigrantes entrevistados vivenciam em Curitiba e na região metropolitana.

MÉTODO

Participantes

Participaram 24 imigrantes, de 18 a 72 anos, sendo 18 homens e 6 mulheres. Dentre a nacionalidade dos entrevistados, 8 são da Venezuela, 7 do Haiti, 3 da Argentina, 2 do Uruguai, 1 da Colômbia, 1 da Nigéria, 1 México e 1 do Peru.

Material

Neste estudo foram utilizados 3 instrumentos, um Questionário Sócio Demográfico para caracterização dos sujeitos, contendo perguntas sobre idade, gênero, estado civil, país de origem e se possui filhos. Uma entrevista semiestruturada a fim de verificar o nível da vulnerabilidade e dos estressores pelos 7 lutos na imigração, considerando os fatores protetores, fatores culturais, fatores agravantes, fatores subjetivos além de outros fatores e comentários que possam aparecer durante a entrevista. A Escala de Avaliação de Fatores de Risco em Saúde Mental (Escala Ulisses) adaptada, que teve como objetivo identificar a vivência do luto dos imigrantes e consequentemente se existe a presença ou não da Síndrome de Ulisses.

Procedimento

Após envio e aprovação do comitê de ética, a amostra foi selecionada por conveniência, tendo como locais de coleta de dados a Pontifícia Universidade Católica do Parará, que disponibiliza aulas de português para imigrantes, em cafés e lanchonetes próximos ao trabalho ou faculdade do entrevistado e na praça Tiradentes, em Curitiba, acompanhando o Programa ‘’Médicos de Rua’’, que disponibiliza atendimentos médicos, odontológicos e psicológicos para moradores de rua. O programa acaba por atender também imigrantes, tendo em vista que alguns estão em situação de rua, não tem a documentação necessária ou tempo disponível para serem atendidos pelo SUS e/ou não tem dinheiro para procurar atendimento particular.

RESULTADOS

Utilizando as respostas dos participantes e a Escala de Avaliação de Fatores de Risco em Saúde Mental (Escala Ulisses) adaptada foi levantado o índice de vulnerabilidade, descriminado na Figura 1; o índice dos estressores, delineado Figura 2 e o índice dos tipos de luto, discriminado na Figura 3.

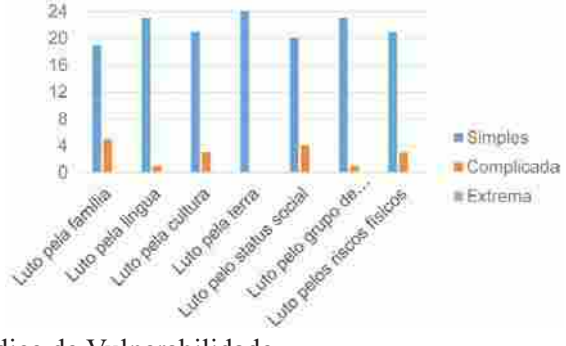


Figura 1. Índice de Vulnerabilidade

Pode-se observar pelos dados da Figura 1, que no luto pela família, 19 pessoas apresentam vulnerabilidade simples e 5 vulnerabilidade complicada. No luto pela língua, 23 dos entrevistados apresentam uma vulnerabilidade simples e 1 vulnerabilidade complicada. Tendo em vista o luto pela cultura, 21 sujeitos apresentam vulnerabilidade simples, enquanto 3 vulnera-

bilidade complicada. Já no luto pela terra, todos apresentam vulnerabilidade simples. No luto pelo status social, 20 pessoas apresentam vulnerabilidade simples e 4 vulnerabilidades complicado. No luto pelo grupo de pertença, 23 entrevistados que apresentam vulnerabilidade simples e 1 vulnerabilidade complicado. Por fim, no luto pelos riscos físicos, 21 apresentam vulnerabilidade simples, enquanto 3 vulnerabilidade complicada.

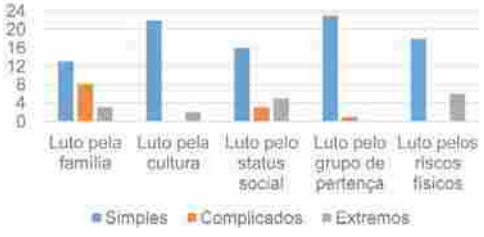


Figura 2. Índice do nível dos estressores

Com base na Figura 2, pode-se observar que em relação ao luto pela família, 13 pessoas apresentaram estressores simples, 8 estressores complicados e 3 estressores extremos. No luto pela Cultura, 22 entrevistados que apresentaram estressores simples e 2 estressores extremos. No tocante ao luto pelo status social, 16 sujeitos apresentaram estressores simples, 3 estressores complicados e 5 estressores extremos. Já no luto pelo grupo de pertença, 23 pessoas apresentaram estressores simples e 1 estressores complicados. Por fim, no luto pelos riscos físicos, 18 entrevistados apresentaram estressores simples e 6 estressores extremos.

Figura 3. Índice dos tipos de lutos nos participantes

Pode-se observar que pelos dados da Figura 3, que 22 entrevistados apresentam um luto simples (92%), enquanto 2 entrevistados luto complicado (8%) e nenhum entrevistado luto extremo.

DISCUSSÃO

Para Achotegui (2010), o grau de vulnerabilidade se caracteriza por 3 critérios pregressos a imigração: o físico, o psicológico e a história pessoal. Na pesquisa o grau de vulnerabilidade mais frequente foi simples, isto pode ser explicado tendo em vista que 88% dos entrevistados não apresentou problemas físicos, nenhum dos entrevistados apresentam transtornos psicológicos, e 75% entrevistados não tiveram eventos traumáticos. Os outros graus de vulnerabilidade, complicado e extremo, se devem a 12% dos entrevistados apresentarem problemas físicos, 1 dos participantes ter mais 65 anos e 12% terem sofrido preconceito.

Já os estressores para Achotegui (2010), são as dificuldades externas que o imigrante passou nos últimos 6 meses, a maior parte dos entrevistados tiveram estressores simples, pois tiveram dificuldades leves. As pessoas que apresentaram estressores complicados, tiveram dificuldades relevantes, como enfermidade grave dos familiares, dificuldades econômicas graves, não poder ir ao funeral de um familiar próximo, e os sujeitos que apresentaram estressores extremos tiveram limitações, como estar separado dos filhos menor de idade, passar fome e dormir na rua.

Podemos atribuir a predominância do luto simples - 22 entrevistados - ao fato de que a maioria dos entrevistados apresentam vulnerabilidade simples e estressores simples. Consequentemente, os outros 2 entrevistados, P22 e P15, que apresentaram luto complicado, passam por dificuldades relevantes para a elaboração do luto. Essas dificuldades são atribuídas ao fato de P22, ter 66 anos, um fator de vulnerabilidade complicada, e P15, relatar ter epilepsia, um problema físico relevante (Achotegui, 2010).

Um ponto interessante a ser abordado é o grau da vulnerabilidade dos participantes em situação de rua que apresentam luto simples: P12, P13, P16 e P19. Segundo Achotegui (2010), dormir na rua se classifica com um estressor extremo, o que fez com que os participantes pontuassem no estressor extremo no luto pelo status social e no luto pelos riscos físicos. Entretanto todos pontuaram na vulnerabilidade simples nos 7 lutos da imigração, ou seja, para o autor mesmo com as todas as dificuldades que esses participantes passam por estarem em situação de rua, eles não apresentam limitações relevantes ou graves pregressas a imigração que

interfiram na elaboração do luto. Outro ponto relevante é o relato de P10 e P13 não terem formado vínculos de amizade com ninguém aqui no Brasil, fator que segundo Achotegui (2010) é um estressor complicado em relação ao luto pela cultura, já que imigrante não tem relações com os nativos.

Com base nessa realidade, pode-se identificar que nenhum dos participantes estão vivenciando um luto extremo, esse fenômeno pode ser entendido pela pontuação de vulnerabilidade e estressores. Vale ressaltar que algumas variáveis podem ter influenciado esse resultado os: fatores protetivos, culturais, agravantes e subjetivos, entretanto o fator que mais se mostrou relevante na pesquisa foram os fatores protetivos (Achotegui, 2010), especificamente a religião, já que 79% dos participantes tem alguma religião.

Portanto com base nos dados encontrados, foi possível constatar que 22 entrevistados apresentam luto simples, enquanto 2 entrevistados luto complicado e nenhum luto extremo. Fato que pode ser justificado principalmente ao grau de vulnerabilidade e dos estressores, ou seja, a maioria dos imigrantes que estão residindo em Curitiba e região metropolitana, estão tendo boas condições de elaborar seu luto, tendo em vista sua história prévia e a realidade que estão vivenciando.

REFERÊNCIAS

Achotegui, J. (2000). Los duelo de la migración: Una aproximación psicopatológica y psicossocial. *Medicina y Cultura*, 83-100.

Achotegui, J. (2005). Estrés límite y salud mental: El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Norte de Salud Mental de La Sociedad Española, 5*(21), 39-53.

Achotegui, J. (2010). *Como evaluar el estrés y el duelo migratorio*: *Escalas de evaluación de factores de riesgo en salud mental*. El Mundo de la Mente.

Achotegui, J. (2012a). Emigrar hoy en situaciones extremas. El síndrome de Ulises. *Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació I de l'Esport, 30*(2), 79-86.

Achotegui, J. (2012b). La crisis como factor agravante del Síndrome de Ulises (Síndrome del Duelo Migratorio Extremo). *Temas de Psicosanálisis*, *3*, 1-16.

Freud, S. (1917). *Luto e melancolia*. Imago (Vol. XIV).

Cavalcanti, L., Oliveira, T., & Macedo, M. (2018). *Migrações e Mercado de Trabalho no Brasil.* Relatório Anual 2018. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério do Trabalho/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração. Brasília, DF: OBMigra,

González, V. (2005). El duelo migratorio. *Revista Trabajo Social, 7*, 77-97.

Henry, H. M., Stiles, W. B., & Biran, M. W. (2005). Loss and mourning in immigration: Using the assimilation model to assess continuing bonds with native culture. *Counselling Psychology Quarterly, 18*(2), 109-119.

Molin, F., & Pasqua, L. (2009). Algumas considerações sobre as consequências sociais e psicológicas do processo migratório. *Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana*, 101-116.

Moneo, M., & Larrea, A. (2006). Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra, 29*, 63-75.

Pereira, R., & Gil, S. (2014). Uma leitura da mundanidade do luto de imigrantes, refugiados e apátridas. *GeoTextos*, *10*(2), 191-214.

Rocha, V. G., & Ribeiro, N. V. P. (2019). Fluxo migratório venezuelano no Brasil: Análise e estratégias. *Revista Jurídica da Presidência Brasília*, *20* (122), 541-563.M

Silva, L. B. *Tratamento do imigrante haitiano no brasil.* Monografia (Graduação em Relações Internacionais – Escola de Gestão Pública, Política, Jurídica e Segurança (UNITER), Curitiba.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

PERCEÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE RELACIONADA COM ESTILOS DE VIDA EM MULHERES EMIGRANTES

Isabel Silva[1,2], Glória Jólluskin[1], & Vânia Carneiro[1]

[1] Psychometry Lab, Centro de Investigação FP-B2S, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

[2] Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

De acordo com o Alto Comissariado para as Migrações (s.d.), Portugal é atualmente o país da União Europeia com mais emigrantes em proporção da população residente, sendo que mais de 20% dos portugueses (2 milhões) vive atualmente fora do país. O fenómeno da migração dos portugueses aumentou cerca de 50% entre 2010 e 2013, tendo estabilizado, entre 2013 e 2014, em torno das 110 mil pessoas por ano.

Apesar de ainda predominarem, entre os emigrantes portugueses, os indivíduos em idade ativa (25-64 anos), tem-se assistido a uma tendência geral para o envelhecimento de quem deixa o país (com um aumento de 9% para 16% entre 2001 e 2011, dos migrantes com mais de 64 anos) e, embora se verifique um aumento da emigração de pessoas mais qualificadas, continuam a predominar os emigrantes com qualificações baixas e muito baixas (Alto Comissariado para as Migrações, s.d.; Pires, Pereira, Azevedo, Vidigal, & Veiga, 2018). As mulheres representam 49% dos cidadãos portugueses que emigram (Pires et al., 2018), sendo a sua participação crescente e já não como meras "seguidoras passivas de uma migração masculina" (Góis & Marques, 2018).

De acordo com a World Health Organization Regional Office for Europe (2017), embora os problemas de saúde de migrantes e refugiados sejam semelhantes aos da população hospedeira, as estatísticas geralmente indicam que a população migrante pode estar em risco de pior saúde e tem maior prevalência de certas doenças devido à sua situação, podendo ser a saúde desta adversamente influenciada por vários fatores sociais, económicos, ambientais, entre outros.

Uma revisão de estudos realizada por Jansen et al. (2018) demonstrou que o baixo nível socioeconómico está sistematicamente associado à saúde precária, a um uso menos eficaz dos serviços de saúde e a um uso menos planeado desses serviços, o que poderá estar associado a desigualdades em saúde decorrentes do diagnóstico tardio ou da falta de continuidade dos cuidados. Essa revisão demonstrou, ainda, que são os indivíduos que apresentam níveis de escolaridade mais elevados que apresentam maiores níveis de literacia em saúde.

Num artigo intitulado "Migrações e Saúde", Dias e Gonçalves (2007), alertavam para o facto de, apesar da população que migra ser provavelmente a mais saudável, na chegada aos países de acolhimento, confronta-se com um meio ambiente físico e social diferente, em que pode ocorrer um choque de culturas e de estilos de vida, podem estar presentes barreiras linguísticas, e podem existir diferenças nos sistemas administrativos, legais, de saúde, entre outros. Para além disso, em geral, os migrantes apresentam piores condições de vida do que as populações dos países de acolhimento, residindo frequentemente em zonas degradadas, com reduzidos serviços de âmbito social e de saúde, em condições habitacionais deficientes e sem infraestruturas básicas. Também não raramente, as atividades laborais que habitualmente desenvolvem são pouco qualificadas e conjugam exposições a riscos e agentes de doença, e os migrantes apresentam muitas vezes menor autonomia laboral e negligência nos mecanismos de proteção no trabalho, na proteção social e nos cuidados de saúde.

Dias e Gonçalves (2007) sublinham, ainda, que a experiência de afastamento e rotura das relações sociais e familiares (sobretudo quando se migra sozinho), pode gerar uma redução do apoio social e emocional dos indivíduos, fator protetor para a estabilidade individual e cuja ausência pode aumentar a a exposição a fatores de risco, como sejam os consumos/dependência de substâncias (álcool, tabagismo, outras drogas). Finalmente, chamam a atenção para o facto das desigualdades socioeconómicas que decorrem dos contextos de pobreza, exclusão social e de situações laborais precárias poderem manifestar-se na diminuição de oportunidades de acesso à educação e a informação e à diminuição de oportunidades para o uso dos serviços sociais e de saúde.

A Ordem dos Psicólogos Portugueses (O.P.P., 2015) alerta para o facto da baixa literacia em saúde estar associada a maiores desigualdades no acesso aos cuidados de saúde e ter consequências negativas a vários níveis, refletindo-se

num pior estado de saúde, fraca adesão a tratamentos e erros na toma de medicação, taxas mais elevadas de hospitalização e de re-hospitalização, maior utilização de serviços de urgência, taxas mais elevadas de morbilidade e morte prematura, adoção de comportamentos de risco para a saúde, menor capacidade para tomar decisões de saúde adequadas e para comunicar com os profissionais de saúde, má gestão de doenças crónicas, e menor participação em ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

A realidade das migrações portuguesas torna necessário conhecer os desafios que se colocam à saúde de quem parte, pois só a partir desse conhecimento poderão ser desenvolvidas políticas e estratégias de saúde integradoras e sustentadas, que sejam verdadeiramente eficazes na redução de riscos e vulnerabilidades e que possibilitem a obtenção de ganhos reais em saúde. Assim, o presente estudo teve como objetivo caracterizar a literacia em saúde relacionada com os estilos de vida em mulheres portuguesas emigrantes.

MÉTODO

Participantes

Foi estudada uma amostra de conveniência de 99 mulheres portuguesas migradas, com idades situadas entre os 18 e os 75 anos (M=34,55; DP=10,11; Med=34,00), 20,2% com frequência do ensino básico, 43,4% com frequência do ensino secundário, e 36,3% com frequência do ensino superior. Entre as participantes, apenas 21,2% refere sofrer de alguma doença e 10,1% refere ter estado internado no último ano. A maioria das participantes descreve a sua perceção geral de saúde como sendo boa (51%), seguindo-se as participantes com perceção de que é muito boa (21,4%), razoável (12,2%) ou ótima (11,2%), e apenas 4,1% das participantes descreve a sua saúde como sendo fraca.

Material

As participantes responderam a um questionário sociodemográfico e à Escala de Literacia em Saúde relacionada com a Adoção de Estilos de Vida Saudáveis (ELS-EVS):

Questionário sociodemográfico: Foi desenvolvido especificamente para o presente estudo com objetivo de recolher dados relativos ao sexo, idade, escolaridade, se tem diagnóstico de alguma doença. Este questionário inclui, ainda, um item de perceção de saúde que pertence ao questionário MOS SF-36.

ELS-EV: Esta é uma escala de autorresposta (Silva, Jólluskin, & Carneiro, 2019) constituída por 6 itens que procuram avaliar a perceção que o participante tem sobre as suas competências ao nível da literacia em saúde relacionada com a adoção de estilos de vida saudáveis, quer no que respeita à procura de informação no domínio dos estilos de vida, quer no que diz respeito à comunicação e tomada de decisão com eles relacionadas. Trata-se de uma escala tipo Likert, que oferece 5 opões de resposta, que variam entre "Muito difícil" e "Muito fácil". Quanto maior o valor obtido, maior a perceção de literacia em saúde relacionada com a adoção de estilos de vida saudáveis que o respondente apresenta. No presente estudo, esta escala apresentou um alfa de Cronbach de 0,74.

Procedimento

Foi solicitado parecer prévio à realização do estudo à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo sido este favorável. Todos os participantes incluídos no estudo apresentavam os seguintes critérios de inclusão: serem mulheres, portuguesas, emigrantes no momento da realização do estudo, maiores de idade, sem perturbações do estado de consciência e capazes de dar o seu consentimento informado de forma livre e esclarecida.

Foi feito um convite à participação através das redes sociais e de mailing lists institucionais, tendo os questionários sido administrados por via eletrónica, através de formulário disponibilizado on-line. Todas as participantes deram o seu consentimento informado antes do preenchimento dos questionários.

RESULTADOS

A análise dos resultados mostra que a perceção de competência no que respeita à literacia em saúde relacionada com os estilos de vida apresentada pelas mulheres estudadas varia consideravelmente (Amplitude=63,33; Min=20,0; Max=83,33).

Em geral, as participantes percebem-se como possuindo níveis moderados neste domínio (*M*=58,08; Med=60,0), apresentando valores próximos do ponto médio nos itens relativos a encontrar informação sobre como lidar com comportamentos pouco saudáveis (como fumar, falta de exercício físico, beber álcool em excesso), como prevenir/tratar problemas relacionados com o estilo de vida (como o excesso de peso, colesterol alto ou tensão arterial alta) e atividades saudáveis. Verifica-se igualmente a obtenção de pontuações próximas do ponto médio nos itens relacionados com compreender avisos de saúde relacionados com comportamentos como fumar, falta de exercício físico ou beber álcool em excesso; avaliar se são de confiança as mensagens de alerta sobre esse tipo de comportamentos; assim como avaliar que comportamentos do dia a dia estão relacionados com a sua saúde (Quadro 1).

Quadro 1

Análise descritiva dos níveis de literacia em saúde relacionada com a adoção de estilos de vida saudáveis

	Min	Max	M	DP
Encontrar informação sobre como lidar com comportamentos pouco saudáveis (como fumar, falta de exercício físico, beber álcool em excesso)	0	4	2,49	1,11
Encontrar informações sobre como prevenir ou tratar problemas relacionados com o estilo de vida (como excesso de peso, colesterol alto ou tensão alta)	0	4	2,53	1,27
Encontrar informação sobre atividades saudáveis como exercício físico ou alimentação saudável	1	4	2,82	1,07
Compreender avisos de saúde sobre comportamentos como fumar, falta de exercício físico ou beber álcool em excesso	1	4	3,27	0,71
Avaliar/decidir se são de confiança as mensagens de alerta sobre comportamentos como fumar, falta de exercício físico ou beber álcool em excesso	1	4	2,87	0,71
Avaliar/decidir que comportamentos do dia a dia estão relacionados com a sua saúde	0	4	2,84	0,80

Os resultados do teste One-Way Anova e do teste post-hoc de Bonferroni, permitiram verificar que existem diferenças estatisticamente

significativas entre mulheres emigradas que frequentaram o ensino básico (*M*=53,33; *DP*=11,77), o ensino secundário (*M*=49,14; *DP*=12,11) e o ensino superior (*M*=65,00; *DP*=9,62) quanto ao seu nível e literacia em saúde relacionado com os estilos de vida (*F*=15,959; *p*<0,0001). Verifica-se que estas últimas se distinguem das restantes, apresentando um nível de literacia em saúde superior (ensino básico *p*<0,01; ensino secundário *p*<0,0001). No entanto, as mulheres emigradas que frequentaram o ensino básico e as que frequentaram o ensino secundário não se distinguem entre si de forma estatisticamente significativa quanto ao nível e literacia em saúde que apresentam (*p*>0,05).

Verificou-se não existir uma correlação estatisticamente significativa entre a idade das participantes e o nível de literacia em saúde relacionada com os estilos de vida apresentado. Também se verificou que as mulheres estudadas que referem ter alguma doença não se distinguem de forma estatisticamente significativa das restantes quanto ao seu nível de literacia em saúde relacionada com os estilos de vida (*U*=351,50; *p*>0,05), e aquelas que referem terem estado hospitalizadas no último ano também não se distinguem de forma estatisticamente significativa em relação ás que não sofreram qualquer internamento nesse período de tempo quanto à sua literacia em saúde (*U*=288,50; *p*>0,05).

Finalmente, verificou-se que o nível de literacia em saúde relacionada com os estilos de vida se encontra relacionado de forma positiva e fraca com a perceção geral de saúde das mulheres migrantes (*r*=0,29; *p*<0,05).

DISCUSSÃO

Apesar da maioria das participantes apresentar uma escolaridade ao nível do ensino secundário ou superior, os níveis de literacia em saúde relacionada com os estilos de vida mostram não ser elevados, sendo que, globalmente, as participantes não consideram que seja fácil, nem muito fácil procurar informação sobre como os estilos de vida afetam a sua saúde e tomar decisões com base nessa informação. De qualquer forma, a perceção de competência para procurar informações relacionadas com os estilos de vida e para tomar decisões com base nessas informações revela

ser superior nas mulheres com habilitações académicas mais elevadas, o que parece ir ao encontro dos resultados de outros estudos (Cavaco & Santos, 2012; Espanha & Ávila, 2016; Pedro, Amaral, & Escoval, 2016; Serrão, Veiga, & Vieira, 2015; Veiga & Serrão, 2016).

No que respeita à literacia em saúde relacionada com os estilos de vida, não se constatou a existência de associações significativas entre esta e a idade, presença de doença ou hospitalizações no último ano. Ainda que a investigação revele de forma consistente que a capacidade que a pessoa tem para obter e compreender informação sobre saúde, comunicar sobre saúde e tomar decisões em saúde está associada ao seu estado de saúde (Dewalt, Berkman, Sheridan, Lohr, & Pignone, 2004) e que a fraca literacia em saúde está associada a um número superior de hospitalizações (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011), o presente estudo avalia um tipo de literacia em saúde muito particular – relacionada com os estilos de vida -, o que poderá ajudar a compreender a ausência de associação significativa. De salientar o facto de, à semelhança de estudos anteriores (Cavaco & Santos, 2012; Espanha & Ávila, 2016; Pedro et al., 2016; Serrão et al., 2015; Veiga & Serrão, 2016), a literacia em saúde ter revelado estar associada, ainda que de forma fraca, com a perceção geral de saúde.

Em conclusão, parece-nos importante investir na promoção da literacia em saúde relacionadas com a adoção de estilos de vida saudáveis na população de mulheres emigrantes globalmente considerada, uma vez que genericamente parece haver uma perceção de competência modesta no que respeita à procura de informação e tomada de decisões com base nela neste domínio.

REFERÊNCIAS

Alto Comissariado para as Migrações (s.d.). *Saber mais sobre as migrações portuguesas*. https://www.acm.gov.pt/-/saber-mais-sobre-as-migracoes-portuguesas

Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic

review. *Annals of Internal Medicine, 155*, 97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005

Cavaco, A., & Santos, A. (2012). Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde. *Revista Saúde Pública, 46*, 918-922.

Dewalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, *19*, 1228-1239. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x

Dias, S., & Gonçalves, A. (2007). Migração e Saúde. *Revista Migrações, 1*, 15-26.

Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health literacy survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications. *Procedia Computer Science, 100,* 1033-1041.

Góis, P., & Marques, J.C. (2018). Retrato de um Portugal migrante: A evolução da emigração, da imigração e do seu estudo nos últimos 40 anos. *e-cadernos CES*, *29*. doi: 10.4000/eces.3307

Jansen, T., Rademakers, J., Waverijn, G., Verheij, R., Osborne, R., & Heijmans, M. (2018). The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. *BMC Health Services Research, 18*, 394. doi: 10.1186/s12913-018-3197-4.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *Literacia em saúde*. Lisboa: OPP. http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/literacia_em_sa__de.pdf

Pedro, A., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 34*, 259-275.

Pires, R.P., Pereira, C., Azevedo, J., Vidigal, I., & Veiga, C.M. (2018). *Emigração Portuguesa. Relatório Estatístico 2018*. Lisboa: Observatório da Emigração e Rede Migra Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL) Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).

Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2*, 33-38.

Silva, I., Jólluskin, G. & Carneiro, V. (2919). Escala de Literacia em Saúde Relacionada com a Adoção de Estilos de Vida Saudáveis (ELS-EV). In A. Nunes, D.F. Jorge, J.R. Monteiro, J.C. Morais, L.T. Dias, L. Miranda, M. Ricou, & R. Trindade (Eds.), *Atas do 3º Congresso Internacional promovido*

pela Revista de Educação e Cultura. O Local e o Mundo: Sinergias na Era da Educação (pp. 638-652). Vila Nova de Gaia: Edições ISPGaya.

Veiga, S., & Serrão, C. (2016). Health literacy of a sample of portuguese elderly. *Applied Research in Health and Social Sciences: Interface and Interaction, 13*, 14-26.

World Health Organization Regional Office for Europe (2017). *Fact sheets on sustainable development goals: Health targets. Migration and health*. Denmark: World Health Organization. www.euro.who.int/sdgs

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

PERCEÇÕES DAS FAMÍLIAS PORTUGUESAS ACERCA DO IMPACTO DA PARTICIPAÇÃO NO *TURTLE PROGRAM*

Maryse Guedes[1] (✉ maryseguedes@gmail.com), Inês Matos[1], Telma Almeida[1], Miguel Freitas[1], Stephanie Alves[1], António J. Santos[1], Manuela Veríssimo[1], Andrea Chronis-Tuscano[2], & Kenneth H. Rubin[3]

[1] ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal
[2] Department of Psychology, University of Maryland, College Park, USA
[3] Department of Human Development & Quantitative Methodology, University of Maryland, College Park, USA

Definida como o retraimento biologicamente determinado perante a novidade (Fox, Henderson, Marshall, Nichols, & Ghera, 2005), a inibição comportamental (IC) em idade pré-escolar constitui um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações de ansiedade e de dificuldades de relacionamento com os pares (Rubin, Bowker, Barstead, & Coplan, 2018). Segundo uma abordagem desenvolvimental e transacional (Rubin, Coplan, & Bowker, 2009), a IC pode desencadear respostas parentais de sobreproteção e controlo, levar a criança a retirar-se do grupo de pares e comprometer a aquisição de competências socioemocionais.

Nos últimos anos, surgiu um interesse crescente em intervenções multimodais baseadas na evidência para prevenir estas trajetórias desenvolvimentais inadaptativas, através da promoção de comportamentos parentais sensíveis e de competências socioemocionais ajustadas à idade das crianças (Chronis-Tuscano et al., 2018), tais como o *Turtle Program*. O estudo piloto mostrou que as famílias que participaram no *Turtle Program* evidenciaram melhorias significativas ao nível da IC, dos sintomas de ansiedade social da criança e da sensibilidade parental por comparação com uma condição de lista de espera (Chronis-Tuscano et al., 2015).

Todavia, o *Turtle Program* ainda não se encontra disponível em Portugal, onde as taxas de perturbações de ansiedade constituem uma preocupação emergente (Caldas-Almeida & Xavier, 2013). Segundo uma

abordagem ecológica (Bronfenbrenner & Morris, 2006), a cultura pode influenciar o que os pais pensam e sentem em relação à IC, a forma como lhe respondem e como percecionam as intervenções que lhe são dirigidas. A introdução de intervenções em novas culturas exige uma avaliação preliminar das perceções do público-alvo acerca da sua aceitabilidade e dos seus resultados, com recurso a metodologias mistas (Barrera, Castro, Strycher, & Tooberg, 2013). Assim, este estudo teve como objetivo explorar as perceções das famílias portuguesas acerca do impacto da participação no *Turtle Program*.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 12 participantes (seis mães, seis pais). Constituíram-se como critérios de inclusão: (1) idade da criança entre os 42 e os 71 meses; (2) rastreio positivo da criança para a IC; e (3) capacidade da criança e dos pais compreenderem o português. Foram excluídas as crianças com mutismo seletivo e/ou outras perturbações de desenvolvimento.

As mães e os pais tinham, em média, 38.14 anos (*DP*=3.02) e 39.14 anos (*DP*=3.19), respetivamente. Todos eram casados ou unidos de facto. A maioria tinha habilitações superiores (*n*=11) e trabalhava a tempo inteiro (*n*=11). As crianças tinham, em média, 55.28 meses (*DP*=11.86) no início do programa de intervenção. A maioria das crianças era do sexo feminino (*n*=5), primogénita (*n*=5) e tinha irmãos (*n*=6).

Procedimentos

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do ISPA. Entre janeiro e novembro de 2018, o *Turtle Program* foi apresentado a famílias com crianças de idade pré-escolar por intermédio de pediatras e educadores da rede de contactos da equipa de investigação, na Região Metropolitana de Lisboa. Vinte e quatro mães manifestaram interesse em participar e foram contactadas para serem informadas acerca dos objetivos e procedimentos do estudo. Onze mães assinaram o consentimento informado e completaram os

procedimentos de rastreio. Após o rastreio, três mães foram excluídas pelo facto de as crianças não preencherem os critérios clínicos de elegibilidade e uma mãe desistiu da participação. As sete mães, cujos filhos preenchiam os critérios clínicos de elegibilidade, participaram no *Turtle Program* entre janeiro e março de 2019. A maioria (*n*=6) frequentou as sessões com os pais das crianças. Após o final das sessões, as mães e os pais que frequentaram o *Turtle Program* foram convidados a participar em entrevistas semiestruturadas individuais (taxa de participação: 92%), conduzidas por um investigador cego. Para efeitos de triangulação, foi ainda solicitado aos participantes para preencheram um questionário de autorresposta após as entrevistas.

Instrumentos

Os procedimentos de rastreio fundamentaram-se na versão portuguesa do *Behavioral Inhibition Questionnaire* (Fernandes, Santa Rita, Martins, & Faísca, 2017). Este questionário, composto por 30 itens, avalia a perceção dos pais acerca da IC. Para cada item, é pedido aos pais para descreverem com que frequência a criança exibe comportamentos inibidos, usando uma escala de Likert de 1 (*Quase Nunca*) a 7 (*Quase Sempre*). Valores totais mais elevados indicam níveis mais elevados de IC. As crianças, cujas mães descreveram valores de IC superiores aos valores médios de referência mais um desvio-padrão (Fernandes et al., 2017), foram consideradas elegíveis para o *Turtle Program*. Os procedimentos de rastreio envolveram ainda a aplicação da versão portuguesa dos módulos suplementares da *Anxiety Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV – Parent Version* (Russo, Marques, Pereira, & Barros, 2011) para excluir diagnósticos de mutismo seletivo e/ou de outras perturbações de desenvolvimento.

Durante os procedimentos de avaliação pós-intervenção, foi utilizado um guião de entrevista semiestruturado, desenvolvido de acordo com as recomendações de Daly (2007). Após a socialização inicial, o guião iniciou-se com uma breve introdução sobre os objetivos do estudo, antes de focar questões gerais acerca dos fatores conducentes à decisão de participar no *Turtle Program* e das expectativas iniciais em relação à intervenção. Seguiu-se a exploração das questões-chave de investigação, designadamente das perceções dos pais acerca da aceitabilidade do *Turtle Program,* dos facilitadores/barreiras à participação e dos resultados da participação no programa.

No final, foi dada oportunidade aos pais para fazerem comentários adicionais. Foi ainda aplicada a versão portuguesa do *Preschool Shyness Satisfaction Study Questionnaire* para avaliar as mudanças percebidas pelos pais ao nível dos comportamentos parentais (três itens) e dos comportamentos da criança (dois itens). Para cada item, foi solicitado aos pais para descreverem as mudanças percebidas, usando uma escala de Likert de sete pontos, variando, por exemplo, desde 0 (*Nada*) a 6 (*Muito*).

Programa de intervenção

O *Turtle Program* é composto por oito sessões semanais de 90 minutos, com grupos de cinco a seis famílias (Chronis-Tuscano et al., 2015). Inclui um componente para pais e um componente para crianças, conduzidos em paralelo por dois terapeutas. O componente para pais fundamenta-se na Terapia de Interação Pais-Criança, adaptada aos problemas de ansiedade. Após a psicoeducação acerca da IC e do modelo cognitivo-comportamental da ansiedade, o componente para pais organiza-se em três módulos que têm como objetivo ensinar e orientar os pais a praticarem: (1) seguir a liderança da criança na brincadeira e prestar atenção diferencial aos seus comportamentos de aproximação social (Interação Dirigida pela Criança), (2) aplicar as estratégias de atenção diferencial às situações ansiógenas e promover a exposição gradual da criança às mesmas (Interação Dirigida à Promoção da Coragem), e (3) implementar estratégias disciplinares (Interação Dirigida pelos Pais) para lidar com comportamentos de oposição (Danko, O'Brien, Rubin, & Chronis-Tuscano, 2018). O componente para crianças baseia-se no jogo livre supervisionado para a promoção de competências sociais. Cada sessão integra uma psicoeducação breve acerca de competências sociais e de regulação emocional. As crianças são ainda envolvidas em atividades de jogo livre e de grupo, no decorrer das quais os terapeutas modelam e reforçam competências e promovem a interação com os pares (Danko et al., 2018).

Análise de dados

As entrevistas foram integralmente transcritas e analisadas, com recurso ao *QSR NVivo Pro 12*. Procedemos a uma análise temática dedutiva para

identificar, analisar e reportar padrões (temas) nos dados (Braun & Clarke, 2006); os temas referem-se a unidades com significado, definidas como conjuntos de frases acerca do mesmo tópico. No presente estudo, foram apenas analisadas as perceções dos pais acerca dos resultados do *Turtle Program*. O acordo inter-cotadores foi avaliado com recurso aos coeficientes Kappa de Cohen, interpretados como: pobres (abaixo de 0.40); satisfatórios a bons (0.40 a 0.75); e excelentes (acima de 0.75).

RESULTADOS

Os temas e subtemas que foram identificados encontram-se sumariados abaixo. Os coeficientes Kappa de Cohen variaram entre 0.46 e 0.99.

Melhorias nos comportamentos parentais

A maioria dos pais e das mães reconheceu que a participação no *Turtle Program* lhes permitiu *relembrar e/ou aprender estratégias para lidar de forma mais eficaz* com a IC (i.e., exposição gradual às situações receadas e recurso consciente ao elogio específico). Grande parte dos pais e das mães salientou que a participação no programa também contribuiu para melhor *compreenderem* as origens e os fatores que mantêm a IC e para *respeitarem* melhor o tempo e as dificuldades das crianças. Pais e mães identificaram *melhorias nas suas competências de regulação emocional* perante a IC, especialmente ao nível da sua capacidade para controlar a frustração, a irritação e a tendência para exporem a criança demasiado depressa às situações receadas. Alguns pais reconheceram mudanças nos seus *comportamentos de sobreproteção* (e.g., evitar falar ou fazer no lugar da criança), enquanto as mães salientaram o *desenvolvimento de uma relação mais próxima* com os seus filhos.

Melhorias nos comportamentos das crianças

A maioria das mães e dos pais descreveu *melhorias na IC* das crianças em situações de interação com adultos (e.g., estabelecer contacto visual, sorrir, cumprimentar) e com os pares (e.g., juntar-se a outras crianças para brincar no parque infantil ou na escola, participar em festas de aniversário).

Alguns participantes identificaram ainda melhorias ao nível da *regulação emocional* (nomeadamente, da capacidade para controlar o medo ou a frustração inerente às dificuldades experienciadas nas situações sociais) e da *separação pais-crianças*.

Importância da intervenção precoce

Alguns pais e mães reconheceram que a participação no *Turtle Program* em idades mais precoces constitui um período ótimo para intervir, na medida em que ajuda a prevenir a cristalização da IC e facilita a modificação dos comportamentos que lhe estão inerentes.

Mudanças mais lentas e de menor magnitude do que o esperado

Cerca de metade dos pais reconheceu que as mudanças na IC foram mais subtis, de magnitude mais pequena e decorreram a um ritmo mais lento do que aquilo que esperariam.

Retrocessos e persistência de áreas de dificuldades

Alguns pais e mães salientaram que as mudanças na IC não foram lineares, mas caracterizadas por retrocessos pontuais (i.e., a criança deixar de enfrentar com sucesso uma situação social com a qual tinha começado a lidar de forma mais eficaz) e pela persistência de comportamentos muito inibidos em situações sociais mais complexas.

Tabela 1

Mudanças percebidas pelos pais e pelas mães nos comportamentos parentais e nos comportamentos da criança após a participação no Turtle Program

	Mudança no desempenho parental	Mudança na confiança parental	Mudança na satisfação parental	Satisfação com os progressos da criança	Mudança nos comportamentos da criança
	M (SD)	*M (SD)*	*M (SD)*	*M (SD)*	*M (SD)*
Mães	5.00 (1.00)	5.00 (0.70)	3.80 (1.48)	5.00 (0.71)	4.60 (0.89)
Pais	4.50 (1.00)	4.25 (0.50)	3.50 (1.29)	3.00 (1.82)	4.50 (0.58)

A Tabela 1 evidencia que os autorrelatos dos pais e das mães salientaram essencialmente melhorias ao nível do desempenho do papel parental, da confiança parental e do comportamento da criança, após a participação no *Turtle Program*.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo explorar as perceções dos pais portugueses acerca do impacto do *Turtle Program*. Consistentemente com o estudo piloto conduzido nos EUA (Chronis-Tuscano et al., 2015), os nossos resultados parecem evidenciar que a maioria dos pais portugueses tende a percecionar mudanças positivas ao nível da sensibilidade parental (i.e., maior compreensão, menor frustração e maior confiança para lidar com as dificuldades da criança, maior proximidade na relação pais-crianças) e dos comportamentos inibidos em situações sociais (i.e., melhorias na interação com adultos, na iniciação da interação com pares e na regulação do medo), após a participação no *Turtle Program*. Estes resultados estão alinhados com a abordagem desenvolvimental e transacional à IC em idade pré-escolar (Rubin et al., 2009) que estabelece que a promoção de comportamentos parentais sensíveis e de competências socioemocionais ajustadas à idade pode contribuir para que as crianças que apresentem IC elevada sejam orientadas para trajetórias desenvolvimentais mais adaptativas. Em consonância com a investigação anterior (Hirshfeld-Becker & Biederman, 2002), a neuroplasticidade das crianças mais novas foi reconhecida pelos pais portugueses como um fator suscetível de maximizar os benefícios da participação no *Turtle Program*, prevenindo o desenvolvimento de dificuldades socioemocionais geradoras de níveis mais acentuados de perturbação emocional e de interferência no dia-a-dia, em várias áreas de funcionamento.

Embora com menos frequência, alguns pais identificaram mudanças nos comportamentos parentais de sobreproteção e nos comportamentos independentes da criança (i.e., separação pais-criança). Estes resultados aproximam-se do que foi observado no estudo piloto do *Turtle Program* nos EUA (Chronis-Tuscano et al., 2015), em que as mudanças nos

comportamentos de controlo parental negativo não se revelaram significativas. Os resultados obtidos também podem ser interpretados à luz dos valores familiares tradicionais da cultura latina que continuam a prevalecer em Portugal. De facto, o controlo parental e a menor socialização dos filhos para a independência tendem a ser normativos no nosso país (Aboim et al., 2013), o que pode ter contribuído para uma menor valorização deste tipo de mudanças comportamentais por parte dos pais portugueses.

Apesar dos benefícios percebidos com a participação no *Turtle Program*, as perspetivas de alguns pais portugueses sugerem que estes parecem ter expectativas de melhorias mais rápidas, acentuadas e generalizadas nos comportamentos muito inibidos. Estes resultados parecem congruentes com estudos anteriores conduzidos com pais oriundos de culturas latinas envolvidos em intervenções baseadas na Terapia da Interação Pais-Criança (McCabe & Yeh, 2005) que evidenciaram a importância de ajustar as expectativas parentais em relação à magnitude das mudanças e aos progressos nos comportamentos problemáticos da criança, numa fase precoce das intervenções.

Do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que teve como objetivo explorar as perceções dos pais portugueses acerca dos resultados de um programa de intervenção dirigido à IC em idade pré-escolar. Porém, a reduzida dimensão da amostra limita a generalização dos resultados obtidos. Embora as entrevistas tenham sido conduzidas pelo mesmo investigador com base num guião semiestruturado, os resultados obtidos refletem uma compreensão situada que pode ser influenciada pelas características do entrevistador. A avaliação dos resultados do *Turtle Program* baseou-se numa abordagem multimétodos, mas explorou apenas as perspetivas dos pais e não incluiu uma condição de controlo. Embora consistentes, os resultados das entrevistas semiestruturadas foram apenas triangulados com os relatos dos pais, com base num questionário de autorresposta. São necessários estudos randomizados controlados com amostras mais vastas, baseados em delineamentos longitudinais e numa abordagem multimétodos e multi-informadores para avaliar a efetividade do *Turtle Program* para as famílias portuguesas.

REFERÊNCIAS

Aboim, S. (2013). Família e atitudes sociais: Portugal no contexto europeu. In A. Ramos, C. R. Pereira, J. Barreto, J. Tavares, M. J. Chambel, P. Magalhães, & S. Aboim (Eds.), *Vinte anos de opinião pública em Portugal e na Europa* (pp. 12-17). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Barrera, M., Castro, F. G., Strycker, L. A., & Tooberg, D. J. (2013). Cultural adaptations of behavioral health interventions: A progress report. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 81*, 196-205. doi: 10.1037/a0027085

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 793-828). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

Caldas-Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional acerca da saúde mental: Primeiro relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa.

Chronis-Tuscano, A., Danko, C., Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Novick, D. (2018). Future directions for research on early intervention for young children at risk of social anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 47*, 655-667. doi: 10.1080/15374416.2018.1426006

Chronis-Tuscano, A., Rubin, K. H., O'Brien, K. A., Coplan, R. J., Thomas, R., Dougherty, L. R., . . . Wimsatt, M. (2015). Preliminary evaluation of a multi-modal early intervention for inhibited preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83,* 534-540. doi: 10.1037/a0039043

Daly, K. J. (2007). *Qualitative methods for family studies and human development*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Danko, C.M., O'Brien, K.A., Rubin, K.H., & Chronis-Tuscano, A. (2018). The Turtle Program: PCIT for young children displaying behavioral inhibition. In L. N. Niec (Ed.), *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy: Innovations and applications for research and practice* (pp.85-98). New York: Springer.

Fernandes, C., Santa-Rita, A., Martins, A. T., & Faísca, L. (2017). *Adaptação portuguesa da Behavioral Inhibition Questionnaire*. Relatório não publicado.

Fox, N., Henderson, H. A., Marshall, P. J., Nichols, K. E., & Ghera, M. M. (2005). Behavioral inhibition: Linking biology and behavior within a developmental

framework. *Annual Review of Psychology, 56*, 235-262. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141532

Hirshfeld-Becker, D. R., & Biederman, J. (2002). Rationale and principles for early intervention with young children at risk for anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5,* 161-172. doi: 10.1023/A:1019687531040

McCabe, K. M., & Yeh, M. (2005). The GANA Program: A tailoring approach to adapting parent-child interaction therapy for Mexican Americans. *Education and Treatment of Children, 28*, 111-129.

Rubin, K. H., Bowker, J. C., Barstead, M. G., & Coplan, R. J. (2018). Avoiding and withdrawing from the peer group. In W. M. Bukowski, B. Laursen, & K. H. Rubin (Eds.), *Handbook of peer interactions, relationships and groups* (2nd ed., pp. 322-346). New York: The Guilford Press.

Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology, 60,* 141-171. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163642

Russo, V., Marques, T., Pereira, A. I., & Barros, L. (2011). Avaliação de perturbações de ansiedade com recurso a uma entrevista diagnóstica: A versão portuguesa para pais da ADIS-IV (Anxiety Disorder Interview Schedule for Children). In A. S. Ferreira, A. Verhaeghe, D. R. Silva, L. S. Almeida, R. Lima, & S. Fraga (Eds.), *Atas do VIII Congresso Ibero-Americano de Avaliação/Evaluación Psicológica* (pp. 1532-1546). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

PERFIL DE SAÚDE DOS IDOSOS: IMPORTÂNCIA DO SUPORTE SOCIAL E DA FUNCIONALIDADE

Sara Lima[1], Raquel Esteves[1], Lurdes Teixeira[1], Fátima Ribeiro[1], & Clarisse Magalhães[1]

[1] CESPU, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde, Gandra, Portugal

Portugal, à semelhança dos restantes países da Europa, apresenta elevados índices de envelhecimento demográfico, assumindo mesmo uma das posições com maior número de idosos por cada 100 jovens. Embora a intensidade do nível de envelhecimento não seja uniforme por todo o país, com o litoral claramente mais rejuvenescido do que o interior, persistem elevados índices de envelhecimento em todo o país. Esta tendência de evolução demográfica é, aparentemente, inalterável como se pode ver nos cenários demográficos já disponíveis para as próximas décadas (INE, 2017).

A OMS (2002) logo no início do século XXI introduz os conceitos vitais para as sociedades fazerem face ao crescimento da população idosa: o envelhecimento ativo e a qualidade de vida, intrinsecamente interligados, são determinantes para o equilíbrio social e para a promoção da saúde na terceira idade.

Um dos vetores fundamentais para assegurar um nível médio de qualidade de vida aos idosos é o apoio social, formal/institucional e informal. Embora um grande número de idosos habite com a família, as configurações da estrutura familiar são muito diversas, havendo núcleos familiares com elementos que asseguram o apoio e outros que não podem suprir todas as necessidades dos idosos sendo cada vez mais frequentes pessoas, com idades superiores, responsáveis por vigiar, acompanhar e cuidar de outro idoso normalmente com mais idade verificando-se um aumento igualmente de forma contínua nas sociedades contemporâneas, do número de idosos que vivem sozinhos (Negrini, do Nascimento, da Silva & Antunes, 2018).

Quando existe apoio familiar, prevalecente para a maioria dos idosos, ele é maioritariamente suportado pelas mulheres (Anjos et al., 2015) dando origem a uma sobrecarga de trabalho para aquelas que desempenham o papel de cuidadoras informais ou de recurso permanente para as necessidades do(s) mais velho(s).

A relação do envelhecimento e a qualidade de vida (QV) é algo que adquire uma importância cada vez maior nas sociedades ocidentais, contemporâneas, sendo o conceito qualidade de vida considerado como fundamental no campo da atenção às pessoas idosas (Roncon, Lima, & Pereira, 2015). Uma perceção reduzida do suporte social reflete-se na qualidade de vida do idoso bem como no seu estado de saúde (Ahmed-Mohamed, Fernandes-Mayoralas, Rolo-Perez, Forjaz, & Martinez-Matin, 2013).

O comprometimento da capacidade funcional tem implicações importantes no idoso e na sua vida diária. Torna-o mais vulnerável e dependente, contribuindo para a diminuição do bem-estar e qualidade de vida cada vez maior com o avançar da idade. Contudo, algumas variáveis contextuais podem influir positivamente na QV, sendo os idosos casados os que apresentam melhor QV (Roncon et al*.,* 2015).

A satisfação com o suporte social resultante de uma avaliação pessoal sobre as suas necessidades, o que recebe para as satisfazer, bem como o custo resultante desse apoio vai-se refletir na saúde do idoso (Satuf & Bernardo 2015). O isolamento social e o sentimento de solidão causado pela falta de suporte social estão associados a um maior risco de desenvolver demência a longo prazo (Holwerda et al., 2014) institucionalização do idoso e do agravamento do estado físico e cognitivo (Ellwardt, Aartsen, Deeg, & Steverink, 2013). De igual modo, a participação em atividades sociais vai ter um efeito protetor no declínio cognitivo dos idosos (Lima, Gago, Garrett, & Pereira, 2016) e no seu equilíbrio emocional em geral.

Partindo da evidência científica e empírica sobre a influência, positiva ou negativa, do suporte social e dos recursos formais e informais sobre a QV do idoso, desenvolveu-se um estudo para identificar, caracterizar e analisar os recursos sociais existentes para a população idosa da região do Tâmega e Sousa, norte de Portugal, com o objetivo de traçar um perfil do seu estado de saúde. Sendo uma região rural/urbana, apresenta um tecido social que, embora marcado pela ruralidade, integra grande diversidade de configurações familiares e uma estrutura de recursos institucionais assente nas tipologias lar/residência/centro de dia. Os resultados do estudo são cruciais

para a (re)definição de estratégias de intervenção a nível psicossocial e de saúde e a avaliação da qualidade de vida torna-se importante para definir medidas e estratégias quer ao nível da intervenção psicossocial quer da saúde.

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 604 idosos, com uma média de idade de 71.6 anos (*DP*=4.81), sendo maioritariamente do sexo feminino, com 1 a 4 anos de escolaridade, casados, a viver com o cônjuge e família nuclear (Tabela 1).

Tabela 1

Características demográficas da amostra (N=604)

	%(n)
Sexo Feminino	63.6(384)
Masculino	36.4(220)
Estado civil	
Solteiro	6.6(40)
Casado/união de facto	67.2(406)
Divorciado/separado	1.2(7)
Viúvo	25.0(151)
Habilitações literárias	
Sem habilitações	4.6(28)
1 a 4 anos de escolaridade	92.7(560)
5 a 12 anos de escolaridade	2.5(14)
>12 anos de escolaridade	0.3(2)
Ocupação profissional	
Reformado(a)	92.2(557)
Empregada doméstica	4.0(24)
Outros	3.8(23)
Com quem vive	
Cônjuge/companheiro	57.0(343)
Com família nuclear	22.3(134)
Com família alargada	3.2(19)
Em instituição/lar	0.8(5)
Sozinho	12.1(73)
Sozinho com assistência (vizinhos)	1.5(9)
Sozinho com apoio institucional	3.2(19)
Idade (M/DP)	71.60(4.81)

Material

Índice de Barthel (IB; Mahoney & Barthel, 1965; Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007) avalia o nível de dependência funcional do indivíduo para a realização de dez atividades básicas de vida: alimentar-se, higiene pessoal, uso da casa de banho, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, caminhar, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965). É constituído por 10 itens cotados numa escala de *likert* de 2 a 4 pontos.

Escala de satisfação com o Suporte Social (ESSS; Ribeiro, 1999) avalia a perceção de suporte social. É constituída por 15 itens cotados numa escala de *likert* de 5 pontos (1-concordo totalmente, 2-concordo na maior parte, 3-não concordo nem discordo, 4-discordo na maior parte, 5-discordo totalmente), distribuídos por 4 subescalas: Satisfação com os Amigos, Satisfação com a Intimidade, Satisfação com a Família, Satisfação com as Atividades Sociais. Resultados elevados indicam maior perceção de satisfação com o suporte social.

Short Form Health Survey (SF-36; Ware, Snow, & Kosinski, 1993; Ferreira, 2000a,b; Ferreira & Santana, 2003), avalia a qualidade de vida relacionada com a saúde e é composto por 11 itens e 36 questões que englobam oito componentes: Função Física, Desempenho Físico (limitações no desempenho por motivos físicos), Desempenho Emocional, Dor, Estado de Saúde Geral, Vitalidade, Função Social, Saúde Mental e uma questão sobre a Perceção da Saúde. Estas oito escalas podem ser agrupadas em duas dimensões: Medida Sumário Mental (MSM) e Medida Sumário Física (MSF) (Ferreira, Ferreira & Pereira, (2012). Os resultados variam entre 0 e 100 sendo que uma pontuação elevada corresponde a uma perceção mais favorável do estado de saúde.

Procedimentos

De forma a viabilizar a recolha de dados, foram contactadas as Instituições que fazem parte da Rede Social da Região do Tâmega e Sousa e duas Instituições de saúde, Hospital Particular de Paredes e Clínica Universitária da CESPU, Gandra. Por se tratar de uma população dispersa e por vezes isolada, foi realizado um contacto com as Juntas de Freguesia desta região

de forma a facilitar a recolha de informação na comunidade. As análises foram conduzidas usando o SPSS versão 24.

RESULTADOS

A amostra apresenta uma média de idade de 71.6 anos (*DP*=4.81), sendo 63.6% do sexo feminino e 36.4% do sexo masculino e maioritariamente com 1 a 4 anos de escolaridade (92.7%). Verifica-se que a maioria são casados (67.2%), a viver com o cônjuge (57%) e 12.1% dos idosos vivem sozinhos sem qualquer apoio como apresentado na Tabela 1.

Perfil de estado de saúde

A amostra em estudo apresenta uma boa qualidade de vida física (63.8%) e uma qualidade de vida mental na média (59.9%) tendo em conta o ponto médio dos 50%, sendo que quanto mais perto do 0% mais pobre a qualidade de vida e quanto mais perto dos 100% melhor a qualidade de vida.

Relativamente às subescalas, verifica-se que a única subescala abaixo do ponto médio é a vitalidade (46.9%), ainda assim praticamente no ponto médio. As subescalas situadas no ponto médio são a escala de perceção da saúde geral (50.6%) e a saúde mental (51.8%). Todas as restantes escalas encontram-se acima do ponto médio indicando bons resultados. As escalas com maior pontuação são a função social (87.4%), seguida da escala sobre o desempenho emocional (80.33%) e o desempenho físico (72.1%). As escalas mais baixas, ainda assim elevadas tendo em conta o ponto médio, são as escalas de funcionamento físico (68.9%) e dor (67.4%).

Os Gráficos 1 e 2 apresentam a caracterização ao nível da QVM e QVF e subescalas na amostra em estudo.

Quando comparados os resultados da amostra em estudo com a amostra da população portuguesa, verificamos que esta amostra apresenta uma qualidade de vida inferior à população portuguesa em todas as subescalas exceto na subescala função social, na qual a amostra em estudo apresentou uma pontuação mais elevada (80.33%) quando comparada com a população portuguesa (63.1%) indicando uma boa qualidade de vida ao nível social. Já a subescala que avalia a vitalidade é aquela onde a amostra em estudo

apresenta valores claramente mais baixos (46.85%) que a população portuguesa (79.96%), indicando maior comprometimento nesta área.

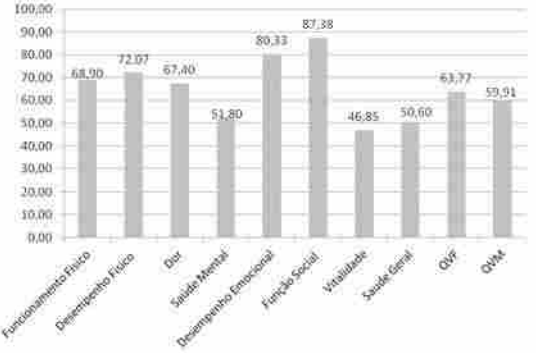


Gráfico 1. *Caracterização da QVM e QVF e subescalas na amostra em estudo*

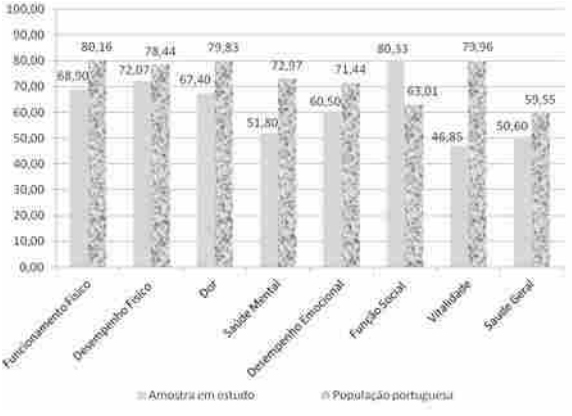


Gráfico 2. *Caracterização da Qualidade de Vida na amostra em estudo e comparada com os valores da população Portuguesa*

DISCUSSÃO

Como a literatura tem vindo a demonstrar, ao aumento do número de anos corresponde um vasto conjunto de efeitos e impactos, quer a nível físico quer a nível psicológico, tornando o idoso mais propenso a

desenvolver novas patologias ou ao agravamento de doenças crónicas. Neste estudo, os resultados demonstram que esta população idosa da região do Tâmega e Sousa apresenta um elevado nível de funcionalidade, não apresentando grandes limitações nas atividades de vida diárias (AVD's). Esta população idosa refere ter capacidade para realizar as AVD's, demonstrando ter uma vida ativa nas tarefas do quotidiano e relacionadas com os seus cuidados pessoais. Tal como refere a literatura, a manutenção de uma vida ativa e uma atividade física (Freitas, Santiago, Viana, Leão, & Freyer, 2007) permite uma redução do declínio da performance respiratória, da tonicidade muscular, contribuindo para uma maior mobilidade e autonomia que se vai refletir na qualidade de vida do idoso (Pernanbuco et al., 2012).

Apesar dos resultados mostrarem que a qualidade de vida da população idosa, em estudo, é inferior à média da população portuguesa em quase todas as dimensões analisadas, mostram igualmente que se encontra acima do ponto médio de referência definido por Ferreira (2001). Interessante foi o facto de a subescala da função social estar acima da média da população portuguesa, quando se fala cada vez mais nos idosos mais solitários e isolados da sociedade, verificamos que a maior parte da amostra têm e vive com o cônjuge e/ou a família nuclear. Por outro lado, trata-se de população predominantemente rural e que, a sua participação em instituições e atividades sociais torno-os mais participativos nas atividades recreativas e de lazer bem como a interação com os vizinhos, o que é característico das comunidades rurais.

Estes resultados reforçam a importância de desenvolver programas de promoção da saúde de forma a manter esta população ativa de forma a melhorar a sua função física permitindo e promovendo a manutenção da sua funcionalidade. Por outro lado, o desenvolvimento de programas de intervenção psicossocial são, fundamentais, no sentido de promover a interação social, a manutenção e/ou estimulação de capacidades cognitivas de forma a melhorar a qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

Ahmed-Mohamed, K., Fernandes-Mayoralas, G., Rolo-Perez, F., Forjaz, M.J., & Martinez-Matin, P. (2013). Perceived social support of older adults in Spain. *Applied Research Quality Life, 8*(1), 183-200. doi:10.1007/s11482-012-9184-8

Anjos, K. F. D., Boery, R. N. S. D. O., Pereira, R., Pedreira, L. C., Vilela, A. B. A., Santos, V. C., & Rosa, D. D. O. S. (2015). Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(5), 1321-1330. doi: 10.1590/1413-81232015205.14192014

Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 25*(2), 59-66.

Campos, A. C., Ferreira, F. E. & Vargas, A. M. D. (2015) Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(7), 2221-2237. doi: doi.org/10.1590/1413-81232015207.14072014

Ellwardt, L., Aartsen, M., Deeg, D., & Steverink, N. (2013). Does loneliness mediate the relation between social support and cognitive functioning in later life? *Social Science & Medicine*, *98*, 116-124. doi:10.1016/j.socscimed.2013.09.00

Ferreira, P.L. (2000a). Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa, 13*, 55-63.

Ferreira, P.L. (2000b). Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa, 13*, 119-127.

Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30*(2), 163-171. doi: doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.007

Freitas, C.M.S.M., Santiago, M.S., Viana, A.T., Leão, A.C. & Freyre, C. (2007). Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, *9*, 92-100.

Holwerda, T. J., Deeg, D. J., Beekman, A. T., van Tilburg, T. G., Stek, M. L., Jonker, C.,...Schoevers, R. A. (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *85*(2), 135-142. doi: 10.1136/jnnp-2012-302755

INE (2017). Projeções da população residente, 2015-2070. INE, disponível em file:///C:/Users/F130082/Downloads/29ProjPop2015-2080_PT%20(1).pdf, consultado em 3 de abril de 2018.

Lima, S., Gago, M., Garrett, C., & Pereira, M. G. (2016). Predictors and moderators of quality of life in Alzheimer's Disease patients. *Journal of Alzheimer's Disease, 54*(3), 1113-1121. doi: 10.3233/JAD-160256

Mahoney, F.I., & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal, 14*, 61-66.

Negrini, E. L. D., do Nascimento, C. F., da Silva, A., & Antunes, J. L. F. (2018). Quem são e como vivem os idosos que moram sozinhos no Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 21*(5), 542-550. doi: doi.org/10.1590/1981-22562018021.180101

World Health Organization (2002). *Active aging: A policy frameworks*. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1

Pernambuco, C. S., Rodrigues, B. M., Bezerra, J. C. P., Carrielo, A., Fernandes, A. D. D. O., Vale, R., & Dantas, E. (2012). Quality of life, elderly and physical activity. *Health, 4*(2), 88-93.doi: doi:10.4236/health.2012.42014

Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica, 3*(17), 547-558.

Roncon, J., Lima, S., & Pereira, M. G. (2015). Qualidade de vida, morbilidade psicológica e stress familiar em idosos residentes na comunidade. *Psicologia: teoria e pesquisa, 31*(1), 87-96. doi:10.1590/0102-37722015011637087096

Satuf, C. V. V., & Bernardo, N. S. C. O. (2015). Percepção do suporte social a idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Mudanças – Psicologia da Saúde, 23*(1), 11-19.

Tavares, D. (2019). *Introdução à Sociologia da Saúde*. Edições Almedina: Porto. 2ª Edição.

Ware, J. E., Keller, S. D., Gandek, B., Brazier, J. E., & Sullivan, M. (1995). Evaluating translations of health status questionnaires. Methods from the IQOLA Project. *International Journal of Technology Assessment in Health Care, 1*(3), 525-551. doi:doi.org/10.1017/S0266462300008710

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS USUÁRIOS DO PLANTÃO PSICOLÓGICO DA UFPB/BRASIL

Sandra Souza[1] (✉ sandra.souza_psi@yahoo.com.br), Said Zareh[1], Ieda Rodrigues[1], & Thiago Cavalcanti[1]

[1] Universidade Federal da Paraíba, Brasil

O Plantão Psicológico (PP) é uma aplicação da Abordagem Centrada na Pessoa no formato de uma escuta qualificada, possibilitando, em até um único encontro entre plantonista-cliente, um espaço para o último conseguir clarear sua demanda de urgência psicológica em dada situação (Tassinari & Durange, 2019).

O que se destaca nesse formato de atendimento é que seu surgimento se deu com o intuito de atender à grande demanda e procura de brasileiros que são proveniente da situação económica, social, política e cultural desfavorecida, sem condições de pagar por atendimento em consultórios particulares, tanto no autocuidado com a saúde física, como com a saúde mental de qualidade (Furigo, Sampedro, Zanelato, Foloni, Ballalai, & Ormrod, 2008).

Importa destacar que no atual contexto em que nosso país vivencia dificuldades no campo da saúde, especialmente, pública, o plantão é um modelo de atendimento que vem para dar conta de uma carência de políticas públicas, procurando atender a parte da população carente. Ademais, o PP é uma ferramenta bastante usada para que um atendimento de qualidade chegue à população, sendo fruto de uma necessária reinvenção da clínica clássica que não consegue ser capaz de arcar com as crescentes demandas dessa população (Vieira & Boris, 2012).

Na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), por meio de sua Clínica-Escola de Psicologia, o Núcleo de Acolhimento e Escuta Psicológica (NAEPSI), coordenado pela primeira autora, desenvolve um projeto de extensão universitária que presta um serviço de Plantão Psicológico à comunidade em geral (Souza, Silva-Filho, & Montenegro, 2015). Diante o

exposto, este artigo tem como objetivo delinear o perfil sociodemográfico e clínico da clientela do serviço de PP do ano de 2018, especificamente da comunidade em geral, buscando identificar quem são as pessoas que procuram este tipo de serviço.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa documental, quantitativo-descritiva e retrospectiva (Maravieski & Serralta, 2011). O material foi acessado por meio do registro das fichas de atendimento e dos prontuários preenchidos pelos 28 plantonistas-atendentes do serviço do PP na Clínica-Escola. Como critério de inclusão, compuseram a amostra os participantes que possuíam suas fichas e prontuários com todas as informações relevantes preenchidas, isto é, que não recusaram fornecer dados solicitados. Os dados levantados tratam das características gerais, a exemplo: número de atendimentos, gênero, religião, escolaridade, profissão, renda pessoal, diagnóstico, medicamentos utilizados e demandas da procura do atendimento. A análise dos resultados foi feita a partir da ficha de preenchimento dos dados sociodemográficos e prontuários utilizadas pelos plantonistas.

Como procedimento de análise utilizou-se o programa estatístico SPSS (versão: 25) para o procedimento de estatísticas descritivas: frequência, médias e porcentagem, como também correlações. Todos os prontuários foram lidos e todas as queixas e demandas foram classificadas em categorias por similitude, como, conflitos interpessoais, sintomas de depressão, etc., de acordo com a literatura científica sobre o tema.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em dois subtópicos: 1 – análise dos dados sociodemográficos; e 2 – os perfis clínicos dos usuários. A seguir, cada um deles é pormenorizado.

Dados sociodemográficos

Foram analisadas no total 429 fichas de clientes no ano de 2018 no PP da Clínica-Escola de Psicologia da UFPB. Contudo, esse número se eleva para 541 atendimentos, considerando que o serviço pode ser formado por três atendimentos anuais por pessoa, uma consulta e dois retornos. Considerando o total de pessoas atendidas, isto é, 428, entre crianças, adolescentes, jovens adultos, adultos e idosos, temos a predominância do sexo feminino (59,6%). A média de idade dos praticantes foi 27 anos (*DP*=12,9), a mínima de dois e a máxima de 83 anos, com variação de idade entre 18 e 29 anos (56%).

Quanto ao estado civil, houve a predominância dos solteiros (79,3%), seguido dos casados (13,2%). A religião católica (32,9%) representa a opção de credo que mais os participantes se identificam, somando com os protestantes (21,8%), o cristianismo é a corrente predominante em mais da metade amostra. Contudo, é importante destacar que 24,5% também indicou não possuir nenhuma religião. Quanto à ocupação, a maior frequência ficou para estudantes (57,2%), seguida de profissionais da área de educação (5,4%), como, professores e pedagogos. As demais profissões tiveram uma porcentagem inferior a 3,7%, como, costureiro, desempregado, doméstico/cuidador, artista, aposentado, serviços gerais, de beleza, de transporte, de administração, serviço público, profissões de nível superior, nível técnico, mestre de obra, missionário. Importante assinalar que a maioria desses estudantes era da UFPB (83,2%), seguida de universidades privadas (11,7%).

A maioria da amostra é formada por estudantes do nível superior incompleto (45,8%), seguido de superior completo (19,3%) e médio completo (17,4%). Os demais níveis de escolaridade tiveram uma porcentagem inferior entre 7,4% e 0,2%, em ordem decrescente: fundamental incompleto, médio incompleto, fundamental completo, outro e analfabeto. A maioria dos estudantes foram dos cursos de ciências humanas (10,3%), seguida de engenharias/arquitetura (7%), ciências sociais aplicadas (6,5%) e ciências da saúde (5,8%). A maioria mora com a família (72%), seguida dos que moram com amigos (14,3%), e sozinho (11%). No que se refere à renda pessoal, a maioria recebe até um salário mínimo (47,7%), considerando que o salário mínimo do referido ano em tela foi de R$ 954,00 (novecentos e cinquenta e quatro reais).

Quando questionados se já tiveram algum atendimento psicológico, a maioria nunca tinham ido a um psicólogo (53,5%), seguida dos que permaneceram menos de um mês em atendimento psicoterápico (46,5%), e dos que ficaram até 6 meses (27,1%). No total de 540 atendimentos, a maioria veio apenas para a primeira consulta (79,1%), para o primeiro retorno (14,97%), para o segundo retorno (5,73%) e, apenas em um caso, houve terceiro retorno. A maioria soube do serviço do plantão por amigos ou familiares (54,9%), seguido de serviços públicos (22,2%), 9,3% outros e 5,6% por mídias. Ademais, no que se refere ao desejo de ir ao serviço, a maioria (90,7%) foi ao plantão por vontade própria, isto é, sem qualquer encaminhamento por outro tipo de serviço.

Perfil Clínico

Neste subtópico, descreveremos o perfil clínico dos usuários a partir da análise das fichas de atendimento que tratam de questões de saúde mental (diagnóstico e uso de psicofármacos). Ademais, essas informações foram complementadas pela própria demanda trazidas pelo cliente e registrada pelo plantonista em seu prontuário.

Quanto à variável diagnóstico, 74,3% dos usuários não possuem qualquer diagnóstico referente à saúde mental. Contudo, quando possuem algum laudo, o que prevalece é a depressão (8,9%). Para os participantes que estão diagnosticados, foi solicitado a informação se estão fazendo uso de algum psicofármaco. A maior frequência está para os antidepressivos (6,5%), seguidos da combinação de 2 remédios (4,9%) de diferentes categorias (antidepressivos, psicoestimulantes, anticonvulsionantes, benzodiazepínicos, antidiabéticos, antipsicóticos e fitoterápicos). Na variável "há quanto tempo toma medicação", a maioria faz uso no máximo 6 meses (48,1%), seguida dos que tomam de um a três anos (17,3%) e a mais de cinco anos (14,8%). Identificou também uma correlação positiva da idade e o fato de tomar medicação (r=0,28; p<0,001). No que se refere às demandas que levam o usuário ao plantão, verificou-se que a maioria apresenta queixas relacionadas a conflitos interpessoais (25,73%), seguido de depressão (17,15%) e ansiedade (15,93%), sendo as três mais frequentes.

DISCUSSÃO

Observa-se a predominância de mulheres que buscaram o serviço de PP, o que vem a corroborar com outros estudos no país. Tal prevalência aparece em outros estudos voltados para o público de Clínicas-Escolas (Campezatto & Nunes, 2007; Romaro & Capitão, 2003).

Uma das principais características do plantão é a sua plasticidade, a qual se refere à capacidade de se moldar ao ambiente em que está alocado, na medida em que acolhe as demandas desse contexto (Tassinari & Durange, 2011). Logo, o local onde o plantão funciona é de grande importância quando buscamos identificar quais as maiores demandas, quem são as pessoas que o procuram e quais as consequências que este serviço pode trazer ao contexto em que se insere (Rebouças & Dutra, 2010). Por estar numa Clínica-Escola, os estudantes do *campus* foram predominantes ao buscar o serviço. Esse resultado diferencia de outros serviços de Clínicas-Escolas, na medida em que estas clínicas tendem a atender usuários do ensino fundamental incompleto (Campezatto & Nunes, 2007; Romaro & Capitão, 2003; Santeiro, Rocha, & Araújo, 2013). Uma hipótese para explicação da alta frequência de estudantes no plantão é que não se trata de um serviço continuado, como psicoterapia, justificando o caráter emergencial do plantão (Tassinari & Durange, 2011), onde a demanda acontece sem planejamento para um processo terapêutico, característica da modalidade clássica de atendimento.

Quanto ao estado civil, solteiro foi a maior frequência, provavelmente em função da maior frequência ser para estudantes e adolescentes e jovens adultos; já a forma de maior divulgação do serviço é feita por amigos ou familiares, o que caracteriza que esse tipo de atendimento é mais divulgado a partir da experiência do próprio usuário, não sendo um serviço procurado por divulgação panfletária ou redes sociais. A renda pessoal predominante foi mínima, evidenciando um serviço destinado eminentemente para classe social pouco favorecida, caracterizando assim como um atendimento no formato de clínica social (Souza; Silva-Filho; Montenegro, 2015).

A maioria dos usuários não teve nenhum tipo de atendimento psicológico antes de ir ao plantão. Observou-se um grande número de pessoas em estado de sofrimento e carentes de serviço psicológico, uma

vez que apenas um reduzido número de usuários estava em processo terapêutico. Estes resultados corroboram com estudos que mostram que a maior faixa etária com desistência do processo terapêutico é a de jovens, solteiros e de classe sócio econômica baixa (Benetti & Cunha, 2008). Uma característica do PP diz respeito a ser um tipo de atendimento que se completa em si mesmo, visto que trata do sujeito em situação de urgência. Para tanto, muitas vezes, basta só um atendimento para dar conta de uma demanda (Furigo et al., 2008). No presente estudo, foi identificado que a maioria veio apenas para a primeira consulta. Estes resultados podem estar indicando que o serviço conseguiu alcançar seu objetivo com apenas um atendimento.

Percebemos que a demanda Conflitos Interpessoais representa a maior queixa, caracterizando-se como problemas de relacionamento entre familiares, amigos, relacionamento afetivo e professores. De acordo com Tenório (2003), o processo de saúde ou doença mental ocorre essencialmente no contexto relacional. O indivíduo é um ser de relação, e é por meio desta que o ser se desenvolve. Assim, o adoecimento psicológico pode vir por constante vivência em contextos geradores de sofrimento, podendo ter relação com o âmbito social, como, pressão e cobrança no trabalho, na vida acadêmica, nos relacionamentos, além de condições financeiras difíceis com preocupações relacionadas ao sustento. A segunda principal queixa foi depressão, seguida de ansiedade. Em outras pesquisas, a maior demanda na Clínica-Escola de Psicologia foi a de sintomas depressivos, seguida de ansiedade e problemas familiares (Maravieski & Serralta, 2011). Do mesmo modo, em outra universidade no sul do Brasil, a maior queixa foi de ansiedade e depressão e a segunda maior isolamento e depressão (Oliveira, Lucena-Santos, & Bortolon, 2013). Logo se percebe que a Depressão é uma das variáveis que mais figuram nos atendimentos clínicos. Neste estudo foi observado também que o medicamento mais consumido entre os usuários do plantão foi o antidepressivo. A Ansiedade é fruto de um estilo de vida, na medida em que somos cada vez mais cobrados e colocados em situação de pressão social, sob constante avaliação em diversas etapas e situações da vida, como, provas, trabalho e relacionamentos (Karino & Laros, 2014), sendo a terceira categoria encontrada nos dados do plantão em 2018, e a segunda no ano de 2017 no mesmo serviço (Souza, Figueiredo, Marinho, Souza & Lucena, 2019).

Foi possível delinear o perfil sociodemográfico e clínico da clientela do serviço de Plantão Psicológico do ano de 2018 da Clínica-Escola de Psicologia da UFPB, sendo a maioria de mulheres jovens, católicas, estudantes da instituição em tela, de nível superior incompleto, que recebem renda pessoal de até 1 salário mínimo, que nunca tiveram nenhum tipo de atendimento psicológico, que souberam do plantão por amigos ou familiares, cuja maior demanda que trazem é conflitos interpessoais, podendo ser também depressão e ansiedade. O estudo revela a necessidade de uma metodologia mais organizada no seu procedimento de atendimento, coleta e análise de dados, formatando um banco de dados que deverá ser alimentado anualmente. Contudo, apesar de ter atingido o objetivo, é importante ressaltar algumas limitações encontradas na realização deste trabalho. A principal foi a grande quantidade de dados omissos, se caracterizando por informações que não foram preenchidas, ocasionando perdas de dados. Este fato deve significar um alerta para a importância do devido preenchimento dos documentos de prontuários e ficha de dados sociodemográficos, o que vem a refletir do modo igualmente importante ao cuidado com os usuários que se beneficiam do projeto (Maravieski & Serralta, 2011).

Outro ponto importante na leitura e interpretação desses dados, diz respeito ao tipo de serviço realizado, uma vez que, na grande maioria dos artigos encontrados sobre dados sociodemográficos (Campezatto & Nunes2007; Oliveira et al., 2013) tratam do perfil geral das Clínicas-Escolas de Psicologia e não de um serviço específico da instituição, como no caso, o PP, cujo modo de funcionar e acolher se diferencia do modelo tradicional da clínica clássica.

Quanto ao armazenamento de dados e a ética no cuidado com a clientela de Clínicas-Escolas de Psicologia, sugerimos criação de sistemas práticos e seguros de preenchimentos de dados, como, fichas sociodemográfico e prontuários-padrão e atenção aos dados dos atendimentos, além de criação de monitoramento de preenchimento desse material. Sugerimos, por fim, a criação, manutenção e/ou revitalização de projetos voltados para acolhimento de mulheres, jovens e estudantes da UFPB, para a promoção da saúde mental.

REFERÊNCIAS

Benetti, S. P. C., & Cunha, T. R. S. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: Implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *60*(2), 48-59.

Campezatto, P. M., & Nunes, M. L. T. (2007). Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de Psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *20*(3), 376-388. https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000300005

Furigo, R. C. P. L., Sampedro, K. M., Zanelato, L. S., Foloni, R. F., Ballalai, R. C., & Ormrod, T. (2008). Plantão psicológico: Uma prática que se consolida. *Boletim de Psicologia*, *58*(129), 185-192.

Karino, C. A., & Laros, J. A. (2014). Ansiedade em situações de prova: Evidências de validade de duas escalas. *Psico-USF*, *19*(1), 23-36. https://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712014000100004

Maravieski, S., & Serralta, F. B. (2011). Características clínicas e sociodemográficas da clientela atendida em uma clínica-escola de psicologia. *Temas em Psicologia*, *19*(2), 481-490.

Oliveira, M. S., Lucena-Santos, P., & Bortolon, C. (2013). Clientela adulta de serviço psicológico: características clínicas e sociodemográficas. *Psicologia: Teoria e prática*, *15*(2), 192-202.

Rebouças, M. S. S., & Dutra, E. (2010). Plantão psicológico: Uma prática clínica da contemporaneidade. *Revista da Abordagem Gestáltica*, *16*(1), 19-28.

Romaro, R. A., & Capitão, C. G. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, *5*(1), 111-121.

Santeiro, T. V., Rocha, G. M. A., & Araújo, D. S. A. (2013). Implantação de um serviço-escola de psicologia no centro-oeste brasileiro: Usuários e atendimentos. *Perspectivas em Psicologia*, *17*(2), 65-82.

Souza, S., Figueiredo, M. A., Marinho, T. M. O., Souza, M. L. L., & Lucena, P. L. (2019). O plantão psicológico na clínica ampliada: Uma intervenção na Clínica-Escola de Psicologia da UFPB e numa escola pública do ensino fundamental. In M. O. Silva & S. Souza (Orgs.), *Estudos e Práticas em Clínica Ampliada: A Perspectiva da Clínica-Escola de Psicologia da UFPB* (pp. 93-115). João Pessoa: Editora do CCTA.

Souza, S., Silva-Filho, F. B., & Montenegro, L. A. A. (2015). *Plantão psicológico: resignificando o humano na experiência da escuta e do acolhimento.* Curitiba (PR). CRV.

Tassinari, M., & Durange, W. (2019). Clínica da urgência psicológica: A radicalidade de encontro como processo de promoção da saúde. In M. Tassinari & W. Durange (Orgs.), *Plantão e a clínica da urgência psicológica* (pp. 43-60.). Curitiba: CRV.

Tassinari, M. A., & Durange, W. (2011). Plantão psicológico e sua inserção na contemporaneidade. *Revista do NUFEN*, *3*(1), 41-64.

Tenório, C. M. D. (2003). A psicopatologia e o diagnóstico numa abordagem fenomenológica-existencial. *Universitas: Ciências da Saúde*, *1*(1), 31-44. doi: 10.5102/UCS.V1/1.493

Vieira, E. M., & Boris, G. D. J. B. (2012). O plantão psicológico como possibilidade de interlocução da psicologia clínica com as políticas públicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, *12*(3), 883-896.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE EM CLIENTES OBESOS NUMA CLÍNICA ESCOLA

Maria Marta Amorim[1], Mariana da Silva Franco[2], Marina Espírito Santo Rabello[2], Warley Souza[2], & Nayara Monteze[2]

[1] Centro Universitário Unifacvest. Lages. Brasil, Centro de Estudos em Migrações e Relações Interculturais da Universidade Aberta de Lisboa, Portugal
[2] Centro Universitário Una, Belo Horizonte, Brasil

A obesidade é uma doença multifatorial caracterizada pelo acúmulo de gordura corporal devido ao consumo excessivo de alimentos e/ou sedentarismo, resultando em danos à saúde (WHO, 2018). Segundo o Ministério da Saúde, a prevalência de obesidade em indivíduos maiores de 18 anos no país passou de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016, sendo este aumento proporcional à idade, ou seja, quanto maior a faixa etária maior o número de indivíduos com obesidade (Brasil, 2016). O excesso de peso acarreta várias complicações como doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (Brasil, 2017), desenvolvimento de sintomas depressivos, ansiedade, transtornos alimentares e de personalidade (Beck et al., 1988). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017), 300 milhões de pessoas e 264 milhões apresentam depressão e ansiedade respectivamente, sendo tais taxas relacionadas com crescimento e envelhecimento da população.

As alterações de ordem emocional apresentam forte ligação com o aspecto alimentar (Wit & Schneider, 2011), fazendo com que o indivíduo busque o conforto e o prazer no alimento para suprir possível carência afetiva (Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005; Cortez, Araújo, & Ribeiro, 2011). As implicações de tal compensação no alimento estão relacionadas com o desenvolvimento de hábitos não saudáveis, como compulsão por alimentos de alta densidade energética, despreocupação com a saúde e desmotivação para práticas esportivas (Melca & Fortes, 2014). Essas mudanças no estilo de vida e padrão alimentar interferem na qualidade de vida do indivíduo e na sua interatividade social, aumentando o risco para

desenvolvimento de outras doenças, inclusive as DCNT como obesidade, diabetes e hipertensão (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2005; WHO, 2017).

Em se tratando da obesidade, o nutricionista tem papel fundamental na equipe multidisciplinar, minimizando o impacto da alteração emocional no consumo alimentar (Latterza et al., 2004). O tratamento em conjunto com a psicologia é indispensável, visto que os sentimentos como tédio, raiva, baixa autoestima, depressão, ansiedade e estresse interferem no comportamento alimentar (Moraes, Almeida, & Souza, 2013).

As clínicas escolas têm contribuído de forma relevante para a formação profissional de estudantes de nível superior na área da obesidade, introduzindo carga prática a seus conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula. A Clínica de Atenção Integrada à Saúde do Centro Universitário Una (CIAS/UNA), em Belo Horizonte presta atendimentos nutricionais e farmacêuticos, no qual os alunos conduzem os atendimentos supervisionados pelo corpo docente (Amorim, Santiago, & Azevedo, 2018).

Dessa forma, objetiva-se com a realização deste estudo, determinar a prevalência dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse em pacientes com excesso de peso atendidos na CIAS/UNA, Belo Horizonte.

MÉTODO

Participantes

O estudo foi realizado com clientes da CIAS/UNA de ambos os sexos, com Índice de Massa Corporal (IMC)>25kg/m² (sobrepeso e obesidade) e com idade entre 19 e 52 anos. Os participantes foram incluídos no estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Una (CAAE: 67531517.2.0000.5098), após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Material

Dados referentes à idade, ao peso e à altura foram extraídos do prontuário do paciente durante o atendimento. A classificação do estado nutricional se

deu por meio do cálculo do IMC (peso/altura²), seguindo os pontos de corte pré-estabelecidos (Brasil, 2011).

Durante o atendimento na CIAS/UNA no período de 2017 a 2018, o indivíduo com excesso de peso foi convidado a preencher os questionários para rastreamento dos sintomas de depressão, estresse e ansiedade, entregues impressos ou por meio digital, conforme a preferência do voluntário. Para avaliação dos transtornos comportamentais foram aplicados o Questionário de Depressão: Beck Depression Inventory – BDI (Gorestein & Andrade, 1996), o Inventário de Ansiedade: Beck Anxiety Inventory – BAI (Beck et al., 1988) e a Escala de Percepção de Estresse: Perceived Stress Scale - PSS-14 (Luft et al, 2007).

O questionário de BDI (Gorestein & Andrade, 1996) é composto por 21 grupos de afirmações enumeradas numa escala de 0 a 3, no qual o indivíduo assinala a afirmativa que corresponde o que ele sentiu na última semana. Então, os valores marcados são somados e o total representa a classificação da escala de depressão, sendo que o resultado de 0 a 9 corresponde a ausência ou sintomas depressivos mínimos, de 10 a 18 depressão leve a moderada, de 19 a 29 depressão moderada a grave e de 30 a 63 depressão grave. Já o questionário de BAI (Beck et al., 1988) é estruturado por 21 sintomas relacionados à ansiedade e o participante marcaria qual a intensidade que sente sendo elas: absolutamente não, levemente, moderadamente e gravemente. Essas intensidades correspondem a pontuação de 0 a 4 respectivamente e com base no somatório o indivíduo é classificado na escala de ansiedade. Essa classificação refere ao valor de 0 a 7 ausência ou ansiedade mínima, 8 a 15 ansiedade leve, 16 a 25 ansiedade moderada e 26 a 63 ansiedade grave. Por outro lado, foi utilizado para classificação do nível de estresse, a escala de percepção do estresse - PSS-14 (Luft et al, 2007) composta por 14 perguntas sobre a frequência que o indivíduo tenha pensado ou sentido de alguma forma na última semana. Então, o indivíduo assinala uma das cinco frequências, sendo elas: nunca, quase nunca, algumas vezes, frequentemente e muito frequentemente que correspondem ao número de 0 a 5 respectivamente. Com isso, é realizada a classificação com base no somatório das alternativas assinaladas que referem ao valor de 0 a 14 estresse mínimo ou ausente, 15 a 28 estresse leve, 29 a 42 estresse moderado e 43 a 56 estresse grave.

Procedimento

O banco de dados foi construído na planilha do Excel e analisado empregando-se o software SPSS 19.0. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificação da normalidade das variáveis. Os dados descritivos foram expressos por meio da mediana (mínimo e máximo). O índice de significância utilizado foi menor que 5%.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 63 indivíduos em estado nutricional de sobrepeso e obesidade, sendo 83% (*n*=52) do sexo feminino e 17% (*n*=11) do sexo masculino, apresentando mediana de idade igual a 34 anos (19; 52) e mediana do IMC de 31,2 kg/m² (25,2; 46,2). Dentre os indivíduos avaliados, 63% (*n*=40) indicaram algum sintoma de depressão, sendo 32,5% (*n*=13) classificados com sobrepeso e 67,5% (*n*=27) com obesidade. A depressão leve e moderada foram encontradas em quantidades similares e a depressão grave em menor quantidade, conforme ilustrado no Gráfico 1.

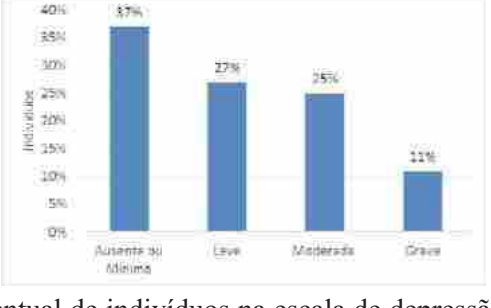


Gráfico 1. Percentual de indivíduos na escala de depressão (BDI)

Em relação à ansiedade foi alcançado 73% (*n*=46), sendo 65,21% (*n*=30) de indivíduos obesos e 34,7% (*n*=16) de indivíduos com sobrepeso. Conforme ilustrado no Gráfico 2, 21 indivíduos foram identificados com ansiedade leve, 12 ansiedade moderada e 13 ansiedade grave.

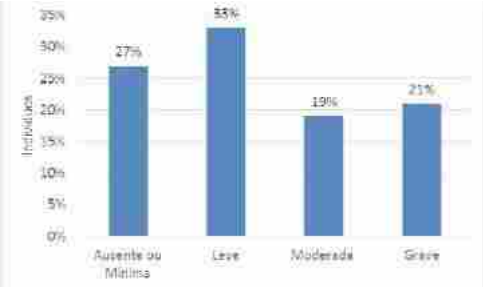


Gráfico 2. Percentual de indivíduos na escala de ansiedade (BAI)

Foi observado que 97% (*n*=61) dos indivíduos foram identificados com sintomas de estresse, dentre esse percentual 62,2% (*n*=38) apresentavam obesidade e 37,7% (*n*=23) sobrepeso. Dentre os participantes 2 possuem sintomas mínimos ou ausente, 26 estresse leve, 35 sintomas moderados e nenhum participante da pesquisa foi identificado com estresse grave (Gráfico 3).

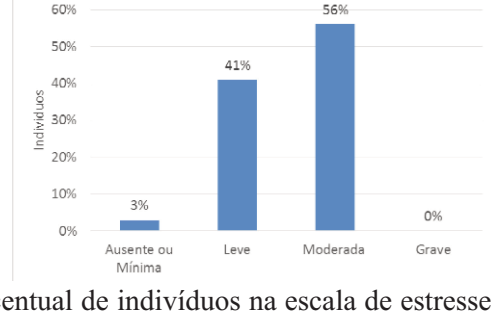


Gráfico 3. Percentual de indivíduos na escala de estresse (PSS-14)

DISCUSSÃO

A obesidade tornou se um problema de saúde pública e vem crescendo ao longo do tempo. Em estudo realizado em 27 cidades do Brasil, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL demonstrou que 54% da população encontra-se acima do peso (Brasil, 2017). Nesse estudo realizado no Brasil

a maioria dos participantes com sobrepeso e obesidade era do sexo feminino. Foi encontrado uma modesta relação entre obesidade e transtornos mentais em indivíduos do sexo feminino, em diversos países, sendo mais significativo no Líbano e Nova Zelândia (Scott et al., 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017), transtornos de ansiedade e depressão afetam mais o sexo feminino que o masculino, com diferencial de quase 50% do percentual, ou seja, atinge 4,6% das mulheres e 2,6% dos homens. Tais diferenças são ocasionadas principalmente por fatores hormonais, uma vez que as mulheres passam por períodos de alterações como o período pré-menstrual, utilização de contraceptivos, parto e puerpério e a menopausa (Coutinho et al., 2015).

A depressão (63%) foi maior nos indivíduos com obesidade (67,5%) em relação ao sobrepeso (32,5%). Nos estudos conduzidos por Verdolin et al. (2012) a depressão foi ligeiramente maior nos obesos (47,9%) em relação aos indivíduos com sobrepeso (42,4%).

A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica aponta que a obesidade eleva em 55% as chances de depressão e a depressão aumenta em 58% as chances de obesidade, tornando se um círculo vicioso. Além disso, o preconceito e fatores psicossociais também podem favorecer o surgimento de depressão em obesos (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2010).

A depressão mínima ou ausente na CIAS foi encontrada em 37% dos participantes, assim como no estudo realizado por Ludwing et al. (2012), com 482 indivíduos do Programa Modificação do Estilo de Vida e Risco Cardiovascular, 78,9% mulheres e 21,1% homens com síndrome metabólica. Contudo na da CIAS a depressão leve (27%) e a moderada (25%) foram maiores do que no Programa Modificação do Estilo de Vidas e Risco Cardiovascular (Tosetto & Júnior, 2008). 28,9% e 31,6%, respectivamente.

De modo igual à depressão, a ansiedade foi maior nos indivíduos com obesidade (65,2%) em relação aos indivíduos com sobrepeso (34,7%), assim como no estudo de Verdolin et al. (2012). Os sintomas mínimos ou ausentes foram encontrados em 27% dos indivíduos, 33% com sintomas leves, 19% moderados e 21% grave. Valores superiores foram encontrados no estudo de Ludwing et al. (2012) para os sintomas mínimos (47,4%) e leves (39,5%) e valores inferiores para sintomas moderados (10,5%) e graves (2,6%). Porém, no estudo de Tosetto & Júnior (2008) realizado apenas com mulheres, faixa etária entre 19 a 49 anos, mostrou que mulheres sedentárias possuem maior

tendência a desenvolver sintomas relacionados à depressão e à ansiedade. Foi verificado que quanto maior o IMC maior nível de sintomas psíquicos e que o fator atividade física ameniza os sintomas de depressão e ansiedade.

A ansiedade estimula a obesidade por vias fisiológicas, através da ativação do sistema nervoso simpático e do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal. A ativação crônica resulta no aumento do cortisol, que está associado a alterações no apetite e no aumento de peso (Jackson, Kirschbaum, & Steptoe, 2017).

No presente artigo, 97% dos participantes apresentaram sintomas de estresse, sendo maior na obesidade (62,2%) em comparação com o sobrepeso (37,7%). Segundo Jackson, Kirschbaum e Steptoe (2017) é provável que o estresse contribui para o acúmulo de gordura corporal devido ao aumento da liberação de cortisol pelo eixo hipotálamo - hipófise - adrenal. Os estressores psicológicos provocam um desequilíbrio nesse eixo que regula a liberação de cortisol.

Foi constatada incidência significativa de depressão, ansiedade e estresse no grupo estudado. Diante dos resultados é de suma importância uma abordagem em conjunto do nutricionista com o psicólogo para avaliar o indivíduo por completo, visto que a obesidade pode ser um fator causador de transtornos comportamentais e vice e versa. Dessa forma, deve-se traçar um plano de ação em busca da melhoria na qualidade de vida desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

Amorim, M. A., Santiago, M. C., & Azevedo, D. Q. (2018). Avaliação da capacitação interdisciplinar na clínica Integrada de Saúde do centro Universitário de Belo Horizonte/Brasil. In Natália Ramos & Maria Ligia Rangel (Orgs.), *Comunicação e saúde: Perspetivas contemporâneas* (pp. 299-315). Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. (2010). Obesidade e Depressão: Associação Recíproca, Recuperado de http://www.abeso.org.br/noticia/obesidade-e-depressao-associacao-reciproca. Acesso: 10 out. 2018

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Jou. Con. Clin. Psy*. *56*(6), 893-897. Doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf

Brasil. (2016). Ministério da Saúde. *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recuperado de http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel_17-4-17-final.pdf

Brasil. (2017). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. *Manual de diretrizes para o enfretamento da obesidade na saúde suplementar brasileira.* Rio de Janeiro: ANS, 2017. Recuperado de http://www.ans.gov.br/images/Manual_de_Diretrizes_para_o_Enfrentamento_da_Obesidade_na_Sa%C3%BAde_Suplementar_Brasileira.pdf

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2017*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf

Cataneo, C., Carvalho, A. M. P., & Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: Maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psico. Reflex. Crítica, 18*(1), 39-46. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722005000100006

Cortez, C. M., Araújo, E. A., Ribeiro, M. V. (2011). Transtorno de compulsão alimentar periódico e obesidade. *Arq. Catar. Medicina*, *40*(1), 94-102. doi: 004-2773/11/40-01/94

Coutinho, M. E. M., Giovanini, M., Pavini, L. S., Ventura, M. T., Elias, R. M., & Silva, L. M. (2015). Aspectos biológicos e psicossociais da depressão relacionado ao gênero feminino. *Rev. Bras. Neur. Psiquiatria, 19*(1), 49-57. Recuperado de https://rbnp.emnuvens.com.br/rbnp/article/view/131/62

Gorestein, C., & Andrade, L. (1996). Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz. Jour. Med. Bio. Research*, *29*(4), 453-457.

Jackson, S. E., Kirschbaum, C., & Steptoe, A. (2017). Hair cortisol and adiposity in a population-based sample of 2,527 men and women aged 54 to 87 years. *Obesity*, *25*(3), 539-544. doi: 10.1002/oby.21733

Latterza, A. R., Dunker, K. L. L., Scagliusi, F. B., & Kemene, E. (2004). Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. *Rev. psiquiatr. clín*., *31*(4). doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0101- 60832004000400009

Luft, C. D. B., Sanches, S. O., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev. Saú. Pública*, *41*(4). doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015

Ludwing, M. W., Bortolon, C., Bortolini, M., Feoli, A. M., Macagnan, F. E., & Oliveira, M. S. (2012). Ansiedade, depressão e estresse em pacientes com síndrome metabólica. *Arq. Bras. Psicologia, 64*(1), 31-46. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v64n1/v64n1a04.pdf

Melca, I. A., & Fortes, S. (2014). Obesidade e transtornos mentais: construindo um cuidado efetivo. *Rev. Hosp. Univ. Ped. Ernesto*, *13*(1), 18-25. doi: 10.12957/rhupe.2014.9794

Moraes, A. L., Almeida, E. C., & Souza, L. B. (2013). Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. *Phy. Rev. Saú. Coletiva*, *23*(2), 553-572. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200012

Scott, K. M., Bruffaerts, R., Simon, G. E., Alonso, J., Angermeyer, M., Girolamo, G., et al. (2008). Obesity and mental disorders in the general population: Results from the world mental health surveys. *Inter. Jou. Obesity*, *32*(1), 192-200. doi: 10.1038/sj.ijo.0803701

Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2005). I diretriz Brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. *Arq. Bras. Cardiologia*, *84*(1), 15-25. Recuperado de http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2005/sindromemetabolica.pdf

Tosetto, A. P., & Júnior, C. A. S. (2008). Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. *Med. (Rib. Pre.Online), 41*(4), 497-507. doi: https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v41i4p497-507

Verdolin, L. D., Nascida, A. R., Júnior, R. O. G., Silva, T. F. C., & Belmonte, T. A. (2012). Comparação entre a prevalência de transtornos mentais em pacientes obesos e com excesso de peso. *Scientia Medica, 22*(1), 25-31. Recuperado de http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/9918/7530

Witt, J. G., & Schneider, A. P. (2011). Nutrição estética: Valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. *Rev. Ciên. Sau. Coletiva*, *16*(9), 3909-3916, 2011. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000027

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders*: *Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=456E76F1558AB4DB28CDF4E0B03D2B3A?sequence=1

World Health Organization. WHO (2018). *Obesity and overweight*. Recuperado de http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

QUALIDADE DE VIDA EM PRÉ APOSENTADOS E APOSENTADOS

Yasmim Sarno Fonseca[1], Vitória Rosa dos Santos[1] (✉ virosasantos@gmail.com), & Ana Maria Moser[1]

[1] Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil

A diminuição das taxas de mortalidade e natalidade trouxe o envelhecimento populacional mundial, que levou à uma diminuição da população jovem e a um aumento de pessoas com 60 anos ou mais (Vasconcelos & Gomes, 2012). Cenário esse que se mantém no Brasil e gerou a necessidade do estudo do envelhecimento nas áreas da Gerontologia e Psicologia do envelhecimento. A partir dessa última, tornou-se possível distinguir a velhice normal, patológica e ótima (Neri, 1995), e verificar que o desenvolvimento se prolonga até a morte (Núñez & Moragas, 1977).

Além disso, o paradigma que se destacou no estudo do idoso e no homem de meia idade foi o de entrelaçamento entre fatores, ou eventos de vida, normativos e não-normativos. Estes embasaram a teoria da Life-Span, ou desenvolvimento ao longo da vida, criada por Paul Baltes em 1987. Por meio desta teoria, observa-se que o desenvolvimento é contínuo, multidimensional e multifatorial; e que a plasticidade individual é mantida pelo equilíbrio entre perdas e ganhos (Baltes, 1987). O autor ainda criou um modelo de envelhecimento normal e bem-sucedido, que se contrapôs ao do modelo deficitário do desenvolvimento adulto de Lehr e Thomae (2003).

Além disso, destaca-se a diferenciação entre meia e terceira idade. A meia idade está na faixa de 50 a 59 anos de idade, e a terceira idade, com 60 anos ou mais (OMS, 2015), é marcada pela entrada na aposentadoria e intensificação dos desafios na meia idade (Debetir, 2011). Nessas duas fases da vida se faz necessária a garantia de qualidade de vida, sendo este um conceito que possui uma multiplicidade de definições no meio

científico. Uma que se destaca é a de Ryff e Keyes (1995), na qual são mencionadas as seis dimensões do bem-estar psicológico (BEP) promotoras de qualidade de vida, que seriam: auto aceitação, autonomia, controle sobre o meio, relações positivas, propósito na vida e desenvolvimento pessoal. O objetivo foi comparar a qualidade de vida em sujeitos aposentados e pré-aposentados.

MÉTODO

Procedimento

A coleta de dados envolveu, primeiramente, a explanação do objetivo da pesquisa e a importância do preenchimento do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, e em seguida aplicação de um questionário sociodemográfico, da Escala de Bem Estar Psicológico (EBEP) versão breve e de um roteiro semiestruturado de entrevista - com dez questões para pré aposentados e nove para aposentados. Esses instrumentos foram aplicados individualmente.

A amostragem utilizada foi a não probabilística por conveniência. Após a coleta de dados, a análise de dados quantitativa foi feita pelo programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 para Windows, e para a qualitativa, o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefreve e Lefreve (2014).

Participantes

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com o parecer sob o número 2.922.412. Foram feitas duas coletas de dados simultaneamente, divididas em duas amostras: 30 pré-aposentados (grupo I) e 30 aposentados (grupo II), totalizando 60 participantes. O grupo I é composto de pré-aposentados a partir de 50 anos de idade, com a média de um ou dois anos para a requisição da aposentadoria. E o grupo II, composto por aposentados acima de 55 anos, que estão, no mínimo, há um ano e meio aposentados

RESULTADOS

Resultados Quantitativos

Os escores totais da Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) podem variar de 18 a 108 pontos; no caso dos pré-aposentados (grupo I), os escores totais variaram 50 a 100 pontos, e os dos aposentados, de 49 a 97 pontos. Pela aplicação do teste *Wilcoxon-Mann-Whitney* (Sidney, 2006) não há uma diferença significativa entre os grupos, pois a significância ("sig." ou valor de *p*) foi de 0,343.

Sobre as pontuações por dimensão, que podem variar de 1 a 18 pontos, as categorias com menores pontuações dos pré-aposentados (grupo I) foram de "autonomia" e "domínio do meio", variando de 3 a 14 pontos; E as maiores, de "crescimento pessoal" e "objetivos na vida", variando 14 a 18 pontos. No caso dos aposentados, as dimensões de "autonomia" e "domínio do meio" obtiveram as menores pontuações, variando de 4 a 17 pontos; e as de maior pontuação foram de "crescimento pessoal" e "aceitação de si", variando de 11 a 18 pontos.

Resultados Qualitativos

Para a análise das entrevistas dos grupos I (pré-aposentados) e II (aposentados) foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefreve e Lefreve (2014). Com essa metodologia, foram identificadas somente as palavras chave (E-Ch) e ideias centrais (IC) nos discursos dos participantes.

Realizando a comparação entre as ideias centrais referentes a autoimagem na pré-aposentadoria e aposentadoria, verificou-se que os participantes tiveram dificuldade ou não souberam definir suas autopercepções. Frente a isto, o conteúdo do material coletado e posteriormente analisado, baseou-se na ocorrência de uma mudança na autoimagem durante a passagem da pré-aposentadoria para a aposentadoria; e ocorrendo mudança, se esta provocou bem-estar ou mal-estar. O que permitiu a formulação de três categorias de resposta: (a) Sem mudança na autoimagem; (b) Autoimagem como promotora de bem-estar na aposentadoria; e (c) Autoimagem como promotora de mal-estar na

aposentadoria. As maiores percentagens (46%, grupo I; e 43%, grupo II) foram obtidas na categoria "b".

DISCUSSÃO

Não há diferença significativa (*sig*: 0,343>0,05) entre os escores totais da Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) dos pré-aposentados (grupo I) e aposentados (grupo II). Embora não haja uma diferença estatística entre os grupos I e II, de acordo com Alonso Fernandes (1972), a velhice e suas respectivas dimensões são avaliadas subjetivamente por cada sujeito, e por isso hipotetiza-se que há uma diferença qualitativa entre os grupos. Portanto, por uma análise quantitativa, observou-se que os grupos I e II obtiveram maiores pontuações individuais nas dimensões, respectivamente, "objetivos na vida" e "aceitação de si" no EBEP. Em complemento, por meio de uma análise qualitativa, verificou-se que a autoimagem de ambos os grupos está associada à necessidade de bem-estar durante a aposentadoria.

No grupo I, esta autoimagem está associada à um bem-estar futuro pelos maiores escores em "objetivos na vida", em que os pré-aposentados esperam continuar se dedicando a construção de suas carreiras profissionais quando se aposentarem, com maior flexibilidade em suas rotinas para exploração de outros interesses em suas vidas pessoais. E no grupo II, a autoimagem está relacionada à um bem-estar presente pelos maiores escores em "aceitação de si", no qual os aposentados usam seu tempo livre para realizarem uma variabilidade de atividades de lazer. Portanto, apesar das autoimagens diferirem quando à sua direcionalidade temporal, ambas demonstram que os entrevistados esperam ter ou têm maior qualidade de vida durante a aposentadoria (80% de concordância, sendo 40% para ambos os grupos).

Aliada à essas dimensões, a outra dimensão de maior pontuação dos grupos foi "crescimento pessoal". No caso dos pré-aposentados (grupo I), verificou-se que o desenvolvimento pessoal está atrelado ao profissional, seja pela posse de um vínculo empregatício ou trabalho autônomo; inclusive, 62 % desse grupo apresentou o desejo de continuar trabalhando

na aposentadoria. Apesar do trabalho ser uma possível fonte geradora de estresse, os participantes alegaram que ele promove o acúmulo de experiências, organização da rotina, manutenção de uma condição financeira favorável e uma estabilidade identitária.

Backes (2012) explica que o trabalho é, simultaneamente, fonte de sofrimento psíquico e instrumento de emancipação para o homem. O trabalho está relacionado à estabilidade financeira e identitária, pois por ele há a garantia de entradas financeiras mensais e a constante construção da própria subjetividade. Assim, o sofrimento associado ao ambiente laboral é equilibrado pela possibilidade de desenvolvimento pessoal e estabilidade financeira e identitária. Por isso, uma vida dotada de sentido fora do trabalho provém de uma vida permeada de sentido dentro do trabalho (Antunes, 2000).

No caso dos aposentados (grupo II), 66% dos entrevistados preferem se ocupar com uma variabilidade de atividades de lazer e não se envolver com vínculos empregatícios ou autônomos. A maior parte dessa amostra (40%) se vê como capaz de continuar trabalhando, apesar das limitações físicas/biológicas que acompanham o envelhecimento; mas preferem se ocupar com atividades de lazer. Seu posicionamento está relacionado ao modelo de velhice bem-sucedida de Baltes (1987).

Já 26% dessa amostra sentem o desejo de repassar suas experiências de vida, mas costumam vivenciar uma falta de reconhecimento social devido ao fato de estarem aposentados e envelhecendo, o que os inibe na procura por emprego. Estes se veem como "inúteis" e "pouco produtivos", e seu posicionamento está associado ao modelo deficitário do desenvolvimento adulto (Lehr & Thomae, 2003). Este modelo propicia a ocorrência do *ageísmo*, ou *idadismo*, e dos maus tratos com relação à pessoa idosa (Vergueiro & Lima, 2010).

Por isso a importância dos Programas de Preparação para a Aposentadoria (PPA´s). Em geral, temas que vem sendo trabalhados nos PPA's brasileiros nos últimos dez anos são o autoconhecimento; preditores de envelhecimento bem-sucedido; processo de mudança e resiliência; critérios para a aposentadoria e legislação; família e rede social; saúde física; autonomia financeira; novos talentos e pós-carreira; administração do tempo livre; e projeto de vida (Bitencourt et al., 2011; Zanelli, Silva, & Soares, 2010).

Sobre o tema do autoconhecimento, este é normalmente ministrado por psicólogos para que o indivíduo seja incentivado a conseguir visualizar outras possibilidades de atuação que não estejam necessariamente vinculadas à sua ocupação anterior a se aposentar. E ao se vincular a ocupações laborais e/ou atividades de lazer em seu tempo livre, há menor probabilidade de adoecimento psíquico (Zanelli et al., 2010). Além de atuar em uma reorientação profissional, o psicólogo também orienta os futuros aposentados a não verem o envelhecimento como um processo relacionado ao modelo deficitário do desenvolvimento adulto, mas sim ao modelo de velhice bem-sucedida; isto é, o psicólogo enfatiza os ganhos do envelhecer e estimula a reflexão de estratégias de compensação para lidar com as perdas (França & Soares, 2009¸Rodrigues, Ayabe, Lunardelli, & Canêo, 2005).

Entretanto, apesar de sua relevância, a maior parte da amostra entrevistada não participou de PPA's, o que indica a necessidade de verificar a generalização dessa ocorrência em uma população maior. Em caso de confirmação da difusão desse fenômeno, faz-se pertinente um exame minucioso de como estes programas estão sendo aplicados e dos motivos que levam à pouca procura deles.

Pela metodologia quali-quantitativa dessa pesquisa, observou-se que dimensão de "crescimento pessoal" tende a se manter na passagem da pré-aposentadoria para a aposentadoria. Para que esse crescimento seja possível, no caso dos pré-aposentados (grupo I), há a necessidade de estabilidade financeira e identitária pela posse de um vínculo empregatício ou trabalho autônomo; e no caso dos aposentados (grupo II), a diversidade de atividades de lazer. Ainda, demostra-se que os entrevistados dos dois grupos esperam por ou vivenciam maior qualidade de vida na aposentadoria, em função de sua autoimagem estar associada à um bem-estar futuro (grupo I) e presente (grupo II). Por fim, a teoria Life-Span enfatiza que desenvolvimento e envelhecimento ocorrem simultaneamente, salientando que o ser humano não se desenvolve em função da passagem do tempo, mas em decorrência das trocas com o meio ao longo de sua vida. Portanto, o conceito cronológico de idade não nos fornece informação para propor uma intervenção no que se refere a qualidade de vida. Por isso é imprescindível que nos PPA's possa-se trabalhar com as dimensões que ambos os grupos apresentam demanda: autonomia e domínio do meio – nas quais a amostra dessa pesquisa obteve menores

pontuações individuais no EBEP. Assim, salienta-se que envelhece-se do jeito que se viveu, e nesse sentido poder-se-ia preparar o ser humano para a aposentadoria desde muito cedo, incentivando-os a auto aceitação.

REFERÊNCIAS

Alonso-Fernandez, F. (1972). *Fundamentos de la psiquiatria actual*. Madrid: Editorial Paz Montalvo.

Antunes, R. (2000). *Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo.

Backes, A. L. (2012). Trabalho e subjetividade: Sofrimento psíquico em contexto de mudanças organizacionais. *Gestão e Sociedade*, *6*(14), 117-138.

Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, *32*(5), 611-626.

Barsano, P. R., Barbosa, R, P., & Gonçalves, E. (2014). *Evolução e envelhecimento humano*. São Paulo: Érica.

Bitencourt, B. M. (2011). Para além do tempo de emprego: O sentido do trabalho no processo de aposentadoria. *Revista de Ciências da Administração, 13*(31), 30-57.

Debetir, E. (2011). Aposentadoria, Oportunidade de Realizar Projetos e/ou Momento de Crise? *ReCaPe: Revista de Carreiras e Pessoas*, *1*(2), 1-25.

França, L., & Soares, D. H.P. (2009). Preparação para a aposentadoria como parte da educação ao longo da vida. *Psicologia: ciência e profissão*, *29*(4), 738-751.

Lehr, U., & Thomae, H. (2003). *Psicologia de la Senectude*. Barcelona: Herder.

Lefevre, F. & Lefevre, A. M. C. (2014). Discurso do sujeito coletivo: Representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto Contexto Enfermagem*, *23*(2), 502-507.

Neri, A. L. (1995). *Psicologia do envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. Campinas: Papirus.

Núñez, L., & C. Moragas. (1977). Ocupación arcaica temprana en Tiliviche, norte de Chile, I Región. *Boletín Museo Regional de La Serena*, *16*, 53-76.

Rodrigues, M., Ayabe, N. H., Lunardelli, M. C. F., & Canêo, L. C. (2005). A preparação para a aposentadoria: O papel do psicólogo frente a essa questão. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, *6*(1), 53-62.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, 719-727.

Sidney, S. (2006). O teste Wilcoxon-Mann-Whitney. In: *Estatística não paramétrica para ciências do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.

Soares, D. H. P., Costa, A., Rosa, A. M., & Oliveira, M. L. (2007). Aposenta-ação: Programa de preparação para a aposentadoria. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, *13*, 123-134.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*, *10*(1).

Vasconcelos, A.M.N., Gomes, M.M.F. (2012). Transição demográfica: A experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviço Saúde, 21*(4), 539-548.

Vergueiro, M. E. C.; Lima, M. P. (2010). O ageism e os maus-tratos contra a pessoa idosa. *Psychologica, 2*(52), 185-208.

Zanelli, J.C., Silva, N., & Soares, D. H. P. (2010). *Orientação para aposentadoria nas organizações de trabalho*. Porto Alegre: Artmed.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

QUALIDADE DE VIDA EM TERMOS GERACIONAIS

Sara Pereira[1] (✉ sara.pereira.psicologia@gmail.com), José Pais-Ribeiro[2], & Isabel Leal[2]

[1] ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal
[2] WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

A definição de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) centraliza-se na perceção geral da posição dos indivíduos na vida em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1994). Segundo Bernard et al. (2017), este termo abrange todas as áreas significativas de vida, que possibilita que os indivíduos satisfaçam as suas necessidades, incluindo os aspetos psicológicos e físicos. A qualidade de vida é um construto amplo e multidimensional, que abrange dimensões físicas, mentais e sociais (Grendas et al., 2017). De acordo com Marques, Sánchez e Vicario (2014), a qualidade de vida reflete o desejo das condições de vida dos indivíduos em relação à sua vida em contexto habitacional, na comunidade, na saúde e nas condições de bem-estar. Assim, a qualidade de vida é um fenómeno subjetivo na medida em que compreende as perceções dos sujeitos sobre as várias componentes da sua vida. Deste modo, é importante determinar se as componentes da qualidade de vida não variam consoante as gerações ou faixas etárias. O estudo de Marques et al. (2014) teve como objetivo descrever as perceções dos idosos sobre a sua qualidade de vida e os resultados indicam que foi descrita através de indicadores como a saúde, capacidade funcional (autocuidado), situação financeira, relacionamentos sociais, atividade física, serviços sociais e de saúde, instalações, habitação, satisfação com a vida e oportunidades de aprendizagem e culturais. Já para Dyck, Teychenne, McNaughton, Bourdeaudhuij e Salmon (2015), a segurança pessoal, o ambiente de atividade física do local onde habitam, o apoio social nas atividades físicas, a atividade da família ou amigos e a coesão social da zona de habitação foram positivamente associadas à qualidade de vida relacionada com a

saúde mental. Contrariamente ao que acontece quando o tema é a qualidade de vida dos sujeitos com idade avançada, que está maioritariamente associada à saúde, esta condição nas crianças, adolescentes e adultos jovens poderia associar-se a outros fatores. As perceções das crianças sobre a sua qualidade de vida são influenciadas por fatores como género, idade, características pessoais e familiares e o seu *status* socioeconómico (Caldera & Hart, 2004). Já nos adolescentes, a qualidade de vida tem uma estreita relação com os aspetos físicos, concretamente a saúde, aspetos individuais como a autoestima, emoções negativas, autoperceção e autonomia e aspetos sociais como satisfação com o apoio social, relações familiares, escola, pares e comportamentos relacionados com a saúde (Gaspar, Ribeiro, Leal, & Ferreira, 2009). No caso dos adultos, a qualidade de vida pode abranger vários construtos, como o emprego/desemprego (Schwefel et al., 1987), divórcio, depressão (Hallstrom & MacClure, 2000), *stress* (Barreto, Passos, & Giatti, 2009), entre outros. Deste modo, conclui-se que a abordagem da qualidade de vida dos idosos não é consensual. As conceções de qualidade de vida destas faixas etárias são caracterizadas por um importante aspeto, nomeadamente a sua multidimensionalidade. Assim, a consideração não é unicamente centrada na condição física, mas também no seu bem-estar psicológico e emocional (Schalock & Verdugo, 2003). O objetivo deste estudo é comparar a qualidade de vida entre participantes que pertencem a diferentes gerações e compreender se existem diferenças geracionais relativamente à qualidade de vida, no domínio físico e mental. Devido à multiplicidade de opiniões na definição das idades distribuídas por cada geração, nesta investigação foram estas as definições e as respetivas idades atribuídas – (Baby boomer (54 anos-74 anos); geração X (39 anos-53 anos); Geração Y (38 anos-22 anos) e Geração Z (21 anos-18 anos).

MÉTODO

Participantes

O presente estudo é de natureza quantitativa e correlacional, com uma amostra não probabilística por conveniência. A amostra é constituída por 507 participantes, 344 do sexo feminino e 160 do sexo masculino. Cerca de 139 (27%) participantes tinham entre os 18 e os 21 anos, 149 (29%)

participantes tinham entre os 22 e os 38 anos, 107 (21%) participantes tinham entre os 39 e os 53 anos e 112 (22%) participantes tinham entre 54 e 74 anos (*M*=2,41 e *DP*=1,28). A maioria dos participantes era solteiro (56%), enquanto os restantes participantes eram casados (30%), separados (6%) e viúvos (5%). A maior parte era nacionalidade portuguesa (98%) e não tinha filhos (56%), a restante maioria tinha um filho (18%), dois filhos (18%) e três filhos (4%). No que diz respeito à situação profissional, 41% eram empregados, 38% estudantes, 14% aposentados e 2% desempregados ou domésticos. Por último, 42% tinha como habilitação literária o ensino secundário, 37% o ensino superior, 10% o ensino básico e 8% o ensino primário.

Material

Nesta investigação foram integrados um questionário sociodemográfico que inclui questões sobre a idade, género, estado civil, nacionalidade, número de filhos, informações laborais e habilitações literárias. Para além disto, o questionário *Short Form Health Inventory* (SF-12 V.2) referente à avaliação do estado de saúde que pretende determinar a efetividade ou a perceção da qualidade de vida, num conjunto de doze itens e constituídos por uma escala ordinal de três e seis pontos. Os domínios do S.F.-12 encontram-se agrupados em duas componentes – Componente física (α=0,79) e componente mental (α=0,81), agrupadas em seis questões (Pais-Ribeiro, 2005; Ferreira, Ferreira, & Gonçalves, 2006). Saliento que a realização deste questionário contou com um consentimento informado, que solicitava que o preenchimento do questionário significava que o consentimento tinha sido dado e com a informação que o questionário seria anónimo e confidencial.

Procedimento

Os instrumentos incluídos encontravam-se presentes em dois formatos – por um lado, o formato *software* ao serviço do *Google Documents* e em teste de papel e lápis (Pais-Ribeiro, 1999), sendo que a nível *online* contou com 203 respostas e em formato papel e lápis com 304 respostas. A sua distribuição ocorreu entre as redes sociais e foi distribuído por familiares, amigos e conhecidos, solicitando a divulgação e a difusão dos

instrumentos nos respetivos locais de trabalho, redes sociais e rede de contactos. Para além disso, foram feitas recolha de dados presenciais em instituições, como centros de dia e universidades seniores, com o intuito de procurar sujeitos com idades mais avançadas. Em caso de dificuldades ao nível da visão ou dificuldades em compreender as perguntas efetuadas, os instrumentos eram preenchidos pelo testador, sendo as respostas do sujeito diretamente registadas. Após a recolha da amostra, foi utilizado o programa *SPSS Statistics 25* para a análise estatística dos dados.

RESULTADOS

De acordo com os resultados obtidos através da avaliação da variável sociodemográfica das idades e a variável qualidade de vida, para os participantes com idades entre os 18 aos 21 anos, em comparação com os sujeitos com 22 anos e 38 anos, não se encontram diferenças estatisticamente significativas no domínio da saúde física [t(284)=-0,03; p=0,972] nem da saúde mental [t(284)=-1,48; p=0,138]. Ao comparar com os sujeitos de 39-53 anos, conclui-se que não existem diferenças significativas no domínio da saúde física [t(243)=0,74; p=0,458]. No entanto, instituem-se diferenças ao nível da saúde mental [t(242)=-4,53; p=<0,001], sendo que os participantes com 39-53 anos evidenciam resultados superiores (M=3,64), em comparação com os participantes de 18-21 anos (M=3,50). Em relação aos participantes com 18-21 anos e 54-74 anos, ocorrem diferenças significativas no domínio da saúde física [t(189)=7,96; p=<0,001], com os participantes com 18-21 anos evidenciam resultados superiores (M=3,64) quando comparados com os participantes com 54-74 anos (M=2,94). Contudo, não existem diferenças ao nível da saúde mental [t(247)=-1,09; p=0,274].

Quanto aos participantes com 22 até aos 38 anos, e em comparação com os sujeitos de 39-53 anos, determina-se que não existem diferenças ao nível da saúde física [t(253)=0,74; p=0,457]. Não obstante, ocorrem diferenças significativas na saúde mental [t(254)=-3,37; p=0,001], ressaltando que os participantes com 39-53 anos possuem resultados superiores (M=3,96), em comparação com os sujeitos de 22-38 anos (M=3,64). Para os participantes entre os 22-38 anos, quando comparados com sujeitos entre os 54-74 anos, verificam-se diferenças significativas no domínio da saúde física [t(200)=7,82; p=<0,001], o que quer dizer que os participantes com idades

entre os 22-38 anos evidenciam resultados superiores (*M*=3,64) quando comparados com sujeitos de 54-74 anos (*M*=2,94). Contudo, não existem diferenças ao nível da saúde mental [*t*(259)=0,27; *p*=0,782]. Em comparação com os participantes com idades entre os 39-53 anos com os participantes de 54-74 anos, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas na saúde física [*t*(209)=6,71; *p*=<0,001], sendo que os sujeitos com 39-53 anos apresentam níveis superiores (*M*=3,59), em comparação com os sujeitos de 54-74 anos (*M*=2,94). O mesmo acontece na saúde mental [*t*(217)=3,38; *p*=0,001], com diferenças significativas, que espelha os sujeitos com 39-53 anos apresentam níveis superiores (*M*=3,96), em comparação com os sujeitos de 54-74 anos (*M*=3,62).

DISCUSSÃO

Tendo em consideração o objetivo deste artigo, nomeadamente a comparação da qualidade de vida entre participantes que pertencem a diferentes gerações e compreender se existem diferenças em termos geracionais relativamente à qualidade de vida, no domínio físico e mental, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados são concordantes com a revisão de literatura, que evidencia uma correlação negativa entre a idade e a qualidade de vida, o que significa que à medida que um sujeito envelhece, a qualidade de vida tende a diminuir (Martins & Mestre, 2014; Saraçlı et al., 2015). O estudo de Andrade e Martins (2011) constata que unicamente a idade influencia a perceção da qualidade de vida, dado que quanto maior for a idade do participante, pior é a sua perceção de qualidade de vida. Segundo as autoras, este resultado estará associado ao facto de que, à medida que os anos passam, os problemas de saúde aumentam, assim como a probabilidade de o indivíduo sofrer perdas, quer seja a nível físico, psicológico e social, que vai ter impacto na qualidade de vida.

Em relação à qualidade de vida, ressalta-se que a saúde física é estatisticamente significativa na população mais jovem, maioritariamente entre os sujeitos de 18-21 anos, que pertencem à geração Z e de 22-38 anos, incluídos na geração Y. Deste modo, conclui-se que quanto mais jovem o indivíduo é, melhor tende a sua saúde física. Segundo Watson e Pennebaker (1989), as doenças físicas que podem decorrer com o aumento da idade

afetam o bem-estar emocional, através da perda de controle percebido e autoestima, do isolamento social e até da perda de recursos financeiros. No que diz respeito à saúde mental, é evidente que os participantes com 39-53 anos, ou seja, que fazem parte da geração X, apresentam uma saúde mental superior. As principais causas de limitações das atividades nos idosos são as doenças, perturbações da visão e audição e as doenças mentais. Portanto, no caso dos idosos, a qualidade de vida está segregada à saúde (Steptoe, Deaton, & Stone, 2015). Desta forma, verifica-se que os sujeitos com idades avançadas experimentam maiores e significativas perdas de capacidades físicas e diminuição de funções cognitivas, domínios considerados relevantes no comprometimento da qualidade de vida do sujeito. Porém, em relação aos jovens e jovens adultos, a qualidade de vida pode estar associada a outros fatores. O estudo de Blazeviciene e Jakusovaite (2007) aponta para o facto da qualidade de vida ser o reflexo de uma associação com a satisfação consigo mesmo, os relacionamentos com as pessoas ao seu redor e a rede de apoio de pessoas próximas. O que acontece na idade adulta pode traduzir uma menor satisfação consigo mesma pelas perdas, quer físicas, quer mentais e um isolamento social. A investigação de Chamberlain e Grant (2019) sublinha que no início da idade adulta, a pior qualidade de vida foi significativamente associada a sintomas, traços impulsivos de personalidade, perturbações do humor, ansiedade e uso de substâncias. As associações de qualidade de vida e bem-estar em adultos mais jovens, geralmente são marcadamente elevados quando comparados com os adultos com idade avançada (Piazza, Charles, & Almeida, 2007).

REFERÊNCIAS

Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, *40*, 185-199.

Barreto, S., Passos, V., & Giatti, L. (2009). Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. *Revista de Saúde Pública. 43*(2), 9-17.

Bernard, M., Strasser, F., Gamondi, C., Braunschweig G., Forster, M., Elekes, K., . . . & Borasio, G. (2017). Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality

of life in palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, *54*(4), 514-522. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.019

Blazeviciene, A., & Jakusovaite, I. (2007). Value priorities and their relations with quality of life in the Baby Boomer generation of Lithuanian nurses: A cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 6-10. doi: 10.1186/1472-6955-6-10

Caldera, Y., & Hart, S. (2004). Exposure to child care, parenting style and attachment security. *Infant and Child Development*, *13*, 21-33.

Chamberlain, S., & Grant, J. (2019). Relationship between quality of life in young adults and impulsivity/ compulsivity. *Psychiatry Research, 271,* 253-258.

Dyck, D., Teychenne, M., McNaughton, S., Bourdeaudhuij, I., & Salmon, J. (2015). Relationship of the perceived social and physical environment with mental health-related quality of life in middle-aged and older adults: Mediating effects of physical activity. *PLoS ONE, 10*(3), 1-16. doi: 10.1371/journal.pone.0120475

Ferreira, L., Ferreira, P., & Gonçalves, M. (2006). Ganhos em saúde em doentes com cataratas. *Notas Económicas, 23*, 32-52.

Gaspar, T., Ribeiro, J., Leal, I., & Ferreira, A. (2009). Health related quality of life in children and adolescents and associated factors. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 9*(1), 33-48.

Grendas, L. Rodante, D., Rojas, S., Puppo, S., Vidjene, P., Lado, G., Portela, A., & Daray, F. (2017). Determinants of mental and physical health-related quality of life among patients hospitalized for suicidal behavior *Psychiatry Research, 257*, 56-60.

Hallstrom, C., & MacClure, N. (2000). *Ansiedade e Depressão.* Lisboa: Climepsi Editores.

Marques, E., Sánchez, C., & Vicario, B. (2014). Perception of the quality of life of a group of older people. *Revista de Enfermagem Referência, IV*(1), 73-81.

Martins, R., & Mestre, M. (2014). Esperança e qualidade de vida em idosos. *Millenium, 47*, 153-162.

Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pais-Ribeiro, J. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação do SF-36.* Lisboa: Fundação Merck.

Piazza, J., Charles, S., & Almeida, D. (2007). Living with chronic health conditions: Age differences in affective well-being. *Journal of Gerontology Series B: Psychological and Behavioral Sciences, 62*, 313-321.

Saraçlı, Ö., Akça, A., Atasoy, N., Önder, Ö., Şenormancı, Ö., Kaygisız, İ., & Atik, L. (2015). The relationship between quality of life and cognitive functions, anxiety and depression among hospitalized elderly patients. *Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, *13*(2), 194-200. doi: 10.9758/cpn.2015.13.2.194

Schalock, R., & Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales.* Madrid, Spain: Alianza Editorial.

Schwefel, D., Svenson, P., & Zollner, H. (1987). *Unemployment, social vulnerability and health in Europe.* Springer-Verlag.

Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet, 385* (9968), 640-648. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61489-0.

Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96*, 234 –254. http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.234

WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, *23*, 24-56. http://dx.doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO CONCELHO DE FIGUEIRA DE CASTELO RODRIGO

Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera[1] (✉ mariamfy@live.com.pt) & Anabela Almeida[2]

[1] Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade da Beira Interior, Portugal
[2] NECE – Research Unitin Business, Universidade da Beira Interior, Portugal

O envelhecimento demográfico é uma realidade inevitável, fruto de uma maior longevidade humana, à qual se associam índices de dependência acrescidos, em função do agravamento da morbilidade adquirida previamente e da maior vulnerabilidade do idoso (Ribeiro e Paúl, 2011). Segundo o Eurostat (2018) a percentagem de idosos está a aumentar em todos os estados membros da União Europeia, prevendo-se que esta tendência se mantenha significativamente ao longo das próximas décadas. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2017) salienta-se que em Portugal, o envelhecimento demográfico mantenha a atual tendência ascendente, o que corrobora com as prospeções europeias.

O envelhecimento representa o conjunto de modificações que ocorrem durante a progressão da idade, constituindo-se com um processo fisiológico inverso ao do desenvolvimento, no qual se verifica a redução progressiva das capacidades do Ser Humano, repercutindo-se a nível biopsicossocial (Fontaine, 2000). Inerente a este, associa-se o aumento da probabilidade da génese de multipatologias, e consequente aumento do nível de dependência, o que prioriza a necessidade da implementação de cuidados específicos ao idoso, com o intuito de lhe assegurar Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS; Paúl & Ribeiro, 2012). Porém, na envolvente, a rede de cuidados informal maioritariamente assume-se como insuficiente na edificação de uma resposta, o que remete para a necessidade de envergar pela seleção de opções formais, que implicam a institucionalização do idoso, o que justifica a atual expansão deste mercado, que é assegurado

maioritariamente pela intervenção social (Paúl & Ribeiro, 2012). Segundo Chambel (2016), a institucionalização retrata a permanência total ou parcial do idoso numa instituição de apoio, que se materializa no objetivo de promover a sua autonomia, favorecendo a sua continuidade no domicílio e/ou no meio sociocultural, evidenciando o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2017) que estas respostas sociais, destinadas à população idosa, sofreram um aumento significativo de 59% desde o ano de 2000, representando um total de 2700 novas respostas.

No contexto nacional, a rede formal de apoio ao idoso materializa-se, em grande percentagem, através da cooperação entre a Segurança Social e as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), disponibilizando três ofertas *major* – Estrutura Residencial para Pessoas Idosos (ERPI), Centro de Dia (CD) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) (Instituto da Segurança Social, 2017). Assim, verifica-se uma expansão positiva da cobertura social, no que respeita às ofertas para a população idosa, contudo o aumento do panorama demográfico desta porção populacional, condiciona inevitavelmente a sua capacidade de resposta, justificando o continuar do investimento neste âmbito (Chambel, 2016). Perante a atualidade desta problemática, a adequabilidade da sua resposta é um ponto fulcral, passível de operacionalização através da avaliação da perceção da QVRS, por parte dos beneficiários (Praça, 2012). O seu prévio conhecimento deve constituir os alicerces para a tomada de decisão, por parte dos Gestores de Unidades de Saúde, a fim de zelar pela eficácia, eficiência e efetividade dos serviços que disponibiliza (Praça, 2012). Assim, o objetivo investigacional assenta em avaliar a perceção da QVRS dos idosos institucionalizados em ERPI, CD e SAD no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo (FCR).

A sua pertinência desponta de investigações assentes na avaliação da perceção da Qualidade de Vida (QV) dos idosos institucionalizados, nas quais esta se evidencia como boa (Viera, Anjos, Santos, Damasceno, Sousa, & Oliveira, 2016; Marques, 2017). Em estudos comparativos entre a perceção da QV no idoso institucionalizado e não institucionalizado, a realidade descrita é de igual modo verificável, evidenciando Dias, Carvalho e Araújo (2013), que os idosos institucionalizados não apresentaram pior perceção da sua QV. Porém Vitorino, Paskulin e Vianna (2013) referem que a institucionalização não influencia a perceção da QV, mas sim as características sociodemográficas e de saúde. Daniel, Monteiro, Antunes, Fernandes e Ferreira (2018) corroboram, identificando que as caraterísticas

sociodemográficas condicionam a trajetória de saúde, sugerindo a relevância de novas investigações, com inclusão de variáveis distintas às referentes à idade e género na explicação da perceção da QVRS do idoso institucionalizado. Porém, e em soma, a influência positiva proveniente das redes formais de apoio ao idoso na perceção da sua QVRS verifica-se, segundo o descrito por Santos, Santos, Santos e Duarte (2013), Martins e Mestre (2014), Soares e Amorim (2015) e Castro e Amorim (2016). Uma vez que estas respostas formais, maioritariamente abarcam três ofertas, identifica-se a necessidade de apurar se a perceção da QVRS apesar de positiva se altera mediante a tipologia de resposta formal em usufruto, o que se enquadra nas perspetivas futuras de Marques (2017) que suscitam o continuar da investigação em idosos institucionalizados e a comparação da perceção da QV entre os que residem em instituição ou no seu domicílio, assim como nas de Estêvão (2017), que identificam a necessidade de estudos direcionadas a idosos com caraterísticas e contextos diferentes. Assim, a implementação de uma análise comparativa da QVRS mediante a tipologia da resposta formal em que o idoso está inserido, considerando a junção das suas caraterísticas sociodemográficas é passível de resultar na edificação de um contributo científico confluente à concretização de uma resposta à questão de investigação – Será que as respostas formais de apoio ao idoso, disponibilizadas pelo concelho de FCR, estão de acordo com as expetativas dos seus idosos? – possibilitando a identificação das práticas a adotar pelos Gestores de Unidades de Saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados disponibilizados pelas instituições nas suas ofertas *major* – ERPI, CD e SAD, constituindo-se o idoso como a unidade de análise. A sua concretização é possível, à luz da teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, na qual Bronfenbrenner, autor com maior destaque, evidencia que o contexto influencia o desenvolvimento humano, denotando-se que a adaptação ambiental se constitui como impulsionadora do bem-estar e da QV (Albuquerque, Amancio, Gunthe, & Higuchi, 2018).

MÉTODO

Estudo quantitativo, não experimental, descritivo-correlacional e transversal implementado mediante aplicação de questionários, sob entrevista, aos idosos institucionalizados em ERPI, CD e SAD nas onze IPSS de apoio

ao idoso do concelho de FCR. Resultante de uma fusão entre um questionário sociodemográfico e o questionário do estado de saúde do *Medical Outcomes Study* – SF-36, validado para a população portuguesa no ano de 2000 por Pedro Ferreira, o questionário em ênfase foi aplicado seletivamente aos idosos com idade igual ou superior a 65 anos e sem diagnóstico clínico de deterioração cognitiva ou Demência, no período compreendido entre 19 de agosto e 4 de outubro de 2019.

RESULTADOS

Considerando os critérios definidos para a conceção da população-alvo da investigação e após a concertação com as diligências preliminares, referentes ao pedido de autorização formal à direção das IPSS de apoio ao idoso do concelho de FCR e a obtenção do consentimento livre, informado e esclarecido dos participantes, evidencia-se que da totalidade dos idosos institucionalizados em FCR – 435 utentes, o questionário foi aplicado a 191 idosos. No seio da análise descritiva, estes compreendem uma idade entre os 65 e os 99 anos (média de 83,59±6,617 anos), maioritariamente portadores do género feminino com 58,6% (género masculino representado por uma porção de 41,4%). Relativamente ao estado civil a população-alvo é, em termos maioritários, viúva (61,8%), proveniente de meio rural (91,1%), com o 4.º ano de escolaridade (38,7%) e uma profissão na vida ativa conducente ao setor primário (51,3%). No que se refere à tipologia de resposta formal, a maior porção encontra-se em usufruto de resposta ERPI (62,8%), sendo que a responsabilidade pela sua opção advêm da rede familiar, em concreto do(a)(s) filho(a)(s) (41,4%), motivado por problemas de saúde (52,4%). Aquando em usufruto de respostas formais não residenciais – CD e SAD – em termos de coabitação, os idosos maioritariamente habitam sozinhos (23,6%). Os idosos institucionalizados em ERPI, CD e SAD no concelho de FCR recebem visitas dos filho(a)(s) e/ou familiares ocasionalmente (34,6%). Relativamente ao quotidiano lúdico, os idosos participam nas atividades promovidas pela instituição de apoio ao idoso na qual se inserem diariamente (40,3%), evidenciando como atividades de eleição o

visionamento de televisão (12%), a prática de ginástica (11,4%) e a realização de crochê (11%).

À luz da investigação atual, passível de explicitação com base na Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, a casuística sociodemográfica assim como a tipologia de resposta formal em usufruto, apresenta carácter de influenciar a perceção da QVRS dos idosos institucionalizados. Porém, empiricamente, verifica-se que existem diferenças significativas no que se refere às perceções da QVRS dos idosos institucionalizados em ERPI, CD e SAD no concelho de FCR em função das suas caraterísticas sociodemográficas, assim como da tipologia de resposta formal de apoio ao idoso em usufruto.

DICUSSÃO

O conhecimento da perceção da QVRS constitui-se como um instrumento auxiliar em processos de decisão, na gestão de uma instituição de apoio ao idoso, potenciado a adequação e qualidade das respostas às necessidades emergentes. A identificação de fatores, passíveis de se constituir como aliados à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, é premente na casuística atual, a fim de facultar às instituições de apoio ao idoso evidências científicas à tomada de decisão, com vista à promoção da saúde da população beneficiária. Assim, e simultaneamente, o conhecimento da perceção da QVRS projeta duplos benefícios, contribuindo positivamente na intervenção clínica à população idosa, assim como na sustentabilidade da instituição de apoio ao idoso, face ao adequar da intervenção vindoura.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, D., Amancio, D.; Gunther, I., & Higuchi, M. (2018). Contribuições teóricas sobre o envelhecimento na perspectiva dos estudos pessoa-ambiente. *Psicologia* USP, 29 (3), 442-450. doi.org/10.1590/0103-656420180142

Castro, M., & Amorim, I. (2016). Qualidade de Vida e Solidão em Idosos Residentes em Lar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Edição Especial 3), 39-44. doi.org/10.19131/rpesm.0115

Chambel, D. (2016). *Trabalhar Com Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal.

Daniel, F., Monteiro, R., Antunes, S., Fernandes, R., & Ferreira, P. (2018). Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde de Pessoas Idosas numa Perspetiva de Género. *Portuguese Journal of Public Health*, *36*(2), 59-65. doi.org/10.1159/000490929

Dias, D.; Carvalho, C. e Araújo, C. (2013). Comparação da Percepção Subjetiva de Qualidade de Vida e Bem-estar de Idosos que Vivem Sozinhos, com a Família e Institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *16*(1), 127-138. doi.org/10.1590/S1809-98232013000100013

Estêvão, S. (2017). *Qualidade de Vida de Idosos em Centro de Dia e em Serviço de Apoio Domiciliário*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Algarve, Portugal.

Eurostat (2018). *Estrutura populacional e envelhecimento*. Acedido a 8 de abril de 2019 em: https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento.* Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Instituto da Segurança Social. (2017). *Guia Prático: Apoios Sociais – Pessoas Idosas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de População Residente: 2015-2080*. Destaque informação à comunicação social. Acedido a 8 de abril de 2019 em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boDESTAQESmodo=2

Marques, A. (2017). *Bem-estar Subjetivo e Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal.

Martins, R., & Mestre, M. (2014). Esperança e Qualidade de Vida em Idosos. *Millenium*, *47*, 153-162.

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, (2017). *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2017*. Lisboa: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.

Praça, M. (2012). *QVRS: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes Nordeste*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal.

Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.

Santos, R., Santos, P., Santos, V., & Duarte, J. (2013). A QV do idoso: O caso da Cova da Beira. *Referência*, *11*, 37-48.

Soares, A., & Amorim, M. (2015). Qualidade de Vida e Espiritualidade em Pessoas Idosas Institucionalizadas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Edição Especial 2), 45-51.

Vieira, S., Anjos, M., Santos, F., Damasceno, C., Sousa, C., & Oliveira, A. (2016). Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Interdisciplinar, 9*(4), 1-11.

Vitorino, L., Paskulin, L., & Vianna, L. (2013). Qualidade de Vida de Idosos da Comunidade e de Instituições de Longa Permanência: estudo comparativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 21*(9). doi.org/10.1590/S0104-11692013000700002

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

QUALIDADE E PROPÓSITO DE VIDA

Sara Pereira[1] (✉ sara.pereira.psicologia@gmail.com), José Pais-Ribeiro[2], & Isabel Leal[2]

[1] ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

[2] WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

O conceito de qualidade de vida é complexo e multifatorial, remontando aos anos vinte a utilização do termo pela primeira vez (Pais-Ribeiro, 2009). A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi uma das primeiras entidades a descrever este construto, definido como a perceção do indivíduo sobre a sua posição no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994). É um termo complexo, com impacto na saúde física e mental, nas crenças pessoais, relações sociais e a sua ligação com características importantes do seu ambiente. Já a saúde, foi determinada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença. Deste modo, compreende-se que a medição da saúde e os efeitos dos cuidados de saúde devem incluir não apenas uma indicação de alterações na frequência e gravidade das doenças, mas também uma estimativa de bem-estar, ou seja, da qualidade de vida (https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/).

Para Engel (1977), o modelo dominante é o modelo biomédico. Porém, apresenta limitações dado que fornece um entendimento básico dos determinantes da doença o chegar a tratamentos racionais e padrões de cuidados de saúde, um modelo médico também deve ter em consideração o paciente, o contexto social em que ele vive. Contrariamente, o modelo biopsicossocial explica que a saúde depende de três fatores que se encontram inter-relacionados – biológicos, psicológicos e sociais. Neste modelo, o fator biológico pode corresponder ao indicador de qualidade de vida, 'saúde física', o fator psicológico pode corresponder a 'funcionamento psicológico' e 'bem-estar emocional' e o fator social pode corresponder aos restantes indicadores. Assim, a qualidade de vida pode ser considerada um conceito amplo que tem

implicações na saúde física e mental de um indivíduo. Estudos evidenciaram a existência de uma relação entre o exercício físico, saúde mental e qualidade de vida (Abreu, & Dias, 2017; Dobewall, Tark, & Aavik, 2018). Tendo em consideração o domínio mental, em 2002, a OMS referiu que este conceito aglomera "o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa" (OMS, 2002, p. 32). Por outro lado, o domínio físico pode estar relacionado com aspetos como a dor e o desconforto, energia, fadiga e descansar (Bennett, & Morrison, 2009).

São múltiplos os construtos que apresentam uma relação com a qualidade de vida e um destes construtos é o propósito de vida, comprovada pelo estudo de Mirandola et al. (2019). Ter um forte senso de propósito na vida ou um conjunto de objetivos derivados dos valores essenciais de um indivíduo está associado a um melhor funcionamento físico e biológico (Zilioli, Slatcher, Ong, & Gruenewald, 2015). Ryff, e Keyes (1995) apontam para um modelo teórico criado por Ryff de bem-estar psicológico que engloba seis dimensões de bem-estar e uma delas é o propósito de vida, que remete para a crença de que a vida é propositada e significativa. Neste sentido, foram encontradas correlações positivas fortes entre o propósito na vida e vários indicadores de bem-estar psicológico e correlações negativas com indicadores de sofrimento psíquico. O mesmo acontece com García-Alandete (2015) e Rathi, e Rastogi (2007) devido à relação entre o significado na vida e as dimensões do bem-estar psicológico, na medida em que a experiência de significado e propósito de vida são importantes para o bem-estar psicológico. Então, é possível deduzir que existe uma relação entre estas duas variáveis. Desta forma, o objetivo desta investigação foi compreender se existe uma associação entre a qualidade e o propósito de vida e se os seus domínios apresentam uma relação.

MÉTODO

Participantes

O presente estudo apresenta uma metodologia quantitativa e correlacional, com uma amostra não probabilística por conveniência. A amostra é constituída por 507 participantes, 344 do sexo feminino e 160 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os dezoito aos setenta e quatro

anos (*M*=2,41; *DP*=1,28). A maioria dos participantes era solteiro (56%), enquanto os restantes participantes eram casados (30%), separados (6%) e viúvos (5%). A maior parte era nacionalidade portuguesa (98%) e não tinha filhos (56%), a restante maioria tinha um filho (18%), dois filhos (18%) e três filhos (4%). No que diz respeito à situação profissional, 41% eram empregados, 38% estudantes, 14% aposentados e 2% desempregados ou domésticos. Por último, 42% tinha como habilitação literária o ensino secundário, 37% o ensino superior, 10% o ensino básico e 8% o ensino primário.

Material

No presente estudo foram incluídos um questionário sociodemográfico com questões sobre a idade, género, estado civil, nacionalidade, número de filhos, informações laborais e habilitações literárias. Além disso, foi utilizado o questionário *Short Form Health Inventory* (SF-12 V.2) e o *Meaning in Life Questionnaire* (MQL). Em relação ao instrumento S.F.-12 V2, referente à avaliação do estado de saúde que pretende avaliar a efetividade ou a perceção da qualidade de vida, num conjunto de doze itens e constituído por uma escala de Likert com três e cinco pontos (Pais-Ribeiro, 2005). É constituído por duas dimensões, nomeadamente a saúde física (α=0,79) e a saúde mental (α=0,81). O MQL é referente ao sentido de vida, um instrumento de autoadministração constituído por dez itens, divididos numa escala de Likert de sete pontos, que se relacionam com a procura e o processo de busca de sentido, medindo a motivação para encontrar um sentido para a sua vida e a existência de um sentido de vida, que avalia a presença e existência de um sentido de vida e a avaliação subjetiva que a vida tem sentido. Este instrumento encontra-se dividido em duas componentes, nomeadamente pela existência de sentido de vida (α=0,72) e procura de sentido de vida (α=0,65) (Simões, Oliveira, Lima, Vieira, & Nogueira, 2010). É de referir que a aplicação de questionários foi anónima e confidencial e incluía um consentimento informado, que solicitava que o preenchimento do questionário significava que o consentimento tinha sido dado.

Procedimento

Os instrumentos incluídos encontravam-se presentes em dois formatos – por um lado, o formato *software* ao serviço do *Google Documents* e em teste de papel e lápis (Pais-Ribeiro, 1999), sendo que o primeiro formato contou

com duzentas e três respostas e em formato papel e lápis com trezentas e quatro respostas. A sua distribuição ocorreu entre as redes sociais e foi distribuído por familiares, amigos e conhecidos, solicitando a divulgação e a difusão dos instrumentos nos respetivos locais de trabalho, redes sociais e rede de contactos. Para além disso, foram feitas recolha de dados presenciais em instituições, como centros de dia e universidades séniores, com o intuito de procurar sujeitos com idades mais avançadas. Em caso de dificuldades ao nível da visão ou dificuldades em compreender as perguntas efetuadas, os instrumentos eram preenchidos pelo testador, sendo as respostas do sujeito diretamente registadas. Após a recolha da amostra, foi utilizado o programa *SPSS Statistics 25* para a análise estatística dos dados.

RESULTADOS

Tendo em conta que o objetivo é averiguar a associação entre a qualidade de vida e propósito de vida, foi utilizado a Correlação de Pearson, ao verificar-se a distribuição normal das variáveis, verifica-se a existência de uma correlação positiva moderada entre os domínios da qualidade de vida, designadamente, entre a saúde mental e a saúde física. Esta associação estatística simboliza que quanto maior a saúde mental, maior a saúde física (r=0,55; p=<0,001). De acordo com os resultados, existe uma associação positiva moderada entre um dos domínios do propósito de vida, relacionado com a presença e existência de um sentido de vida e a saúde mental, do domínio da qualidade de vida (r=0,42; p=<0,001). Isto quer dizer que quanto maior for a presença e existência de um sentido de vida, maior é a saúde mental de um indivíduo. Também foi observado uma associação positiva baixa entre a existência de um sentido de vida e a saúde física (r=0,15; p=0,001) e associações negativas baixas entre a procura de sentido e a saúde física (r=-0,19; p=<0,001), saúde mental (r=-0,27; p=<0,001) e a presença e a procura de um sentido de vida (r=-0,21; p=<0,001).

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos, evidencia-se que a qualidade de vida conta com uma relação entre os seus domínios, designadamente, entre

a saúde mental e saúde física, ou seja, quanto maior for a saúde mental, maior a saúde física. Na revisão de literatura, estes conceitos também se encontram de mãos dadas, começando pela definição da OMS (1947), ao especificar a saúde como um estado completo de bem-estar, que inclui o nível físico e mental, sendo a qualidade de vida encarada como um conjunto de domínios, integrando o físico e o psicológico. Mais concretamente, existe uma relação entre as variáveis em causa, nomeadamente entre um dos domínios do propósito de vida, relacionado com a presença de sentido de vida e a saúde mental, do domínio da qualidade de vida. Isto quer dizer que quanto maior for a presença e existência de um sentido de vida, maior é a saúde mental, ou então, quanto maior a saúde mental de um sujeito, maior a existência de um sentido de vida. Este resultado é concordante com investigações anteriores (Santos, Oguan, Magramo, & Paat, 2012; Steger, 2018). Ryff, e Keyes (1995) identificaram uma associação entre as variáveis associadas ao significado da vida, de diferentes indicadores de bem-estar psicológico e de correlações entre estes indicadores com o desconforto psicológico. Por consequência, a presença de sentido de vida exprime uma relação positiva com o bem-estar e também com a satisfação com a vida e afeto positivo, e negativamente como resultado da ausência de sentido de vida, como enfatiza Steger et al. (2006). Portanto, possuir um maior sentido de vida está associado a medidas de funcionamento psicológico saudável como a autenticidade, competência para a tomada de decisão, satisfação na vida, felicidade, facilitador de *coping* adaptativo e afetos positivos (Kraus, Rodrigues, & Dixe, 2009). Ho, Cheung, e Cheung (2010) descreveram o significado de vida e o otimismo como associados à satisfação de vida. A investigação de García-Alandete (2015) também sublinha as correlações positivas entre o sentido da vida e o bem-estar psicológico, o que sublinha que o significado da vida é um preditor relevante de bem-estar psicológico. Todavia, existe uma relação negativa entre o sentido da vida e problemas psicológicos, e por outro lado, uma relação positiva entre o sentido da vida, a saúde mental e o bem-estar psicológico. Cohen, e Cairns (2010) referem que os participantes que apresentavam altos níveis de procura de significado de vida e baixos níveis de presença de significado evidenciaram níveis clínicos de depressão. Ainda nesta linha, os indivíduos que apresentaram altos níveis de presença e procura de significado na vida registaram um maior bem-estar subjetivo. Unicamente

quando a presença de significado é baixa parece afetar os níveis de bem-estar. De acordo com esta investigação, não se verificaram diferenças ao nível da procura de sentido de vida, e no que toca à saúde física, constata-se que o propósito de vida apresenta uma correlação baixa com a saúde física, contrariando estudos que sugerem que o forte significado na vida está associado a uma melhor saúde física (Krause, 2009).

REFERÊNCIAS

Bennett, P., & Morrison, V. (2009). *An introduction to Health Psychology* (2ª ed.). Pearson Prentice Hall.

Dobewall, H., Tark, R., & Aavik, T. (2018). Health as a value and its association with health-related quality of life, mental health, physical health, and subjective well-being. *Applied Research in Quality of Life, 13*(4), 859-872. doi: 10.1007/s11482-017-9563-2

García-Alandete, J. (2015). Does meaning in life predict psychological well-being? An analysis using the spanish versions of the purpose-in-life test and the ryff's scales. *The European Journal of Counselling Psychology, 3*(2), 89-98, doi: 10.5964/ejcop.v3i2.27

Ho, M., Cheung, F., & Cheung, S. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences, 48*, 658-663. doi: 10.1016/j.paid.2010.01.008

Kraus, T., Rodrigues, M., & Dixe, M. (2009). Sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano. *Revista referência*, *10*, 77-88.

Krause, N. (2009). Meaning in life and mortality. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 64*(4), 517-527. doi: 10.1093/geronb/gbp047.

Odília, A., & Dias, Simões, I. (2017). Physical exercise, mental health and quality of life in ESECS/IPL. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *18*(2), 512-526. doi: 10.15309/17psd180219

Organização Mundial de Saúde. (1947). WHOQOL: Measuring quality of life. Consultado a 15 de julho de 2019 através de https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório mundial da saúde – Saúde mental: Nova conceção, nova esperança*. Lisboa: Direção Geral da Saúde/Climepsi.

Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pais-Ribeiro, J. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação do SF-36.* Lisboa: Fundação Merck.

Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. de Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso

Mirandola, D., Monaci, M., Miccinesi, G., Vannuzzi, A., Sgambati, E., Manetti, M., & Marini, M. (2019). Psychological well-being and quality of life in visually impaired baseball players: An Italian national survey. *PLoS ONE 14*(6), 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0218124

Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(4), 719-727. doi: 10.1037//0022-3514.69.4.719

Santos, M., Oguan, J., Magramo, C., & Paat, J. (2012). Meaning in life and subjective well-being: Is a satisfying life meaningful? *Journal of Arts, Science & Commerce, III*(4), 32-40.

Simões, A., Oliveira, A., Lima, M., Vieira, C., & Nogueira, S. (2010). O M.L.Q.: Um instrumento para avaliar o sentido da vida. *Psicologia, Educação e Cultura*, *2*, 247-268.

Steger, M., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology, 53*(1), 80-93. doi: 10.1037/0022-0167.53.1.80

Steger, M. (2018). Meaning and well-being. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being,* 1-10. *Salt Lake City, UT*: DEF Publishers. doi: nobascholar.com

WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, *23*, 24-56. doi:org/10.1080/00207411.1994.11449286

Zilioli, S., Slatcher, R., Ong, A., & Gruenewald, T. (2015). Purpose in life predicts allostatic load ten years later. *Journal of Psychosomatic Research, 79*, 451-457. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.09.013

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

QUALIDADES PSICOMÉTRICAS DO INVENTÁRIO DE ENVOLVIMENTO ACADÉMICO (USEI) EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Hugo Assunção[1] & João Marôco[1]

[1] WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

O conceito de envolvimento surgiu no contexto profissional, tendo sido recentemente expandido para o contexto educacional (Bresó, Schaufeli, & Salanova, 2011). O envolvimento pode ser promovido através de intervenções que evitam o abandono em potencial (Appleton, Christenson, & Furlong, 2008). O envolvimento académico promove bons resultados académicos, leva a uma maior auto-eficácia e a uma menor incidência de problemas de desempenho e abandono escolar (Fredricks, Blumenfeld, & Paris, 2004).

Neste artigo, seguimos a conceptualização de Marôco et al. (2016) que expande a definição de envolvimento académico com o modelo norte-americano para estudantes universitários (Maroco, Maroco, Bonini Campos, & Fredricks, 2016). O "University Students Engagement Inventory" (USEI) avalia o envolvimento académico nas suas dimensões comportamentais, cognitivas e emocionais do envolvimento académico em estudantes universitários. A dimensão comportamental está relacionada a comportamentos normativos positivos, como por exemplo, o respeito das regras sociais e institucionais. A dimensão cognitiva refere-se aos pensamentos, percepções e estratégias dos alunos em relação à aquisição de conhecimento ou ao desenvolvimento de competências académicas, por exemplo a capacidade de organizar e integrar informações diferentes num todo coerente. A dimensão emocional refere-se a sentimentos positivos e negativos relacionados com o processo de aprendizagem, actividades em sala de aula, colegas e professores. O USEI foi criado para medir o envolvimento dos alunos no contexto universitário, em oposição ao contexto organizacional (García-

Ros, Tomás, & Fernández, 2017) ou o contexto do aluno em outros níveis escolares (J. Fredricks et al., 2011). Estudos anteriores, demonstraram que o USEI apresenta validade, fiabilidade e invariância métrica entre géneros e áreas de estudo em estudantes universitários da universidade do Minho (Sinval, Casanova, Marôco, & Almeida, 2018).

Neste artigo, esperamos replicar os resultados anteriores, utilizando uma amostra de maior dimensão e mais diversificada com estudantes universitários de todos os distritos de Portugal. O USEI deverá apresentar evidência de validade factorial (consistência interna, validade convergente e discriminante) (H1), invariância de medida entre géneros e áreas de estudo (H2) e validade preditiva para o desempenho académico, a taxa de aprovação do curso, presença da síndrome de *burnout* e intenção desistir do curso (H3) numa amostra alargada de estudantes universitários de Portugal continental e regiões autónomas.

MÉTODO

Participantes

Participaram 1066 estudantes portugueses do ensino superior (65% ♀; *M*=22,8 anos, *DP*=6.2 anos). Os dados foram recolhidos online através da plataforma Qualtrics e distribuídos através das associações de estudantes e redes sociais. O consentimento informado para e a confirmação de inscrição em uma instituição de ensino superior foram requeridos antes de iniciar o questionário.

Material

O inventário de envolvimento académico universitário (USEI) (Marôco et al., 2016) foi utilizada como medida de envolvimento académico. O envolvimento académico foi conceptualizado como um constructo de segunda ordem reflectido nas dimensões de primeira ordem: comportamental, cognitiva e emocional. O USEI consiste em 15 itens ordinais de autorelato. A sua escala de respostas varia entre '1-Nunca' e '5-Sempre'.

O inventário de *burnout* MBI-SSi (Marôco, Marôco, & Campos, 2014) foi utilizado como medida de *burnout* académico. O *burnout* académico é

conceptualizado como constructo de segunda ordem reflectido nas dimensões de primeira ordem: exaustão, cinismo e ineficácia. O MBI-SSi consiste em 15 itens ordinais de auto-relato cuja escala de resposta varia entre '1-Nunca' e '7-Todos os dias.

As variáveis demográficas avaliadas foram o género, a idade e o distrito. As variáveis académicas avaliadas foram: a área de estudo (ciências humanas e sociais, ciências exactas, ciências biológicas e ciências da saúde), tipo de curso (licenciatura, mestrado, doutoramento), ano do curso, desempenho académico subjectivo, taxa de aprovação, expectativas em relação ao curso e intenção de desistir do curso.

Análise de dados

Estatística descritiva e sensibilidade dos itens. A estatística descritiva foi obtida com o pacote *skimr* (McNamara, Arino de la Rubia, Zhu, H., Ellis, S., & Quinn, 2018) e o pacote *psych* (Revelle & Revelle, 2015) do programa R (Team, 2013). O mínimo, máximo, média, desvio padrão, assimetria e curtose e histogramas foram calculados para cada item. Valores absolutos de assimetria e curtose acima de 7 e 3, respectivamente, foram considerados indicativos de fortes desvios à normalidade e baixa sensibilidade psicométrica dos itens (Marôco, 2014).

Análise factorial confirmatória e invariância métrica. A análise factorial confirmatória (AFC) foi realizada com o pacote *lavaan* (Rosseel, 2012) para avaliar as propriedades psicométricas do USEI e do MBI-SSi. Foram utilizados os seguintes índices de qualidade de ajuste: χ^2, CFI, TLI, RMSEA e SRMR. O ajuste do modelo foi considerado aceitável para valores de CFI e TLI acima de .90 e os valores de RMSEA e SRMR abaixo de .06 e .08 (Marôco, 2014).

Para analisar a validade factorial, a validade convergente foi analisada através da variância extraída média (VEM; Fornell & Larcker, 1981), a validade discriminante através das correlações heterotraço-monotraço (HTMT; Henseler, Ringle, & Sarstedt, 2015) e da comparação do quadrado da correlação entre fatores e as respetivas VEM (Fornell & Larcker, 1981). A consistência interna usando o coeficiente alfa de Cronbach (α), o coeficiente omega (ω) e o coeficiente omega hierárquico (ωh). Valores de VEM≥.5, HTMT<.7, α≥.7 e ω≥.7 foram considerados como bons indicadores validade factorial (Marôco, 2014).

Para detectar diferenças na forma como o USEI mede o constructo de envolvimento académico entre géneros, um conjunto de modelos aninhados com indicadores de equivalência foram criados. A invariância métrica foi avaliada usando o critério | ΔCFI |<.01 (Cheung & Rensvold, 2002) e | ΔRMSEA |<.01 (Rutkowski & Svetina, 2014). A AFC e a análise de invariância métrica entre géneros e áreas de estudo foram realizadas utilizando estimação robusta de máxima verossimilhança, sendo que os indicadores utilizados são escalados.

Validade preditiva de critério. Para avaliar a validade de critério preditivo, o desempenho académico, a taxa de aprovação, os níveis de *burnout* e a intenção de desistência dos alunos foram regredidas simultaneamente no envolvimento académico com o método dos mínimos quadrados.

RESULTADOS

Estatística descritiva e sensibilidade dos itens

As seguintes propriedades dos itens do inventário USEI são apresentados na Tabela 1: Média (M), desvio-padrão (DP), mínimo, quartis, máximo, assimetria (Sk), curtose (Ku), e histograma. Nenhum item apresentou valores de assimetria e curtose indicadores de desvios graves à distribuição normal, revelando baixa sensibilidade psicométrica.

Tabela 1

Propriedades da distribuição dos itens do USEI (R – invertido)

Item	*M*	*DP*	*Min*	*p25*	*p50*	*p75*	*Max*	*Sk*	*Ku*	Histograma
1	2.52	.85	0	2	3	3	4	-.58	.18	
2	3.29	.78	0	3	3	4	4	-1.16	1.77	
3	2.64	1.08	0	2	3	3	4	-.56	-.4	
4	1.96	1.19	0	1	2	3	4	.11	-.97	
5	3.21	.88	0	3	3	4	4	-1	.61	
6^{R}	2.24	1.12	0	2	2	3	4	-.24	-.61	
7	2.07	.94	0	1	2	3	4	-.11	-.43	
8	2.46	.99	0	2	3	3	4	-.38	-.41	
9	2.43	.92	0	2	2	3	4	-.23	-.39	
10	1.92	.99	0	1	2	3	4	.06	-.5	
11	2.45	1.08	0	2	3	3	4	-.39	-.52	
12	2.3	.96	0	2	2	3	4	-.18	-.39	
13	3.16	.89	0	3	3	4	4	-.99	.63	
14	2.85	.89	0	2	3	3	4	-.53	.01	
15	2.92	.88	0	2	3	4	4	-.53	-.12	

Análise factorial confirmatória, invariância métrica e validade preditiva

O modelo do USEI apresentou um ajustamento adequado aos dados ($\chi^2(87)=359.092$, *CFI*=.939, *TLI*=.926, *RMSEA*=.054, *SRMR*=.045). Os coeficientes estruturais de segunda ordem foram elevados para o factor comportamental (γ=.87; p<.001) e emocional (γ=.74; p<.001), mas moderado para o factor cognitivo (γ=.58; p<.001).

A variância extraída média (VEM) foi moderada para o factor emocional (VEM_{EM}=.62) e cognitivo (VEM_{CO}=.52), mas baixa para o factor comportamental (VEM_{CP}=.34). A VEM_{EM} foi maior que o $r^2_{EM.CP}$ (.43) e o $r^2_{EM.CO}$ (.20). A VEM_{CO} foi maior que o $r^2_{CO.CP}$ (.29) e o $r^2_{CO.EM}$ (.20). Todas as correlações inter-construto HTMT ficaram abaixo do critério de .7 ($HTMT_{CP.EM}$=.63, $HTMT_{CP.CO}$=.53 e $HTMT_{EM.CO}$=.43). Estes resultados, que podem ser consultados na Tabela 2, indicam que o USEI apresenta validade convergente e discriminante.

Tabela 2

Variância extraída média (diagonal da matriz), Variância explicada (R^2; triângulo inferior da matriz), Correlações HTMT (triângulo superior da matriz)

Dimensões do USEI	Comportamental	Emocional	Cognitivo
Comportamental	.34	.63	.53
Emocional	.43	.62	.43
Cognitivo	.10	.06	.52

Os valores α Cronbach e ω de McDonald foram superiores a .70 em todos os factores excepto no factor comportamental (α=.66, ω=.67) e maiores que .8 na escala total. O ómega hierárquico para os scores totais foi superior a .8 (ω_h=.88), o que valida a existência de um factor de segunda ordem tal como proposto previamente (Marôco et al., 2016; Sinval et al., 2018). Estes resultados indicam que as dimensões do USEI apresentam uma fiabilidade adequada.

O modelo MBI-SSi apresentou um ajustamento adequado aos dados [$\chi^2(87)=898.254$, *CFI*=.901, *TLI*=.881, *RMSEA*=.093, e *SRMR*=.058]. Os coeficientes estruturais de segunda ordem apresentaram valores elevados para o factor de exaustão (γ=.73; p<.001), cinismo (γ=.87; p<.001) e

ineficácia (γ=.93; p<.001). Os valores α Cronbach e ω de McDonald foram maiores que .85 para todos os factores e para os scores totais. O ómega hierárquico dos scores totais foi elevado (ω_h=.926), indicando que o MBI-SSi apresenta uma consistência interna adequada.

O USEI apresentou invariância escalar entre géneros (Tabela 3) e áreas de estudo (Tabela 4).

Tabela 3

Comparação de modelos do USEI para invariância entre géneros

Modelo	*df*	χ^2_{scaled}	*CFI*	*TLI*	*RMSEA*	*SRMR*	Δdf	$\Delta\chi^2$	ΔCFI	$\Delta RMSEA$
Configuracional	168	306	.957	.947	.05	.048				
Pesos fatoriais	180	314	.959	.952	.048	.049	9	12	.001	.005
Interceptos	192	350	.952	.947	.05	.052	36	12	-.007	-.005
Pesos de 2ª ordem	194	352	.951	.947	.05	.054	2	2	0	0
Médias	197	363	.949	.946	.051	.056	11	3	-.002	-.002

Nota. $\Delta\chi^2$ escalonados com a correção de Satorra-Bentler.

Tabela 4

Comparação de modelos do USEI para invariância entre áreas de estudo

Modelo	*df*	χ^2	*CFI*	*TLI*	*RMSEA*	*SRMR*	Δdf	$\Delta\chi^2$	ΔCFI	$\Delta RMSEA$
Configuracional	336	487	.927	.909	.066	.075				
Pesos fatoriais	372	536	.921	.911	.065	.09	48	36	-.006	.002
Interceptos	408	591	.912	.909	.066	.093	55	36	-.009	-.002
Pesos de 2ª ordem	414	604	.909	.907	.067	.099	13	6	-.003	-.002
Médias	423	622	.904	.905	.068	.102	19	9	-.005	-.003

Nota. $\Delta\chi^2$ escalonados com a correção de Satorra-Bentler.

O USEI apresentou validade preditiva em relação aos níveis de *burnout* académico (β=-.782, R^2=.612, p<.001), intenção de desistir (β=-.535, R^2=.287, p<.001), performance académica (β=.506, R^2=.256, p<.001), expectativas do curso (β=.517, $R^{2=}$.268, p<.001) e taxa de aprovação (β=.219, R^2=.048, p<.001).

DISCUSSÃO

A medição do envolvimento surgiu no mundo organizacional (Schaufeli et al., 2002), mas sua importância em outras actividades, levou ao desenvolvimento de instrumentos de medida no contexto educacional.

O envolvimento académico é determinante para o sucesso académico, promovendo o bem-estar e reduzindo o stress e a intensão de desistir do curso.

Neste artigo, relatamos as propriedades psicométricas do USEI (Maroco et al. 2016) numa amostra diversificada de alunos universitários portugueses. Os itens do USEI apresentam uma sensibilidade psicométrica adequada (Tabela 1). As suas dimensões apresentam uma validade factorial adequada, com bons índices de ajustamento aos dados, índices de validade convergente. validade divergente e consistência interna (Tabelas 2 e 3), confirmando a nossa primeira hipótese (H1). O USEI apresentou invariância de medida entre géneros e áreas de estudo (Tabelas 4 e 5), confirmando a nossa segunda hipótese (H2) e apresentou validade preditiva em relação ao desempenho académico, a taxa de aprovação do curso, níveis *burnout* académico e intenção desistir do curso, confirmando a nossa terceira hipótese (H3).

Este estudo demonstra que as pontuações das três dimensões do USEI são medidas válidas e fiáveis que podem ser combinadas para formar uma pontuação total do envolvimento académico em estudantes universitários portugueses. Estes resultados vão ao encontro dos resultados de estudos anteriores (Costa, Araújo, & Almeida, 2014; Maroco et al., 2016; Sinval et al., 2018).

Concluímos que o USEI pode ser utilizada com confiança para prever variáveis académicas importantes como a taxa de aprovação, níveis de *burnout* e intensão de desistir do curso. Este inventário poderá ser útil para a avaliação e intervenção junto de alunos do ensino superior.

REFERÊNCIAS

Appleton, J. J., Christenson, S. L., & Furlong, M. J. (2008). Student engagement with school: Critical conceptual and methodological issues of the construct. *Psychology in the Schools*, *45*(5), 369-386. https://doi.org/10.1002/pits.20303

Bresó, E., Schaufeli, W. B., & Salanova, M. (2011). Can a self-efficacy-based intervention decrease *burnout*, increase engagement, and enhance performance? A quasi-experimental study. *Higher Education*, *61*(4), 339-355. https://doi.org/10.1007/s10734-010-9334-6

Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for Testing Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *9*(2), 233-255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5

Costa, A. R., Araújo, A. M., & Almeida, L. S. (2014). Envolvimento Académico de Estudantes de Engenharia: Contributos para a Validação Interna e Externa de uma Escala de Avaliação. Retrieved from http://www.revistaepsi.com

Fornell, C., & Larcker, D. (1981). Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics.

Fredricks, J. A., Blumenfeld, P. C., & Paris, A. H. (2004). School Engagement: Potential of the Concept, State of the Evidence. *Review of Educational Research*, *74*(1), 59-109. https://doi.org/10.3102/00346543074001059

Fredricks, J., Mccolskey, W., Meli, J., Montrosse, B., Mordica, J., & Mooney, K. (2011). *Measuring student engagement in upper elementary through high school: a description of 21 instruments*.

García-Ros, R., Tomás, J. M., & Fernández, I. (2017). The Schoolwork Engagement Inventory: Factorial Structure, Measurement Invariance by Gender and Educational Level, and Convergent Validity in Secondary Education (12-18 Years) Assessment higher education View project Promotion of Sustainable Development and Road Safety for Cyclists View project. *Article in Journal of Psychoeducational Assessment*. https://doi.org/10.1177/0734282916689235

Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2015). A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *43*(1), 115-135. https://doi.org/10.1007/s11747-014-0403-8

Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações (2nd ed.)*. Pêro Pinheiro, Portugal: ReportNumber.

Maroco, J., Maroco, A. L., Bonini Campos, J. A. D., & Fredricks, J. A. (2016). University student's engagement: Development of the University Student Engagement Inventory (USEI). *Psicologia: Reflexao e Critica*, *29*(1). https://doi.org/10.1186/s41155-016-0042-8

Maroco, J., Maroco, A. L., & Campos, J. A. D. B. (2014). Student's Academic Efficacy or Inefficacy? An Example on How to Evaluate the Psychometric Properties of a Measuring Instrument and Evaluate the Effects of Item Wording. *Open Journal of Statistics*, *04*(06), 484-493. https://doi.org/10.4236/ojs.2014.46046

McNamara, A., Arino de la Rubia, E., Zhu, H., Ellis, S., & Quinn, M. (2018). skimr: Compact and flexible summaries of data. *R Package Version, 1*.

Revelle, W., & Revelle, M. W. (2015). *Package 'psych.'*

Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, *48*(2), 1-36. https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02

Rutkowski, L., & Svetina, D. (2014). Assessing the Hypothesis of Measurement Invariance in the Context of Large-Scale International Surveys. *Educational and Psychological Measurement*, *74*(1), 31-57. https://doi.org/10.1177/0013164413498257

Sinval, J., Casanova, J. R., Marôco, J., & Almeida, L. S. (2018). University student engagement inventory (USEI): Psychometric properties. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-018-0082-6

Team, R. C. (2013). R: A language and environment for statistical computing.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DO SONO E AS COMPETÊNCIAS/PROBLEMAS EM IDADE ESCOLAR

Inês Rodrigues[1], Marta Antunes[2], Catarina Perpétuo[2], & Manuela Veríssimo[2]

[1] ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

[2] WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

Na idade escolar, cerca de 25% das crianças experiencia algum tipo de problema relacionado com o sono. Estes incluem a interrupção do sono por despertares noturnos, o adiamento da hora do dormir pelo aumento da latência ao início do sono e outros fenómenos que conduzem a um sono de duração e qualidade insuficientes (Owens, Spirito, McGuinn, & Nobile, 2000). Alguns estudos têm recorrido a medidas objetivas, como a actigrafia (e.g., Philbrook, Hinnant, Elmore-Staton, Buckhalt, & El-Sheikh, 2017; Vaughn, Elmore-Staton, Shin, & El-Sheikh, 2015). No entanto, as medidas objetivas não permitem aceder a dimensões subjetivas relativas à qualidade do sono e comportamentos associados, pelo que as medidas de relato parental são um complemento útil à caracterização do sono em idade escolar.

Os problemas de sono têm repercussões a nível escolar. Uma das áreas que parece refletir este impacto é o desempenho em tarefas cognitivas, quer em crianças que dormem por um tempo insuficiente, devido a fatores naturais (Buckhalt, El-Sheikh, Keller, & Kelly, 2009), quer devido à restrição experimental do tempo de sono (Fallone, Acebo, Seifer, & Carskadon, 2005). Uma baixa eficiência também é um parâmetro do sono que se tem associado a desempenhos mais fracos em tarefas desta natureza (Philbrook, et al., 2017). Dahl (1996) sugeriu que, sendo o sono um processo regulatório básico, este serve uma função essencial em processos complexos como os que estão envolvidos na cognição, mas também na consolidação da memória e outras disposições favoráveis à aprendizagem. Com efeito, os problemas de sono associados a uma duração insuficiente

(Wolfson & Carskadon, 1998) e a uma qualidade de sono perturbada (Reale, Guarnera, & Mazzonne, 2013) também parecem refletir-se no desempenho académico. No que se refere ao impacto no desenvolvimento sócioemocional, problemas de sono têm surgido associados a manifestações de ansiedade (Gregory & Sadeh, 2012), agressividade (Goodnight, Bates, Staples, Pettit, & Dodge, 2007), comportamentos internalizantes e externalizantes (Spruyt, Alaribe, & Nwbara, 2015) e a um ajustamento social de menor qualidade, não só transversalmente, mas também ao longo do tempo (Foley & Weinraub, 2017).

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 38 crianças com desenvolvimento normativo (21 raparigas), recrutada numa escola do 1º Ciclo do Distrito de Lisboa, com idades compreendidas entre os 6 e os 9 anos (M=7.71; SD=1.27), pertencente a um estatuto socioeconómico médio e médio-alto.

Material

Actigrafia – Os dados foram recolhidos com o Actiwatch 2 (Philips Respironics, Murrysville, PA), tratados com recurso ao software *Actiware 6.0.9.* Os actígrafos foram utilizados durante 7 períodos de 24h durante o período escolar, no pulso não dominante, permitindo-se avaliar: o tempo passado na cama; o tempo total de sono; a latência do início do período de sono; a eficiência do sono; os despertares após o início do período de sono e as horas de deitar e levantar.

Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ – Owens, Spirito, & Mcguinn, 2000b; versão portuguesa adaptada por Silva, Silva, Braga, & Neto, 2013) – Instrumento de relato parental, que mede a percepção dos pais acerca dos hábitos/comportamentos e problemas de sono das crianças, com base numa semana mais recente e típica. Os itens são avaliados numa escala de Likert de 1 a 3 ("raramente", "às vezes" e "habitualmente",

respetivamente). As subescalas utilizadas foram "Resistência em ir para a cama", "Problemas de início do sono", "Problemas de duração do sono", "Ansiedade associada ao sono", "Problemas de despertares noturnos" e "Sonolência diurna".

Teacher – Child Rating Scale (T-CRS) (adaptação portuguesa de Hightower, Guare, & Rohrbeck, 1986)

Medida de autorrelato para professores que avalia diferentes aspetos do ajustamento socioemocional académico. Os itens estão organizados em duas dimensões globais: Problemas Comportamentais ("Acting-out"; "Tímido/ Ansioso"; "Problemas de aprendizagem") e Competências ("Tolerância à frustração"; "Assertividade social"; "Orientação para tarefas"; "Aptidões sociais"). A dimensão dos problemas comportamentais é avaliada numa escala de 5 pontos, onde 1 corresponde a "Não é um problema" e 5 a "É um problema muito sério". A dimensão das competências é também avaliada numa escala de 5 pontos, onde 1 corresponde a "nada" e 5 a "muito".

RESULTADOS

Estatísticas descritivas

Relativamente aos dados de actigrafia, a média de horas de sono foi 7:59:26 (*SD*=0:31:06), a eficiência do sono foi em média 83.51% (*SD*=4.08) e o tempo passado na cama 9:34:20 (*SD*=0:30:23). Já os horários de deitar e levantar foram, em média, às 22:16:27 (*SD*=00:36:44) e às 07:49:47 (*SD*=00:31:14), respetivamente. A análise das variáveis em função do sexo revelou diferenças significativas entre rapazes e raparigas no que diz respeito ao tempo total de sono em horas [$F(1,36)=4.86$; $p=.03$; $\eta P^2=.12$; $\pi=.57$], superior para as raparigas, tendo também sido encontradas diferenças significativas no que diz respeito ao tempo passado na cama (horas) [$F(1,36)=5.93$; $p=.02$; $\eta P^2=.14$; $\pi=.66$], uma vez mais superior para as raparigas.

Correlações entre dados de sono e T-CRS

As correlações significativas, bem como marginalmente significativas, entre os dados de actigrafia (dados objetivos) e do CSHQ (dados subjetivos) e o T-CRS são apresentadas nos Quadros 1 e 2, respetivamente.

Quadro 1

Correlações entre actigrafia e T-CRS

	Assertividade Social
Tempo passado na cama (horas)	-.32*
Hora de deitar	.39*

Nota. *p<.05.

Quadro 2

Correlações entre CSHQ e T-CRS

	Problemas de Aprendizagem	Assertividade social	Orientação para tarefas	Aptidões sociais	Problemas comportamentais	Competências
Problemas de despertares noturnos		-.48*		-.41*		-.48*
Hora de levantar (EDS)	.40*		-.39*		.38+	

Nota. *p<.05. +p<.10.

DISCUSSÃO

A investigação sobre a relação entre os padrões de sono e os problemas comportamentais/competências em crianças tem vindo a ganhar relevância nos últimos tempos.

No que diz respeito às diferenças entre sexos relativamente à duração do sono, estas são um assunto controverso, existindo estudos que não as encontram (e.g., Aronen, Paavonen, Fjfilberg, Soininen, & Torronen, 2000; Gruber et al., 2014), assim como estudos onde estas são visíveis (e.g., Bigs, Lushington, Martin, van den heuvel, & Kennedy, 2013; Lemola et al., 2011). Na presente amostra, a duração do período de sono foi superior para as raparigas. Esta diferença pode dever-se ao tempo passado na cama, superior para as raparigas. Uma maior duração do período de sono das raparigas, associada a mais tempo passado na cama, foi já reportada em estudos anteriores (e.g., Biggs et al., 2013; Gulliford, Price, Rona, & Chinn, 1990).

Os horários de sono (actigrafia e CSHQ) e os problemas de despertares noturnos (CSHQ) foram os aspetos mais relevantes para os problemas de comportamento/competências das crianças, avaliados pelos professores.

No que concerne aos dados de actigrafia, estes sugerem que quanto mais tempo passam na cama, as crianças são mais assertivas; de forma inversa, quanto mais tarde as crianças se deitam, menos assertivas são socialmente. Nenhum dos parâmetros avaliados através da actigrafia surgiu associado às dimensões globais das competências e dos problemas comportamentais. Apesar de existirem estudos onde estas associações foram encontradas (e.g., Aronen, at al., 2000; Dewald, Meijer, Oort, Kerkhof, & Bo, 2010), nem todos são concordantes quanto à existência de associações entre as variáveis de sono e as competências/problemas das crianças (e.g., Astill, Van der Heijden, Van Ijzendoorn, & Van Someren, 2012; Sadeh, Gruber, & Raviv, 2002). Uma possível explicação poderá estar relacionada com o facto do estatuto socioeconómico (ESE) funcionar enquanto variável moderadora da relação entre problemas de sono e os problemas externalizantes (e internalizantes) das crianças (El-Sheikh, Kelly, Buckhalt, & Hinnant, 2010). O facto das crianças da presente amostra pertencerem a um ESE médio/médio alto pode ser um dado importante a considerar. Segundo os relatos dos pais, a hora de levantar mais tardia ao fim de semana parece estar associada a mais problemas de aprendizagem e a uma menor orientação para tarefas. As alterações entre horários de sono durante a semana e o fim de semana pode interferir com os ritmos circadianos dos indivíduos, onde indivíduos com ritmos mais tardios têm mais dificuldades com os horários durante a semana, voltando aos padrões tardios nos dias livres (Wittmann, Dinich, Merrow, & Roenneberg, 2009). Estudantes com preferência por horários mais tardios de sono reportaram mais problemas ao nível do seu desempenho académico (Giannotti, Cortesi, Sebastiani, & Ottaviano, 2002). Embora o nosso estudo não tenha apresentado uma relação entre os padrões de sono e a subescala de acting-out, parece haver uma tendência para que a dimensão global de problemas comportamentais (que incluem, entre outros, problemas de acting-out) aumentem com o atrasar da hora de levantar ao fim de semana. O estudo de Kobayashi e colegas (2014) também apresentou resultados neste sentido, ao demonstrar que crianças que apresentavam horas de levantar tardias/irregulares eram mais agressivas.

Os problemas de despertares noturnos, avaliados pelos pais, revelaram estar negativamente associados à assertividade social, às aptidões sociais e à dimensão global das competências. Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores que reportaram que uma menor qualidade de sono está associada a um aumento das interações negativas iniciadas por crianças em idade pré-escolar (Vaughn, et al., 2015), e que, em crianças entre os 10 e os 14 anos, uma maior qualidade de sono está associada a uma melhor imagem da criança sobre si mesma enquanto estudante, a uma maior motivação e a um maior controlo da agressividade (Meijer, Habekothe, & vand den Wittenboer, 2000).

Os resultados realçam a importância de considerar horários de deitar e levantar menos tardios e uma maior qualidade do sono para um desenvolvimento saudável, apostando-se na melhoria dos hábitos de sono e na prevenção das problemáticas associadas.

REFERÊNCIAS

Aronen, E. T., Paavonen, E. J., Fjfilberg, M., Soininen, M., & Torronen, J. (2000). Sleep and Psychiatric Symptoms in School-Age Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(4), 502-508. doi: 10.1097/00004583-200004000-00020

Astill, R. G., Van der Heijden, K. B., Van IJzendoorn, M. H., & Van Someren, E. J. (2012). Sleep, cognition, and behavioral problems in school-age children: A century of research meta-analyzed. *Psychological Bulletin, 138,* 1109-1138. doi: 10.1037/a0028204

Biggs, S. N., Lushington, K., Martin, A. J., Heuvel, C. Van Den, & Kennedy, J. D. (2013). Gender, socioeconomic, and ethnic differences in sleep patterns in school-aged children. *Sleep Medicine, 14*(12), 1304-1309. doi: 10.1016/j.sleep.2013.06.014

Buckhalt, J. A., El-Sheikh, M., Keller, P. S., & Kelly, R. J. (2009). Concurrent and longitudinal relationships between children's sleep and cognitive functioning: The moderating role of parent education. *Child Development, 80,* 875-892. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01303.x

Dahl, R. E. (1996). The regulation of sleep and arousal: Development and psychopathology. *Development and Psychopathology, 8,* 3-27. doi: 10.1017/S0954579400006945

Dewald, J. F., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A., & Bo, S. M. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews, 14*(3), 179-189. doi: 10.1016/j.smrv.2009.10.004

El-Sheikh, M., Kelly, R., Buckhalt, J., & Hinnant, J. (2010). Children's Sleep and Adjustment Over Time: The Role of Socioeconomic Context. *Child Development, 81*(3), 870-883. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01439.x

Fallone, G., Acebo, C., Seifer, R., & Carskadon, M. A. (2005). Experimental restriction of sleep opportunity in children: Effects on teacher ratings. *Sleep, 28* (12), 1561-1567. doi: 10.1093/sleep/28.12.1561

Foley, J. E., & Weinraub, M. (2017). Sleep, affect, and social competence from preschool to preadolescence: Distinct pathways to emotional and social adjustment for boys and girls. *Frontiers in Psychology, 8*(711), 1-23. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00711

Giannotti, F., Cortesi, F., Sebastiani, T., & Ottaviano, S. (2002). Circadian preference, sleep and daytime behaviour in adolescence. *Journal of Sleep Research*, *11*(3), 191-199. doi:10.1046/j.1365-2869.2002.00302.x

Goodnight, J. A., Bates, J. E., Staples, A. D., Pettit, G. S., & Dodge, K. A. (2007). Temperamental resistance to control increases the association between sleep problems and externalizing behavior development. *Journal of Family Psychology, 21,* 39-48. doi: 10.1037/0893-3200.21.1.39

Gruber, R., Somerville, G., Enros, P., Paquin, S., Kestler, M., & Gillies-poitras, E. (2014). Sleep efficiency (but not sleep duration) of healthy school-age children is associated with grades in math and languages. *Sleep Medicine, 15*(12), 1517-1525. doi: 10.1016/j.sleep.2014.08.009

Gulliford, M. C., Price, C. E., Rona, R. J., & Chinn, S. (1990). Sleep habits and height at ages 5 to 11. *Archives of Disease in Childhood, 65*(1), 119-122. doi: 10.1136/adc.65.1.119

Hightower, A. D., Guare, J., & Rohrbeck, C. A. (1986). The Teacher – Child Rating Scale: A brief objective measure of elementary children's school problem behaviors and competencies. *School Psychology Review, 15*(3), 393-409.

Kobayashi, K., Yorifuji, T., Yamakawa, M., Oka, M., Inoue, S., Yoshinaga, H., & Doi, H. (2015). Poor toddler-age sleep schedules predict school-age behavioral disorders in a longitudinal survey. *Brain and Development, 37*(6), 572-578. doi: 10.1016/j.braindev.2014.10.004

Lemola, S., Räikkönen, K., Scheier, M. F., Matthews, K. A., Pesonen, A., Heinonen, K., Lahti, J., Komsi, N., Paavonen, J. E., Kajantie, E. (2011). Sleep quantity, quality and optimism in children. *Journal of Sleep Research, 20*(1), 12-20. doi: 10.1111/j.1365-2869.2010.00856.x

Meijer, A. M., Habekothe, H. T., & vand den Wittenboer, G. L. H. (2000). Time in bed, quality of sleep and school functioning of children. *Journal of Sleep Research, 9*(2), 145-153. doi: 10.1046/j.1365-2869.2000.00198.x

Owens, J. A., Spirito, A., McGuinn, M., & Nobile, C. (2000a). Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children. *Journal of Behavioral Pediatrics, 21,* 27-36. doi: 10.1097/00004703-200002000-00005

Owens, J. A., Spirito, A., & Mcguinn, M. (2000b). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric Properties of A Survey Instrument for School-Aged Children. *Sleep, 23*(8), 1043-1051. doi: 10.1037/t33022-000

Philbrook, L. E., Hinnant, B., Elmore-Staton, L., Buckhalt, J. A., & El-Sheikh, M. (2017). Sleep and cognitive functioning in childhood: Ethnicity, socioeconomic status, and sex as moderators. *Developmental Psychology, 33*(7), 1276-1285. doi: 10.1037/dev0000319

Reale, L., Guarnera, M., & Mazzonne, L. (2013). The effects of sleep disturbance on school performance: A preliminary investigation of children attending elementary grades. *School Psychology International, 35*(4), 398-404. doi: 10.1177/0143034313485850

Sadeh, A., Gruber, R., & Raviv, A. (2003). The Effects of Sleep Restriction and Extension on School-Age Children: What a Difference an Hour Makes. *Child Development, 74*(2), 444-455. doi: 10.1111/1467-8624.7402008

Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B., & Neto, A. S. (2013). Hábitos e problemas do sono dos dois aos dez anos: Estudo populacional. *Acta Pediátrica Portuguesa, 44*(5), 196-202. doi: 10.25754/pjp.2013.2898

Spruyt, K., Alaribe, C. U., & Nwbara, O. U. (2015). Daily dynamics in sleep and behavior of young African-American children. A convoulted dyad? *International Journal of Psychophysiology, 99,* 57-66. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2015.11.003

Vaughn, B. E., Elmore-Staton, L., Shin, N., & El-Sheikh, M. (2014). Sleep as a support for social competence, peer relations, and cognitive functioning in preschool children. *Behavioral Sleep Medicine, 13*(2), 92-106. doi: 10.1080/15402002.2013.845778

Wittmann, M., Dinich, J., Merrow, M., & Roenneberg, T. (2009). Social Jetlag: Misalignment of Biological and Social Time. *The Journal of Biological and Medical Rhythm Research, 23*(1-2), 497-509. doi.org/10.1080/07420520500545979

Wolfson, A. R., &Carskadon, M. A. (1998) Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child Development, 69*, 875-887. doi: 10.1111/j.1467-8624.1998.tb06149.x

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

SAÚDE DO IDOSO: UM ESTUDO DE CASO BRASILEIRO

Silvia Virginia Coutinho Areosa[1] (✉ sareosa@unisc.br) & Carine Guterres Cardoso[1]
[1] Brasil

No Brasil, com a queda da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida observa-se mudanças na estrutura etária da população, o que representa uma importante transformação, na medida em que resulta em alterações nos modos como a nossa sociedade se organiza. (AREOSA, 2012). Estas mudanças produzem tensões e questionamentos sobre a própria organização da sociedade. Desta forma, o processo de envelhecimento produz demandas ao Estado e a sociedade. Dentre essas demandas estão àquelas relativas à saúde da população idosa.

O acelerado processo de envelhecimento provoca um novo perfil de morbimortalidade, ou seja, de doenças e mortes na sociedade brasileira, já que as doenças crônicas acometem mais as pessoas de idade avançada. Neste contexto, a saúde do idoso impõe desafios à sociedade e ao Estado, diante da transição demográfica acelerada e do aumento das faixas de idade mais elevadas.

Assim, torna-se importante a análise da situação de saúde dos brasileiros, em especial dos idosos, tanto no que se refere aos aspectos demográficos, como aos aspectos epidemiológicos. Percebe-se que "passamos, em menos de 40 anos, de um perfil de mortalidade materno-infantil, para um perfil de mortalidade por enfermidades complexas e mais onerosas, típicas das faixas etárias mais avançadas" (BRASIL, 2002, p. 10).

Diante disso, o presente trabalho traz a sistematização e análise de dados secundáriosreferentes à população idosa (gênero e situação de domicílio), esperança de vida ao nascer, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e sobre os serviços de saúde no município de Santa Cruz do Sul, 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), Rio Grande do Sul e Brasil. As informações foram obtidas e sistematizadas a partir do banco

de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através do último censo demográfico, realizado em 2010, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (dados do último levantamento de 2010) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que traz dados relativos à oferta de serviços em 2014.

Destaca-se a importância de se conhecer a realidade de cada território a fim de contribuir com a construção, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde para a população idosa brasileira de acordo com as necessidades deste grupo populacional.

Saúde do idoso: Alguns indicadores sociais

O município de Santa Cruz do Sul localiza-se na encosta inferior do nordeste do Estado do RS, na região do Vale do Rio Pardo, a 150 km de Porto Alegre/BR. Na área da saúde, Santa Cruz do Sul integra a Região Vinte e Oito (R28) e a 13ª CRS. O Estado do RS é dividido em 30 Regiões de Saúde e 19 Regiões Administrativas da Secretaria Estadual de Saúde. A R28 e a 13ª CRS são compostas pelos mesmos municípios: Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pântano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz. A sede da 13ª CRS é no município de Santa Cruz do Sul, sendo este o mais populoso e com maior número de serviços de saúde da região (RIO GRANDE DO SUL, 2013). Ao longo deste artigo será utilizado o termo 13ª CRS para designar esta região de saúde.

Quanto à população do município de Santa Cruz do Sul e da 13ª CRS, constatou-se que no último censo demográfico Santa Cruz do Sul apresentou 118.374 habitantes e 15.559 idosos (13,15%), enquanto que a região da 13ª CRS contabilizou uma população de 327. 158 habitantes, tendo uma população idosa de 46.983 (14, 36%), (CENSO, 2010). Neste mesmo censo demográfico o estado do RS apresentou 10.693.929 habitantes e população de idosa de 1.459.597 (13,65%). O Brasil contabilizou 190.755.799 habitantes, sendo 20.590.597 (10,78%) as pessoas com 60 anos ou mais (CENSO, 2010).

O município de Santa Cruz do Sul (13,15%) apresenta índice de população idosa inferior a 13ª CRS (14,36%) e ao RS (13,65%). No entanto, o município apresenta população idosa superior à média do Brasil (10,78%) e possui cerca de 1/3 da população idosa da 13ª CRS (CENSO, 2010). Santa

Cruz do Sul apresenta 2,37% a mais de idosos em relação ao Brasil. Nesta mesma comparação, a 13ª CRS possui população idosa 3,58% superior em relação ao resto do país. O RS também se destaca pela proporção de idosos: são 2,87% a mais de idosos no estado do que a média nacional.

O aumento da população idosa, inclusive de centenários (pessoas com 100 anos ou mais), tem sido demonstrado nos últimos censos demográficos, o que está provocando mudanças na concepção de que o Brasil é um país de jovens. Este aumento da população idosa brasileira está associado a fatores como escolaridade, acessibilidade à saúde, diminuição das desigualdades de gênero, benefícios da seguridade social, enfim, a uma série de aspectos relacionados à melhoria da qualidade de vida (AREOSA, 2012).

Pesquisas apontam que existe uma significativa aceleração do crescimento da população idosa brasileira, enquanto há uma redução nas taxas de fecundidade. Em 1960, a taxa de fecundidade era de 6,28 filhos por mulher. Em 2010 era de 1,90 filhos, o que representa uma redução de 70%. Em 2010, o IBGE apontou que a expectativa de vida média do brasileiro é de 73, 48 anos. Há uma diferença significativa quando se analisa a questão de gênero no Brasil, já que a expectativa de vida para os homens é de 69,73 anos e para as mulheres é de 77,32 anos (AREOSA, 2012).

Na região da 13ª CRS, há no meio urbano 29.038 idosos (8,87%), enquanto que 17.945 (5,48%) idosos residem no meio rural (CENSO, 2010). Porém, constata-se que sete dos treze municípios da 13ª CRS possuem predominantemente população idosa residente no meio rural, e que dois municípios apresentam praticamente o mesmo número de população idosa no meio urbano e rural. A média elevada de idosos no meio urbano na região da 13ª CRS se dá pelo fato de que os quatro municípios mais populosos da região apresentam elevados índices de população idosa no meio urbano.

No RS, 1.188.895 (11,12%) de idosos residem no meio urbano, sendo que 270.702 (2,53%) têm por situação de domicílio o meio rural. No Brasil há 17.324.394 (9,09%) idosos residindo no meio urbano, sendo 3.266.203 (1,7%) morando no meio rural (CENSO, 2010). Santa Cruz do Sul, o estado do RS e o Brasil apresentam diferenças significativas quanto à situação de domicílio dos idosos no meio urbano e rural (diferença de 9,19%, 8,59% e 7,39%, respectivamente). Nestes casos percebe-se a

concentração de idosos no meio urbano. A região da 13ª CRS apresenta população idosa residindo no meio urbano superior ao número de idosos no meio rural. A diferença entre as duas situações de domicílio é de 3,39%.

Conforme o Ministério da Integração Nacional (2010, p. 18), "a população brasileira continua fortemente concentrada nas capitais dos estados, nas cidades próximas ao litoral e em poucas cidades médias." Neste sentido, as informações sobre o município e região convergem com a realidade da população brasileira. Santa Cruz do Sul é considerada município de porte médio, único com esta característica na região da 13ª CRS – os demais são considerados de pequeno porte.

Quanto ao gênero, constata-se que há mais mulheres do que homens a partir dos 60 anos. Em Santa Cruz do Sul são 9.310 (7,87%) idosas e 6.249 (5,28%) idosos. Percebe-se o mesmo fato na 13ª CRS: são 26.837 (8,2%) idosas, sendo os idosos 20.146 (6,15%) da população (CENSO, 2010).No RS, são 832.127 idosas (7,77%), enquanto que os homens contabilizam 627.470 (5,87%) da população. No Brasil são 11.434.486 idosas (6,00%). Já os homens com 60 anos ou mais são 9.156.111 (4,79%) na população brasileira (CENSO, 2010).

Em Santa Cruz do Sul, 13ª CRS, RS e Brasil constata-se população idosa feminina superior à população idosa masculina. Santa Cruz do Sul apresenta 2,59% de idosas a mais do que os idosos. Na 13ª CRS são 2,05% de idosas a mais do que os idosos. No RS e no Brasil a diferença entre homens e mulheres é de 1,9% e 1,21%, respectivamente.

Apesar de o envelhecimento ser um processo natural, há uma forte questão de gênero neste processo, já que se constata em diferentes escalas a predominância de mulheres idosas. Este fenômeno é conhecido como feminilização da velhice, e é decorrente, entre outros fatores, do fato das mulheres frequentarem mais os serviços de saúde, estarem menos expostas a acidentes de trabalho e de trânsito e por haver entre elas uma menor prevalência de casos de alcoolismo, tabagismo e drogas (LIMA; BUENO, 2009).

A longevidade é um importante indicador social que aponta, entre outros fatores, o nível de desenvolvimento humano de uma região, estado e país. Conhecer as características de uma população e seus indicadores sociais torna-se fundamental para obter ferramentas de trabalho para a gestão e para a construção, implantação e avaliação das políticas públicas, em especial as de saúde (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A esperança de vida reflete aspectos sociais, econômicos e de saúde, entre outros, que estão atrelados à melhoria da qualidade de vida da população. Conforme os dados do PNUD (2010), a esperança de vida ao nascer em Santa Cruz do Sul é de 76,1 anos, sendo o segundo maior nível de esperança de vida da região. A região da 13ª CRS possui esperança de vida média de 74,48 anos, acima da do Brasil que é de 73,48 anos e abaixo da expectativa de vida do RS que é de 75,8 anos. O município de Santa Cruz do Sul, com média de 76,1 anos, apresenta esperança de vida superior à região (74,48 anos), estado (75,8 anos) e país (73, 48 anos). A região da 13ª CRS apresenta esperança de vida inferior à média do RS, mas superior à média do Brasil. O estado do RS apresenta esperança de vida superior à do Brasil (PNUD, 2010).

A esperança de vida é um indicador que se refere ao nível de mortalidade em uma determinada região, sendo utilizada para medir a qualidade de vida de uma população. Este indicador aponta o número médio de anos esperados para que um recém-nascido viva.

No que se refere à qualidade de vida de uma população, o IDH é uma medida usada para classificar o grau de desenvolvimento humano dos países, classificando-os como desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos. O IDH também é usado para medir o desenvolvimento de estados e municípios (PNUD, 2010).

O IDH é composto pelos indicadores de renda (Produto Interno Bruto [PIB] per capita), educação (anos médios de estudo e anos esperados de escolaridade) e longevidade (expectativa de vida). O município de Santa Cruz do Sul apresentou os indicadores: renda – 0,782; longevidade – 0,852 e educação – 0,693, sendo o IDH de 0,773 considerado alto. O município ocupa a 197ª posição no Brasil; no estado está na 26ª posição. A média dos municípios da região da 13ª CRS quanto aos indicadores foram: renda – 0,705; longevidade – 0,825 e educação – 0,544. Assim, o IDH foi de 0,680, considerado médio (PNUD, 2010). No RS, os indicadores foram os seguintes: renda – 0,769; longevidade – 0,840 e educação – 0,642; totalizando um IDH de 0,746 também considerado alto. O RS ocupa a 6ª posição no Brasil, estando atrás do Distrito Federal (0.824), São Paulo (0.783), Santa Catarina (0.774), Rio de Janeiro (0.761) e Paraná (0.749). Excetuando o Distrito Federal, que possui IDH muito alto, os demais estados citados possuem IDH alto (PNUD, 2010).

Em 2010, o Brasil apresentou os seguintes indicadores: renda – 0,739; longevidade – 0,816 e educação – 0,637. O IDH brasileiro foi de 0,727, sendo considerado alto; conforme este índice, o Brasil é considerado um país em desenvolvimento (PNUD, 2010). O município de Santa Cruz do Sul, o estado do RS e o Brasil estão classificados na faixa de IDH considerado alto; já a região da 13ª CRS está na faixa de IDH considerado médio. No entanto, todas as unidades territoriais estudadas estão classificadas como "em desenvolvimento", já que apresentaram IDH entre 0,600 e 0,799 (PNUD, 2010).

Quanto aos serviços de saúde disponíveis em Santa Cruz do Sul, conforme o CNES (2014), o município apresenta 9 postos de saúde, 30 centros de saúde/unidades básicas, 3 hospitais gerais, 372 consultórios isolados, 1 centro de especialidades, 93 unidades de apoio diagnose e terapia, 3 unidades móveis terrestres, 4 unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência, 1 farmácia municipal, 1 unidade de vigilância em saúde, 1 secretaria de saúde, 1 centro de atenção de hemoterapia, 3 centros de atenção psicossocial e 2 pronto atendimentos.

A região da 13ª CRS possui 943 serviços cadastrados no CNES (2014), sendo os seguintes: 1 centro de atenção hemoterapia, 10 centros de atenção psicossocial, 66 centros de saúde/unidades básicas, 22 clínicas/centros de especialidades, 614 consultórios isolados, 3 farmácias municipais, 9 hospitais gerais, 142 unidades de apoio diagnose e terapia, 9 unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência, 1 unidade de vigilância em saúde, 6 unidades móveis terrestres, 7 policlínicas, 1 polo academia da saúde, 6 pronto atendimentos, 33 postos de saúde e 13 secretarias de saúde.

Diante da exposição dos serviços de saúde presentes em Santa Cruz do Sul e na 13ª CRS, constata-se que o município apresenta 523 serviços cadastrados no CNES, ou seja, concentra 55,5% dos serviços de saúde da região da 13ª CRS em seu território. Santa Cruz do Sul é o município de referência da região para o atendimento em saúde. Assim, destaca-se a importância do município, já que este concentra serviços da atenção especializada e da alta complexidade que não estão presentes em outros municípios da região. Além disso, o fato de ser o município de referência para os atendimentos em saúde pode explicar, entre outros fatores, a alta concentração de idosos no município, principalmente no meio urbano, já que a maior parte dos serviços de saúde está aí concentrada.

A distribuição dos serviços no território deve ser guiada pelos princípios do SUS de universalidade e equidade. O primeiro princípio estabelece que todos são iguais e têm direito ao mesmo tratamento; o segundo reconhece as diferenças existentes entre as pessoas e propõe a redução das desigualdades. Assim, a saúde constitui um direito social essencial para o exercício da cidadania do povo brasileiro. Cabe destacar que um país só pode ser considerado "desenvolvido" se este oferecer condições para que sua população seja saudável.

O Brasil apresenta muitas desigualdades socioeconômicas regionais, as quais se refletem também no acesso a saúde. A questão da acessibilidade é extremamente importante, ainda mais quando se trata da saúde dos idosos, já que a falta de acesso às ações e serviços de saúde podem provocar agravos que resultam em incapacidade, perda da autonomia e da qualidade de vida (Batista, Almeida, Lancman, 2011).

A população idosa é grande usuária de serviços de saúde devido aos problemas de saúde associados a esta faixa etária, ou seja, desenvolvimento de doenças, incapacidades e dependências que perpassam o processo de envelhecer. Além das doenças, há outros problemas a serem enfrentados, como o abandono, o abuso (físico, psicológico, sexual e/ou econômico) e a violência. Estudos apontam que a maioria dos idosos não possuem planos de saúde privado, evidenciando a necessidade de (re)estruturação do SUS e da preparação técnica de profissionais e serviços para dar conta das demandas da população idosa. Assim, surge a necessidade de se pensar a questão da acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pela população idosa (Batista, Almeida, Lancman, 2011).

O crescimento demográfico da população idosa aponta para a necessidade de preparação para o atendimento das demandas que estão emergindo. Neste sentido, políticas públicas envolvendo os diversos atores (família, sociedade, Estado) são extremamente importantes para que o aumento da expectativa de vida seja acompanhado de práticas em saúde promotoras de autonomia e qualidade de vida, o que exige uma abordagem multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (Batista, Almeida, Lancman, 2011). A mudança advinda com o aumento da proporção de pessoas idosas gera diversas repercussões.

DISCUSSÃO

A distribuição dos estabelecimentos de saúde nos diferentes territórios pesquisados propicia o conhecimento sobre a oferta de serviços, conforme a regionalização do SUS. O município de Santa Cruz do Sul apresenta uma ampla gama de serviços nos diferentes níveis de atenção do sistema público, no entanto, sabe-se que isso não é suficiente para que haja uma atenção integral à saúde do idoso.

Afirma-se que as demandas advindas do processo de envelhecimento populacional constituem um desafio contínuo. A sociedade deve estar preparada para dar conta das necessidades deste segmento. É necessária a intervenção junto à população mais jovem para que esta tenha um envelhecimento ativo e saudável, destacando-se assim a necessidade de políticas públicas tendo em vista o processo de envelhecimento e não apenas a pessoa idosa. Enfim, os caminhos a serem trilhados são muitos na construção de um cuidado integral a saúde.

REFERÊNCIAS

Areosa, S. (2012) Envelhecer no Brasil. *Envelhecimento Humano**:** Realidade Familiar e Convívio Social de Idosos do Rio Grande do Sul (Brasil) e da Catalunha (Espanha).* EDIPUCRS: Porto Alegre, 19-30.

Batista, M., Almeida, M., & Lancman, S. (2011). Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. *Revista Terapia Ocupacional, 22*(3), 200-207. São Paulo. http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46383/50140

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (2002). *Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf

Camarano, A. A., & Pasinato, M. T. (2004). O envelhecimento populacional na agenda política. In Ana Amélia Camarano (Org.), *Muito além dos 60*: Os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 253-292.

Censo demográfico 2010. *Banco de Dados agregados do IBGE* – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, DF: Editora do IBGE. Disponível em http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010ETRD.asp

Cidades. Rio Grande do Sul – Santa Cruz do Sul. *Informações completas*. Disponível em http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431680&search=rio-grande-do-sul|santa-cruz-do-sul

CNES: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. *Banco de dados agregados do CNES, 2014*. Disponível em http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp

Lima, L. C. V., & Bueno, C. M. L. B.(2009). Envelhecimento e gênero: A vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa, Maringá, 2*, (2), 273-280) Disponível em http://cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/1173/792

Ministério da Integração Nacional(2010). A *PNDR em dois tempos: A experiência apreendida e o olhar pós.* Brasília, DF: Editora do MIN. Disponível em http://www.integracao.gov.br/desenvolvimentoregional/pndr2

PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Banco de dados agregados do PNUD, 2010*. Disponível em http://www.atlasbrasil.org.br/2013

Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. *Plano Estadual de Saúde***:** 2012/2015. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2013. Disponível em http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302_PES%202012-2015%20FINAL.pdf

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

SER ESTUDANTE CEGO NA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA: UM ESTUDO COMPREENSIVO DESSA EXPERIÊNCIA

Sandra Souza[1] (✉ sandra.souza psi@yahoo.com.br), Anderson Barbosa de Queiroz[1], Marísia Oliveira da Silva[1], & Hammina Rebecca Siqueira Nunes[1]

[1] Universidade Federal de Paraíba, Brasil

Tem crescido consideravelmente o número de alunos no ensino superior com necessidades educacionais especiais as mais diversas, como é o caso de alunos cegos. Contudo, apesar desse crescimento, importa questionar até que ponto existe um acolhimento e acompanhamento para essa demanda. E mais ainda, como tem ocorrido o processo de inclusão dos alunos cegos nas universidades e sua repercussão na saúde mental dessa população?

A discussão da inclusão desses alunos no ensino superior passa pela problematização da necessidade de criação de suportes institucionais, para que possam se adaptar as suas necessidades. Essa questão tem sido amplamente mencionada na literatura, havendo recorrentemente a queixa sobre a falta de preparo das universidades para lidar com as especificidades destes alunos (Barbosa, Gomes, Costa & Coimbra, 2015; Mazzoni, Torres & Andrade, 2001; Selau & Damiani, 2016; Uliana & Mól, 2017).

Neste ponto, diversos autores têm mencionado a necessidade que os próprios alunos cegos sejam ouvidos para elaboração de mudanças dentro das instituições (Casarin & Oliveira, 2008; Pansanato, Silva & Rodrigues, 2012). É somente através dessa escuta que se pode elaborar propostas que estejam relacionadas às reais necessidades desse grupo de alunos (Alexandrino, Souza, Bianchi, Macuch & Bertolini, 2017).

Uliana e Mól (2017) realizaram uma pesquisa de revisão de teses sobre a inclusão de alunos cegos no processo educacional, observando que os estudos desta temática estão sendo realizados principalmente na região sudeste do Brasil. Isso evidencia a necessidade de mais pesquisas nas

demais regiões com o objetivo de conhecer quais têm sido as especificidades relacionadas à inclusão destes alunos no ensino superior nesses contextos.

Barbosa et al. (2015) realizaram um estudo qualitativo com três estudantes universitários cegos. Ao questionarem os alunos sobre o que seria inclusão, identificaram que dois, dentre os três, responderam com ênfase na ideia de adaptação. Ou seja, os próprios cegos consideram que são eles que têm de se ajustar à sociedade, e não que cabe à sociedade se modificar para lidar com as demandas dos cegos e de todos aqueles que são diferentes e que não se enquadram na dita "normalidade".

Diante do exposto, a presente pesquisa tem como objetivo geral conhecer a experiência do estudante cego na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) a partir da fala dos próprios alunos cegos, dando espaço à expressão do seu vivido.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho fenomenológico; tal pesquisa busca acessar o vivido nos depoimentos dos participantes, para que possa identificar os sentidos presentes nas descrições de suas experiências (Andrade & Holanda, 2010).

Participantes

Participaram do estudo cinco estudantes cegos da UFPB. A amostra foi formada a partir do conhecimento do segundo autor, que também é cego, e da acessibilidade aos participantes. Foram critérios de inclusão: apresentar a deficiência visual grave ou cegueira por quaisquer motivos (congênita ou adquirida) e de exclusão: recusa a participar do estudo ou desistência de continuar a participar. Para garantir o anonimato e sigilo nas respostas, os nomes apresentados nos resultados são fictícios.

Material

Foi utilizada a entrevista semi-estruturada como instrumento de acesso à experiência em que os participantes deram um depoimento do seu vivido

a partir de uma pergunta disparadora: O que é inclusão e como tem sido a experiência para você?

Dessa forma, foi utilizado como instrumento metodológico a narrativa, a qual tem a finalidade de possibilitar a reconstrução de experiências de vida, a partir do discurso dos entrevistados (Dutra, 2002). Utilizaram-se as etapas propostas do Flick (2009) para coleta dos dados: (1) Inicia-se com a pergunta geradora e o entrevistador se coloca como ouvinte ativo, sem intervir no fluxo da fala do entrevistado; (2) O entrevistado sinaliza que sua narrativa terminou e o entrevistador poderá interagir com o entrevistado procurando esclarecer pontos obscuros e aprofundar temáticas importantes que não foram exploradas; (3) Por fim, a entrevista é concluída, podendo ser trazidas questões teóricas para discussão e melhor enquadramento da temática trabalhada.

Procedimento

Para a coleta dos dados, inicialmente, foi feito o contato com a coordenadora do Comitê de Inclusão e Acessibilidade (CIA) para caracterização do campo de estudo, buscando conhecer quais as medidas que vêm sendo desenvolvidas pela UFPB para incluir os alunos cegos. Juntamente à coordenadora, foram solicitados os contatos de alunos cegos que são assistidos pelo CIA. Após isso, eles foram contatados e informados dos objetivos da pesquisa e, caso aceitassem, foi marcada uma data para realização da entrevista individualmente.

Os depoimentos foram gravados, transcritos, comentados e interpretados pelo pesquisador à luz da experiência contada pelo entrevistado e a partir dos significados construídos na relação estabelecida durante a entrevista. Após a construção dos sentidos pelo pesquisador, as narrativas foram devolvidas aos entrevistados, visando confirmar se os sentidos desenvolvidos condiziam com a experiência descrita.

RESULTADOS

Os resultados aqui descritos e discutidos serão elencados por tópicos que apareceram como núcleo de sentidos ao longo da análise das narrativas, quais sejam: (1) Inclusão; (2) As relações e os vínculos sociais

educativos estabelecidos; (3) Relacionamento com os professores; (4) Professores despreparados; (5) Metodologia de ensino; (6) Aspectos positivos na experiência de inclusão na UFPB.

Foi possível perceber que alguns pontos foram bastante mencionados pelos entrevistados, como, a *inclusão*. Esta temática ainda traz muitas dúvidas e dissonâncias no discurso dos entrevistados. Barbosa *et al.* (2015), após realização de uma pesquisa com três estudantes universitários, chegaram à conclusão de que os próprios cegos ainda acreditam que são eles que têm de se ajustar à sociedade e não cabe à sociedade se modificar para integrar as necessidades deles.

Rebeca entende que a inclusão é:

> Adaptar uma pessoa, fazendo com que esta pessoa esteja integrada na sociedade, entendo por incluir fazer com que as especificidades, as particularidades das pessoas, das múltiplas características sejam respeitadas, as possibilidades de suas potencialidades serem desenvolvidas dentro de suas especificidades.

Com base na fala da entrevistada, percebemos que o tema da inclusão ainda acarreta alguns questionamentos, de forma que seja confundida ora com a necessidade da pessoa cega de se adaptar ao contexto que está inserida, ora do meio respeitar as demandas e múltiplas características dessa pessoa e as potencialidades do seu desenvolvimento.

Barbosa et al. (2015) e Pansanato et al. (2012) consideram o processo de inclusão como suporte para a criação de oportunidades e de condições igualitárias para todos, ou seja, se refere às mudanças necessárias que têm de ocorrer no âmbito social para que as pessoas com necessidades especiais possam assumir seus papéis de direito. Dessa forma, entende-se a mudança desfocando da pessoa com deficiência para a sociedade, modificando o que é visto como normal, para se adequar às necessidades desses sujeitos.

Outro aspecto importante no discurso dos entrevistados diz respeito *às relações desenvolvidas e os vínculos sociais e educativos estabelecidos*. Alexandrino et al. (2017) entendem a entrada no ensino superior como impulsionador de modificações significativas, influenciando na forma com que este indivíduo se relaciona com pais e amigos, possibilitando maior autonomia pessoal.

João nos alerta sobre como esse relacionamento interpessoal é necessário:

> Bom, de uma forma geral, os meus colegas são todos muitos atentos, me dou muito bem com todos, mas ainda faltam muitos conhecimentos destes com as necessidades do deficiente, não só no aspecto de sensibilidade como é feito a aprendizagem [..] por sorte eu sou uma pessoa bastante eloquente, me dou muito bem com muitos dos meus colegas, posso contar muito com afeto e ter, de certa forma, uma proximidade com muitos destes colegas, mas não todos como deveria ser.

Percebemos o quanto a relação com os colegas no ambiente acadêmico é importante, porém ainda há queixas de que é preciso que se percebam as necessidades do cego. Questionamos se o apoio social entre os envolvidos nas ações inclusivas pode ser um processo facilitador na promoção de saúde mental desses estudantes cegos. Silva e Heleno (2012), ao avaliarem a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo de estudantes universitários, verificaram a importância de se pensar em ações objetivando a prevenção e a promoção da saúde, na ampliação das políticas de assistência ao estudante para refletir na sua qualidade de vida.

Ainda sobre as relações, observa-se que a receptividade e o relacionamento com os professores são responsáveis por um ambiente propício à aprendizagem e para desenvolvimento de trabalhos e atividades, o que torna possível um crescimento saudável e um processo de permanência do aluno na universidade com qualidade e não um processo excludente, como afirmam Reis, Eufrásio e Bazon (2010) e Rocha e Miranda (2009).

A discussão sobre a necessidade de formação dos professores para lidar com a questão da deficiência no ensino superior é ampla (Barbosa *et al*., 2015; Reis et al., 2010; Santos & Mendonça, 2015) e as pesquisas com alunos cegos têm evidenciado problemas na relação professor-aluno.

Amanda reclama sobre o desinteresse dos professores em auxiliar esses alunos:

> Outra complicação que eu venho reparando é a falta de importância para os professores, pois tem os apoiadores que descrevem tudo, mas às vezes os professores mandam vídeos e dizem: “Gente quem quiser esse vídeo eu posso passar um dia”, mas eu não vou estar com a descrição do vídeo todinho na cabeça,

> o ideal seria que eles buscassem tentar, mas eles não pensam, entendem que se tem um apoiador ali sentando, pode escrever sobre o vídeo, mas se o aluno precisar de assistir vídeo seria interessante ele saber se tem com áudio de descrição ou não, para pelo menos tentar ajudar nesse aspecto.

Na mesma direção, João completa, queixando-se do *despreparo dos professores*:

> São muitos os professores que não sabem trabalhar com deficientes e também não têm interesse algum em aprender, pois sair da sua zona de conforto não é algo interessante para muitos destes, então, em razão disso acaba dificultando bastante o processo de aprendizagem.

Nas narrativas supracitadas, observamos o quanto ainda se tem a percepção de que são os cegos que precisam se adaptar ao mundo dos "normais". Como relata Amanda, os apoiadores ficam como o fim em si mesmo e não um meio para se chegar mais perto dos alunos cegos. O sentimento de indiferença que os alunos cegos sentem vindo dos professores se torna evidente quando João afirma: "são muitos os professores que não sabem trabalhar com deficientes e também não têm interesse algum em aprender".

Alexandrino et al. (2017), Barbosa et al. (2015) e Selau e Damiani (2016) nos informam que as principais queixas se centram na falta de preparo pedagógico (Silva, Souza, Prado, Ribeiro, Lia, & Carvalho, 2012) e de conhecimento dos professores sobre as necessidades de cada cego. Além do que, em uma sala com alunos videntes e cegos, duas posturas tradicionais são tomadas: ou se centra no aluno cego ou nos demais alunos videntes (Casarin & Oliveira, 2008). Como os cegos são minoria, eles são os prejudicados. É o que sinaliza Amanda:

> É importante que em todas as formações profissionais, eles pudessem sempre ter uma área que ensinasse como lidar com o deficiente. Como se integrar com os deficientes que tem curso de libras, curso de *Braille* principalmente na formação dos professores, porque chegam em sala e dizem "eu nunca tive experiência, eu não sei como lidar.

Essa é uma questão que Mazzoni et al. (2001) e Rocha e Miranda (2009) têm debatido sobre a necessidade de uma política institucional que

possa identificar os alunos com necessidades educacionais e suas necessidades especiais de aprendizagem, além da capacitação de professores e demais servidores como um importante fator para a inclusão.

Com relação à *metodologia de ensino*, Rebeca fala de sua experiência:

> Muitos professores ainda têm metodologias muito arcaicas e que ainda se limitam nesse sentido, não estão abertos a essa nova realidade que é ter um aluno com necessidades especiais dentro da sala de aula e que muitas vezes dificultam e muito a apropriação de conhecimento por parte destes alunos [...] quanto aos materiais disponibilizados, ainda existem algumas limitações, muitas vezes os professores não disponibilizam materiais que sejam acessíveis ou em PDF´s legíveis.

Verificamos que os relatos observados nas pesquisas evidenciam que mesmo com o advento das novas tecnologias, os professores têm se negado a mudarem suas práticas pedagógicas para se adequarem às demandas de aprendizado dos alunos com necessidades educacionais especiais, com isso, os alunos cegos desafiam a maneira tradicional dos professores darem aula (Santos & Mendonça, 2015).

Importa destacar que os entrevistados também evidenciaram *aspectos positivos* no processo de inclusão na UFPB, como é possível ver nos exemplos a seguir. Raquel exemplifica:

> Existem ainda grandes barreiras e grandes obstáculos a serem ultrapassados, barreiras atitudinais que muitas vezes a gente passa, mas que eu acredito que a UFPB caminha muito bem em relação à inclusão, ela busca incluir as pessoas, em especial as pessoas com deficiência, e particularmente a mim que sou cega, eu vivencio essa realidade, sou do interior e confesso que é uma realidade completamente nova pra mim, eu nunca havia enxergado o mundo desta forma como é aqui na UFPB.

Interessante observar na narrativa de Raquel que a maior dificuldade até agora parece ser as barreiras atitudinais, o que envolve mais a pessoa em relação com o outro do que propriamente o universo físico de apoio aos alunos cegos.

Em resumo, embora a literatura (Reis et al., 2010; Rocha & Miranda, 2009) aponte que, por mais que o acesso seja garantido por bases legais e não seja cumprido, na experiência dos entrevistados, esse quadro já possui uma melhora no contexto da UFPB, o que pode ser observado também

quando se fala em ferramentas para a inclusão do aluno cego em sala de aula que, segundo Uliana e Mól (2017), tem sido resultado de avanços da tecnologia da informação.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo geral compreender a experiência de alunos cegos na UFPB a partir de seus depoimentos, dando espaço à expressão do seu vivido. Diante do exposto, considerou-se que a pesquisa alcançou o seu objetivo e pode explorar e discutir a respeito da experiência do aluno cego no ensino superior, embora não tenha esgotado o tema.

Constata-se, contudo, que o ensino superior ainda apresenta muitas falhas quando é levada em consideração a inclusão do aluno deficiente no Brasil, tendo em vista que ainda é muito evidente a falta de apoio institucional para solucionar as dificuldades decorrentes especialmente do aspecto relacional, como, a falta de preparo dos profissionais docentes para lidar com esse aluno; a metodologia arcaica que privilegia o aluno vidente e dificulta o processo de aprendizagem do aluno cego e a importância do vínculo gerado entre os estudantes e até mesmo com os docentes.

A partir desse estudo exploratório, sugerem-se novas pesquisas para ampliar cada vez mais o processo de compreensão de inclusão desses alunos no ensino superior, bem como a necessidade de também dar voz aos outros atores, que fazem parte desse processo de inclusão, como, os apoiadores de um modo geral e os órgãos envolvidos na inclusão como NEDESP e CIA da UFPB, objetivando averiguar o fenômeno da inclusão nos diversos níveis de sua atuação. Verificamos, também, a necessidade de melhor formação dos docentes e de políticas de inclusão com vistas à promoção da saúde mental dos alunos cegos, relação esta pouco explorada.

REFERÊNCIAS

Alexandrino, E. G., Souza, D., Bianchi, A. B., Macuch, M., & Bertolini, S. M. M. G. (2017). Desafio dos alunos com deficiência visual no ensino superior: Um relato de experiência. *Revista do departamento de Educação Física e saúde, 2*(1), 1-7.

Andrade, C. C., & Holanda, A. F. (2010). Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, *27*(2), 259-268.

Barbosa, E. S., Gomes, L. A. X., Costa, J. S., & Coimbra, R. M. (2015). Aspectos legais e inclusivos de alunos com deficiência visual no ensino superior. *Revista Isepro, 1*(1), 33-48.

Casarin, R. G., & Oliveira, M. A. D. (2008). Incluir ou excluir: A educação para o aluno com necessidades especiais chega ao ensino superior. *Travessias – Pesquisa em Educação, Cultura, Linguagem e Arte, 2*(1), 1-19.

Dutra, E. (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica**.** *Estudos de psicologia*, *7*(2), 371-378.

Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3ª ed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: Artmed. (Obra original publicada em 1995).

Mazzoni, A. A., Torres, E. F., & Andrade, J. M. B. (2001). Admissão e permanência de estudantes com necessidades educativas especiais no ensino superior. *Acta Scientiarum, Maringá, 23*(1), 121-126.

Pansanato, L. T. E., Silva, C. E., & Rodrigues, L. (2012). Uma experiência de inclusão de estudante cego na educação superior em computação. In *XX Workshop sobre Educação em Computação.* Cornélio Procópio, PR: UTFPR.

Reis, M. X., Eufrásio, D. A., & Bazon, F. V. M. (2010). A formação do professor para o ensino superior: Prática docente com alunos com deficiência visual. *Educação em Revista, 26*(1), 111-130. https://dx.doi.org/10.1590/S0102-46982010000100006

Rocha, T. B., & Miranda, T. G. (2009). Acesso e permanência do aluno com deficiência na instituição de ensino superior. *Educação Especial, 22*(34), 197-212.

Santos, R. A., & Mendonça, S. R. D. (2015). Universitários cegos: A visão dos alunos e a (falta de visão) dos professores. *Revista e-Curriculum, 13*(4), 888-907.

Seleu, B., & Damiani, M. F. (2016). A conclusão da educação superior por cegos e a psicologia de Vygotski: A ponta do iceberg. *Perspectiva, 34*(3), 861-879.

Silva, E. C., & Heleno, M. G. V. (2012). Qualidade de vida e bem-estar subjetivo de estudantes universitários. *Revista Psicologia e Saúde*, *4*(1), 69-76.

Silva, H. M., Souza, S. M. C., Prado, F., Ribeiro, A. L., Lia, C., & Carvalho, R. L. (2012). A inclusão de estudantes com deficiência no ensino superior: Revisão de literatura. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, *Três Corações*, *10*(2), 332-342. doi: http://dx.doi.org/10.5892/ruvrv.2012.102.332342

Uliana, M. R., & Mól, G. S. (2017) O processo educacional de estudante com deficiência visual: Uma análise dos estudos de teses na temática. *Revista educação especial, 30*(57), 145-162.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E *EMPOWERMENT* PSICOLÓGICO NOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Inês Alves[1] (✉ ines_pf_alves@hotmail.com), Paula Carvalho[1], Manuel Loureiro[1], Marta Alves[1], & Ana Cunha[1]

[1] Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Portugal

O conceito de *empowerment*, torna-se de difícil tradução nas várias línguas, mas de acordo com Zimmerman (1995), o *empowerment* está relacionado com a autonomia dos indivíduos e o seu autocontrolo, assim como o acesso aos recursos que os sujeitos têm para usufruírem de qualidade de vida. Define-se também como liberdade de escolha e ação que os indivíduos têm para que possam moldar a sua própria vida de acordo com as decisões que necessitam de tomar para alcançar os objetivos pretendidos, ou seja, indivíduos com perceção de *empowerment,* têm poder sob as suas decisões e ações (Narayan, 2002).

É importante realçar que são conhecidos diferentes tipos de *empowerment:* psicológico, político e organizacional. Considerando o *empowerment* psicológico, que será o estudado e analisado no presente estudo, este remete para aspetos como motivação, desempenho de tarefas, liderança, processos grupais e tomada de decisões que contribuem para um melhor bem-estar dos indivíduos (Kim & Lee, 2016).

Também Spreitzer (2007) refere que o *empowerment* psicológico é um conjunto de estados psicológicos tendo em conta dimensões de autodeterminação, significância e competência, fazendo com que os indivíduos tenham controlo sob a sua vida e o seu trabalho. O *empowerment* tem forte influência na satisfação profissional, na produtividade, na satisfação pessoal e assim contribui para um maior bem-estar dos indivíduos (Moura & Ramos, 2014). Para além disto, está relacionado com a motivação académica, uma vez que quanto maior a motivação dos estudantes, também o *empowerment* dos mesmos é mais elevado (Caramelo, 2017). Assim, quando os indivíduos têm *empowerment,* existe uma maior autoestima e

melhores estratégias de *coping* o que consequentemente, diminui o risco de vir a desenvolver problemas a nível psicopatológico (Taddeo, Gomes, Caprara, Gomes, Oliveira & Moreira (2012).

Atualmente, é muito comum as pessoas referirem que se sentem mal e quando questionadas acerca dos principais sintomas, referem tristeza, choro fácil relacionado com o estado de humor, deixando de realizar as atividades que antes lhe causavam prazer e interesse (Aragão, Coutinho, Araújo & Castanha, 2009). No entanto, é fundamental que se faça uma distinção entre sintomatologia depressiva e depressão, pois acabam por ser, muitas vezes, confundidos e considerados sinónimos.

Quanto à sintomatologia depressiva, são os sintomas que catalogam a depressão, como o baixo humor e a perda de interesse nas atividades que ultrapassam as emoções mais negativas que muitas vezes sentimos no dia-a-dia (Ayudo-Mateos, Nuevo, Verdes, Naidoo & Chatterji, 2010). No caso da depressão é caraterizada como uma perturbação do estado do humor que interfere no quotidiano dos indivíduos, nomeadamente, na capacidade cognitiva e na regulação dos instintos podendo ser classificada como ligeira, moderada ou severa (Carvalho, 2017).

A fase da adolescência e do início da idade adulta é uma fase de elevado risco de desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Antunes, Matos & Costa, 2018). Normalmente, é nesta fase que os indivíduos ingressam no ensino superior e, consequentemente, passam por épocas de elevado *stress* e de grandes alterações nas rotinas (Cunha, 2017). Esta problemática nesta população é preocupante uma vez que interfere com o bom funcionamento académico dos estudantes influenciando o rendimento académico de forma negativa (Costa & Moreira, 2016). Com a presença desta sintomatologia, poderão existir dificuldades na resolução de tarefas e dificuldades em estabelecer prioridades e objetivos na vida dos alunos (Santos, Veiga & Pereira, 2012).

No decorrer do percurso académico, os estudantes universitários apercebem-se da existência de muitos desafios e exigências que colocam à prova a capacidade de resiliência, adaptação e a capacidade para a resolução de problemas podendo pôr em causa o seu bem-estar. Desta forma, e para que os estudantes universitários obtenham sucesso académico é importante que se sintam estáveis tanto a nível físico como psicológico e, para que isso aconteça, é fundamental que estejam dotados de *empowerment* para que tenham a capacidade de resolução de problemas

e de tomada de decisão (Nogueira & Sequeira, 2018). Se os estudantes estiverem satisfeitos com a sua vida académica, sentem-se com um maior autocontrolo, mais autónomos e empoderados fornecendo-lhes a capacidade de resolver os seus problemas e tomar decisões acabando por se sentirem melhor psicologicamente (Soares & Almeida, 2011 citado por Nogueira e Sequeira, 2018).

Considerando a importância do estudo da sintomatologia depressiva no contexto académico e a importância do *empowerment* nos estudantes, o presente estudo pretende avaliar a relação existente entre sintomatologia depressiva e *empowerment* em estudantes universitários da Universidade da Beira Interior.

MÉTODO

Participantes

No presente estudo participaram 188 estudantes de diversos cursos da Universidade da Beira Interior que frequentavam o 1º ciclo de estudos de: Bioengenharia, Engenharia Aeronáutica, Engenharia Eletromecânica, Engenharia Eletrotécnica e Computadores, Engenharia Informática, Engenharia Civil, Engenharia Eletrónica, Informática Web e Ciências do Desporto. Desta amostra 76.1% (143) dos indivíduos são do género masculino e 23.1% (43) dos indivíduos são do género feminino com idades compreendidas entre os 18 e os 41 anos (X=21.08; *DP*=0.225).

Material

Foi aplicado um protocolo de investigação com diversas escalas, de forma presencial. Deste protocolo, faziam parte: o questionário sociodemográfico, o *Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale* (CES-D) para avaliar a sintomatologia depressiva e a Escala do *Empowerment* (ES-P) para avaliar o nível de *empowerment.*

Procedimento

Quanto à análise dos dados recolhida através deste protocolo, foram introduzidos no *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* e,

posteriormente, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados. Desta forma, para comparar médias entre dois grupos independentes recorreu-se ao teste-T e para averiguar a existência de associações entre as variáveis, utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman.

RESULTADOS

Objetivo 1: Avaliar a presença de sintomatologia depressiva numa amostra de estudantes universitários.

Considerando a escala total, obteve-se uma média de 17.70, valor que aponta para a ausência de sintomatologia depressiva nesta amostra de acordo com o ponto de corte estabelecido para a população portuguesa que é de 20 pontos (Gonçalves & Fagulha, 2004). Para além disto, pode concluir-se que há uma diferença significativa entre o género masculino (M=17.05, DP=6.25) e o género feminino (M=19.79, DP=6.89; t(176)=-2.443, p=0.016) no que diz respeito à presença de sintomatologia depressiva. Desta forma, podemos concluir que o género feminino apresenta maior prevalência de sintomatologia depressiva quando comparado com o género masculino. Verificou-se, ainda, que não existiam diferenças estatisticamente significativas em relação à idade e ao ano curricular em que se encontravam os participantes.

Objetivo 2: Avaliar o nível de empowerment numa amostra de estudantes universitários da Universidade da Beira Interior.

Verificou-se que cerca de metade da amostra pontuou acima da média teórica (M=62.5) da Escala utilizada para avaliar o nível de *empowerment.* Assim apurou-se que 44.6% da amostra do estudo pontuaram acima desta média, sugerindo que grande percentagem dos indivíduos são pouco empoderados uma vez que 45.4% pontuaram abaixo do valor médio. No que diz respeito ao *empowerment*, concluiu-se ainda, que existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com idades compreendidas entre os 18 anos e os 20 anos (M=58.98, DP=10.91) e os indivíduos com idades iguais ou superiores a 21 anos (M=65.58, DP=11.30;

[*t*(177)=-3.361, *p*=0.001]. Desta forma, os indivíduos que têm 21 anos ou mais apresentam-se com mais características de *empowerment.*

Pretendeu-se avaliar também, se existiam diferenças estatisticamente significativas entre estudantes do 1º ano e do 3º ano e verificou-se que existem diferenças significativas entre os alunos do 1º ano da licenciatura (M=55.66, DP=8.70) e os alunos que frequentam o 3º ano da licenciatura (M=65.29, DP=11.13; [t(163)=-5.546, p=0.000]. Desta forma, concluiu-se que os alunos que estavam a frequentar o 3º ano da licenciatura apresentam maiores níveis de *empowerment.*

Objetivo 3: Analisar a relação existente entre os níveis de sintomatologia depressiva dos estudantes universitários e o seu nível de empowerment.

Também se pretendeu perceber a relação existente entre a sintomatologia depressiva e o *empowerment,* e verificou-se que para a amostra em estudo, não existe correlação estatisticamente significativa (*r*= 0.046, *p*= 0.549).

DISCUSSÃO

Após análise dos resultados foi possível verificar que a maior parte da amostra não apresentava sintomatologia depressiva (68.4%). Ainda assim, 27.3% da população refere a sua existência. Este valor quando comparado com outros estudos da literatura é elevado, pois são encontradas percentagens inferiores no estudo de Santos, Veiga e Pereira (2012) onde apenas 15% dos estudantes apresentavam sintomatologia depressiva (*N*=666); também Campos (2012) no seu estudo, concluiu que 13.4% dos indivíduos (*N*=527) apresentavam sintomatologia depressiva e por fim, referir um outro estudo com estudantes universitários (*N*=987) em que apenas 6.4% da amostra de estudantes universitários apresentavam sintomatologia depressiva (Rocha, 2018). No entanto, estes valores foram obtidos através de diferentes instrumentos e uma vez que os pontos de corte diferem de instrumento para instrumento, isso pode ajudar a compreender os diversos resultados obtidos. Além disso, considerando

que os momentos de *stress* e ansiedade poderão gerar sintomatologia depressiva (Moreira & Furegato, 2013) e os estudantes nesta fase de recolha, início do primeiro semestre letivo, ainda não terem sido sujeitos a grandes momentos de ansiedade relacionados com a avaliação, poderá ajudar a explicar os resultados pouco elevados obtidos. Foi ainda possível verificar que os estudantes do género feminino, apresentavam maior prevalência de sintomatologia depressiva. Também noutros estudos já realizados anteriormente os mesmos resultados foram comprovados e testados, uma vez que as pessoas do género feminino tendencialmente expressam mais as emoções negativas e apresentam maior sintomatologia depressiva (e.g., Baptista, Lima, Capovilla, & Melo, 2006; Gameiro et al., 2008).

No que toca ao nível de *empowerment* nesta amostra, verificou-se que cerca de metade da amostra apresenta níveis de *empowerment* acima do valor médio da escala. Os resultados obtidos são sustentados por outros estudos em que o número de indivíduos é semelhante e, também, cerca de metade apresentava um bom nível de *empowerment* (Ibrahim, 2011). Contudo, a presente amostra apresenta maiores níveis de *empowerment* quando comparado com um estudo de 2013, em que apenas 40% de 124 indivíduos apresentou nível de *empowerment* menos elevado (Beauvais, Stewart, DeNisco, & Beauvais, 2013). Também se verificaram diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao ano letivo em que se encontram inscritos, sendo que quanto mais avançados estão os alunos no seu percurso académico maior o nível de *empowerment*, no mesmo sentido, os indivíduos mais velhos apresentaram maiores níveis de *empowerment.* Estes resultados obtidos poderão ser sustentados pelo facto do *empowerment* e a capacidade de tomada de decisão e poder, serem aspetos que se vão adquirindo ao longo da vida e com a experiência com que cada um de nós se depara (Campos, Borges, Lucas, Vargas, & Ferreira, 2014). Considerando o intervalo de idades que fizeram parte deste estudo, verifica-se que os estudantes universitários mais velhos que fazem parte da amostra apresentam um maior nível de *empowerment* que poderá ter sido adquirido através da experiência e vivências dos mesmos. O facto de ter uma maior experiência, mais objetivos alcançados, faz com que o indivíduo tenha criado estratégias para melhorar o seu *empowerment* (Teixeira & Figueiredo, 2015). Considerando que a amostra do estudo, são estudantes universitários, poderá também estar associado às experiências

já vividas fora do contexto académico ou até mesmo no decorrer do mesmo em que ingressam em projetos extracurriculares ou associações. Estas atividades levam a que os indivíduos adquiram competências que não são, muitas vezes, trabalhadas ou ensinadas no contexto de sala de aula, como por exemplo gestão de tempo, trabalho em equipa e competências de liderança e/ou comunicação.

Os resultados obtidos neste estudo reforçam a importância das Universidades adequarem e criarem estratégias para que, por um lado, se promova o bem-estar e a prevenção do desenvolvimento da sintomatologia depressiva, e por outro lado, que se promova o *empowerment* de forma a que os indivíduos sejam autónomos e ativos na sua vida diária e desenvolvam maior capacidade de tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

Antunes, J., Matos, A., & Costa, J. (2018). Regulação Emocional e Qualidade do Relacionamento com os Pais como Preditoras de Sintomatologia Depressiva em Adolescentes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 6,* 52-58.

Aragão, T., Coutinho, M., Araújo, L., & Castanha, A. (2009). Uma Perspectiva Psicossocial da Sintomatologia Depressiva na Adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva, 14*(2), 395-405.

Ayudo-Mateos, J., Nuevo, R., Verdes, E., Naidoo, N., & Chetterji, S. (2010). From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds. *The British Journal of Psychiatry, 196*, 365-371. doi: 10.1192/bjp.bp.109.071191.

Baptista, M., Lima, R., Capovilla, A., & Melo, L. (2006). Sintomatologia Depressiva, Atenção Sustentada e Desempenho Escolar em Estudantes do Ensino Médio. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, 10*(1), 99-108.

Beauvais, A., Stewart, J., DeNisco, S., & Beauvais, J. (2013). Factors related to academic success among nursing students: A descriptive correlational research study. *Nurse Education Today, 34*(6), 918-23. doi: 10.1016/j.nedt.2013.12.005

Campos, R. (2012). Sintomatologia Depressiva em Estudantes Universitários portugueses. *Revista Portuguesa de Psicologia, 43*, 63-75.

Campos, A., Borges, C., Lucas, S., Vargas, A., & Ferreira, E. (2014). Empowerment and quality of life of working adolescents supported by a brazilian NGO. *Saúde e Sociedade, 23*(1), 238-250.

Caramelo, A. (2017). *Empowerment psicológico e motivação académica de estudantes do Ensino Superior Universitário.* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Porto.

Carvalho, A. (2017). *Depressão e outras Perturbações Mentais Comuns: Enquadramento Global e Nacional e Referência de Recurso em Casos Emergentes* .Lisboa: DGS.

Costa, M., & Moreira, Y. (2016). Saúde mental no Contexto Universitário. *Seminários sobre Ensino em Design,* 73-79.

Cunha, M. (2017). Bem-estar em Estudantes do Ensino Superior. *Journal of Education, Technologies and Health, 2*, 21-38. doi: https://doi.org/10.29352/mill0202e.02

Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M., Simões, M., Rijo, D., Quartilho, M., Paredes, T., & Serra, A. (2008). Sintomatologia Depressiva e Qualidade de Vida na População Geral. *Psicologia, Saúde e Doenças, 9*(3), 103-112.

Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). Study of the Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment, 20*(4), 1-27.

Ibrahim, S. (2011). Factors affecting assertiveness among student nurses. *Nurse Education Today, 31*(4), 356-60.

Kim, K., & Lee, S. (2016). Psychological Empowerment.*Management.* doi: https://dx.doi.org/10.1093/obo/9780199846740-0090

Moreira, D., & Furegato, A. (2013). Stress e depressão entre alunos do último período de dois cursos de enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem, 21*, 1-8.

Moura, D., & Ramos, A. (2014). Engagement e Empowerment Psicológico Como Antecedentes da Satisfação Profissional: Um Estudo Exploratório. *Revista Eletrónica de Gestão Organizacional, 12*(2), 103-112.

Narayan, D. (2002). *Empowerment and Poverty Reduction: A Sourcebook.* Washington: World Bank.

Nogueira, M., & Sequeira, C. (2018). A Satisfação com a Vida Académica. Relação com bem-estar e Distress Psicológico. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 6*, 71-76. doi.org/10.19131/rpesm.0216

Rocha, A. (2018). *Depressão e ansiedade no ensino superior: Estudo comparativo entre estudantes universitários.* Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação. Porto.

Santos, L., & Veiga, F. (2012). Sintomatologia depressiva e percepção do rendimento académico no estudante do ensino superior. In D. Domingues et al. (Eds.), Atas do 12º Colóquio de Psicologia, Educação, Aprendizagem e Desenvolvimento: Olhares Contemporâneos através da Investigação, ISPA, Lisboa.

Spreitzer, G. (2007). *Taking Stock: A review of more than twenty years of research on empowerment at work*. In C. Cooper & J. Barling (Eds.), The Handbook of Organizational Behavior (pp. 1-42). New York: Sage Publications.

Teixeira, A., & Figueiredo, M. (2015). Nursing empowerment and job satisfaction: An integrative review according the Structural Theory. *Revista de Enfermagem Referência, 4*(6), 151-160. doi: 10.12707/RIV14024

Taddeo, P., Gomes, K., Caprara, A., Gomes, A., Oliveira, G., & Moreira, T. (2012). Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crónicas. *Ciência e Saúde Coletiva, 17*(11), 2923-2930.

Zimmerman, M. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology, 23*(5), 581-599.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

SUPER SKILLS FOR LIFE – US. PROTOCOLO PARA FUNCIONÁRIOS DO *CAMPIS*

Anabela Pereira[1] & Elisabeth Brito[1]
[1] Universidade de Aveiro, Portugal

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que a prevalência de transtornos mentais continuaria a aumentar até o ano 2020 (OMS 2001). Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos mentais mais frequentes e tendem a co-ocorrer com a depressão e ambos os distúrbios são associados a comprometimento psicossocial grave (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009; Merikangas et al., 2010; Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015).

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) possui uma eficácia elevada na terapia dos transtornos mentais, especialmente dos distúrbios emocionais (DE). No entanto, tem havido um consenso crescente, entre especialistas internacionais, de que é necessária uma nova abordagem na maneira como classificamos, formulamos, tratamos e prevenimos os transtornos de depressão e ansiedade (Barlow, Allen, & Choate, 2004). No sentido de fazer face a este problema – transtornos de depressão e ansiedade, o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (Reino Unido) recomenda a identificação de intervenções menos intrusivas, mas mais eficazes para o tratamento desses transtornos (NICE, 2011).

A abordagem transdiagnóstica, veio fornecer uma base promissora para a prevenção de transtornos mentais superando as limitações da abordagem diagnóstica categórica. Representa uma maneira mais convergente e integradora de abordar os distúrbios, tendo introduzido uma nova perspetiva no campo da saúde mental (Sandim, 2012) porque foca os mecanismos ou processos comuns subjacentes a uma série de distúrbios específicos que podem contribuir para o seu desenvolvimento ou manutenção, através de um único protocolo, permitindo assim o tratamento de indivíduos com ansiedade e/ou depressão na mesma

intervenção (Craske, 2012; García-Escalera et al., 2016). Tem havido um interesse crescente no desenvolvimento de tratamentos transdiagnósticos baseados em TCC, abordando fatores comuns desses distúrbios comórbidos, aplicando um protocolo de intervenção unificado (Clark & Taylor, 2009), e os resultados têm sido promissores em relação à sua eficácia (Bettis, Forehand, Sterba, Preacher , & Compas, 2016; Craske, 2012; García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales & Sandín, 2016). Constatou-se que essa é uma abordagem eficiente, com flexibilidade para incorporar intervenções eficazes específicas para distúrbios sendo, também, fácil de implementar (Clark & Taylor, 2009; Craske, 2012). Demonstrou-se que a TD-TCC é mais eficaz que o tratamento habitual em configurações de cuidados primários de saúde para o tratamento da depressão (Bortolotti et al., 2008) e da ansiedade (Cape et al., 2010). Tem sido utilizada para o desenho de programas de prevenção de desordens que compartilham elementos comuns (Belloch, 2012), possibilitando projetar tratamentos individualizados adaptados a cada indivíduo, bem como intervenções em formato de grupo para diferentes distúrbios que compartilham um processo comum. De fato, os programas de tratamento transdiagnóstico são especialmente úteis para aplicação em formato de grupo.

No âmbito da psicologia clínica abre possibilidades interessantes para o aprimoramento das técnicas de tratamento de problemas emocionais como ansiedade e depressão entre outros. Apresenta como vantagem o facto de poder ser usado na prevenção, aceder-se a populações maiores, observando coisas comuns, podendo ser especialmente interessante em contextos em que a procura por atendimento é alta e os recursos terapêuticos escassos, favorecendo a eficiência e a sustentabilidade.

Terapia transdiagnóstica refere-se a tratamentos aos quais "se aplicam os mesmos princípios de tratamento subjacentes às de perturbações mentais, sem adaptação do protocolo para diagnósticos específicos "(McEvoy, Nathan e Norton, 2009, p. 21). Os efeitos positivos dos tratamentos transdiagnósticos encontrados nos estudos de Newby et al. (2015) são consistentes com os resultados de metanálises anteriores (Norton e Philipp, 2008) e de uma revisão narrativa (McEvoy et al., 2009).

Face às evidências a favor da abordagem transdiagnóstica, bem como à necessidade de promoção de ambientes socialmente responsáveis que promovam o apoio emocional e a interajuda entre colegas de trabalho e a

própria instituição, reduzindo os distúrbios emocionais (ansiedade e depressão) dos colaboradores, o principal objetivo do presente artigo é apresentar um estudo que integre um protocolo desenvolvido para os funcionários, *University Staff – US.*

MÉTODO

Pretende realizar-se um estudo de natureza longitudinal, controlado e randomizado, envolvendo um protocolo para intervir e avaliar os efeitos de um programa de intervenção inovador em Portugal, de treino em super competências para a vida e que se intitula *Super Skills for Live, University Staff* (SSL – US) construído para o efeito pelos autores do presente estudo e dirigido a funcionários das instituições do ensino superior.

A amostra será constituída por funcionários de ambos os géneros que trabalham na Universidade de Aveiro. Numa primeira fase pretende aplicar-se questionários com escala de likert para caracterizar as competências de vida e estilos de vida saudável. Numa segunda fase e tendo por base a amostra global construir se á uma segunda amostra, mais reduzida, que será submetida ao programa de intervenção, constituindo se para o efeito um grupo experimental e um grupo de controlo. Os indivíduos da segunda amostra serão avaliados antes e após o programa de intervenção, bem como 3 meses após ter terminado o mesmo (*follow-up*). Os princípios éticos e deontológicos serão em ambas as fases considerados.

RESULTADOS

Fase 1: Caracterização das competências de vida e estilos de vida saudável

Na primeira fase serão identificadas não só as competências de vida, mas também estilos de vida saudável. Nesta fase pretende-se realizar o diagnóstico do estado de saúde e bem-estar global dos indivíduos devendo,

para o efeito, envolver os funcionários na sua monitorização e avaliação. Assim, serão incentivados a responderem a um protocolo de investigação com os seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico- EMMBEP, versão portuguesa de Monteiro, Tavares, & Pereira, (2012); Escala de Avaliação da Ansiedade STAI I e II de Spielberger; Escala de Distress Psicológico de Kessler-K10, versão portuguesa de Pereira e colaboradores (2017); Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSOQ II) e Escala do EU Resiliente (Jacinto & Pereira, 2006).

Esta monitorização será feita durante todo o processo, antes, durante e após intervenção.

Fase 2: Fundamentação, Construção do protocolo transdiagnóstico visando a sua aplicação a funcionários universitários (University Staff-US)

Ancorámos esta fase em estudos anteriores aplicados a outros públicos. Os protocolos transdiagnósticos de prevenção para crianças com sintomas de ansiedade e depressão são, ainda, escassos (por exemplo, García-Escalera et al., 2016; Martinsen, Kendall, Stark, & Neumer, 2016). Pode, também, referir-se como exemplo o programa Super Skills for Life (SSL), desenvolvido para crianças com sintomas de ansiedade e depressão (Essau & Ollendick, 2013). Este programa de prevenção integra formação de habilidades sociais, ativação comportamental e feedback em vídeo com preparação cognitiva. O programa envolve a segmentação de fatores de risco comuns de transtornos comórbidos, seguindo uma abordagem transdiagnóstica, o desenvolvimento de habilidades das crianças para lidar com situações de ansiedade baseadas nos princípios da TCC e a melhoria do humor e autoestima após princípios de ativação comportamental. O programa visa, também, aprimorar a competência social das crianças através da aprendizagem de habilidades sociais e sua autopercepção usando feedback em vídeo com preparação cognitiva. O estudo original de Essau e Ollendick (2013), forneceu suporte preliminar para o SSL aplicado num ambiente escolar, demonstrando efeitos positivos em crianças de 8 a 10 anos com problemas significativos de ansiedade, bem como um impacto positivo em outros sintomas, como problemas com colegas, problemas de conduta e hiperatividade. Contudo, tais estudos têm sido adaptados a diversos

contextos e em diferentes fases desenvolvimentais (Essau, Lewinsohn; Lim, Ho & Rohde, 2018).

O programa *Super Skills for Live, University Staff* (SSL_US) recorrerá a metodologias mistas usando dinâmicas de grupo e roleplay à semelhança de outros programas já realizados (Jardim & Pereira, 2006). Compreenderá 8 sessões, com a duração máxima em cada sessão de 60 minutos. Terão como facilitadores do programa psicólogos.

Os conteúdos das sessões compreenderão: Sessão 1() Identificação dos estilos de vida saudável; Introdução, regras do grupo; Sessão (2) O self, a autoestima e auto eficácia; Sessão (3) Identificação de fatores de risco no trabalho; Sessão (4) Relação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos; Sessão (5) Gestão do stress; Sessão (6) Relações humanas (e aptidões sociais; Sessão (7) Resolução de Problemas e Sessão (8) Metas para um futuro com esperança.

Em síntese, tendo por base a abordagem focalizada na terapia cognitivo comportamental que providenciará o treino de estratégias incentivadoras da mudança comportamental espera-se nesta segunda fase obter melhorias no desenvolvimento das SSL_US, as quais serão facilitadoras do bem-estar global do indivíduo.

DISCUSSÃO

De forma geral, a saúde mental e o bem-estar psicossocial dos colaboradores deterioraram-se com especial enfoque nas exigências emocionais que se manifestam no aumento dos níveis de stresse fisiológico e cognitivo nos trabalhadores. Esse aumento do stresse faz com que os trabalhadores manifestem, elevados riscos psicossociais no trabalho (Souto, Pereira, Brito & Barros, 2019) em particular respostas emocionais como manifestação de sentimentos de ansiedade, depressão ou sintomas depressivos, alienação, apatia, entre outros (Fernandes & Pereira, 2016).

A literatura apresenta vários estudos que deixam como recomendação a definição de medidas para implementar programas de redução de stresse e evidencia alguns métodos para lidar com o stresse como por exemplo a técnica de usar uma imagem mental de algo que produziu prazer ao

indivíduo no passado ou exercícios que aliviam a tensão corporal e técnicas de respiração que ajudam a acalmar a pessoa (Hogg, 2003), alargando-se, neste momento, à procura de aliviar o stresse com regimes alimentares, dormindo mais ou usando outros métodos como *biofeedback* em contextos académicos (Chaló, Pereira, Batista, & Sancho 2017).

É pertinente a necessidade de promover saúde e bem estar global do indivíduo em todos os contextos de trabalho, contudo, importa dar o salto qualitativo para a intervenção em áreas ou profissões menos estudadas e em risco, como sejam os funcionários das instituições do Ensino Superior. Identificar as suas necessidades para posteriormente operacionalizar uma intervenção eficaz, nomeadamente, ao nível das supercompetências para melhor lidar com a diversas situações da vida e assim promover não só a Saúde Ocupacional mas o bem estar pessoal e profissional dos funcionários.

Queremos realçar que, com este trabalho, estão criados os alicerces para ser desenvolvido com robustez um protocolo de intervenção, orientado para contexto universitário, baseado na evidência, bem como a partir deste modelo, que consideramos de elevada potencialidade, serem delineadas *guidelines* para a mudança de comportamentos para estilos de vida mais saudável dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205-230.

Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America, 32*, 483-524. doi: 10.1016/j.psc.2009.06.002

Belloch A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *17*(3), 295-311.

Bettis, A. H., Forehand, R., Sterba, S. K., Preacher, K. J., & Compas, B. E. (2016). Anxiety and Depression in Children of Depressed Parents: Dynamics of Change

in a Preventive Intervention. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-14. doi: 10.1080/15374416.2016.1225503.

Bortolotti, B., Menchetti, M., Bellini, F., Montaguti, M., & Berardi, D. (2008). Psychological interventions for major depression in primary care: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry*, *30*(4), 293-302. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2008.04.001.

Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. *BMC Med*., *8*, 38. doi: 10.1186/1741-7015-8-38.

Chaló, P., Pereira, A., Batista, P., & Sancho, L. (2017). Brief biofeedback intervention on anxious freshman university students. *Applied Psycho-physiology and Biofeedback*, *2*(1), 1-6. doi.org/10.1007/s10484-017-9361-5

Clark, D. A., & Taylor, S. (2009). The Transdiagnostic Perspective on Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: New Wine for Old Wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *23*, 60-66. doi: 10.1891/0889-8391.23.1.60

Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, *29*, 749-753. doi:10.1002/da.21992

Essau, C. A., & Ollendick, T. H. (2013). *The Super Skills for Life Programme.* London, England: University of Roehampton.

Essau, C., Lewinsohn, P., Lim, J., Ho, M., & Rohde, P. (2018). Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *Journal of Affective Disorders*, *228*, 248-253. doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.014

Fernandes, C. & Pereira, A. (2016). Exposição a fatores de risco psicossocial em contexto de trabalho: Revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, *50*, 24. http://www.rsp.fsp.usp.br

García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Effi cacy of transdiagnostic cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A metaanalysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *21*, 147-175. doi: 10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811

Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais: Guia Prático para a Mudança Positiva*. Porto, Portugal: Edições ASA.

Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K., & Neumer S. P. (2016). Prevention of Anxiety and Depression in children: Acceptability and feasibility of the

transdiagnostic Emotion program. *Cognitive and Behavioural Practice*, *23*, 1-13. doi: 10.1016/j.cbpra.2014.06.005

McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *23*, 20-33. doi: http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.20

Merikangas K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., & Swendsen J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*, 980-989. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017

Murat Boysan & Erkan Kiral (2017) Associations between procrastination, personality, perfectionism, self-esteem and locus of control, *British Journal of Guidance & Counselling*, *45*(3), 284-296. doi: 10.1080/030698852016.1213374

National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE. (2011). Common Mental Health Problems: Identification and Pathways to Care. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/resources/common-mental-health-problems-identification-and-pathways-to-care-35109448223173 webcite

Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clin Psychol Rev. 40*, 91-110. doi: 10.1016/j.cpr.2015.06.002

Norton, P., & Philipp, L. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *45*, 214-226. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.214

Polanczyk, G., Salum, G., Sugaya, L., Caye, A., & Rohde, L. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *56*, 345-365. doi:10.1111/jcpp.12381

Reinholt, N. & Krogh, J. (2014). Efficacy of Transdiagnostic Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Published Outcome Studies. *Cognitive Behaviour Therapy*, *43*(3), 171-184, http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2014.897367

Sandín B, Chorot P, Valiente RM. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *17*(3), 185-203.

Souto, I., Pereira, A., Brito, E., Barros, S. (2019). Occupational Health Risk Among Teachers in Higher Education. In Health and Social Care Systems of the Future: Demographic Changes, Digital Age and Human Factors. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-24067-7_36

World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland: The World Health Organization; 2001. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1webcite

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

THE EFFECTS OF EARLY INTERVENTION PROGRAMS ON THE SOCIAL COMMUNICATION SKILLS OF YOUNG CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER (ASD): A SYSTEMATIC REVIEW

Issa Alkinj[1] (✉ alkinj@ua.pt), Anabela Pereira[1], & Paula Santos[1]
[1] Departamento de Educação e Psicologia, CIDTFF, Universidade de Aveiro, Portugal

Autism spectrum disorder is a developmental disorder characterized by two main symptoms; social communication deficient, and behavior issues. However, individuals with ASD might demonstrate language and cognitive impairment but they were not considered as key features of ASD (American Psychiatric Association, 2013). In the last 20 years, the number of individuals with ASD has increased dramatically (Rayan & Ahmad, 2018). Many Statistical studies demonstrated that the prevalence rate of ASD was 1 in 1000 children and this rate increased in 2014 to 1 in 88 children. The increasing rate of ASD can be as a result of social awareness or the development of assessment criteria (Crawford, 2016).

Lack of social communication skills was considered as a fundamental and common issue of individuals with ASD. Therefore, they demonstrate difficulties in verbal and non-verbal social communication skills includes lack of joint attention skills, initiating or maintain the conversation, abnormal facial expression, turn-taking, and language impairment (Thomeer, McDonald, Rodgers, & Lopata, 2017). In addition, they have difficulties to respond or use gestures, difficulty in requesting skills, lack of making eye- contact, and difficulty in engaging vocally or visually with others during social interaction. Consequently, they have difficulties to maintain a relationship with others (Mundy & Crowson, 1997), and difficulties in developing friendship and playing skills (Ulke-kurkcuoglu, 2015). Overall, Social communication difficulties in ASD can impact students with ASD academic and social development and isolate them from their environments (Yeo & Teng, 2015).

The American Academy of Pediatrics revealed that all children with ASD can be identified and screened at two years of age, which provided strong evidence supporting the early intervention for ASD (Charman, 2014). Therefore, many early intervention programs appeared targeting mean deficient areas in ASD e.g., early intensive behavior analytic treatment which yielded positive outcomes in domains of social communication, behavior, cognitive, and language skills (Howard, Sparkman, Cohen, Green, & Stanislaw, 2005).

The National Research Council report (NRC) (2001) indicated that many studies conducted early intervention programs using different approaches to disclosure the effectiveness of early intervention for young children with ASD. They found three types of programs were used; Behavioral-based program e.g. (Early Intensive Behavior Intervention and Pivotal Response Treatment) and developmental approach such as (Early Start Denver Model), and Eclectic methods like Division TEACCH. The results of these studies demonstrated that early intervention for young children with ASD could significantly promote their social communication, motor, and play skills (Volkmar & Reichow, 2014). Therefore, the early intervention programs have promising outcomes on the development of social communication, behavior and language skills of individuals with ASD (Divan, Hamdani, Vajartkar, Minhas, Taylor, Aldred, & Patel, 2015).

METHODS

This article is a systematic literature review to identify the scientific studies that were published between 2009 and 2019 in international journals. In order to conduct the review, the researcher used digital format database research: Scopus, PubMed, and Eric journal, using the search terms “Autism spectrum disorders”, AND “social skills”, OR “communication skills”, AND “children”, AND “early intervention”. The results of the search demonstrated 140 publications. All obtained publications in Scopus, PubMed, and Eric were analyzed, 128 studies were excluded: 24 studies were about the parents, 14 randomized control trial, 15 without training program, 15 about other disabilities, 2 about the adults, 22 reviews, 19 about diagnosis and assessment

of ASD, 8 about others skills, 3 unrelated studies, 3 studies with no access, 1 about professionals, 1 follow-up study, and 1 meta-analysis.

The studies' inclusion and exclusion criteria are described in Table1.

The data of the systematic review was analyzed according to the PRISMA criteria (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & Grp, 2009). The obtained information was classified and analyzed according to the authors, year of publication, country, study aim, sample, and, methodology, results.

RESULTS

A total of 479 young children with ASD participated in the studies. The studies the in the USA (50%), Italy (17%), Portugal (8.3%), Canada (8.3%), China (8.3%), and Israel (8.3%).

Several instruments were utilized to measure the improvement of social communication skills and decrease the severity of Autism, such as: The Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) (15%), the Vineland Adaptive Behavior Scale (11%), The Autism Diagnosis Interview-Revised (ADl-R) (7%), the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V) (5%), The Psychoeducational Profile, 3rd .ed. (PEP-3) (5%), The Bruininks- Oseretsky Test of Motor Proficiency, 2nd .ed. (BOT™-2) (2%), The Attention Network Test (ANT) (2%), The Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth Edition (2%), the Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, 3rd (2%), the Kaufman Test of Educational Achievement-Second Edition (2%), the Asperger Syndrome Diagnostic Scale (2%), the Stanford Binet-Fifth Edition (2%), the Gilliam Autism Rating Scale-Second Edition (2%), the Adaptive Behavior Assessment System-Second Edition (2%), the Autism Social Skills Profile (ASSP) (3%), the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed) (3%), the Mullen Scales of Early Learning (MSEL) (7%), the Griffiths Mental Development Scales (GMDS) (3%), the Clinical Global Impressions Scale (CGI) (2%), the Social Responsiveness Scale, second edition (SRS-2) (3%), the Differential Ability Scales-II (DAS-II) (2%), the Clinical Evaluation of Language Fundamentals-Preschool- 2 (CELF-P-2) (2%), the Revised Version of the

Strange Stories Test (2%), the Theory of Mind Inventory scale (2%), the Autism Spectrum Quotient: Child Version (2%), the Assessment Scale of Children with ASD (2%), the Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP) (2%), the Early Social-Communication Scales (ESCS) (2%), the teacher-child play interactions (TCX) (2%), the Structured Play Assessment (SPA) (2%), the MacArthur Communication Developmental Inventories (CDI) (2%), the Questions About Behavior Change (QABF) questionnaires (2%), the Child Behavior Checklist (CBCL) (2%), the Early Communicative Index (ECI) (2%), and the Individual Growth and Development Indicator (IGDI) (2%).

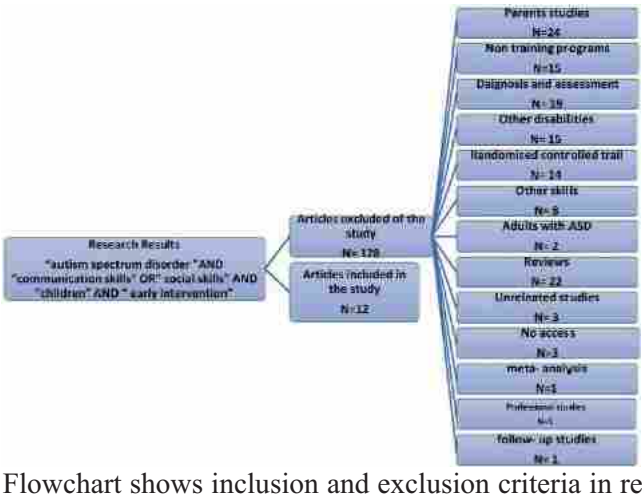


Figure 1. Flowchart shows inclusion and exclusion criteria in research

Table 1

Inclusion and exclusion criteria of the research "social skills early intervention programs for young children with ASD"

Inclusion criteria	**Exclusion criteria**
The Use of Training program	Non-training program
Targeting social communication skills	Other skills
Young children with ASD	Adults with ASD
Provided by professionals and teachers	Provided by parents.
Last 10 years between 2009 and 2019	Before 2009
Provided in schools or community services centers	Randomized control trial or follow up studies
	Incomplete studies/ without accessibility
	Studies about parents or professionals

So & colleagues 2018 conducted a study to examine the effects of robot-based training in improving the gestures skills for 15 young children with ASD, aged four and six years. The training included a social robot that produces 14 gestures and five stories. The result of the study demonstrated that the experimental group who received the intervention produced more accurate gestures and maintained the skills after two weeks of the training sessions over the waitlist group (So, Wong, Lam, Cheng, Yang, Huang, & Lee, 2016).

Radley & colleagues 2015 examined the effects of The Superhero Social Skills program based on video modeling and self-monitoring to improve the accuracy of using conversation, nonverbal, requesting, and responding skills for two participants with ASD; one with Asperger's syndrome and the other with intellectual disability. The results of the study showed that both participants showed an increased level of the learned skills and improvement of skills accuracy, and generalized the skills after the program implementation (Radley, Ford, McHugh, Dadakhodjaeva, O'Handley, Battaglia, & Lum, 2015). Similarly, Radley & colleagues 2017 evaluated the impact of the Superhero social skills in improving the social skills accuracy and function of two participants with ASD, aged 4.5 years and 4.3 years, attending preschool in the northeast of the USA. The results of the study demonstrated that both participants achieved improvement in the accuracy of the social skill and maintained the accuracy after one and half month of the intervention implementation (Radley, McHugh, Taber, Battaglia, & Ford, 2017).

Vivanti & colleagues 2014 evaluated the impact of the Early Start Denver Model on social, cognitive, and behavior skills of children with ASD, aged 18 to 60 months. the intervention program was conducted at care community services, lasted for 12 months, 15 to 25 hours weekly. The participants of the study were compared with a control group (30 participants) with ASD. The result of the study demonstrated that both groups showed improvement in the targeted skills. However, the ESDM group presented a higher level in the targeted skills compared to the control group (Vivanti et al., 2014). Likewise, Colombi & colleagues., 2018 conducted a study to examine the impact of the ESDM Intervention on social, cognitive, behavior skills for a sample of 22 children with ASD, aged 18 to 48 months. The ESDM group received three sessions, 2 hours each for 6 months, and the control group which consisted of 70 participants were receiving usual treatment 5.2 hours weekly for 6 months. The result of the study showed that both groups achieved

improvement in social and cognitive skills, however, the ESDM group gained higher improvement in social, cognitive, and adaptive skills after 3 to 6 months of the ESDM implementation compared with the control group (Colombi, Narzisi, Ruta, Cigala, Gagliano, Pioggia, & Muratori, 2018).

Ventola & colleagues 2014 evaluated the effects of Pivotal Response Treatment (PRT) on adaptive and social skills of ten children with ASD, aged 4.5 to 6.11 years, attending the pre-school setting. The results of the study indicated that all the participants achieved over the implementation of the intervention a moderate to high improvements in the adaptive, and social communication skills domains (Ventola, Friedman, Anderson, Wolf, Oosting, Foss-Feig, & Pelphrey, 2014).

Waugh & Peskin, 2015 conducted a study to evaluate the effects of social skills and Theory of Mind (S.S.T.o.M) intervention in improving the social communication skills of high functioning children with ASD. The study included 49 participants of young children with HFASD, aged 6 to 13 years. In order to examine the impact of the S.S.ToM intervention, the researchers divided the participants into three groups; 19 participants in the S.S.T.o.M group, and two control groups; 11 participants in Children Friendship Training group CFT, and 19 in delayed treatment control group DTC. The S.S.T.o.M intervention program lasted for 3 months based on comic stories through visual supports and gameplay. The result of the study showed that all the participants in CFT and S.S.T.o.M groups demonstrated improvements in social motivation and social communication skills compared to the DTC group who didn't show any improvements in the post-test (Waugh & Peskin, 2015).

Reis, Pereira and Almeida, 2018 examined the impact of the DIR / Floortime intervention model (The Developmental, Individual difference, Relationship-based Model) in developing the social communication skills of children with ASD, aged 3 to 6 years. The study included one experimental group of 25 participants and based on pre and post-test design. The DIR/ Floortime intervention program based on playing activities where the caregivers or parents play with the children on the floor to encourage them to communicate. The results of the study demonstrated improvement in social skills and sensory progress after the program implementation (Reis, Pereira, & Almeida, 2018).

Zachor & Ben Itzchak, 2010 examined the impact of tow intervention approaches; the ABA and the Eclectic on cognitive, social, communication,

and adaptive skills of 78 children with ASD, aged 15 to 35 months, attending pre-schools and receiving a community-based intervention. Besides, the study compared between the two intervention approaches in reducing the severity of ASD. The sample was divided into two groups; the ABA intervention group consisted of 45 participants, and the Eclectic group included 33 participants. The results of the study demonstrated that both intervention groups achieved improvements in cognitive, social, communication and adaptive skills. Moreover, the study demonstrated that there was no significant difference between both intervention groups on the post-test (Zachor & Ben Itzchak, 2010).

Chang, Shire, Shih, Gelfand and Kasari, 2016 conducted a study to evaluate the effects of JASPER intervention on social communication skills of 66 children with ASD, 38 participants of the intervention group and 28 participants waitlist group, aged 3 to 5 years, attending six preschools. The programs targeted independent and symbolic play, communication, motor skills, using behavioral and developmental strategies e.g, modeling, imitating, language and play activities. The results of the study showed that all participants in the intervention group showed significant improvement over the waitlist group in domains of gestures and language joint attention and joint engagement, and teachers showed high fidelity in implementing of JASPER strategy (Chang, Shire, Shih, Gelfand, & Kasari, 2016).

Fava & colleagues 2011 compared the effects of two intervention approaches; the EIBI and the Eclectic in reducing the severity of Autism. The study included 12 children who were receiving EIBI, aged 2.2 to 6.9 years and 10 participants who were receiving Eclectic intervention, aged 2.4 to 5.6 years. The results of the study demonstrated a decrease in autism severity for the EIBI group over the Eclectic group in domains of language, developmental skills. However, both intervention groups scored similar changes in the adaptive behavior domain (Fava, Strauss, Valeri, D'Elia, Arima, & Vicari, 2011).

Barber, Saffo, Gilpin, Craft, & Goldstein, 2016 evaluated the effects of peer Mediated Intervention based on stay, play, talk strategies on social communications skill of three students with ASD, aged 3 to 4 years, attending the clinical setting. Each child with ASD was paired with each one of the developed children. The intervention lasted for 1.5 months to two months, a 20 minutes session a week. The results of the study showed

that all participants in both developed and ASD increased their level of social interactions, however, the participants did not maintain the improvement after two months of the intervention (Barber, Saffo, Gilpin, Craft, & Goldstein, 2016).

DISCUSSION

Most of the early intervention studies were based on behavioral or cognitive principles to evaluate and compare the effects of different forms of techniques on social communication skills of young children with ASD, in addition, these studies demonstrated the effectiveness of early intervention programs in improving the social communication, language, behavior, and cognitive skills of children with ASD.

Seven studies utilized training programs based on behavioral strategies, two of them compared the intervention based on behavioral strategies as Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) approach with the Eclectic intervention approach. The results demonstrated that (EIB) group achieved better outcomes in social, communication, and language skills and decreased level of autism severity over Eclectic group, however, both groups achieved significant improvement in adaptive behavior domain (Fava et al., 2011), and Applied Behavioral Analysis (ABA) approach with Eclectic intervention approach which uses strategies based on multiple theories. The results of the study showed that there was no significant difference between both intervention groups on the post-test, and both intervention groups achieved improvements in cognitive, social, communication and adaptive skills (Zachor & Ben Itzchak, 2010).

Both behavioral and developmental strategies were utilized together in three of these studies as Early Start Denver Model (ESDM) to improve social, cognitive, and behavioral skills for preschool children with ASD (Colombi et al., 2018; Vivanti et al., 2014), both studies showed that both groups demonstrated improvements in the targeted skills but ESDM groups achieved higher gains compared to control groups. Further, Joint Attention Symbolic Play Engagement and Regulation (JASPER) model were used to improve the social communication skills, and the study

demonstrated significant improvement over the waitlist group in domains of gestures and language joint attention and joint engagement (Chang et al., 2016).

Social learning theory strategies were used in three studies, two of them utilized Superheroes social skills program based on video modeling, social stories, and Self-monitoring cards to improve social skills accuracy, both studies demonstrated that all participants with ASD showed an increased level of social skills accuracy and maintained the accuracy after one and half month of the intervention (Radley et al., 2015, 2017), and only one study used " stay, play, and talk" approach to improve social communication skills and the study showed that both participants of children with ASD and their typically developed peers increased their level of social interactions, however, the participants did not maintain the improvement after two months of the intervention (Barber et al., 2016).

Only one study was conducted to evaluate the effect of social skills theory of mind (S.S.T.o.M) intervention to improve the social communication skills of high functioning children with ASD. The study indicated that all children with HFASD in (S.S.T.o.M) group demonstrated significant improvements compared to two control groups: the Children Friendship Training group (CFT), and the delayed treatment control group (DTC) (Waugh & Peskin, 2015).

There was one study used the developmental theory principles solely to examine the impact of the DIR / Floortime intervention model (The Developmental, Individual difference, Relationship-based Model) in developing the social communication skills of children with ASD. The study demonstrated improvement in social skills and sensory progress after the implementation of the intervention program (Reis et al., 2018).

Robot-based training was utilized in one study to improve the gestures skills of preschool children with ASD by comparing the effects of this technique with two control groups: waitlist group and typically developed group. the study showed that the experimental group who received the intervention produced more accurate gestures and maintained the skills after two weeks of the training sessions compared to the waitlist group (Wing Chee So et al., 2018).

The inclusion and exclusion criteria that were used in the present study restricts the obtained results which can neglect several studies that can provide us with more information to understand the investigated topic.

There were limitations in the analyzed studies: some studies limited to one category of ASD or use small sample size (Barber et al., 2016; Radley et al., 2015, 2017; Ventola et al., 2014; Vivanti et al., 2014; Waugh & Peskin, 2015; Chang et al., 2016). Besides, some studies did not have a control group (Barber et al., 2016; Radley et al., 2015, 2017; Reis et al., 2018; Ventola et al., 2014; Fava et al., 2011; Colombi et al., 2018), or not randomly assigned (Zachor & Ben Itzchak, 2010; Waugh & Peskin, 2015). In addition, participants in some study were receiving other intervention or services besides the implementation of the intervention program (Reis et al., 2018), or the external factor e.g. preferred toys rather than peers interaction influence (Barber et al., 2016), which might impact the obtained results of the studies. Furthermore, the limitations of assessment of generalization of the learned skills in other environments e.g. home (Radley et al., 2015, 2017), or lack of long term follow up data which affect the generalizability and maintenance of the learned skills (Radley et al., 2015; Ventola et al., 2014; So et al., 2018; Chang et al., 2016). unavailability of measures for the study sample (Fava et al., 2011), or the cost and the time of using some measures to confirm the results (Waugh & Peskin, 2015). Finally, the implementation of some programs occurred in a clinic setting instead of the natural setting as home or school (Barber et al., 2016).

The present systematic review showed that early intervention programs for children with ASD were effective in improving social communication skills and other deficient areas in ASD. Furthermore, the study highlighted the issues that should be addressed in future studies. Therefore, there is a need for more early intervention programs to address the social communication deficit and other deficits area in ASD as well as more studies and accurate assessment tools to evaluate the effects of early intervention programs for children with ASD.

REFERENCES

American Psychiatric Association. (2013). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. *Focus*, *11*(4), 525-527. https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.4.525

Barber, A. B., Saffo, R. W., Gilpin, A. T., Craft, L. D., & Goldstein, H. (2016). Peers as clinicians: Examining the impact of Stay Play Talk on social communication

in young preschoolers with autism. *Journal of Communication Disorders*, *59*, 1-15. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2015.06.009

Chang, Y. C., Shire, S. Y., Shih, W., Gelfand, C., & Kasari, C. (2016). Preschool Deployment of Evidence-Based Social Communication Intervention: JASPER in the Classroom. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *46*(6), 2211-2223. https://doi.org/10.1007/s10803-016-2752-2

Charman, T. (2014). Early identification and intervention in autism spectrum disorders: Some progress but not as much as we hoped. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *16*(1), 15-18. https://doi.org/10.3109/17549507.2013.859732

Colombi, C., Narzisi, A., Ruta, L., Cigala, V., Gagliano, A., Pioggia, G., & Muratori, F. (2018). Implementation of the Early Start Denver Model in an Italian community. *Autism*, *22*(2), 126-133. https://doi.org/10.1177/1362361316665792

Crawford, S. (2016). Increased Autism Incidence: Is there a Single Cause? *Journal of Child & Adolescent Behavior*, *4*(1), 1-6. https://doi.org/10.4172/2375-4494.1000273

Divan, G., Hamdani, S. U., Vajartkar, V., Minhas, A., Taylor, C., Aldred, C., & Patel, V. (2015). Adapting an evidence-based intervention for autism spectrum disorder for scaling up in resource-constrained settings: The development of the PASS intervention in South Asia. *Global Health Action*, *8*(1). https://doi.org/10.3402/gha.v8.27278

Fava, L., Strauss, K., Valeri, G., D'Elia, L., Arima, S., & Vicari, S. (2011). The effectiveness of a cross-setting complementary staff- and parent-mediated early intensive behavioral intervention for young children with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *5*(4), 1479-1492. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.02.009

Howard, J. S., Sparkman, C. R., Cohen, H. G., Green, G., & Stanislaw, H. (2005). A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, *26*(4), 359-383. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2004.09.005

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Grp, P. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Physical Therapy*, *89*(9), 873-880. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097

Mundy, P., & Crowson, M. (1997). Joint attention and early social communication: Implications for research on intervention with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *27*(6), 653-676. https://doi.org/10.1023/A:1025802832021

Radley, K. C., Ford, W. B., McHugh, M. B., Dadakhodjaeva, K., O'Handley, R. D., Battaglia, A. A., & Lum, J. D. K. (2015). Brief Report: Use of Superheroes Social Skills to Promote Accurate Social Skill Use in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*(9), 3048-3054. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2442-5

Radley, K. C., McHugh, M. B., Taber, T., Battaglia, A. A., & Ford, W. B. (2017). School-Based Social Skills Training for Children With Autism Spectrum Disorder. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, *32*(4), 256-268. https://doi.org/10.1177/1088357615583470

Rayan, A., & Ahmad, M. (2018). Psychological Distress in Jordanian Parents of Children With Autism Spectrum Disorder: The Role of Trait Mindfulness. *Perspectives in Psychiatric Care*, *54*(1), 11-18. https://doi.org/10.1111/ppc.12187

Reis, H. I. S., Pereira, A. P. S., & Almeida, L. S. (2018). Intervention effects on communication skills and sensory regulation on children with ASD. *Journal of Occupational Therapy, Schools, and Early Intervention*, *11*(3), 346-359. https://doi.org/10.1080/19411243.2018.1455552

So, W. C., Wong, M. K. Y., Cabibihan, J. J., Lam, C. K. Y., Chan, R. Y. Y., & Qian, H. H. (2016). Using robot animation to promote gestural skills in children with autism spectrum disorders. *Journal of Computer Assisted Learning*, *32*(6), 632-646. https://doi.org/10.1111/jcal.12159

So, Wing Chee, Wong, M. K. Y., Lam, W. Y., Cheng, C. H., Yang, J. H., Huang, Y., & Lee, C. C. (2018). Robot-based intervention may reduce delay in the production of intransitive gestures in Chinese-speaking preschoolers with autism spectrum disorder. *Molecular Autism*, *9*(1), 1-16. https://doi.org/10.1186/s13229-018-0217-5

Thomeer, M. L., McDonald, C. A., Rodgers, J. D., & Lopata, C. (2017). High-Functioning Autism Spectrum Disorder: A Framework for Evidence-Based Practice. *School Mental Health*, *11*(1), 1-11. https://doi.org/10.1007/s12310-017-9236-1

Ulke-kurkcuoglu, B. (2015). *A Comparison of Least-to-Most Prompting and Video Modeling for Teaching Pretend Play Skills to Children with Autism Spectrum Disorder*. *15*(2), 499-517. https://doi.org/10.12738/estp.2015.2.2541

Ventola, P., Friedman, H. E., Anderson, L. C., Wolf, J. M., Oosting, D., Foss-Feig, J., & Pelphrey, K. A. (2014). Improvements in social and adaptive functioning following short-duration PRT program: A clinical replication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*(11), 2862-2870. https://doi.org/10.1007/s10803-014-2145-3

Vivanti, G., Paynter, J., Duncan, E., Fothergill, H., Dissanayake, C., Rogers, S. J., & the Victorian ASELCC Team. (2014). Effectiveness and Feasibility of the Early Start Denver Model Implemented in a Group-Based Community Childcare Setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*(12), 3140-3153. https://doi.org/10.1007/s10803-014-2168-9

Volkmar, F. R., & Reichow, B. (2014). Infants and toddlers with autism: The promise and the challenges. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *16*(1), 11-14. https://doi.org/10.3109/17549507.2013.862859

Waugh, C., & Peskin, J. (2015). Improving the Social Skills of Children with HFASD: An Intervention Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*(9), 2961-2980. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2459-9

Yeo, K. J., & Teng, K. Y. (2015). *Social Skills Deficits in Autism : A Study among Students with Austim Spectrum Disorder in Inclusive Classrooms*. *3*(12), 1001-1007. https://doi.org/10.13189/ujer.2015.031208

Zachor, D. A., & Ben Itzchak, E. (2010). Treatment approach, autism severity and intervention outcomes in young children. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *4*(3), 425-432. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.10.013

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

ESTADIOS E SINTOMAS DE MENOPAUSA, E IDADE: ASSOCIAÇÃO COM FUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Ana Borgas Leal[1], Filipa Pimenta[1,2], Rita Albergaria[1], João Marôco[1,2], & Isabel Leal[1,2]

[1] ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal
[2] WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

A saúde sexual é uma componente essencial de uma vida saudável (Thomas & Thurston, 2017), por vezes negligenciada (Mernone, Fiacco, & Ehlert, 2019), e que surge frequentemente diminuída na meia idade (McCabe et al., 2016) sem que os fatores que para tal contribuem sejam totalmente compreendidos (Hippel et al., 2019).

De acordo com a World Health Organization (WHO, 1993) existe disfunção sexual quando ocorre perturbação de uma das dimensões: desejo, excitação, orgasmo ou quando existe dor e segundo o 5º Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (American Psychiatry Association, 2013), se durante mais de seis meses e com sofrimento associado.

Na meia idade entre 42% e 68% das mulheres descrevem-se como sexualmente ativas (Laumann, Das, & Waite, 2008; Hess et al., 2009) e as taxas de prevalência de disfunção sexual variam entre os 18% e os 50% (Laumann et al., 2005; McCabe et al., 2016; Hippel et al., 2019).

Apesar de não ser a única, a idade é uma das variáveis cujo efeito no funcionamento sexual tem sido estudado (Mernone et al., 2019). A disfunção sexual tende a aumentar na meia idade e idade avançada (McCabe et al., 2016; Mernone et al., 2019).

O evento da menopausa, cessação completa dos ciclos menstruais na sequência da perda de atividade folicular dos ovários (Davis et al., 2015), afeta o último terço da vida das mulheres, surgindo em média de forma natural aos 49 anos, embora possa ser desencadeada por alguns

procedimentos médicos, impactando anualmente cerca de 25 milhões de mulheres em todo o mundo (Schneider & Birkhäuser, 2017). A função sexual tende a piorar na menopausa (Scavello, Maseroli, Di Stasi, & Vignozzi, 2019), debatendo-se na literatura (Nappi et al., 2014; Thornton, Chervenak, & Neal-Perry, 2015; Avis et al., 2017) acerca do seu contributo para o funcionamento sexual, independentemente da idade.

O processo de menopausa, é acompanhado por alterações hormonais, sintomas vasomotores, dificuldades com o sono, algumas alterações cognitivas ao nível da memória, alterações no humor e sintomas geniturinários (Potter, Schrager, Dalby, Torell, & Hampton, 2018).

A menopausa pode ser dividida em estadios de acordo com o Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) (Harlow et al., 2012): pré-menopausa, fase em que não existem alterações no ciclo menstrual; peri-menopausa, inicial e tardia, período que antecede a menopausa, em que os ciclos menstruais se tornam irregulares e mais pequenos, sem que ocorram 12 meses consecutivos de amenorreia; pós-menopausa, inicial e tardia, que se inicia após a última menstruação e decorre até ao final da vida.

Os sintomas de menopausa tendem a surgir negativamente correlacionados com o funcionamento sexual (Nazarpour, Simbar, Tehrani, & Majd, 2018; Askin et al., 2019).

O estudo de Nancy, Stellato, Crawford, Johannes e Longcope (2000) mostrou que existe uma relação entre estadio de menopausa e alguns aspetos do funcionamento sexual, como a diminuição do desejo sobretudo na peri-menopausa. Também no estudo de Kong e colaboradores (2019) as mulheres na peri-menopausa reportaram como sendo graves ou muito graves os sintomas de menopausa como exaustão física e mental, síndrome geniturinário da menopausa, privação de sono e sintomas vasomotores.

Este estudo tem como objetivo explorar o efeito das variáveis idade, sintomas de menopausa e estadio de menopausa no funcionamento sexual feminino, fatores que surgem frequentemente sobrepostos na literatura. Uma melhor compreensão deste funcionamento pode informar uma eficaz promoção da funcional adaptação a esta fase crítica do ciclo de vida.

MÉTODO

Participantes

Amostra, obtida por conveniência, constituída por 462 mulheres portuguesas, com idades compreendidas entre os 45 e 65 anos.

Material

A recolha de dados, baseada em medidas de autorrelato, contemplou um Questionário Sociodemográfico (ex.: idade, número de filhos, presença de relação afetivo-sexual, etc.), bem como um Questionário de Saúde, onde se avaliou o estadio de menopausa (ex.: Já esteve 12 meses (ou mais tempo) sem ter menstruação?).

Recorreu-se ao Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI-6; Isidori et al., 2010) validado para a população portuguesa (Pechorro et al., 2017), instrumento de autopreenchimento, unidimensional, que avalia a função sexual. Trata-se de uma escala composta por 6 itens (ex.: Como qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?), com cada item a remeter para uma das dimensões do funcionamento sexual feminino: desejo; excitação; lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, e a ser respondido numa escala tipo Likert a variar entre 0 e 5 ou 1 e 5. O resultado total da escala, obtido pela soma dos itens, pode variar entre 2-30, com os valores mais altos a indicar melhor funcionamento sexual e valores iguais ou abaixo de 19 a indicar disfunção sexual.

Os sintomas de menopausa foram avaliados através da Cervantes (CS-10; Pérez-López et al., 2013) validada para a população portuguesa (Pimenta et al., 2017). O instrumento, unidimensional, de autopreenchimento é constituído por 10 itens (ex.: Tenho desconforto e secura vaginal), sendo respondidos numa escala tipo Likert a variar entre 0 (sem sintomas) e 5 (muito grave). A pontuação total da CS-10 é obtida pela soma das pontuações dos diferentes itens, que varia assim entre 0 e 50, indicando pontuações altas maior severidade dos sintomas de menopausa.

Procedimento

Os dados foram recolhidos, salvaguardando o anonimato das participantes, através do preenchimento de questionários e escalas, em papel ou on-line.

O projeto está de acordo com as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado pela Comissão de Ética do ISPA antes de ser posto em prática. As participantes foram informadas das finalidades do estudo e assinaram um consentimento informado.

RESULTADOS

A amostra é constituída 462 mulheres portuguesas com uma idade média de 52,25 anos (*DP*=4,95). O grau de diferenciação da amostra é bastante elevado, com 65% das mulheres a reportarem possuir um grau académico igual ou superior a bacharelato. Cerca de 84% estão ativas profissionalmente e 50% auferem um rendimento anual que varia entre os 10 mil e os 37,5 mil euros. Na amostra 77% das participantes reporta estar numa relação afetivo-sexual. Em termos de saúde 22% das mulheres referem ter tido recentemente alguma doença e quando questionadas relativamente à existência de um problema psicológico, 22%, respondem afirmativamente à questão. A pontuação total da FSFI-6 teve um valor médio de 17,88 (*DP*=7,52), e cerca de 80% das participantes reportaram atividade sexual nas últimas 4 semanas com 57% a referir estar moderadamente ou muito satisfeita com a mesma. Na CS-10 a pontuação total teve um valor médio de 12,12 (*DP*=9,87). No que diz respeito ao estadio de menopausa, 11% (50) encontram-se na pré-menopausa; 35% (163) na peri-menopausa e 54% (248) na pós-menopausa.

A análise fatorial confirmatória, ajustada à amostra, respetivamente da FSFI-6 (X^2/df=2.463; CFI=.994; TLI=.988; RMSEA=.056; *p*(rmsea<0.005)=.331; C.I. 90%=].023;.091[) e da CS-10 (X^2/df=3.759; CFI=.956; TLI=.938; RMSEA=.077; *p*(rmsea<0.005)=.001; C.I. 90%=].063;.092[) revelou uma qualidade de ajustamento aceitável em ambos os casos.

O modelo estrutural apresentou um ajustamento aceitável (X^2/df=2.805; CFI=.945; TLI=.934; RMSEA=.063; p(rmsea<0.005)=.004; C.I. 90%=]0.055;.070[). Sintomas de menopausa mais exacerbados predizem um pior funcionamento sexual (β=-.268; p<.001). O estadio de menopausa (β=-.077; p=.213), tal como a idade (β=-.077; p=.187), não surgem associados ao funcionamento sexual nesta amostra. A variância explicada é, porém, muito baixa (r^2=.09).

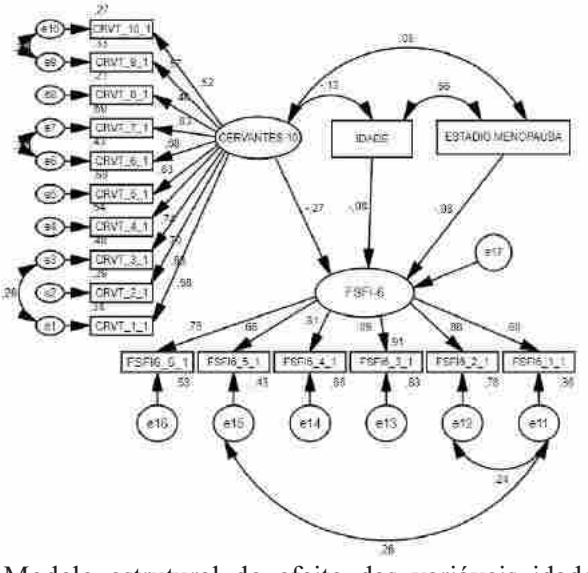


Figura 1. Modelo estrutural do efeito das variáveis idade, estadio de menopausa e sintomas de menopausa no funcionamento sexual

DISCUSSÃO

Os resultados revelam uma correlação negativa entre sintomas da menopausa e funcionamento sexual, o que vai ao encontro da literatura (Nazarpour, Simbar, Tehrani, & Majd, 2018; Askin et al., 2019), embora a variância explicada seja muito baixa, o que se pode dever à natureza multifatorial do funcionamento sexual (Mernone et al., 2019). A saúde sexual é "um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social

associado à sexualidade; que está além da ausência de doença, de disfunção ou enfermidade" (WHO, 2006, p. 5). Como refere o DSM-5 (American Psychiatry Association, 2013), o funcionamento sexual abrange uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais e pode ser significativamente perturbado quando a capacidade de responder sexualmente ou experienciar o prazer sexual se encontra prejudicada.

A idade não surge associada ao funcionamento sexual nesta amostra, ao contrário do que acontece em muitos estudos, onde frequentemente é reportada uma diminuição da função sexual à medida que idade avança (McCabe et al., 2016; Mernone et al., 2019). Tal pode ser explicado pelo intervalo relativamente estreito de idades incluídas (45-65), demonstrando que nestas duas décadas o impacto da idade no funcionamento sexual não é significativo. A correlação entre idade e funcionamento sexual é muitas vezes explicado por uma diminuição no estado geral de saúde física que afeta negativamente o funcionamento sexual (Clayton & Harsh, 2016). O facto de se tratar de uma amostra saudável (i.e., apenas 22% afirma ter uma doença ou um problema psicológico) pode igualmente explicar os resultados. Também é verdade que em muitos estudos há uma sobreposição entre idade e sintomas de menopausa o que dificulta a análise, e noutros a idade nem sequer surge como preditor de uma má saúde sexual (Miller, 2018). Em causa podem estar ainda diferenças metodológicas, nomeadamente relativamente à linha de investigação (enfoque na disfunção sexual, ou antes noutros aspetos da saúde sexual), instrumentos utilizados, idade e natureza das amostras, metodologia de recolha de dados e diferenças culturais.

O estadio de menopausa não surge associado ao funcionamento sexual, como acontece em alguns estudos, embora não haja uma extensa literatura que possa servir realmente de base a esta comparação, pois são poucos os estudos que avaliam realmente o funcionamento sexual nos três estadios da menopausa e os comparam.

Salienta-se o facto de neste estudo a prevalência de atividade sexual estar acima do que é habitualmente reportado na meia idade (Laumann, Das, & Waite, 2008; Hess et al., 2009), o que pode dever-se a 77% das participantes terem uma relação afetivo-sexual, fator protetor da manutenção da atividade sexual (Beutel, Stöbel-Richter, & Brähler, 2008; Avis et al., 2009).

Identificam-se algumas limitações. Os resultados obtidos podem refletir o fato de se tratar uma amostra ativa do ponto vista profissional e com um elevado grau de habilitações literárias, fatores que consistentemente surgem na literatura correlacionados positivamente com o funcionamento sexual. O facto de não ter sido perguntado às participantes o seu grau de satisfação com a sua relação afetivo-sexual limita as conclusões do estudo. O facto de não se tratar de um estudo longitudinal não permite estabelecer causalidade. Pode considerar-se a possibilidade de ter existido alguma desejabilidade social na resposta às escalas, sobretudo de funcionamento sexual devido a tratar-se de um tema íntimo e sensível, além das limitações à validade externa, devido ao tipo de amostragem, que impede a generalização dos resultados à população em geral.

Financiamento

O William James Center for Research é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (UID/PSI/04810/2019).

REFERÊNCIAS

American Psychiatry Association (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. *5a. Ed. Rev.* https://doi.org/1011769780890425596

Askin, M., Koc, E. M., Soyoz, M., Aksun, S., Aydogmus, S., & Sozmen, K. (2019). Relationship between postmenopausal Vitamin D level, menopausal symptoms and sexual functions. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, *29*(9), 823-827. https://doi.org/10.29271/jcpsp.2019.09.823

Avis, N. E., Brockwell, S., Randolph, J. F., Shen, S., Cain, V. S., Ory, M., & Greendale, G. A. (2009). Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: Results from the study of women's health across the nation. *Menopause*, *16*(3), 442-452. https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181948dd0

Avis, N. E., Colvin, A., Karlamangla, A. S., Crawford, S., Hess, R., Waetjen, L. E., . . . Greendale, G. A. (2017). Change in sexual functioning over the

menopause transition: Results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*, *24*(4), 379-390. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040

Beutel, M. E., Stöbel-Richter, Y., & Brähler, E. (2008). Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: Results from a representative German community survey. *BJU International*, *101*(1), 76-82.

Clayton, A. H., & Harsh, V. (2016). Sexual Function Across Aging. *Current Psychiatry Reports*, *18*(3), 1-9. https://doi.org/10.1007/s11920-016-0661-x

Davis, S. R., Lambrinoudaki, I., Lumsden, Maryann, G. D. M., Pal, L., Rees, M., Santoro, N., & Simoncini, T. (2015). Menopause. *Nature Reviews. Disease Primers*, *1*, 1-19. https://doi.org/10.1016/j.pop.2018.08.001

Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., . . . De Villiers, T. J. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause*, *19*(4), 387-395.

Hess, R., Conroy, M. B., Ness, R., Bryce, C. L., Dillon, S., Chang, C. H., & Matthews, K. A. (2009). Association of lifestyle and relationship factors with sexual functioning of women during midlife. *Journal of Sexual Medicine 6*(5), 1358-1368.

Hippel, C. von, Adhia, A., Rosenberg, S., Austin, S. B., Partridge, A., & Tamimi, R. (2019). Sexual Function Among Women in Midlife: Findings From the Nurses' Health Study II. *Women's Health Issues*, *29*(4), 291-298.

Isidori, A. M., Pozza, C., Esposito, K., Giugliano, D., Morano, S., Vignozzi, L., . . . Jannini, E. A. (2010). Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, *7*, 1139-1146.

Kong, F., Wang, J., Zhang, C., Feng, X., Zhang, L., & Zang, H. (2019). Assessment of sexual activity and menopausal symptoms in middle-aged Chinese women using the Menopause Rating Scale. *Climacteric*, *0*(0), 1-7.

Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, *17*(1), 39-57.

Laumann, Edward O., Das, A., & Waite, L. J. (2008). Sexual Dysfunction among Older Adults: Prevalence and Risk Factors from a Nationally Representative U.S. Probability Sample of Men and Women 57-85 Years of Age. *Bone*, *5*(10), 2300-2311. https://doi.org/10.1038/jid.2014.371

McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., … Segraves, R. T. (2016). Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *Journal of Sexual Medicine*, *13*(2), 144-152.

Mernone, L., Fiacco, S., & Ehlert, U. (2019). Psychobiological factors of sexual functioning in aging women – Findings from the women 40+ healthy aging study. *Frontiers in Psychology*, *10*(3), 1-13.

Miller, L. R. (2018). The Perils and Pleasures of Aging: How Women's Sexualities Change across the Life Course. *Sociological Quarterly*, *60*(3), 371-396. https://doi.org/10.1080/00380253.2018.1526052

Nancy E, A., Stellato, R., Crawford, S., Johannes, C., & Longcope, C. (2000). Is there an association between menopause status and sexual funciton? *Menopause*, *7*(5), 297-309.

Nappi, R. E., Martini, E., Martella, S., Capuano, F., Bosoni, D., Giacomini, S., . . . Spinillo, A. (2014). Maintaining sexuality in menopause. *Post Reproductive Health*, *20*(1), 22-29. https://doi.org/10.1177/1754045313515122

Nazarpour, S., Simbar, M., Tehrani, F. R., & Majd, H. A. (2018). The relationship between menopausal symptoms and sexual function. *Women and Health*, *58*(10), 1112-1123. https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1414100

Pechorro, P. S., Pascoal, P. M., Monteiro Pereira, N., Poiares, C., Neves Jesus, S., & Vieira, R. X. (2017). Validação da versão portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino – 6. *Revista Internacional de Andrologia*, *15*(1), 8-14.

Pérez-López, F. R., Fernández-Alonso, A. M., Pérez-Roncero, G., Chedraui, P., Monterrosa-Castro, Á., & Llaneza, P. (2013). Assessment of menopause-related symptoms in mid-aged women with the 10-item Cervantes Scale. *Maturitas*, *76*(2), 151-154. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.002

Pimenta, F., Gomes, M., Albergaria, R., Maroco, J., Leal, I., Chedraui, P., & Pérez-López, F. R. (2017). The 10-item Cervantes Scale (CS-10): Preliminary analysis of its validation in a sample of mid-aged Portuguese women. *Maturitas*, *100*, 144. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.03.104

Potter, B., Schrager, S., Dalby, J., Torell, E., & Hampton, A. (2018). Menopause. *Primary Care Clinics in Office Practice*, *45*(4), 625-641.

Scavello, I., Maseroli, E., Di Stasi, V., & Vignozzi, L. (2019). Sexual health in menopause. *Medicina (Lithuania)*, *55*(9).

Schneider, H. P. G., & Birkhäuser, M. (2017). Quality of life in climacteric women. *Climacteric*, *20*(3), 187-194. https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1279599

Thomas, H. N., & Thurston, R. C. (2017). A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*, *87*, 49-60.

Thornton, K., Chervenak, J., & Neal-Perry, G. (2015). Menopause and Sexuality. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, *44*(3), 649-661.

World Health Organization (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research.

World Health Organization. (2006). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO INTERDISCIPLINAR DE CARDIOLOGIA

Suely Sales Guimarães[1]

[1] Universidade de Brasília – UnB; Centro de Ensino Unificado de Brasilia, UniCEUB, Brasil

A doença cardiovascular é uma doença crônica de alta incidência e responsável pela maior taxa de óbitos no mundo, incluindo nesses índices os países de língua portuguesa (Bourbon, 2016; Nascimento et al., 2018). A alta taxa de doenças coronarianas está associada, entre outros fatores, ao aumento na expectativa de vida e às mudanças no estilo de vida da população geral. Nos Estados Unidos, por exemplo, a expectativa de vida em 1900 era de 47 anos; um século depois, em 1999, essa expectativa era de aproximadamente 73 anos. Nesse contexto de maior longevidade foram documentados, apenas em 2016, 15,2 milhões de óbitos por cardiopatia isquêmica no mundo (OMS/OPAS, 2018).

Essas taxas chamam a atenção para os fatores associados ao adoecimento cardíaco, incluindo aqueles não controláveis, como a genética, e os outros que podem ser de alguma forma controlados. A OMS (2018) estima que até 80% das mortes por doenças cardiovasculares poderiam ser evitadas com mudanças comportamentais, que são fatores de risco controláveis. Dentre eles estão incluídos o tabagismo, sedentarismo e manejo da ansiedade. Essas condições favorecem o desenvolvimento de doenças como a hipertensão arterial e a obesidade que, associadas ao estresse diário, podem implicar o desenvolvimento ou o agravamento da doença cardiovascular preexistente e levar o paciente ao óbito (Straub, 2014). Nesse caso, o papel do psicólogo da saúde é relevante para intervenção no contexto da cardiologia.

Um ambiente adequado para a intervenção psicológica junto ao paciente cardíaco é o hospital, tanto durante a internação, quanto durante as consultas ou procedimentos ambulatoriais. Entretanto, as características

do contexto e peculiaridades do ambiente hospitalar demandam um atendimento rápido e objetivo, que implica planejamento e otimização no uso do tempo considerando a logística, rotina e agenda da equipe assistencial, além das condições clínicas, emocionais, familiares e situacionais do paciente.

Para planejar seu trabalho nesse contexto, o psicólogo requer informações relativas ao diagnóstico e condições clínicas atuais, prognóstico, procedimentos, exames previstos e opções de tratamento para cada paciente (Guimarães, 1999), que são informações necessárias ao entendimento das demandas individuais. Cada intervenção psicológica deve seguir objetivos básicos semelhantes, que incluem a promoção da adesão, a estabilidade do paciente, sua recuperação e bem estar. Entretanto, cada procedimento interventivo deverá ser personalizado conforme a história individual. Dessa forma, a entrevista com o paciente, a participação em reuniões de equipe e discussões para tomadas de decisões são essenciais para que o psicólogo ajuste seu procedimento à realidade vivenciada pelo doente. Muitas vezes a mesma estratégia, por exemplo, o treino em solução de problemas para manejo de dificuldades decorrentes da arritmia, pode ser eficaz para um paciente e inviável para outro com o mesmo diagnóstico, mesma prescrição e limitações semelhantes.

A alta demanda pelos trabalhos assistenciais em cardiologia torna indispensável que o trabalho do psicólogo seja pautado por avaliação objetiva e rápida, para imediata implementação de um plano de assistência individualizado. A intervenção deve então ser direcionada a problemas comportamentais específicos, atender as necessidades e objetivos do paciente e deve ser mensurável em diferentes momentos que possam descrever sua evolução (DeGood, Crawford, & Jongsma, Jr., 1999).

O planejamento e o consequente sucesso da intervenção constituem elementos valiosos que podem contribuir para (a) a melhor assistência ao doente, (b) sua educação e de sua família sobre as condições clínicas e o tratamento e (c) o reconhecimento do papel do psicólogo pelos colegas de equipe, em especial médicos, habituados a resultados visíveis em curto prazo. Considerando essa realidade foi idealizada uma proposta para implantação do Ambulatório Interdisciplinar de Doenças Cardiovasculares no Hospital Universitário de Brasília – HUB, no Brasil. O ambulatório de cardiologia contava à época com uma equipe multidisciplinar e a proposta

de transformá-la em interdisciplinar contou com o suporte e apoio do médico cardiologista Hervaldo Sampaio Carvalho que era o chefe da equipe e coordenador do ambulatório de cardiologia naquela ocasião. Essa parceria viabilizou a introdução das intervenções psicológicas e a prática interdisciplinar como rotina no atendimento, partindo do pressuposto de que o trabalho em equipe amplia a visão de profissionais dos diversos setores da medicina e das ciências da saúde em geral.

O projeto foi desenvolvido e implantado em parceria com os profissionais e estudantes das diferentes áreas que tinham suas atividades práticas realizadas no ambulatório de cardiologia do HUB naquela ocasião.

O objetivo da proposta interdisciplinar foi contribuir para a melhor adesão do paciente ao tratamento prescrito e a consequente melhora de sua saúde e qualidade de vida. O HUB é um hospital público que atende prioritariamente a população de baixa renda e que, à época, era administrado pela Universidade de Brasília – UnB. Nesse hospital são realizadas atividades de assistência em saúde, ensino, pesquisa e extensão. O trabalho aqui descrito foi conduzido no ambulatório de cardiologia, que atende portadores de diferentes enfermidades cardiovasculares.

No início do trabalho a equipe multidisciplinar do ambulatório contava com profissionais e estudantes de fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, farmácia e medicina. Havia na área médica três staffs, dois residentes de cardiologia, dois internos de medicina e estudantes de graduação. Todo atendimento médico era supervisionado e todas as condutas eram discutidas com o staff durante o atendimento.

O ambulatório contava com nove consultórios e uma recepção com sala de espera. A média de atendimento era de 15 pacientes ao dia, previamente agendados, com início às 14:00h e seguindo até que o último paciente fosse atendido. O trabalho foi realizado em quatro etapas que viabilizaram a implantação do serviço: familiarização, avaliação dos níveis de estresse e de ansiedade dos pacientes, elaboração da proposta de atendimento e teste piloto para verificar a adequação do procedimento.

A familiarização ocorreu durante quatro semanas, quando foram realizadas (a) visitas ao serviço para conhecer os espaços físicos e a rotina de atendimento; (b) leitura de prontuários para conhecimento do perfil da clientela e periodicidade de marcação e comparecimento às consultas; e (c) estudo da rotina de trabalho dos demais profissionais da equipe

multidisciplinar já atuantes no ambulatório. Esse foi um período de adaptação ao contexto e aquisição de repertório sobre as patologias cardiológicas mais frequentes entre os usuários do serviço.

A segunda etapa foi conduzida para melhor compreensão do perfil dos pacientes, em termos de variáveis psicológicas associadas às cardiopatias (Child, Sanders, Sigel, & Hunter, 2010). Foram avaliados os níveis de stress e de ansiedade em uma amostra voluntária, recrutada por conveniência entre os usuários que esperavam a chamada para a consulta. Esses dados foram considerados à luz de variáveis sociodemográficas e clínicas já obtidas nos prontuários, durante a primeira etapa.

Após caracterizado o perfil médico e psicológico da clientela assistida, em termos de variáveis consideradas relevantes à implantação do serviço interdisciplinar, foram oferecidos atendimentos psicológicos àqueles que aguardavam a consulta na sala de espera ou após sua realização. Essa prática foi conduzida como um estudo piloto para entender as peculiaridades da clientela em termos de comunicação, compreensão, demandas específicas para as especialidades da equipe, que não apenas a cardiologia, e identificação de recursos técnicos necessários para contemplar essas demandas. Reuniões da equipe com os pacientes interessados também foram conduzidas nesse momento e foram discutidas as demandas.

O trabalho assim conduzido gerou a proposta para o protocolo de assistência interdisciplinar no ambulatório que foi implantada incluindo, além das consultas médicas regulares: reunião entre os membros da equipe, reunião da equipe com os pacientes, palestras sobre temas de interesse e disponibilização de atendimento psicológico e das demais especialidades, conforme a necessidade ou interesse do paciente. O protocolo de atendimento estabelecido, como demonstra a Tabela 1, passou a ser seguido por todos os membros da equipe.

A rotina foi implantada para todos os atendimentos a partir desse protocolo e cada profissional disponibilizava ao paciente o atendimento individual em sua especialidade conforme a necessidade reconhecida ou demanda espontânea apresentada. Abaixo são detalhadas as atividades descritas na tabela, que se alinham às propostas sugeridas por DeGood et al. (1999) para atendimento no contexto médico-hospitalar.

Uma hora antes do início das consultas acontecia a reunião clínica com a equipe toda, para discutir os casos de pacientes agendados para o dia,

tendo as informações dos prontuários como referência. Eram discutidas questões específicas e demandas prioritárias de cada paciente a serem consideradas durante a consulta médica e pelos demais profissionais. Ao final da reunião a equipe tinha uma visão geral das condições biopsicossociais dos pacientes a serem atendidos no dia e, conforme a situação, sugestões para conduta. Havendo demanda, a consulta podia ser conjunta, com dois ou mais profissionais.

Tabela 1

Protocolo de atendimento interdisciplinar no ambulatório de cardiologia

Horário	Duração	Atividade	Descrição	Objetivo
13h – 14h	1h	Reunião Clínica	Discussão em equipe sobre os casos agendados	Identificação de especificidades e prioridades
		Grupo de Pacientes	*Reunião com pacientes para psicoeducação e treinamento	*Sensibilização, assistência e treino em técnicas de relaxamento
14h – 18h	4h	Consultas	Atendimento individual	Conforme demanda
		Palestras	Palestras informativas sobre temas relevantes	Definidas pela equipe

Nota. *Exemplo do serviço de psicologia.

Na sequência, acontecia a consulta com cada especialista que, no caso do psicólogo, podia ser individual ou grupal, a depender do caso. Se individual, eram detalhadas as demandas e atualizada a condição psicossocial do paciente, considerando a possível existência de estressores atuais, conflitos interpessoais, status emocional, estrutura e clima familiar, rede de apoio social, habilidades, estilos de enfrentamento e auto estima. As variáveis avaliadas eram definidas objetivamente a partir das observações feitas na reunião de equipe, das informações contidas no prontuário, ou feitas pelo psicólogo durante o atendimento. Quando realizado em grupo, o atendimento era geralmente voltado para a avaliação dos níveis de estresse e de ansiedade e a realização do treino em técnicas de relaxamento; dúvidas eventuais eram sempre esclarecidas. Os instrumentos utilizados para essas medidas eram o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (Lipp, 2000) e o Inventário de Ansiedade de Beck (Beck & Steer, 1993). As técnicas de relaxamento eram diversificadas, sendo priorizadas o Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson e técnicas de visualização guiada.

Na sala de espera os membros da equipe se revezavam para ministrar palestras informativas sobre cuidados necessários com a saúde, patologias cardíacas, comorbidades e estratégias de manejo, que eram assistidas pelos pacientes e seus acompanhantes. O objetivo era tornar o paciente agente ativo do próprio tratamento a partir do conhecimento. As palestras eram conduzidas para oferecer a eles recursos que viabilizassem escolhas adequadas e que possibilitasse o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento focado no problema. Nesse momento os acompanhantes eram igualmente estimulados a formular perguntas acerca de possíveis dúvidas sobre os temas discutidos. Durante todo o contato com os pacientes, o conteúdo advindo da discussão em equipe, realizada no início dos trabalhos, era usado como guia de objetivos. Assim, consultas e palestras eram adequados à avaliação feita e sempre realizadas em linguagem clara, comportamental e operacional.

Nessa proposta de trabalho, o total de informações coletadas, usadas em conjunto, torna-se o indicador do perfil do paciente a partir do qual o programa de intervenção acontece. Um ponto importante é o fato de que, em geral, o paciente é desinformado acerca do papel do psicólogo em equipes de saúde . Como a preocupação dele ao buscar o serviço é com a saúde física e sobrevivência, o interesse é voltado para a consulta médica. Assim, é adequado que a equipe entrosada e em especial o médico assistente, tomem a iniciativa de apresentar os profissionais como uma só equipe, trabalhando em atenção à saúde integral da pessoa assistida. Esse procedimento sensibiliza o paciente que se torna mais confortável com a indicação de uma assistência psicológica, quando a pessoa que lhe apresenta o trabalho interdisciplinar é o seu médico. A proposta se torna mais vantajosa sob o ponto de vista do paciente, que poderá então compreender e aceitar melhor esse trabalho, ou mesmo reconhecer a interdisciplinaridade como indispensável ao tratamento integral. O benefício maior será sempre dele.

Ao concluir a implantação do serviço e observar os primeiros resultados, concluímos que essa proposta traz como benefícios não apenas a assistência integral ao paciente usuário do serviço como permite a todos os profissionais e estudantes o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades necessárias à intervenção interdisciplinar humanizada em cardiologia.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Hervaldo Sampaio Carvalho, à época coordenador da equipe interdisciplinar e chefe do ambulatório de cardiologia do HUB, pelo interesse, proatividade e parceria na implantação do atendimento interdisciplinar naquele serviço.

À psicóloga Vivyane Farias, à época estagiária de psicologia, cujo trabalho foi fundamental para o desenvolvimento do protocolo interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio: Psychology Corporation.

Bourbon, M. (2016). *Doencas Cardiovasculares*. Retirado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf

Child, A., Sanders, J., Sigel, P. & Hunter, M. S. (2010). Meeting the psychological needs of cardiac patients: An integrated stepped-care approach within a cardiac rehabilitation setting. *The British Journal of Cardiology, 17*, 175-179

DeGood, D. E., Crawford, A. L., & Jongsma, Jr. A. E. (1999). *The Behavioral Medicine Treatment Planner*. New York: John Wiley & Sons.

Guimarães, S. S. (1999). Psicologia da saúde e doenças crônicas. In R. R. Kerbauy (Org.), *Saúde e Comportamento: Explorando alternativas.* São Paulo: Arbytes.

Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nascimento, B. R., Brant, L. C. C., Oliveira, G. M. M., Malachias, M. V. B., Reis, G. M. A., Teixeira, R. A., Malta, D. C., França, E., Souza, M. F. M., Roth, G. A. & Ribeiro, A. L. P. (2018). Epidemiologia das doenças cardiovasculares em países de língua portuguesa: Dados do "*Global Burden of Disease*", 1990 a 2016. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 110*(6), 500-511. doi: 10.5935/abc.20180098

OPAS Brasil (2018). 10 principais causas de morte no mundo. Retirado de https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0

Straub, R. (2014). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA EUTANÁSIA EM ESTUDANTES DE SAÚDE

Ana Kelly Braz Diniz[1] (✉ anakellybd@gmail.com), Mariana Pais de Oliveira[1] & Cloves Antonio de Amissis Amorim[1]

[1] Curso de Psicologia – Escola de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil

Tendo em vista que a qualidade de morte tem sido objeto de estudos em todas as áreas do conhecimento humano é importante discutirmos sobre o assunto e sua influência sobre a concepção da eutanásia.

Consideramos que é de extrema importância que primeiramente possamos compreender como as Teorias da representação social se estruturam. Segundo Marková (2006), o primeiro conceito foi cunhado por Émile Durkheim, nomeado de representação coletiva, ele pressupôs que o conhecimento do mundo externo poderia ser estabelecido somente através das representações coletivas, que é fruto de interações e laços sociais estabelecidas entre os homens, uma forma de conhecimento socialmente produzida.

A representação social que temos da morte também se constitui na coletividade, e se relaciona diretamente com as mudanças que esse acontecimento sofreu durante os anos. De acordo com Kovács (1992), o avanço da ciência tem proporcionado um retardamento do momento da morte, se abstendo da preocupação com a qualidade de vida desses "sobreviventes", entendendo-se que o paciente foi privado de sua morte; o paciente perdeu seu lugar social para o desenvolvimento tecnológico.

Em encontro com essas questões trazidas pela tecnologia, e consequentemente o avanço da vida e prolongamento da sobrevida, está presente todo o debate da eutanásia.

METÓDO

Foi realizada uma revisão de literatura e uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo. A metodologia de pesquisa qualitativa (O Discurso do Sujeito Coletivo – DSC) utilizada avalia a representação social dos indivíduos, sendo concebida a partir do produto dos discursos dos participantes selecionados que apresentaram interesse pelo assunto.

O DSC proporciona o surgimento de novas possibilidades de interação, no que se refere às Representações Sociais como objeto de pesquisa empírica. Desta forma, justifica-se a inclusão do DSC no conjunto de reflexões e abordagens destinadas a temáticas complexas em diferentes áreas do conhecimento (Lefèvre & Lefèvre, 2012).

Os critérios escolhidos para definição e seleção da amostra foram indivíduos com 18 anos completos ou mais e estar realizando um curso na área da Saúde, no momento de responder a pesquisa.

Foram selecionados 23 participantes, de sete cursos da área de saúde (Fisioterapia, Enfermagem, Medicina Veterinária, Odontologia, Ciências Biológicas, Psicologia e Farmácia), que responderam um questionário com 18 perguntas, sendo 11 questões discursivas, e 7 questões objetivas.

RESULTADOS

Responderam ao questionário 23 pessoas. 52,17% dos participantes são do público feminino enquanto 47,83% são do masculino, maiores de 18 anos.

Para melhor compreensão os resultados têm como base as respostas dos sujeitos da pesquisa apresentadas na forma de DSC e estão organizados por questão respondida.

DSC 1 – Pergunta 1. O que você entende por eutanásia?

> "A eutanásia consiste em ser um método para alívio de sofrimento, por meio de técnicas como aplicação de substâncias, ou a retirada de aparelhos. Sendo realizado em pessoas que estão em estado

> terminal, ou acometidos por doenças sem curas ou perspectivas de melhora. É uma maneira de respeitar a dignidade humana".

Foram considerados para a construção da DSC 1, todas os depoimentos dos 23 participantes da pesquisa.

DSC 1 – Pergunta 4. A legalização da eutanásia é uma exigência do respeito pela autonomia da pessoa? Justifique.

> "A legalização da eutanásia está relacionada com a autonomia, da mesma forma que o estado consciente de um paciente está relacionado com sua capacidade de discernir sobre suas decisões. Quando falamos de pessoas em estados vegetativos, ou sem possibilidade de escolha, não podemos dizer que ela tem autonomia".

Os critérios utilizados para a inclusão das E-CH, IC em DSC 1, foram respostas que corresponderam a 91,30% da questão.

DSC 1 – Pergunta 5. O sofrimento físico e psíquico justifica a eutanásia?

> "Sim, deve caber a cada um mensurar sua própria dor, tanto física quanto psíquica. Não podemos falar em dor física sem falar em dor psíquica, a mente interfere no corpo, tanto quando o corpo interfere na mente. É uma opção quando a vida perde sentido e a dor é a única protagonista".

Critérios utilizados para a inclusão das E-CH, IC em DSC 1: a resposta afirmativa de "Sim", manifestou-se 73,91% das vezes entre os 23 participantes.

DSC 1 – Pergunta 8. Para você, quais poderiam ser as consequências no ambiente da saúde da legalização da eutanásia?

> "De modo geral existem consequências boas e ruins, dentre as boas, teríamos uma redução de pacientes terminais, mais espaço de leitos e consequentemente mais investimento para pessoas que tem condições de melhora, além disso, poderíamos ter uma. redução de sofrimento do indivíduo que se encontra nessa situação e de sua família. Possibilitando que o profissional tenha mais caminhos e abertura, respeitando o fim da vida. Já as consequências negativas poderiam estar relacionadas com os profissionais que estariam diretamente lidando com isso, gerando uma ansiedade coletiva,

> mortes irresponsáveis, falta de compromisso profissional com os pacientes que iram passar pelo procedimento".

Foram considerados para a construção da DSC 1, todas os depoimentos dos 23 participantes da pesquisa.

DSC 1 – Pergunta 9. Você concorda com a atitude do médico? Por quê?

> "Sim, foi um pedido da própria paciente, a mesma sofre de dores intensas e insuportáveis. Todos os médicos buscam o bem estar de seus pacientes e este fez isso atendendo ao pedido da enferma. Isso possibilita um descanso para ela, acabando com sua dor".

Os critérios utilizados para a inclusão das E-CH, IC em DSC 1: A resposta afirmativa de "Sim" ou "Concordo", manifestou-se 78,26%.

DSC 1 – Pergunta 11. O que a morte representa para você?

> "A morte representa um descanso, alívio de sofrimento, fim de um ciclo, algo que não está relacionado a nossa vontade. Não sabemos o que acontece depois disso, nem para onde vamos, por isso, é parte da condição humana."

Para essa questão da DSC 1, foram considerados todas as respostas dos 23 participantes.

DSC 1 – Pergunta 13. Você acha relevante entender sobre o conceito de morte para seu curso? Por quê?

> "Sim, a morte nos permeia o tempo todo. Estudar sobre isso na graduação nos humaniza, permitindo que possamos nos sensibilizar para a dor e fragilidade do outro. Além disso, falar sobre a morte é lidar com a impotência de nossa própria finitude, é um futuro inevitável, um assunto que é importante para além do curso".

Os critérios utilizados para a inclusão das E-CH, IC em DSC: as respostas foram selecionadas considerando que 95,65% dos participantes responderam afirmativamente para questão.

DSC 1 – Pergunta 16. Como você acha que os conhecimentos sobre a morte e suas implicações podem auxiliar na prática do profissional de saúde?

> "O conhecimento sobre a morte pode auxiliar na prática profissional, porque permite uma humanização do profissional, tendo o máximo de sensibilidade e empatia pelo sofrimento do

> próximo. Além disso, estudar sobre a morte permite que possamos de maneira correta auxiliar familiares e pacientes em como lidar com a situação, proporcionando maior conforto. De maneira geral, faz com que possamos entender a fragilidade da vida e nossa própria finitude".

Foram consideradas todas as respostas dos 23 participantes.

DSC 1 – Pergunta 17. Você sabe o que são cuidados paliativos?

> "Sim, os cuidados paliativos são técnicas, e terapêuticas utilizadas em pessoas com graves patologias, em estado terminal, ou/e em pessoas que não podem mais cuidar de si. São utilizadas para prestar maior conforto para o paciente, reduzindo sua dor e sofrimento, mas sem prolongamento de vida ou cura, promovendo bem estar e diminuição de percepção de dor".

Os critérios utilizados para a inclusão das E-CH, IC em DSC: As respostas foram selecionadas considerando que 91,30% dos participantes responderam afirmativamente para questão.

DSC 1 – Pergunta 18. Você considera cuidados paliativos como alternativa à eutanásia?

> "Considerando que a eutanásia não é legalizada ou descriminalizada, seria uma maneira de dar humanidade e respeito a essas pessoas. Os cuidados paliativos são mais aceitos, uma forma menos impactante de falarmos de fim da vida e morte. Falar sobre cuidados e falar sobre possibilidade, falar de morte está relacionado com o fim".

Os critérios utilizados para a inclusão das E-CH, IC em DSC 1 e DSC 2: a resposta afirmativa de "Sim", manifestou-se 78,26% das vezes.

Em relação à questão 2 – A eutanásia é sempre voluntária, 17,39% responderam que "Sim", 69,57%, responderam que "Não", e 13,04%, responderam.

"Não Sei". Na questão 3 – A questão da legalização da eutanásia envolve opções religiosas?, 60,87%, responderam "Sim", 21,74%, responderam que "Não", e 17,39%, responderam "Não Sei".

Na questão 7 – Você concorda com a prática de eutanásia?, 65,22%, responderam que "Sim", 4.35%, responderam "Não", e 30,43% responderam "Não sei".

Em relação à questão 12 – Você durante sua formação até esse momento discutiu em sala sobre a morte e o "morrer"?, 69,57% responderam que "Sim", 30,43% responderam que "Não", e 0, 00% "Não Sei". No que se refere à questão 14 – Em algum momento, já ouviu falar sobre qualidade de morte durante a graduação?, 56,52% responderam que "Sim", 43,48%, responderam que "Não", e 0,00% "Não Sei".

Na questão 10 – Assinale em quais condições, em sua opinião um doente poderia ser submetido à eutanásia?. 3,39%, responderam Transtornos Psicológicos ou psiquiátricos, 15,25% , O paciente deve ter pedido, voluntariamente para morrer, 22,03%, Doença incurável com dores crônicas (ex: doenças degenerativa progressiva), 22,03%, Paciente inconsciente em estado terminal ou vegetativo, 30,51%, Paciente terminal com consentimento prévio do Individuo, e 6,78% respondeu, Nenhuma das alternativas acima.

DISCUSSÃO

Entende-se que conceituar de maneira integral um conceito como eutanásia não é fácil, considerando a complexidade do tema. Porém, é algo que o futuro profissional de saúde pode se deparar em alguma situação, então conhecer o tema é de extrema importância.

A eutanásia é entendida de maneira geral pelos participantes como "método para alívio de sofrimento, por meio de técnicas como aplicação de substâncias, ou a retirada de aparelhos. Sendo realizado em pessoas que estão em estado terminal [...]". Desses foi constatado na questão 7 que 65,22%, concordam com a prática da eutanásia.

Para Pessini (2005), a eutanásia é conceituada como a ação que tem por finalidade levar à retirada da vida do ser humano por considerações tidas como humanísticas. Já para Bitencout (2003) a eutanásia é o auxilio piedoso para que alguém esteja sofrendo, encontre a morte desejada.

Visto que os participantes relataram termos como "Terminalidade de sofrimento", "Alívio de sofrimento", "Doença incurável", existe um entendimento sobre a finalidade do procedimento, trazendo concepções que correspondem às representações constituídas por vários autores.

Porém, as técnicas trazidas pelos participantes, como retirada de aparelhos, suspensão do uso de medicamentos, pode demonstrar certa confusão entre termos como eutanásia e ortotanásia.

Segundo Villas-Bôas (2008) dentre os conceitos atualmente relacionados com a intervenção humana no final da vida, a eutanásia é, o mais conhecido, sendo comuns confusões acerca de definições precisas sobre sua prática. A eutanásia passiva consiste na suspensão ou omissão deliberada de medidas que seriam indicadas naquele caso, a fim de matar. Enquanto na ortotanásia há omissão ou suspensão de medidas que perderam sua indicação, por resultarem inúteis para aquele indivíduo, no grau de doença em que se encontra a fim de não protelar o sofrer em vão. A prática da ortotanásia visa evitar a distanásia que é, por sua vez, a morte lenta e sofrida.

No que se refere a questão 2, 69,57%, responderam que a eutanásia não é sempre voluntária, o que pode significar que existe entre a maioria dos participantes entendimento sobre a metodologia aplicada sob o procedimento.

Oliveira et al. (2005), classificou eutanásia quanto ao consentimento do paciente, podendo esta ser, Eutanásia voluntária: quando a morte é provocada atendendo a uma vontade do paciente. Eutanásia involuntária: quando a morte é provocada contra a vontade do paciente ou Eutanásia não-voluntária: quando a morte é provocada sem que o paciente tivesse manifestado sua posição em relação a ela.

Porém, quando perguntados se a Legalização da eutanásia era um respeito a autonomia da pessoa (questão 4), os participantes responderam que "[...] Quando falamos de pessoas em estados vegetativos, ou sem possibilidade de escolha, não podemos dizer que ela tem autonomia"[...].

Consideramos aqui um ponto polêmico, quando falamos em realizar o procedimento involuntariamente ou de maneira não-voluntária, segundo os entrevistados não estamos falando de autonomia. Segundo Villas-Bôas (2008) a necessidade de que a conduta da eutanásia seja precedida por um pedido do interessado é questão polêmica e bastante relevante nos tempos atuais, em razão da crescente valorização da autonomia e da liberdade individual.

Isso pode ser evidenciado quando a questão foi trazida de maneira prática na entrevista, pelo Dilema do Médico, elaborado por Georg Lind & Patrícia Bataglia, para a versão na língua portuguesa em 1998 (questão

9), os participantes da pesquisa justificaram positivamente a atitude do médico com afirmações do tipo: " Sim, foi um pedido da própria paciente, a mesma sofre de dores intensas e insuportáveis [...]". "Sim, pois a paciente pediu voluntariamente para o médico". Podemos ver aqui, que a questão de a paciente pedir voluntariamente, de ter autonomia para tal atitude, torna o procedimento mais admissível.

Pois, a autonomia tem implicações políticas e epistemológicas, exigindo uma reformulação ampliada tanto dos valores políticos, quanto do sistema de conceitos teóricos que o orienta. Segundo a autora Autonomia poderia ser traduzida, em uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos (Campos & Campos, 2006).

No entanto, é importante nos questionarmos que a autonomia também está submetida a condições externas do sujeito, e a diversas circunstâncias, dependendo de Leis, democracia, da cultura onde está imerso, e isso é questão ímpar para nos questionarmos sobre a realização do procedimento em pessoas em estado inconsciente. Para tanto não pretendemos aqui propor um fechamento dessa questão, mas sim o estímulo para futuras reflexões.

Sobre a eutanásia envolver questões religiosas (questão 3), 60,87%, responderam "Sim", 21,74%, responderam que "Não", e 17,39%, responderam "Não Sei". Em um País como o Brasil a religião e os meios de comunicação são fatores determinantes do posicionamento dos indivíduos em relação à prática da eutanásia (Amorim, Souza, Melo, Alcantaras, & Morelo, 2011).

Segundo Durkheim (1915), citado por Marková (2006) existe uma relação direta entre a religião e o conhecimento científico, pois ambas são baseadas em representações coletivas. A religião é um produto da sociedade, as ideias de Deus, os mitos, são transformados em representações através de crenças socialmente compartilhadas. "As crenças originaram na religião, e da religião entraram para o campo científico" (p. 183).

A diferença entre religião e a ciência, segundo Durkheim, é que o conhecimento científico se constrói de maneira lenta, gradativamente, enquanto as representações religiosas são construídas por significados simbólicos e por linguagem (Marková, 2006). É por isso que mesmo em um País laico, como o Brasil, temos que considerar que as representações

coletivas são muitas vezes, baseadas em crenças religiosas, e influenciadas diretamente por elas. Para o autor "Se a sociedade não tiver um conhecimento disponível, a crença é o melhor substituto" [...] (p.18).

De acordo com as respostas coletadas da questão 5, se o sofrimento físico e psíquico justificaria a eutanásia, obtivemos grande maioria de resposta afirmativa, sendo elas justificadas com argumentos que colocam o sofrimento físico e o psíquico no mesmo nível, dando uma imensa relevância para ambos. "[...] Não podemos falar em dor física sem falar em dor psíquica, a mente interfere no corpo, tanto quanto o corpo interfere na mente[...]".

Sobretudo, quando analisado a questão 10, que aborda quais condições um doente poderia ser submetido à eutanásia, de acordo com a opinião dos entrevistados, apenas 3,39%, reconheceram transtornos psicológicos ou psiquiátricos como condições à serem submetidos a eutanásia.

Segundo Flach, Grisci, Silva e Manfredini (2009), que aborda o sofrimento psíquico com o termo sofrimento patogênico, e explica que frente a um esgotamento de recursos defensivos mobilizados, acaba direcionando o indivíduo à sentimentos de incapacidade e imbecilidade.

O sofrimento, para além de sua inserção no corpo, ultrapassa a existência de uma linguagem que possibilita discernir algo como perigoso ou não. Sendo assim, entende-se que este sofrimento pode colocar em dúvida o ato de viver. Isto se dá como uma manifestação da fixação de viver perante situações desfavoráveis ao homem. (Flach et al*.,* 2009).

Em uma reportagem publicada em 2016 no portal Zenit, por Federico Cenci relata que em uma pesquisa realizada pela revista "Jama Psychiatry", entre os anos de 2011 até 2014, 55% dos casos de eutanásia analisados pelos especialistas da Jama, se deram por condições de "distúrbios depressivos" dos pacientes.

No que correspondem às consequências no âmbito da saúde da legalização da eutanásia, o que foi trazido pelos participantes da pesquisa é que "De maneira geral as consequências seriam negativas. A eutanásia poderia ser utilizada em casos irreversíveis, levando a um aumento do número de mortos [...]" "Ansiedade coletiva, mortes irresponsáveis, falta de compromisso profissional com os pacientes que iram passar pelo procedimento".

Amorim et al. (2011), apontou em sua pesquisa que de fato existe pouco conhecimento dos alunos dos cursos de saúde sobre a legislação

referente à eutanásia, influenciando diretamente no posicionamento negativo sobre a prática. Além disso, a difícil aceitação da prática se dá, pois, os indivíduos que estão inseridos no âmbito da saúde tornam-se responsáveis por combater e vencer a morte, dessa maneira, o profissional assume o papel de onipotência e prioriza salvar o paciente a qualquer custo a fim de corresponder às expectativas idealizadas de preservar a vida.

É por isso que a representação da morte se dá de maneira tão particular, mas não individual e fora do contexto social. Segundo Moscovici, citado por Marková (2006), nós nascemos imersos em fenômenos simbólicos e culturais, esses fenômenos sociais modelam nosso pensamento, nossas práticas sociais e linguagem, de maneira que transmitimos de gerações para gerações nossos conhecimentos de senso comum.

Não é estranho então que em um mesmo discurso, encontramos simbologias similares, como podemos observar em nossas coletas, frases como “fim de um ciclo”, “fechamento de ciclo”, ”Fim da vida”, “Descanso”, “Alívio”, surgiram repetidamente nas sentenças quando perguntados sobre O que a morte representa para você (questão 11), isso porque, o conhecimento de senso comum, é socialmente estabelecido, é um senso social, e não faz sentido defini-los como entidades independentes (Marková, 2006).

Segundo as respostas obtidas na questão 13, que se refere a relevância do estudo sobre o conceito de morte na graduação, a maioria dos participantes afirmaram ter grande relevância o estudo da morte no decorrer da graduação. “[...] Estudar sobre isso na graduação nos humaniza, permitindo que possamos nos sensibilizar para a dor e fragilidade do outro [...]”. Sendo assim, a questão 14 demonstra que 56,52%, dos participantes da pesquisa já ouviram falar sobre o tema “qualidade de morte” em sua graduação e 43,48%, ainda não ouviram.

Para Kovács (1992), que cita Vovelle (1985) a morte é uma constante fundamental na experiência humana, mas também é relativa levando em consideração que as relações do ser humano se modificam pelo modo em que ela os atinge. Ainda na fala de Kovács, o que torna um homem mortal é justamente ter consciência de sua finitude.

Sendo assim, é de suma importância que possamos entender a relação de morte que estabelecemos dos dias de hoje, pois as representações sociais sobre a morte e o morrer não resultam apenas da finitude biológica

da vida, mas configuram um processo de interpretação socialmente construída e partilhada em diferentes contextos históricos, sociais e culturais. Nesse sentido, da mesma forma que outros fenômenos da vida social, as distintas leituras sobre a morte e o morrer têm determinado ao longo dos tempos diferentes interpretações e influenciado o modo de seu enfrentamento, similarmente no modo de agir e reagir do profissional frente ao fenômeno (Borges, 2012).

Segundo Dantas, Martins e Militão (2011) é importante que a educação nos cursos de saúde sistematize não apenas questões essencialmente técnicas, mas também valores humanistas, que contribuem para o graduando desenvolvendo e mantendo valores pessoais, habilidades de comunicação, incluindo as dimensões éticas.

Frente a todos esses desafios durante a graduação desse profissional, com lacunas no preparo de suas formações técnico-científicas, e com os desafios que nosso País se depara para questionamentos desse ímpeto, que os cuidados paliativos aparecem como possibilidade de tratar a morte de forma natural, estabelecendo cuidados para um "morrer bem".

Quando perguntados se sabiam o que são cuidados paliativos (questão 17), 98% dos participantes responderam afirmativamente, quando perguntados, se consideravam os cuidados paliativos como alternativa da eutanásia (questão 18), os indivíduos responderam que: "Sim [...] permite uma morte mais natural e menos impactante, prolongando o estado do paciente mais com qualidade, para que ele possa ter conforto no seu fim". "Seria uma maneira de dar humanidade e respeito a essas pessoas. Os cuidados paliativos são mais aceitos [...]".

Segundo Bifulco e Iochida (2009) é uma possibilidade de re-humanização do processo de morrer, direcionando-o para um outro olhar, onde a morte deve ser vista como parte de um processo, e os procedimentos e tratamentos devem beneficiar sempre a qualidade de vida e bem-estar.

REFERÊNCIAS

Amorim, S. M., Souza, C. A., Melo, R. B., Alcantaras, G., & Morelo, J. (2011). *Eutanásia, Ortotanásia e Suicídio Assistido: Aspectos Jurídicos, Religiosos e Éticos*. XVI Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste, São Paulo, 1-10.

Bifulco, V. A., & Iochida. L. C. (2009). A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *33*(1), 92-100. doi.org/10.1590/S0100-55022009000100013

Bitencout, C. (2003). *Tratado de direito penal: Parte especial* (3ª ed.). São Paulo: Editora Saraiva, 58-80.

Borges, N. M. M. (2012). Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *65*(2), 324-331. https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200019

Campos, O. T. R., & Campos, S. W. G. (2006). Co-construção de autonomia: O sujeito em questão. *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 669-688). Rio de Janeiro.

Dantas, A, A., Martins, H. C., & Militão, S. M. (2011). O Cinema como Instrumento Didático para a Abordagem de Problemas Bioéticos: Uma Reflexão sobre a Eutanásia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *35*(1), 69-76. https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000100010

Flach, L., Grisci, C. L. I., Silva, F. M. D., & Manfredini, V. (2009). Sofrimento psíquico no trabalho contemporâneo: analisando uma revista de negócios. *Revista Psicologia & Sociedade, 21*(2), 193-202. https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000200006.

Kovács, J. M. (1992). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.

Lefèvre, F., Lefèvre, A. M. C. (2012). *O Discurso do Sujeito Coletivo e o Resgate das Coletividades Opinantes, 23*(2), 26-33.

Marková, I. (2006). Dialogicidade e representações sócias. São Paulo: Editora Vozes.

Oliveira, B. H., Oliveira, B. F. E., Oliveira, B. Z. R., Oliveira, B. M. A., Santos, C. R. E. M., & Silva, P. A. J. (2005). Ética e eutanásia. *Jornal Vascular Brasileiro, 2*(5), 278-282.

Pessini, L. B. (2005). Eutanásia: Por que abreviar a vida? In Problemas atuais de bioética (pp. 371-406). São Paulo: Editora Loyola.

Villas-Bôas, M. E. (2008). A ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro. *Revista Bioética*, *16*(1), 61-83.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

VALIDAÇÃO DO *FAMILY ASSESSEMENT DEVICE* (FAD) NUMA AMOSTRA DE JOVENS PORTUGUESES

Ivone Patrão[1], Filipa Pimenta[2], Joana Água[2], & Isabel Leal[2]

[1] APPsyCI – Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal
[2] WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

A família é o primeiro espaço de relação de uma criança, onde pode desenvolver as suas competências e cumprir com algumas das tarefas do desenvolvimento.

O Modelo compreensivo do funcionamento da família – *McMaster Model* – baseia-se na teoria sistémica e contempla 5 fundamentos: (1) todas as partes da família estão inter-relacionadas; (2) uma parte da família não pode ser entendida sem o resto do sistema familiar; (3) o funcionamento familiar não pode ser entendido tendo em conta a visão de um indivíduo ou subsistema; (4) a estrutura e a organização familiar são fatores que determinam o comportamento dos membros da família; (5) os padrões de interação do sistema familiar modulam os comportamentos dos membros da família. Este modelo identifica vários aspetos do funcionamento familiar, que podem interferir no desenvolvimento saudável de cada um dos seus membros: a capacidade para a resolução de problemas; a comunicação; a adoção de regras; o uso de respostas afetivas; o envolvimento afetivo; e o controlo comportamental (Miller, Ryan, Keitner, Bishop, & Epstein, 2000).

Atualmente, o modelo familiar de comunicação presencial e digital é muito importante para a forma como a criança e o adolescente comunica e socializa. Uma elevada literacia digital familiar corresponde a um processo de aprendizagem sobre o uso e impacto das tecnologias, ao longo tempo, com a contribuição de todos. É importante a negociação familiar sobre as regras de acesso à tecnologia, a partilha familiar sobre as

preferências online, a definição de modos de comunicação entre membros da família, e a discussão sobre a cibersegurança de todos (Patrão, 2019).

A tecnologia tem vindo a transformar as rotinas diárias dos indivíduos nos seus diferentes contextos (ex. laboral, lazer, familiar). Este aspeto é visível pela forma como cada um se apresenta aos outros, como cria e mantém relações, e como comunica. No contexto familiar as tecnologias podem ter dois efeitos: de aproximação, pela comunicação digital; de afastamento, pela ausência da presença física (Patrão, Machado, & Brito, 2016).

O objetivo deste estudo foi validar uma escala de avaliação do funcionamento familiar geral (FAD), que se baseia no *McMaster Model*, a partir de dados de um projeto de investigação sobre os comportamentos e dependências online em jovens. Adicionalmente, como objetivo específico, avaliou-se a relação entre funcionamento familiar, dependência online e ao smartphone.

MÉTODO

Participantes

Participaram 1265 jovens, 50% rapazes, com média de idades de 15 anos (*DP*=2). Nesta amostra, 87.8% afirmaram que acedem à internet a partir de dispositivos móveis, 77.6% reporta que pode usar o telemóvel na escola e 66.8% afirmam que os seus pais não controlam o seu uso da internet, sendo que 53.7% dos jovens percebe o estilo parental dos seus pais como democrático, 26.5% como autoritário, e 15.7% como permissivo. No que diz respeito ao rendimento académico, 63.3% tem um rendimento escolar com notas médias. A idade média com que a amostra deste estudo começou a aceder à internet é de 9 anos (*DP*=2.4).

Material

Os participantes responderam a um protocolo constituído pelos seguintes materiais:

Questionário sociodemográfico – Este questionário pretendia recolher informações dos participantes, como idade, género, rendimento académico e estilo parental dos seus pais.

Questionário de uso e acesso à Internet – Tem por objetivo perceber quais os hábitos de acesso e utilização da internet dos participantes, idade de acesso à internet, quais os dispositivos mais utilizados, se os pais controlam o seu uso da internet e dos dispositivos, se pode levar o telemóvel para a escola.

IAT: Internet Addiction Test (Young, 1998; Pontes, Patrão, & Griffiths, 2014) – Este instrumento avalia a dependência à internet. É uma escala composta por 20 itens, respondida através de uma escala de *Likert* de seis pontos (0: "Não se aplica"; 1: "Raramente"; 2: " Ocasionalmente"; 3: "Muitas vezes"; 4: "Frequentemente"; 5: "Sempre"). Para calcular o score final, são somadas as respostas de cada item. Posteriormente, verifica-se em que intervalo se situa cada participante. Assim, entre 0 - 30 pontos: Normal; 31-49 pontos: Médio; 50-79 pontos: Moderado; e 80-100 pontos: Severo (Young, 2011).

SAS-SV: Smartphone Addiction Scale-Short Version (Kwon, Kim, Cho, & Yang, 2013; Água, Patrão, & Leal, 2017) - Esta escala é constituída por 10 itens e respondida a partir de uma escala de *Likert* de 6 pontos que variam entre 1: "Discordo fortemente" e 6: "Concordo Fortemente". O score a partir do qual se considera uma pessoa dependente do smartphone, varia o valor de *cut-off* é de 31 para rapaz/homem e 33 para rapariga/mulher.

FAD: Family Assessment Device (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983) – o FAD é um instrumento composto por 7 dimensões. Neste estudo, foi validada a dimensão do FAD, Funcionamento Geral, formado por 12 itens, metade dos itens positivos (e.g., "Nós podemos expressar sentimentos uns aos outros.") e metade dos itens negativos (e.g., "Nós não podemos falar uns com os outros sobre a tristeza que sentimos."). Os itens do FAD são respondidos através de uma escala de *Likert* de 4 pontos que varia entre 1: "Discordo Plenamente" a 4: "Concordo Plenamente".

Procedimento

Para validar o FAD foi realizado o processo de tradução e retro tradução dos itens por dois elementos da equipa de investigação, fluentes em Inglês e Português. Com a versão final da escala traduzida realizou-se a retro tradução, por uma psicóloga bilingue, fluente em inglês. Posteriormente, recolheu-se o feedback de 10 participantes para perceber se os itens estavam adequados à população portuguesa. Depois da recolha do *feedback*, avaliaram-se e discutiram-se as alterações sugeridas. Numa última fase, o instrumento foi incluído num protocolo de uma investigação sobre comportamentos e dependências online em jovens (Projecto Geração Cordão - validado pela comissão de ética do ISPA – Instituto Universitário e com autorização de aplicação pelo Ministério da Educação), que foi aplicado, através de uma plataforma online, aos alunos de diversas escolas da região norte de Portugal. Todos os alunos foram devidamente autorizados a participar no estudo pelos seus pais e/ou encarregados de educação e deram o seu consentimento informado antes de responderem ao questionário.

Após a recolha de dados, as análises estatísticas das qualidades psicométricas do FAD foram executadas a partir do *software* IBM SPSS e AMOS (v.25, SPSS, IBM, Chicago, IL). Em primeiro lugar, foi analisada a sensibilidade dos itens da FAD. Posteriormente, a validade de construto do FAD foi explorada através de uma análise fatorial exploratória e confirmatória. Foi também analisada a validade convergente, a partir da variância extraída média (VEM), a validade discriminante, a partir da comparação da VEM com o quadrado da correlação entre os fatores da escala (Marôco, 2014); e também a fiabilidade através do *alpha de Cronbach* e da Fiabilidade Compósita (FC).

RESULTADOS

Validade de Construto

Em primeiro lugar foi analisada a sensibilidade dos itens. Todos os itens variavam entre o valor máximo (4) e mínimo (1) da escala de *Likert*,

e os valores de assimetria e curtose estavam abaixo de 3 e de 7, respetivamente (Kline, 2015).

De seguida, visto que o FAD já tinha sido previamente validado por Epstein e seus colaboradores (1983), foi efetuada uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), contudo, foram obtidos valores inaceitáveis, quer de ajustamento do modelo, quer dos pesos fatoriais estandardizados dos itens. Desta forma, foi decidido em reunião de equipa, explorar a estrutura do FAD numa Análise Fatorial Exploratória (AFE).

Posteriormente, a amostra deste estudo foi dividida ao meio de forma aleatória. Após este procedimento, realizou-se uma AFE, em 50% da amostra, para perceber de que forma se comportavam os itens do FAD. Foi obtido um KMO=.876 (p<.001) pelo que se procedeu à AFE. De acordo com AFE a estrutura do funcionamento geral familiar é explicada por dois fatores latentes, que explicam 58.45% de variância total. O primeiro fator é designado por disfuncionalidade familiar, e o segundo fator por funcionalidade familiar. Adicionalmente todas as comunalidades observadas são elevadas, indicando que os dois fatores são adequados para descrever o funcionamento geral familiar. Para confirmar a estrutura proposta na AFE foi realizada novamente uma AFC, nos outros 50% da amostra. Na AFC todos os itens apresentaram bons pesos fatoriais estandardizados (λ>.5); os índices de modificação mostraram correlação dos erros entre os itens 3-5, 5-11, na dimensão disfuncionalidade familiar e entre os itens 10-12, na dimensão funcionalidade familiar. O FAD apresentou um ajustamento adequado (X^2/df=2.783; NFI=.956; CFI=.971; TLI=.962; RMSEA=.054; p<.001; CI 90% =].043; .064[).

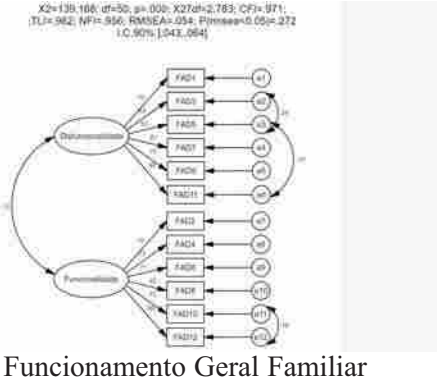


Figura 1. AFC do Funcionamento Geral Familiar

Validade Convergente

A validade convergente do FAD foi analisada através da VEM. Quando a *VEM*≥0.5 é um indicador de validade convergente adequada (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2009). No FAD, as duas dimensões: disfuncionalidade familiar (VEM=.61) e funcionalidade familiar (VEM=.66) apresentaram validade convergente.

Validade Discriminante

Para demonstrar a validade discriminante, foi calculado o quadrado da correlação entre os dois fatores da escala (r^2=.014). Para existir validade discriminante a VEM tem de ser maior que o quadrado da correlação entre os fatores da escala (Marôco, 2014). Desta forma, o FAD tem validade discriminante.

Consistência Interna

A consistência interna do FAD, foi calculada através do *alpha de Cronbach* e da fiabilidade compósita (FC). Conclui-se que em ambas as dimensões – disfuncionalidade familiar (α=.84; FC=.90) e funcionalidade familiar (α=.86; FC=.92), o FAD tem uma consistência interna adequada.

Correlações

Explorou-se de que forma o funcionamento familiar está relacionado com a dependência online e do smartphone. A disfuncionalidade familiar está associada positivamente à dependência online (r=.443; p<.001) e do smartphone (r=.424; p<.001). Já a funcionalidade familiar está negativamente relacionada com a dependência online (r=-.172; p<.001) e do smartphone (r=-.181< p<.001).

DISCUSSÃO

O funcionamento familiar corresponde a um conjunto de características do sistema familiar e à forma de como os seus membros se organizam e interrelacionam (Shi, Wang, & Zou, 2017). Alguns estudos têm vindo a

demonstrar a relação entre o funcionamento familiar e a dependência online (ex. Şenormancı, Şenormancı, Güçlü, & Konkan, 2014; Shi et al., 2017; Shek & Yu, 2013), deste modo, este estudo vem colmatar uma lacuna na avaliação da relação entre estas variáveis.

O FAD revelou-se um instrumento com boas capacidades psicométricas para ser usadoem jovens portugueses. Nesta versão do FAD, para interpretar os resultados será necessário calcular o score das duas dimensões propostas, assim, quanto maior o score na dimensão funcionalidade familiar, maior a funcionalidade familiar do sujeito; e quanto maior o score na dimensão disfuncionalidade familiar, maior a disfuncionalidade familiar do sujeito.

O FAD pode ser um importante contributo para a prática clínica, para rastreio e nos protocolos de avaliação de intervenções terapêuticas na área das dependências online. Esta escala, pode ser ainda um instrumento útil na área da investigação em ciberpsicologia.

A família é onde as crianças e os adolescentes podem satisfazer as necessidades psicológicas e afetivas, quando isto não acontece podem procurar atenção no mundo online (Shi et al., 2017). A disfunção familiar pode, assim, constituir um fator associado à dependência online e/ou ao smartphone. Na amostra deste estudo, foi possível observar que quanto mais funcional é o ambiente familiar, menor é a dependência online e ao smartphone.

Em estudos futuros, seria importante aplicar o FAD a amostras de pais e filhos adolescentes, de forma a ser feita uma comparação entre as perceções do funcionamento familiar de adolescentes e dos seus pais.

Financiamento

O William James Center for Research é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (UID/PSI/04810/2019).

REFERÊNCIAS

Água, J., Patrão, I., & Leal, I. (2017). SAS-SV: Estudo da validação da escala de dependência do smartphone numa amostra da população portuguesa. *Atas do II Congresso Ibérico de Psicologia Clínica e da Saúde* (pp. 101-112). Lisboa: ISPA – Instituto Universitário.

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, *9*(2), 171-180. doi: 10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x

Hair, Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2009) *Multivariate Data Analysis* (7th ed., p. 761). Prentice Hall, Upper Saddle River.

Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). New York, NY: Guilford Press.

Kwon, M., Kim, D. J., Cho, H., & Yang, S. (2013). The smartphone addiction scale: Development and validation of a short version for adolescents. *Plos One, 8*(12). doi: 10.1371/journal.pone.0083558.

Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, softwares e aplicações* (2ªed.). Pêro Pinheiro: Report Number.

Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster Approach to Families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy, 22*, 168-189.

Patrão, I. (2019). *Guia para Famílias, Escolas e Comunidade Orientações para a gestão saudável dos comportamentos online*. Lisboa: FCT/CIS.

Patrão, I. Machado, M.. & Brito, R. (2016). O funcionamento familiar, o bem-estar e o uso da internet. In I. Patrão & D. Sampaio (Eds.), *Dependências Online: O poder das tecnologias* (pp. 133-149). Lisboa: Pactor.

Pontes, H., Patrão, I., & Griffiths, M. (2014). Portuguese validation of the internet addiction test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions, 3*(2), 107-114. doi: 10.1556/JBA.3.2014.2.4.

Şenormancı, Ö., Şenormancı, G., Güçlü, O., & Konkan, R. (2014). Attachment and family functioning in patients with internet addiction. *General Hospital Psychiatry*, *36*(2), 203-207. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.10.012

Shek, D. T. L., & Yu, L. (2012). Internet Addiction Phenomenon in Early Adolescents in Hong Kong. *The Scientific World Journal,* 1-9. doi: 10.1100/2012/104304

Shi, X., Wang, J., & Zou, H. (2017). Family functioning and Internet addiction among Chinese adolescents: The mediating roles of self-esteem and loneliness. *Computers in Human Behavior,* 76, 201–210. doi:10.1016/j.chb.2017.07.028

Young, K. S. (1998). *Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery*. New York: Wiley

Young, K. (2011). Clinical assessment of internet-addicted clients. In K. Young & C. Abreu (Eds.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment*. (pp. 19- 34). New Jersey: John Wiley & Sons.

ANEXO I

Family Assessment Device

1. Planear atividades em família é difícil porque não nos compreendemos uns aos outros.
2. Em tempos de crise podemos contar uns com os outros quando precisamos de apoio.
3. Nós não podemos falar uns com os outros sobre a tristeza que sentimos.
4. Os indivíduos são aceites pelo que são.
5. Nós evitamos discutir acerca dos nossos medos e preocupações.
6. Nós podemos expressar sentimentos uns aos outros.
7. Existem muitos sentimentos negativos nesta família.
8. Nós sentimo-nos aceites pelo que somos.
9. Tomar decisões é um problema para a nossa família.
10. Nós somos capazes de tomar decisões sobre como resolver problemas.
11. Nós não nos damos bem.
12. Nós confiamos uns com os outros.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

VALIDAÇÃO: ESCALA DE ALTERAÇÕES FUNCIONAIS PELO USO PROBLEMÁTICO DA INTERNET (AFUPI) PARA JOVENS PORTUGUESES

Ivone Patrão[1], Filipa Pimenta[2], Joana Água[2], & Isabel Leal[2]

[1] APPsyCI – Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, ISPA – Instituto Universitário, Portugal
[2] WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Portugal

O acesso e uso da internet massificou-se nas últimas duas décadas, o que fez emergir cada vez mais investigação com o objetivo de analisar e compreender os diferentes comportamentos online (e.g., nas redes sociais, nas compras online, no jogo online, no uso da multimédia), sobretudo na vertente do uso excessivo, do uso problemático e/ou da dependência do que se pode fazer online. De acordo com os dados do PORDATA (2019) e com o relatório da *Internet Society* (2014) existe não só um aumento crescente de uso de dispositivos portáteis ligados à internet, como também um aumento do número de utilizadores da internet. Este aumento do uso da tecnologia poderá ter um impacto na forma como os indivíduos organizam as suas rotinas diárias.

Considera-se que o envolvimento em atividades através da internet, de uma forma persistente e intensa, poderá resultar na redução dos interesses e investimento, com consequências emocionais, sociais, académicas e/ou ocupacionais, e por isso constituem as principais características de quem tem um uso problemático da internet (Patrão et al., 2016). Uma das populações mais suscetíveis ao desenvolvimento de um uso problemático da internet são os adolescentes (Abreu, 2017).

Os adolescentes que têm um uso problemático da internet, deixam de conseguir controlar a quantidade de tempo que passam online, acabando por ficar mais tempo na internet do que pretendiam, deixando de ter tempo para outros aspetos da sua vida diária, que ficam em segundo plano (Andreassen & Pallesen, 2014; Spada, 2014; Young, 2004). Estar com os amigos/colegas

ou com a família, descansar sem usar a internet, realizar atividades de lazer (e.g., passear ao ar livre, ir à praia) são aspetos que muitas vezes ficam esquecidos em detrimento de mais uns minutos no mundo online (Andreassen & Pallesen, 2014; Cacioppo et al., 2019; Ko, Yen, Yen, Chen, & Chen, 2012). Consequentemente, poderão surgir outros fatores associados, como o aumento da agressividade e da irritabilidade, as perturbações do sono, os sintomas depressivos, a deterioração de relações sociais e familiares (Abreu, 2017; Ko et al., 2012; Kuss & Griffiths, 2012; Machado, 2015; Young, 1998; Young, 2004).

O Internet Addiction Test – IAT (validado por Pontes, Patrão, & Griffiths, 2014) é um instrumento muito utilizado na área das dependências online. O IAT avalia sintomas congruentes com a dependência da internet. Todavia, algumas dimensões do impacto funcional da dependência da internet estão ausentes neste instrumento. Como tal, a equipa de investigação reconheceu a necessidade de desenvolver um instrumento que (1) se enquadrasse no modelo que trata o uso geral da internet, de forma problemática ou excessiva, e o respetivo impacto negativo em diversas dimensões (em oposição a uma abordagem alternativa, que explora uma forma mais específica de dependência de atividades concretas, como por exemplo jogar online; Davis, 2001) e que (2) avaliasse importantes funções que não são contempladas pelo IAT (ex. estar com os amigos, fazer atividades de lazer) e que surgiram não só da literatura, mas também da experiência da equipa em contexto clínico no tratamento desta problemática.

Assim, desenvolveu-se um conjunto de itens que refletiam esta lacuna (incluindo, porém, itens que analisam o impacto do uso excessivo da internet no sono, trabalho, socialização, também contidos no IAT). Assim, este estudo teve como principal objetivo o desenvolvimento e validação de uma escala que permite avaliar as alterações funcionais associadas ao uso problemático da internet, para uma amostra de jovens portugueses.

MÉTODO

Participantes

Neste estudo, participaram 2027 jovens portugueses com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos (*M*= 14.3; *DP*=1.8), dos quais

51% são do género feminino. A idade média com que os participantes começaram a usar a internet sozinhos foi aos 9 anos (*DP*=2.2). No total, 59.8% da amostra tem como atividade preferida para realizar na internet *estar nas redes sociais*, em segundo lugar (28.5%) *uso de multimédia* (ex. ver vídeos no Youtube) e em terceiro lugar (18.2%), *jogar videojogos*. É ainda importante referir que 81.4% da amostra refere utilizar a internet para efeitos de lazer até 6 horas por dia, durante a semana (i.e., de segunda a sexta).

Material

Os participantes responderam a um protocolo constituído pelos seguintes materiais:

Questionário sociodemográfico – Este questionário pretendia recolher informações como idade, género, e rendimento académico.

Questionário de uso e acesso à Internet – Este questionário tinha como objetivo perceber quais os hábitos de acesso e utilização da internet dos participantes, tais como idade de acesso à internet sem supervisão parental, quais os dispositivos mais utilizados, se os pais controlam o seu uso da internet e dos dispositivos, se pode levar o telemóvel para a escola.

GPIUS: Generalized Problematic Internet Use Scale (Caplan, 2010; Machado, 2015) – Este instrumento tem como objetivo avaliar cinco dimensões: preferência por interações sociais online, regulação de humor, preocupação cognitiva, uso compulsivo da internet e consequências negativas que, segundo Caplan (2010) constituem a Utilização Problemática da Internet (UPI). É uma escala constituída por 15 itens, respondidos através de uma escala de *Likert* de cinco pontos que variam entre 1: "Discordo Totalmente" e 5: "Concordo Totalmente". Este instrumento é constituído por cinco dimensões: preferência por interação online, alteração de humor, preocupação cognitiva, uso compulsivo e *outcomes* negativos (Caplan, 2010). O score é calculado através da soma dos itens; quanto maior a pontuação, maior presença de sintomas de UPI (Machado, 2015).

AFUPI: Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet (Jovens) – Esta escala é constituída por 9 itens. Os itens da escala AFUPI são respondidos através de uma escala de *Likert* de quatro pontos que varia entre 1: "Discordo Fortemente" e 4: "Concordo Fortemente". A escala AFUPI foi criada devido a uma lacuna sentida em contexto clínico para avaliação de alterações no funcionamento geral, devido ao uso excessivo da internet. Assim, tendo em conta a literatura e a experiência clínica, foram formulados os itens que constituem a escala AFUPI.

Procedimento

Inicialmente realizou-se uma reunião de equipa para organizar os itens e definir a estrutura da escala (ex. formato da escala, cotação). Posteriormente, o questionário foi testado em contexto clínico e foram feitas algumas alterações à forma como os itens estavam formulados. Numa última fase, o instrumento foi incluído num protocolo de uma investigação sobre comportamentos e dependências online em jovens (projecto Geração Cordão, validado pela Comissão de Ética do ISPA – Instituto Universitário, e com autorização de aplicação pelo Ministério da Educação), e foi aplicado, através de uma plataforma online, a alunos de escolas básicas e secundárias de Portugal. Todos os alunos foram devidamente autorizados a participar no estudo pelos seus pais e/ou encarregados de educação, e deram o seu consentimento informado antes de responder ao questionário. O procedimento do projeto Geração Cordão encontra-se detalhado noutras publicações (ex. Patrão, Machado, Fernandes, & Leal, 2015).

Mais tarde, após a recolha de dados, foram avaliadas as propriedades psicométricas do instrumento. As análises estatísticas foram executadas a partir do *software* IBM SPSS e AMOS (v.25, SPSS, IBM, Chicago, IL). A validade de construto foi explorada através de uma análise fatorial exploratória e confirmatória. Foi também analisada a sensibilidade dos itens, a validade concorrente e por último, a fiabilidade do instrumento através do *alpha de Cronbach.*

RESULTADOS

Sensibilidade

Para analisar eventuais problemas com a distribuição de respostas aos itens da escala AFUPI, explorou-se o intervalo de resposta da escala de *Likert,* foi possível observar que todos os itens tinham respostas em todos os valores da escala de 1 a 4. Observou-se também os valores de assimetria e curtose. Todos os itens apresentaram valores adequados de assimetria ($|sk|<3$) e curtose ($|ku|<7$). Deste modo, os itens da escala AFUPI têm boa sensibilidade.

Validade de Construto

Para avaliar a validade de construto da escala AFUPI dividiu-se aleatoriamente a amostra selecionando 50%. Foi realizada a Análise Fatorial Exploratória (AFE) em metade da amostra (50%) e a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) nos outros 50% da amostra. Em primeiro lugar, foi realizada uma AFE para perceber a organização dos itens. Foi obtido um KMO=.841 ($p<0.001$) pelo que se procedeu à AFE. A estrutura da escala AFUPI é explicada por dois fatores: comportamental e emocional. Estes dois fatores explicam 51.97% da variância total. Para confirmar a estrutura proposta, foi realizada uma AFC. Na AFC todos os itens apresentaram bons pesos fatoriais estandardizados ($\lambda>.50$) e a escala revelou um bom ajustamento ($X^2/df=2.205$; CFI=.987; NFI=.976; TLI=.979; RMSEA=.035; p<.001; CI 90% =].022; .048[).

Contudo, um dos fatores desta estrutura não tem fiabilidade uma vez que a dimensão emocional apresenta um *alpha* de *Cronbach* inaceitável ($\alpha=.45$). Desta forma, procedeu-se a uma nova AFC, com uma estrutura unifatorial.

Na segunda AFC, os itens 7 ($\lambda=.267$) e 8 ($\lambda=.248$) apresentaram pesos fatoriais estandardizados baixos, contudo não foram excluídos. Os índices de modificação mostraram uma correlação dos erros entre os itens 1-2, 3-4, 6-7, e 8-9. Foi obtido um ajustamento adequado após o estabelecimento destas correlações ($X^2/df=2.205$; CFI=.987; NFI=.976; TLI=.979; RMSEA=.035; p<.001; CI 90% =].022; .048[).

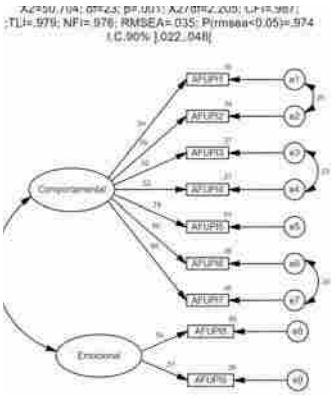


Figura 1. Primeira AFC da Escala Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet.

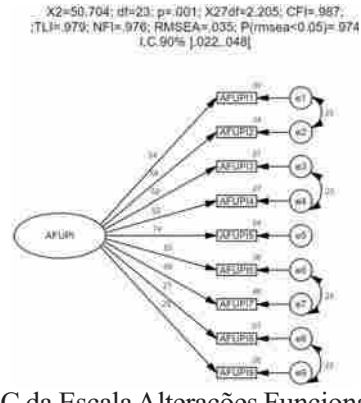


Figura 2. Segunda AFC da Escala Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet.

Validade Convergente

A validade convergente da escala AFUPI foi analisada através da VEM. Quando a *VEM*≥0.5 é um indicador de validade convergente adequada (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2009). A escala AFUPI apresenta uma VEM inferior ao que seria adequado (*VEM*=.38).

Validade Concorrente

A escala AFUPI apresenta validade concorrente com o GPIUS2 (r=.44; p<0.001).

Consistência Interna

A consistência interna da escala AFUPI, foi calculada através do *alpha* de *Cronbach*. Conclui-se que a escala AFUPI apresenta uma consistência interna alta (α=.79).

DISCUSSÃO

As alterações funcionais associadas ao uso problemático da internet são um problema cada vez mais presente na sociedade atual (Patrão et al., 2016). Como tal, este estudo teve como principal objetivo validar uma nova escala para avaliar alterações funcionais provocadas pelo uso excessivo da internet, numa amostra de jovens portugueses.

Na validação da escala AFUPI dois itens (8 e 9) apresentaram pesos fatoriais estandardizados inadequados. Neste estudo os itens não foram excluídos, uma vez que se trata de um primeiro estudo em que a escala AFUPI é desenvolvida e validada para uma amostra de jovens portugueses; e também dada a importância clínica do conteúdo ("Tenho tendência para estar na internet quando tenho problemas emocionais (ex. discussões, problemas com os amigos, na escola familiares e/ou problemas de saúde)"; "Considero-me dependente daquilo que faço na internet"). É de notar que estes itens poderão ser de difícil compreensão para jovens dos 12 aos 18 anos, especialmente os mais novos. Deste modo, será importante aplicar novamente esta escala a uma amostra de jovens da mesma faixa etária para explorar o comportamento dos itens. Caso os pesos fatoriais se mantenham inadequados, deverá ser ponderada a reformulação ou a exclusão destes itens em amostras jovens.

Num outro estudo da equipa (Pimenta, Patrão, Água, & Leal, submetido), a escala AFUPI foi validada para uma amostra de adultos, tendo apresentado uma estrutura com duas dimensões: comportamental e emocional. A escala AFUPI com estrutura bi-fatorial, para a amostra de adultos, revelou um bom ajustamento e consistência interna adequada nas duas dimensões propostas. Estas diferenças nas estruturas fatoriais, do mesmo instrumento, poderão estar relacionadas com as especificidades de

cada amostra (adolescentes e adultos) e com as diferentes utilizações e conhecimentos que cada amostra tem da internet.

A escala AFUPI será um importante contributo para o campo da clínica, uma vez que permite avaliar de forma mais específica o comprometimento de diversas áreas devido ao uso problemático da internet (ex. impacto no rendimento académico, atividades de lazer e socialização). Para além disto, a escala AFUPI permite também identificar quando os indivíduos estão em risco de grave comprometimento do seu quotidiano devido ao uso problemático da internet. Já na investigação, este instrumento poderá ser um contributo para futuras investigações na área das dependências comportamentais (ex. dependências na internet, dependência do smartphone).

Financiamento

O William James Center for Research é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (UID/PSI/04810/2019).

REFERÊNCIAS

Abreu, C.N. (2017). Understanding the cognitive impact of Internet addiction od adolescents. In K. S. Young & C.N. Abreu, *Internet Addiction in Children and Adolescents: Risk factors, assessment, and treatment* (pp. 101-122). New York: Springer Publishing

Andreassen, C. S., & Pallesen, S. (2014). Social network site addiction: An overview. *Current Pharmaceutical Design,* 20, 4053-4061. doi: 10.2174/1381612811319999061 6

Caplan, S. E. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior*, *26*(5), 1089-1097

Hair Jr., J.F., Black, W.C., Babin, B.J. and Anderson, R.E. (2009) *Multivariate Data Analysis.* 7th Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River, 761.

Internet Society (2014). *Internet Society – Global Internet Report.* Disponível em http://www.internetsociety.org/sites/default/files/Global_Internet_Report_2014_0.pdf

Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). New York, NY: Guilford Press.

Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Internet and Gaming Addiction: A Systematic Literature Review of Neuroimaging Studies. *Brain Sciences, 2*(3), 347-374. doi:10.3390/brainsci2030347

Ko, C.-H., Yen, J.-Y., Yen, C.-F., Chen, C.-S., & Chen, C.-C. (2012). The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature. *European Psychiatry*, *27*(1), 1-8. doi: 10.1016/j.eurpsy. 2010.04.011

Machado, M. (2015). *Jovens e a internet: Uma relação com a perturbação do sono e o bem-estar psicológico* (Tese de Mestrado não publicada). ISPA-Instituto Universitário, Lisboa.

Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, softwares e aplicações* (2ªed.). Pêro Pinheiro: Report Number.

Patrão, I., Machado, M., Fernandes, P., & Leal, I. (2015). Jovens e internet: Relação com o bem-estar psicológico, isolamento social e funcionamento familiar. In L. Mata, M. A. Martins, V. Monteiro, J. Morgado, F. Peixoto. A. C., Silva & J. M. C. Silva (Eds.). *Atas XIII Colóquio Internacional Psicologia e Educação* (pp. 241-249). Lisboa: ISPA.

Patrão, I., Reis, J., Paulino, S., Croca, M., Moura, B., Gonçalves, J., . . . Sampaio, D. (2016). Da teoria à intervenção terapêutica na utilização problemática da internet (UPI) em jovens: Revisão da literatura. *Revista da Criança e do Adolescente,* 221-236. doi: hdl.handle.net/11067/3514.

Pimenta, F., Patrão, I., Água, J., & Leal, I. (submetido). Escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet (AFUPI): Comparação transcultural. *Atas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.*

PORDATA (2019). *Assinantes do acesso à Internet.* https://www.pordata.pt/Portugal/Assinantes+do+acesso+%C3%A0+Internet-2093.

Spada, M. M. (2014). An overview of problematic Internet use. *Addictive Behaviors*, *39*(1), 3-6. doi:10.1016/j.addbeh.2013.09.007.

Young, K. S. (1998). *Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery*. New York: Wiley.

Young, K. S. (2004). Internet addiction – A new clinical phenomenon and its consequences. *American Behavioral Scientist, 48*, 402-415.

ANEXO I

Alterações Funcionais pelo Uso Excessivo da Internet

1	Estar na internet tira-me tempo para a Escola.
2	Estar na internet tira-me tempo para dormir.
3	Estar na internet tira-me tempo para socializar com meus amigos/colegas.
4	Estar na internet tira-me tempo para namorar.
5	Estar na internet tira-me tempo para estar com minha família.
6	Estar na internet tira-me tempo para fazer exercício físico.
7	Estar na internet tira-me tempo para outras atividades lúdicas.
8	Tenho tendência para estar na internet quando tenho problemas emocionais (ex. discussões, problemas com os amigos, na escola familiares e/ou problemas de saúde).
9	Considero-me dependente daquilo que faço na internet.

1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; 4 – Concordo totalmente.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

VALORES, ATITUDES E CONSUMO DE PORNOGRAFIA: ANALISANDO UM MODELO DE MEDIAÇÃO

Rita Castro[1] (✉ up201403361@fpce.up.pt) & Samuel Lins[1]
[1] Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

A pornografia tem vindo a crescer e está cada vez mais disseminada. Pode definir-se como qualquer material que veicule imagens sexualmente explícitas, exposição de genitália e/ou representação de comportamento sexual, com intuito de desencadear excitação sexual ou fantasia (Morgan, 2011; Short, Black, Smith, Wetterneck, & Wells, 2012; Rasmussen, 2016).

Estudos têm mostrado que o consumo de pornografia está associado a efeitos nefastos e benéficos (e.g., Baumel, Silva, Guerra, Garcia, & Trindade, 2019; Blais-Lecours, Vaillancourt-Morel, Sabourin, & Godbout, 2016; Cooper, 1998; Hare, Gahagan, Jackson, & Steenbeeck, 2014; Watson & Smith, 2012; Wright, Tokunaga, Kraus, & Klann, 2017). Por um lado, a prolongada exposição a conteúdos de caráter pornográfico pode resultar, por exemplo, em perceções erróneas acerca da sexualidade e em atitudes anti-igualitárias, que conferem ao homem o poder de dominar sobre a mulher, na relação sexual, mas também nas restantes áreas da vida (Baumel et al., 2019; Zillmann & Bryant, 1988).

Por outro lado, por exemplo, o consumo de pornografia pode ser benéfico, dado que potencia a fantasia, a inspiração e o prazer (Baumel et al., 2019; Brown, Durtschi, Carroll, Willoughby, 2017; Guerra, Andrade, & Dias, 2004; Rissel et al., 2016). Paralelamente, a exposição prolongada a conteúdos pornográficos pode estar associada a uma maior aceitação do sexo pré-marital, dos relacionamentos sexuais não exclusivos, da perceção da promiscuidade feminina e masculina como natural e do reconhecimento da repressão de desejos sexuais como não sendo saudável (Zillmann & Bryant, 1988).

O comportamento de consumo de pornografia tem sido apontado como determinado pelas atitudes (Guerra et al., 2004). As atitudes são

compostas pelos sentimentos, representações cognitivas e tendências para a ação, influenciando a forma como os indivíduos percecionam, avaliam e tomam decisões relativamente ao modo de agir perante um determinado objeto (Krüger, 2013). Assim, as atitudes face ao uso de materiais pornográficos podem favorecer ou refrear o consumo de pornografia (Guerra et al., 2004).

Dado que as atitudes perante a sexualidade determinam o modo como nos comportamos face à vivência da nossa própria sexualidade e dos outros (Pasquali, Souza, & Tanizaki, 1985), importa compreender as atitudes relativamente ao consumo de pornografia. Especificamente, as atitudes, face ao uso de pornografia, parecem ser mais conservadoras na vivência da própria sexualidade (Guerra, Gouveia, Sousa, Lima, & Freires, 2012).

Não obstante a investigação existente, falta estudar a associação dos valores com as atitudes sexuais (Guerra et al., 2012). Os valores influenciam transversalmente a vida das pessoas, tornando-se importante entender a relação entre os valores defendidos como guia de ação e as atitudes relativamente ao consumo de pornografia. Particularmente, pela relação com o comportamento de consumo, pois os valores priorizados podem influenciar o modo como o indivíduo perceciona e vive a sua sexualidade (Gouveia, 2016).

A Teoria Funcionalista dos Valores Humanos (Gouveia, 2013) assume os valores como guias de orientação desejáveis, que respondem a necessidades humanas básicas. Segundo esta teoria, os valores possuem duas dimensões funcionais principais (tipo de orientação e tipo de motivador). A dimensão do tipo de orientação refere-se ao guia do comportamento e pode ser Pessoal (o indivíduo por si mesmo, foco intrapessoal), Central (o propósito da vida) ou Social (o indivíduo na comunidade, foco interpessoal).

Por sua vez, a dimensão do tipo de motivador refere-se à representação cognitiva das necessidades humanas e pode ser Materialista (a vida são ameaças a superar) ou Humanitária (a vida são oportunidades a vivenciar). Estas dimensões cruzam-se numa matriz, que produz as seis subfunções valorativas (Gouveia, 2016) (ver Figura 1).

	Tipo de orientação		
Tipo de motivador	Pessoal	Central	Social
Humanitário	**Experimentação**	**Suprapessoal**	**Interativa**
	Emoção	Beleza	Afetividade
	Prazer	Conhecimento	Apoio social
	Sexualidade	Maturidade	Convivência
Materialista	**Realização**	**Existência**	**Normativa**
	Êxito	Estabilidade	Obediência
	Poder	Saúde	Religiosidade
	Prestígio	Sobrevivência	Tradição

Figura 1. Espaço representacional dos Valores Humanos Básicos (Gouveia, 2016)

Na parte superior da matriz, temos as subfunções cujo motivador são necessidades humanitárias. A subfunção Experimentação, com orientação pessoal, integrando os valores: Emoção, Prazer e Sexualidade; a subfunção Suprapessoal, com orientação central, integrando os valores: Beleza, Conhecimento e Maturidade; e a subfunção Interativa, com orientação social, integrando os valores: Afetividade, Apoio social e Convivência.

Já na parte inferior, encontramos as subfunções cujo motivador são necessidades materialistas. A subfunção Realização, com orientação pessoal, integrando os valores: Êxito, Poder e Realização; a subfunção Existência, com orientação central, integrando os valores: Estabilidade, Saúde e Sobrevivência; e, por fim, a subfunção Normativa, com orientação social, integrando os valores: Obediência, Religiosidade e Tradição (Gouveia, 2016).

De facto, os valores têm um papel preponderante nas atitudes e comportamento sexual, sendo a subfunção Normativa (e.g., Religiosidade) a mais associada (Beckwith & Morrow, 2005), bem como, a subfunção Experimentação (Guerra et al., 2012). Estas aparecem associadas às perspetivas face à sexualidade, sendo a postura mais conservadora associada à subfunção Normativa e a mais liberal associada à subfunção Experimentação (Guerra & Gouveia, 2011). A subfunção Normativa está relacionada com visões conservadoras da sexualidade, nomeadamente do uso de pornografia. Já as subfunções Realização e Experimentação relacionam-se com uma visão mais liberal (Guerra et al., 2012). Neste

sentido, a presente investigação objetivou verificar se as atitudes face à pornografia medeiam a relação entre os valores e o consumo de pornografia.

MÉTODO

Participantes

Participaram no estudo 665 adultos portugueses (406 do género feminino, 253 do género masculino e seis de outro género), com idade média de 25.72 anos (*DP*=8.85). Quanto à orientação sexual, a maioria dos participantes reporta orientação heterossexual (*n*=540). No que concerne ao consumo de pornografia concluiu-se que apenas 12.63 % das pessoas indicou nunca ter consumido pornografia (*n*=84).

Material

Escala de atitudes face ao uso de materiais pornográficos. Esta escala, composta por 27 itens, foi desenvolvida por Guerra e colaboradores (2004) e mensura as atitudes face à pornografia. Encontra-se dividida em duas secções. Primeiro, a escala de atitudes de diferencial semântico, com três itens, num contínuo de cinco pontos, com as palavras *Nocivo-Benéfico*; *Desagradável-Agradável* e *Imprudente-Prudente* (α=.87).

Depois, a escala de efeitos positivos, com 12 itens (e.g., *Eu usaria materiais pornográficos para aumentar o meu prazer sexual.*; *É correto utilizar materiais pornográficos para ter mais fantasias.*; α=.92); e a escala de efeitos negativos, com 12 itens (e.g., *O uso de materiais pornográficos prejudica a formação sexual dos indivíduos.*; *Os materiais pornográficos tornam o sexo banal.*; α=.87), respondida numa escala tipo Likert de cinco pontos (1=*discordo totalmente*; 5=*concordo totalmente*).

Questionário dos Valores Básicos. Usou-se a versão adaptada à população portuguesa (Marques, Silva, Taveira, & Gouveia, 2016), com 18 itens, que mensuram quanto cada valor é um princípio guia na vida dos indivíduos. Cada item apresenta uma descrição (e.g., *PRAZER. Desfrutar*

da vida; satisfazer todos os seus desejos.), sendo respondido numa escala tipo Likert de cinco pontos (1=*totalmente não importante*; 5=*totalmente importante*). Os 18 itens traduzem os 18 valores, segundo as seis subfunções valorativas: Experimentação (α=.62), Realização (α=.64), Suprapessoal (α=.60), Existência (α=.60), Interativa (α=.53) e Normativa (α=.60).

Consumo de materiais pornográficos. Os participantes foram solicitados a indicar se alguma vez consumiram materiais pornográficos (e.g., revistas, livros, *sites* pornográficos)? (*sim*; *não*). Se sim, foi solicitado que indicassem quão frequentemente consomem materiais pornográficos (1=*nunca*; 10=*mais de uma vez por dia*).

Procedimentos

No início do questionário apresentou-se o consentimento informado, onde foi explicitado o propósito do estudo, a salvaguarda da confidencialidade e do anonimato, bem como, a participação ser voluntária. A recolha de dados decorreu entre setembro de 2018 e fevereiro de 2019, através de um questionário *online*. O questionário foi divulgado nas redes sociais e enviado via *e-mail* para várias universidades e institutos do país, bem como, organizações relacionadas com a área da sexualidade humana.

RESULTADOS

Considerando o conteúdo da subfunção Experimentação, explorou-se se as atitudes mediavam a relação entre a priorização dos valores de Experimentação (variável independente) e a frequência de consumo de pornografia (variável dependente) (ver Figura 2). Para tal usou-se a macro PROCESS para SPSS com o modelo quatro (Hayes, 2013) utilizando 10000 amostras de *bootstrap*. Importa destacar que esta análise foi realizada apenas com aqueles que indicaram já ter consumido pornografia pelo menos uma vez (n=581).

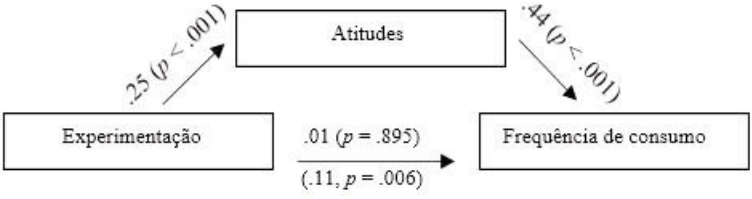


Figura 2. Modelo de mediação

Verificou-se um efeito indireto significativo das atitudes na relação entre a subfunção Experimentação e a frequência de consumo, β=.10, p < .001, IC 95 %].25;.54[, explicando 19.71 % da variância. Tal denota que a priorização dos valores de Experimentação (Emoção, Prazer e Sexualidade) leva a uma atitude mais favorável face à pornografia que, por sua vez, influencia a frequência de consumo.

DISCUSSÃO

Os resultados permitiram concluir que os valores impactam as atitudes face à pornografia. Concretamente, a priorização dos valores da subfunção Experimentação resulta em atitudes positivas face à pornografia, que resulta num incremento da frequência de consumo de pornografia.

Tais resultados vão ao encontro da literatura que mostra que a subfunção Experimentação se relaciona com as atitudes e comportamento sexual, estando associada a perspetivas mais liberais (Beckwith & Morrow, 2005; Guerra & Gouveia, 2011; Guerra et al., 2012; Rechter & Sverdlik, 2016). Como explicitado, a subfunção Experimentação pertence ao tipo de orientação Pessoal, que coloca a ênfase no próprio indivíduo, satisfação de necessidades, metas e benefícios próprios (Gouveia, 2013).

Os valores da subfunção Experimentação refletem a necessidade de sexo, gratificação e prazer (Gouveia, 2013). Enfatizando estas necessidades pode compreender- se porque predizem atitudes positivas face à pornografia, pois a pornografia poderá representar uma forma de satisfação das necessidades de excitação, sexo e prazer, resultando em atitudes positivas face ao consumo de materiais pornográficos.

Ademais, o modelo de mediação clarificou a relação da tríade valores-atitudes-comportamento. Os valores priorizados impactam as atitudes face à pornografia que orientam a tendência para a ação, ou seja, para o consumo de pornografia. Ao verificar-se esta tríade evidencia-se a estreita relação entre variáveis psicossociais (valores e atitudes) e comportamento (consumo de materiais pornográficos), podendo concluir-se que o contexto social, valores e atitudes, influencia a vivência da sexualidade ao impactar o comportamento relativamente à pornografia.

Por fim, notar que os resultados encontrados poderão não ser representativos da população portuguesa em geral, dado a amostra ser bastante jovem e escolarizada, com formação maioritariamente superior. Sugere-se, futuramente, estudar como os valores se relacionam com a vivência real dos efeitos do consumo de pornografia, procurando compreender quais os valores que poderão conduzir a um consumo de pornografia e a uma vivência sexual saudável.

REFERÊNCIAS

Baumel, C., Silva, P., Guerra, V., Garcia, A., & Trindade, Z. (2019). Atitudes de jovens frente à pornografia e suas consequências. *Psico-USF*, *24*(1), 131-144. doi: 10.1590/1413-82712019240111

Beckwith, H., & Morrow, J. A. (2005). Sexual attitudes of college students: The impact of religiosity and spirituality. *College Student Journal*, *39*(2), 357-366.

Blais-Lecours, S., Vaillancourt-Morel, M.-P., Sabourin, S., & Godbout, N. (2016). Cyberpornography: Time use, perceived addiction, sexual functioning, and sexual satisfaction. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *19*(11), 649-655. doi: 10.1089/cyber.2016.0364

Brown, C. C., Durtschi, J. A., Carroll, J. S., & Willoughby, B. J. (2017). Understanding and predicting classes of college students who use pornography. *Computers in Human Behavior*, *66*, 114-121. doi: 10.1016/j.chb.-2016.09.008

Cooper, A. (1998). Sexuality and the Internet: Surfing into the new millennium. *CyberPsychology & Behavior*, *1*(2), 187-193. doi: 10.1089/cpb.1998.1.187

Gouveia, V. (2016). *Teoria funcionalista dos valores humanos: Áreas de estudo e aplicações*. São Paulo: Vetor.

Gouveia, V. V. (2013). *Teoria funcionalista dos valores humanos: Fundamentos, aplicações e perspetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Guerra, V. M., Andrade, F. C. B., & Dias, M. R. (2004). Atitudes de estudantes universitários frente ao consumo de materiais pornográficos. *Estudos de Psicologia*, *9*(2), 269-277. doi: 10.1590/S1413-294X2004000200008

Guerra, V. M., & Gouveia, V. V. (2011). Sexo antes ou depois? A influência dos valores humanos e da experiência sexual no liberalismo/conservadorismo sexual. In S. C. S. Fernandes, C. E. Pimentel, V. V. Gouveia, & J. L. Álvaro (Eds.), *Psicologia Social: Perspetivas atuais e evidências empíricas* (pp. 225-251). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Guerra, V. M., Gouveia, V. V., Sousa, D. M., Lima, T. J., & Freires, L. A. (2012). Sexual Liberalism-Conservatism: The effect of human values, gender, and previous sexual experience. *Archives of Sexual Behavior*, *41*(4), 1027-1039. doi: 10.1007/s10508- 012-9936-4

Hare, K., Gahagan, J., Jackson, L., & Steenbeeck, A. (2014). Perspectives on "pornography": Exploring sexually explicit Internet movies' influences on Canadian young adults' holistic sexual health. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *23*(3), 148-158. doi: 10.3138/cjhs.2732

Hayes, A. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: The Guilford Press.

Krüger, H. (2013). Ideologias, sistemas de crenças e atitudes. In L. Camino, A. R. R. Torres, M. E. O. Lima, & M. E. Pereira (Orgs.), *Psicologia Social: Temas e Teorias* (2ª ed., pp. 261-308). Brasília: Technopolitik.

Marques, C., Silva, A. D., Taveira, M. C., & Gouveia, V. (2016). Functional theory of values: Results of a confirmatory factor analysis with Portuguese youths. *Interamerican Journa of Psychology*, *50*(3), 392-401. doi: 10.30849/rip/ijp.v50i3.111

Morgan, E. M. (2011). Associations between young adults' use of sexually explicit materials and their sexual preferences, behaviors, and satisfaction. *Journal of Sex Research*, *48*(6), 520-530. doi: 10.1080/00224499.2010.543960

Pasquali, L., Souza, M. S. C., & Tanizaki, T. Y. (1985). Escala de atitude diante da sexualidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *1*(2), 175-194.

Rasmussen, K. (2016). A historical and empirical review of pornography and romantic relationships: implications for family researchers. *Journal of Family Theory and Review*, *8*, 173-191. doi: 10.1111/jftr.12141

Rechter, E., & Sverdlik, N. (2016). Adolescents' and teachers' outlook on leisure activities: Personal values as a unifying framework. *Personality and Individual Differences*, *99*, 358-367. doi: 10.1016/j.paid.2016.04.095

Rissel, C., Richters, J., de Visser, R. O., McKee, A., Yeung, A., & Caruana, T. (2016). A profile of pornography users in Australia: Findings from the second Australian study of health and relationships. *The Journal of Sex Research*, *00*(00), 1-14. doi: 10.1080/00224499.2016.1191597

Short, M. B., Black, L., Smith, A. H., Wetterneck, C. T., & Wells, D. E. (2012). A review of Internet pornography use research: Methodology and content from the past 10 years. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *15*(1), 13-23. doi: 10.1089/cyber.2010.0477

Watson, M. A., & Smith, R. D. (2012). Commentary – Positive porn: Educational, medical, and clinical uses. *American Journal of Sexuality Education*, *7*(2), 122- 145. doi: 10.1080/15546128.2012.680861

Wright, P. J., Tokunaga, R. S., Kraus, A., & Klann, E. (2017). Pornography consumption and satisfaction: A meta-analysis. *Human Communication Research*, *43*, 315-343. doi: 10.1111/hcre.12108

Zillmann, D., & Bryant, J. (1988). Effects of prolonged consumption of pornography on family values. *Journal of Family Issues*, *9*(4), 518-544. doi: 10.1177/019251388009004006

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

VINCULAÇÃO AOS PAIS, AO PAR AMOROSO E COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO

A. Sá Azevedo[1] & E. Eva Ferreira[1]

[1] Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da UCP, Portugal

A fase de jovem adulto caracteriza-se por um estabelecimento estável da identidade pessoal e sexual, e por uma certa independência dos pais (Reis, Ramiro, de Matos, & Diniz, 2012).

A Teoria da Vinculação desenvolvida por Bowlby (1969) desencadeou um aumento visível da investigação científica relativamente à interação entre a criança e as suas figuras de vinculação. A Vinculação tem sido definida como o laço afetivo que une um sujeito a outro, persistente no tempo e manifestado na busca de proximidade em momentos de necessidade ou ameaça (Ainsworth,1989; Bowlby, 1969).

Um dos aspectos centrais da Teoria da Vinculação é o de que "as representações do indivíduo acerca da vinculação primária tendem a ser generalizadas na formação de novas relações ao longo do desenvolvimento" (Mendonça & Almeida, 2010, p. 678). Desta forma, os vínculos afetivos "não se limitam à infância, estão ativos durante todo o ciclo vital de desenvolvimento do indivíduo" (Mendonça & Almeida, 2010, p. 678).

Habitualmente designadas por Modelos Internos Dinâmicos (MID), "as associações entre as relações íntimas do indivíduo e as influências das experiências precoces de vinculação nos laços afetivos são mediadas pelas representações mentais das experiências de vinculação" (Faria, Bastos, Soares, & Silva, 2008, p. 202). Estes modelos permitiriam, numa fase inicial, interpretar e prever o comportamento da figura de vinculação e, ao longo da vida, seriam utilizados como guias comportamentais, constituindo uma base para a interpretação de experiências relacionais (Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

Na sequência da teoria de Bowlby, Bartholomew (1990) propõe um modelo bidimensional da vinculação do adulto, constituído por quatro padrões: "seguro" (modelo positivo de si e do outro; sente-se confortável, quer com a intimidade quer com a autonomia, quer dependendo de outros quer tendo outros a depender dele próprio); "preocupado" (modelo negativo de si e positivo do outro; bastante dependente dos outros); "desinvestido" (modelo positivo de si e negativo do outro; desvaloriza a importância das relações de intimidade pela repressão de emoções, pela ênfase na independência e na autodeterminação e pela falta de clareza e coerência na discussão das relações) e "amedrontado" (modelo negativo de si e do outro; receia a intimidade e é socialmente evitante, por medo de ser rejeitado e por desconfiança dos outros).

De encontro ao que foi já referido, a partir da adolescência é expectável que os indivíduos se confrontem com um "processo de aquisição de autonomia e independência emocional relativamente aos pais e simultaneamente, estabeleçam relações interpessoais e de intimidade mais amadurecidas com os pares" (Dias, Matos, & Gonçalves, 2007, p. 625). Ainda, nos jovens adultos e nos adultos, o sistema comportamental sexual tem também um papel de relevo, sendo que nas relações duradouras tende a fortalecer a ligação emocional entre os parceiros e a promover o desenvolvimento de uma relação de vinculação (Fonseca, Soares, & Martins, 2006).

A concetualização do comportamento sexual de risco em diferentes investigações tem sido representada pela idade de início das relações sexuais, número de parceiros sexuais, pouco uso do preservativo, relações sexuais sob efeito de substâncias psicoativas e pouco conhecimento ou conhecimento inadequado sobre sexualidade, que aumentam a vulnerabilidade às Infeções Sexualmente Transmissíveis (Zabalgoitia & Méndez, 2013).

Apesar dos poucos estudos presentes, a revisão da literatura sugere que existe uma associação entre a relação com a família e com os pares e os comportamentos sexuais que os adolescentes e os jovens adultos adotam (DiClemente, Salazar, Crosby & Rosenthal, 2005, citado em Mendonça & Almeida, 2010).

O objetivo principal deste estudo é perceber se existe relação entre vinculação aos pais (inibição da exploração e individualidade, qualidade do laço emocional e ansiedade de separação e dependência) e ao par

amoroso (dependência, confiança, ambivalência e evitamento) e entre estes e os comportamentos sexuais de risco (idade de início das relações sexuais, número de parceiros sexuais e baixo uso métodos contracetivos) dos jovens adultos portugueses. Igualmente, pretende-se estudar se existem diferenças entre as variáveis principais deste estudo e as variáveis sócio demográficas (idade, estado civil dos pais, agregado familiar e ano de curso do ensino superior).

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 116 estudantes universitários do distrito de Braga, dos quais a maioria é do sexo feminino (*n*=107, 92.2%), com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos (*M*=20.74, *DP*=4.24). Relativamente ao ano de curso, as respostas variam entre 1º e 3º ano de Licenciatura ($M_{dn=}$2º ano). Quando questionados sobre o agregado familiar, a maioria dos participantes respondeu família nuclear (*n*=79, 91.9%). Em relação ao estado civil dos pais, a maioria dos sujeitos refere que são casados (*n*=94, 81%).

Material

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: (1) Questionário Sociodemográfico, desenvolvido para esta investigação; (2) Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe (QVPM), adaptado à população portuguesa por Matos e Costa (2001a). Este questionário é composto por 30 itens organizados numa estrutura de vinculação composta de 3 fatores: inibição da exploração e individualidade (IEI), qualidade do laço emocional (QLE) e ansiedade de separação e dependência (ASD); e (3) Questionário de Vinculação Amorosa (QVA), adaptado à população portuguesa por Matos, Barbosa e Costa (2001; Matos & Costa, 2001b). Este instrumento é constituído por 52 itens agrupados em 4 dimensões: Confiança (i.e., perceção da sensibilidade do par amoroso para reconhecer necessidades), Dependência (i.e.,

necessidade de proximidade física e emocional), Evitamento (i.e., papel secundário que o companheiro ocupa no preenchimento das necessidades de vinculação) e Ambivalência (i.e., dúvida relativamente às suas emoções em relação ao par amoroso).

RESULTADOS

A amostra apresenta valores na dimensão da vinculação aos pais com níveis mais elevados na Qualidade do Laço Emocional – Mãe (*M*=5.432, *DP*=.718), sendo a mais baixa a dimensão Inibição de Exploração e Individualidade – Pai (*M*=2.599, *DP*=.885). Já na vinculação amorosa, a dimensão Confiança (*M*=3.909, *DP*=.352) é a que apresenta níveis mais elevados, sendo a dimensão Evitamento (*M*=2.365, *DP*=.634) a que apresenta níveis mais baixos.

Relativamente aos comportamentos sexuais de risco, os resultados demonstram que a maioria dos participantes já iniciou relações sexuais (*n*=103, 88.8%). Dos sujeitos que já iniciaram a atividade sexual, a idade de início varia entre os 13 e os 25 anos (*M*=17.06, *DP*=1.95). Quando questionados sobre o número de parceiros sexuais, as respostas variam entre 1 e 15 (*M*=2.31, *DP*=2.11). A maioria dos participantes relata que usa métodos contracetivos (*n*=98, 93.3%), sendo a pílula (*n*=43, 43.9%) o método mais mencionado. Relativamente à questão sobre relações sexuais desprotegidas, as respostas variam entre não e mais que uma vez ($M_{dn=}$Não, *n*=61, 59.8%). No que se refere à pílula do dia seguinte a maioria dos participantes refere que não utilizou (*n*=75, 64.7%); dos que responderam afirmativamente, o uso varia entre 1 e 5 vezes (*M*=1.33, *DP*=.877).

No que concerne a relação entre a vinculação aos pais e a vinculação ao par amoroso (Tabela 1), verificou-se uma associação estatisticamente significativa, positiva, entre a dimensão Dependência e as dimensões Inibição da Exploração e Individualidade – Pai (*r*=.21, *p*=.028), Ansiedade de Separação e Dependência – Pai (*r*=.25, *p*=.008), Inibição da Exploração e Individualidade – Mãe (*r*=.19, *p*=.049) e Ansiedade de Separação e Dependência – Mãe (*r*=.39, *p*=.000).

Tabela 1

Relação entre vinculação aos pais e vinculação ao par amoros

	Confiança		Dependência		Evitamento		Ambivalência	
	r	*p*	*r*	*p*	*r*	*p*	*R*	*p*
IEI – Pai	.14	.156	.21*	.028	-.01	.892	.03	.782
QLE – Pai	.01	.893	-.04	.674	-.05	.601	-.03	.788
ASD - Pai	-.02	.827	.25**	.008	-.10	.337	-.01	.947
IEI – Mãe	.07	.420	.19*	.049	.08	.431	.07	.508
QLE - Mãe	.21*	.027	.10	.294	-.14	.156	-.09	.365
ASD - Mãe	.10	.327	.39**	.000	-.07	.449	.03	.775

Nota. $*p<0.05$, $**p<0.01$.

Além disso, os resultados demonstram uma correlação estatisticamente significativa, positiva, entre a dimensão Confiança e a dimensão Qualidade do Laço Emocional – Mãe (r=.21, p=.027). Tal indica que um aumento na inibição da exploração e individualidade e na ansiedade de separação e dependência relativamente a ambos os progenitores está ligado a um aumento da dependência em relação ao par amoroso.

Conforme a Tabela 2, no que respeita à relação entre comportamentos sexuais de risco e vinculação aos pais, verificou-se uma associação estatisticamente significativa, positiva, entre a dimensão Inibição da Exploração e Individualidade – Pai e o número de parceiros sexuais (r=.21, p=.041) e entre a dimensão Inibição da Exploração e Individualidade – Mãe e o número de parceiros sexuais (r=.28, p=.006). Isto é, o número de parceiros sexuais dos jovens aumenta com níveis mais elevados de inibição da exploração e individualidade por parte de ambos os progenitores.

Conforme a Tabela 3, verificamos uma associação estatisticamente significativa, positiva, entre a dimensão Evitamento e a idade de início das relações sexuais (r=.25, p=.014); e a dimensão Confiança e o uso de métodos contracetivos (r_{pb}=.197, p=.047).

E, ainda, uma associação estatisticamente significativa, negativa, entre o uso de métodos contracetivos e as dimensões Evitamento (r_{pb}=-.290, p=.003) e Ambivalência (r_{pb}=-.273, p=.005).

Por outras palavras, uma vinculação amorosa evitante está ligada a um início das relações sexuais mais tardio e uma vinculação amorosa confiante está relacionada com um maior uso dos métodos contracetivos.

Ainda, uma vinculação amorosa evitante/ambivalente está associada a um menor uso dos métodos contracetivos.

Tabela 2

Relação entre comportamentos sexuais de risco e vinculação aos pais

	Idade Início Relações Sexuais		Nº Parceiros Sexuais		Uso Método Contracetivos	
	r	*p*	*R*	*P*	(r_{pb})	*P*
IEI - Pai	-.01	.961	.21*	.041	.037	.717
QLE - Pai	-.06	.534	-.18	.071	.091	.365
ASD -Pai	-.08	.434	-.12	.246	.154	.130
IEI - Mãe	-.04	.666	.28**	.006	.011	.917
QLE - Mãe	.02	.826	-.05	.624	.098	.328
ASD - Mãe	-.06	.580	.01	.909	.115	.260

Nota. *p<0.05, **p<0.01.

Tabela 3

Relação entre comportamentos sexuais de risco e vinculação ao par amoroso

	Idade Início Relações Sexuais		Nº Parceiros Sexuais		Uso Métodos Contracetivos	
	r	*p*	*R*	*p*	(r_{pb})	*P*
Confiança	.01	.929	-.02	.848	.197*	.047
Dependência	-.02	.816	.06	.566	.030	.763
Evitamento	.25*	.014	-.03	.778	-.290**	.003
Ambivalência	-.03	.768	.04	.679	-.273**	.005

Nota. *p<0.05, **p<0.01.

Por sua vez, foram encontrados resultados significativamente superiores (Tabela 4), entre os participantes com pais divorciados no que concerne as dimensões Inibição da Exploração e Individualidade – Pai [$t_{(106)}$=-2.993, p=.003], Inibição da Exploração e Individualidade – Mãe [$t_{(108)}$=-2.984, p=.004] e Ansiedade de Separação e Dependência – Mãe [$t_{(107)}$=-2.604, p=.011]. Isto indica que os participantes com pais divorciados revelam maiores níveis de inibição da exploração e individualidade, relativamente a ambos os progenitores, e maiores níveis de ansiedade de separação e dependência em relação à mãe.

Tabela 4

Vinculação aos pais em função do estado civil dos pais

	Casados		Divorciados		Teste t de *student*		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*T*	*Gl*	*P*
IEI –Pai	2.485	.801	3.132	1.078	-2.993	106	.003
QLE - Pai	5.232	.822	4.410	1.808	1.989	20.777	.060
ASD - Pai	3.266	.963	3.065	1.318	.780	105	.437
IEI – Mãe	2.559	.796	3.200	1.152	-2.984	108	.004
QLE - Mãe	5.403	.735	5.565	.638	-.912	110	.364
ASD - Mãe	3.379	1.035	4.040	.984	-2.604	107	.011

Nota: M=Média; *DP*=Desvio Padrão.

Também se verificou uma associação estatisticamente significativa, negativa (r_{pb}=-.276, p=.004) entre o uso dos métodos contracetivos e a idade, conforme a Tabela 5. Ou seja, o uso de métodos contracetivos diminui conforme aumenta a idade dos participantes.

Tabela 5

Uso de métodos contracetivos em função da idade

	Idade	
	(r_{pb})	*P*
Uso Métodos Contracetivos	-.276**	**.004**

Nota: **p<0.01.

Percebemos, ainda, conforme a Tabela 6, pontuações médias superiores entre os participantes que vivem com a família alargada no que concerne a dimensão Dependência (*M*=3.154, *DP*=.311), quando comparados com os participantes que vivem com a família nuclear (*M*=2.773, *DP*=770), verificando-se diferenças estatisticamente significativas [$t_{(13.971)}$=-2.608, p=.021] entre os grupos.

Tabela 6

Vinculação ao par amoroso em função do agregado familiar

	F. Nuclear		F. Alargada		Teste t de student		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*T*	*gl*	*P*
Confiança	3.928	.349	3.890	.230	.282	82	.779
Dependência	2.773	.770	3.154	.311	-2.608	13.971	**.021**
Evitamento	2.412	.664	2.282	.694	.460	83	.646
Ambivalência	2.466	.718	2.400	.305	.205	82	.838

Nota: M=Média; *DP*=Desvio Padrão.

Assim, os jovens que vivem com a família alargada relatam maior dependência relativamente ao par amoroso.

Conforme a Tabela 7, existe uma diferença estatisticamente significativa relativamente às dimensões Qualidade do Laço Emocional – Pai (F=3.430, p=.036), com a pontuação média mais elevada entre os alunos do 1º ano (M=5.305, DP=.728) e mais baixa no 3º ano (M=4.682, DP=1.417); Ansiedade de Separação e Dependência – Pai (F=16.133, p=.000), com a pontuação média mais elevada encontrada entre os alunos do 1º ano (M=3.899, DP=.750) e mais baixa no 3º ano (M=2.667, DP=.901); Ansiedade de Separação e Dependência – Mãe (F=14.170, p=.000), com a pontuação média mais elevada entre os alunos do 1º ano (M=4.150, DP=.829) e mais baixa no 3º ano (M=3.045, DP=.864). No entanto as diferenças são estatisticamente significativas apenas entre os alunos do 1º e 3º ano (DM=.623, p=.048), no que se refere à dimensão Qualidade do Laço Emocional – Pai; entre os alunos do 1º e 2º ano (DM=.799, p=.001), também entre os alunos do 1º e 3º ano (DM=1.222, p=.000), no que concerne a dimensão Ansiedade de Separação e Dependência – Pai; e ainda entre os alunos do 1º e 2º ano (DM=.915, p=.000), também entre os alunos do 1º e 3º ano (DM=1.105, p=.000), referente à dimensão Ansiedade de Separação e Dependência – Mãe.

Tabela 7

Vinculação aos pais em função do ano de curso

	1º Ano		2º Ano		3º Ano		ANOVA	
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*F*	*P*
IEI – Pai	2.668	.613	2.630	1.054	2.485	.958	.409	.666
QLE - Pai	5.305	.728	5.218	1.032	4.682	1.417	3.430	.036
ASD - Pai	3.889	.750	3.090	1.052	2.667	.901	16.133	.000
IEI – Mãe	2.780	.712	2.644	1.017	2.590	.968	.433	.650
QLE - Mãe	5.470	.664	5.503	.593	5.297	.907	.812	.447
ASD - Mãe	4.150	.839	3.235	1.087	3.045	.864	14.170	.000

Nota: M=Média; *DP*=Desvio Padrão.

Tal indica que os alunos do 1º ano de licenciatura revelam níveis mais elevados no que concerne a qualidade do laço emocional, em relação ao

pai, e a ansiedade de separação e dependência relativamente a ambos os progenitores.

Por sua vez, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre o número de parceiros e o ano de curso, conforme a Tabela 8 (F=4.110, p=.019), sendo a pontuação média mais elevada encontrada entre os alunos do 3º ano (M=3.091, DP=3.025) e a mais baixa no 1º ano (M=1.656, DP=1.208).

Tabela 8

Número de parceiros sexuais em função do ano de curso

	1º Ano (n = 32)		2º Ano (n = 37)		3º Ano (n = 33)		ANOVA	
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*F*	*P*
Nº Parceiros Sexuais	1.656	1.208	2.189	1.450	3.091	3.025	4.110	.019

Nota: M=Média; *DP*=Desvio Padrão.

No entanto, as diferenças são estatisticamente significativas apenas entre estes grupos (DM=-1.435, p=.017). Isto é, os alunos do 3º ano de licenciatura revelam um maior número de parceiros sexuais.

CONCLUSÃO E DISCUSSÃO

Em suma, as conclusões deste estudo são relevantes para a compreensão do fenómeno da vinculação e pela necessidade de contribuir para identificação de fatores ligados aos comportamentos sexuais de risco, uma vez que a preocupação com a sensibilização e prevenção continua pertinente e necessária no nosso país. A nível de implicações para a prática terapêutica, este estudo permite aos profissionais ter mais informação para criar um contexto de segurança, favorecedor da exploração pessoal e facilitador da mudança dos seus clientes. Por exemplo, promovendo a vinculação aos pais conseguimos respostas adaptativas na vinculação ao par amoroso. No que respeita à prevenção dos comportamentos sexuais de risco, este estudo permite aos profissionais perceber quais os fatores que deverão ser considerados na intervenção psicológica preventiva.

REFERÊNCIAS

Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist, 44*(4), 709-716. doi: 10.1037//0003-066X.44.4.709

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships, 7*(2), 147-178. doi: 10.1177/0265407590072001

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment.* New York: Basic Books.

Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A Avalição da Vinculação do Adulto: Uma Revisão Crítica a Propósito da Aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na População Portuguesa. *Psicologia, 20*(1), 155-186.

Dias, S., Matos, M. G., & Gonçalves, A. (2007). Percepção dos Adolescentes Acerca da Influência dos Pais e Pares nos seus Comportamentos Sexuais. *Análise Psicológica, 4*(25), 625-634. doi: 10.14417/ap.471

Faria, C., Bastos, A., Soares, I., & Silva, C. (2008). Organização da Vinculação e Qualidade da Relação com os Pares. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(1), 201-210.

Fonseca, M., Soares, I., & Martins, C. (2006). Estilos de vinculação, orientação para o trabalho e relações profissionais. *Psicologia, 20*(1), 187-208. doi: 10.17575/rpsicol.v20i1.382

Mendonça, S., & Almeida, A. S. (2010). Vinculação aos Pais e aos Pares Amorosos e Comportamentos Sexuais de Jovens Adultos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2*(1), 677-685.

Reis, M., Ramiro, L., de Matos, M. G., & Diniz, J. A. (2012). Os Comportamentos Sexuais dos Universitários Portugueses de Ambos os Sexos em 2010. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30*(2), 105-114. doi: 10.1016/j.rpsp.2012.12.001

Zabalgoitia, M. T., & Méndez, J. O. (2013). Conocimientos y Actitudes sobre Sexualidad en Jóvenes Universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 16*(1), 258-268.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

VITILIGO CONCEITOS E PATOGENIA: UMA REVISÃO BIBLIOMÉTRICA

Ieda Franken[1] (✉ franken@gmail.com), Valéria Lucas Araújo[1], Sandra Souza[1], & Marísia Oliveira da Silva[1]

[1] Universidade Federal da Paraíba, Brasil

O vitiligo é uma doença idiopática (de causa desconhecida) adquirida, na qual ocorre a destruição seletiva de melanócitos epidérmicos funcionais (células produtoras de melanina) e é caracterizado por manchas despigmentadas (ausência do pigmento melanina) que podem variar de número, tamanho, formas e local. É um achado dermatológico relativamente comum, observado desde a antiguidade com o diagnóstico fundamentalmente clínico. É uma doença multifatorial, de etiopatogenia não esclarecida, com hipóteses genéticas, autoimunes e ambientais, porém, persiste indefinido se as alterações imunológicas são a causa ou a conseqüência da doença (Furtado, Oliveira & Muller, 2017; Nunes & Esser, 2011).

O vitiligo apresenta uma frequência variável de 0,38% a 2,9% da população mundial se diversificando conforme a região estudada. Adultos e crianças dos dois gêneros são igualmente afetados, porém alguns estudos indicam uma leve predominância de casos no gênero feminino. O local de início e a distribuição das lesões mais acometidas são cabeça, membros e tronco, respectivamente e os menos afetados são as membranas mucosas. A média de idade de início da doença é em torno da segunda até a terceira década de vida (Nunes &Esser, 2011).

A teoria mais aceita para explicar a etiopatogenia desta doença é a teoria auto-imune, na qual faz relação desta dermatose com outras doenças de autoimunidade como diabetes mellitus tipo I, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, esclerose múltipla, síndrome de Sjögren, tireoidite de Hashimoto, doença de Addison, alopecia areata, anemia perniciosa e candidíase mucocutânea crônica. O que torna essa teoria mais aceita é o

fato de que os anticorpos(proteínas que atuam no sistema imunológico como defensoras do organismo) que reagem contra antígenos(toda substância estranha ao organismo que desencadeia a produção de anticorpos) presentes na superfície dos melanócitos estão na circulação de quase a totalidade dos indivíduos com vitiligo (Budel e col., 2006)

O vitiligo surge na maioria das vezes através de uma pequena mancha que pode ser no rosto, mãos, braços ou tornozelos. A princípio, parece ser algo que irá desaparecer em algum momento e pode até ser confundido com uma alergia ou algum tipo de micose, até que pelo fato da progressão das manchas, e através de conversas com conhecidos e familiares, as pessoas com a doença passam a perceber a possibilidade de ser o vitiligo. Porém, o diagnóstico definitivo é dado pelo médico (Szabo& Brandão, 2016).

O vitiligo não leva à incapacidade funcional, mas causa grande impacto psicossocial por afetar a pele de forma visível. Este fato influi negativamente na auto-estima dos pacientes, sobretudo nos casos de pessoas de pele escura, gerando queixas de discriminação social, na qual em muitos momentos, os portadores de vitiligo chegam a ser estigmatizados. O caráter não contagioso da doença deve ser sempre enfatizado. O vitiligo é dentro do mundo da dermatologia, uma das dermatoses mais intrigantes e com efeito psicológico mais devastador existente. O fato mais significativo para o paciente não são as manchas, que não lhe causam nenhum sintoma nem prejuízo físico, mas a interpretação que ele faz delas. Esta doença afeta o paciente de maneira arrasadora e atinge também os familiares. O fator emocional é sem dúvidas um dos fatores desencadeantes da doença, importante no surgimento do vitiligo. Cerca de 7,2% dos afetados relatam que a alteração se inicia com algum estresse emocional (Silva; Pereira; Gontizo& Ribeiro, 2007).

Este estudo tem como objetivo apresentar uma revisão bibliométrica da literatura sobre o Vitiligo, identificando seus conceitos e patogenias, tendo a seguinte questão científica norteadora: “No Brasil, quais as áreas do saber científico publicaram trabalhos sobre vitiligo e quais os aspectos da doença apresentaram?” visando assim, colaborar com o desenvolvimento de estudos para uma melhor compreensão desta doença.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliométrica da literatura sobre Vitiligo realizada nas bases de dados PePSIC, SciELO-Brasil, LILACS, tendo como critério de inclusão periódicos científicos publicados no Brasil no período de 2001 a 2018. Foram excluídos os artigos que não disponibilizaram acesso gratuito ao texto integral; os que não responderam ao problema da pesquisa; e, artigos escritos em língua estrangeira. Para responder a pergunta norteadora, foi utilizada a metodologia da revisão integrativa da literatura (Ercole, Melo& Alcoforado,2014; Szabo& Brandão, 2016).

A busca dos artigos foi realizada em novembro de 2018 a partir de consultas na Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia (BVS/Psi), com o uso da interação das palavras-chave "vitiligo" e "doença autoimune".

Ao combinar os dois descritores definidos "vitiligo" e "doença autoimune", surgiram 640 resultados, sendo cerca de 80% não condizentes com o tema estudado. Sendo assim, foi utilizado apenas o descritor "vitiligo", tendo como resultado 95 artigos, na qual apenas 30 se encontravam dentro dos critérios de inclusão.

RESULTADOS

Ao utilizar apenas o descritor "vitiligo", trouxe como resultado 95 estudos, dos quais apenas 30 se encontravam dentro dos critérios de inclusão, para análise aprofundada do conteúdo. Com relação à base de dados, 50% dos estudos pertencem à base de dados Scielo, 40% à Lilacs, e apenas 10% pertence à base de dados Pepsic.

A seguir demonstra-se no Quadro 1 os 30 estudos selecionados segundo as categorias analisadas.

Com relação à categoria do ano de publicação, os resultados apontaram que dos 30 estudos analisados 26,6% foram publicados no período de 2006 a 2010 e 30% no período de 2011 a 2015.

Ao analisar a categoria "termo utilizado" para se referir ao vitiligo, verificou-se a quase unanimidade do termo "doença", e apenas um dos

estudos utilizou-se do termo “distúrbio”. Porém, observou-se que muitos estudos que tratam o vitiligo como uma doença, utilizaram concomitantemente/alternadamente, os termos “dermatose”, “afecção”, “desordem crônica”, “forma adquirida autoimune” e “desordem cutânea”. A utilização do termo “distúrbio” em um dos estudos pode ser explicado pelo fato do Vitiligo ser uma doença idiopática, ou seja, com causa desconhecida.

Quadro 1

Distribuição dos estudos e suas características

Estudo	Título	Ano	Termo utilizado para se referir ao Vitiligo	Área de estudo	Metodologia
1	Aspectos imunopatológicos do Vitiligo	2008	Doença	Medicina	Revisão bibliométrica
2	Convivendo com o Vitiligo: uma análise descritiva da realidade vivida pelos portadores	2013	Dermatose /Doença	Psicologia	Estudo empírico
3	Vitiligo: do “nem te ligo” à experiência terapêutica promovida pela Psicodermatologia	2017	Afecção/Doença	Psicologia	Revisão bibliométrica
4	Abordagem Psicossocial de uma população de indivíduos com Vitiligo: avaliação de depressão, ansiedade e qualidade de vida	2007	Doença	Psicologia	Estudo empírico
5	Vitiligo e Emoções	2009	Dermatose/Doença	Dermatologia	Estudo empírico
6	O impacto psicossocial do Vitiligo emadolescentes do sexo feminino: um relato de caso	2012	Desordem Crônica	Odontologia/Dermatologia	Estudo empírico
7	Traços Atitudinais da imagem corporal e qualidade de vida em indivíduos com Vitiligo sedentários e fisicamente ativos	2018	Doença	Psicologia	Estudo empírico
8	Associação de vitiligo com autoanticorpos tireoidianos	2017	Doença	Dermatologia	Estudo empírico
9	Padrão de repigmentação em um paciente com vitiligo após a utilização de células tronco	2017	Distúrbio	Medicina	Estudo empírico
10	“Mata de tristeza!”: representações sociais de pessoas com vitiligo atendidas na Farmácia Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro	2016	Doença	Psicologia Social	Estudo empírico
11	Abordagem clínica e terapêutica do vitiligo	2015	Doença	Dermatologia	Revisão bibliométrica
12	Perfil clínico e epidemiológico do vitiligo infantil: análise de 113 casos diagnosticados em um centro de referência em dermatologia de 2004 a 2014	2015	Forma Adquirida Autoimune	Dermatologia	Estudo empírico
13	O Vitiligo: uma doença orgânica e psíquica	2014	Doença	Medicina	Revisão bibliométrica
14	Estudo de prognóstico do vitiligo na gestação	2013	Doença	Dermatologia	Estudo empírico/Método quantitativo
15	Perfil epidemiológico dos pacientes com vitiligo e sua associação com doenças de tireóide	2011	Doença	Dermatologia	Estudo empírico
16	Avaliação do padrão de uso de protetor solar em pacientes com vitiligo	2010	Doença	Dermatologia	Estudo empírico
17	Vitiligo: Influência na autoestima das pessoas acometidas	2009	Doença	Enfermagem	Estudo empírico
18	Vitiligo na criança e doença da tireóide	2009	Doença	Dermatologia	Estudo empírico
19	Vitiligo	2004	Doença	Dermatologia	Revisão bibliométrica
20	Vitiligo na infância: características clínicas e epidemiológicas	2007	Doença	Dermatologia	Estudo empírico
21	Associação entre vitiligo e doenças auto-imunes: prevalência no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba	2006	Desordem Cutânea/Doença	Dermatologia	Estudo empírico
22	Vitiligo: o problema que não está apenas na pele	2015	Doença	Ciências Biológicas	Estudo empírico
23	Vitiligo em crianças: uma revisão de classificação, hipóteses sobre patogênese e tratamento	2005	Doença	Dermatologia	Revisão bibliométrica
24	Associação de eventos estressores ao surgimento ou agravamento de vitiligo e psoríase	2005	Doença	Dermatologia	Estudo empírico
25	Estudo Clínico dos pacientes portadores de vitiligo no serviço de dermatologia do HU-UFJF	2005	Doença	Dermatologia	Estudo empírico
26	Prevalência de doenças alérgicas em pacientes com vitiligo segmentar e não-segmentar	2004	Doença	Dermatologia	Estudo empírico
27	Vitiligo na infância: análise terapêutica de 95 casos	2001	Doença	Dermatologia	Estudo empírico
28	Psicodermatologia: uma interface entre Psicologia e Dermatologia	2004	Doença	Psicologia	Estudo empírico
29	Representações sociais do vitiligo elaboradas por Brasileiros marcados pelo branco	2017	AfecçãoDoença	Psicologia	Estudo empírico
30	Psicossomática: uma visão simbólica do Vitiligo	2005	Doença	Psicologia	Revisão bibliométrica

Com relação à categoria "área de publicação" verificou-se que 53,3% foram estudos publicados pela área da Dermatologia e 26,8% pela área da Psicologia. Observou-se que a área da Medicina Geral participou com 10% do total dos estudos analisados e, a área da Odontologia traz um caso de publicação (3,3%) a partir do atendimento e encaminhamento de um adolescente com vitiligo. A área das Ciências Biomédicas apresentou igualmente com um estudo (3,3%), identificado na subárea da genética.

Em relação à categoria Metodologia, 80% dos estudos analisados são empíricos, enquanto que apenas 20% é revisão bibliográfica.

Verificou-se que grande parte dos estudos (70%) utilizou a classificação do vitiligo encontrado no estudo nº19, isto é, segundo Steiner; Bedin; Moraes; Villas & Steiner (2004) a doença pode ser classificada em "localizada", "generalizada" e "universal". O vitiligo localizado está dividido nos subtipos "focal" onde há presença de uma ou mais manchas em uma determinada área sem uma distribuição específica e o "segmentar" na qual há presença de uma ou mais manchas envolvendo um segmento unilateral do corpo. Enquanto que o vitiligo generalizado está subdivido em "acrofacial" na qual há presença de lesões típicas na parte distal das extremidades e face; a "vulgar" na qual há manchas com ausência de pigmentação com distribuição aleatória e a "mista" que é a junção da acrofacial com a vulgar. O vitiligo universal é a despigmentação de mais de 50% da pele ou mucosa. Esta classificação pode ser melhor visualizada nas Figuras 1 e 2 a seguir:

Figura 1. Classificação do Vitiligo (Araújo, 2019)

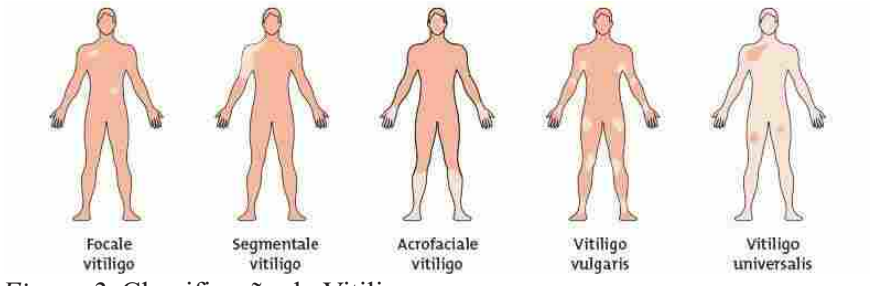


Figura 2. Classificação do Vitiligo

http://spreekuurthuis.nl/themas/vitiligo/informatie/verschillende_vormen_van_vitiligo/segmentale acesso em 14 de setembro de 2019

A análise dos estudos 17 e 29 (Quadro 1) revelou que na antiguidade, o vitiligo foi de maneira equivocada confundido com a lepra, o que pode justificar o pequeno número de trabalhos realizados sobre a temática e principalmente o estigma que a doença carrega até a atualidade; justifica-se ao observar, naqueles estudos, o hiato entre as citações/estudos da antiguidade e os da nossa era, pois, após as referências da antiguidade, novas publicações sobre a doença são citadas a partir do ano de 1960.

Observou-se nos estudos 2; 5; 7; 11; 16 e 22 (Quadro 1) que por ter poucos sintomas e não ameaçar a integridade do paciente, muitos profissionais da medicina levam em consideração apenas os impactos estéticos da doença, deixando de lado o efeito psicológico que o vitiligo traz para cada portador. Desta forma, o papel do clinico é fundamental não apenas para diagnosticar e tratar o vitiligo, mas também para reconhecer e contribuir para a melhor forma de manejar o processo de adaptação psicossocial do paciente em conjunto com o profissional da Psicologia. É de extrema importância neste processo, uma abordagem humanizada sobre a doença, pois uma simples entonação inadequada ou uma palavra pode ter uma repercussão negativa para o indivíduo, comprometendo diretamente o tratamento.

O estado emocional do paciente como a tristeza, angústia e a raiva podem interferir no tratamento, pois alterações emocionais desequilibram o organismo. Alguns estudos 2 e 22 (Quadro 1) relatam que portadores da doença em períodos de tranquilidade e felicidade não desenvolvem novas manchas e a doença permanece controlada, situação inversa aos períodos conturbados, onde as manchas aumentam. Considerando os aspectos

orgânicos, psicológicos e sociais do vitiligo pode-se afirmar que o tratamento da doença ainda é um grande desafio, uma vez que não há um consenso sobre sua etiologia. Já a falta de informação por parte dos médicos contribui para um sentimento de insegurança e desconfiança dos portadores em relação ao diagnóstico e aos tratamentos recomendados.

Verificou-se no estudo 2 (Quadro 1) que existem portadores de vitiligo que se relacionam bem com a doença, que não encaram a doença como um estressor, e que usam a experiência de ser um portador de vitiligo como uma forma de crescimento pessoal. Há aqueles que mesmo encarando a doença como um estressor, encontram formas de lidar com ela (como a utilização de maquiagem e roupas que cubram as manchas) e, assim, favorecem um convívio social mais confortável para si.

Outros estudos (2; 10 Quadro 1) mostram que a falta de informação para o paciente é uma variável comum a diferentes contextos: descoberta da doença, tratamento e relação com o outro, o que contribui para a existência de ansiedade em relação ao futuro e incerteza sobre as consequências da doença e sobre como agir em relação a ela. As pessoas que apresentam vitiligo têm suas próprias crenças sobre a identidade, causa, duração e até mesmo cura de sua doença, que refletem em respostas emocionais diversas como sentimentos autodepreciativos, vergonha, medo e estigma social, estresse psicossocial e baixa autoestima.

Nesse sentido, os estudos (18 e 29) – Quadro 1 levam em consideração a singularidade de cada pessoa, pois a forma de interpretar a sua doença e de lidar com a mesma depende também de aspectos muito individuais. É uma doença que trai, desfigura, expõe aos outros a dor da alma. Vem daí a necessidade de que os profissionais de saúde possam compreender a doença em um novo contexto, o da possibilidade de uma ressignificação de vida, de um ser humano mais integrado.

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou conhecer entre periódicos brasileiros, quais as áreas do saber científico publicaram trabalhos sobre vitiligo, analisando diferentes conceitos e patogenias. Verificou-se que a área da Dermatologia

concentra o maior número de estudos com conceitos e diagnósticos pertinentes à área e poucas referências às implicações psicossociais desta doença, enquanto que a área da Psicologia retrata mais sobre os aspectos psicológicos e sociais que a doença carrega.

O vitiligo é uma doença que pode trazer grandes consequências na vida dos indivíduos em diversas áreas, com alguns dados observados entre os portadores, como: sentimento de estigmatização e preconceito, baixos índices de autoestima, alterações do sono e hábitos alimentares, estresse, depressão, interferência nas relações sexuais e sentimento de discriminação social.

As experiências de estigmatização são muito comuns com pessoas que possuem vitiligo, pois as mesmas tendem a ser encaradas ou evitadas por repulsa à sua aparência, ocasionando assim, sentimentos de inadequação, vergonha, baixa autoestima, ansiedade físico social, resultando no isolamento social e, afetando a qualidade de vida do indivíduo. Os traumas emocionais podem estar entre os fatores que desencadeiam ou agravam a doença. Apesar disso, os médicos, em geral, não dão atenção ao aspecto mais grave do vitiligo, o psicológico. Isto se deve ao fato de muitas vezes o médico não ser preparado para lidar com fatores psicológicos e emocionais do paciente. Pelo fato de não haver previsão sobre a evolução do quadro e não saber como prevenir o aparecimento de novas manchas, o paciente de vitiligo pode viver com medo de passar por situações semelhantes às que desencadearam o aparecimento das manchas e leve ao aparecimento de novas lesões (Szabo& Brandão, 2016).

Apesar da limitação da presente amostra conclui-se a necessidade de novos estudos que possam desenvolver o conhecimento do vitiligo, que embora não seja uma doença letal, é uma enfermidade com muitas implicações psicológicas e sociais. Além disso, o presente estudo identifica e contribui para o diálogo entre diferentes áreas de conhecimento cujos pesquisadores debruçaram-se sobre o estudo do vitiligo. Espera-se que esta pesquisa bibliométrica amplie o número de informações sobre o vitiligo tanto para pesquisadores, como para os próprios portadores da doença.

REFERÊNCIAS

Budel, A. R., Gomes, A. M. G., Gonçalves, A. C. S., Jordão, J. M., Ossowski, A. C. & Skare,T. L (2006). *Associação entre vitiligo e doenças auto-imunes:*

prevalência no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Arquivos Catarinenses de Medicina 35 (1)

Ercole, F. F., Melo, L. S. D., & Alcoforado, C. L. G. C. (2014). *Revisão integrativa versus revisão sistemática*. Revista Mineira de Enfermagem, *18*(1), 9-12.

Furtado, V. G., Oliveira, O. A & Muller, S. F.R (2017). *Associação de vitiligo com anticorpos tireoidiano*. Revista Sociedade Brasileira Clinica. 15(4):235-9

Nunes, D. H. &Esser, L. G. H (2011). *Perfil epidemiológico dos pacientes com vitiligo e sua associação com doenças de tireóides.* Santa Catarina. Anais Brasileiros de Dermatologia 86(2) 241-8

Silva, C. M. R., Pereira, L. B., Gontijo, B. & Ribeiro, G. B (2007). Vitiligo na infância: característica clínicas e epidemiológicas. *Anais Brasileiro de Dermatologia* 82(1)47-51

Steiner, D., Bedin, V., Moraes, M. B., Villas, R. T. & Steiner, T (2004). *Vitiligo.* Anais Brasileiros de Dermatologia. 79(3) :335-351

Szabo, I. & Brandão, E. R (2016). "*Mata de tristeza!": representações sociais de pessoas com vitiligo atendidas na Farmácia Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro*. Interface 20(59) doi.org/10.1590/1807-57622015.0596

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

WORK LIFE BALANCE E SUA RELAÇÃO COM A PRODUTIVIDADE

Barbara Pinheiro[1], Filipa Pimenta[1,2], & Ivone Patrão[1,3]

[1] ISPA – Instituto Universitário, Portugal
[1] WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Portugal
[2] APPsyCI – Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, ISPA – Instituto Universitário, Portugal

Existem diferente definições de *Work-Life Balance* (WLB) ou Equilíbrio Vida-Trabalho. Este consiste em viver de forma harmoniosa as experiências associadas ao trabalho e às dimensões da vida (dia-a-dia, vivência social/interpessoal, vida famíliar, gestão da própria saúde, entre outros) (Balamurungan & Pasupathi, 2018; Nwinyokpugi, 2017). Ansari, Chimani, Baloch e Bukhari (2015) defendem que existe WLB quando as exigências do trabalho se encontram ao mesmo nível que as exigências da vida pessoal. Já Rama, Devi e Nagini (2014) assumem que o WLB remete para o equilíbrio que os sujeitos atingem, quando conseguem responder aos imperativos da vida pessoal e do trabalho de forma satisfatória. Segundo Malik, Won, Dar, Akbar e Naseem (2014), "o equilíbrio entre vida e o trabalho refere-se à gestão eficaz das múltiplas responsabilidades no trabalho, em casa e dentro dos diferentes aspetos da vida" (p. 1629). Já Nwinyokpugi (2017) preconiza que o WLB remete para a perspetiva individual, daquilo que é a hierarquia de deveres relacionados às dimensões pessoal e profissional da vida, que por seu turno irá impactar ao nível "da produtividade, desempenho e satisfação dos trabalhadores" (p. 463).

Dado que a vida pessoal afeta a vida profissional e vice-versa, é imperativo que exista um equilíbrio entre estas duas esferas e que este equilíbrio seja potenciado (Balamurugan & Pasupathi, 2018).

A literatura evidencia que o WLB pode impactar na produtividade dos trabalhadores (Mušura, Korican & Krajnovic, 2013). A produtividade remete para a produção eficiente da maior quantidade possível de produto; para esse efeito, os colaboradores devem tirar o melhor partido, dos recursos que têm disponíveis (Syverson, 2011).

Ansari e colegas (2015) constataram diversos benefícios do uso de estratégias de WLB para a produtividade dos trabalhadores. Os funcionários que experienciam maior WLB revelam-se mais satisfeitos com o trabalho (Prizmić, Lipovčan, & Burusic, 2009), e tanto o WLB como a satisfação com o trabalho podem constituir preditores de uma melhor produtividade (Mušura, Korićan, & Krajnović, 2013).

Apesar de a maioria dos estudos revelar uma relação positiva entre WLB e produtividade, há estudos que demostram que algumas práticas de WLB não impactam positivamente sobre esta (Ansari et al., 2018; Odiri, 2019; Yamamoto & Matsuura, 2014).

Assim, esta revisão de literatura pretende explanar a evidência existente acerca da relação entre WLB e Produtividade.

MÉTODO

De modo a satisfazer o proposto por Bento (2012), no que remete aos procedimentos a seguir, para a realização de uma revisão de literatura consistente, recorreu-se a bases de dados disponíveis online (Google Scholar, Research Gate, Elsevier, Redalyc e Social Science Research Network), utilizando os conceitos chave: "Work-Life Balance" e "Productivity". Para uma incorporação inicial no nosso estudo, os mesmos deveriam estar presentes no título e/ou no resumo dos estudos encontrados, datados dos últimos dez anos. Posteriormente, consultou-se a bibliografia destes artigos, o que nos levou ao encontro de mais referências que se pudessem considerar as duas variáveis focadas nesta revisão.

Desta pesquisa inicial obtiveram-se 41 referências para análise. À medida que a análise do conteúdo das publicações se foi desenvolvendo, excluíram-se várias por se tratarem de dissertações, livros, revisões da literatura, artigos duplicados, estudos descritivos ou por não investigarem exatamente o pretendido, ou seja, deixando a relação entre as variáveis (WLB e produtividade) ou até mesmo uma das variáveis, excluída.

Os critérios de inclusão foram: (1) tratar-se de um estudo empírico; (2) conter a exploração da relação entre WLB e produtividade; (3) ter sido publicado nos últimos 10 anos; (4) ter sido escrito em inglês ou português; (5) estar disponível na íntegra. Assim, foram incluídos nesta revisão de literatura, 11 estudos empíricos, alvo à posteriori de uma leitura mais cuidada e aprofundada.

RESULTADOS

Os artigos elegíveis para integrar esta revisão, incluem uma vasta gama de setores organizacionais e todos avaliam WLB e produtividade, de modos diversos, alguns deles explorando ainda outras variáveis (Fapohunda, 2014; Jackson & Fransman, 2018). Na sua maioria os estudos são quantitativos e foram realizados em diversos países. Abaixo encontra-se uma organização sintética dos 11 artigos integrados.

Tabela 1

Resumo dos Estudos Encontrados

	Participantes	Organização	Variáveis Avaliadas	Resultados Obtidos
Hasan, 2011	75	Lojas de Moda Reino Unido	WLB P	O WLB aumenta a P. O WLB tem benefício para as organizações. O WLB impacta na vida pessoal.
Fapohunda, 2014	194	Setor Bancário Nigéria	WLB P Absentismo, Rotatividade Satisfação no trabalho Perceção das Consequências Negativas na Carreira	Relação positiva entre WLB e P.
Peshave et al., 2014	200	Setor Hoteleiro Índia	WLB P	Um bom WLB tem um impacto positivo sobre a P.
Yamamoto et al., 2014	1677	Diversos setores de Empresas Japão	WLB (Fator Total de) P	Existe uma correlação entre WLB e P, mas esta correlação nem sempre é positiva. O tipo de empresa (e.g., empresas de grande dimensão) influencia esta relação. Há práticas de WLB mais potenciadores da P.
Ansari et al., 2015	150	Setor Bancário Paquistão	WLB P	Forte correlação positiva entre WLB e P. O horário de trabalho flexível, foi a única estratégia de WLB que não mostrou impactar na P.
Mwangi et al., 2016	91	Supremo Tribunal Nairobi	WLB P	O WLB influencia a P. As estratégias de WLB aumentaram a P.
Nwinyokpugi, 2017	169	Setor Hoteleiro Nigéria	WLB P	Implementar estratégias de WLB aumenta a P. Todas as dimensões do WLB estão correlacionadas com as dimensões da P
Jackson et al., 2018	252	Universidades África do Sul	Trabalho Flexível Bem-estar financeiro WLB (Experiências Subjetivas de) P Satisfação no Trabalho	Existe uma relação positiva entre WLB e P. A relação entre Bem-Estar Financeiro, WLB e a Satisfação no Trabalho é parcialmente mediada pela P. A relação entre Experiências Subjetivas de P, Bem-Estar Financeiro e WLB é mediada pela Satisfação no Trabalho. A Satisfação no Trabalho é necessária para que BEF e o WLB tenham impacto na P. O WLB foi dado como um forte preditor da Satisfação no Trabalho; a Satisfação no Trabalho é o melhor preditor da P. O trabalho flexível, o BEF o WLB são preditores da ST e P
Abioro et al., 2018	250	Universidade Nigéria	WLB P	WLB e as suas estratégias, estão fortemente correlacionadas com a P, tendo um impacto positivo e significativo sobre a mesma.
Ghareeb, 2019	240	Médias empresas Gana	WLB P	O WLB fortemente correlacionado positivamente com a P.
Odiri, 2019	340	Setor Bancário Nigéria	WLB P	As dimensões de WLB avaliadas estão significativamente correlacionadas com P, sendo que uma delas tem um impacto negativo sobre a mesma (semana de trabalho compactada)

Nota. WLB=Work-life Balance; P=produtividade.

No estudo de Hasan (2011) a maioria dos participantes acreditam que o WLB tem múltiplos benefícios para o negócio, que as estratégias de

WLB aumentam a produtividade e que o WLB tem igualmente impacto a nível pessoal. Apesar disto, os participantes entenderam que poderiam ser implementadas ainda mais dinâmicas de WLB, havendo ainda funcionários que não aderem à participação nas mesmas. Já Fapohunda (2014) verificou que certas estratégias de WLB não estavam disponíveis (como workshops, trabalho partilhado, possibilidade de tirar folgas, semana de trabalha comprimida, autonomia, trabalho flexível, entre outras). Apesar disto, o estudo indica que existe uma relação significativa entre WLB e produtividade, ou seja, as práticas de WLB podem potenciar a produtividade. Adicionalmente, a perceção de consequências negativas face ao trabalho (por exemplo o trabalho por turnos) relacionou-se com o WLB; um bom WLB aumentou a Satisfação no Trabalho; e ainda que a existência de WLB diminui os níveis de absentismo e rotatividade. Por fim, este mesmo autor, reconhece ainda a importância da envolvência das figuras de gestão organizacional na implementação destas estratégias. Peshave e Gujarathi (2014), recorrendo a um estudo misto, analisaram uma amostra de 200 funcionários com diversos cargos, notando que as medidas de WLB implementadas nas empresas estudadas não seriam as mais eficazes. Contudo, verificaram que o WLB tem uma forte capacidade de melhorar a produtividade dos trabalhadores, e que as estratégias apontados pelas diferentes categorias profissionais, como necessárias para potenciar o WLB são diferentes, nomeadamente para os cargos mais elevados as dinâmicas de preferência, prendem-se com a prática de atividade entre funcionários e encontros familiares, e para os restantes colaboradores, é mais vantajoso a possibilidade de fazer pausas no trabalho (férias, folgas e licenças) e estabelecer horários fixos. Yamamoto e Matsura (2014), a partir de um estudo longitudinal, realizado com diversas empresas de diversos setores, verificaram que na sua generalidade as práticas de WLB aumentaram a produtividade e a implementação destas práticas também aumentou ao longo dos anos. Para além disto, mesmo existindo uma correlação entre WLB e produtividade, quando é considerada a heterogeneidade das empresas, os achados não indicam que o WLB cause diretamente um aumento na produtividade. Notaram ainda que, existem práticas de WLB, de entre as estudadas, mais indicadas para aumentar produtividade (licença de assistência à infância e à família acima do mínimo legal, criação de um departamento para promover práticas da WLB e redução de horas extra). Ademais

observaram que o tipo de empresa tem influência sobre esta relação, nomeadamente empresas que investem nos recursos humanos beneficiam mais das práticas de WLB. Por outro lado, Ansari e colegas (2015) obtiveram como resultado geral uma forte correlação entre o WLB e a produtividade, com um impacto significativo de todas as estratégias de WLB estudadas (instituições de apoio à infância, por ex. que a própria organização disponibiliza), horários de trabalho flexíveis, semana de trabalho comprimida, possibilidade de trabalhar em casa, partilha de trabalho e programas de licença familiar) sobre a produtividade, excetuando o horário de trabalho flexível. Mwangi, Nzulma e Kwena (2016), estudando o WLB através de afirmações relativas ao trabalho flexível (tele-trabalho e horário de trabalho flexível) e à vida familiar (vida parental e responsabilidades familiares), e a produtividade através das taxas de absenteísmo, satisfação e desempenho do trabalhador, concluíram que as duas dimensões referentes ao WLB (i.e., trabalho flexível e a vida familiar) exercem uma influência positiva sobre a produtividade. Para além disto, os trabalhadores reconhecem como positivo para a sua produtividade, a existência de políticas promovidas pela organização no sentido de lhes possibilitar mais tempo com a sua família (que aumenta ainda o compromisso com a instituição) e a possibilidade de usufruir de um horário de trabalho flexível ou de executar tele-trabalho.

Por seu turno, Nwinyokpugi (2017) procurou recorrer às dimensões férias, delegação de trabalho e trabalho por turnos do WLB, e à realização de tarefas e satisfação do trabalhador como indicadores de produtividade para compreender a relação entre as duas variáveis, constatando uma forte correlação entre os determinantes avaliados para o WLB e para a produtividade. Os autores Jackson e Fransman (2018), contando apenas com participantes do sexo feminino, estudaram a relação existente entre trabalho flexível, bem-estar financeiro, WLB, produtividade e satisfação no trabalho; bem como o impacto do trabalho flexível, do bem-estar financeiro e do WLB na produtividade e na satisfação no trabalho dos trabalhadores. Exploraram ainda a possibilidade da produtividade se constituir um mediador da relação entre as restantes variáveis. Os autores concluíram que todas as variáveis se encontram relacionadas e, em termos de resultados mais específicos, verificou-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre WLB e produtividade sendo o WLB capaz de predizer a Produtividade. Oladejo e Ashogbon (2018), conseguiram

concluir que, a implementação de qualquer uma das práticas de WLB estudadas (horário flexível, partilha de trabalho e possibilidade de trabalhar em casa) impacta positivamente na produtividade dos trabalhadores. Também Ghareeb (2019) chegou à conclusão que existe uma relação significativa entre WLB e produtividade, constatando que a produtividade se relaciona com o a vida familiar, as relações estabelecidas com o colegas de trabalho, com um ambiente organizacional desfavorável, com a insatisfação no trabalho, com a exigência do trabalho e com a implementação de práticas, por parte da organização, que incluam a família. Por fim, Odiri (2019) avaliou o WLB através do horário de trabalho flexível e da semana de trabalho comprimida, conseguindo chegar ao entendimento de que, apesar de ambas as estratégias se relacionarem fortemente com a P, para a semana de trabalho comprimida essa relação revela-se negativa, não contribuindo a mesma para o aumento ou melhoria da P.

DISCUSSÃO

Esta revisão de literatura teve com objetivo compreender a relação existente entre WLB e produtividade, focando estudos publicados nos últimos dez anos. Verifica-se que na sua maioria os estudos encontram benefícios do WLB para a produtividade. Porém, alguns resultados revelam que certas práticas de WLB não são positivas para a mesma, como o trabalho flexível (Ansari et al., 2015) ou a semana de trabalho comprimida (Odiri, 2019). Estes achados são curiosos uma vez que, estes mesmo autores, que estudam o mesmo setor empresarial (bancário), encontram resultados opostos. São também resultados controversos uma vez que, há outros autores que encontram benefícios para a produtividade associado ao usufruto de um trabalho flexível (Fapohunda, 2014; Mwangi, Nzulma & Kwena, 2016; Jackson & Fransman, 2018; Oladejo & Ashogbon, 2018) ou da semana de trabalho comprida (Fapohunda, 2014).

Também uma revisão de literatura desenvolvida por Balamurugan e Pasupathi (2018) destacou que algumas das práticas de WLB se prendem com partilha de trabalho; possibilidade de realização de pausas no horário

laboral; oportunidade de lograr de um horário de trabalho comprimido; disponibilização de serviços de apoio à infância por parte da empresa; definição de horários flexíveis; criação de tarefas alternativas; disponibilização de apoios ao trabalhador e possibilidade de participar em formações no âmbito do WLB. Contudo, constata-se a partir dos estudos recolhido, que maioritariamente as organizações aplicam apenas parte destas estratégias de WLB, o que pode explicar a necessidade dos colaboradores de beneficiarem de mais práticas de WLB, apontada por (Hasan, 2011).

Por outro lado, alguns dos estudos analisados enfocam a necessidade de estudar esta relação (WLB e Produtividade) recorrendo a outras variáveis, verificando outros benefícios do WLB além do impacto na produtividade, bem como identificando alguns mediadores (Fapohunda, 2014; Jackson & Fransman, 2018; Yamamoto & Matsuura, 2014). Isto vai ao encontro do proposto por Rama Devi e Nagini (2014): trabalhadores mais satisfeitos são também mais produtivos e comprometidos com o trabalho, produzem com melhor qualidade, e com menor taxa de absenteísmo e rotatividade. Bloom, Kretchemer e Reneen (2009) ajuntam ainda a importância de controlar a variável gestão, para evitar a ocorrência de enviesamentos, tal como indica Fapohunda (2014).

Kossek, Valcour e Lirio (2014) asseguram que o WLB depende do que a pessoa define como princípios, prioridades e propósitos para a sua vida. Balamurugan e Pasupathi (2018) acrescentam ainda que também a chefia e o ambiente organizacional são fatores que afetam a eficácia das práticas de WLB. Sugere-se então que, a implementação de políticas internas que se coadunem com a promoção do WLB nos trabalhadores, tenha por base as características dos mesmos e da própria organização, promovendo o impacto positivo na produtividade.

Uma das limitações deste artigo, consiste na não inclusão de literatura de outras línguas que pudessem fornecer fortes contributos para a compreensão da relação entre WLB e produtividade. Para além disto, seria interessante a integração de outras variáveis nesta revisão, como a Satisfação no Trabalho (por exemplo), para melhorar o entendimento da relação supracitada.

Ainda no seguimento do discutido anteriormente, talvez fosse interessante, realizar um estudo que aprofundasse o impacto das características organizacionais (área de atuação, nº de funcionários, dimensão, chefias, entre outros), e portanto realizado com empresas distintas,

que permitisse perceber as práticas de WLB mais adequadas para cada cultura organizacional, em prol dos benefícios para a produtividade.

Financiamento

O William James Center for Research é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (UID/PSI/04810/2019).

REFERÊNCIAS

Abioro, M. A. (2018) Work Life Balance Practices and Employees Productivity in the Nigerian University System. *Crawford Journal of Business & Social Sciences (CJBASS), 11*(2), 49-59.

Ansari, S., Chimani, K., Baloch, R. A., & Bukhari, H. F. S. (2015). Impact of Work Life Balance on Employee Productivity: An Empirical Investigation from the Banking Sector of Pakistan. *Information and Knowledge Management, 5*(10), 52-60.

Balamurugan, G., & Pasupathi, P. (2018). A study on effect of work-life balance on productivity. *International Journal of Emerging Research and Development*, *1*(7), 1-4.

Bento, A. (2012). Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. *Revista JA (Associação Académica da Universidade da Madeira)*, *7*(65), 42-44.

Bloom, N., Kretschmer, T., & Van Reenan, J. (2009). Work-life balance, management practices and productivity. In *International differences in the business practices and productivity of firms* (pp. 15-54). University of Chicago Press, EUA. doi: 10.7208/chicago/9780226261959.003.0002

Fapahunda, T. M, (2014). An Exploration of the Effects Of Work Life Balance On Productivity. *Journal of Human Resources Management and Labor Studies, 2*(2), 71-89.

Ghareeb, A. E. M. (2019). Uma análise da relação entre equilíbrio entre vida profissional e produtividade e Gana. *Revista Internacional de Estudos de Recursos Humanos, 9*(2), 266-275. doi: 10.5296 / ijhrs.v9i2.14840

Hasan, S. S. (2011). Equilíbrio entre vida profissional, estresse, horário de trabalho e produtividade: um estudo de caso de varejistas de moda no Reino Unido. *Jornal de Estudos Europeus*, *27*(2), 30-46.

Jackson, L. T. B., & Fransman, E. I. (2018). Flexi work, financial well-being, work–life balance and their effects on subjective experiences of productivity and job satisfaction of females in an institution of higher learning. *South African Journal of Economic and Management Sciences, 21*(1). doi: 10.4102/sajems.v21i1.1487

Kossek, E. E., Valcour, M., & Lirio, P. (2014). The Sustainable Workforce. *Wellbeing*: *A Complete Reference Guide, 1*(24), 295-319. doi: 10.1002/9781118539415.wbwell030

Malik, M., Wan, D., Dar, L., Akbar, A. e Naseem, MA (2014). O papel do equilíbrio entre vida profissional e satisfação no trabalho e benefício no trabalho. *Journal of Applied Business Research (JABR), 30*(6), 1627-1638. doi: 10.19030 / jabr.v30i6.8879

Mušura, A., Koričan, M., & Krajnović, S. (2013). Work-life and life-work conflicting croatian companies: Some perspectives. *International Journal of Organization Theory & Behavior, 16*(1), 42-67. doi:10.1108/ijotb-16-01-2013-b003

Mwangi, R. G., Nzulwa, D. J., & Kwena, R. Influence of Work-Life Balance on Employee Productivity in Government Institutions: A Case of the Supreme Court, Nairobi. *The Strategic Journal of Business & Change Management, 4*(31), 567-591.

Nwinyokpugi, P. N. Work-Life Balance Management and Employees Productivity in the Nigeria Hospitality Industry. *International Journal of Economics, Business and Management Research, 1*(5), 464-474.

Odiri. (2019). V. Does Work-Life Balance Matter for Employee Productivity? Evidence From The Nigerian Banking Sub-Sector. *FUO Quarterly Journal of Contemporary Research, 7*(3).

Peshave, M. A., & Gujarathi, R. (2014). An Analysis of Work-Life Balance (WLB) Situation of Employees and its Impact on Employee Productivity with Special Reference to the Indian Hotel Industry. *Asian J. Management*, *5*(1), 69-74.

Prizmić, Z., Kaliterna Lipovčan, L., & Burušić, J. (2009). Off-the-job Activities and Well-being in Healthcare Professionals. *Revija Za Socijalnu politiku*, *16*(3), 271-280. doi: 10.3935/rsp.v16i3.850

Rama Devi, V., & Nagini, A. (2014). Work-life balance and burnout as predictors of job satisfaction in private banking sector. *Skyline Business Journal, 9*(1), 50-53.

Syverson, C. (2011). *What Determines Productivity? Journal of Economic Literature, 49*(2), 326-365. doi: 10.1257/jel.49.2.326

Yamamoto, I., & Matsuura, T. (2014). Effect of Work-Life Balance Practices on Firm Productivity: Evidence from Japanese Firm-Level Panel Data. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, *14*(4), 1677-1708. doi: 10.1515/bejeap-2013-0186

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

GRAVIDEZ, PARENTALIDADE E TOXICODEPENDÊNCIA: CONTRIBUTO DA INVESTIGAÇÃO E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Nuno Cotralha[1] (✉ nuno.cotralha@arslvt.min-saude.pt) & Conceição Teixeira[2]

[1] Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste Norte, ARSLVT, Ministério da Saúde, Portugal
[2] Territórios Internos, Lda. Poiesis Analitika

Como nos refere Golse (2007), várias classes profissionais, tais como Médicos Pediatras, Psiquiatras, Psicólogos, Parteiras, Enfermeiras, Obstetras, Psicanalistas, entre muitos outros, foram-se encontrando de forma muito profícua, no que respeita às questões dos bebés nascidos e por nascer. A vida psíquica emerge, segundo o mesmo autor, numa base interactiva, numa organização coerente de sucessivas vivências que adquirem sentido através do movimento de intencionalidades partilhadas na relação com outrem, dando origem à co-criação do mundo pelo bebé e pelo adulto que dele cuida.

A relação entre o modo como o homem e a mulher experienciam a fase da transição para a parentalidade e o tipo de ligação estabelecida com o feto, tem vindo a constituir um campo de investigação cada vez com mais expressão nos nossos dias. Tornar-se pai e mãe é um processo de desenvolvimento determinado por experiências básicas e apoiado por forças oriundas do exterior.

Os laços que unem pais e filhos constituem a base a partir da qual se constrói a vida psíquica da criança, sendo esta, caracterizada pelo modo como os pais prestam os cuidados e estabelecem a relação. Essa relação, sabemos hoje, inicia-se muito antes do nascimento do bebé, propriamente dito. Como nos tem lembrado muitas vezes Eduardo Sá, a criança nasce na imaginação e no pensamento dos pais, muito antes do momento do parto, sempre e quando estes são capazes de a imaginar: quanto maior for o envolvimento dos pais na gravidez, maior será a sua disponibilidade para

ler os sinais mais precoces do bebé, o que implicará um maior e mais adequado investimento no seu esse bebé (Sá, 2001).

Assim, as investigações relacionadas com a vinculação e as relações pais/filhos especificamente as que dizem respeito ao período da gravidez têm-se revestido cada vez mais de extrema importância uma vez que constituem um enfoque na chamada perinatalidade psíquica. O estudo do psiquismo materno, e também paterno, durante a gestação e dos processos ocorridos durante o tempo de espera de um filho podem contribuir para a detecção precoce de possíveis factores de risco numa perspectiva de prevenção/acção.

Condon (1993), refere-se aos vários sentidos dados ao termo vinculação, nomeadamente o de Bretherton (1985), que a entende como um "laço" emocional, ou psicológico.

A expressão vinculação pré-natal, nomeadamente no que respeita ao pai, é algo recente, embora já desde 1945, Deutsch, (no que respeitava à mãe, lhe tenha feito alusão, enquanto processo de ligação que se inicia durante a gravidez (Condon, 1993). Na verdade, já ouros autores como Winnicott, Bibring ou Benedek nos anos 50, fizeram referência ao estado mental específico durante a gravidez, e ao investimento narcísico e libidinal da mãe face ao feto. Nesta perspectiva, "[…] podemos nascer, sem verdadeiramente sermos dados à luz, ou ainda, que vamos sendo continuamente dados à luz nas relações significativas da nossa vida." (Machado, Branco, & Sousa, 2008, p: 215).

Neste sentido, sabemos que vir a ser mãe ou pai pressupõe o reencontro com o que se recebeu dos seus próprios pais e que, por sua vez, se transmitirá aos filhos. O interesse, tanto pelos momentos da transição para a parentalidade, como pelo nascimento de outros filhos surge, segundo Hernandez e Hutz (2009), na década de 50, não tendo sido, contudo, dada muita relevância à relação entre esta fase do desenvolvimento e os aspetos ligados ao bem-estar do casal parental.

Sabemos hoje que a gravidez tem repercussões na vida dos homens de forma singular, com diferentes graus de envolvimento, ao ponto de se poder falar hoje, em dia, em "casal grávido". Porém, o homem e a mulher que esperam um filho, têm por tarefa ampliar dentro de si um espaço para acolher emocionalmente o bebé dentro deles. A compreensão de processo é fundamental para fortalecer as relações que envolvem os pais e contribuem na promoção da saúde biopsicossocial da tríade mãe-pai-filho.

Silva e Silva (2009) descrevem que a gestação é uma vivência familiar, com grandes repercussões na constituição da família e na formação de laços afetivos entre seus membros, principalmente dos pais com os filhos. Este período, que faz parte do processo normal de desenvolvimento do ser humano, pode ser considerado uma situação de crise evolutiva. A caracterização fundamental de 'crise' implica a resposta adaptativa na vida da pessoa, perante a emergência de novos fatos, naturais ou acidentais – neste caso, a gravidez. Esta resposta adaptativa, exigida pela nova situação, encontra-se bastante marcada por desafios emocionais, estruturais, económicas, familiares e sociais, nas quais pode existir a superação ou o desequilíbrio.

Assim, será legitimo que os investigadores se questionem sobre que mecanismos ou recursos possuem as personalidades das mulheres, que permitam fazer face as estas situações críticas do seu ciclo de vida. O ego de uma mulher grávida terá assim de possuir recursos, entre eles, os mecanismos de defesa, que lhe permita organizar dentro de si mesma as vivências de ansiedade subjacentes à gravidez (posteriormente ao parto e ao pós-parto) de uma forma o mais saudável possível. De acordo com Justo (1990), os mecanismos de defesa presentes nas mulheres grávidas estão sujeitos a modificações durante no período da gestação, por forma a garantir um melhor ajustamento psicológico. Para Caron (2000), a gravidez é um momento de afrouxamento das defesas psíquicas e maior transparência do inconsciente, devido ao grande processo de elaboração que deve acontecer em termos de papel familiar e atualização de conflitos. Os mecanismos de defesa continuam, contudo, operantes de forma a impedir o encontro desorganizador da mulher com os seus conflitos.

Segundo Szejer (2004), apesar de se dar bastante ênfase aos mecanismos a que as mulheres grávidas recorrem para fazer face as tais angustias e conflitos, o homem passa igualmente por um processo muito semelhante ao da mulher, apresentando inúmeros medos e fantasias, que normalmente não é tido em conta. Desta forma, as investigações no âmbito da gravidez e da transição para a parentalidade que se têm debruçado sobre os mecanismos de defesa centram-se, essencialmente, nas mulheres durante este período.

Em relação aos homens, enquanto pais expetantes, no período da gravidez das suas mulheres, como já referido anteriormente, não encontrámos literatura que se debruce sobre a problemática dos mecanismos de defesa

propriamente ditos. Contudo, as questões da ansiedade e os sintomas psicossomáticos têm sido abordados por alguns autores. Como nos referem Colman e Colman (1994), ainda é raro um homem poder admitir que se encontra no centro de uma experiência emocionalmente profunda durante a gravidez da sua mulher. No entanto, parecem evidentes as "pistas" dadas que, por serem demasiado significantes, não podem ser ignoradas. De facto, segundo estes autores, encontra-se uma incidência estatisticamente mais elevada de sintomas físicos entre os homens com esposas grávidas do que entre uma amostra emparelhada de outros homens. Estes sintomas físicos podem ser leves queixas físicas, acessos de ansiedade e medos inexplicáveis, ou mal-estar abdominal, vómitos, diarreias, etc. Esta ideia é confirmada por Brazelton e Cramer (1993), ao referirem a maior ocorrência de vómitos, náuseas, distúrbios intestinais e dores de dentes, nos homens que esperam um filho, comparativamente aos que não se encontram nesta situação.

Por tudo o que temos vindo a discutir, fica claro, que à mulher, por estar grávida, é-lhe exigido que desenvolva um processo de adaptação psicológica ao longo do período gestacional. Assim, numa situação de risco, como é o caso da gravidez da mulher toxicodependente, existe uma importância acrescida na avaliação do ajustamento, atitudes e comportamentos maternos (Kumar, Robson, & Smith, 1984).

Num estudo empírico por nós realizado (Cotralha, 2004, 2007), foram estudados os aspectos que diferenciavam as grávidas toxicodependentes das grávidas não toxicodependentes, bem como as caraterísticas que distinguem as grávidas toxicodependentes das toxicodependentes não grávidas. Dito de outro modo, procurou-se responder à seguinte pergunta: em que medida as mulheres grávidas toxicodependentes revelam no período final da gestação (terceiro trimestre) condições de adaptação psicológica à gravidez?

Sumariamente, em relação aos resultados, verificou-se o seguinte:

O nível de *saúde mental* das grávidas toxicodependentes é semelhante ao das grávidas não toxicodependentes – avaliado pela Versão Portuguesa do *Mental Health Inventory* de 5 itens (Ribeiro, 2001). Por seu lado, observa-se ainda que os dois grupos de grávidas (toxicodependentes e não toxicodependentes) apresentam melhor nível de saúde mental do que as toxicodependentes não grávidas.

Verificou-se um menor ajustamento na *adaptação à gravidez* das toxicodependentes comparativamente às grávidas não toxicodependentes – avaliada pela Versão Portuguesa do *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes* (Figueiredo, Mendonça & Sousa, 2004), notando-se diferenças em duas de cinco dimensões estudadas: no modo como avaliam as suas queixas ligadas às manifestações somáticas; bem como, na apreciação que fazem das suas preocupações, sentimentos e atitudes em relação ao desenvolvimento da gravidez e aos cuidados a prestar ao filho.

Finalmente, na *organização defensiva* das toxicodependentes (grávidas e não grávidas), quando comparadas às grávidas não toxicodependentes – avaliada pela Versão Portuguesa do Defense Mechanisms Inventory (Justo, 1986, 1989), verificou-se um maior nível de defesas agressivas contra o objecto de relação frustrante.

Por seu lado, quando comparadas apenas as mulheres toxicodependentes, constata-se que ambos os grupos (grávidas e não grávidas) têm – em todas as escalas estudadas – um padrão de comportamento parecido no seu estilo defensivo.

Em conclusão, é sabido que por meio de cuidados interdisciplinares, esforçados e humanamente interessados, podem ser prevenidas uma boa parte das complicações emergentes ao longo da gravidez, parto e puerpério das mulheres toxicodependentes.

Nesse sentido, pontuamos alguns aspectos que podem contribuir para o desenvolvimento de algumas medidas interventivas de cariz preventivo e remediativo que (desejavelmente) suprimam, ou pelo menos, minimizem a acção dos factores de risco bio-psico-social sobre a mãe toxicodependente e o bem-estar e desenvolvimento da criança.

Assinalamos três tempos distintos: antes, durante e após a gravidez.

Num primeiro tempo: Intervenção prévia à gravidez

É comummente aceite, no tempo presente, que os bebés nascem, antes de mais, na cabeça dos pais. Todavia, nem sempre assim acontece – como, por vezes, se observa na gravidez das mulheres toxicodependentes.

Assim, na consulta psicoterapêutica importa, primordialmente, compreender e avaliar o nível e a qualidade do desejo da mulher toxicodependente em engravidar. Isto é: qual é o significado do nascimento do filho para a mãe e para o pai, como expressão da maturidade individual de cada um, vivida numa relação amorosa adulta.

Num segundo tempo: Intervenção ao longo da gravidez

Desde já relembramos que, não raras vezes, a gravidez das mulheres toxicodependentes mobiliza-as, pela primeira vez, a procurarem ajuda terapêutica.

Em alguns casos, constata-se uma relação paradoxal que as mulheres toxicodependentes estabelecem com a sua gravidez: "[…] como se a desejassem quando não estão grávidas e a ignorassem quando ela se declara" (Biscaia et al., 1997, p. 100). O acréscimo de complexidade na gravidez é evidenciado quando esta é imprevista, pois esse acontecimento inesperado introduz diversas possibilidades na economia psíquica da grávida toxicodependente: recusa total, resignação ou apropriação do bebé como garantia de um futuro possível ou melhor (Geadah, 1982, citado por Parquet & Bailly, 1988). Mesmo nas situações em que a gravidez é, ora mais ora menos, conscientemente desejada, é sobre o bebé que recai o ónus da esperança da mudança, passando sem demora a ser sentido e vivido como um parceiro demasiado exigente e constrangedor (Parquet & Bailly, 1988).

Sejamos claros: "com a gravidez, a questão da perda e da falta revela-se incontornável" (Parquet & Bailly, 1987, p. 190) – e, nessa altura, o trabalho psicoterapêutico é fundamental.

Na dinâmica da alteração psicológica estudada fica patente, como observamos, o *estilo defensivo agressivo* (Ihilevich & Gleser, 1991) das mulheres toxicodependentes. Todavia, importa compreender que esta agressão encobre a dificuldade de gestão e modulação dos afectos, e é posta ao serviço da dissimulação de sentimentos de inadequação, inferioridade, insegurança e rejeição, com o fito de disfarçar o desejo e necessidade de contacto humano (e.g., Blatt & Berman, 1990; Blatt, Berman, Bloom-Feshbach, Sugarman, Wilber, & Kleber, 1984; Dias, 1980; Khantzian, 1972, 1974, 1978; Khantzian, Mack, & Schatzberg, 1974; Krystal & Raskin, 1970; Mirin, Meyer, & McNamee, 1976; Neto, 1996; Weissman, Marr, & Katsamples, 1976; Woody, O'Brien, & Rickels, 1975; Wurmser, 1974). Daí a importância de uma intervenção terapêutica relacional, onde haja espaço e tempo para ouvir, estar e intervir na díade e/ou tríade.

Registamos também:

A necessidade de serem desenvolvidas atitudes maternas positivas e competências parentais, as quais reduzam os riscos adversos ao desenvol-

vimento saudável da criança – a iniciar durante a gravidez e estendendo-se ao pós-parto.

Também a procura activa para se assegurarem as oportunidades favoráveis de escolarização/formação profissional e ocupação profissional da mãe é, igualmente, muito importante.

E, por último, proporcionar à mãe o efeito protector que, após ser avaliado, pode ser (favoravelmente) disponibilizado pela rede social de apoio, pela família de origem, bem como pelo companheiro/cônjuge – tendo particular atenção à sua possível situação de toxicodependência e, consequentemente, de tratamento, uma vez que este período exige a cada um dos pais e do casal em si, uma série de mudanças, alterações de papéis e funções, que implicará uma reorganização identitária de cada um deles e do casal.

Por fim, *num terceiro tempo: Intervenção imediatamente após o nascimento do bebé*

Sabemos que existe como que um *continuum,* que os laços com o bebé se desenvolvem durante a gravidez, tendo as suas origens e a sua génese muito antes, e que este relacionamento amoroso, terá a sua continuidade na interacção após o parto. Esta realidade remete-nos para a dimensão inter e transgeracional da parentalidade, dos laços, dos vínculos – levando-nos, inevitavelmente, quando trabalhamos com famílias a considerar uma perspectiva psicanalítica dos vínculos.

Aqui, evidenciamos a importância de se promover o perfeito conhecimento materno da interacção mãe-criança, se possível, mesmo ainda no período de internamento hospitalar após o nascimento do bebé (Gomes-Pedro, Monteiro, Patrício, Carvalho, Torgal-Garcia, & Fiadeiro, 1989).

A investigação revela que as mães toxicodependentes manifestam piores resultados em escalas de atitudes parentais, quando comparadas com mães não toxicodependentes (Hettinger, Nair, & Shuler, 2000). E aquilo que os estudos também mostram é a influência decisiva ao nível da falha da função materna quando, por parte da mãe, há o uso de substâncias aliadas às suas caraterísticas de personalidade e ao modo como presta cuidados aos filhos. Este impacto sobre a parentalidade – que é acrescidamente mais intenso no caso do uso de substâncias por parte da mãe, comparativamente ao uso por parte do pai –, é, ainda, mais agravado quando ambos os progenitores usam, abusam ou são dependentes de substâncias

psicoactivas (Brook, Tseng, & Cohen, 1996; Frank, Brown, Johnson, & Cabral, 2002).

Pela maior probabilidade de existir na população toxicodependente a manifestação de perturbações psiquiátricas específicas, também há estudos que mostram poder estar comprometido o papel paternal, como modelo de identificação para os filhos: seja pela personalidade anti-social com manifestas alterações dos relacionamentos interpessoais e comportamentos de socialização (Clark, Parker, & Lynch, 1999; Moss, Mezzich, Yao, Gavaler, & Martin, 1995); seja pela problemática associada à depressão, ansiedade, intolerância à frustração, como um importante determinante de comportamento parental disfuncional (Brook, Brook, Rubenstone, Zhang, Castro, & Tiburcio, 2008; Johnson, Cohen, Kase, & Brook, 2004); seja, também, pela menor disponibilidade afectiva e menor centração no filho por parte dos pais toxicodependentes, com vínculo pai ou mãe/filho a expressar-se frequentemente por uma relação de conflito, na qual é difícil serem colocados limites e regras (Blackson, Tarter, Martin, & Moss, 1994; Brook, Tseng, & Cohen, 1996).

A acrescer a tudo isto, e sobre o funcionamento dos indivíduos toxicodependentes, tendo em conta o casal conjugal e o casal parental: a investigação evidencia a relação desvinculada do pai toxicodependente (que apresenta baixo autoconceito de si e sentimentos de menor satisfação como pai), verificando-se uma relação desinvestida com a mãe dos seus filhos, bem como uma diminuta presença, quer como residente com os filhos, quer como garante do contributo/suporte financeiro (McMahon, Winkel, & Rousanville, 2008).

Concretamente, a intervenção deverá ser perspectivada num duplo sentido, tal como é comumentemente realizada em resultado da evidência empírica e sistematizada na proposta apresentada por Muchata e Martins (2010):

Por um lado, *um apoio próximo e continuado junto dos pais toxicodependentes, no sentido do desenvolvimento de uma parentalidade saudável, voltada para a sustentação da relação pai/mãe-filho*.

Por exemplo, os programas de tratamento dos pais toxicodependentes devem introduzir: a compreensão das ligações entre o uso de substâncias por parte dos pais e a desvinculação das relações pai/mãe – filho ou os problemas de comportamento dos filhos e o seu próprio abuso de substâncias

(Brook, Brook, Richter, Whitteman, Mireles, & Masci, 2002; Brook, Brook, Rubenstone, Zhang, Singer, & Duke, 2003; Brook, Tseng, & Cohen, 1996); ou, igualmente, a inclusão da demostração de que o uso de substâncias compromete, decisivamente, o exercício responsável e comprometido de Ser Pai, dificultando e muito ser alcançada uma Parentalidade adequada e saudável, como algo fulcral no papel do progenitor e para a promoção da proximidade da díade pai/mãe-filho (Brook, Brook, Richter, Whitteman, Mireles, & Masci, 2002; McMahon & Rounsaville, 2002; McMahon, Winkel, Suchman, & Rounsaville, 2007; McMahon, Winkel, & Rounsaville, 2008).

Por outro lado, e complementarmente, *a necessária intervenção focada na promoção da saúde mental dos filhos*, o que significa que, quanto antes, devem ser desenvolvidas ações centradas na identificação e rectificação das situações e vivências problemáticas dos filhos de toxicodependentes (Brook, Brook, Rubenstone, Zhang, Castro, & Tiburcio, 2008) – sejam crianças ou jovens/adolescentes, sendo que é ainda mais imperioso intervir quanto mais precoces são as etapas de desenvolvimento.

Estas intervenções que passam pela avaliação, diagnóstico e tratamento, desejavelmente, incluem o envolvimento de equipas multidisciplinares, mas também profissionais oriundos das áreas da saúde, educação, ação social, judicial, entre outras. Na órbita de um ajustamento mais saudável é inevitável ser abrangido o grupo de pares, seja na comunidade escolar, seja na rede social de apoio (e.g., Almeida, 1998 e 2001; Baptista, Morais, Florindo, & Duarte, 2008; Barroso & Salvador, 2007; Muchata, 2004; Pimenta, Ferreira, Rodrigues, Oliveira, & Rodrigues, 2007).

REFERÊNCIAS

Almeida, C. T. (1998). Os filhos dos toxicodependentes ou o trabalho com crianças em risco. *Toxicodependências, 4*(1), 41-50.

Almeida, C. T. (2001). Só o Super-Homem é que não chora… Acompanhamento a crianças filhas de toxicodependentes no Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) de Oeiras. *Toxicodependências, 7*(3), 23-28.

Baptista, C., Morais, A. T., Florindo, J., & Duarte, R. (2008). Análise descritiva de variáveis sócio-demográficas de toxicodependentes com filhos. *Toxicodependências, 14*(2), 45-50.

Barroso, C., & Salvador, E. S. (2007). Crianças que parecem andar um pouco por aí, pelo ar, ... Os filhos dos toxicodependentes no CAT de Leiria e no Pólo da Marinha Grande. *Toxicodependências, 13*(3), 61-68.

Benedek, T. (1970). The psychobiology of pregnancy. In E. J. Anthony & T. Benedek (Eds.), *Parenthood – Its psychology and psychopathology*. Boston: Little, Brown.

Bibring, G. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child, 14*, 113-121.

Biscaia, J., & Sá, E. (1997). A gravidez no pensamento das mães. Contributo para uma estratégia de avaliação da gravidez através do desenho. In E. Sá (Org.), *A maternidade e o bebé* (pp. 41-50). Lisboa: Fim de Século.

Blackson, T. C., Tarter, R. E., Martin, C. S., & Moss, H. B. (1994). Temperament-Induced Father-Son Family Dysfunction: Etiological Implications for Child Behavior Problems and Substance Abuse. *American Journal of Orthopsychiatric, 64*(2), 280-291.

Blatt, S. J., & Berman, W. H. (1990). Differentiation of personality types among opiate addicts. *Journal of Personality Assessment, 54*(1&2), 87-104.

Blatt, S. J., Berman, W., Bloom-Feshbach, S., Sugarman, A., Wilber, C., & Kleber, H. D. (1984). Psychological assessment of psychopatology in opiate addicts. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 172*(3), 156-165.

Brazelton, T. B., & Cramer, B. (1993). A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interação precoce. Lisboa: Terramar.

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research*. *Monographs of the Society for Research in Child Development, Serial No. 209*(1-2), 3-35.

Brook, D. W., Brook, J. S., Richter, L., Whiteman, M., Mireles, O. A., & Masci, J. R. (2002). Marijuana use among the adolescent children of high-risk drug-abusing fathers. *The American Journal on Addictions, 11*, 95-110.

Brook, D. W., Brook, J. S., Rubenstone, E., Zhang, C., Castro, F. G., & Tiburcio, N. (2008). Risk Factors for distress in the adolescente children of HIV-positive and HIV-negative drug-abusing fathers. *AIDS Care, 20*(1), 93-100.

Brook, D. W., Brook, J. S., Rubenstone, E., Zhang, C., Singer, M., & Duke, M. R. (2003). Alcohol use in adolescents whose fathers abuse drugs. *Journal of Additive Diseases, 22*(1), 11-34.

Brook, J. S., Tseng, L. J., & Cohen, P. (1996). Toddler adjustment: Impact of parents' drug use, personality, and parent – Child relations. *The Journal of Genetic Psychology, 157*(3), 281-295.

Caron, N. A. (2000). *A relação pais-bebê: Da observação à clínica* (1ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Christopher, C., Umemura, T., Mann, T., Jacobvitz, D., & Hazen, N. (2015). Marital quality over the transition to parenthood as a predictor of co-parenting. *Journal of Child and Family Studies, 24*, 3636-3651.

Clark, D. B., Parker, A. M., & Lynch, K. G. (1999). Psychopathology and substance-related problems during early adolescence: A survival analysis. *Journal of Clinical Child Psychology, 28*(3), 333-341.

Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez – A experiência psicológica.* Lisboa: Colibri.

Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emocional attachement: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Phychology*, *66*, 167-183

Cotralha, N. (2004). *Adaptação psicológica à gravidez em mulheres toxicodependentes*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Cotralha, N. R. (2007). *Adaptação psicológica à gravidez em mulheres toxicodependentes*. Lisboa: Dinalivro.

Deutsch, H. (1945). *La psychologie des femmes – Étude psychanalytiques* (6ème éd., Vol. I – Enfance et adolescence, Vol. II – Maternité). Paris: Presses Universitaires de France.

Dias, C. A. (1980). *A influência relativa dos factores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano (demografia das toxicomanias)*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra: Delagrange.

Estêvão, A., (1995). Fantasias paternas no último trimestre da gravidez. *Análise Psicológica*, *13*(1/2), 195-202.

Figueiredo, B., Mendonça, M., & Sousa, R. (2004). Versão portuguesa do Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA). *Psicologia, Saúde & Doenças 5*(1), 31-51.

Frank, D. A., Brown, J., Johnson, S., & Cabral, H. (2002). Forgotten fathers: An exploratory study of mothers' report of drug and alcohol problems among fathers of urban newborns. *Neurotoxicology and Teratology, 24*(3), 339-347.

Gleser, G., & Ihilevich, D. (1969). An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*(1), 51-60.

Golse, B. (2007). *O ser-bebé*. Lisboa: Climepsi Editores.

Gomes-Pedro, J., Monteiro, M. B., Patrício, M. F., Carvalho, A., Torgal-Garcia, F., & Fiadeiro, I. (1989). Meaning and effects of early intervention on mothers. In J. Gomes-Pedro (Ed.), *Biopsychology of early parent-infant communication* (pp. 47-61). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Hettinger, L. A., Nair, P., & Shuler, M. E. (2000). "Exposure to environmental risk factors and parenting attitudes among substance abusing women." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 26*(1), 1-11.

Ihilevich, D., & Gleser, G. C. (1991). *Defense in psychotherapy: The clinical application of the Defense Mechanisms Inventory*. Owosso, Michigan: DMI Associates.

Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2004). Paternal psychiatric symptoms and maladaptive paternal behaviour in home during the child rearing years. *Journal of Child and Family Studdies, 13*(4), 421-437.

Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, *8*(2), 371-376.

Justo, J. M. (1986). *Introdução ao estudo da organização defensiva na mulher grávida*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Justo, J. M. (1989). Teste D.M.I. "Defense Mechanisms Inventory" – Versão feminina portuguesa – Primeiros resultados de normalização. *Psicologia Clínica, 2*, 47-56.

Khantzian, E. J. (1972). A preliminary dynamic formulation of the psychopharmacologic action of methadone. In *Proc. fourth national conf. methadone treatment*. New York: Nat. Ass. Prevention of Addictions to Narcotics.

Khantzian, E. J. (1974). Opiate addiction: A critique of theory and some implications for treatment. *American Journal Psychotherapy, 28*, 59-70.

Khantzian, E. J. (1978). The ego, the self and opiate addiction: Theoretical and treatment consideration. *International Review of Psycho-Analysis, 5*, 189-198.

Khantzian, E. J., Mack, J. E., & Schatzberg, A. F. (1974). Heroin use as an attempt to cope: Clinical observations. *American Journal of Psychiatry, 131*(2), 160-164.

Krystal, H., & Raskin, H. A. (1970). *Drug dependence aspects of ego function*. Detroit: Wayne State University Press.

Kumar, R., Robson, K. M., & Smith, A. M. R. (1984). Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research, 28*(1), 43-51.

Lamela, D., & Figueiredo, B. (2016). Coparenting after marital dissolution and children's mental health: A systematic review. *Jornal de Pediatria, 92*(4), 331-342.

Machado, C., Branco, V., Sousa, A. (2008). Adolescência: da vinculação à individuação. *NFAD – Revista de Psicologia – International Journal of Developmental and Educational Psychology, 20*(1), 211-221.

McMahon, T. J., & Rounsaville, B. J. (2002). Substance abuse and fathering: adding poppa to the research agenda. *Addiction, 97*, 1109-1115.

McMahon, T. J., Winkel, J. D., & Rounsaville, B. J. (2008). Drug abuse and responsible fathering: A comparative study of men enrolled in methadone maintenance treatment. *Addiction, 103*(2), 269-283.

McMahon, T. J., Winkel, J. D., Suchman, N. E., & Rounsaville, B. J. (2007). Drug-abusing fathers: patterns of pair bonding, reproduction, and paternal involvement. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 295-302.

Mirin, S. M., Meyer, R. E., & McNamee, H. B. (1976). Psychopathology and mood during heroin use. *Archives of General Psychiatry, 33*, 1503-1508.

Missonnier, S. (2007). Le premier chapitre de la vie: Nidification fœtale et nidation parentale. *La Psychiatrie de l'Enfant, Paris, 50*(1), 61-80.

Moss, H. B., Mezzich, A., Yao, J. K., Gavaler, J., & Martin, C. S. (1995). Aggressivity among sons of substance-abusing fathers: Association with psychiatric disorder in the father and son, paternal personality, pubertal development, and socioeconomic status. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 21*(2), 195-208.

Muchata, T. (2004). O que eu mais queria era que a minha história não se repetisse – Trabalho desenvolvido com filhos dos utentes, no Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Braga. *Toxicodependências, 10*(1), 63-67.

Muchata, T., & Martins, C. (2010). Impacto da toxicodependência na parentalidade e saúde mental dos filhos – Uma revisão bibliográfica. *Toxicodependências, 16*(1), 47-56.

Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroinodependentes. Características e evolução de uma amostra. Tese de Doutoramento*. Lisboa: Universitária Editora.

Palminha, J. M., Lucas, A. M., Vasconcelos, M. T., Manteigas, M. Z., Mano, M. A., Costa, M. H., . . . Nunes, J. M. (1993). *Os filhos dos toxicodependentes – Novo grupo de risco Bio-Psico-Social.* Porto: Bial.

Parquet, J., & Bailly, D. (1987). Jeunes mères toxicomanes et leurs enfants. *Entretiens de bichat, 198. Médecine* (p. 190). Paris: Expansion Scientifique Française.

Parquet, J., & Bailly, D. (1988). Toxicomanie et grossesse. *Neuropsychiatrie de l'Enfance, 36*(2-3), 109-117.

Pimenta, A., Ferreira, A. I., Rodrigues, F., Oliveira, L., & Rodrigues, M. (2007). Análise descritiva das variáveis sociodemográficas relativas aos filhos dos utentes do CAT Ocidental do Porto. *Toxicodependências*, *13*(2), 55-61.

Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população Portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças, 2*(1), 77-99.

Sá, E. (2001). *Psicologia do feto e do bebé*. Lisboa: Fim de Século.

Silva, L. J., & Silva, L. R. (2009). Mudanças na vida e no corpo: Vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. *Revista Enfermagem, 13*(2), 393-401.

Szejer, M. (2004). Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. In L. Corrêa Filho, M.E.G Corrêa, & P. S. França (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (1ª ed., pp. 188-204). São Paulo: L.G.E.

Teixeira, C. (2018). *Onde estava antes de ter nascido? – Um estudo sobre a vinculação pré-natal.* Lisboa: Chiado Editores.

Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(5), 730-742.

Ware, J. E., Johnston, S. A., Davies-Avery A., & Brook, R. H. (1979). *Conceptualization and measurement of health for adults in the health*

insurance study: Volume III, Mental Health, (R-1987/3-HEW). Santa Monica, CA: The RAND Corporation.

Weissman, M., Marr, S. W., & Katsamples, P. L. (1976). Addiction and criminal behaviour: A continuing examination of criminal addicts. *Journal of Drug Issues, 6*(2), 153-165.

Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 22*, 820-843.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

IDEAÇÃO SUICIDA EM IDOSAS FREIRAS?

Vitória Rosa dos Santos[1] (✉ virosasantos@gmail.com), Cloves Antonio de Amissis Amorim[1], Ana Maria Moser[1], & Almir Wellinton de Souza[1]

[1] Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, há duas formas pela qual a violência autodirigida se manifesta, primeiramente no comportamento suicida, pela via de pensamentos, tentativas e pelo suicídio consumado; e por meio de atos de violência infringidos pelo indivíduo a si mesmo (Minayo & Cavalcante, 2010).

Segundo Botega (2015), a ideação suicida é um conceito que parte desde pensamentos passageiros de que a vida não vale a pena ser vivida até preocupações intensas sobre o porquê viver ou morrer. Para Freitas, Barbosa e Neufeld (2016), a ideação suicida pode ser caracterizada desde um singelo desejo de não acordar pela manhã, até planejamentos específicos de se matar. Ressalta-se que para Humes, Vieira e Fráguas (2016) a ideação suicida pode ou não apresentar plano específico ou tentativa de suicídio.

De acordo com o Datasus/Ministério da Saúde (BR), no período de 2000 a 2015, houve um aumento na taxa de suicídios, na população em geral de 3,9% para 5,5% em cada 100 mil habitantes. A variação foi de 40%. As faixas etárias de 10 a 14 anos, e os idosos configuram o maior crescimento da taxa. Sendo que, atualmente a população idosa é a que mais cresce no Brasil. (Minayo & Cavalcante, 2010; & Pinto, Assis e Pires, 2012).

Parece haver uma associação entre o risco de tentativas de suicídio e a ideação suicida, uma vez que, Silva, Oliveira, Botega, Marín-León, Barros e Dalgalarrondo. (2006) demonstra que, 60% dos indivíduos que se suicidavam, apresentavam ideação suicida prévia. Assim como, Organização Mundial da Saúde (OMS) em um estudo multicêntrico, com 10.641 pessoas, demonstrou que, 16% apresentaram algum episódio de ideação suicida ao longo da vida, dos quais, 12% tentaram suicídio após um ano (Figueiredo,

Silva, Vieira, Mangas, Souza, Freitas, Conte, & Sougey, 2015). A razão entre tentativas e suicídios consumados é muito próxima nesta faixa etária, quase 2:1, sendo assim quando se há uma tentativa de dar cabo a vida nesta população deve ser levada muito a sério, pois a chance de ser efetivamente concretizada é alta (Minayo & Cavalcante, 2010).

De acordo com Minayo e Cavalcante (2010) as mulheres apresentam mais pensamentos suicidas que os homens. Para Beutrais (2006) as mulheres apresentam maior propensão ao suicídio, já que, apresentam fatores como: maior ocorrência de distúrbios alimentares, maior prevalência de depressão, ideação e tentativas de suicídio, psicose pós-parto, grande ocorrência de ideação suicida após aborto induzido, assim como em situações de baixo nível de estrogênio e serotonina; vulnerabilidade a perda dos filhos, e violência doméstica contra ela e os filhos; os quais contribuem para o comportamento suicida feminino. (Minayo & Cavalcante, 2013).

Ressalta-se que, as normas de gênero estão presentes em todas as sociedades e que em sua maioria se apresentam desfavoráveis para as mulheres (Meneghel, Gutierrez, Silva, Grubits, Hesler, & Ceccon 2012). Deste modo, as diferenças culturais entre homens e mulheres podem se tornar fatores determinantes ou potencializadores da ocorrência do suicídio.

Segundo Meneghel et al. (2012), as hierarquias de poder entre os sexos, segue presente e naturalizada, principalmente em relação a população idosa. Minayo e Cavalcante (2013) destacam que, atualmente há uma escassa literatura sobre suicídio em mulheres, principalmente as idosas, ainda que, comparado aos homens da mesma faixa etária, elas realizam maior número de tentativas de suicídio.

Minayo e Cavalcante (2013), em sua pesquisa, identificaram fatores associados ao suicídio feminino em idosas, tais como: impactos da violência no curso da vida (na infância, intrafamiliar e de gênero), problemas vinculados à dinâmica familiar (rearranjos familiares e perda da autonomia), efeitos de comorbidades, e perdas e lutos por pessoas referenciais.

Ressalta-se que, a mulher na terceira idade se encontra mais propensa a ter sua saúde mental afetada, visto que, tendem a sofrer mais de isolamento e solidão, tem uma autoimagem mais depreciativa, e uma visão mais negativa da velhice (Falcão & Araujo, 2010). Nesse sentido, conclui-se que, com o envelhecimento, há mudanças significativas na vida do idoso, das quais podem ser positivas ou negativas, de acordo com a interpretação que cada idoso atribuirá aos eventos de sua vida, cujo o desfecho pode ser, para a

maioria dos idosos, a ideação suicida ou a tentativa de suicídio (Silva et al., 2015).

Segundo Dalgalarrondo (2007), a influência da religião quanto ao modo de construir e vivenciar o sofrimento mental tem sido observada por muitos pesquisadores, Stroppa e Moreira-Almeida (2008) evidenciam que, observações clínicas realizadas a mais de século, já sugerem uma relação entre depressão e religiosidade. E em sua maioria demostram que o nível de envolvimento religioso está inversamente associado ao nível de sintomas depressivos.

Pimentel (2012) conclui que, as crenças e práticas religiosas apresentam-se como recursos para enfrentar acontecimentos negativos, favorecem o indivíduo a lidar com a doença física e mental, favorece o suporte social, e afastam o indivíduo de comportamentos autodestrutivos.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, cujo objetivo foi caracterizar e descrever a conduta suicida, com ênfase em ideação suicida e a presença de depressão em mulheres idosas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisas em pessoas sob o número CAAE 04615018.9.0000.0020.

Participantes

Participaram 14 idosas, com idade entre 72 e 91 anos, todas freiras, aposentadas de suas atuações. Elas eram institucionalizadas em uma casa de repouso, destinada exclusivamente a freiras idosas. Os dados foram coletados individualmente, a partir de três instrumentos: um questionário sociodemográfico (produzido pelos autores), da Escala de Ideação Suicida de Beck e ao Inventário de Depressão de Beck.

Material

A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) objetiva detectar a presença de ideação suicida e a intensidade com que cada indivíduo deseja e tem razões para morrer, assim como, mede a extensão da motivação e

planejamento de um comportamento suicida. O Inventário de depressão de Beck (BDI) mede a intensidade da depressão, assim como, revela o padrão sintomático.

RESULTADOS

Participaram do estudo 14 idosas, de idades que variaram de 72 e 91 anos. Todas elas eram freiras, e se dedicaram a religião a maior parte de suas vidas, mas atualmente não se encontravam mais atuantes profissionalmente. Muitas delas devido às comorbidades advindas da idade.

Levando em consideração a espiritualidade delas, assim como o tema proposto na pesquisa, uma parcela das integrantes da casa, se negaram a participar. Durante a pesquisa foi observado a utilização da fé como mecanismo de defesa frente às questões abordadas, assim como a influência da desejabilidade social.

Destaca-se também, que foi observado a necessidade de escuta das idosas, visto que, o tempo esperado para a aplicação dos testes excedeu. Esperava-se em média 40 min por aplicação individual, porém, o tempo médio de aplicação foi de 1 hora e 30 minutos. Deste modo, o número de participantes foi menor do que o esperado. Evidencia-se que a questão 21, do questionário BDI, que se tratava do interesse sexual foi desconsiderada. Visto que, todas as idosas eram freiras e viviam em estado de castidade.

De acordo com o BDI, todas as idosas apresentaram no mínimo um fator característico de depressão, sendo os mais pontuados, a questão 16 (21%), que verifica a presença de distúrbios de sono, como insônia e hipersonia; seguido da questão 11 (13%), que avalia o humor deprimido. No âmbito dos distúrbios do sono, as idosas alegaram questões como, incontinência urinária por conta da idade e a resistência a métodos que contribuam para um maior conforto; e o sentimento de marasmo e inutilidade, atribuindo este às suas comorbidades, visto que, atualmente não conseguem realizar as tarefas, como no passado. Se encontrando muito angustiadas, por estarem impossibilitadas de efetuar os afazeres domésticos, como lavar louça, lavar roupa, cozinhar e varrer a casa; assim

como atividades relacionadas ao autocuidado, tomar banho, vestir-se e locomover-se. Também é necessário ressaltar que a migração para esta casa de repouso e oração é uma escolha das superioras e não da própria irmã.

A vista disso, Neri (2001) evidencia que, as mulheres são afetadas pelas suas comorbidades, pela forma como ela afeta os outros integrantes de seu meio social (Falcão & Araujo, 2010). Segundo Debert (1999) as mulheres experienciam uma situação de vulnerabilidade dupla, na fase da velhice, a partir de dois tipos de discriminação, primeiramente como mulher, e logo como velha. Sendo que, em quase todas as sociedades a mulher é valorizada, somente, por seu trabalho doméstico. Cavalcante, Minayo e Mangas (2013) destacam que há uma relação diretamente proporcional entre as pressões sociais e o risco de suicídio.

Klafke et al. (2017) ressalta que, idosos em que se encontram em situações debilitadas, tanto no âmbito das capacidades físicas, como nas mentais; tendem a retirar-se do convívio social, visto que nutrem um sentimento de incapacidade e invalidez. Deste modo, se apresentam fatores que contribuem para o sentimento de inutilidade.

Para Bosi (1994); e Figueiredo et al. (2015), o sentimento de inutilidade referido pelos idosos, já se constitui como um fator social, visto que, com a ascensão do capitalismo, fundou-se uma visão preconceituosa do envelhecimento, baseada na ideia de que, o indivíduo é útil enquanto produz. Como resultado, o idoso, que ao envelhecer, e consequentemente, se aposentar e manifestar necessidades de cuidado, deixa de ser um membro ativo da sociedade, e passa a ser considerado inútil.

Na questão 11 (13%), questão que avalia o humor deprimido, as participantes alegaram uma facilidade de irritação consigo, pela incapacidade frente a realização das tarefas domésticas, assim como, irritação frente às dificuldades das colegas na realização adequada dos cuidados com a casa. Schlindwein-Zanini (2010) afirma que:“A presença de déficits cognitivos, alteração na memória, na velocidade de raciocínio, recorrentes episódios de confusão, além de problemas para dormir, podem se relacionar com a sintomatologia de demência e depressão.” (Klafke, 2017, p. 112)

A depressão é caracterizada pela predominância de humor depressivo e/ou irritável, e anedonia (Paradela, 2011). Destaca-se entre os sintomas clássicos da depressão o choro, tristeza, apatia, desesperanças, culpa,

sentimentos de inutilidade, e menos valia, ideias de morte, falta de energia, dores difusas, alterações no sono, apetite e hábito intestinal, e diminuição da libido (Paradela, 2011). Stella, Gobbi, Corazza e Costa (2002), destaca que o surgimento da depressão no idoso, está ligada a um contexto de perda de qualidade de vida, associada ao isolamento social e a doenças clínicas graves.

Enquanto a aplicação do BSI, das participantes, somente quatro apresentaram características de uma possível ideação suicida. Nesta escala foi observado uma maior resistência frente às questões abordadas, visto que o mesmo, mede atitudes, planos e comportamentos pertinentes a ideação suicida, deste modo, não foi obtido um campo exploratório significativo. Evidencia-se que a participante (6), apontou o percentual mais alto, em ambos os testes e apresentou um escore positivo, no questionário BDI, no item 9, ideias suicidas, demonstrando certa potencialidade suicida.

Observou-se segundo o comportamento das participantes, o fator da desejabilidade social, pois diversas vezes se foi perguntado aos aplicadores, se as respostas dadas por elas estariam corretas. Barros, Moreira e Oliveira (2004) afirmam que a desejabilidade social se caracteriza como "a tendência para transmitir uma imagem culturalmente aceitável e de acordo com as normas sociais, evitando críticas em situações de teste." (p. 241).

Destaca-se que, o suicídio é um tema que historicamente foi tratado como *tabu*. Ou seja, a ideação suicida é vista como uma tentação do diabo. Assim sendo, todas elas apresentaram justificativas pautadas na religião e espiritualidade, principalmente nas questões do âmbito da ideação suicida, a respeito do desejo de se matar, como por exemplo:

> *"Desejo de me matar? Nunca, é pecado!" (91 anos)*
>
> *"A tentação vem né, pois sabe como é... o diabo está a solta. Mas eu oro, e Deus é mais forte. Então a tentação vem, mas vai embora como um sopro." (86 anos).*

Stroppa e Moreira-Almeida (2008) indicam a relação entre religiosidade e saúde mental, dado que, dependendo da crença e do tipo de uso, a religião pode proporcionar maior aceitação, firmeza, e adaptação a situações difíceis da vida, consequentemente gerando paz, autoconfiança, perdão, e uma imagem própria positiva. Assim como, existe a possibilidade de gerar culpa,

dúvida, ansiedade e depressão por aumento da autocrítica. Koenig (2009) agrega o fato da religião promover uma perspectiva positiva da vida; facilitar a aceitação do sofrimento; favorecer a percepção de controle (indireto) sobre a vida; e reduzir a solidão e o sofrimento ao proporcionar uma comunidade de suporte social e divino; da mesma maneira que, podem reforçar tendências neuróticas, favorecer sentimento de culpa ou medo, e restringir a vida (Pimentel, 2012).

Neri (2011) destaca que, na velhice, devido às perdas e outras limitações, há uma busca de ressignificar a vida, deste modo a espiritualidade auxilia no restabelecimento de critérios de percepção e avaliação da vida, servindo como referência na ampliação projeto de vida, em que o idoso analisa sua perspectiva pessoal quanto a existência e seu término (Silvero & Rosin, 2014).

DISCUSSÃO

Parece que atualmente, a população idosa, segue naturalizando um sistema de desigualdade entre homens e mulheres. Consequentemente, as mulheres acabam apresentando maiores vulnerabilidades, frente aos seus papéis sociais pré-estabelecidos. Com a chegada da velhice, a exercer o devido papel social da mulher se torna mais difícil, e muitas vezes um desafio, levando-se em consideração, não somente, as comorbidades advindas da idade, mas como, eventos estressantes decorrentes do período da terceira idade.

Por conseguinte, o sentimento de inutilidade se faz presente, se mostrando necessário maiores pesquisas que trabalhem esta temática de forma específica, assim como, uma atenção maior neste fator, principalmente por via dos profissionais que prestam assistência a esta faixa etária.

Não se identificou a presença de depressão em nenhuma das participantes, podendo se inferir que tenham ocorrido o mecanismo da desejabilidade social (um mecanismo de falseabilidade de respostas, quando se aplica um instrumento ou uma entrevista), ou ainda, por se tratar de uma população homogênea com a presença da religiosidade intrínseca, que pode ser considerada como fator protetivo de quadros de transtornos do humor.

As quatro participantes que apresentaram fatores de possível ideação suicida, também apresentavam maiores limitações em função do estado de saúde física.

Complementa-se que, o profissional de saúde deve estar alerta aos sinais e sintomas da depressão em idosos, encontrando-se capacitados a atendê-los. Visto que, segundo Figueiredo et al. (2015) a Atenção Básica de saúde se apresenta como um mecanismo de promoção a saúde, e atuam diretamente na qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS

Almiro, P. A. (2017). Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação Psicológica, 16*(3), 253-386. doi.org/10.15689/ap.2017.1603.ed

Beutrais, A. L (2006). Women and suicidal behavior. *Crisis, 27*(4), 153-156. doi: 10.1037/a0013973

Bosi, E. (1994) *Memória e sociedade: Lembranças de velho* (3ª ed.). São Paulo: Companhia das Letras.

Botega, N. J. (2015) *Crise suicida*: *Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.

Cavalcante, F. G., Minayo, M. C. S., & Mangas, R. M. N. (2013). Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva, 18*(10), 2985-2994. doi.org/10.1590/S1413-81232013001000023

Dalgalarrondo, P. (2007). Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: Histórico e perspectivas atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *34*(1), 25-33. doi.org/10.1590/S0101-60832007000700005

Debert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento.* São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp.

Falcão, D. V. S., & Araújo, L. F. (2010). *Idosos e saúde mental*. Campinas, SP: Editora Papirus.

Figueiredo, A. E. B., Silva, R. M., Vieira, L. J. E. S., Mangas, R. M. N., Souza, G. S., Freitas, J. S., Conte, M., & Sougey, E. B. (2015). É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. *Ciência e Saúde Coletiva (Rio de Janeiro), 20*(6), 1711-1719. doi: 10.1590/1413-81232015206.02102015

Freitas, E. R., Barbosa, A. J. G., & Neufeld, C. B. (2016). *Terapias cognitivo-comportamentais com idosos.* Novo Hamburgo: Sinopsys.

Humes, E. C., Vieira, M. E. B., & Fráguas, R. J. (2016) *Psiquiatria interdisci plinar*. São Paulo: Editora Manole.

Klafke, R. L et al. (2017). Perda Cognitiva, Depressão e Ansiedade na Terceira Idade. *Revista Jovens Pesquisadores (Santa Cruz do Sul), 7*(1), 106-117.

Meneghel, S. Z., Gutierrez, D. M. D., Silva, R. M., Grubits, S., Hesler, L. Z., & Ceccon, R. F. (2012). Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva, 17*(8), 1983-1992.

Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. *Revista Saúde Pública, 44*(4).

Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G (2013). Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro), 29*(12), 2405-2415. doi.org/10.1590/0102-311X00048013

Paradela, E. M. P. (2011). Depressão em idosos. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, 14*(1).

Pimentel, E. (2012). Coping religioso: A prática da oração. *Theologica* (2.ª Série), *47*, 2.

Pinto, L. W., Assis, S. G., & Pires, T. O. (2015). Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. *Ciência & Saúde Coletiva, 17*(8), 1963-1972. doi.org/10.1590/S1413-81232012000800007

Rodrigues, N. O., & Neri, A. L. (2012). Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(8), 2129-2139.

Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2008). Religiosidade e saúde. In M. I. Salgado & G. Freire (Orgs.), *Saúde e espiritualidade: Uma nova visão da medicina* (pp. 427-443). Belo Horizonte: Inede.

Santos, A. G., & Monteiro, C. F. S. (2018). Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *26*, e3099. Epub 29 de novembro de 2018.

Silva, V. F., Oliveira, H. B., Botega, N. J., Marín-León, L., Barros, M. B. A., & Dalgalarrondo, P. (2006). Fatores associados à ideação suicida na comunidade: Um estudo de caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*, *22*(9), 1835-1843.

Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. L. R. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Revista Motriz, 8*(3), 91-98.

Silvero, I., & Rosin, N (2014). *Envelhecimento Humano, Espiritualidade e Cuidado: Introdução aos fundamentos do envelhecimento humano* (Vol. 1). Passo Fundo: IFIBE.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSO: SOLUÇÃO OU PROBLEMA?

Vitória Rosa dos Santos[1] (✉ virosasantos@gmail.com), Ana Maria Moser[1], Cloves Antonio de Amissis Amorim[1], Victoria Beatriz Di-Visconti Cortez[1], & Lethicia de Freitas Martins[1]

[1] Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil

O cenário mundial vem sendo caracterizado pelo envelhecimento populacional e o Brasil tem apresentado um dos mais rápidos crescimentos da população idosa (Alencar, Bruck, Pereira, Camara, & Almeida, 2012; Alves-Silva, Scorsolini-Comin, & Santos, 2013; Minayo & Cavalcante, 2010).

A pesquisa realizada por Jerez-Roig, Sousa, Andrade, Lima Filho, Medeiros, Oliveira, Cabral Neto e Lima (2016), evidenciou a necessidade e escassez de pesquisas voltadas a percepção do idoso sobre si mesmo, principalmente com relação a sua saúde, visto que a população idosa tem crescido em ritmo acelerado. Evidencia-se a relevância de pesquisas que prezem pela qualidade de vida desta população.

A referida qualidade de vida, de acordo com Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente (2005), está relacionada com o bem-estar pessoal e com a auto-estima, abrangendo fatores socioeconômicos, capacidade funcional, estado emocional, interação social e o suporte familiar.

Com a ascensão do capitalismo, fortaleceu-se uma visão preconceituosa do envelhecimento, baseada na ideia de que o homem é útil enquanto produz. Como resultado, o idoso, ao envelhecer, e consequentemente, se aposentar e manifestar necessidades de cuidado, deixa de ser um membro ativo da sociedade, passando a ser considerado inútil (Bosi, 1974).

Embora o preconceito em relação ao envelhecimento, que dá origem ao fenômeno ageismo, já estavam presentes no século XIX, foi ratificada com os resultados publicados por Yerkes, em 1921 (Neri, 1995). Esses

resultados serviram de base para o que Lehr, em 1988, denominou Modelo deficitário de desenvolvimento Mental na Vida Adulta (Neri, 1995). O ageismo se caracteriza pela discriminação e preconceito contra idosos (Couto, 2007), sendo internalizada pela sociedade como um todo, e consequentemente pelos próprios idosos, que absorvem a ideologia voraz do lucro e da eficácia (Bosi, 1974; Figueiredo, Silva, Vieira, Mangas, Sousa, Freitas, & Sougey, 2015).

O envelhecimento é uma experiência heterogênea, pois depende de variáveis denominadas gradação por idade, variáveis denominadas pelo contexto histórico e variáveis não normativas, isto é basicamente do estilo de vida. Usualmente quando o idoso apresenta uma fragilidade física e/ou perda cognitiva muito acentuada, a família, principalmente devido a fatores financeiros e/ou emocionais, necessita internar este idoso (Debert, 1999).

Segundo Falcão (2015), no Brasil, constata-se que, existe 103 mil idosos asilados, de acordo com o censo demográfico de 2000. Indicou-se também que, a proporção de idosos em instituições é crescente com a idade e que sua população em maioria, são mulheres. Em relação ao estado civil, a maioria dos homens são solteiros e as mulheres viúvas.

Em 2003, houve uma tentativa de descaracterizar o asilo (como uma instituição total), modificando-se o nome para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's). Ressalta-se que se faz necessário também humanizar as instituições, pois ainda em pleno século XXI as ILPI's ainda são consideradas instituições totais.

Goffman (1961) aborda instituições totais como, locais que contemplam um número relativamente grande de indivíduos em situação semelhante, que foram afastados da sociedade por determinado período, tem suas vidas administradas de maneira formal e fechada. Para Bleger (1988), a vida em instituições e em comunidade se diferenciam em vista, de que, na comunidade o indivíduo tem a possibilidade de manter toda a relação social de uma pessoa. Comparando a vida em instituições totais com a vida em comunidade, Debert (1999) aponta que nas instituições há uma impossibilidade de uma vida pública ativa e é o que diferencia a vida na comunidade.

É possível perceber a necessidade de humanização dessas instituições, sendo que a política nacional de humanização, estabelecida pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo colocar a humanização como política presente em todo o sistema de saúde (Souza & Mendes, 2009). De acordo com Bosi

(1974), o processo de humanização se faz necessário. A abolição dos asilos e a construção de casas decentes para a velhice, não segregadas do mundo ativo, deveria acontecer devido a uma necessidade real na oferta de vagas para idosos, constatada pelas altas taxas de fila de espera presentes nas Instituições. Compreende-se a demanda pelo fato de que há um envelhecimento populacional mundial associado ao aumento da expectativa de vida e aos novos arranjos familiares, fazendo-se necessário pensar e planejar soluções para o futuro. Essa afirmação é corroborada por Camargos (2014).

De acordo com Oliveira e Rozendo (2014) pode-se colocar a ILP'I, como sendo um lugar ambíguo para o idoso, pois ao mesmo tempo que acolhe, abriga e proporciona cuidados e qualidade de vida, a instituição aprisiona e mortifica. Segundo Dezzam (2015), as ILP'S ainda carregam a marca da rejeição social, do abandono, do "peso" que esses indivíduos sentem que representam para a família. De maneira geral, Quadros e Patrocínio (2016) perceberam que os idosos acabam por se sentir marginalizados, sem expectativas, sem sonhos e, muito menos, realizações.

Nesse sentido, o objetivo da pesquisa foi identificar a Percepção de idosos relacionado a Instituição de longa permanência para idoso.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisas em pessoas sob o parecer CAAE 12457119.5.0000.0020.

Participantes

Participaram 183 idosos residentes na cidade de Curitiba, com idade igual ou superior de 60 anos.

Material

Os dados foram coletados individualmente, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado, constituído de sete questões abertas.

Procedimento

Os resultados foram analisados a partir dos programas Microsoft Excel e IBM SPSS statistics 20, seguindo a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre e Lefèvre (2006).

RESULTADOS

Dos participantes, a maioria (64,2%) eram mulheres, e os demais (35,8%) eram homens, na faixa etária de 60 á 90 anos. A maior proporção de mulheres no estudo, é um fator consequente da feminilização do processo de envelhecimento, devido a três fatores: (a) ampliação da cobertura previdenciária, (b) o maior acesso aos serviços de saúde e (c) crescimento da tecnologia médica (Camarano, 2003). Consequentemente, acabam participando de atividades extra domésticas, de organizações e movimento de mulheres, e apresentam maior probabilidade de ficarem viúvas e em situações economicamente desvantajosas (Camarano, Kanso, & Mello, 2004); os que a levaria a residir em uma ILPI.

Dos idosos que participaram do estudo, em sua maioria (61,7%) são casados, seguido de viúvos (21,7%); nível superior completo (29,1%), ensino médio completo (27,4%), e fundamental completo (9,1%); aposentados (41,1%), ocupação do lar (24,6%).

Para esta amostra, um asilo consiste essencialmente em um lugar que indica "ausência da família" (24%), "lugar de idosos dependentes" (11,7%) e um "lugar triste" (14%). Observa-se que, a "ausência da família" expressa uma segregação dos idosos de seus laços sociais, assim como, o afastamento do trabalho, que por sua vez estão associados ao envelhecimento (Magnabosco-Martins; Vizeu-Camargo & Biasus, 2009; e Veloz; Nascimento-Schulze & Camargo, 1999).

A institucionalização dos idosos, às vezes resulta em sentimentos de abandono/isolamento, vazio e perda do sentido da vida devido a diminuição dos laços afetivos (Silva, Mangas, Figueiredo, Vieira, Sousa, Cavalcanti, & Apolinário (2015) com a família, visto que muitas acabam diminuindo a frequência de visitas aos seus familiares (Motta, 1989),

principalmente por duas razões: outras atividades competitivas, e/ou sentimento de culpa (Alves-Silva, Scorsolini-Comin, & Santos, 2013).

Percebe-se que a resposta "lugar para idosos dependentes", apresenta um dos estigmas frente as ILP's, em vista de sua origem. Santana e Coutinho (2012) apresentam as instituições asilares como uma antiga modalidade de atendimento para pessoas com limitações motoras ou cognitivas, sem família ou moradia. Tornando-se similar às instituições que atendem doentes mentais, no sentido de apresentar um objetivo curativo frente aos pacientes, mas acabam por segregar os mesmos (Bleger, 1988).

A maioria (67,8%) dos entrevistados declarou já ter conhecido um asilo, e destes (13,1%) foi por meio de visitas realizadas para conhecidos. Enquanto a minoria (32,2%) declarou não conhecer um asilo. Embora, quando perguntado onde e quando haviam conhecido, a maioria (72,7%) não respondeu. Dos idosos que responderam que já haviam conhecido um asilo, houve idosos salientando fatores negativos (44,4%) e fatores positivos (41,1%), enquanto dos idosos que responderam não conhecer um asilo (32,2%), houve ênfase nos fatores negativos (6,8%) e fatores positivos (1,7%). Salienta-se que, do total da amostra, em sua maioria (91,5%) não respondeu à pergunta.

O preconceito dos idosos deriva da própria nomenclatura, pois o termo "Asilo" demonstra sentidos muitas vezes depreciativos relacionados à pobreza, abandono, condições precárias de saúde, possibilitando a concepção de estereótipos ruins relacionados às ILPI's (Christophe & Camarano, 2010). Em vista disso, utilizam-se outras expressões como: lar de velhinhos, Jardim ou Casa de Repouso; que visam substituir a rotulação discriminatória (Debert, 1999; Moser & Moser, 2010).

Comparando a questão "o que achou o Sr(a). achou do asilo?", com as questões "Quais são os benefícios de um asilo?" e "Quais são as desvantagens de um asilo", o fator "isolamento" (4,2%) foi reconhecido como uma desvantagem para os idosos que tiveram percepções tanto positivas (agradável, calmo, bonito, organizado, exprimiam cuidado, arrumado, limpo e etc.); como negativas (igual hospital, deprimente, desumano, local fechado, depósito de idosos, má condições e etc.). Entretanto é necessário considerar o contexto familiar em que o idoso está inserido, visto que muitas vezes é melhor viver em uma ILPI ao viver com a família que trate o mesmo com descaso (Tier, Fontana, & Soares, 2004).

Do mesmo modo, o fator "auxílio e cuidado" (3,5%), e "companhia" (2,7%) foram os mais citados entre os benefícios de um asilo, enfatiza-se que muitos idosos (39,3%) não responderam. Evidencia-se que o fator "companhia" estava relacionado a ideia de se relacionar com pessoas da mesma faixa etária e interesses parecidos, assim como, uma desvantagem, visto que alguns teriam um incômodo em conviver com idosos em situações de limitações físicas e mentais.

Nesse sentido, Debert (1999) em sua pesquisa, identificou três tipos de residentes de ILP's: os que seriam os velhos propriamente ditos; os que se encontram numa marcha acelerada; e os residentes que merecem respeito. No entanto Watanabe e Giovanni (2009), salientam que as ILPI's vem sendo classificadas de acordo com a Capacidade funcional (CF).

Os idosos foram questionados em relação aos benefícios e desvantagens de residir em asilos. A maioria dos idosos (39,8%) respondeu que "auxílio e cuidado" seria um fator importante, entretanto (10,7%) colocaram a qualidade do lugar como uma desvantagem.

Alguns idosos (13,3%) responderam "restrições e regras" como uma das desvantagens de residir em ILP's. Segundo Goffman (1961), isso é desencadeado pois, assim como a sociedade em que estamos inseridos, as ILPI's contam com algumas regras estabelecidas para que ocorra um planejamento a fim de atender os interesses da instituição e dos idosos. No entanto este fenômeno pode ser uma dificuldade para a adaptação do idoso (Costa & Mercadante, 2013)

Comparando "desvantagem" e "benefício", o isolamento (4,2%) foi a principal desvantagem, embora tenham citado como vantagem "auxílio e cuidado" (47%) e "companhia" (40%). Os benefícios relatados são confirmados por Debert (1999), ao relatar os resultados de sua pesquisa no qual foi encontrado três conjuntos de valores: manutenção da autonomia funcional, devido às próprias fragilidades ocasionadas pelo envelhecimento; não ser um estorvo para os filhos; e participação de uma vida social ativa e em relação a desvantagem, salienta a dificuldade dos residentes em conviver com os outros moradores (Debert, 1999).

Ressalta-se que quando perguntados sobre o que levaria os mesmos a residir em um asilo, 24,7% citou a família como um fator decisivo, manifestando razões como, a ausência da família ou o medo de se tornar um fardo para os familiares. Oliveira e Tavares (2014) verificaram que muitos (44,2%) dos idosos, procuram uma ILPI's por morarem sós.

Quando o idoso se sente um fardo para os familiares ou quando surgem limitações físicas por exemplo, segundo Debert (1999), o adentramento nas ILPI é caracterizada como uma forma de possibilitar a autonomia, e o resgate do papel social do idoso, visto que as ILPI's permitem ao idoso uma sociabilidade.

Quando questionados sobre o que os levariam a residir em um asilo, em sua maioria (30,3%) responderam o fator "limitações e saúde comprometidos", nesse sentido alguma experiência de dependência, pode levar os idosos a se sentirem indefesos, frustrados, e impotentes para tomarem decisões e enfrentarem seus problemas do cotidiano (Tavares & Aparecida-Dias, 2012), desenvolvendo um sentimento de peso para a família (Dezzam, 2015).

Esses mesmos temas, da questão "o que o levaria a residir em um asilo?": limitações e à saúde (30,3%), à família (27,4%), à solidão (14,3%) e à falta de opção (6,2%), foram abordados na pergunta "quem deveria residir em um asilo", que em sua maioria responderam "idosos solitários" (32,3%), seguidos de "idosos que necessitam de auxílio" (23,8%), "idosos enfermos" (9,4%), e "ninguém" (7,2%). Santos, Feliciani e Silva (2007), verificaram que muitos dos idosos foram encaminhados ou optaram por residir em ILPI's devido a autopercepção de não apresentarem condições de residirem sós.

Na questão "o que gostaria que houvesse em um asilo", respostas relacionadas aos aspectos físicos (46,4%) foram os mais citados, seguido dos aspectos emocionais (35,7%) e sociais (17,1%). Dentre elas, igualmente as respostas "lazer" (11,3%) e a "área verde/jardim" (6,5%).

Para Moura e Souza (2012), o lazer é um fator importante nas ILPI's, pois possibilita dar ritmo e significado à vida, permitindo ao idoso retomar vivências passadas e até mesmo criar novas. Este fato é confirmado pela importância verbalizada à "área verde/jardim", no qual ocorre devido a relação entre o contato com a natureza e o bem-estar psicológico (Ulrich, 1993), que levando a diminuição do stress e a melhora da saúde física, fenômeno explicado pela biofilia (Rojas, 2005).

Além do mais, a literatura (Matos, Mourão, & Coelho, 2016) salienta que determinadas experiências de vida (educação, lazer e ocupação) estão associadas, com um menor e mais lento declínio cognitivo, assim como a redução do risco de demência. Simeão, Martins, Gatti, Conti, Vitta e Marta (2018) destacam a importância do aspecto físico de uma instituição, visto

que o ambiente físico em que o idoso está inserido, pode ser um fator determinante frente a dependência ou não do indivíduo.

DISCUSSÃO

Conclui-se que, os principais resultados indicam que a percepção dos idosos em relação às ILPI's, é pessimista, isto é, essas continuam sendo consideradas um mal necessário e serve somente para idosos demenciais e/ou com graves problemas de saúde.

Nesse sentido, torna-se importante, políticas públicas que promovam a humanização das ILPI's, e que disponham de infraestrutura que correspondam às necessidades do idoso. Dado que, com o envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida decorrentes da senescência acrescidas da senilidade requer que os asilos deixem de fazer parte apenas do âmbito da assistência social e busquem uma integração de assistência à saúde, isto é, seja oferecido mais do que um abrigo. Visto que, pequenas mudanças no ambiente, as quais propiciem o resgate de capacidades que se encontram presentes, mas de forma latente, já emergem melhora na satisfação e qualidade de vida do indivíduo.

REFERÊNCIAS

Aires, M., Paz, A. A., & Perosa, C. T (2009). Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Porto Alegre, RS), 30*(3), 492-499.

Alencar, M. A., Bruck, N. N. S., Pereira, B. C., Câmara, T. M. M., & Almeida, R. D. S. (2012). Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *15*(4), 785-96. doi.org/10.1590/S1809-98232012000400017

Alves-Silva, J. D., Scorsolini-Comin, F., & dos Santos, M. A. (2013). Idosos em instituições de longa permanência: Desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *26*(4), 820-830. www.scielo.br/prc

Bleger, J. (1988). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Artmed: Porto Alegre.

Bosi, E. (1974). *Memórias e sociedade: Lembranças de velho.* S. Paulo: T. A. Queiroz Editor, Lta.

Camarano, A. A., Kanso, S., & Mello, J. L (2004). In Camarano (Org.), *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60* (Cap. 2, pp. 77-106). Rio de Janeiro: IPEA.

Camargos, M. C. S. (2014). *Instituições de longa permanência para idosos*: Um estudo sobre a necessidade de vagas. *Revista Brasileira de Estudos de População, 31*(1), 211-217.

Christophe, M., & Camarano, A. A. (2010). Dos asilos as instituições de longa permanência: Uma história de mitos e preconceitos. In Camarano (Org.), *Cuidados de longa duração para a população Idosa: Um novo risco social a ser assumido?* (pp. 145-162). Rio de Janeiro: IPEA.

Costa, M. C. N. S., & Mercadante, E. F. M. (2013). O idoso residente em ILPI (Instituições de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. *Revista Kairós Gerontologia*, *16*(2). doi: https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i1p209-222

Couto, M. C. P. P. (2007). *Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento*. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa.

Creutzberg, M., Gonçalves, L. H. T., & Sobottka, E. A. (2007). A sobrevivência econômica de instituições de longa permanência para idosos empobrecidos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *15*, 748-754.

Debert, G. G. (2012). *A reinvenção da velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp. [1ª ed., 1999]

Dezan, S. Z. (2015). O envelhecimento na contemporaneidade: Reflexões sobre o cuidado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Revista de Psicologia da UNESP* (São Paulo), *14*(2).

Falcão, D. V. S. (2015). *A família e o idoso: Desafios da contemporaneidade.* Campinas, São Paulo. Editora Papirus.

Faleiros, V. P., & Morano, T. (2009). Cotidiano e relações de poder numa instituição de longa permanência para pessoas idosas. *Rev. Textos e Contextos*, *8*(2).

Figueiredo, A. E. B., Silva, R. M. D., Vieira, L. J. E. S., Mangas, R. M. D. N., Sousa, G. S. D., Freitas, J. S., & Sougey, R. B. (2015). É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(6).

Goffman, E. (1961) *Manicômios, prisões e conventos*. Editora Perspectiva.

Jerez-Roig, J., Souza, D. L. B., Andrade, F. L. J. P., Lima Filho, B. F., Medeiros, R. J., Oliveira, N. P. D., . . . Lima, K. C (2016). Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. *Ciênc Saúde Coletiva*, *21*(11), 3367-3375.

Lefèvre, F., & Lefevre, A.M. (2006). O sujeito coletivo que fala. Interface. *Comunicação, Saúde e Educação, 10*(20), 517-524.

Magnabosco-Martins, C. R., Vizeu-Camargo, B., & Biasus, F. (2009). Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Universitas Psychologica, 8*(3), 831-847.

Matos, A. I. P. M., Mourão, I., & Coelho, E. (2016). Interação entre a idade, escolaridade, tempo de institucionalização e exercício físico na função cognitiva e depressão em idosos. *Rev Motricidade*, *12*(2).

Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G (2010). Suicídio entre pessoas idosas: Revisão de literatura. *Rev Saúde Pública*, *44*(4), 750-757.

Ministério da Saúde. (2003). *Estatuto do idoso*. Brasília, DF.

Moser, A., & Moser, A. M. (2010). *Colhendo flores entre espinhos: Ciência e atitudes pessoais garantindo um envelhecimento com qualidade*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Motta, E. (1989). Envelhecimento social. *A terceira idade, 2* (ano 2).

Neri, A. L (1995). *Psicologia do Envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida.* Campinas, SP: Papirus.

Oliveira, J. M., & Rozendo, C. A. (2014). Instituição de Longa Permanência para Idosos: Um lugar de cuidado para quem não tem opção? *Rev Bras Enferm*, *67*(5), 773-779.

Oliveira, P. B., & Tavares, D. M. S. (2014). Condições de saúde de idosos residentes em Instituição de longa Permanência segundo necessidades humanas básicas. *Rev Bras Enferm*, *67*(2), 241-246.

Quadros, M. R. S. S., & Patriocinio, W. P. P. (2016). O cuidado de idosos em Instituições de Longa Permanência e em Centros-Dia. *Revista PUC-SP Kairós Gerontologia*, *18*.

Santos, S. S. C., Feliciani, A. M., & da Silva, B. T. (2007). Perfil de idosos residentes em instituição de longa permanência: Proposta de ações de enfermagem/saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, *8*(3), 26-33.

Silva, R. M. D., Mangas, R. M. D. N., Figueiredo, A. E. B., Vieira, L. J. E. D. S., Sousa, G. S. D., Cavalcanti, A. M. T. D. S., & Apolinário, A. V. D. S. (2015).

Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Rev. de Ciências Saúde Coletiva*, *20*(6), 1703-1710.

Simeão, S. F. A. P., Martins, G. A. D. L., Gatti, M. A. N., Conti, M. H. S. D., Vitta, A. D., & Marta, S. N. (2018). Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos asilados e frequentadores do centro dia. *Ciência & Saúde Coletiva*, *23(11*), 3923-3934.

Souza, L. A. D. P., & Mendes, V. L. F. (2009). O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, *13*, 681-688.

Tavares, D., & Aparecida Dias, F. (2012). Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*, *21*(1).

Tier, C. G., Fontana, R. T., & Soares, N. V. (2004). Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *57*(3), 332-335.

Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: Um conceito subjetivo. *Revista brasileira de epidemiologia*, *8*, 246-252.

Veloz, M. C. T., Nascimento-Schulze, C. M., & Camargo, B. V. (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *12*(2).

Watanabe, H. A. W., & Giovanni, V. M. D. (2009). Envelhecimento & Saúde Boletim do Instituto de Saúde Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). *BIS, Bol Inst Saúde*, *47*, 69-71.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

NARRATIVAS DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA: SIGNIFICANDO O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Francisco Bento da Silva Filho[1], Marcela de Almeida Figueredo[1], Alícia Karine Oliveira Lopes[1], Cauê Pinheiro Costa de Alencar[1], & Liana Clébia de Morais Pordeus[1]

[1] Universidade Federal da Paraíba, Brasil

O consumo de substâncias psicoativas (SPAs) está culturalmente ligado a contextos e momentos diversos da vida humana, não se restringindo a fatores ligados à criminalidade, no caso de ilícitas, ou fármaco-mercadológicos, no caso de medicamentos (Gil & Ferreira, 2008). Religiosidade, recreação, geração, dentre outros elementos, expressam a variação de aspectos relacionados ao sentido e à compreensão do uso dessas substâncias. Como pontuam esses autores, as drogas estão nas culturas e "não podem ser entendidas fora delas" (p. 11). Assim, a história do consumo de SPAs é acompanhada, como também acompanha o curso da humanidade e consiste em um fenômeno multifacetado.

No âmbito acadêmico, a realidade brasileira aponta consumo de SPAs entre jovens universitários maior que seus pares da população geral (Brasil, 2010). É o resultado de pesquisa publicada em 2013, que objetivou comparar o uso de drogas entre graduandos brasileiros e a população geral nacional, bem como com acadêmicos norteamericanos, para identificar possíveis diferenças de uso por motivos culturais (Eckschmidt et al., 2013). O estudo mostrou consumo distinto entre os sexos, no meio acadêmico, tendo os homens uso mais frequente de maconha que mulheres de igual faixa etária. A frequência também foi maior entre universitários estadunidenses do sexo masculino, comparada a estudantes do sexo feminino. De forma geral, os percentuais norteamericanos superaram os brasileiros, exceto para inalantes, cujo consumo por brasileiros foi quase duas vezes maior.

A atenção para esse tema é, portanto, de suma relevância social, científica, política e cultural, visto alcançar diversos segmentos da sociedade.

E, considerando que a experiência com as SPAs, embora um fenômeno coletivo, adquire sentidos individuais, esta pesquisa voltou-se para a compreensão do significado do consumo de SPAs na vida de estudantes do curso de Psicologia da Universidade Federal da paráiba – UFPB. Para tanto, efetivou a análise e compreensão de narrativas, os significados e os sentidos do uso de substâncias psicoativas entre os universitários supracitados.

Para os fins colimados nesta pesquisa, considera-se substância psicoativa (SPA) qualquer substância (natural ou sintética, lícita ou ilícita) cuja química cause reações no sistema nervoso central e, consequentemente no estado natural do indivíduo. A experiência diz respeito a tudo que se passa no organismo do usuário, em qualquer momento. "A noção de experiência engloba, pois, tanto os acontecimentos de que o indivíduo é consciente quanto os fenômenos de que é inconsciente" (Rogers & Kinget, 1975, p. 161). Significa, pois, tudo o que integra a existência do ser, sejam fenômenos dos quais tem consciência, ou os significados de compreensão pouco clara, mas que participam da construção de como e quem a pessoa é.

Adotou-se a metodologia de pesquisa qualitativa de cunho fenomenológico. A fenomenologia "é denotada como o discurso sobre aquilo como é", portanto, "procura ver as coisas como se mostram para caracterizar o ser em sua unidade essencial e básica" (Buffon; Martins, & Neves, 2017, p. 3). Nessa configuração, é preciso "desvendar o fenômeno para além da aparência, apegando-se não aos fatos em si mesmos, mas sim aos seus significados, objetivando por a descoberto os sentidos menos aparentes, aqueles mais fundamentais do fenômeno" (Aguiar, 2004, p.15).

Acessou-se as experiências através da técnica da narrativa, consistindo em um meio de abordar e compreender a experiência de alguém, possibilitando-lhe comunicar seu vivido. Não explica ou informa algo, mas dá vazão aos sentidos de uma experiência, nessa postura que, fenomenológica, coloca em segundo plano as teorias preexistentes sobre o fenômeno estudado (Silva & Silva, 2014).

MÉTODO

Participantes

Na primeira fase do estudo buscou-se informações junto à Coordenação do Curso de Psicologia da UFPB, na data de 28 de fevereiro de

2019, constavam 453 estudantes com matrícula ativa. Na mesma data, foi possível obter também a relação de disciplinas ofertadas no referido semestre letivo, o que possibilitou elaborar um levantamento das disciplinas do primeiro ao último ano de curso. Após autorização da Coordenação, aplicou-se o questionário ASSIST tento sido finalizado o banco de dados, iniciou-se o contato, por e-mail, com os participantes que se dispuseram a participar da segunda fase da pesquisa. Agendadas as sessões de entrevista, as coletas das narrativas foram realizadas na Clínica-Escola de Psicologia da UFPB, local apropriado para a atividade, em virtude de oferecer um espaço seguro e adequado para a manutenção do sigilo e proteção das experiências narradas. Mediante autorização da Clínica-Escola de Psicologia da UFPB, foram utilizadas as salas de atendimento do referido local para a coleta das narrativas.

Participaram desta segunda fase da pesquisa sete estudantes do curso de Psicologia da UFPB, sendo cinco do sexo feminino e dois do sexo masculino. Houve participação de pessoas matriculadas entre os primeiros e últimos períodos de graduação.

Material

Utilizou-se o ASSIST (*Alcohol Smoking and Substance Involvement ScreeningTest*), que contém oito questões sobre nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos) abordando a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas sem sucesso de para ou reduzir o uso, além do sentimento de compulsão e o uso por via injetável. Junto com este, os participantes responderam a um Questionário Sociodemográfico, além de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta etapa representou a coleta de dados para fins de estudo epidemiológico, objeto da parte quantitativa da pesquisa.

Com o objetivo de acessar a experiência dos participantes, na segunda fase da pesquisa e objeto do presente texto, foi utilizada uma entrevista semi-estruturada com uma pergunta disparadora, nos seguintes termos: “O que você pode dizer sobre o uso de substância psicoativas a partir da sua experiência pessoal?”.

Procedimento

Para registro das narrativas foi utilizado o recurso de gravação de aparelho telefônico móvel, posteriormente repassado o áudio para o computador, para escuta e transcrição. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento para Gravação, autorizando o registro. Também foi utilizado um Diário de Campo registro das atividades realizadas ao longo da pesquisa, tanto durante a preparação para aplicar os instrumento, quanto durante a realização da coleta de dados.

Tratamento de dados

A pesquisa fenomenológica volta-se para a experiência do sujeito, "uma vez que tal perspectiva enfatiza a dimensão existencial do viver humano e os significados vivenciados pelo indivíduo no seu estar-no-mundo" (Dutra, 2002, p. 372). Nesse tipo de pesquisa, a metodologia traça um caminho de compreensão e não de explicação. Compreender significa ver a experiência do modo particular como ela acontece para cada pessoa. A partir das narrativas completas, transcritas, elaborou-se uma síntese compreensiva de cada uma, de forma a contemplar a experiência vivenciada e narrada, e o significado a ela atribuído. Em seguida, captados os sentidos para cada participante, em Unidades de Significado, passou-se a uma compreensão comparativa, buscando perceber elementos convergentes e divergentes entre as experiências desses estudantes. Isso possibilitou a construção de cinco Eixos de Sentido, ou Categorias, como denomina Bastos (2017), neles agrupando as referidas Unidades de sentido. As narrativas estão apresentadas como "N"-N1 a N7.

RESULTADOS

Intenta-se apresentar os resultados por tópicos que foram configurados como eixos de sentidos a partir da análise das narrativas, a saber: (1) Relação pessoal com substâncias psicoativas; (2) Relações interpessoais e o consumo de substâncias psicoativas (3) Motivação para consumir ou não substâncias psicoativas; (4) Significado da experiência com substância

psicoativa específica; (5) Percepção do consumo de substâncias psicoativas.

Percebeu-se os sentidos da *relação pessoal* dos alunos com as SPAs, percepções de si em relação ao consumo e como isso perpassa suas histórias de vida e subjetividade. Nessa direção, a literatura (Costa et al., 2017) indica a adolescência como o momento de primeiro contato com SPAs, como é claro na fala do(a) entrevistado(a) abaixo:

> Na adolescência eu já fazia uso recreativo de álcool [...] meu primo tinha começado a fumar cigarros, e me chamou [...] nessa mesma época [...] fez um baseado, assim, bem "pastel", numa folha de papel de caderno[...] foi a minha primeira experiência, acho que eu tinha quinze ou dezesseis (N3).

No que pertine *às relações interpessoais e o consumo de substâncias psicoativas*, foi possível reconhecer na fala dos entrevistados a influência de grupos de pertença como a família e o grupo de iguais: "Então, assim, esse contexto de drogas lícitas era familiar pra mim [...] Bebida era familiar no contexto social, era sempre comum" (N4). A família tem participação especial no desenvolvimento de uma pessoa, as relações desse ambiente influenciam diretamente na experiência de seus membros. Sendo, assim, abuso de álcool e uso de drogas no meio familiar também têm associação com os primeiros consumos por adolescentes (Calado, 2013; De Araújo et al., 2013). Comumente SPAs fazem parte dos grupos com os quais o indivíduo se identifica (De Araújo et al., 2013), dessa forma, outra influência vem das relações de amizade, tanto pelo desejo de dividir as experiências de consumo, quanto por pressão para pertencimento grupal. Fator presente no recorte seguinte: "Eu acho que eu comecei a usar mesmo, de verdade, SPAs, depois que entrei pra universidade, depois que eu vim pra João Pessoa [cidade]" (N4). Outros estudos (Costa et al., 2017) indicam o aumento do consumo de tabaco e de álcool (no caso deste, de forma abusiva) a partir do ingresso na graduação.

Em relação à *motivação ou não para o consumo de substâncias psicoativas*, entende-se que o consumo de SPAs envolve uma diversidade de questões como liberdade, sofrimento, prazer, curiosidade, transcendência, sociabilidade e outros (De Araújo et al., 2013; Silva, 2012). Sentidos que foram apresentados pelos participantes como motivadores para o consumo: "Eu comecei a usar por curiosidade" (N5).

> Eu deixo pra fumar depois [...] é uma recompensa, um luxo pelo estresse [...] esqueço o mundo, os problemas, quando eu to chapada, que eu tou só ali, com meus amigos [...] eu acho que eu não iria aguentar tá aqui, pressão de universidade, pressão de família, problema pessoal [...] com certeza aguentaria, só que depois que eu comecei a fumar ficou muito mais fácil (N4).

Os discuros que expuseram o *significado da experiência com substância psicoativa específica*, contemplam os sentidos ligados ao uso de determinadas substâncias e sua repercussão na vida dos participantes.

> Sempre to nisso, sabe, de querer fumar e ai às vezes eu recorro ao baseado, pra saciar essa minha vontade mesmo de fumar e não recorrer ao cigarro [...] prefiro acender o baseado [gíria utilizada para cigarro à base de maconha] do que acender o cigarro [...]. Ter parado de fumar [...] foi uma coisa muito boa pra mim (N1).
>
> Eu gosto muito de fumar antes, tipo ler, ver um filme, fazer algum trabalho manual, tipo, sei lá, lavar a louça, arrumar a casa, fazer uma faxina (N1)
>
> A maconha me deixa muito criativa, ela me ajuda a estudar, inclusive certas coisas eu só consigo estudar quando eu tou chapada (N7).
>
> Já conheci outros amigos [...], que ficavam extremamente loucos, tipo, com um baseado. [...] Todo mundo ficava tranquilo e aquele único amigo que ficava, tipo, transtornado e sempre dava problema. Então, tipo, pra ele a maconha era diferente, não era legal (N1).

Ainda analisando significado do consumo de substãncias psicoativas específicas, estudo com estudantes da Universidade de Lisboa – PT apresentou dados sobre a relevância do contexto universitário para o consumo de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, destacando o consumo de álcool e os estados de embriaguez mais frequentes entre os universitários, em comparação com a população em geral (Silva et al., 2015).

> A gente usa tantas outras coisas muito piores, como [...] o próprio álcool, que é muuuito mais danoso em qualquer aspecto comparado com maconha e é liberado [...] (N3).
>
> Acho que o álcool é a pior, de todas, não só pra mim, mas todas as pessoas que eu me relaciono, que usam qualquer tipo de droga, sempre falam que o álcool é a mais prejudicial de todos os sentidos (N5).

Por fim, em termo da *percepção do consumo de substâncias psicoativas*, os participantes relatam como suas experiências contribuem para a percepção que vêm construindo sobre as SPAs.

> Eu tenho certeza que entre eu e outras pessoas, eu não seria escolhida pra ganhar uma bolsa num projeto [...]. Por esse motivo, e eu não acho isso legal, mas isso é o único ponto negativo [...]. Uma questão social, né... Um estereótipo social (N4).
>
> Penso que deve haver legalização e regulamentação para qualquer droga [...] Talvez o termo 'droga' eu acho muito pejorativo e estereotipado [...] a gente atribui a substâncias de uso recreativo, e não lembra que a gente vai na farmácia comprar droga, que o médico prescreve [...] às vezes são mais danosas do que você fazer uso de substâncias recreativamente [...] digo isso porque eu faço o uso de antibiótico com uma certa frequência [...]. Se é pra ser droga, então que tudo seja [...] seja regulamentada e que se possa discutir a respeito (N3).

Atente-se para a presença de sentidos ligados à vivência universitária em todos os Eixos. Circundado de diversas mudanças, pessoais e sociais, o ingresso acadêmico trata-se, em geral, de uma transição de saída do Ensino Médio e início dos primeiros passos para a vida profissional. Para alguns, soma-se morar em outra cidade, além das novas exigências inerentes à graduação e a assunção de outras responsabilidades.

DISCUSSÃO

Os achados da pesquisa mostram que elementos circunstanciais diversos estão ligados ao consumo de substâncias psicoativas e que diferentes significados surgiram para cada experiência, ainda que se assemelhem em alguns aspectos.

Foi possível perceber a multiplicidade de sentidos que a experiência com o uso e consumo de substâncias psicoativas pode proporcionar, e que se trata de algo singular e fluido, adquirindo significados que podem mudar ao longo da vida. Assim como se expressa a existência do ser, "fluida, processual, semelhante e distinta de todos os outros, o que exclui a possibilidade

de explicá-lo através de verdades estáticas e aplicáveis a todos os outros seres" (Dutra, p. 377, 2002).

Os achados indicam que a pesquisa alcançou o objetivo de compreender os sentidos que a experiência com substâncias psicoativas proporcionam na vida de quem as consome, a partir das narrativas de estudantes universitários do curso de Psicologia da UFPB. A diversidade de repercussões, efeitos, entendimentos e sentidos em torno da droga acompanha e reflete a amplitude de seus contextos de existência e uso. Com isso, destaca-se, também, a importância de contribuições multidisciplinares para a compreensão do fenômeno, considerando uma perspectiva mais ampliada, ou várias perspectivas, para abordar o consumo de substâncias psicoativas e refletir acerca das motivações desse público consumidor. Por fim, acredita-se ser factível a contribuição da presente pesquisa na redefinição da maneira como o tema é abordado e de como as intervenções com o intuito de promoção de saúde são realizadas.

REFERÊNCIAS

Aguiar, E. (2004). *Desenho livre infantil: Leituras fenomenológicas*. Rio de Janeiro: E- Papers.

Alcântara da Silva, P., Borrego, R., Ferreira, V. S., Lavado, E., Melo, R., Rowland, J., et al. (2012). *Consumos e estilos de vida no ensino superior: O caso dos estudantes da ULisboa-2012 (Estudos – SICAD)*. Lisboa.

Bastos, C. C. B. C. (2017). Pesquisa qualitativa de base fenomenológica e a análise da estrutura do fenômeno situado: Algumas contribuições. *Revista Pesquisa Qualitativa, 5*(9), 442-451.

Brasil. (2010). Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. In A. G. Andrade, P. C. A. V Duarte, L. G. Oliveira (Orgs.), *I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras.* Brasília: Senad.

Buffon, A. D., Martins, M. R., & Neves, M. C. D. (2017). *A fenomenologia como procedimento metodológico em pesquisa qualitativa na formação de professores.* Trabalho apresentado no XI Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências, Florianópolis, SC.

Calado, V. G. (2013). Novas substâncias psicoativas. O caso da salvia divinorum. *Journal of Drug Education, 38.*

Costa, M. B., Martins, M. J. D., Proença, A. J., & Silva, A. M. (2017). Crenças e atitudes de estudantes do ensino superior associadas ao uso de substâncias psicoativas. *Psychologica*, *60*(1), 19-37.

Dutra, E. (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de psicologia, 7*(2), 371-378.

De Araújo, L. F., Sá, E. C N., Amaral, E. B., De Azevedo, R. L,.W., & Lobo Filho, J. G. (2013). Estudo psicossocial da maconha entre adolescentes do Arquipélago de Fernando de Noronha-PE. *Psico, 44*(2), 160-166.

Eckschmidt, F., Aandrade, A. G., & Oliveira, L. G. (2013). Comparação do uso de drogas entre universitários brasileiros, norte-americanos e jovens da população geral brasileira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatia, 62*(3), 199-207. doi.org/10.1590/S0047-20852013000300004

Gil, G., & Ferreira, J. (2008). Apresentação: A cultura, o estado e os diversos usos das "drogas". In B. C. Labate, S. Goulart, M. Fiore, E. MacRae, & H. Carneiro (Orgs.), *Drogas e cultura: Novas perspectivas* (pp. 9-13). Salvador: EDUFPBA.

Rogers, C. R., & Kignet, G. M. (1975). *Psicoterapia e relações humanas* (Vol. 1). Belo Horizonte: Interlivros.

Silva, L. V., & Silva, S. S. (2014). Uma abordagem fenomenológica na compreensão da mediunidade. *Interações, 9*(16), 266-292.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

O PAPEL DOS AVÓS HINDUS NO BEM-ESTAR E SAÚDE DOS NETOS

Ivete Monteiro[1] & Natália Ramos[2]

[1] Hospital Dona Estefânia, CHULC & CEMRI, UAb, Portugal
[2] Universidade Aberta & CEMRI, UAb, Portugal

As quatro décadas de permanência dos hindus em Portugal revelam não só a determinação e a coragem desta comunidade, que procura diariamente integrar-se na dinâmica da sociedade portuguesa, contribuindo para a economia e para a criação de relações sociais e afetivas, mas sobretudo, demonstram o valor que os hindus atribuem à sua cultura, mantendo tradições e práticas milenares, que os ajudam a estruturarem-se como indivíduos e contribuem para a coesão da comunidade. O sentimento de pertença a esta cultura milenar é cultivado deste o nascimento, reproduzindo através dos gestos, práticas e comportamentos, tradições que foram sendo perpetuadas e reinventadas. A herança cultural da comunidade hindu transcende o simbolismo, materializando-se diariamente nas práticas e nas atitudes que nos transportam aos primórdios de uma cultura rica em crenças e tradições, que diariamente são adaptadas e aprimoradas, mantendo viva a cultura hindu não só na Índia, mas também em diversos contextos migratórios por todo o mundo.

A vinda para Portugal de muitos hindus, após a revolução do 25 de abril, conduziu, inevitavelmente, à necessidade de afirmação da sua identidade cultural como parte integrante de uma comunidade distinta, mas que simultaneamente procurava integrar-se numa nova realidade social e cultural. As diferenças significativas, visíveis sobretudo a nível do vestuário, da alimentação e da língua, constituíram elementos identitários característicos e foram deixando as suas marcas, criando simultaneamente curiosidade e desconfiança. A comunidade hindu conseguiu reverter as dúvidas e desconfianças iniciais, dando a conhecer a sua cultura, não impondo mas apresentando os seus valores e as suas práticas como parte

integrante da sua vivência e da sua forma de ser e de estar. A necessidade de afirmação da cultura hindu em contexto migratório conduziu à reprodução de práticas e de atividades festivas, invocando memórias, recordações e gestos, que fizeram parte da infância dos hindus que vieram para Portugal. O regresso ao passado, o voltar a tecer memórias e recordações, conduziu a um fortalecimento da cultura hindu, atribuindo um valor mais intenso à família, à cultura e à Índia como berço cultural e identitário. A evocação e transmissão de memórias e de práticas é feita pelos elementos mais antigos da comunidade, inicialmente procurando reproduzir tradições que mantivessem viva a ligação com a sua cultura e com os seus antepassados, e posteriormente, assegurando que os jovens hindus não se afastassem da sua cultura de origem. Assim, os elementos mais velhos da comunidade tomaram a seu cargo a organização de festas, a reprodução de dias festivos, a comemoração de casamentos, recorrendo às suas memórias e procurando através do seu exemplo, que os elementos mais jovens da comunidade hindu conhecessem as suas práticas e tradições. Os templos são lugares ricos em tradições religiosas, onde o hinduísmo é elevado à sua essência mais pura, mas é na intimidade das casas que as práticas religiosas, culturais e populares se materializam, dando uma continuidade mais intimista e familiar aos saberes tradicionais e dos mais velhos.

A maior disponibilidade dos avós, os quais se encontram numa etapa do ciclo de vida em que é promovida a espiritualidade, o apoio às gerações mais novas, o bem-estar e o sossego em detrimento da ambição material, potencia que estes sejam por excelência os educadores e orientadores dos elementos mais novos da família (Moore & Rosenthal, 2017). Ser avô constitui o papel principal na etapa final da vida, dando continuidade aos valores familiares, perpetuando os saberes dos mais velhos e tendo um papel determinante na socialização e educação dos mais jovens (Ramos, 2005, 2012, 2017; Singh, 2013). É valorizada a sua experiência, a sua sabedoria e a sua capacidade de cuidar. Os próprios pais fazem questão que os avós, sobretudo as avós, tenham uma participação ativa na educação e no bem-estar dos filhos, dando-lhes a primazia de serem os primeiros a dar o banho, a fazer as orações diárias no *mandir* da casa e a pedir a bênção sobre os filhos. É um sinal de respeito e de reconhecimento do seu esforço e do seu trabalho. Os avós ficam satisfeitos com esta atenção retribuindo com carinho, transmitindo ensinamentos e ajudando

os netos a crescer nas tradições hindus, homenageando desta forma, os deuses e os antepassados da família. A reciprocidade emocional e vínculos que se estabelecem entre avós e netos descreve a recompensa mútua, na qual o significado de ser avó/avô é reconhecido e valorizado pelo afeto e cumplicidade e pela possibilidade de troca de saberes, incentivando a solidariedade intergeracional. As mudanças de papel quer a nível social, quer a nível familiar, refletem as mudanças dos contextos sociais e migratórios. Em Portugal, os avós hindus continuam a desempenhar o papel de matriarcas e patriarcas, dando conselhos quando solicitados, impondo respeito e estabelecendo regras de conduta através dos seus comportamentos e ações. A sua presença é sempre evidente e os seus ensinamentos são constantemente (re)lembrados. A necessidade de reprodução do papel de avós, que eles próprios vivenciaram como netos na Índia, ou em outros contextos migratórios como Moçambique, tem a sua expressão máxima nos cuidados ao espírito e ao corpo, e nas práticas de proteção que, sobretudo as avós utilizam frequentemente para afastar mau-olhado, inveja e más energias à criança.

O cuidar espiritual

"A minha avó levava-me sempre ao *mandir* de casa após o banho. Ela rezava por todos, mas especialmente pelos netos. Ela ensinou-me a rezar e a mostrar respeito pelos deuses!"

O respeito pela religião é uma das vertentes mais incutidas aos elementos mais novos da família. A religião hindu, como os seus valores e princípios, defende a vida como bem supremo, respeitando todos os seres vivos e promovendo a harmonia da pessoa com a natureza e o meio onde vive. A articulação entre a vertente espiritual, física e religiosa é preconizada por todos os hindus, mas é muito trabalhada na infância e na fase final da vida. Na infância é importante potenciar o equilíbrio e introduzir de forma gradual os valores e princípios do hinduísmo, enquanto que na fase final da vida é valorizado o despreendimento material e a elevação espiritual. As duas etapas da vida, embora aparentando pertencerem a extremos opostos, tocam-se na singularidade e na perspetiva religiosa e espiritual. A dedicação dos avós aos netos, potenciada pela sua maior disponibilidade, decorrente de um afastamento do mundo laboral, permite que os avós mantenham um contacto diário e

muito próximo com os seus netos. O amor e a preocupação que os avós têm com os netos fazem deles elementos privilegiados no cuidar, desde o seu nascimento até à idade adulta. Cria-se uma cumplicidade muito própria que se mantem para toda a vida e que é considerada determinante na qualidade de vida (Mahne & Huxhold, 2012; Ramos, 2005, 2012, 2017).

A nível religioso os avós são os guardiões dos valores, da proteção e da alma dos netos, zelando pela sua boa conduta e pela sua caminhada espiritual. A apropriação deste papel tem início logo que os avós sabem que vão ter um neto. Desde esse momento eles fazem orações específicas para que o bebé se desenvolva bem, tenha um bom carácter e seja protegido pelos deuses. Essas orações feitas individualmente por cada avó/avô podem ter uma visibilidade conjunta na presença da mulher grávida, duplicando os benefícios pedidas. A ideia de ser avó/avô começa a ser construída desde cedo, dando continuidade a uma família idealizada, eternizando valores e princípios, deixando marcas e vínculos identitários e afetivos. A materialização deste cuidado espiritual é concretizada através da apresentação diária dos netos no *mandir* doméstico, recitando mantras e incitando os mais novos a repetir os gestos e os sons (Monteiro, Ramos, & Vieira, 2017). Nas suas atividades conjuntas é frequente assistir à recitação de mantras, dentro de casa, no carro ou ao levarem os netos à escola, ensinando aos netos a importância da concentração, reflexão e meditação. Mesmo sem terem a noção do significado, esta repetição diária de gestos e sons conduzem à memorização e refletem a ligação íntima que todos os hindus têm com a religião. O hinduísmo como pilar fundamental da vida de todos hindus é valorizado através das orações, dos gestos e comportamentos, mas também através da meditação. Os avós introduzem os netos na prática do ioga, acompanhando-os nos exercícios e incentivando a que eles próprios criem as suas rotinas. Também nos templos e nas festividades são os avós que têm a primazia de ir com os netos aos altares colocar flores, comida ou simplesmente orar. Ao longo da vida da criança a presença dos avós mantem-se, procurando dar espaço para que a criança cresça e comece a fazer as suas escolhas. O legado religioso é reconhecido por todos, família e comunidade, sendo um elemento identitário significativo da ligação à cultura de origem, à Índia, valorizado sobretudo em contexto migratório.

Práticas de proteção

"Em minha casa o *cajal* fazia-se na cozinha. Eu lembro-me que a minha avó fazia todos os dias, com *ghee* e com uma colher de prata. E ela continuou a fazer assim aos meus filhos quando eles eram pequenos... Agora é mais fácil, já vem *cajal* pronto e nós compramos."

A fusão entre as práticas religiosas e as práticas populares é uma realidade no hinduísmo, sendo difícil encontrar um fundamento distinto e único para cada uma delas. A diversidade de práticas para pedir bênçãos, proteger os entes queridos ou simplesmente afastar as más energias constitui por si só um mundo distinto e particular, onde a interpretação de cada indivíduo imprime um significado único.

As práticas de cuidados e de proteção assentam em representações e crenças culturais, em etnoteorias difundidas através das culturas, e sobretudo nas famílias, onde são transmitidas de geração em geração (Ramos, 2003, 2004). A crença que existem más influências, mau-olhado, levou ao desenvolvimento de objetos e *mantras* de proteção, específicos para as crianças as quais são consideradas mais suscetíveis a estas más influências. A sua pureza e inocência e sobretudo a sua incapacidade em se defenderem aumentam a vulnerabilidade das crianças à inveja e ao mau-olhado, o qual pode ser lançado por pessoas que admiram a sua beleza e inocência, ou até pela própria mãe ao admirar o seu filho, segundo as crenças vigentes.

Na comunidade hindu as práticas de proteção mais evidentes são os amuletos de cor preta. Pulseiras, fios, peças de plástico que se colocam nos fios são responsáveis por afastar as más energias e por desviar olhares mais prolongados. A cor preta é pouco usada pois é uma cor menos apelativa, associada a acontecimentos menos positivos que não traduz estados de espírito benéficos. Desta forma, o uso desta cor em amuletos faz com que as pessoas desviem o olhar e não tenham maus pensamentos e más intenções. Também o uso do *cajal* (um pó de cor preta) tem a mesma função: afastar o mau-olhado. A sua colocação nos olhos, na testa, na palma das mãos e dos pés, ou em locais mais escondidos, como atrás das orelhas ou no couro cabeludo, tem a capacidade de proteger a criança (Monteiro, 2007; Monteiro & Ramos, 2018). A tradição hindu preconiza que este pó seja feito de forma artesanal em casa, sendo especialmente utilizado em recém-nascidos e em crianças muito pequenas. Em Portugal,

esta forma de proteção ainda é muito utilizada, embora as famílias hindus optem pela fórmula comercial já preparada. As práticas de proteção estão sempre presentes desde que exista um elemento mais velho na família. A queima de pimentas secas e sal associada a orações, em dias específicos da semana, serve para retirar os maus espíritos do corpo e do pensamento e é uma prática muito utilizada nas famílias hindus. Perpetuadas pelos elementos mais velhos, que são mais sábios e têm maior força interior, estas práticas são rituais de purificação e de limpeza de más energias e têm sido mantidas na intimidade das casas.

Medicina Ayurvédica

"A minha sogra dava aos meus filhos chá de funcho para as cólicas. Eles sofriam muito... o médico disse que ia passar para eu dar só o meu leite, mas a verdade é que com o chá de funcho passou. As avós sabem estas coisas, elas usam especiarias como o açafrão e o cravinho para tratar muita coisa. E resulta."

O uso de produtos naturais, como plantas, ervas e especiarias é muito comum na comunidade hindu e tem origem milenar, ou seja há mais de 5 mil anos. Este saber popular que preconiza a harmonia e o equilíbrio entre o corpo, a mente e a alma, foi herdado dos antepassados e foi reforçado através da experiência diária e do conhecimento que vai sendo aprofundado continuamente. Nem todas as pessoas da comunidade hindu detêm este conhecimento. Com efeito, são as pessoas mais velhas que utilizam primeiramente estes saberes na resolução de problemas simples como tratar a febre ou constipações, alívio de dores, indisposições digestivas ou cicatrização de feridas. No cuidado das crianças mais pequenas os avós preferem que os sintomas e as doenças tenham uma resolução rápida e por isso, conjugam frequentemente a medicina *ayurvédica* e a medicina tradicional, com a medicina ocidental, preconizada em contexto migratório. No entanto, em situações pontuais prevalecem os tratamentos caseiros, como por exemplo, no tratamento da acne dos adolescentes, as avós ensinam que se deve lavar o rosto com açafrão que tem propriedades antissépticas e permite fazer uma exfoliação suave, ou então, o uso de cravinho moído para tratar a dor de dentes. Além do uso de plantas e especiarias, o próprio consumo de alimentos e a forma de os preparar fazem parte do conceito de medicina *ayurvédica*. Este conhecimento dos avós constitui um recurso

válido, sendo utilizado pelos filhos e pelos netos. Constata-se que não existe uma interiorização da informação relacionada com a saúde e que não existe uma vontade e uma preocupação em os conhecer e aprofundar. O conhecimento e a tradição oral estão a perder-se, evidenciando a preferência pela prescrição e pelo consumo de medicamentos e de xaropes. O recurso à medicina ocidental, preconizada nas sociedades de acolhimento, está a tornar-se uma realidade dominante na comunidade hindu. A procura por resultados rápidos e eficazes e a crença que a medicina ocidental é melhor, faz com que os jovens hindus não recorram com tanta frequência à medicina *ayurvédica*, adaptando-se a uma nova realidade que consideram como mais eficaz e moderna e esquecendo ou abandonando as práticas medicinais mais antigas.

A massagem e o afeto

"A massagem é feita na minha família pelas mulheres mais velhas, as avós ou as bisavós. Só elas sabem os gestos e sabem como fazer sem magoar. Eu prefiro que seja a minha avó a fazer ao meu filho porque já fez a muitas crianças. Eu tenho orgulho nela porque muitas crianças da comunidade já passaram pelas suas mãos."

A primazia nos cuidados à criança é dada às mulheres, as quais são consideradas e preparadas para serem cuidadoras por excelência (Ramos, 2003, 2004, 2005; Monteiro, 2007; Desai, 2017). A preferência matrilinear tem várias justificações, desde a maior sensibilidade da mulher, à necessidade de repouso da mãe que está em período de recuperação, até à experiência das avós, ou ainda como sinal de respeito e de reconhecimento do saber dos mais velhos. Qualquer que seja a razão atribuída, é aceite por toda a família que as mulheres, e em particular, as avós, são as que melhor sabem cuidar das crianças, ensinando e utilizando os seus conhecimentos para potenciar a saúde dos seus netos. Desde o nascimento é a avó que cuida da criança, dando banho, massajando ou colocando óleos na sua pele. A fragilidade do bebé exige um cuidado que só as mãos conhecedoras e experientes das avós e bisavós podem dar. A ligação que se estabelece entre gerações materializa-se na forma singular, segura e dedicada como as avós cuidam dos netos. A linhagem matriarcal detém a sabedoria e a intuição que permitem que se prestem os melhores cuidados resultantes da observação dos cuidados de outras mulheres, geralmente mais velhas, da

transmissão empírica de saberes e da própria essência que é ser uma mulher hindu (Monteiro, 2007).

A massagem é o momento de simbiose total entre as avós e as crianças. Os movimentos da mãos e dos dedos, estimulam o desenvolvimento geral e potenciam o crescimento e bem-estar dos netos. A sua sabedoria e experiência é transformada em carinho e em amor e cada gesto representa a sua dádiva, legado e as suas memórias.

DISCUSSÃO

Os avós hindus desempenham um papel fundamental nos primeiros anos de vida dos seus netos, colaborando com os pais nos cuidados, na educação e na socialização da criança. A sua presença constante permite que exista uma articulação entre os valores tradicionais do hinduísmo e as práticas e costumes da sociedade de acolhimento, essenciais para a estruturação da identidade da criança em contexto migratório. O contributo para o bem-estar dos netos decorre naturalmente e é fruto da sua maior disponibilidade e da sua proximidade física. Com efeito, em Portugal os avós vivem na mesma casa ou possuem uma habitação próxima, o que facilita a criação de laços com os seus netos e a transmissão dos ensinamentos e dos valores hindus (Babu, Hossain, Morales, & Vij, 2018; Monteiro, 2007). A ligação de respeito, cumplicidade e tolerância é construída continuamente e baseia-se mais nos pormenores, do que na imposição. O contacto diário com os netos, possibilita que estes reproduzam os seus comportamentos e gestos e valorizem as suas palavras através das suas histórias. A presença física é determinante para que os netos conheçam as suas origens e mantenham um contacto ativo com a sua cultura, a diversos níveis tais como a alimentação, a religião, a língua e as práticas de cuidados. Os avós hindus representam a solidez, a força, mas também a coesão e a tradição sendo essenciais para o crescimento e desenvolvimento da criança hindu em contexto migratório, valorizando a identidade, as diferenças e a singularidade de cada um. São estes ensinamentos que se tornam vitais, nos dias de hoje, contribuindo para a segurança e estabilidade emocional dos jovens hindus.

REFERÊNCIAS

Babu, N., Hossain, Z., Morales, J., & Vij, S. (2018). Grandparents in Bangladesh, India and Pakistan. In D. W. Shwalb & Z. Hossain (Eds.), *Grandparents in cultural context* (p. 159-186). New York: Routledge.

Desai, P. (2013). The Times that are a-changing. In L. Gulati & J. Bagchi (Eds.), *A space of her own: Personal narratives of twelve women* (pp. 143-164). New Delhi: Sage.

Mahne, K., & Huxhold, O. (2012). Social contact between grandparents and older grandchildren: A three-generation perspective. In S. Arber & V. Timonen (Eds.), *Contemporary grandparenting* (pp. 225-246). Bristol: The Policy Press.

Monteiro, I. (2007). *Ser mãe hindu. Práticas e rituais relativos à maternidade e aos cuidados à criança na cultura hindu em contexto de imigração*. Lisboa: ACIDI, IP.

Monteiro, I., & Ramos, N. (2018). Práticas e crenças de saúde na comunidade hindu em *Portugal. Psicologia, Saúde & Doenças*, *19*(1), 64-70.

Monteiro, I., Ramos, N., & Vieira, C. C. (2017). Avós e transmissão intergeracional em famílias hindus migrantes em Portugal. In L. Moreira, E. Rabinovich, & N. Ramos (Orgs.), *Pais, avós e relacionamentos intergeracionais na família contemporânea* (pp. 361-380). Curitiba: Editora CRV.

Moore, S., & Rosenthal, D. (2017). *Grandparenting – Contemporary perspectives*. New York: Routledge.

Ramos, N. (2003). Etnoteorias do desenvolvimento e educação da criança. Uma perspectiva intercultural e preventiva. In C. Pires et al. (Orgs.), *Psicologia, sociedade e bem-estar* (pp. 161-177). Leiria: Ed. Diferença.

Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2005). Relações e solidariedades intergeracionais na família – Dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, *39*(1), 195-216.

Ramos, N. (2012). Avós e netos através da(s) imagem(s) e das culturas. In N. Ramos, M. Marujo, & A. Baptista (Orgs.), *A voz dos avós: Migração, memória e património cultural* (pp. 33-56). Coimbra: Gráfica de Coimbra e Fundação ProDignitate.

Ramos, N. (2017). Família, solidariedade e relações intergeracionais e de género: Avós e netos na contemporaneidade. In L. C. Moreira, E. Rabinovich, & N. Ramos (Orgs.), *Pais, avós e relacionamentos intergeracionais na família contemporânea* (pp. 227-247). Curitiba: Ed. CRV.

Singh. A. (2013). *Indian diaspora: Voices of grandparents and grandparenting*. Rotterdam: Sense Publishers.

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

PROCESSOS INTERCULTURAIS E COMUNICACIONAIS NA SAÚDE CIGANA NO BRASIL E PORTUGAL

Natália Ramos[1] & Aluízio de Azevedo Silva Júnior[2]

[1] Universidade Aberta & CEMRI, UAb, Portugal
[2] Ministério da Saúde, UNEMAT, Br & CEMRI/UAb, Portugal

Apresentamos nesse texto os cenários investigativos de uma investigação de doutoramento que pesquisou os processos interculturais de comunicação e saúde, a partir do mapeamento e análise de mediações envoltas na apropriação de políticas públicas de saúde para ciganos no Brasil e em Portugal. Destacamos os modos em que ancoramos tal problemática no campo da Comunicação & Saúde, evidenciando que os processos interculturais e comunicacionais, suas mediações e contextos, interferem diretamente no processo de acessibilidade e atendimento em saúde das populações ciganas que ocupam os serviços públicos de saúde de ambos os países.

Partimos do princípio de que as relações discursivas não são simétricas. Alguns atores das práticas discursivas, devido a um conjunto de fatores e competências, estratégias e contextos, detêm maior parcela do poder simbólico, poder de fazer ver e fazer crer (Bourdieu, 1989) e tornam-se vozes oficiais e hegemónicas, que vão ditando narrativas, regras e valores. Outros atores, desprovidos de capital económico ou cultural ficam à margem discursiva, tendo as suas vozes ora desqualificadas, por meio de políticas de silenciamento, com a utilização de estratégias como a censura ou a interdição; e ora apagadas, negligenciadas ou excluídas de qualquer possibilidade de manifestação ou visibilidade (Araujo, 2000).

Ter em conta essa dimensão, que aponta para as relações de poder e de desigualdades nas cenas discursiva e social é fundamental: tanto para construirmos uma análise crítica das políticas em conjunto com as pessoas ciganas; quanto para basilar os parâmetros da relação e comunicação que estabelecemos com elas, compreendê-las como dotadas de vozes e saberes próprios, que merecem ser escutadas (Ramos, 2001, 2008, 2012a,b, 2017).

Nesta ótica, consideramos que gestores e técnicos dos sistemas públicos de saúde, donos dos meios de produção e circulação e controladores de muitas fontes e fatores de mediação, averbam para si o direito à fala e a prerrogativa da verdade. Constituem-se como vozes oficiais autorizadas e passam a dominar opressivamente o jogo enunciativo, conduzindo os rumos das políticas de saúde e definindo histórias e narrativas dominantes. No contraponto, as pessoas ciganas, em sua maioria excluídas ou em situação de desigualdade e vulnerabilidade, negligenciadas na área da saúde e vivendo à margem das sociedades portuguesa e brasileira, tiveram suas vozes historicamente censuradas ou apagadas (Silva Júnior & Araujo, 2015). Mas, lutam pela inclusão social, colocando em (enunci)ação estratégias de resistência para se manterem na disputa pelo poder simbólico e estarem mais no centro da rede discursiva, conquistando o direito à saúde, à comunicação e à cidadania.

Partindo deste cenário, trouxemos uma questão levantada por Gayatri Spivak (2010), que incomodamente emerge ao ocuparmos o lugar de interlocução de pesquisadores que estudam grupos "subalternos", marginalizados ou colonizados, caso dos grupos ciganos: "pode o subalterno falar? Podem os ciganos participar do processo comunicativo das políticas públicas sem ocupar um lugar de inferioridade?".

Tais questões podem ser analisadas sob variados ângulos. Primeiro, porque a saúde é uma palavra complexa e ambígua que pode designar: um conceito, um campo científico, um serviço (unidades de saúde), um sistema (SUS e SNS), um estilo de vida ou bem-estar físico, social, psíquico, econômico, cultural e emocional. Portanto, precisa ser observada a partir das suas múltiplas determinações sociais (Almeida Filho, 2011; Ramos, 2004). Segundo, porque o universo cultural e social *romani* é repleto de contradições, lacunas, similar a uma colcha de retalhos gigantesca, composta por uma miríade de buracos e fios soltos, que exige conhecer, sensibilidade investigativa e múltiplos olhares. E terceiro, porque a comunicação, vista como processo social de sentidos, é multidimensional, multidirecional, fluida, da ordem do simbólico e constantemente em modificação (Ramos, 2001, 2004, 2012a,b).

Assim, não tivemos a pretensão de abranger totalmente as dimensões dessa complexidade. O intuito foi proceder a uma investigação que privilegiasse o debate e a reflexão aprofundada sobre o tema, que ainda carece de compreensão crítica e análise comunicacional, de modo a compreender

aquilo que de outro modo pode passar despercebido, como as iniquidades em saúde. Para tanto, alinhamo-nos a correntes e autores da C&S que problematizam a intervenção na realidade social, potencializando a luta política dos grupos estudados, a exemplo de Araujo e Cardoso (2007). Como Spivak, buscam "lutar contra a subalternidade", destacando a necessidade da criação de "espaços e articulações para que possam falar e ser ouvidos", que potencializem vozes periféricas, como as ciganas; que promovam participação e tenham em conta os contextos, questionando a exclusão dessas populações da possibilidade de protagonismo na saúde, particularmente, pela política de silenciamento e invisibilidade que tomam formas nas políticas e práticas de comunicação dos órgãos de saúde pública no Brasil (Aguiar, 2017; Lavor, 2014) e em Portugal (Ramos, 2001, 2004, 2005, 2008).

O campo da Comunicação & Saúde e a problemática da relação ciganos e saúde

"Por Comunicação e Saúde nos referimos à existência de um campo composto, formado em intercessão, buscando seus próprios caminhos políticos, conceituais e práticos. O Conectivo "e" expressa essa articulação, delimitando "um território de disputas específicas, ainda que atravessado e formado pelos elementos característicos de um, de outro e da formação social mais ampla que os abriga" (Araujo & Cardoso, 2007, p. 95).

O campo da C&S, vem-se estruturando a partir da década de 90 e abarca as interfaces entre outros dois campos: o da comunicação e o da saúde. De acordo com Araujo e Cuberli (2015, p. 339) como outros campos, é conformado por "história, políticas, discursos, teorias e metodologias, práticas e tecnologias, capitais, sujeitos individuais e coletivos, agendas, interesses, negociações, conflitos e interfaces". Ou seja, delineia-se no entremeio de conflitos, limites e desafios, sendo marcada por várias tendências, que buscam olhar processos que se referem à produção, à circulação e a apropriação, bem como a implementação de políticas de saúde e movimentos de caráter reivindicatório.

A comunicação configura-se como constituinte das práticas sociais e culturais, incluindo as decorrentes das políticas de saúde (Araujo & Cardoso, 2007; Ramos, 2001, 2004, 2017). De modo estruturante, o campo relaciona-se com o das políticas públicas, já que elas só se constituem

efetivamente quando são circuladas e apropriadas pela população. O conceito de apropriação ao qual nos referimos é a apropriação do circuito comunicacional (produção, circulação e recepção) e não a apropriação cultural, que aliada à violência, é uma estratégia de opressão (Santos, 2002). A apropriação comunicacional das políticas públicas afirmativas, se desdobra em formas de aceder a direitos cidadãos e a emancipação. A definição das políticas é sempre precedida por uma disputa simbólica pelo modo mais legítimo e adequado de analisar os problemas sociais e as reivindicações públicas e os seus modos de enfrentamento, processo em que o que está em pauta é o poder de fazer ver e fazer crer (Bourdieu, 1989).

Há diversos interesses e estratégias na disputa discursiva dos processos de comunicação das políticas e práticas de saúde. Assumimos uma abordagem da C&S que prioriza a cultura e a saúde pública coletiva (Ramos, 2004, 2012, 2017), um marco teórico e político "é impossível não assumir uma postura política quando se trata de um campo relacionado com práticas sociais tão importantes na vida dos seres humanos (Araujo e Cuberli, 2015, p. 2)".

Princípios para pensar a comunicação & saúde nos serviços de saúde

Nesta perspectiva, adotamos a visão de que a relação entre saúde e comunicação tem de ser equacionada no contexto da saúde, para promover cuidados de saúde éticos e social e culturalmente competentes (Ramos, 2004, 2012a,b, 2017), aplicando-se os mesmos princípios do SUS, como sugerem Araujo e Cardoso (2007). Estruturamos a problemática no campo da C&S observando a comunicação nos contextos de saúde, inclusive os investigativos, como vinculados à universalidade, equidade, integralidade, descentralização, e participação. Entendemos que estes princípios também são assumidos pelo SNS, em Portugal, nomeadamente a universalidade, a equidade e a integralidade, expressas, por exemplo, em documentos como a Estratégia Nacional de Integração para as Comunidades Ciganas 2013-2020 (ACID, 2013).

Universalidade: o princípio da universalidade passa pelo acesso e se aplica no entendimento de que a comunicação é também um direito de todos. As Constituições Brasileira e Portuguesa e os sistemas públicos de

saúde dos dois países estabelecem que a saúde é um direito de todos. Historicamente, o poder de falar sempre pertenceu às instituições estatais e oficiais de saúde, que o utilizaram na implantação de políticas, prescrevendo comportamentos e normas à população, a qual sempre foi vista como passiva, sem informações e direito à fala. Para combater esta situação, a proposta trazida pela C&S, aponta para o conceito de "lugar de interlocução" (Araujo, 2002), questionando o lugar de receptor passivo e silenciado, historicamente estabelecido para os ciganos; e pensa essa população com voz própria, que necessita e tem direito a ser escutada, ter um lugar de interlocução de agente de sua própria presença pública, sendo necessário a criação de canais apropriados de espaço de fala e de escuta.

Para compreender a prática comunicativa na clivagem da universalidade; o conceito de polifonia (Bakhtin, 2002) é indispensável, uma vez que, permitindo entender a natureza polifónica da linguagem e dos processos de silenciamento, busca dar vazão às vozes reprimidas nos processos políticos, sociais, económicos e culturais da saúde.

Ao refletir-se sobre o tema da apropriação das políticas públicas de saúde para ciganos a partir da ótica da universalidade, duas questões se colocam: (1) Os representantes das comunidades ciganas tiveram acesso à comunicação, as suas reivindicações foram ouvidas e os seus conhecimentos levados em consideração? (2) As pessoas ciganas conhecem os direitos de acessibilidade e universalidade que possuem no âmbito da saúde, fazendo uso deles?

Equidade: este princípio vincula-se à necessidade de tratar diferentemente os desiguais. As Constituições Federais de Brasil e Portugal e os documentos e leis que regem os seus sistemas públicos de saúde (SUS e SNS), trazem o princípio da equidade como uma premissa. A possibilidade de apropriação é um parâmetro para equidade. Para que o acesso seja universal, é preciso que o sistema de saúde e as suas políticas se adaptem às diversidades, contextos e condições sociais das populações, oferecendo acesso integral aos serviços de saúde, sem qualquer preconceito ou exclusão de etnia, género, idade, classe social, religião etc. O conceito de contextos está diretamente ligado à produção social dos sentidos e é compreendido como "práticas socioculturais onde os produtos culturais se originam e são consumidos" (Pinto, 2002). As linhas que separam os diversos contextos são flexíveis e colocam-se como espaços de negociação,

confrontos e lutas, afetando o acesso das pessoas às informações e apropriação, visto que o acesso não é garantido apenas pela oferta ou códigos, passando também pela articulação dos contextos de circulação e apropriação (Araujo, 2002).

Trata-se de oferecer condições de vida e saúde, como uma necessidade e possibilidade fundamental das pessoas e parte de uma premissa: a existência das desigualdades e da exclusão social. Daí a necessidade de elaborar políticas redistributivas, que considerem contextos e especificidades vinculados aos grupos marginalizados. A circulação é uma dimensão da comunicação onde a presença ou ausência da equidade incide fortemente. A capacidade de fazer circular ideias e participar de modo mais igualitário da rede de produção de sentidos não é distribuída equitativamente. É na circulação que as vozes são amplificadas ou silenciadas (Araujo & Cardoso, 2007).

No diapasão da equidade emergem questões: Quem na saúde consegue fazer circular a sua voz e ser ouvido? Que lugar na rede das políticas públicas os ciganos ocupam: em posições periféricas ou centrais? Em que contextos se produziram as políticas públicas para ciganos? Representantes da etnia participaram da sua elaboração, orientando suas necessidades e reivindicações? Apropriaram-se das políticas? Tiveram os seus direitos específicos respeitados? Como é que a saúde é percecionada pelas pessoas ciganas? Existem práticas de saúde tradicionais?

Integralidade: a integralidade prevê "uma comunicação multidimensional, entendida como práticas, saberes, memórias, expectativas, emoções, lugares de fala" (Araujo & Cardoso, 2007, p. 73). Portanto, exige atributos como: (a) Práticas de escuta e reconhecimento do lugar de interlocução do outro (polifonia); (b) Serviços como espaço de conversa e troca; (c) Recusa ao fechamento; e (d) Recusa as falas autorizadas. Ocorre que a maioria dos modelos atuais e vigentes da comunicação enfocam apenas o âmbito da produção, deixando a circulação e a apropriação incompletas. Cabe aqui uma pergunta central: Porque é importante fazer uma pesquisa de campo com os ciganos? Para estas autoras a apropriação é o lugar onde se define se a comunicação se realiza ou não e que sentidos finalmente dela resultarão; é o lugar no qual a polifonia social se manifesta com vigor. Neste princípio, outras perguntas: Que canais e instrumentos a rede pública de saúde oferece aos serviços para ouvir a população cigana?

E os gestores de políticas públicas, que canais e instrumentos utilizam para ouvir as suas necessidades, interesses e posições?

Descentralização: pensar o princípio da descentralização a partir da comunicação é caminhar no sentido de "desconcentração de poder", dado que "concentrar comunicação significa também concentrar poder" (Araujo & Cardoso, 2007, p. 77). O campo da comunicação tem a tradição de concentrar o poder da fala nas instituições, ou seja, o direito de falar e ser ouvido é desigualmente distribuído. O sentido é fortalecer atores sociais para o exercício da cidadania e do seu poder de cidadão: as pessoas adquirem poder simbólico quanto se apropriam dos meios de produção, circulação, conteúdos, processos e políticas. A concretização da descentralização pode ocorrer com a criação de canais locais de fala e escuta; a divisão equitativa de recursos gastos com as políticas públicas de saúde e a observância dos diversos contextos e atores ciganos envolvidos na pesquisa. Como foram os gastos com as estratégias de comunicação e materiais? Elas respeitaram os ciganos, suas especificidades e contextos? As pessoas ciganas se apoderaram das políticas em seu favor?

Participação: remete ao controle social, com a inserção da sociedade nos conselhos e outras formas de fiscalização dos serviços e ações estatais. A participação em qualquer serviço público de saúde é fundamental, tanto enquanto usuário/utente, como nas instâncias oficiais de acompanhamento e fiscalização, sejam elas do próprio órgão ou serviços vinculados aos órgãos de fiscalização e controle dos serviços públicos como o Ministério Público. Na comunicação, Araujo e Cardoso (2007) lembram que a participação está ligada aos outros cinco princípios. Para elas, o desafio da participação ocorre no quotidiano dos serviços, onde o nível mais simples, o direito de ser ouvido, é frequentemente negado. O SUS, por exemplo, destina canais para participação popular, como os conselhos e as conferências de saúde, mas não são espaços que garantem a discussão ou o acesso à participação de todos os grupos sociais, excluindo aqueles que não estão organizados, caso dos ciganos. Este princípio levou-nos a confirmar a necessidade de que para garantir a participação cigana no trabalho era preciso construir uma pesquisa de campo que conseguisse acompanhar o quotidiano, as lutas do movimento cigano; ouvindo e levando em consideração os relatos de pessoas dasta etnia. Esse princípio remeteu a questões práticas e metodológicas, sobre as

formas de criação de canais de escuta para que as pessoas ciganas participassem de fato na investigação, fortalecendo suas vozes e reivindicações na saúde, na comunicação e na cidadania.

DISCUSSÃO

Para compreender como o campo da C&S se articula com o nosso objeto empírico, é necessário compreender que no contexto da saúde para as populações negligenciados, incluindo os ciganos, a comunicação "precisa escutar e entender os silêncios, as ausências, amplificar as vozes historicamente abafadas, entender os sentidos clandestinizados por força das estruturas e práticas autoritárias" (Araujo & Cardoso, 2007, p. 111).

O direito à comunicação não se dissocia do direito à saúde e cidadania, no entendimento de que existe uma forte relação entre comunicação, cultura e desigualdade, que se expressa pela invisibilidade e pelo silenciamento, que, por sua vez, desembocam na exclusão e vulnerabilidade. Invisibilidade na comunicação que gera uma comunicação negligenciada e inadequada e uma ausência de indicadores e instâncias que cuidem das desigualdades e especificidades sociais e culturais na saúde (Ramos, 2001, 2008, 2012a,b, 2017).

Sem visibilidade não há políticas públicas, recursos financeiros, serviços adequados, acesso com qualidade e equidade. Populações negligenciadas, desiguais cultural e socialmente, não são contempladas adequadamente com políticas e serviços públicos, recursos financeiros, informação e comunicação (Araujo, Moreira, & Aguiar, 2013; Ramos, 2008, 2012a,b). Deste modo, não se respeita, os princípios da universalidade e da equidade, princípios adotados, em documentos norteadores pelos SUS e pelo SNS, mas que na prática dos serviços de saúde não são cumpridos, o que se configura como discriminação institucional e negligência na saúde, com impactos na saúde e bem-estar geral dos indívidos, grupos e comunidades.

REFERÊNCIAS

ACID. (2013). *Estratégia nacional para integração das comunidades ciganas: 2013-2020.* Disponível em http://www.acidi.gov.pt/_cfn/51d2a4fd86705/

live/Estrat%C3%A9gia+Nacional+para+a+ Integra%C3%A7%C3%A3o+ das+Comunidades+Ciganas, [Consultado em 10.12.2014].

Almeida Filho, N. (2011). *O que é saúde? Coleção temas em saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Araujo, I. S. (2000). *A reconversão do olhar.* São Leopoldo: Editora Unisinos.

Araujo, I. S. (2002). *Mercado simbólico: Interlocução, luta, poder: Um modelo de comunicação para políticas públicas.* Tese (Doutorado), Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Araujo, I. S. (2009). Contextos, mediações e produção de sentidos: Uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde. *RECIIS [Rio de Janeiro], 3*(3), 42-50. Acesso em 28 set. 2013, em http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/280/324

Araujo, I. S., & Cardoso, J. M. (2007). *Comunicação e saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

Araujo, I. S., & Cuberly, M. (2015). Comunicación y salud: Un campo en permanente movimiento. In Cesar Bolaño; Delia Crovi Druetta; Gustavo Cimadevilla (Orgs.), *La contribución de América Latina al campo de la comunicación: Historia, enfoques teóricos, epistemológicos y tendencias de la investigación* (Vol. 1, pp. 338-390). Buenos Aires: Editorial Prometeo.

Araujo, I. S, Moreira A. D. L., & Aguiar, R. (2013). Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada. Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. *RECIIS [Rio de Janeiro], 6*(4). Acesso em 04/02/2017, em www.reciis.icict.fiocruz.br

Bakhtin, M. (2002). *Marxismo e filosofia da linguagem.* São Paulo: Ed. Hucitec.

Bourdieu, P. (1989). *O poder simbólico.* Rio de Janeiro: Editora Bertrand do Brasil.

Garcia, C. (2017). *Comunicação e desrazão: Entre contextos e mediações, o direito à voz da pessoa com esquizofrenia.* Tese (Doutorado em Informação, Comunicação e Saúde), ICICT, Fundação Oswaldo Cruz.

Lavor, A. M. (2014). *Visibilidade, comunicação, políticas públicas e saúde: Ressonâncias e interrelações na saúde indígena.* Tese (Doutorado em Informação, Comunicação e Saúde), ICICT, Fundação Oswaldo Cruz.

Pinto, M. J. (2002). *Comunicação e discurso: Introdução à análise de discursos.* São Paulo: Hacker Editores.

Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: Para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, *35*(2), 155-178.

Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde.* Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2005). Contribuição do método fílmico para o estudo das representações sociais: Perspectivas teóricas e de pesquisa. A. Moreira et al. (Orgs.), *Perspectivas teórico metodológicas em representações sociais* (pp. 365-400). João Pessoa: EDUFPA.

Ramos, N. (2008). Comunicação e saúde em contexto multicultural. *Atas IV Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura* (28-30 de maio 2008), Faculdade de Comunicação, UFBA, Salvador.

Ramos, N. (2012a). Comunicación en la salud e interculturalidade: Para una mejor intervención en salude en el contexto de diversidade cultural. In H. Priego Alvarez & P. Remoaldo (Orgs.), *Mercadotecnia social en salud. Teoria y Práctica* (pp. 65-109). Universidade Juárez Autónoma de Tabasco: Tabasco.

Ramos, N. (2012b). Comunicação em saúde e interculturalidade. Perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *RECIIS [Rio de Janeiro], 6*(4), 1-19.

Ramos, N. (2017). Comunicação em Saúde, interculturalidade competências: Desafios para melhor comunicar e intervir na diversidade cultural em saúde. In L. Rangel & N. Ramos (Orgs.), *Comunicação e saúde. Perspectivas contemporâneas* (pp. 149-172). Salvador: EDUFBA.

Santos, B. S. (2002). *Para um novo senso comum: A ciência, o direito e a política na transição paradigmática.* São Paulo: Ed. Cortez.

Spivak, G. C. (2010). *Pode o subalterno falar*. Belo Horizonte: Editora da UFMG.

Silva Júnior, A. A. (2009). *A liberdade na aprendizagem ambiental cigana dos mitos e ritos Kalon.* Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação e Educação, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT.

Silva Júnior, A. A. (2018). *Produção social de sentidos em processos interculturais de comunicação e saúde: A apropriação das políticas públicas de saúde para ciganos no Brasil e em Portugal.* (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, ICICT, FIOCRUZ. Disponível em https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33131

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

OS AVÓS: MEDIADORES INTERGERACIONAIS E TRANSMISSORES DE SABERES SOCIOCULTURAIS

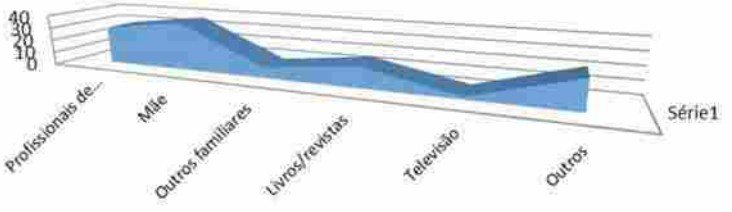
João Paulo Vieira Rodrigues[1]
[1] CEMRI – Universidade Aberta, Portugal

Este texto é um excerto da Tese de Doutoramento em Psicologia, na especialidade de Psicologia Intercultural intitulada: "Os avós na família e sociedade contemporâneas. Uma abordagem intergeracional e intercultural" sob a orientação da Professora Doutora Natália Ramos, na Universidade Aberta. Foi utilizada uma metodologia predominantemente qualitativa, exploratória com recurso a análise de conteúdo de entrevistas e utilizou-se uma metodologia quantitativa, para caracterização sociodemográfica da amostra e clarificação de alguns conceitos como iremos verificar. Foram entrevistadas 50 famílias nucleares (avós, avôs, pais e mães) sendo 25 famílias residentes em contexto urbano e 25 em contexto rural, num total de 200 entrevistas. Foi dado enfoque á transmissão intergeracional de saberes sobre o cuidar de crianças, à transmissão de valores socioculturais e aos aspetos pedagógicos nas relações entre avós e netos.

Como iremos constatar, as avós são importantes na transmissão de saberes sobre os cuidados de maternagem, especialmente nos primeiros meses do desenvolvimento dos bebés, sobrepondo-se aos saberes transmitidos pelos profissionais de saúde. Estão mais disponíveis para interagir com os seus netos quando estes crescem. Os avôs transmitem-lhes saberes sobre valores socioculturais e estão mais disponíveis para acompanhar os netos nas suas atividades e necessidades. Segundo os pais e numa perspetiva intergeracional, os avós são bons mediadores nos conflitos intergeracionais existentes entre pais e filhos, tornando-se cúmplices nos problemas dos seus netos e na resolução dos mesmos. As ligações afetivas entre avós e netos perduram e são recordadas saudosamente pelos netos, que hoje são pais.

TRANSMISSÃO INTERGERACIONAL DE SABERES

Rodrigues (2015) ao questionar onde as mães tinham obtido conhecimentos e saberes sobre como cuidar dos seus filhos obteve o seguinte gráfico:



	Profissionais de saúde	Mãe	Outros familiares	Livros/revistas	Televisão	Outros
Série1	29	37	8	16	2	22

Gráfico 1. Onde as mães obtiveram conhecimentos para cuidar dos seus filhos

Podemos constatar que os saberes obtidos pelas mães superam os profissionais de saúde. O item outros referia-se a mães que eram profissionais de saúde ou que já tinham cuidado de irmãos mais novos.

As práticas de maternagem em Portugal apresentam influências entre práticas existentes em culturas africanas, asiáticas e da américa latina e nos países do norte da Europa. Enquanto as primeiras dão ênfase ao contacto físico e comunicação corporal, as segundas dão ênfase à comunicação visual e verbal.

Em Portugal, é habitual embalar as crianças, falar com elas, ou cantar-lhe canções para adormecerem, acalmarem e como meio de comunicação (RAMOS, 2004, 2008). Esta fusão permite um desenvolvimento psicoafectivo harmonioso do recém-nascido, porque estimula todos os órgãos dos sentidos, ao mesmo tempo que cria laços fortes entre mãe e filho, facilitando o processo de socialização, de desenvolvimento e comunicacional. Mas, sentem-se as mães aptas a cuidarem dos seus filhos apenas com os conhecimentos transmitidos pelos profissionais de saúde?

Quadro 1

Quadro referente à importância dos saberes transmitidos pela mãe/sogra

Tema	Categoria	Subcategoria	Nº unidades de registo
Cuidados infantis	Importância dos saberes da mãe/sogra para as mães rurais	Ensinaram a cuidar dos bebés e das crianças	18
		Transmitiram calma	6
		Complementaram os saberes	5
		Pouca importância	2
	Importância dos saberes da mãe/sogra para as mães urbanas	Manter a calma	16
		Cuidar das crianças	12
		Pouca importância	5

Verificamos neste quadro que as mães/sogras intervêm nos cuidados prestados aos bebés, transmitindo calma, identificando as necessidades para a prática de maternagem diminuindo o *stress* das mães.

> "Ah, aprendi como cuidar delas e tratar delas, como se deve tratar uma criança normalmente, os cuidados a ter com os filhos, desde o banho até ao comer, até vestir, calçar e pôr a dormir" (Mãe rural 4).

> "Sim, o saber da minha mãe era importante e aprendi bastantes coisas que são atuais, aprendi a ter calma quando eles estavam doentes e aprendi a resolver as coisas com mais calma" (Mãe urbana 1).

> "Aprendi a cuidar dos meus filhos. Foi ela que me ensinou a lavar, a vestir, a pegar ao colo, a dar de mamar, a distinguir o choro, se chorava porque tinha fome ou se chorava porque tinha dores, ensinou-me tudo" (Mãe urbana 21).

Estes dados corroboram os de Ramos (1993, 2004, 2005, 2012) que afirma que a cultura está intimamente ligada às etnoteorias sobre saúde, onde a transmissão de saberes adquire especial importância, nos cuidados às crianças por parte das mães.

As etnoteorias sobre cuidados infantis, influenciam a forma de cuidar, através da transmissão intergeracional de crenças e saberes empíricos. Para as mães, os saberes intergeracionais transmitidos pelas suas mães, complementam os saberes transmitidos pelos profissionais de saúde, mas irão mais tarde também ser transmitidos às suas filhas ou noras, evidenciando assim a evolução das práticas de cuidados, adaptadas à evolução socio/cultural e características em que as famílias estão inseridas.

Mas, para as mães os saberes das avós são atuais ou não?

Quadro 2

Atualidade dos saberes transmitidos

Tema	Categoria	Subcategoria	Nº unidades de registo
Cuidados infantis	Os saberes da mãe/sogra são ou não atuais para as mães rurais	São diferentes	7
		São atuais	12
		Estão desatualizados	3
		Desatualizados na alimentação	3
	Os saberes da mãe/sogra são ou não atuais para as mães urbanas	Estão atuais	17
		Os da mãe são atuais, os da sogra não	2
		São desatualizados	6

Podemos verificar que os saberes das avós, para a um grande número de mães estão atualizados. Pontualmente algumas mães referem estar desatualizados em relação a alguns assuntos, mas não deixam de confiar nas avós.

> "Ah são parecidos, são iguais. Os nossos serviços de saúde também ensinam muita coisa a nós que os nossos pais também costumam ensinar, também têm essa sabedoria. (…) Por exemplo, como tratar do umbigo de um recém-nascido. Os nossos pais antigamente, não sabiam como é que isso era tratado e eu hoje penso nesse cuidado, em que a medicina nos ensina como se deve tratar e pronto, sem criar sem infetar nada " (Mãe rural 4).

> "Algumas coisas já estão desatualizadas, mas muitas coisas ainda complementam aquilo que nós lá vamos sabendo. Na alimentação, por causa da introdução das sopas e isso tudo, elas às vezes tinham umas ideias diferentes, sobre o que o pediatra às vezes dizia" (Mãe rural 19).

> "Às vezes quando tenho alguma dúvida, neste aspeto das doenças e preciso de uma opinião. Agora os saberes da minha sogra não, porque é uma pessoa com setenta e tal anos, mas os da minha mãe sim, são bastante atuais e conto muito com eles" (Mãe urbana 2).

Constatamos que os saberes das avós são atualizados, ou então estas aprendem a cuidar adquirindo saberes contemporâneos, que complementam os seus conhecimentos empíricos e são confiáveis para as mães.

Está em curso um projeto para a inclusão das avós que têm disponibilidade, para também acompanharem as mães nas aulas de preparação para o parto, de maneira a atualizar os seus saberes e poderem ajudar mais proactivamente as mães.

Os avós mediadores intergeracionais e transmissores de valores e afetos

Ferland (2006, p. 25) salienta também que "… os avós podem ter uma influência sobre o neto em diferentes aspetos. Transmissores da memória e das tradições familiares contribuem, para reforçar as raízes identitárias do neto; servem também de "correias de transmissão" para as tradições valores e conhecimentos. Além disso, oferecem à criança uma preciosa fonte de afeto."

Os pais de hoje, relembram as histórias de vida passadas com os seus avós e os ganhos obtidos com essas interações como iremos observar.

Quadro 3

Qual a importância dos avós para as mães

Tema	Categoria	Subcategoria	Nº unidades de registo
Relações familiares	Importância dos avós para as mães rurais	Transmitem valores intergeracionais às crianças e aos pais	12
		Mimam as crianças	8
		Educam as crianças	7
		Cuidam das crianças	15
		São um recurso importante	7
	Importância dos avós para as mães urbanas	Cuidam bem das crianças	14
		Instituem regras e educam	9
		Fazem parte da família	16

Podemos constatar que para as mães, os avós são muito importantes para a familia.

> "Têm muita importância, porque eles, como o meu marido disse, transmitem os valores que eles têm e que os avós deles lhes deram e os seus pais e dão-lhe carinho, amor, muita coisa. (…). Por vezes mimam-nos muito, mas eu acho que os mimos nunca são demais, eu acho. Às vezes, nós pais dizemos que às vezes é demais, mas é tão bom quando estamos a dar mimos, eu acho e estamos a receber" (Mãe rural 3).

> "Eu acho que são muito importantes, eles são, quando nós não estamos ou quando lhes faltamos com alguma coisa, sabemos que temos ali aquele pilar, que nos ajudam e estamos protegidos por esse sentido" (Mãe rural 4).

> "É bastante importante, porque nós podemos descansar com as crianças, podemos cuidar e ter confiança nas pessoas que gostam deles também" (Mãe urbana 1).

Estas conclusões vão de encontro do que refere Ramos, (2004, b, p. 184): "Para um desenvolvimento saudável, as crianças necessitam de um ambiente favorável e de apoio, desempenhando os adultos, em particular os pais, os avós e a família em geral, um papel fundamental ao nível da saúde dos seus membros, das suas necessidades físicas e materiais, mas também das suas necessidades psicológicas".

Quadro 4

Quadro referente às experiências/vivências das mães com os seus avós

Tema	Categoria	Subcategoria	Nº unidades de registo
Relações familiares	Experiências/vivências das mães rurais com os seus avós	Nenhumas recordações	6
		Ajudas da avó	6
		Fins-de-semana com a avó	4
		Educação da avó	3
		Pão quente	2
		Maior cumplicidade com os avós	1
		Travessuras	1
		Acompanhar os avós nas tarefas	2
	Experiências/vivências das mães urbanas com os seus avós	Saudades dos avós	15
		Cuidar da avó	4
		Alimentação da avó	6

Iremos partilhar algumas histórias de vida transmitidas pelas mães neste estudo.

> "Eles vivem juntos mas eu, falta-me o meu avô falta-me tudo. Ainda hoje tenho um problema e telefono para o meu avô, ou para a minha avó e eles também ajudam. Tenho muitas experiências com o meu avô, mas esta de ir buscar o pão quente à panificadora, àquela hora da noite, mesmo eu sendo muito novinha e ia porque queria, fica-me na memória. Ainda hoje tenho saudades do pãozinho quente" (Mãe rural 1).

> "A minha avó fez de mim uma mulher; ela é que me ensinou a lavar, ela é que me ensinou a passar, ela é que me ensinou o que é que era ser mãe; vamos lá, a minha avó foi uma pessoa muito importante para mim. A minha avó e o meu avô; foram os dois" (Mãe rural 5).

"Engraçado foi quando eu comecei a namorar com o José João, não é? Onde é que a gente se encontrava às escondidas? Não queria que o meu pai soubesse ainda, estava com medo, tinha dezoito anos, era na casa dos meus avós e depois o meu avô, eu com o meu avô, falava como se fosse com uma colega e lembro-me de uma vez ele vir ali, que eles vivem perto da Aldeia do Peixe e o meu avô convidou-o a subir e a partir daí, até começou o namoro em casa, praticamente foi isso. Há coisas muito engraçadas. Até tenho muitas boas recordações dos meus avós, muito.(…) Eu chegava à sexta-feira e ia dormir para a casa dos meus avós, já não queria saber dos meus pais para nada..." (Mãe rural 5).

"Sem dúvida, o meu avô paterno. Eu na altura era a menina não é? E então desde andar a cavar ao lado dele, fazer uma enxadazinha pequenininha para eu andar a cavar ao lado dele, meter uma improvisa, (pulverizador), às costas para eu andar a pintar, a caiar, deixava-me fazer tudo não é? Portanto, eu só tenho boas recordações. Não é que não tenha das minhas avós também, mas o meu avô, sem dúvida foi o mais importante. Era a menina pronto, deixava-me fazer tudo e cheguei, como não havia piscinas naquela altura, enchia-me bidons com água para eu poder mergulhar, sei lá, fazia-me tanta coisa" (Mãe rural 14).

Quadro 5

Quadro referente à educação dada pelos avós aos netos segundo os pais

Tema	Categoria	Subcategoria	Nº unidades de registo
Relações familiares	Educação dada pelos avós rurais é ou não saudável para as crianças	Muito saudável	16
		Mimam-nos muito	8
		Não devem contrariar as ordens dos pais	6
	Educação dada pelos avós urbanos é ou não saudável para as crianças	É saudável	20
		Dão muitos mimos	9

"É muito saudável, é verdade, estragam os netos com mimos, nós queremos fazer umas coisas e eles vão por trás e fazem outras, totalmente diferentes daquilo que a gente quer fazer, mas acho que isso é saudável, não é muito preocupante" (Pai rural 3).

"Estragam-nos com mimos. Estão sempre a dar-lhes coisas e a fazer-lhes as vontades todas. Se eu acho saudável? Acho que sim, acho que sim porque recordo-me que os meus avós faziam-me o mesmo e tenho muitas saudades deles. É a chamada educação açucarada que eles lhes dão" (Pai urbano 21).

Este estudo corrobora o estudo de Pires, (2010), que afirma que os avós têm a função essencial de construir a identidade dos seus netos, tornando-os cidadãos competentes e autónomos.

Os avós também têm um papel importantíssimo na educação dos seus netos (Ramos, 2004, 2005, 2012). Se bem que alguns pais se sintam por vezes desautorizados pelos avós, Silva, (2012, p.73), num estudo sobre a colaboração dos avós na educação dos netos concluiu o seguinte: "As crianças referem que os avós dão carinho, afeto, castigam e aceitam esta autoridade sem questionamento".

Os dados desse estudo revelaram que "… as crianças que têm o apoio dos avós como cuidadores, são mais calmas, concentrados e têm melhores relaç*ões de socialização do que as crianças cuidadas apenas pelos pais de outras pessoas"* (Ibidem, p. 73).

Concluímos que é inegável a importância dos avós para o desenvolvimento psicoafectivo saudável das crianças contemporâneas.

As interações entre avós e netos perduram na memória, sendo os primeiros pedagogicamente competentes para a aprendizagem e socialização dos seus netos, construindo ligações afetivas muito fortes. Apesar da questão do género estar hoje ainda culturalmente enraizada os pais têm hoje um papel mais ativo no cuidar dos seus filhos, mas as mães detêm ainda a responsabilidade dos cuidados dos bebés nos primeiros meses. Com o aumento da idade da reforma, retiramos aos avós alguma disponibilidade para estar com os seus netos e as crianças são quem perdem afetivamente com isso, porque a chamada relação "açucarada" entre avós e netos, continua a ser muitíssimo importante para o desenvolvimento psicológico destes.

REFERÊNCIAS

Ferland, F. (2006). *Os avós nos dias de hoje*. Prazeres e armadilhas. Lisboa: Edições CLIMEPSI.

Pires, M. F. F. (2010). *Presença e papel dos avós: Estudo de caso*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, especialização em Formação Pessoal e Social. Universidade de Aveiro.

Ramos, N. (1993). *Maternage eu millieu portugais autóctone et immigré. De la tradition à la modernité. Une etude etnopsychologique*. Tese de Doutoramento em Psicologia, Paris, Universidade Rene Descartes, Sorbonne.

Ramos, N. (2004a). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2004b). A família nos cuidados à criança e na socialização precoce em Portugal e no Brasil. A. Cova, N. Ramos, & T. Joaquim (Orgs.), *Desafios da comparação. Família, mulheres e género em Portugal e no Brasil*. Oeiras: Celta Editora.

Ramos, N. (2005). Relações e solidariedades intergeracionais na família: Dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia [Ano 39], 1*, 195-216.

Ramos, N. (2008). Interculturalidade e comunicação nos cuidados de saúde. In Natália Ramos (Org.), *Saúde, migração e interculturalidade* (pp. 97-132). Editora Universitária da UFPB. João Pessoa.

Ramos, N. (2012). Avós e netos através da(s) imagem(s) e das culturas. In Natália Ramos et al. (Eds.), *A voz dos* avós (pp. 33-56). Coimbra: Gráfica de Coimbra e Pro-dignitate.

Rodrigues, J. P. (2014). *Os avós na família e sociedade contemporâneas. Uma abordagem intercultural e intergeracional*. Tese de Doutoramento em Psicologia Intercultural, Lisboa, Universidade Aberta.

Silva, A. M. (2012). A colaboração dos avós na educação dos netos. *Interfaces Científicas – Educação. Aracaju, 1*(1), 67-75.