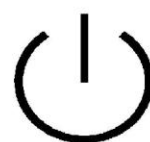


# Psicologia da Saúde:

## Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas



Organizado por : José Luís  
Pais Ribeiro, Isabel Leal,  
Anabela Pereira & Sara  
Monteiro.



**placebo**  
**Editora**

# Psicologia da Saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas.

Organizado por José Luís Pais Ribeiro, Isabel Leal,  
Anabela Pereira e Sara Monteiro.

Titulo: Psicologia da Saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas. 1ª Edição.

Fevereiro de 2012.

ISBN: 978-989-8463-30-2

Capa: Placebo Editora

Composição: Rafaela Matavelli

Lisboa: Placebo, Editora LDA

## ÍNDICE.

STRESS PARENTAL E COMPORTAMENTO INFANTIL EM PAIS DE CRIANÇAS DOS 3 AOS 10 ANOS	
<i>SUSANA ALGARVIO, ISABEL LEAL E JOÃO MAROCO</i>	1
INTERVENÇÃO PSICO-EDUCATIVA EM SOBREVIVENTES DE CANCRO DA MAMA	
<i>FILIPA ARAÚJO, SARA MONTEIRO E ANA TORRES</i>	8
FLORESCIMENTO HUMANO: ENQUADRAMENTO DO CONCEITO E DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	
<i>PATRÍCIA S. BARREIRO E IOLANDA C. GALINHA</i>	15
O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM INDIVÍDUOS COM PARALISIA CEREBRAL: RESULTADOS LONGITUDINAIS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO	
<i>DIANA BRANDÃO E JOSÉ L. PAIS-RIBEIRO</i>	22
A ESPERANÇA EM INDIVÍDUOS COM PARALISIA CEREBRAL: RELAÇÕES COM O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO	
<i>DIANA BRANDÃO E JOSÉ L. PAIS-RIBEIRO</i>	29
PROJECTO – “EU, TU E TODOS OS QUE CONHECEMOS” DESAFIO DA PROMOÇÃO DA SAUDE NA ESCOLA	
<i>MARGARIDA BRÍGIDO, ANDREA RITTER, ISABEL AGOSTINHO, JOSÉ MANUEL CARDOSO, MARISA ALVES, RAQUEL ALMEIDA, TELMA PARDELHA E SOFIA SILVÉRIO</i>	36
SATISFAÇÃO E ENGAJAMENTO NO TRABALHO ENTRE DOCENTES TEMÁTICOS E AUXILIARES DO ENSINO À DISTÂNCIA (EAD) DE UMA UNIVERSIDADE BRASILEIRA	
<i>CLÁUDIA BOMFÁ CALDAS, PATRÍCIA SOMENSARI, SIMONE DO NASCIMENTO DA COSTA E MIRLENE MARIA MATIAS SIQUEIRA</i>	43
ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL - PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM ADOLESCENTES (12-14 ANOS): CONSTRUÇÃO DO GUIÃO DE <i>FOCUS GROUPS</i>	
<i>LUÍSA CAMPOS, FILIPA PALHA, ELISA VEIGA, PEDRO DIAS E ANA DUARTE</i>	49

UPA FAZ A DIFERENÇA - ACÇÕES DE SENSIBILIZAÇÃO PRÓ-SAÚDE MENTAL JUNTO DE JOVENS ENTRE OS 15 E OS 18 ANOS: DIFERENÇAS DE GÉNERO	
<i>LUÍSA CAMPOS, FILIPA PALHA, PEDRO DIAS, ELISA VEIGA, VÂNIA S. LIMA, NATÁLIA COSTA E ANA I. DUARTE</i>	53
SEDENTÁRIOS OU ACTIVOS? CARACTERIZAÇÃO DE UMA AMOSTRA DE PARTICIPANTES EM EVENTOS DE SENSIBILIZAÇÃO PARA A ACTIVIDADE FÍSICA	
<i>CLÁUDIA CARVALHO, VERA MORAIS E JORGE ENCANTADO</i>	60
CRENÇAS ACERCA DA HIPNOSE: COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA EXPERIÊNCIA	
<i>CLÁUDIA CARVALHO, VERA MORAIS, TELMA VIEGAS E SARA COELHO</i>	69
APLICAÇÃO DOS MODELOS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS DE TERCEIRA GERAÇÃO EM CONTEXTOS DE SAÚDE: DA PREVENÇÃO À TERAPIA	
<i>MARIANA MAIA DE CARVALHO, TATIANA CARDOSO, ANA MELO, ANABELA PEREIRA E MARIA DA LUZ VALE DIAS</i>	77
DESAFIANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	
<i>DORA COIMBRA E MARGARIDA BRÍGIDO</i>	84
TRADUÇÃO DA ENTREVISTA A-LIFE E ESTUDO PRELIMINAR DO FUNCIONAMENTO PSICOSSOCIAL NUMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES PORTUGUESES	
<i>ANDREIA COSTA, ANA PAULA MATOS, SÓNIA CHERPE E INÉS RIBEIRO</i>	88
CONVENCIONALISMO E SEXISMO NUMA POPULAÇÃO UNIVERSITÁRIA	
<i>PEDRO ALEXANDRE COSTA, HENRIQUE PEREIRA E ISABEL LEAL</i>	93
VALIDAÇÃO DAS PALAVRAS NEUTRAS E EMOCIONAIS PARA O TESTE STROOP EMOCIONAL PARA O <i>SCREENING</i> DE RISCO SUICIDA: RESULTADOS COM AMOSTRAS PORTUGUESAS	
<i>CAROLINA DAMASCENO E GRAÇA ESGALHADO</i>	98
RELAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DOS FILHOS SOBRE OS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTAIS E A ANSIEDADE DOS PAIS: DADOS PRELIMINARES	
<i>FILOMENA DIAS, CÁTIA RODRIGUES, ISABEL LEAL E JOÃO MAROCO</i>	105
RELAÇÕES ENTRE O FUNCIONAMENTO DOS SISTEMAS IMUNOLÓGICO E PSICOLÓGICO EM PACIENTES COM HIV/SIDA	
<i>NELSON SILVA FILHO, JOÃO DA COSTA CHAVES JÚNIOR E DANIEL CAMPOS SILVA</i>	113

O IMPACTO DE BEM-ESTAR NO TRABALHO E DE CAPITAL PSICOLÓGICO SOBRE INTENÇÃO DE ROTATIVIDADE: UM ESTUDO COM PROFESSORES	120
<i>ANGELO POLIZZI FILHO E MIRLENE MARIA MATIAS SIQUEIRA</i>	
PROMOÇÃO DA SAÚDE AUDIOLÓGICA NOS TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DA MARINHA GRANDE	128
<i>MARIA GODINHO, ANA OLIVEIRA, ANA AMARAL E MARGARIDA SERRANO</i>	
VOLUNTARIADO HOSPITALAR EM CONTEXTO ONCOLÓGICO	135
<i>ELIANA GONÇALVES, SARA MONTEIRO E ANABELA PEREIRA</i>	
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE	142
<i>HÉLIMI IWATA, NELSON SILVA FILHO E MARIA LAURA NOGUEIRA PIRES</i>	
ESTUDO PRELIMINAR DE UMA ESCALA DE ENVOLVIMENTO PATERNO	149
<i>SARA MAGALHÃES, CRISTINA REIS, JOÃO PEREIRA E ISABEL LEAL</i>	
BENEFÍCIOS DA ESCRITA TERAPÊUTICA NO ALÍVIO DOS SINTOMAS ASSOCIADOS AO TRAUMA VIVENCIADO PELOS BOMBEIROS	156
<i>DÁLIA MARCELINO E MARIA JOÃO FIGUEIRAS</i>	
TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E ESTUDO PILOTO DE ALGUMAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ENTREVISTA DE DIAGNÓSTICO K-SADS-PL-PT PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	162
<i>CRISTIANA MARQUES, ANA PAULA MATOS, FERNANDA DUARTE, SÓNIA CHERPE E INÊS RIBEIRO</i>	
EFEITOS DIRETOS E INDIRETOS DE ESTRATÉGIAS DE COPING NO STRESS SEXUAL ASSOCIADO À VIVÊNCIA DA INFERTILIDADE	170
<i>MARIANA V. MARTINS, MARIA E. COSTA, VASCO M. ALMEIDA E BRENNAN D. PETERSON</i>	
ONDE ESTÁ O SUJEITO? REFLETINDO SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE NO SISTEMA BRASILEIRO	177
<i>VITOR MENDONÇA E IANNI SCARCELLI</i>	
ESPELHO MEU, EXISTE ALGUÉM MAIS BELA DO QUE EU? : NOVOS MODOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	185
<i>VITOR MENDONÇA, EDA CUSTÓDIO E LIGIA FURUSAWA</i>	

AUTOMEDICAÇÃO EM CONTEXTO ACADÉMICO	
<i>ANA MORAIS E ANABELA SOUSA PEREIRA</i>	192
SINTOMATOLOGIA CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA APÓS UMA INTERRUPTÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ: QUEM MANIFESTA REAÇÕES INTENSAS DE TRAUMA E LUTO?	
<i>BÁRBARA NAZARÉ, ANA FONSECA E MARIA CRISTINA CANAVARRO</i>	200
MINDFULNESS, QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE, DEPRESSÃO, ADESÃO AO TRATAMENTO EM DIABÉTICOS TIPO 1	
<i>RAQUEL OLIVEIRA E ANA PAULA MATOS</i>	207
DIMENSIONALIDADE DO OTIMISMO	
<i>JOSÉ L. PAIS-RIBEIRO</i>	214
VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJECTIVO	
<i>FILIPA PIMENTA, ISABEL LEAL E JOÃO MAROCO</i>	221
A PERSONALIDADE E A SAÚDE MENTAL DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL	
<i>MARISA PINTO, ANA MARGARIDA VARELA E ANTÓNIO VINHAL</i>	227
NECESSIDADES EMERGENTES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: VARIÁVEIS RELACIONAIS DE RISCO PARA A DEPRESSÃO DURANTE A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	
<i>R. PIRES, A. ARAÚJO PEDROSA, P. CARVALHO E M.C. CANAVARRO</i>	233
O IMPACTO DA ANSIEDADE E FLOURISHING NO DESENVOLVIMENTO DA DEPRESSÃO	
<i>CÁTIA RIBEIRO, ANA PAULA MATOS, SÓNIA CHERPE E INÊS RIBEIRO</i>	240
APOIO SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: O PAPEL MODERADOR DA GRAVIDADE DA ASMA	
<i>NEUZA SILVA, SUSANA SANTOS, CARLOS CARONA, CARLA CRESPO E MARIA CRISTINA CANAVARRO</i>	247
CONTRIBUTO PARA O ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – SPIRITUALITY, RELIGION AND PERSONAL BELIEFS INSTRUMENT (WHOQOL-SRPB) NA POPULAÇÃO PORTUGUESA	
<i>SÓNIA SOUSA E JOSÉ PAIS-RIBEIRO</i>	254

APLICABILIDADE E EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO DE GRUPO NA DOENÇA CRÓNICA: ESTUDO COM SOBREVIVENTES DE CANCRO DA MAMA	261
<i>ANA TORRES, ANABELA PEREIRA E SARA MONTEIRO</i>	
RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE EDUCAÇÃO EM DIABETES E A HEMOGLOBINA GLICADA EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE DIABETES DO TIPO 1 E 2 DO CENTRO DE DIABETES DA UNIFESP – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, BRASIL	270
<i>FERNANDO VALENTE, CARLOS AUGUSTO MENEGOZZO, TATIANA VALENTE, MARIA FLÁVIA RIBEIRO, THAÍS BUCHAIM, ANTÔNIO ROBERTO CHACRA E SÉRGIO DIB</i>	
PREDITORES DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÓNICAS	277
<i>ESTELA VILHENA, J. PAIS-RIBEIRO, I. SILVA, L. PEDRO, R. MENESES, H. CARDOSO, A. MARTINS DA SILVA E D. MENDONÇA</i>	
FATORES EMOCIONAIS RELACIONADOS COM MAU CONTROLE GLICÊMICO EM PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1	286
<i>MÁRCIA HELENA ZANINI, FERNANDO VALENTE, TATIANA VALENTE, SÉRGIO ATALA DIB E MARIO A. DE MARCO</i>	

## Preâmbulo

A Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, a cada dois anos, no primeiro trimestre do ano, promove o seu congresso. É um congresso nacional, mas que tem juntado colegas de países próximos, seja pela língua, como é o caso do Brasil e de outros países da CPLP, seja pela geografia como é o caso da Espanha.

O termo que utilizamos “congresso”, deriva do latim *congressu*, para significar “encontro”, “reunião”. O dicionário de língua portuguesa define congresso como uma reunião de pessoas pertencentes a uma determinada área de estudo ou profissão para comunicação de trabalhos e troca de ideias. Literalmente é isto que se pretende nos congressos da nossa sociedade.

Desde as suas origens temos defendido que o nosso congresso é uma reunião de participantes em que todos apresentam, em que todos escutam, em que todos discutem. É, por isso, diferente de outras reuniões em que um grupo de notáveis fala para um conjunto de ouvintes. Esse tipo de encontros também é importante mas é diferente deste.

Outra das características do nosso congresso é que fazemos questão de que tenha lugar em todo o território nacional. Em cada ano tem tido lugar em escolas de cidades diferentes, do norte ao sul do país, dinamizado, generosamente, pela comunidade científica local, normalmente associada a universidades.

Neste ano temos a honra de participar num congresso na Universidade de Aveiro, uma das escolas mais recentes do nosso país. O apoio que esta instituição dá à psicologia da saúde e ao nosso congresso é de salientar.

O tema do congresso este ano é "Promoção da Saúde e Doenças Crónicas: desafios à promoção da saúde". O envelhecimento da população a par do crescimento das doenças crónicas coloca, acreditamos, desafios à promoção da saúde, conceito desenvolvido nos anos 80 do século passado, principalmente colocado no âmbito das pessoas sem doença.

Nos últimos congressos temos premiado os trabalhos que se salientam e que são apreciados por uma comissão independente da organização do congresso, com o apoio da comissão científica. Procuramos premiar os que costumam participar, mas também os jovens investigadores que terminaram o curso de psicologia há menos de dois anos. Temos assim dois grupos, os mais jovens e os mais velhos, com base, não na idade, mas sim há quanto tempo terminaram o curso e investigam. Este livro corresponde aos textos que foram propostos para prémio por esses dois grupos.

Fica assim disponível para apreciação de todos, os trabalhos que acharam por bem submeter-se a este escrutínio.

Os textos estão colocados por ordem alfabética do último nome do primeiro autor, facilitando a sua localização.

Os coordenadores



## **STRESS PARENTAL E COMPORTAMENTO INFANTIL EM PAIS DE CRIANÇAS DOS 3 AOS 10 ANOS**

*SUSANA ALGARVIO (\*) ; ISABEL LEAL (\*) E JOÃO MAROCO (\*)*

Tendo por objectivo a validação da Escala de Stress Parental de Berry e Jones (1995) para a população portuguesa, este estudo pretendeu comparar o stress parental e o comportamento das crianças expresso pelos pais. O estudo original de Berry e Jones (1995), com uma amostra de 1276 pais Americanos, demonstrou que a escala possui validade discriminativa entre mães de crianças em tratamento, por problemas emocionais/comportamentais e/ou problemas de desenvolvimento, e mães de crianças que não estavam a receber qualquer tratamento. Estudos com populações Chinesas indicaram correlações positivas com problemas de comportamento (Cheung, 2000; Leung & Tsang, 2010), apontando ainda a capacidade discriminativa da escala entre grupos de crianças sem problemas e crianças com perturbação de hiperactividade com défice de atenção (Leung & Tsang, 2010). Foram ainda encontradas diferenças significativas entre mães de crianças com autismo e mães de crianças sem perturbação associada, sendo que as mães de crianças com autismo apresentaram níveis de stress parental mais elevados (Vidyasagar & Koshy, 2010).

Segundo Berry e Jones (1995), estes resultados comprovam a validade desta escala para populações clínicas e não clínicas, dado que avalia o stress resultante do papel parental de uma forma genérica, englobando quer os seus aspectos stressantes quer os aspectos ligados à satisfação parental. Comparativamente, o Índice de Stress Parental de Abidin (1997), adaptado para a população portuguesa por Santos (2008), avalia o stress parental resultante do sistema relacional pais-criança. Os estudos de validação da Escala de Stress Parental também demonstraram correlações positivas com o Índice de Stress Parental (Berry & Jones, 1995; Leung & Tsang, 2010) e com sintomas de ansiedade e sintomas depressivos nos pais (Oronoz, Alonso-Arbiol, & Balluerka, 2007).

No estudo português de validação da escala (Mixão, Leal, & Maroco, 2010), a correlação com o comportamento da criança não foi estudada, razão pela qual este estudo foi realizado.

---

(\*) Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, ISPA, IU, Lisboa.

## MÉTODO

*Participantes*

Participaram neste estudo 3842 pais de crianças a frequentar o ensino público pré-escolar e o 1º ciclo, em 820 escolas dos 18 Distritos de Portugal Continental. A idade das crianças situou-se entre os 3 e os 10 anos ( $M = 7.06$ ;  $DP = 1.87$ ), com uma distribuição relativamente homogénea de crianças de sexo masculino (47.1%) e de crianças do sexo feminino (52.9%). A idade das mães, à data da investigação, distribuiu-se entre os 21 e os 55 anos ( $M = 36.2$ ;  $DP = 5.06$ ), e a idade dos pais entre os 23 anos e os 72 anos ( $M = 38.8$ ;  $DP = 5.74$ ). À data de nascimento da criança, a maioria dos pais tinha entre 21 e 34 anos. As mães apresentaram um nível de escolaridade mais elevado do que os pais, sendo que 30.6% das mães tinham habilitações superiores comparativamente a 18.4% dos pais. Os instrumentos foram maioritariamente preenchidos pelas mães (64.9%). A maioria dos pais era casada, ou vivia em união de facto (89.3%), e estavam actualmente empregados. (Ver Quadro 1).

Quadro 1

*Características sociodemográficas dos participantes*

<u>Características sociodemográficas</u>		
	<u>N</u>	<u>%</u>
Irmãos		
Filho único	1127	29.6
Um irmão	2119	55.7
Dois irmãos	425	11.2
Três ou mais irmãos	133	3.5
Frequência escolar da criança		
Pré-escolar	882	23.0
1º Ciclo	2954	77.0
Quem responde		
Mãe	2481	64.9
Pai	286	7.5
Ambos os pais	1025	26.8
Outros	32	0.8
Estado civil dos pais		
Casados	3240	85.3
União de facto	151	4.0
Divorciados	255	6.7
Solteiros	132	3.5
Viúvos	21	0.6
Nível educacional da mãe		
Ensino superior	1162	30.5
12º Ano	922	24.2
Menos do que o 12º ano	1723	45.3
Nível educacional do pai		
Ensino superior	681	18.4
12º Ano	803	21.7
Menos do que o 12º ano	2221	59.9
Situação profissional da mãe		
Activa	3080	81.4
Inactiva	705	18.6
Situação profissional do pai		
Activa	3581	97.2
Inactiva	104	2.8

### *Procedimento*

Com o objectivo de obter uma amostra representativa da população portuguesa de pais de crianças a frequentar o ensino público pré-escolar e 1º ciclo, obtivemos a autorização da Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação. A partir da base de dados das 8200 escolas destes níveis de ensino existentes em Portugal, seguimos uma amostragem estratificada em duas fases, distrito e concelho, de selecção de 10% das escolas, obtendo um total de 820 escolas. Foi enviada uma carta de apresentação do estudo e de solicitação de colaboração a todas as escolas, seguida por um telefonema. Do total de escolas, 3 recusaram participar, alegando excesso de trabalho, tendo sido substituídas por outras escolas no mesmo Concelho. Os questionários e envelopes de resposta pré-pagos foram enviados por correio a todas as escolas que aceitaram participar. Os professores explicaram o objectivo do estudo e o anonimato das respostas aos pais, e pediram a participação de 10% dos pais de cada escola. Os pais preencheram os questionários e enviaram-nos por correio. Obtivemos um retorno de 82%.

### *Material*

Os pais preencheram um questionário sociodemográfico (ver Quadro 1), a versão portuguesa da Escala de Stress Parental de Berry e Jones (1995), e as subescalas ‘hiperactividade’ e ‘queixas físicas’ da versão portuguesa do Inventário de Comportamento da Criança para Pais de Achenbach (1991).

### *Escala de Stress Parental*

A Escala de Stress Parental é um instrumento desenvolvido por Berry e Jones (1995) para avaliar o nível de stress parental. A escala original é composta por 18 itens, com uma possibilidade de resposta entre 1- discordo totalmente e 5 – concordo totalmente. Os estudos psicométricos realizados pelos autores demonstraram níveis elevados de fiabilidade medidos através do alfa de Cronbach ( $\alpha = .83$ ), e um teste-reteste de .81. A validade preditiva foi obtida através de estudos correlacionais com medidas emocionais e de satisfação parental, e a validade discriminativa por comparação entre mães de crianças em tratamento por problemática emocional e/ou comportamental e problemas de desenvolvimento, e mães de crianças sem problemática associada (Berry & Jones, 1995).

Para este estudo, utilizámos a versão portuguesa da escala desenvolvida por Mixão, Leal e Maroco (2010), com uma amostra de conveniência de 416 pais de crianças com idades compreendidas entre 1 mês e 15 anos, recolhida num serviço de urgência pediátrica num hospital em Lisboa. Os autores conduziram uma análise factorial exploratória que revelou 4 factores: factor 1 – preocupações parentais; factor 2 – satisfação; factor 3 – falta de controlo; factor 4 – medos e angústias. A fiabilidade foi medida através do alfa de Cronbach, tendo sido obtido um valor de consistência interna

satisfatório,  $\alpha = .76$ , na escala total, e valores entre  $\alpha = .57$  e  $\alpha = .78$ , respectivamente na subescala 2 – satisfação, e na subescala 1 – preocupações parentais. Neste estudo realizámos uma análise factorial confirmatória e obtivemos um valor de consistência interna medido através do alfa de Cronbach de  $\alpha = .78$ ; factor 1 – stressores parentais,  $\alpha = .78$ ; factor 2 – satisfação parental  $\alpha = .73$ ; factor 3 falta de controlo,  $\alpha = .71$ ; e factor 4 – medos e angústias,  $\alpha = .57$ . Decidimos dar a designação de stressores parentais ao factor 1, contrariamente ao estudo realizado por Mixão, Leal, e Maroco (2010), para manter a sua designação original e porque pensamos que o conceito de stress se diferencia do conceito de preocupação, o que será abordado em estudos posteriores.

### *Inventário de Comportamento da Criança para Pais*

O Inventário de Comportamento da Criança para Pais (Albuquerque, Fonseca, Simões, Pereira, Rebelo, & Temudo, 1999) consiste na versão portuguesa do Child Behavior Checklist desenvolvido por Achenbach (1991). É um instrumento dirigido aos pais para avaliar as competências sociais e problemas de comportamento em crianças e adolescentes entre os 4 e os 18 anos. Para este estudo, escolhemos as subescalas ‘hiperactividade’ e ‘queixas somáticas’ da versão portuguesa da segunda parte do Inventário, constituído por 120 itens relativos a problemas de comportamento. Os estudos portugueses de consistência interna realizados obtiveram  $\alpha = .88$  na subescala de hiperactividade, e  $\alpha = .70$  na subescala de queixas somáticas. A subescala ‘hiperactividade’ está relacionada com os comportamentos externalizantes e a subescala ‘queixas somáticas’ com os comportamentos internalizantes propostos por Achenbach (1991). Os itens do inventário apresentam uma possibilidade de resposta entre «não verdadeiro», «um pouco ou por vezes verdadeiro», e «muito ou quase sempre verdadeiro», cotados numa escala de 0 a 2 pontos.

## RESULTADOS

Com o objectivo de comparar o stress parental e o comportamento infantil percebido pelos pais, efectuámos um estudo correlacional entre os factores da escala de stress parental e as subescalas do inventário do comportamento da criança para pais, hiperactividade e queixas somáticas (ver Quadro 2).

Os factores da Escala de Stress Parental apresentaram, na sua totalidade, uma correlação positiva com as duas subescalas do Inventário do comportamento da criança para pais. Todos os factores apresentaram correlações positivas para  $p < .01$ , excepto a subescala queixas somáticas com o factor satisfação parental, igualmente correlacionado, mas com uma fraca correlação ( $r = .042$ ;  $p < .05$ ).

## Quadro 2

### *Correlações entre a Escala de Stress Parental e as subescalas do ICCP*

	ICCP Hiperactividade	ICCP Queixas somáticas
Escala de Stress Parental	.379**	.168**
Stressores Parentais	.350**	.144**
Satisfação Parental	.155**	.042*
Falta de controlo	.215**	.128**
Medos e angústias	.213**	.105**

\*\* Correlação significativa para  $p < .01$   
\* Correlação significativa para  $p < .05$

Os factores da Escala de Stress Parental apresentaram, na sua totalidade, uma correlação positiva com as duas subescalas do Inventário do comportamento da criança para pais. Todos os factores apresentaram correlações positivas para  $p < .01$ , excepto a subescala queixas somáticas com o factor satisfação parental, igualmente correlacionado, mas com uma fraca correlação ( $r = .042$ ;  $p < .05$ ). A Escala de Stress Parental apresenta-se positivamente correlacionada com a subescala de ‘Hiperactividade’ do ICCP, especialmente no que diz respeito à escala total ( $r = .379$ ;  $p < .01$ ), e ao factor 1 – stressores parentais ( $r = .350$ ;  $p < .01$ ). No entanto, os factores 3 – falta de controlo e 4 – medos e angústias, também apresentam correlações positivas,  $r = .215$  e  $r = .213$  ( $p < .01$ ), respectivamente. Quanto à subescala ‘Queixas somáticas’ apresenta-se também positivamente correlacionada com a Escala de Stress Parental, embora com valores de correlação baixos, entre  $r = .042$ , obtido no factor 3 – satisfação parental e  $r = .168$ , obtido na relação com a escala total de stress parental.

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo confirmam os resultados obtidos nos estudos anteriores com outras populações. De acordo com os estudos realizados com a população Americana e Chinesa (Berry e Jones, 1995; Leung & Tsang, 2010), o stress parental, medido através da Escala de Stress Parental, apresentou-se correlacionado com os comportamentos da criança.

No estudo Americano, foram encontradas diferenças significativas entre um grupo de 51 mães de crianças em tratamento por problemática emocional e/ou de comportamento e um grupo de 116 mães

de crianças com um desenvolvimento normativo. Relativamente ao estudo realizado com a população chinesa, foi utilizado o Inventário de comportamento infantil de Eyberg, aplicado a 244 pais de crianças a frequentar a escola primária (Leung & Tsang, 2010). O estudo correlacional da amostra de pais chineses apresentou correlações positivas com problemas de comportamento entre .44 e .51 ( $p < .001$ ). Estes resultados são superiores aos encontrados no nosso estudo, possivelmente por incluírem

uma sub-amostra de 61 pais de crianças com perturbação de hiperactividade com défice de atenção. Neste estudo, com a população portuguesa de pais de crianças entre os 3 e os 10 anos, o maior nível de correlação foi encontrado entre a escala total e o factor stressores parentais e a subescala de hiperactividade do ICCP. Estudos indicam que os pais estão mais despertos e procuram ajuda mais facilmente para sintomas considerados externalizantes na criança, tal como sintomas de hiperactividade, do que relativamente a sintomas internalizantes, como as queixas somáticas (ex. Fox, Halpern, & Forsyth, 2008).

O presente estudo incluiu um número bastante elevado de pais, comparativamente aos estudos realizados com outras populações, sendo o único estudo de validação do instrumento representativo da população a que diz respeito. Tem a limitação de só terem sido consideradas duas subescalas do Inventário de Comportamento da Criança para Pais. Esse facto prendeu-se com um objectivo mais alargado de outros estudos relacionados de comparação do stress parental com as preocupações parentais, medidas por instrumento que dispõe de duas subescalas, de comportamentos negativos e de queixas físicas.

A Escala de Stress Parental apresenta-se como um instrumento pertinente de avaliação do stress resultante do papel parental, adequada a populações clínicas e não clínicas. Em estudos posteriores com a população portuguesa será importante o estudo comparativo com o Inventário do Comportamento da Criança para Pais na sua totalidade e com outras medidas ligadas ao stress parental, como o Índice de Stress Parental, e a outras variáveis associadas à parentalidade.

## REFERÊNCIAS

- Abidin, R. R. (1997). Parenting Stress Index: A measure of the parent-child system. In C. P. Zalaquett, R. Wood, C. P. Zalaquett, R. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 277-291). Lanham, MD, US: Scarecrow Education.
- Achenbach, T.M. (1991) *The manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Albuquerque, C.P., Fonseca, A.C., Simões, M.R., Pereira, M.M., Rebelo, J.A., & Temudo P. (1999). Inventário de Comportamento da Criança para Pais (I.C.C.P.). In: M.R. Simões, M.M. Gonçalves, L.S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 21-36). Braga: APPORT/SHO.
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463-472. doi:10.1177/0265407595123009
- Cheung, S. (2000). Psychometric properties of the Chinese version of the Parental Stress Scale. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 43, 253-261.

- Fox, J.K., Halpern, L.F., & Forsyth, J.P. (2008). Mental Health Checkups for Children and Adolescents: A Means to Identify, Prevent, and Minimize Suffering Associated With Anxiety and Mood Disorders. *Clinical Psychology: Science & Practice, 15*(3), 182-211.
- Leung, C., & Tsang, S. M. (2010). The Chinese Parental Stress Scale: Psychometric evidence using Rasch modeling on clinical and nonclinical samples. *Journal of Personality Assessment, 92*, 26-34. doi:10.1080/00223890903379209.
- Mixão, M. L., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Escala de Stress Parental. In I. Leal & J. Maroco (Eds.), *Avaliação em sexualidade e parentalidade* (pp. 187-206). Porto, Portugal: LivPsic.
- Oronoz, B., Alonso-Arbiol, I., & Balluerka, N. (2007). A Spanish adaptation of the Parental Stress Scale. *Psicothema, 19*, 687-692.
- Santos, S.V. (2008). Índice de Stress Parental (PSI). In L. S. Almeida, M. R. Simões, C. Machado, & M. M. Gonçalves (Coods.), *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. II, pp. 123-134, 2º ed.). Coimbra: Quarteto.
- Vidyasagar, N. & Koshy, S. (2010). Stress and coping in mothers of autistic children. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 36*(2), 245-248.

## INTERVENÇÃO PSICO-EDUCATIVA EM SOBREVIVENTES DE CANCRO DA MAMA

*FILIPA ARAÚJO (\*) ; SARA MONTEIRO (\*) E ANA TORRES (\*)*

O cancro da mama é a neoplasia maligna mais comum entre as mulheres no mundo ocidental industrializado (Ferlay et al., 2007), com elevadas taxas de mortalidade em todo o mundo (Patrão & Leal, 2004). Em Portugal, o cancro da mama é o tipo de cancro mais frequente na mulher, estimando-se que, em 2006, tenham sido registados cerca de 5600 novos casos, sendo que 1100 resultaram em óbitos (Ferlay et al., 2007).

Os progressos técnicos e científicos na detecção precoce e tratamento do cancro da mama têm conduzido a uma diminuição significativa da mortalidade, determinando um aumento do número de sobreviventes (Ferlay, Bray, Pisani & Parkin, 2004).

No que se refere a psicopatologia, vários estudos indicam que a ansiedade pode aumentar durante certos períodos da doença (como a descoberta do tumor), diminuir durante o período cirúrgico e permanece elevada até um ano após a cirurgia, altura em que começa a declinar (Nezu & Nezu, 2007).

De um modo geral, a investigação na área da qualidade de vida (QdV), tem evidenciado que alguns anos após o diagnóstico, a QdV global é favorável, sendo por vezes comparável, ou mesmo superior, à de mulheres sem história de doença oncológica (Moreira et al., 2008). Embora a QdV global seja boa, alguns estudos revelam que determinados domínios específicos deste constructo podem ser comprometidos. Assim, as sobreviventes podem revelar piores resultados no domínio físico da QdV, como consequência da persistência ou do aparecimento de sintomas de dor, inchaço, perda de sensibilidade ou fraqueza no braço, fadiga, infertilidade e sintomas decorrentes da menopausa induzida pelos tratamentos (Moreira et al., 2008).

Para Petticrew, Bell, e Hunter, (2002), a sobrevivência a um cancro é influenciada pelo estilo de *coping*, ou seja, pela forma como o paciente percebe e lida com a situação de doença. As estratégias de *coping* mais eficazes são as que reflectem uma aceitação face ao cancro e são seguidas de estratégias orientadas para a resolução activa do problema (doença e suas possíveis consequências) (Rowland, 1989; Varela & Leal, 2007).

---

(\*) Universidade de Aveiro.



É, neste contexto, importante implementar medidas de educação, redução do sentido de isolamento ou de perda da imagem corporal anterior. Um exemplo destas medidas é a psicoterapia de grupo, que aumenta a utilização das estratégias de *coping*, os estados afectivos e a reintegração dos pacientes na sua rotina diária, com a melhor QdV possível (Petticrew, et al., 2002). Assim, as intervenções psicossociais em psico-oncologia tornam-se cruciais, no sentido de dotarem as unidades de saúde de informações acerca da doença e dos seus desenvolvimentos; oferecer apoio psicossocial e psicoterapêutico; proporcionar um espaço seguro para a expressão de sentimentos; descobrir meios para a diminuição do *stress*, da ansiedade e da depressão; mobilizar recursos mais criativos para enfrentar a doença; aperfeiçoar a comunicação interpessoal, dando prioridade à QdV de forma mais abrangente; e criar um campo fértil para o desenvolvimento da esperança e a procura de diferentes significados para o decurso da vida (Carvalho et al., 2008). Este tipo de intervenções pode ainda auxiliar na compreensão do diagnóstico e do prognóstico na adesão aos tratamentos das diferentes fases da doença; no lidar com a medicação e com os seus efeitos colaterais; na adaptação ao novo estilo de vida e nível de funcionamento geral, e no estabelecimento de relacionamentos de qualidade com amigos, familiares e equipa de cuidados (Carvalho et al., 2008). A intervenção psicológica torna-se fulcral ao nível da reconstrução da auto-estima e da auto-imagem do paciente (APA Help Center, 2004). As terapias de grupo têm o potencial de serem uma forma robusta e eficaz de tratamento psicossocial para pacientes com cancro (Classen, et al., 2001). Actualmente, sabe-se dos efeitos psicossociais positivos da terapia de grupo em pacientes com cancro, no ajustamento físico e sobrevivência, bem como na melhoria do estado de espírito (Classen et al., 2001; Meirelles et al., 2003). As intervenções em grupo “*podem constituir-se ideais para melhorar a qualidade de vida, a tensão das relações sociais, o estigma e o isolamento das sobreviventes de cancro da mama*” (cit. in Floyd & Moyer, 2009, p. 2).

A intervenção psico-educativa constitui-se como uma estratégia de intervenção comumente utilizada neste contexto e tem sido reconhecida como sendo eficaz na redução da sintomatologia depressiva (Barsevick, Sweeney, Haney & Chung, 2002). Apesar da revisão de alguns estudos providenciar suporte para a eficácia das intervenções psico-educacionais na melhoria do bem-estar emocional e funcionamento físico, o impacto da educação do paciente na implementação de estratégias de *coping* eficazes não é consistente (Bultz, Speca, Brasher, Geggie & Page, 2000; Helgeson & Cohen, 1996; Pruitt, et al., 1993). Contudo, salientam-se três razões para a aplicação de programas de intervenção psico-educativa em grupo: os tratamentos atingem um maior número de pessoas com um custo reduzido (comparativamente aos tratamentos feitos individualmente), é o tipo de apoio mais utilizado na comunidade, e os seus benefícios têm sido popularizados pelos *media* encorajando os pacientes a aderirem a estes grupos (Helgeson, Cohen, Schulz & Yasko, 2001).

O presente estudo tem como objectivo perceber, clarificar e interpretar a forma como a aplicação de um programa psico-educativo está relacionada com variáveis como a QdV, sintomas psicopatológicos e estratégias de *coping*.

## MÉTODO.

O estudo caracteriza-se por ser um estudo piloto de um programa psico-educativo, em que foi manipulada a variável independente (aplicação de um programa psico-educativo), em dois momentos de avaliação prospectiva: no início (pré-teste) e no final da terapia (pós-teste).

### *Participantes*

A amostra é constituída por mulheres sobreviventes de cancro da mama, pertencentes à delegação de Aveiro do “Movimento Vencer e Viver”, do Núcleo Regional do Centro, da Liga Portuguesa Contra o Cancro ( $N=13$ ). A idade das mulheres que compõem a amostra oscila entre 53 e 75 anos ( $M=63,38$ ;  $DP= 6,30$ ). No que diz respeito às principais características clínicas das mulheres da amostra, observou-se que os meios de detecção mais utilizados foram o auto-exame realizado pela própria (38.5%) e os exames de rastreio solicitados pelo médico sem detecção anterior (38.5%). Quanto ao tipo de cirurgia e de tratamento, a maioria das sobreviventes realizou mastectomia (69.2%) e quimioterapia (38.5%). De salientar ainda que a maioria realizou esvaziamento axilar (76.9%) e não teve recorrência de cancro (84.6%).

### *Programa de intervenção psico-educativo*

O Programa de Intervenção Psicoeducativa com Sobreviventes de Cancro da Mama foi constituído por 8 sessões semanais consecutivas, com a duração de aproximadamente uma hora e meia, e foi conduzido por dois terapeutas. Foi dada ênfase ao aumento do sentimento de controlo através da resolução de problemas e do estabelecimento de objectivos de vida. Para problemas específicos apresentados pelas pacientes, o grupo ajudou a explorar soluções ou a sugerir estratégias de *coping* adequadas. Os participantes também foram instruídos nas estratégias de comunicação eficazes e foi encorajada a comunicação assertiva com amigos, familiares, profissionais de saúde e outros. As participantes foram ainda motivadas para utilizar recursos de *coping* de que dispõem, incluindo interesses com amigos e familiares, bem como actividades de prazer.

Este programa inclui ainda a familiarização com algumas estratégias cognitivo-comportamentais, como o relaxamento, a reestruturação cognitiva, a análise de custo-benefício, a meditação, a comunicação assertiva e o método de resolução de problemas. Este programa foi baseado noutros programas de intervenção psicoeducativa, em que também foram utilizadas estratégias cognitivo-comportamentais (cf. Dolbeault, et al., 2009; Edelman, Bell, & Kifman, 1999; Fawzy et al., 2001; Helgeson et al., 2001).

## RESULTADOS

Podemos constatar que as maiores dificuldades sentidas pela nossa amostra aquando a vivência de cancro da mama foram, a realização de mastectomia (38, 46%), seguida pelo tratamento de quimioterapia (30.77%). No que respeita aos desejos relacionados com as preocupações ligadas à doença, a maioria referiu desejar a não recorrência de cancro (23.08%). Quando confrontadas com as coisas que gostariam de melhorar na sua forma de lidar com o cancro da mama e com os problemas causados pelo mesmo, a maioria nomeou a questão de lidar com a hipótese de recaída (23.08%).

Quanto às estratégias de *coping* verifica-se um valor médio superior a nível individual (M= 37.31, DP= 4.32). Ao nível dos sintomas psicopatológicos podemos observar que a ansiedade (M=7.63, DP=3.02) apresenta um valor médio superior à depressão (M= 5.15, DP=1.99), que, segundo o manual de utilização, se situa acima do intervalo normativo de ansiedade, indicando ansiedade de gravidade média. Quanto à qualidade de vida, o funcionamento social é o factor que apresenta o valor médio mais elevado (M= 96.15, DP=9.99), seguido pela imagem corporal (M=89.74, DP=18.99).

Quanto às estratégias de *coping*, podemos verificar que não houve diferenças significativas do pré para o pós teste. Ao nível dos sintomas psicopatológicos também não houve diferenças estatisticamente significativas assinalar. Ainda assim, destacamos a redução da ansiedade do primeiro momento (Mdn= 7) para o segundo momento (Mdn= 3.5) com um valor de significância ( $p=.063$ ) próximo do limiar requerido ( $p=.05$ ). De igual modo, verificámos uma redução da depressão do pré-teste (Mdn= 5) para o pós-teste (Mdn= 4.5). No que respeita às facetas da QdV, não há diferenças estatisticamente significativas a assinalar. De qualquer forma, destaca-se o aumento ao nível do funcionamento físico do pré (Mdn= 80) para o pós teste (Mdn= 86.66); o aumento ao nível do funcionamento emocional do pré (Mdn= 83.33) para o pós teste (Mdn= 87.50); o aumento ao nível do funcionamento cognitivo do pré (Mdn= 83.33) para o pós teste (Mdn= 100); e a diminuição do primeiro (Mdn= 22.22) para o segundo momento (Mdn= 11.11) ao nível da fadiga.

## DISCUSSÃO

Com o presente estudo, constatámos que a realização de mastectomia e a quimioterapia são percebidas como as maiores dificuldades sentidas pelas sobreviventes. Estes resultados corroboram outros estudos que indicam que os procedimentos cirúrgicos, muitas vezes mutiladores, geram alterações no esquema corporal e diversas necessidades de adaptação (Carvalho et al., 2008). No que respeita às preocupações ligadas à doença, a maioria referiu o desejo de não recorrência de cancro. Quando confrontadas com o que gostariam de melhorar na sua forma de lidar com o cancro da mama e com os problemas causados pelo mesmo, a maioria nomeou o lidar com a hipótese de recaída. A recorrência de cancro e o re-tratamento são referidos por alguns autores, como Petticrew et al.

(2002), como uma fase em que a mulher sofre um grande choque e descrença, negação total ou parcial, ansiedade, raiva e depressão.

Na análise das comparações dos resultados das estratégias de *coping* nos dois momentos de avaliação (pré e pós-teste), não foram encontradas diferenças significativas, levando-nos a concluir que o objectivo de investigação a este respeito não foi confirmado. Desta forma, estes resultados não estão de acordo, por exemplo com o estudo de Petticrew et al. (2002), que referem que a terapia de grupo aumenta a utilização das estratégias de *coping*. Relativamente aos sintomas psicopatológicos, observamos uma redução da ansiedade para o segundo momento, bem como uma melhoria ao nível da sintomatologia depressiva, ainda que nenhuma destas diferenças tenha sido significativa. Assim sendo, verifica-se uma tendência de consonância com os estudos de Barsevick et al. (2002), que apontam o reconhecimento da psico-educação como eficaz na redução da sintomatologia depressiva, e de Hosaka (1996) (cit. in. Fawzy et al., 2001) na diminuição das perturbações de humor após a intervenção. No que concerne à QdV geral, não se verificaram diferenças comparando os dois momentos da avaliação, levando-nos a concluir que este objectivo de investigação também não foi confirmado. Os resultados não corroboram as conclusões dos estudos de Floyd e Moyer (2009), que indicam que a intervenção psico-educativa melhora a QdV dos sobreviventes, nem de Gottlieb e Wachala (2007), que verificaram que estas intervenções têm efeitos positivos e que melhoram quase todos os aspectos da QdV.

No que respeita às facetas da QdV, constatou-se um aumento (ainda que não significativo) ao nível do funcionamento físico e emocional, estando de acordo com a literatura (Anderson et al., 2004; Bultz et al., 2000; Helgeson et al., 1999; Pruitt et al., 1993;) e providenciando algum suporte para a eficácia das intervenções psico-educacionais na melhoria destas dimensões. Outro aumento, não significativo, verificado foi a nível da função cognitiva. Ao nível da fadiga, verificou-se uma diminuição desta faceta do primeiro para o segundo momento da avaliação. Estes resultados vão de encontro aos resultados encontrados pelo estudo de Hosaka (1996) (cit. in. Fawzy et al., 2001).

## REFERÊNCIAS

- Anderson, B., Farrar, W., Golden-Kreutz, M., Glaser, R., Emery, C., Crespin, T., Shapiro, C., & Carson III, W. (2004). Psychological, behavioral and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22(17), 3570-3580.
- APA Help Center (2004). *Breast cancer: how your mind can help your body*. Washington: American Psychological Association.
- Barsevick, A., Sweeney, C., Haney, E., & Chung, E. (2002). A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29, 73-84.

- Bultz, B., Speca, M., Brasher, P., Geggie, P., & Page, S. (2000). A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 9, 303-313.
- Carvalho, V., Franco, M., Kovács, M., Liberato, R., Macieira, R. et al. (2008). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus.
- Classen, C., Butler, L.D., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., Fobair, P., Carlson, R.W., Kraemerm H,C, & Spiegel, D. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 494-501.
- Dolbeault, S., Cayrou, S., Brédart, A., Viala, A., Desclaux., B., Saltel. P., Gauvain-Piquard. A., Hardy. P., & Dickes, P. (2009). The effectiveness of psychoeducational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psychooncology*, 18(6),647-656.
- Fawzy, F., Fawzy, N., & Canada, A. (2001). Psychoeducational intervention programs for patients with cancer. In Baum, A., Andersen, B. (Eds). *Psychosocial Interventions For cancer*. (pp. 235-267).Washington: American Psychological Association.
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., & Parkin, D. (2004). *GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and prevalence Worldwide*. Lyon: IARC CancerBase N° 5, versão 2.0, IARC Press.
- Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., & Boyle, P. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*, 18(3), 581-592.
- Floyd, A., & Moyer, A. (2009). Group vs. individual exercise interventions for women with breast cancer: a meta- analysis. *Health Psychology*, 4(1), 22–41.
- Gottlieb, B., & Wachala, E. (2007). Cancer support groups: a critical review of empirical studies. *Psychooncology*, 16, 379–400.
- Helgeson, V., & Cohen S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational and intervention research. *Health Psychology*, 16(2), 135-148.
- Helgeson, V., Cohen, S., Schultz, R., & Yasko, J. (2001). Group support interventions for people with cancer: benefits hazards. A. Baum & B. Andersen (Eds.). *Psychosocial Interventions for cancer* (pp. 269-286). Washington: American Psychological Association.
- Hosaka, T. (1996). A pilot study of a structured psychiatric intervention for Japanese women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 5, 59-65.
- Meirelles, M., Kebbe, L., Ferreira, C., Panobianco, M., & Gomes, F. (2003). Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. *Revista Enfermagem UERJ*, 11, 292-295.

- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184.
- Nezu, A., & Nezu, C. (2007). Psychological distress, depression and anxiety. In M. Feurestein (Ed.), *Handbook of cancer survivorship* (pp. 323-327). Bethesda: Springer.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(4), 53-73.
- Petticrew, M., Bell, R., & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrent in people with cancer: systematic review. *British Medical Journal*, 9, 1-10.
- Pruitt, B., Waligora-Serafin, B., McMahon, T., Byrd, G., Besselman, L., Kelly, G., Drake, D., & Cuellar, D. (1993). Educational intervention for newly-diagnosed cancer patients undergoing radiotherapy. *Psycho-Oncology*, 2, 55-62.
- Rowland, J. (1989). Developmental stage and adaptation. In C. Holland (Eds.), *Handbook of Psychooncology* (pp. 25-43). New York: Oxford University Press.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3(15), 479-488.
- White, A., & Macleod, U. (2002). ABC of psychological medicine: cancer. *British Medical Journal*, 325, 377-380.

## **FLORESCIMENTO HUMANO: ENQUADRAMENTO DO CONCEITO E DEFINIÇÕES OPERACIONAIS**

PATRÍCIA S. BARREIRO <sup>(\*)</sup>; E IOLANDA C. GALINHA <sup>(\*\*)</sup>

O conceito de florescimento humano surge do alargamento no campo teórico do bem-estar e da saúde mental. As suas raízes encontram-se nos debates filosóficos e ancestrais de “boa vida”, representando actualmente a integração das perspectivas hedónica e eudaimónica do bem-estar. É ampla e consensualmente definido como um estado óptimo de saúde mental em que o indivíduo sente e funciona positivamente.

### **Das Perspectivas Hedónica e Eudaimónica às novas Concepções de Bem-estar**

A análise às principais abordagens do bem-estar permite verificar uma tendência por parte dos investigadores para relacionar as suas concepções com as perspectivas hedónica e eudaimónica de felicidade. Ambas são perspectivas filosóficas, com raízes ancestrais, que foram gradualmente incorporadas no âmbito da Psicologia e que hoje distinguem dois corpus teóricos no estudo do bem-estar (Kashdan, Biswas-Diener, & King, 2008).

#### **A perspectiva hedónica.**

Compreende o bem-estar como a obtenção do prazer e a diminuição da dor, sendo que para a psicologia hedónica o “Bem-estar consiste na felicidade subjectiva e respeito às experiências de prazer e/ou desgosto, no sentido lato, incluindo todos os julgamentos sobre bons e maus elementos da vida” (Ryan & Deci, 2001:144). Um dos contributos mais importantes na investigação desta perspectiva provém da conceptualização de bem-estar subjectivo de Ed. Diener. Focado nas condições em que as pessoas reagem positivamente às experiências, é um constructo fundado em 3 componentes: o afecto positivo, o afecto negativo, e a Satisfação com a vida (Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999). Apesar das dúvidas ainda existentes no estudo do bem-estar subjectivo, nas últimas décadas esta foi considerada a principal medida de bem-estar (Ryan & Deci, 2001).

---

<sup>(\*)</sup> Departamento de Economia Política do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa; <sup>(\*\*)</sup> Departamento de Psicologia e Sociologia da Universidade Autónoma de Lisboa.

### **A perspectiva eudaimónica.**

Distingue-se por admitir que nem todos os desejos poderão trazer bem-estar e que este é alcançado através da realização do potencial humano (Ryan & Deci, 2001). Entre os principais autores inseridos nesta perspectiva encontramos C. Ryff, cujos esforços em integrar as formulações teóricas existentes na área do desenvolvimento ao longo da vida, funcionamento positivo e saúde mental resultaram num modelo multidimensional de bem-estar psicológico constituído por 6 dimensões de funcionamento psicológico positivo (Keyes, Ryff, & Shmotkin, 2002; Ryff & Keyes, 1995).

Alguns autores apontam para uma distinção entre as perspectivas e admitem que ambas levantam questões diferentes. No entanto, o aprofundamento destas investigações indica a existência de uma correlação entre as abordagens (Kashdan et al., 2008; Keyes et al., 2002; Ryan & Deci, 2001). Assim, apesar de autores como Waterman (2007) defenderem a distinção entre eudaimonia e hedonismo, outros indicam a existência de uma relação sinérgica entre os factores, sendo interdependentes na obtenção do óptimo funcionamento, ainda que mantendo uma posição única e distinta na percepção do bem-estar global (Kashdan et al., 2008; Keyes et al., 2002).

Importantes contributos ao desenvolvimento de novos modelos teóricos, provêm dos estudos de Fredrickson e Losada (2005) ao papel das emoções positivas no óptimo funcionamento. Da teoria da auto-determinação de Ryan e Deci (2000), que aborda o desenvolvimento positivo e os ambientes sociais que o dificultam, evidenciando a autonomia, a competência e os relacionamentos enquanto necessidades básicas. Da teoria da orientação para a felicidade de Peterson, Nansook, e Seligman (2005), que esclarece 3 modos de orientação para a felicidade: orientação para o prazer (perspectiva hedónica), orientação para o significado (perspectiva eudaimónica), orientação para o envolvimento (inspirada na noção de *flow* de Csikszentmihalyi). E, por fim, do modelo saúde mental formulado por Keyes, para quem o bem-estar subjectivo consiste em “Percepções e avaliações individuais sobre a vida, em termos dos seus estados afectivos e funcionamento psicológico e social” (2002:208). Representando um constructo superior de 3 dimensões (Quadro 1): Bem-estar emocional, que consiste na presença ou ausência de sentimentos positivos perante a vida (Keyes & Haidt, 2003); o bem-estar psicológico, caracterizado pela escala de bem-estar psicológico de Ryff (Keyes et al., 2002); Bem-estar social, que refere desafios ou tarefas sociais e consiste na avaliação da própria situação individual e do funcionamento da sociedade (Keyes, 1998).

### **Saúde Mental, Bem-estar Subjectivo e Florescimento Humano**

Com o desenvolvimento do estudo do bem-estar e da psicologia positiva, o conceito de saúde mental apropriou-se destas novas abordagens e em 2001 a Organização Mundial de Saúde define saúde mental como “Um estado de bem-estar no qual o indivíduo utiliza as suas capacidades, lida com o stress normal da vida, trabalha de modo produtivo e frutífero e contribui para a comunidade” (OMS, 2004:12). Torna-se clara a presença dos novos paradigmas do bem-estar na definição de saúde mental e surge a necessidade de definir uma tipologia de sintomas que a caracterize. Também aqui C. Keyes deu importantes contributos, assumindo que os sintomas de saúde mental são o próprio bem-estar subjectivo (Keyes & Haidt, 2003). Assim, à semelhança dos dois conjuntos de sintomas utilizados no



DSM-III-R para identificar episódios depressivos, também o bem-estar subjectivo representa dois conjuntos de sintomas de saúde mental—sintomas de vitalidade emocional e sintomas de funcionamento positivo e social. Neste sentido, Keyes (2002, 2007) sugere que a saúde mental deve ser entendida como um espectro de duas dimensões: o *continuum* da perturbação mental e o *continuum* da saúde mental, sendo que é na intersecção de ambas que surgem cinco categorias de diagnóstico, entre as quais, o florescimento (Figura 1).

### Florescimento Humano: Definições Operacionais

Apesar de actualmente ser comumente aceite entre diversos autores que o florescimento humano corresponde a um estado óptimo de saúde mental em que os indivíduos sentem e funcionam positivamente, não existe ainda uma concordância quanto aos factores que o compõem. Pois, se por um lado a perspectiva hedónica assumiu o bem-estar subjectivo como a sua principal abordagem teórica, a perspectiva eudaimónica continua sem nenhuma teoria que a represente inteiramente (Diener et al., 2010; Huppert & So, 2009; Kashdan et al., 2008; Keyes, 2002, 2007; Seligman, 2011).

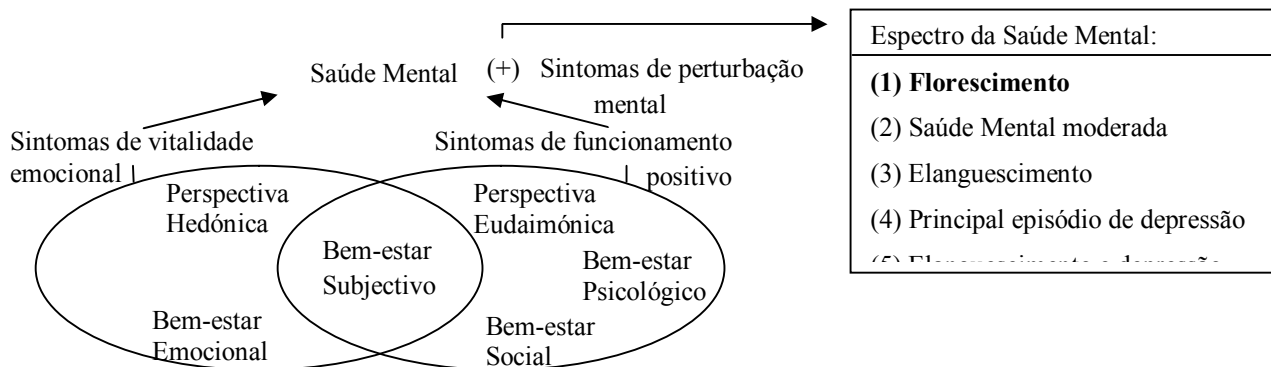
#### Definição operacional de Corey Keyes.

Na concepção de Keyes (2002; Keyes & Haidt, 2003), dado que o florescimento humano está directamente relacionado e dependente de sintomas de saúde mental, este deve ser medido de acordo com as posições individuais em cada sintoma de bem-estar (Figura 1 e Quadro 1 e 2). Segundo o autor, o indivíduo em florescimento é aquele que apresenta elevados valores em uma das duas escalas de bem-estar emocional e elevados valores em seis das onze escalas de funcionamento positivo.

Figura 1. Posição do conceito de florescimento humano na abordagem de Corey Keyes.

#### Definição operacional de Felicia Huppert e Timothy So.

Alternativamente, numa análise ao European Social Survey Round 3 de 2006, Huppert et al. (2008) apresentam outra proposta de operacionalização do conceito. Para os autores existem 3 factores principais de florescimento aos quais se associam outros 6 factores adicionais (Quadro 1). Recentemente, acrescentaram o factor adicional estabilidade emocional (comunicação pessoal, 7 de Julho de 2011), sendo que o indivíduo em florescimento é aquele que apresenta valores positivos nos 3



factores principais e em pelo menos 3 factores adicionais (Huppert & So, 2009).

### Definição operacional de Ed. Diener, D. Wirtz, R. Biswas-Diener, W. Tov, C. Kim-Prieto, D. Choi, e S. Oishi.

Recentemente, também estes autores apresentaram a Escala de Florescimento, enquanto medida síntese de 8 itens que pretendem dar conta das teorias existentes (Quadro 1 e 2). Todas as questões são apresentadas numa direcção positiva, portanto, os indivíduos em florescimento são os que mais positivamente respondem a cada um dos itens (Diener et al., 2009). Com o intuito de analisar o bem-estar emocional, Diener et al. (2009, 2010) apresentam ainda a Escala de Experiências Positivas e Negativas (SPANE).

### Definição operacional de Martin Seligman.

Também este autor propôs recentemente uma nova teoria do bem-estar. Desenvolvendo a sua anterior teoria da felicidade autêntica, apresenta agora 5 factores de florescimento (Quadro 1). Com esta nova teoria o autor procura ultrapassar limitações enfrentadas na sua proposta anterior e, simultaneamente, alterar o seu foco da teoria unidimensional centrada na medição da satisfação com a vida, para uma teoria multidimensional do bem-estar (Seligman, 2011).

#### Quadro 1

*Síntese de factores de florescimento humano e índices de consistência interna das escalas propostas por Keyes, Diener, Huppert e So, e Seligman*

Factores de Florescimento Humano			
Keyes, C. (2003)	Diener, E. (2010)	Huppert, F. (2009)	Seligman, M. (2011)
<p><b>Bem-estar Emocional:</b> Afecto positivo; Felicidade; Satisfação com a vida.</p> <p><b>Bem-estar Psicológico:</b> Autoaceitação; Crescimento pessoal; Propósito na vida; Controlo sobre o ambiente; Autonomia; Relações positivas.</p> <p><b>Bem-estar Social:</b> Integração social; Coerência social; Contribuição social; Actualização social; Aceitação social.</p>	<p><b>Relações:</b> Relações de apoio e gratificantes; Contribuição para o bem-estar dos outros; Respeito.</p> <p><b>Auto-estima:</b> Competência; Auto-aceitação.</p> <p><b>Propósito:</b> Significado e propósito; Envolvimento e interesse.</p> <p><b>Optimismo:</b> Optimismo.</p>	<p><b>Factores principais:</b> Emoções positivas; Envolvimento, interesse; Sentido, propósito.</p> <p><b>Factores adicionais:</b> Auto-estima; Optimismo; Resiliência; Vitalidade; Auto-determinação; Relações positivas; Estabilidade emocional.</p>	<p>(P) Emoções positivas (E) Envolvimento (R) Relações (M) Significado e Propósito (A) Realização/ <i>Accomplishment</i></p>

#### Quadro 2

*Índices de consistência interna e correlações das escalas de Keyes e Diener*

Índices de Consistência Interna e correlações com outras escalas	
Florescimento Humano em Keyes, C.	Florescimento Humano em Diener, E.
<p><b>Bem-estar Emocional</b> (7 itens): <math>\alpha = 0,88</math> (Kendler, et al., 2011)</p> <p><b>Bem-estar Psicológico</b> (3itens): <math>\alpha = 0,76</math> (Kendler, et al., 2011)</p> <p><math>\alpha = 0,50</math> (Ryff e Keyes, 1995)</p> <p>A escala de 3 itens relaciona-se entre 0,70 e 0,89 com a escala de 20 itens (Ryff e Keyes, 1995).</p> <p><b>Bem-estar Social</b> (3 itens): <math>\alpha = 0,72</math> (Kendler, et al., 2011); <math>\alpha = 0,81</math> (Keyes, 1998)</p>	<p><b>Escala de Florescimento</b> (8 itens): <math>\alpha = 0,87</math></p> <p>Correlações de 0,78 e 0,73 com as escalas de Satisfação de necessidades básicas de Deci e Ryan, e Bem-estar psicológico de Ryff</p> <p><b>SPANE-P:</b> <math>\alpha = 0,87</math> (6 itens)</p> <p><b>SPANE-N:</b> <math>\alpha = 0,81</math> (6 itens)</p> <p><b>SPANE-B:</b> <math>\alpha = 0,89</math> (12 itens); apresenta uma correlação 0,76 com a <i>PANAS-BAL</i> (Diener, et al., 2010)</p>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de notórias as diferenças entre as quatro propostas, é possível verificar que todas, embora em diferentes níveis, procuram a integração e superação das abordagens hedónica e eudamónica. Assim como, a aceitação de que florescimento constitui, de facto, um estado de saúde mental positivo em que os indivíduos sentem e funcionam positivamente, desenvolvem o seu potencial humano, e vivem vidas enriquecedoras.

A existência de abordagens operacionais distintas, mas com factores comuns, demonstra a necessidade de um maior entendimento sobre a importância de cada factor para o florescimento humano. É urgente empreender processos de validação das escalas existentes e dos factores que as constituem, com vista a uma definição operacional comumente aceite.

As definições operacionais e as escalas aqui apresentadas, têm vindo a ser analisadas e continuamente desenvolvidas, sendo que, algumas foram já testadas em diversos estudos. No entanto, é ainda necessário compreender o seu significado em termos de riqueza teórica. Comparando-os com os factores que tendem a influenciar este conceito e avaliando a sua importância na concretização dos principais objectivos da psicologia positiva e das novas concepções de saúde mental.

## REFERÊNCIAS

- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2009) New measures of well-being. In Diener, E. (Ed.) *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener*, 39, Dordrecht e New York: Springer. doi: 10.1007/978-90-481-2354-4\_12.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings, *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156. doi: 10.1007/s11205-009-9493-y.
- Fredrickson, B., & Losada, M. (2005). Positive Affect and the Complex Dynamics of Human Flourishing, *American Psychologist*, 60(7), 678-686. doi: 10.1037/0003-066X.60.7.678.
- Huppert, F., Marks, N., Clark, A., Siegrist, J., Stutzer, A., Vittersø, J., & Wahrendorf, M. (2008). *Measuring well-being across Europe: Description of the ESS Well-being Module and preliminary findings*. Working Paper N° 2008-40, Paris: Paris School of Economics. Disponível em: <http://www.pse.ens.fr/document/wp200840.pdf>.
- Huppert, F., & Timothy, S. (2009, Julho). *What Percentage of People in Europe are Flourishing and What Characterises Them?*, The Well-being Institute University of Cambridge, Documento de informação para o encontro da OCDE/SQOLS *Measuring subjective well-being: an opportunity for NSO's*, Florença. Disponível em: [http://www.isqols2009.istitutodeglinnocenti.it/Content\\_en/Huppert.pdf](http://www.isqols2009.istitutodeglinnocenti.it/Content_en/Huppert.pdf).

- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*, New York: Russell Sage Foundation.
- Kashdan, T., Biswas-Diener, R., & King, L. (2008). Reconsidering happiness: the costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia, *The Journal of Positive Psychology*, 3(4), 219-233. doi: 10.1080/17439760802303044
- Kendler, K., Myers, J., Maes, M., & Keyes, C. (2011). The Relationship Between the Genetic and Environmental Influences on Common Internalizing Psychiatric Disorders and Mental Well-Being, *Behavior Genetics*, 41(5), 641-650. doi: 10.1007/s10519-011-9466-1.
- Keyes, C. (1998). Social Well-Being, *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. Disponível em: <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/58.pdf>.
- Keyes, C. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life, *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222. doi: 10.2307/3090197
- Keyes, C. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health, *American Psychologist*, Vol 62(2), 95-108. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.95.
- Keyes, C., & Haidt, J. (Eds.). (2003). *Flourishing: Positive Psychology and the life well-lived*, Washington: American Psychological Association.
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions, *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. doi: 10.1037//0022-3514.82.6.1007.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice* (Summary report), Geneva. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf).
- Peterson, C., Nansook, P., & Seligman, M. (2005). Orientations to Happiness and Life Satisfaction: The Full Life Versus the Empty Life, *Journal of Happiness Studies*, 6(1), 25-41. doi: 10.1007/s10902-004-1278-z.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being, *American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being, *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- 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.

Psicologia da saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas.  
Organizado por José Luís Pais Ribeiro, Isabel Leal, Anabela Pereira e Sara Monteiro.  
2012, Aveiro: Universidade de Aveiro.

Seligman, M. (2011). *Flourish: A New Understanding of Happiness and Well-being – and How to Achieve Them*, Londres, Nicholas Brealey Publishing.

Waterman, A. (2007). On the importance of distinguishing hedonia and eudaimonia when considering the hedonic treadmill, *American Psychologist*, 62(6), 612-613. doi: 10.1037/0003-066X62.6.612.

## **O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM INDIVÍDUOS COM PARALISIA CEREBRAL: RESULTADOS LONGITUDINAIS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

*DIANA BRANDÃO E JOSÉ LUÍS PAIS-RIBEIRO*

Este estudo pretende avaliar o impacto de uma Intervenção Psicológica em Grupo na promoção do Bem-Estar Psicológico em Indivíduos com Paralisia Cerebral.

O Bem-Estar Psicológico (BEP) é um construto multidimensional que abrange um conjunto de dimensões do funcionamento psicológico positivo, de natureza cognitiva e afetiva (Ryff, 1989, 1995; Ryff & Keyes, 1995): a Aceitação de Si, referente à avaliação positiva que cada indivíduo faz de si próprio e da sua vida; o Crescimento Pessoal, que se trata do sentimento de desenvolvimento contínuo enquanto pessoa; os Objetivos na Vida, que traduzem a crença do indivíduo de que a sua vida é importante, significativa e de que os seus objetivos e metas têm propósitos globais e unificadores do sentido de vida; as Relações Positivas com os Outros, que se referem ao envolvimento em relações interpessoais positivas; o Domínio do Meio, que traduz a capacidade para gerir satisfatoriamente a vida, para enfrentar e responder eficazmente às exigências externas; e a Autonomia, que reflete o sentido de autodeterminação e de independência face às pressões externas.

Estas dimensões constituem o BEP e refletem os sentimentos de satisfação e felicidade de cada um consigo próprio, com as suas condições de vida sociais, relacionais, com as realizações pessoais do passado e com as expectativas de futuro (Ryff & Keyes, 1995; Keyes & Ryff, 1998).

A Paralisia Cerebral (PC) descreve um grupo de condições crónicas caracterizadas pela disfunção motora, cuja principal causa é uma lesão encefálica não progressiva, ocorrida durante o desenvolvimento fetal; antes, durante, ou pouco depois do parto; ou durante a infância precoce (United Cerebral Palsy [UCP], 2001). É, essencialmente, uma incapacidade física, provocada por uma disfunção do controlo muscular, que dificulta os movimentos e a postura corporais (National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS], 2006). Para além da disfunção motora, é comum encontrar múltiplos défices associados à PC: défices cognitivos, epilepsia, défices auditivos e visuais, perturbações da linguagem e

dificuldades perceptivo-motoras, perturbações do esquema corporal e da estruturação espácio-temporal, problemas de lateralidade, apraxia ou dispraxia, dislexia e discalculia (Botha, 1996).

A PC afeta, aproximadamente, 2-2,5 em cada 1000 nados vivos (NINDS, 2006); podendo a sua etiologia ser multifatorial: nascimento pré-termo, baixo peso à nascença, complicações peri-natais (trombofilias fetais ou maternas; infeção, inflamação e lesão cerebral), infeções pré e pós natais e alterações vasculares; traumatismo de parto e anóxia neo-natal (Andrada, et al., 2005; NINDS, 2006).

Na definição dos tipos clínicos, é comum subdividir-se a PC em: espástica, disquinética, atáxica e mista (Botha, 1996; NINDS, 2006; UCP, 2001).

Como referido anteriormente, a PC é uma condição crónica, que se prolonga por toda a vida do indivíduo, provocando incapacidade em graus variáveis, devido a causas irreversíveis, podendo constituir um risco para o surgimento de problemas ou dificuldades psicológicas. As características específicas da PC e dos seus tratamentos envolvem, normalmente, experiências que podem limitar significativamente o estilo de vida e rotinas do indivíduo e da sua família, dificultando o seu desenvolvimento psicológico equilibrado e harmonioso. Impõe-se, então, a necessidade de desenvolver intervenções psicológicas que promovam o BEP destes indivíduos.

Os objetivos específicos deste trabalho são avaliar o BEP de indivíduos com PC, desenvolver uma Intervenção Psicológica em Grupo (IPG) para os mesmos, no sentido de promover o seu BEP, e avaliar o impacto dessa intervenção.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram neste estudo 107 indivíduos com PC, inscritos no Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral do Porto (CRPCP) e na Associação de Paralisia Cerebral de Braga (APCB), com idades compreendidas entre os 16 e os 38 anos ( $M=23,36 \pm 5,01$  anos), sendo 59,8% do sexo masculino e 40,2% do sexo feminino, todos solteiros. 42 indivíduos aceitaram participar na intervenção (GI) e os restantes 65, serviram de grupo de comparação (GC). A amostra foi selecionada por conveniência, através da consulta de processos e de entrevistas individuais no CRPCP e na APCB.

### *Material*

A recolha de dados efetuou-se através de questionários, anónimos, de autorresposta; dos quais constava: um Questionário Sócio-demográfico, que incluía os dados pessoais (sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, nível sócio-económico e quadro clínico); e as Escalas de Bem-Estar

Psicológico [versão experimental reduzida construída a partir das *Scales of Psychological Well-Being* (Ryff, 1989) por Novo, Duarte-Silva & Peralta, 2004], constituídas por 18 itens distribuídos por 6 subescalas: Aceitação de Si (e.g., “Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram”), Crescimento Pessoal (e.g., “Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa”), Objetivos na Vida (e.g., “Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida”), Relações Positivas com os Outros (e.g., “Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades”), Domínio do Meio (e.g., “Sinto-me, frequentemente, “esmagado” pelo peso das responsabilidades”) e Autonomia (e.g., “Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas”) (Novo, 2003). Cada subescala é constituída por 3 itens na forma de afirmações de carácter descritivo, na qual a modalidade de resposta é de tipo *Likert*, em seis posições, variando entre o “Discordo Completamente”, e o “Concordo completamente” (Novo et al., 2004). Cerca de metade dos itens da escala são formulados de forma positiva e a outra metade negativa (ibid.). A escala global apresenta uma consistência interna ( $\alpha$  de *Cronbach*) que varia entre 0,70 e 0,89 (ibid.).

### *Procedimento*

A recolha de dados decorreu de maio a novembro de 2008, no CRPCP; e de junho a setembro de 2009, na APCB. Inicialmente, efetuou-se um pedido de autorização às respetivas Direções, no qual constava uma breve explicação dos objetivos do estudo, tendo sido entregue à diretora técnica de cada Associação.

Após a autorização das Direções, para proceder à recolha de dados, em primeiro lugar, consultou-se os processos de todos os jovens que se enquadravam nas condições requeridas para o estudo (maiores de 16 anos, fala perceptível e ausência de défices cognitivos), tendo-se selecionado 150 indivíduos.

Seguidamente, contactaram-se estes indivíduos através de carta e telefone, dando conhecimento do estudo, explicando os seus objetivos e convocando-os para uma reunião de esclarecimento a ter lugar no CRPCP e na APCB. Após essa reunião, agendaram-se datas específicas com os indivíduos que aceitaram participar, para comparecerem nas Associações a fim de preencherem o questionário, de acordo com a sua disponibilidade.



Realizou-se um pré-teste, no CRPCP, com a duração de 25 minutos, tendo este procedido sem dificuldades.

A cada indivíduo explicou-se os objetivos do estudo, e pediu-se que lesse atentamente o questionário, antes de o preencher. O questionário foi preenchido na presença da investigadora, para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Após a fase de recolha de dados, procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos, através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (Windows)*.

A IPG decorreu, de novembro de 2008 a julho de 2009, no CRPCP; e de setembro de 2009 a maio de 2010, na APCB.

O principal objetivo subjacente à intervenção grupal desenvolvida foi a promoção e manutenção do BEP dos seus elementos. Conforme referido anteriormente, a população-alvo desta intervenção foram indivíduos com PC, inscritos no CRPCP e na APCB, com mais de 16 anos, fala perceptível e ausência de défices cognitivos.

Os grupos eram homogéneos relativamente ao diagnóstico de PC e heterogéneos quanto ao sexo, idade e quadro clínico. Tratavam-se de grupos fechados, ou seja, uma vez iniciados, não permitiram a entrada de novos elementos, o que permitiu trabalhar adequadamente o desenvolvimento e a coesão grupal. Foram criados 6 grupos no CRPCP (2 grupos de 8 indivíduos, 1 grupo de 7, 1 grupo de 5, 1 grupo de 3, e 1 grupo de 4) e 1 grupo de 7 elementos na APCB.

Os grupos decorreram, então, no CRPCP e na APCB, no espaço de 8 meses, no total de 16 sessões, com uma periodicidade quinzenal e duração de, aproximadamente, noventa minutos.

As sessões seguiram uma matriz comum, iniciando com uma técnica de quebra-gelo, passando-se ao desenvolvimento de uma (ou mais) atividade(s) principal(ais) e finalizando com uma técnica de avaliação da sessão.

A avaliação da eficácia da IPG decorreu nas respetivas Associações, de julho de 2009 a setembro de 2010, no CRPCP; e de maio de 2010 a maio de 2011, na APCB; tendo sido realizada através do preenchimento individual do questionário, imediatamente após a intervenção, 6 e 12 meses depois. Os procedimentos seguidos para o preenchimento destes questionários foram os mesmos da avaliação inicial.

## RESULTADOS

Nesta parte serão descritos e discutidos os resultados obtidos através das análises estatísticas efetuadas.

Os resultados da caracterização da amostra sugerem que os indivíduos do **GI** ( $N=42$ ), são na sua maioria do sexo masculino (61,9%), todos solteiros (100%). No que concerne à sua Situação Profissional e Escolaridade, estes indivíduos são, na sua maioria, estudantes (33,3%) e possuem uma escolaridade situada entre 10 a 12 anos (35,7%). Os resultados salientam, ainda, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (81,0%). Relativamente ao Quadro Clínico, a maioria apresenta uma PC Espástica (78,6%). Por sua vez, os indivíduos do **GC** ( $N=65$ ) são na sua maioria do sexo masculino (58,5%), todos solteiros (100%). No que concerne à sua Situação Profissional e Escolaridade, estes indivíduos são, na sua maioria, estudantes (41,5%) e possuem uma escolaridade situada entre 10 a 12 anos (46,2%). Os resultados salientam, ainda, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (80,0%). Relativamente ao Quadro Clínico, a maioria apresenta uma PC Espástica (78,5%).

Os resultados, da análise comparativa efetuada, indicam que ambos os grupos (GI e GC) não diferem estatisticamente quanto às suas características gerais.

No sentido de descrever e comparar o BEP nos diferentes grupos, procedeu-se a uma análise descritiva e comparativa. Os resultados desta análise mostram que, para os indivíduos do GI, o BEP e a Aceitação de Si apresentaram valores moderados nas fases 1, 2 e 3, e elevados na fase 4; a Autonomia, o Domínio do Meio e as Relações Positivas com os Outros apresentaram valores moderados em todas as fases; e o Crescimento Pessoal apresentou valores elevados em todas as fases; e os Objetivos na Vida apresentaram valores moderados na fase 1, e elevados nas fases 2, 3 e 4. Por sua vez, para os indivíduos do GC, o BEP, a Autonomia e o Domínio do Meio apresentaram valores moderados em todas as fases; o Crescimento Pessoal e os Objetivos na Vida apresentaram valores elevados em todas as fases; as Relações Positivas com os Outros apresentaram valores moderados nas fases 1, 2 e 3, e elevados na fase 4; e a Aceitação de Si apresentou valores moderados nas fases 1 e 2, e elevados nas fases 3 e 4.

Os resultados da análise comparativa efetuada (*One-way repeated measures ANOVA*) salientam um efeito do tempo nas variáveis BEP,  $F(3,234) = 6,00$ ,  $p < 0,05$ , Crescimento Pessoal,  $F(3,234) = 4,57$ ,  $p < 0,05$ , e Aceitação de Si,  $F(3,234) = 10,48$ ,  $p < 0,05$ ; sugerindo que existem diferenças, estatisticamente significativas, entre as diferentes fases de avaliação.

Os resultados, obtidos através dos testes *T de Student* para amostras emparelhadas, salientam que, para os indivíduos do **GI**, se verificam diferenças, estatisticamente significativas, ao longo do tempo, nas variáveis BEP, Crescimento Pessoal e Aceitação de Si. Estes resultados sugerem que o BEP no T1 ( $M = 61,26 \pm 11,93$ ) era inferior ao do T3 ( $M = 65,27 \pm 11,54$ ) ( $t(40) = -2,56$ ,  $p < 0,05$ ) e T4 ( $M = 67,61 \pm 11,59$ ) ( $t(40) = -3,68$ ,  $p < 0,05$ ); que o Crescimento Pessoal no T4 ( $M = 12,90 \pm 2,07$ ) era superior do T1 ( $M = 11,40 \pm 2,45$ ) ( $t(40) = 3,51$ ,  $p < 0,05$ ), T2 ( $M = 12,24 \pm 1,87$ ) ( $t(40) = 2,55$ ,  $p < 0,05$ ) e T3 ( $M = 12,10 \pm$

2,46) ( $t(40) = 2,21, p < 0,05$ ); que a Aceitação de Si no T1 ( $M = 9,79 \pm 3,77$ ) era inferior à do T2 ( $M = 10,74 \pm 3,17$ ) ( $t(40) = -2,12, p < 0,05$ ), T3 ( $M = 10,83 \pm 3,23$ ) ( $t(40) = -2,21, p < 0,05$ ) e T4 ( $M = 11,49 \pm 2,60$ ) ( $t(40) = -4,07, p < 0,05$ ); e que a Aceitação de Si no T4 ( $M = 11,49 \pm 2,60$ ) era superior à do T2 ( $M = 10,74 \pm 3,17$ ) ( $t(40) = 2,79, p < 0,05$ ) e T3 ( $M = 10,83 \pm 3,23$ ) ( $t(40) = 2,18, p < 0,05$ ).

Por sua vez, para o GC, os resultados indicam diferenças, estatisticamente significativas, ao longo do tempo, na Aceitação de Si, sugerindo que a Aceitação de Si no T1 ( $M = 10,51 \pm 3,10$ ) era inferior à do T2 ( $M = 11,17 \pm 2,60$ ) ( $t(38) = -2,47, p < 0,05$ ), T3 ( $M = 11,74 \pm 2,28$ ) ( $t(38) = -3,32, p < 0,05$ ) e T4 ( $M = 11,41 \pm 2,51$ ) ( $t(38) = -2,32, p < 0,05$ ). Os resultados, obtidos através dos testes *t de Student* para amostras independentes, não salientam diferenças, estatisticamente significativas, entre os indivíduos do GI e do GC, nas diferentes fases de avaliação.

## DISCUSSÃO

Face a estes resultados, pode afirmar-se que a IPG poderá ter tido impacto no BEP e Crescimento Pessoal dos indivíduos do GI, ainda que este não tenha sido imediato, mas verificado pelo seu crescimento nas fases 3 e 4. Pensa-se que estas alterações ocorrem um pouco mais tarde, na medida em que é necessário algum tempo para a integração das mudanças na vida dos indivíduos. Por outro lado, muitos dos participantes só começaram, realmente, a implementar soluções concretas na sua vida, no final da IPG, quando puderam integrar todas as informações e experiências, daí que os aumentos em certas variáveis se verifiquem apenas nas fases 3 e 4.

Em conclusão, no geral, pode afirmar-se que a IPG teve um impacto positivo na promoção do BEP e Crescimento Pessoal, uma vez que, ao longo do tempo, para o GI, se verifica um aumento destas variáveis, e, para o GC não se verificaram alterações. Os resultados indicam, ainda, que estas mudanças se mantêm ao longo do tempo, uma vez que, para além de aumentarem em certas fases, não se verifica um decréscimo destas variáveis nas fases seguintes. Relativamente à variável Aceitação de Si, como se verifica um aumento em ambos os grupos, não se pode concluir que a IPG tenha sido a responsável por esse aumento.

O presente projeto pretendeu desenvolver uma IPG para promover o BEP em indivíduos com Paralisia Cerebral, e avaliar a sua eficácia.

A IPG desenvolvida pretendeu ser inovadora, pois ao inserir-se no âmbito da Psicologia Positiva, enfatizou a prevenção e promoção da saúde ao invés da remediação da doença; assentando, sobretudo, nas potencialidades e fatores dos indivíduos, comunidades e sociedades que fazem com que a sua vida valha a pena ser vivida (Aspinwall & Staudinger, 2003). Tendo em conta que o principal objetivo da psicologia

positiva é facilitar o desenvolvimento dos indivíduos para um funcionamento ótimo, na intervenção adotou-se uma postura de facilitação com o intuito de ajudar os indivíduos a alcançar os seus próprios objetivos (Linley & Joseph, 2004). Assumiu-se, então, uma postura de *empowerment*, no sentido de promover a mestria e o controlo dos indivíduos sobre as suas próprias vidas, e a ter uma postura pró-ativa face à vida (Zimmerman, 1995). Pretendeu-se, assim, dar poder às pessoas, fornecendo-lhes as “ferramentas” para que elas próprias consigam efetuar mudanças na sua vida e crescer.

Pensa-se que esta intervenção, para além das mudanças que, diretamente introduziu na vida dos participantes, tem em si o potencial para gerar mudanças sociais; pois, ao promover a participação ativa das pessoas com deficiência na sociedade, conseqüentemente, altera a perceção que a sociedade, em geral, tem acerca das pessoas com deficiência, potenciando a sua integração plena.

## REFERÊNCIAS

- Andrada, M.G., Batalha, I., Calado, E., Carvalhão, I., Duarte, J., Ferreira, C., Folha, T., Gaia, T., Loff, C., & Nunes, F. (2005). *Estudo Europeu da Etiologia da Paralisia Cerebral Região de Lisboa – Estudo Multicêntrico Europeu*. Lisboa: Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral.
- Aspinwall, L.G.; & Staudinger, U.M. (2003). A Psychology of Human Strengths: some central issues of an emerging field. In L.G. Aspinwall, & U.M. Staudinger (Edts.). *A Psychology of Human Strengths – fundamental questions and future directions for a Positive Psychology* (pp. 9-21). Washington: APA.
- Botha, P.N. (1996). Cerebral Palsy. In J.A. Kapp (Ed.). *Children with problems – an orthopedagogical perspective* (3<sup>rd</sup> Ed.) (pp. 270-287). Pretoria: J.L. van Schaik editors.
- Keyes, C.L., & Ryff, C.D. (1998). Generativity in Adult Lives: social structural contours and quality of life consequences. In D.P. McAdams, & E. de St. Aubin (Edts.), *Generativity and Adult Development: how and why we care for the next generation* (pp.227-264). Washington, DC: American Psychological Association.
- Linley, P.A., & Joseph, S. (2004). Applied Positive Psychology: a new perspective for Professional Practice. In P.A. Linley, & S. Joseph (Edts.). *Positive Psychology in Practice* (pp.3-12). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2009). *Cerebral Palsy: Hope Through Research* [on-line]. Disponível: <http://www.ninds.nih.gov>.

Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia – O Bem-Estar Psicológico em Mulheres de Idade Adulta avançada*. Coimbra: Dinalivro.

Novo, R., Duarte-Silva, M., & Peralta, E. (2004). Escalas de BEP: Versão reduzida. Manuscrito não publicado. Lisboa: FPCE-UL.

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations of the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Ryff, C.D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4 (4), 99-104.

Ryff, C.D., & Keyes, C.L. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.

United Cerebral Palsy (2001). *Cerebral palsy - facts & figures* [on-line]. Disponível: [www.ucp.org](http://www.ucp.org)

Zimmerman, M.A. (1995). Psychological empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 581-599.

## **A ESPERANÇA EM INDIVÍDUOS COM PARALISIA CEREBRAL: RELAÇÕES COM O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO**

*DIANA BRANDÃO E JOSÉ LUÍS PAIS-RIBEIRO*

Este estudo pretende explorar a relação entre a Esperança e o Bem-Estar Psicológico em Indivíduos com Paralisia Cerebral.

A Paralisia Cerebral (PC) descreve um grupo de condições crónicas caracterizadas pela disfunção motora, cuja principal causa é uma lesão encefálica não progressiva, ocorrida durante o desenvolvimento fetal; antes, durante, ou pouco depois do parto; ou durante a infância precoce (United Cerebral Palsy [UCP], 2001). É, essencialmente, uma incapacidade física, provocada por uma disfunção do controlo muscular, que dificulta os movimentos e a postura corporais (National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS], 2006). Para além da disfunção motora, é comum encontrar múltiplos défices associados à PC: défices cognitivos, epilepsia, défices auditivos e visuais, perturbações da linguagem e dificuldades perceptivo-motoras, perturbações do esquema corporal e da estruturação espácio-temporal, problemas de lateralidade, apraxia ou dispraxia, dislexia e discalculia (Botha, 1996).

A PC afeta, aproximadamente, 2-2,5 em cada 1000 nados vivos (NINDS, 2006); podendo a sua etiologia ser multifatorial: nascimento pré-termo, baixo peso à nascença, complicações peri-natais (trombofilias fetais ou maternas; infeção, inflamação e lesão cerebral), infeções pré e pós natais e alterações vasculares; traumatismo de parto e anóxia neo-natal (Andrada, et al., 2005; NINDS, 2006).

Na definição dos tipos clínicos, é comum subdividir-se a PC em: espástica, disquinética, atáxica e mista (Botha, 1996; NINDS, 2006; UCP, 2001).

A PC é uma condição crónica, que se prolonga por toda a vida do indivíduo, provocando incapacidade em graus variáveis, devido a causas irreversíveis, podendo constituir um risco para o surgimento de problemas ou dificuldades psicológicas. De uma forma geral, a prática clínica com jovens adultos com PC tem revelado uma tendência destes indivíduos para a passividade, uma falta de autonomia e independência emocional, bem como uma falta de assertividade e iniciativa. Poder-se-ia discutir acerca das razões que

## **A ESPERANÇA EM INDIVÍDUOS COM PARALISIA CEREBRAL: RELAÇÕES COM O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO**

levam a que tal aconteça, desde um desenvolvimento mais protegido pela família, professores e técnicos, a falta de oportunidades de tomadas de decisão, a um contexto escolar que também não favorece a autonomização e independência; ou até mesmo, a características mais estáveis, da própria personalidade destes indivíduos. Verifica-se, frequentemente, que na idade adulta existe pouca orientação para o futuro, havendo quase que uma ausência de objetivos de vida claros e bem definidos, com percursos bem delineados.

Por estas razões, neste estudo pretende-se avaliar a Esperança e o Bem-Estar Psicológico de indivíduos com PC e explorar a relação entre ambas as variáveis.

A Esperança é uma percepção generalizada de que os objetivos pessoais podem ser alcançados (Snyder, 2000), refletindo a crença de que o indivíduo é capaz de encontrar caminhos para os objetivos que deseja atingir, e de se tornar motivado para os usar (Snyder, Rand & Sigmon, 2002). Assim, é uma configuração cognitiva baseada na sensação de determinação triunfante para a ação, conjuntamente com a planificação de modos para atingir os objetivos (Snyder, 2000). Neste sentido, pode afirmar-se que a esperança é formada por dois fatores: a Iniciativa, componente motivacional referente à sensação de determinação triunfante para o alcance de objetivos pessoais, no passado, presente e futuro; e os Caminhos, sensação de que se é capaz de gerar planos bem sucedidos para alcançar os objetivos (ibd.). Os objetivos são o componente cognitivo e providenciam os alvos das sequências mentais de ação (ibd.). Ambos os componentes interagem reciprocamente, sendo considerados essenciais para a prossecução dos objetivos da vida diária (Chang, 2003; Snyder, 2004).

De acordo com Snyder et al. (2002), a Esperança guia as emoções e o bem-estar dos indivíduos. Assim, as emoções positivas derivam da percepção de sucesso no alcance dos objetivos, podendo esta resultar de um movimento em direção ao objetivo desejado ou refletir o momento em que o indivíduo ultrapassou o obstáculo (ibd.). Por sua vez, as emoções negativas são produto de insucessos na prossecução de objetivos, ou seja, os indivíduos confrontam-se com bloqueios intransponíveis aos objetivos, experimentando emoções negativas e uma diminuição do seu bem-estar (ibd.).

O Bem-Estar Psicológico (BEP) é um constructo multidimensional que abrange um conjunto de dimensões do funcionamento psicológico positivo, de natureza cognitiva e afetiva (Ryff, 1989, 1995; Ryff & Keyes, 1995): a Aceitação de Si, referente à avaliação positiva que cada indivíduo faz de si próprio e da sua vida; o Crescimento Pessoal, que se trata do sentimento de desenvolvimento contínuo enquanto pessoa; os Objetivos na Vida, que traduzem a crença do indivíduo de que a sua vida é importante, significativa e de que os seus objetivos e metas têm propósitos globais e unificadores do sentido de vida; as Relações Positivas com os Outros, que se referem ao envolvimento em relações interpessoais positivas;

o Domínio do Meio, que traduz a capacidade para gerir satisfatoriamente a vida, para enfrentar e responder eficazmente às exigências externas; e a Autonomia, que reflete o sentido de autodeterminação e de independência face às pressões externas.

Estas dimensões constituem o BEP e refletem os sentimentos de satisfação e felicidade de cada um consigo próprio, com as suas condições de vida sociais, relacionais, com as realizações pessoais do passado e com as expectativas de futuro (Ryff & Keyes, 1995; Keyes & Ryff, 1998).

As investigações têm consistentemente demonstrado relações positivas entre a Esperança e o Bem-Estar Psicológico, salientando que uma elevada Esperança se encontra associada a um elevado Bem-Estar Psicológico (e.g., Cicone, 2003; Valle, Huebner & Suldo, 2006). Neste estudo pretende-se, então, explorar a relação entre essas variáveis em Indivíduos com PC.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram neste estudo 107 indivíduos com PC, inscritos no Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral do Porto (CRPCP) e na Associação de Paralisia Cerebral de Braga (APCB), com idades compreendidas entre os 16 e os 38 anos ( $M=23,36 \pm 5,01$  anos), sendo 59,8% do sexo masculino e 40,2% do sexo feminino, todos solteiros. A amostra foi selecionada por conveniência, através da consulta de processos e de entrevistas individuais no CRPCP e na APCB.

### *Material*

A recolha de dados efetuou-se através de questionários, anónimos, de autorresposta; dos quais constava: um Questionário Sócio-demográfico, que incluía os dados pessoais (sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, nível sócio-económico e quadro clínico); as Escalas de Bem-Estar Psicológico [versão experimental reduzida construída a partir das *Scales of Psychological Well-Being* (Ryff, 1989) por Novo, Duarte-Silva & Peralta, 2004], constituídas por 18 itens distribuídos por 6 subescalas: Aceitação de Si (e.g., “Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram”), Crescimento Pessoal (e.g., “Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa”), Objetivos na Vida (e.g., “Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida”), Relações Positivas com os Outros (e.g., “Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades”), Domínio do Meio (e.g., “Sinto-me, frequentemente, “esmagado” pelo peso das responsabilidades”) e Autonomia



## A ESPERANÇA EM INDIVÍDUOS COM PARALISIA CEREBRAL: RELAÇÕES COM O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

(e.g., “*Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas*”) (Novo, 2003). Cada subescala é constituída por 3 itens na forma de afirmações de carácter descritivo, na qual a modalidade de resposta é de tipo *Likert*, em seis posições, variando entre o “*Discordo Completamente*”, e o “*Concordo completamente*” (Novo et al., 2004). Cerca de metade dos itens da escala são formulados de forma positiva e a outra metade negativa (ibid.). A escala global apresenta uma consistência interna ( $\alpha$  de *Cronbach*) que varia entre 0,70 e 0,89 (ibid.); e a Escala de Futuro (Snyder et al., 1991, adaptada à população portuguesa por Pais-Ribeiro, Pedro & Marques, 2006), composta por 12 itens, 8 que avaliam a esperança e 4 distractores. Os 8 itens que avaliam a Esperança dividem-se em 2 fatores: Iniciativa (4 itens) (e.g., “*Persigo os meus objetivos com muita energia*”) e Caminhos (4 itens) (e.g., “*Consigo pensar em muitas maneiras de me livrar de enrascadas*”) (ibid.). As respostas são assinaladas numa escala ordinal de 4 pontos, variando entre “*totalmente falso*” e “*totalmente verdade*”. A escala fornece três notas, uma de esperança global, resultante da soma de todos os 8 itens, e uma nota por cada dimensão da esperança, resultante da soma do grupo de 4 itens que compõem cada uma delas (ibid.). A escala global apresenta uma consistência interna ( $\alpha$  de *Cronbach*) de 0,86 (ibid.).

### *Procedimento*

A recolha de dados decorreu de maio a novembro de 2008, no CRPCP; e de junho a setembro de 2009, na APCB. Inicialmente, efetuou-se um pedido de autorização às respetivas Direções, no qual constava uma breve explicação dos objetivos do estudo, tendo sido entregue à diretora técnica de cada Associação. Após a autorização das Direções, para proceder à recolha de dados, em primeiro lugar, consultou-se os processos de todos os jovens que se enquadravam nas condições requeridas para o estudo (maiores de 16 anos, fala perceptível e ausência de défices cognitivos), tendo-se selecionado 150 indivíduos. Seguidamente, contactaram-se estes indivíduos através de carta e telefone, dando conhecimento do estudo, explicando os seus objetivos e convocando-os para uma reunião de esclarecimento a ter lugar no CRPCP e na APCB. Após essa reunião, agendaram-se datas específicas com os indivíduos que aceitaram participar, para comparecerem nas Associações a fim de preencherem o questionário, de acordo com a sua disponibilidade.

Realizou-se um pré-teste, no CRPCP, com a duração de 25 minutos, tendo este procedido sem dificuldades.

A cada indivíduo explicou-se os objetivos do estudo, e pediu-se que lesse atentamente o questionário, antes de o preencher. O questionário foi preenchido na presença da investigadora, para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Após a fase de recolha de dados, procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos, através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (Windows)*.

## RESULTADOS

Nesta parte serão descritos e discutidos os resultados obtidos através das análises estatísticas efetuadas.

Os resultados da caracterização da amostra sugerem que os indivíduos com PC ( $N=107$ ) têm idades compreendidas entre os 16 e os 38 anos ( $M=23,36 \pm 5,01$  anos), sendo na sua maioria do sexo masculino (59,8%), todos solteiros (100%). No que concerne à sua Situação Profissional e Escolaridade, os resultados indicam que estes indivíduos, na sua maioria, são estudantes (38,3%) e possuem uma escolaridade situada entre 10 a 12 anos (42,1%). Os resultados salientam, também, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (80,4%).

No sentido de descrever e relacionar a **Esperança** e o **BEP** dos indivíduos com PC, procedeu-se a uma análise descritiva e correlacional.

Os resultados da análise descritiva mostram que se obtiveram valores médios de  $16,07 \pm 4,02$  para a Esperança,  $7,87 \pm 2,48$  para a Iniciativa e  $8,21 \pm 2,01$  para os Caminhos;  $62,21 \pm 12,18$  para o BEP,  $8,61 \pm 2,86$  para a Autonomia,  $10,00 \pm 3,15$  para o Domínio do Meio,  $11,62 \pm 2,50$  para o Crescimento Pessoal,  $10,45 \pm 2,93$  para as Relações Positivas com os Outros,  $11,32 \pm 3,24$  para os Objetivos na Vida e  $10,22 \pm 3,38$  para a Aceitação de Si. Desta forma, estes resultados sugerem que os indivíduos com PC apresentam valores moderados para o BEP, Autonomia, Domínio do Meio, Relações Positivas com os Outros, Esperança, Iniciativa e Caminhos; e elevados para o Crescimento Pessoal, Objetivos na Vida e Aceitação de Si.

No sentido de compreender a associação entre as variáveis Esperança e BEP dos Indivíduos com PC, realizaram-se análises correlacionais ( $R$  de *Pearson*). Os resultados desta análise salientam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre a Esperança, o BEP,  $r = 0,44$ ,  $p < 0,01$ , o Domínio do Meio,  $r = 0,23$ ,  $p < 0,05$ , o Crescimento Pessoal,  $r = 0,29$ ,  $p < 0,01$ , as Relações Positivas com os Outros,  $r = 0,23$ ,  $p < 0,05$ , os Objetivos na Vida,  $r = 0,38$ ,  $p < 0,01$ , e a Aceitação de Si,  $r = 0,49$ ,  $p < 0,01$ . Por sua vez, verificou-se a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre a Iniciativa, o BEP,  $r = 0,47$ ,  $p < 0,01$ , o Domínio do Meio,  $r = 0,29$ ,  $p < 0,01$ , o Crescimento Pessoal,  $r = 0,27$ ,  $p < 0,01$ , as Relações Positivas com os Outros,  $r = 0,28$ ,  $p < 0,01$ , os Objetivos na Vida,  $r = 0,42$ ,  $p < 0,01$ , e a Aceitação de Si,  $r = 0,55$ ,  $p < 0,01$ . Os resultados indicam, ainda, a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre os Caminhos, o BEP,  $r = 0,30$ ,  $p < 0,01$ , o Crescimento Pessoal,  $r = 0,24$ ,  $p < 0,05$ , os Objetivos na Vida,  $r = 0,24$ ,  $p < 0,05$ , e a Aceitação de Si,  $r = 0,30$ ,  $p < 0,01$ .

## DISCUSSÃO

Os resultados sugerem a existência de associações positivas e baixas entre a Esperança, o Domínio do Meio, o Crescimento Pessoal, as Relações Positivas com os Outros, e os Objetivos na Vida; entre a Iniciativa, o Domínio do Meio, o Crescimento Pessoal e as Relações Positivas com os Outros; e entre os Caminhos, o BEP, o Crescimento Pessoal, os Objetivos na Vida e a Aceitação de Si; e de associações positivas e moderadas entre a Esperança, o BEP e a Aceitação de Si; e entre a Iniciativa, o BEP, os Objetivos na Vida e a Aceitação de Si. Assim, estes resultados salientam que à medida que aumenta (ou diminui) a Esperança e a Iniciativa, aumenta (ou diminui) o BEP e suas dimensões (e vice-versa); e que à medida que aumenta (ou diminui) os Caminhos, aumenta (ou diminui) o BEP, o Crescimento Pessoal, os Objetivos na Vida e a Aceitação de Si (e vice-versa).

Em conclusão, os resultados encontrados sugerem que a Esperança e suas dimensões se encontram positivamente associadas ao Bem-Estar Psicológico e respectivas dimensões, indo de encontro a investigações anteriores e apoiando a noção de que intervenções destinadas a promover a Esperança podem potenciar o BEP nos indivíduos.

## REFERÊNCIAS

- Andrada, M.G., Batalha, I., Calado, E., Carvalhão, I., Duarte, J., Ferreira, C., Folha, T., Gaia, T., Loff, C., & Nunes, F. (2005). *Estudo Europeu da Etiologia da Paralisia Cerebral Região de Lisboa – Estudo Multicêntrico Europeu*. Lisboa: Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral.
- Botha, P.N. (1996). Cerebral Palsy. In J.A. Kapp (Ed.). *Children with problems – an orthopedagogical perspective* (3<sup>rd</sup> Ed.) (pp. 270-287). Pretoria: J.L.van Schaik editors.
- Chang, E.C. (2003). A critical appraisal and extension of hope theory in middle-aged men and women: Is it important to distinguish agency and pathways components? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 121-143.
- Cicone, C.M. (2003). Hope and optimism: Impact on burnout, satisfaction with life and psychological well-being in psychotherapists. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(4-B), 1896.
- Keyes, C.L., & Ryff, C.D. (1998). Generativity in Adult Lives: social structural contours and quality of life consequences. In D.P. McAdams, & E. de St. Aubin (Edts.), *Generativity and Adult Development: how and why we care for the next generation* (pp.227-264). Washington, DC: American Psychological Association.

Psicologia da saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas.  
Organizado por José Luís Pais Ribeiro, Isabel Leal, Anabela Pereira e Sara Monteiro.  
2012, Aveiro: Universidade de Aveiro.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2009). *Cerebral Palsy: Hope Through Research* [on-line]. Disponível: <http://www.ninds.nih.gov>.

Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia – O Bem-Estar Psicológico em Mulheres de Idade Adulta avançada*. Coimbra: Dinalivro.

Novo, R., Duarte-Silva, M., & Peralta, E. (2004). Escalas de BEP: Versão reduzida. Manuscrito não publicado. Lisboa: FPCE-UL.

Pais-Ribeiro, J., Pedro, L. & Marques, S. (2006). Contribuição para o Estudo Psicométrico e Estrutural da Escala de Esperança (de futuro). In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, & S. Neves, (Edts.). *Actas do V Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp 75-81). Lisboa: ISPA.

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations of the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Ryff, C.D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4 (4), 99-104.

Ryff, C.D., & Keyes, C.L. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.

Snyder, C.R. (2000). Hypothesis: There is Hope. In Snyder, C.R. (Edt.). *Handbook of Hope – Theory, Measures, and Applications* (pp 3-23). San Diego: Academic Press.

Snyder, C.R. (2004). *Hope and Depression: a light in the darkness*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 347-351.

Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J., Holleran, S., Irving, I., Sigmon, S., et al. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.

Snyder, C.R., Rand, K.L. & Sigmon, D.R. (2002). Hope Theory: A Member of the Positive Psychology Family. In Snyder, C.R. & Lopez, S. (Edts). *Handbook of Positive Psychology* (pp277-287). Oxford: University Press.

United Cerebral Palsy (2001). *Cerebral palsy - facts & figures* [on-line]. Disponível: [www.ucp.org](http://www.ucp.org)

Valle, M.F., Huebner, E.S., & Suldo, S.M. (2006). An analysis of hope as a psychological strength. *Journal of School Psychology*, 44(5), 393-406.

## PROJECTO – “EU, TU E TODOS OS QUE CONHECEMOS”

### DESAFIO DA PROMOÇÃO DA SAUDE NA ESCOLA

*MARGARIDA BRÍGIDO (\*)*; *ANDREA RITTER (\*)*; *ISABEL AGOSTINHO (\*)*; *JOSÉ MANUEL CARDOSO (\*)*; *MARISA ALVES (\*)*; *RAQUEL ALMEIDA (\*)*; *TELMA PARDELHA (\*)* E *SOFIA SILVÉRIO (\*\*)*

A sociedade está actualmente mais consciente do carácter multidimensional e do importante papel que a sexualidade desempenha no desenvolvimento, sendo parte integrante da vida de todos nós. Assim, não parece existir qualquer razão para que esta questão não seja abordada desde as idades mais precoces (Pereira, 2006). No entanto, e apesar da família se constituir como o principal núcleo de educação dos seus membros, não é a ela que a maioria dos jovens recorrem no sentido de serem esclarecidos sobre os diferentes aspectos da sexualidade. Segundo Sampaio (2005), é a escola que deve assumir essa responsabilidade, tendo em conta a posição privilegiada dos professores, que os coloca mais próximos dos alunos.

Actualmente, a Educação Sexual integra-se no âmbito da Educação para a Saúde, sendo definida no Projecto Nacional de Saúde Escolar, como uma das áreas prioritárias e de carácter obrigatório desde o pré-escolar até ao final do ensino secundário (Projecto Nacional de Saúde Escolar, 2006). Tal como definido no documento “Educação Sexual em meio escolar. Linhas orientadoras” (2000), a Educação Sexual pode e deve contribuir para um maior e melhor conhecimento dos factos e componentes que integram a vivência da sexualidade, para atitudes mais positivas, preventivas e não discriminatórias, bem como ao nível do desenvolvimento de competências nos domínios físico, psicológico e social.

#### **O importante papel da escola e a articulação com a família**

Na dinâmica *criança – escola – sociedade*, a escola é um espaço privilegiado pelo seu contributo na aquisição e estruturação de conhecimentos, na interiorização de valores e no desenvolvimento de competências e práticas (Educação Sexual em meio escolar. Linhas orientadoras, 2000). Por ser um espaço de ensino formal e de saberes interdisciplinares, a escola é capaz de transmitir conhecimentos técnicos e científicos que, no âmbito da sexualidade, constituem-se como uma mais-valia, já que as famílias demonstram possuir algumas dificuldades a este nível talvez devido à sua natureza informal, à deficiente preparação e/ou dificuldades de comunicação de muitos progenitores (Vilar, 2005).

---

(\*) ACES X Cacém-Queluz; (\*\*) Junta Freguesia Cacém.

Ao favorecer a apropriação do corpo e o desenvolvimento da auto-estima, a Educação Sexual promove a consciência de que o corpo só ao mesmo pertence, e deve unicamente ser tocado por outro com o seu consentimento ou por razões de saúde e higiene, levando à prevenção do abuso sexual. Adicionalmente, podemos ainda referir o contributo para o desenvolvimento de outras competências sociais, aumentando os comportamentos preventivos, otimizando os mecanismos da tomada de decisão, a utilização dos recursos disponíveis e as capacidades de comunicação. Contudo importa salientar que o sucesso da implementação da Educação Sexual nas escolas depende, significativamente, do apoio dos pais e/ou Encarregados de Educação, garantindo a participação activa da própria família no processo educativo dos seus filhos; e rentabilizar/dando continuidade às intenções educativas da escola. Salienta-se que não compete à escola ajuizar sobre a educação que cada família oferece, o seu papel é antes abrir espaço para que a “pluralidade de concepções, valores e crenças sobre sexualidade, se possam expressar” (Projecto de Educação Sexual: Educação para a Saúde 2009/2010, Agrupamento Vertical de Escolas Penafiel Sul).

### **Projecto “Eu, Tu e Todos os que conhecemos”**

Da integração de todos os pontos referidos nasceu o projecto “Eu, Tu e Todos os que conhecemos”, pretendendo dar resposta às necessidades sentidas ao nível da Educação Sexual no Agrupamento de Escolas Ribeiro de Carvalho, e visando:

Aumento e consolidação dos *conhecimentos* acerca:

- Das diferentes componentes anatómicas do corpo humano, da sua originalidade em cada sexo e da sua evolução com a idade;
- Dos fenómenos de discriminação social baseada nos papéis de género;
- Dos mecanismos básicos da reprodução humana, concepção, gravidez e parto;
- Dos cuidados necessários ao recém-nascido e à criança;
- Do significado afectivo e social da família, das diferentes relações de parentesco e da existência de vários modelos familiares;
- Da adequação das várias formas de contacto físico nos diferentes contextos de sociabilidade (abusos sexuais)

Desenvolvimento de *atitudes*:

- De aceitação das diferentes partes do corpo e da imagem corporal;
- De aceitação positiva da sua identidade sexual e a dos outros;
- De reflexão face aos papéis de género;
- De reconhecimento da importância das relações afectivas na família;
- De aceitação do direito de cada pessoa decidir sobre o seu próprio corpo.

#### Desenvolvimento de *competências*:

- Para expressar opiniões e sentimentos pessoais;
- Comunicar acerca de temas relacionados com a sexualidade;
- Cuidar, de modo autónomo, da higiene do seu corpo;
- Actuar de modo assertivo nas diversas interações sociais (com familiares, amigos, colegas e desconhecidos);
- Adequar as várias formas de contacto físico aos diferentes contextos de sociabilidade;
- Identificar e saber aplicar respostas adequadas em situações de injustiça, abuso ou perigo, e saber procurar apoio quando necessário.

Partindo destas orientações, foram elaboradas 6 sessões para os alunos (duas por período, com a duração de 90 minutos cada), com base nas sugestões de Ramiro, Matos & Vilar (2008), que indicam as *metodologias participativas* que promovem o aluno como principal agente da sua aprendizagem, como uma forma privilegiada de desenvolvimento de saberes e competências.

Para promover a continuidade do trabalho desenvolvido em sessão, foram inseridas actividades entre sessões, que permitiram um aprofundamento e integração da educação sexual, para além de funcionarem como elo de ligação e colaboração escola-família. Também nesse sentido, o planeamento deste projecto contemplou uma sessão inicial para os pais, com o intuito de aumentar e consolidar conhecimentos sobre o desenvolvimento da sexualidade infantil e a educação sexual na escola, e uma sessão inicial para professores, tendo como objectivo a sua formação para a implementação posterior e autónoma deste mesmo projecto.

De forma a determinar as atitudes, comunicação e crenças sobre a aprendizagem sexual na escola e possíveis efeitos do projecto, foram pré-definidos dois momentos de avaliação (pré e pós implementação do projecto) destinados a pais e professores. Para o efeito foram utilizadas adaptações de instrumentos de avaliação que demonstraram uma boa consistência interna e fidelidade: *Family Life and Sex Education Questionnaire* (Marini, D. & Jones, H., 1982); *Questionnaire on Young Children's Sexual Learning* (Brick, P. & Koch, P., 1995); *The Valois Sexual Attitude Scale* (Valois, R. & Ory, J., 1980); *Weighted Topics Measure of Family Sexual Communication* (Fisher, D., 1980).

Foi ainda organizado um questionário, que se destina a todos os intervenientes – crianças, pais e professores – e que visa determinar o grau de utilidade e satisfação com o projecto.

## RESULTADOS

Tratando-se de um projecto de carácter exploratório, foi feita uma análise de dados descritiva, utilizando o projecto Statistical Package for the Social Sciences versão 16.0 (SPSS).

### **Avaliação de Atitudes, Comunicação e Crenças sobre a Aprendizagem sexual na infância**

Em relação a este objectivo só foi atingido em relação aos encarregados de educação. No caso dos professores, só 9 dos 20 professores responderam ao questionário, não sendo a amostra significativa, não foi feita a análise dos resultados de forma detalhada. Foi também esta baixa adesão que levou a que não fosse feita nova aplicação dos questionários no final do projecto.

Os resultados relativos aos encarregados de educação podem ser consultados na Quadro 1, com a amostra inicial (momento 1) a ser constituída por 68 questionários recolhidos durante a sessão de esclarecimento, onde estiveram presentes 120 participantes e a amostra final (momento 2), obtida depois da aplicação do projecto por intermédio dos 416 alunos tendo sido devolvidos 240.

Em relação às Atitudes e Crenças dos Encarregados de Educação sobre educação sexual, estes manifestaram uma postura positiva face à temática (Quadro 1). Tendo em conta a diferença de número de sujeitos nas duas amostras, não foram efectuadas comparações estatísticas, contudo, e com base nos dados apresentados, não parecem existir diferenças significativas.

Já no que diz respeito aos itens da Comunicação, o objectivo era a indicação do nível de conforto, sentido pelos Encarregados de Educação, na abordagem dos diversos assuntos apresentados, sendo em seguida questionados sobre se já o haviam feito. Os pais responderam frequentemente apenas a uma das valências, não sendo clara a sua compreensão da questão apresentada. Por esse motivo considera-se que não existe validade nos resultados para a utilização ao nível da caracterização da população.

Quadro 1 - Frequência de Resposta (%) dos Encarregados de Educação em relação às Atitudes, e Crenças sobre a Educação Sexual, no início e final do projecto.

	Verdadeira		Possivelmente Verdadeira		Não sei		Possivelmente Falsa		Falsa	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Brincadeiras sexuais são normais entre crianças da mesma idade	47,0	33,3	27,3	27,8	9,1	16,2	1,5	5,6	15,2	17,1
É normal as crianças tocarem os seus órgãos genitais em privado	48,5	38,1	28,8	23,7	7,6	10,6	3,0	7,2	12,1	20,3
Antes de responder a perguntas dum(a) criança deve perceber o que ela sabe	72,7	67,8	21,2	19,2	4,5	4,2	0	2,5	1,5	6,3
As crianças que receberam educação sexual estão mais sujeitas a ser exploradas e abusadas	3,1	0,8	0	2,5	6,2	11,3	13,8	16,4	76,9	68,9
A informação sexual é demasiado complexa para as crianças perceberem	9,1	10,3	13,6	16,3	12,1	9,0	13,6	17,2	51,5	47,2
Não devemos permitir que rapazes tenham comportamentos femininos	19,1	19,2	11,8	19,7	14,7	15,4	10,3	9,8	44,1	35,9
Conversar com crianças sobre sexualidade encoraja-as a experimentar	1,5	3,4	2,9	9,4	13,2	11,1	13,2	17,4	69,1	58,7
As crianças têm o direito de escolher quem querem que toque no corpo delas	82,1	64,9	4,5	13,0	3,0	6,1	3,0	5,6	7,5	10,4
É importante falar abertamente da sexualidade com as crianças	89,7	81,0	4,4	13,5	4,4	2,1	1,5	0,4	0	3,0



### Avaliação da Satisfação/Utilidade do Projecto

Os questionários finais analisavam também o grau de satisfação/utilidade do projecto para os diferentes intervenientes. No que diz respeito à **avaliação por parte dos alunos**, verificou-se que apresentam percepções positivas sobre o projecto (Quadro 2).

Quadro 2 – Frequências de resposta (%) dos alunos aos itens de satisfação

	Concordo	Mais ou menos	Não Concordo
As actividades foram divertidas	94,5	4,2	1,3
Já sabia tudo aquilo de que falaram	21,9	48,6	29,5
A forma como falamos foi confortável	74,9	17,3	7,8
As sessões foram uma seca	11,8	6,5	81,7
Fiz todas as perguntas que queria	64,7	25,3	10,0
Percebi melhor de “onde vêm os bebés”	81,5	15,3	3,3
Sei mais coisas sobre os sentimentos	82,7	12,8	4,5
Pediam as minhas opiniões	70,6	23,1	6,3
Aprendi mais sobre o meu corpo	86,5	11,2	2,3

Em **relação aos pais**, a maioria acha positivo que o tema seja abordado na escola, embora reconhecendo a necessidade do seu papel participativo na Educação Sexual das crianças (Quadro 3).

Quadro 3 – Frequência de resposta dos Encarregados de Educação (%)

<b>“O que é que pensa sobre a implementação do projecto?”</b>	
Fiquei com a mesma opinião. É bom que o tema seja abordado na escola	61,0
Fiquei com a mesma opinião. Não é tema para ser tratado na escola	4,0
Fiquei com mais dúvidas sobre o que as crianças devem saber sobre sexualidade	9,0
Fiquei mais esclarecido sobre o que as crianças devem saber sobre sexualidade	26,0
<b>“O que é que sente sobre a implementação do projecto?”</b>	
Sinto-me preocupado por a escola ter abordado assuntos que não devia	3,0
Sinto-me pouco à vontade para responder a perguntas do meu educando	4,0
Sinto-me mais à vontade a falar com o meu educando sobre sexualidade	18,0
Sinto-me satisfeito por a escola ter abordado este tema	73,0
Sinto-me descontente (zangado) por a escola ter abordado este tema	2,0

Estes dados convergem com frequência de respostas que o indicam como sendo Útil ou Muito Útil para os alunos (Quadro 4).

Quadro 4 – Frequência de resposta dos Encarregados de Educação (%) em relação à utilidade do projecto para os alunos

Muito Útil	Útil	Nem Útil / Nem Inútil	Inútil	Completamente Inútil
31,0	51,0	11,0	2,0	1,0

No que diz respeito à avaliação por parte dos professores, a maioria considera o projecto “Útil” ou “Muito Útil” quer para os Alunos, quer para Pais e Professores, sendo de salientar a concordância existente ao nível da avaliação da utilidade do projecto para os alunos, assinalada por todos os professores (Quadro 5).

Quadro 5 – Frequência de resposta (%) dos professores quanto à utilidade do projecto para os diferentes intervenientes (n=20)

	<b>Professores</b>	<b>Pais</b>	<b>Alunos</b>
Muito Útil	55,0	35,0	75,0
Útil	35,0	30,0	25,0
Nem Útil / Nem Inútil	10,0	30,0	0,0
Inútil	0,0	5,0	0,0
Completamente Inútil	0,0	0,0	0,0

## DISCUSSÃO

A abordagem holística da sexualidade, a boa articulação adquirida ao longo do ano lectivo com a escola e os seus elementos, a forte estruturação do projecto, aliada à sua flexibilidade contribuíram para a resolução das problemáticas que foram surgindo: falhas ao nível da comunicação entre técnicos e professores, falta de formação dos docentes, dificuldades logísticas, desadequação de algumas tarefas ou o frágil envolvimento por parte das famílias.

A avaliação do projecto ao nível da satisfação e utilidade é promissora, já que os alunos apresentaram percepções muito positivas sobre as actividades e pais e professores, consideram o projecto bastante útil para os alunos. No futuro, importa melhorar alguns dos aspectos frisados e, talvez o ponto mais proeminente, avaliar o projecto ao nível da sua eficácia, já que esta é a única forma de compreender se as actividades planeadas conduzem a mudanças ao nível dos conhecimentos, atitudes e comportamentos das crianças.

Têm-se assistido, nos últimos anos, a uma proliferação do número de projectos de Educação Sexual na Escola parecendo existir uma incidência clara destes no 2º e 3º Ciclo, bem como ao nível do secundário. É possível que esta tendência se relacione com a dificuldade na operacionalização do conceito de “Educação Sexual” no 1º ciclo que é muitas vezes definida de forma simplista e reducionista, bem como com a dificuldade de avaliação nas crianças mais novas. As experiências vividas em sala de aula, apesar de não quantificáveis, sugerem um aumento dos conhecimentos e competências a nível interpessoal e da aquisição de competências relacionadas com promoção da saúde, contudo só uma avaliação sistemática nos permitirá assegurar que os objectivos a que nos propusemos foram de facto atingidos.

Sendo esse o passo seguinte, e apesar de o projecto integrar diversos pontos que carecem de revisão e melhoria, vem demonstrar que a Educação Sexual no primeiro ciclo, não só é possível, como necessária para dar resposta à inquietude curiosa dos anos escolares, que, esperamos, se reflecta na inquietude de viver as relações com os outros de forma mais saudável e satisfatória.

## REFERÊNCIAS

- Brick, P. Koch, B. (1995). *Questionnaire on Young Children's Sexual Learning*. In *Handbook of sexuality-related measures*. Ed. Clive M. Davis, William L. Yarber, Robert Bauserman, George Schreer, Sandra L. Davis
- Ficher, T. (1980). *Weighted Topics Measure of Family Sexual Communication*. In *Handbook of sexuality-related measures*. Ed. Clive M. Davis, William L. Yarber, Robert Bauserman, George Schreer, Sandra L. Davis
- Marine, D. & Jones H. (1982). *Family Life and Sex Education Questionnaire*. In *Handbook of sexuality-related measures*. Ed. Clive M. Davis, William L. Yarber, Robert Bauserman, George Schreer, Sandra L. Davis
- Ministério da Educação (2000). *A Educação Sexual em Meio Escolar. Linhas Orientadoras*. Lisboa: Ministério da educação e Ministério da Saúde.
- Pereira, M. (2006). *Guia de Educação Sexual e Prevenção do Abuso*. Pé de Página Editores Lda., Coimbra
- Projecto Nacional de Saúde Escolar. Despacho n.º12.045/2006 (2.ª série). Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho
- Projecto de Educação Sexual. Educação 2009/2010. Agrupamento de Escolas Penafiel Sul. [www.penafielsul.com/documentos/Proj\\_Educ\\_Sexual.pdf](http://www.penafielsul.com/documentos/Proj_Educ_Sexual.pdf) visitado a 05/06/2010.
- Ramiro, Matos & Vilar (2008). Factores de sucesso da Educação Sexual em meio escolar. *Educação Sexual em Rede*, (3), Janeiro de 2008.
- Valois (1980). The Valois Sexual Attitude Scale. In *Handbook of sexuality-related measures*. Ed. Clive M. Davis, William L. Yarber, Robert Bauserman, George Schreer, Sandra L. Davis
- Vilar, (2005). “A Educação Sexual faz sentido no actual contexto de mudança?”. *Educação Sexual em Rede*, (1) Julho/Setembro 2005.

**SATISFAÇÃO E ENGAJAMENTO NO TRABALHO ENTRE DOCENTES  
TEMÁTICOS E AUXILIARES DO ENSINO À DISTÂNCIA (EAD) DE UMA  
UNIVERSIDADE BRASILEIRA**

*CLÁUDIA BOMFÁ CALDAS; PATRÍCIA SOMENSARI; SIMONE DO NASCIMENTO DA COSTA  
E MIRLENE MARIA MATIAS SIQUEIRA*

Os aspectos psicológicos da saúde, como bem estar físico, psicológico e social, no decorrer da vida de uma pessoa, não representam variáveis isoladas, mas esferas da vida interdependentes que se influenciam mutuamente (Capitão et al. 2005). Desta forma, a satisfação e o engajamento no trabalho são fenômenos sistematicamente estudados que procuram responder possíveis influências entre os trabalhadores, as repercussões no ambiente organizacional e a relação destas com a saúde no trabalho.

De acordo com Siqueira (2008), desde as primeiras décadas do século XX, as atenções de muitos pesquisadores e gestores empresariais do comportamento organizacional se voltaram ao tema satisfação no trabalho, buscando compreender o quanto o indivíduo que trabalha vivencia experiências prazerosas na organização. Siqueira e Ferreira (2005) enfatizam que ainda existem muitos conflitos no que diz respeito à definição de satisfação no trabalho. Contudo, muitos pesquisadores já reconhecem que existe uma característica multifatorial e afetiva no conceito, o que determina que não haja uma sedimentação do processo de definição, em contrapartida, existem alguns consensos quanto a determinadas características da variável.

Segundo Roelen et al. (2008), muitas pessoas gastam boa parte de suas horas diárias no trabalho, que além de fornecer-lhes o sustento, contribui para a criação de uma identidade social, além do sentido de utilidade enquanto agente de um processo que é parte integrante. Saane et al. (2003) salientam que para uma organização funcionar bem é necessário que a força de trabalho seja adequada, pois neste contexto a satisfação no trabalho passa a ter a propriedade de amortecer as influências negativas no ambiente organizacional, prevenindo a escassez de pessoal e o corte de custos.

Com relação ao engajamento no trabalho, Bakker e Leiter (2010) o definem como algo positivo, que está relacionado ao bem-estar ou a uma satisfação caracterizada por um alto nível de energia e uma forte identificação com o próprio trabalho. Para Bakker e Demerouti (2008) o engajamento no trabalho está relacionado a um estado mental caracterizado por três elementos fundamentais: vigor, que corresponde a altos níveis de energia e resiliência mental no trabalho; dedicação, que se refere a

estar-se profundamente envolvido no trabalho, experimentando uma forte sensação de significado, entusiasmo e desafio; e absorção, que indica alto nível de concentração, onde o tempo passa rapidamente no ambiente de trabalho.

De acordo com o modelo teórico criado por Bakker e Demerouti em 2007, os recursos do trabalho e os recursos pessoais, independentes ou combinados, predizem o engajamento no trabalho (Bakker & Leiter, 2010). Os autores afirmam que os recursos do trabalho referem-se a aspectos físicos, sociais e organizacionais do trabalho, como autonomia e suporte social, predizendo o engajamento melhor do que as demandas de trabalho. Este modelo, segundo seus autores, propõe que aqueles que estão altamente engajados mobilizam mais capital psicológico (composto por otimismo, autoeficácia, resiliência e esperança) e mais recursos de trabalho como autonomia, suporte social e oportunidade de carreira.

Estudos recentes como de Bakker et al (2011) demonstram que o engajamento deve abranger um comprometimento e alinhamento através de um propósito, visão e interesses comum. Para impetrar um verdadeiro engajamento, os empregadores e os funcionários precisam criar em conjunto uma relação positiva, confiante, civil, respeitosa e mutuamente benéfica, de tal forma que todas as partes, legitimamente acreditem que existe um potencial para a equidade, justiça, oportunidade e crescimento significativo dentro do sistema.

Bakker et al (2008) afirmam que engajamento no trabalho não é o mesmo que compulsividade pelo trabalho (*workaholism*). Enquanto para trabalhadores engajados o trabalho é diversão, onde há envolvimento, dedicação e felicidade, os trabalhadores compulsivos estão obcecados pelo trabalho, vivenciando-o também fora do local e horário de trabalho. Para estes, a necessidade de trabalho é tão exagerada que acabam colocando em perigo a sua saúde, reduzem a sua felicidade e acabam deteriorando suas relações pessoais e sociais (Bakker et al., 2008).

Este estudo teve como objetivo geral analisar as diferenças entre os escores médios das dimensões de satisfação no trabalho: satisfação com colegas, chefia, salário, tarefas e promoções e das dimensões de engajamento no trabalho: vigor e absorção, de dois grupos de docentes: auxiliares e temáticos, de cursos de Educação a Distância (EAD) de uma universidade privada brasileira. Este estudo não utiliza a dimensão Dedicção da variável Engajamento no Trabalho.

As hipóteses testadas neste estudo foram:

**H 1:** Existe diferença significativa dos escores médios de satisfação no trabalho entre os docentes temáticos e auxiliares.

**H 2:** Existe diferença significativa dos escores médios de engajamento no trabalho entre os docentes temáticos e auxiliares.

## MÉTODO

### *Participantes*

O questionário foi destinado a dois grupos de docentes da EAD, de uma universidade privada brasileira, que têm em seu trabalho algumas tarefas distintas. O professor temático é responsável pela construção do Plano de Ensino, por ministrar teleaulas uma vez por semana e pela elaboração de um planejamento semanal com 20 horas de estudos para os alunos, enquanto o professor auxiliar atua como facilitador e orientador do processo pedagógico e é responsável por solucionar dúvidas diariamente dos alunos, corrigir provas, trabalhos e atividades semanais.

A amostra do estudo foi composta de 71 docentes, com idade média de 37 anos, sendo que 54,9% dos respondentes são do sexo feminino e 45,1% do sexo masculino, 56,3% casados, 29,7% solteiros, 40,8% com mestrado, 35,2% com especialização, 95,8% atuantes em instituição privada e com tempo médio de trabalho na instituição de 1 a 4 anos.

### *Material*

Utilizou-se um questionário auto-aplicável, através da plataforma virtual Survey Monkey, cujo link foi enviado via e-mail aos respondentes. O questionário abrange 27 itens integrantes de duas escalas validadas distintas: Escala de Satisfação no Trabalho (Siqueira, 2008) e Escala de Engajamento no Trabalho (Siqueira et al., 2011). O instrumento também levantava dados de caracterização dos respondentes, contendo questões sobre sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de trabalho, tipo de instituição e diferenciação entre docente temático e docente auxiliar.

## RESULTADOS

Com vistas a analisar as diferenças entre as médias de satisfação no trabalho e engajamento no trabalho de docentes temático e auxiliares, foi utilizada a análise variância ANOVA. Segundo HAIR et al. (2005), a ANOVA divide a variabilidade em variabilidade entre grupos e variabilidade dentro dos grupos e ao final faz uma comparação entre as duas, calculando-se uma proporção entre elas. Quanto maior for o valor da prova (F), maior é a evidência de que existe variabilidade entre grupos, ou seja, médias diferentes.

O Quadro 1 contém os resultados das médias e desvios padrões de cada dimensão de satisfação e engajamento no trabalho dos docentes temáticos e auxiliares.

### Quadro 1

Análise de variância de satisfação e engajamento no trabalho

	Docentes temáticos (n=31)		Docentes auxiliares (n=40)		
	Médias	Desvio	Médias	Desvio	F
	Temáticos	Padrão	Auxiliares	Padrão	
<b>Dimensões de Satisfação no Trabalho</b>					
Satisfação com os colegas	5,13	0,95	5,28	0,87	0,05
Satisfação com a chefia	5,17	1,38	5,78	1,04	1,81
Satisfação com o salário	3,88	1,40	4,44	1,31	0,20
Satisfação com as tarefas	4,84	0,83	4,67	1,11	1,15
Satisfação com as promoções	4,06	1,39	4,25	1,10	1,81
<b>Dimensões de Engajamento no Trabalho</b>					
Absorção	3,80	0,47	3,91	0,51	0,01
Vigor	3,59	0,67	3,42	0,75	1,95

Nota.  $p < 0,05$ .

Os resultados obtidos referentes às dimensões da variável satisfação no trabalho demonstraram que não há diferença significativa entre as médias dos dois grupos de docentes. Através deles foi possível identificar, como aponta o Quadro 1, que as duas dimensões que apresentaram maiores médias referem-se à satisfação com colegas e chefias, o que indica que os docentes temáticos e auxiliares estão altamente satisfeitos com o espírito de colaboração dos colegas, tipo de amizade demonstrada e grau de confiança que pode ter perante seus colegas de trabalhos e também no que se refere ao entendimento com a chefia, a maneira com a qual são tratados e a capacidade profissional apresentada pela mesma. Os resultados apontam também que as duas menores médias apresentadas relacionam-se às dimensões satisfação com salários e promoções, o que indica um menor grau de satisfação com o salário comparado ao quanto trabalham e à sua própria capacidade, e também com o número de promoções, a maneira pela qual são realizadas e as oportunidades de serem promovidos.

Os resultados observados referentes às dimensões da variável engajamento no trabalho também não demonstram diferença significativa entre as médias dos docentes temáticos e auxiliares, podendo-se afirmar que os dois grupos de docentes apresentaram praticamente o mesmo grau de disposição, fortalecimento, renovação, concentração nas tarefas, foco e energia para o trabalho.

## DISCUSSÃO

Tais resultados permitem concluir que as hipóteses testadas revelaram-se não suportadas, isto é, não há diferença impactante nos escores médios de satisfação e engajamento dos docentes temáticos e auxiliares na universidade pesquisada.

Através deste estudo, tornou-se evidente que não existe diferença significativa entre docentes temáticos e auxiliares em nenhuma das dimensões de satisfação e engajamento no trabalho. Este

resultado sugere que os dois grupos de docentes apresentam semelhança quanto ao seu grau de satisfação no trabalho, nas dimensões de satisfação com colegas, chefia, tarefa, salário e promoções e nas dimensões de engajamento no trabalho que tangem vigor e absorção.

É importante ressaltar que, mesmo os dois grupos não apresentando diferenças significativas entre eles, este estudo indica que o grau de satisfação e engajamento no trabalho é equivalente entre eles, o que vem a demonstrar semelhanças entre os grupos neste ambiente de trabalho.

Estudos futuros poderiam analisar outras variáveis do comportamento organizacional no ambiente da Educação a Distância, uma vez que este método de ensino é uma tendência educacional e tecnológica, que cresce consideravelmente a cada ano.

## REFERÊNCIAS

- Bakker, A. B., Albrecht, S. L., & Leiter, M. P. (2011). Work Engagement: further reflections on the state of play. London: *European Journal of Work and organizational psychology*, 20 (1), 74-88.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Carrer Development Internacional*, 13 (3), 209-233.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., Hakanen, J.J., & Xanthopoulou, D. (2007). Job Resources Boost Work Engagement, particularly when job demands are high. Washington: *Journal of educational Psychology*, 99, 274-284.
- Bakker, A. B., & Leiter, M. P. (2010). Where to go from here: Integration and future research on work engagement. In Bakker, A. B.; Leiter, M. P., *Work Engagement: a handbook of essential theory and research*(pp. 181-196.). New York: *Psychology Press*
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work Engagement: An emerging concept in occupational health psychology. London: *Work & Stress*, 22(3), 187-200.
- Capitão, C. G., Scortegagna, S. A., & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. São Paulo: *Avaliação Psicológica*, 4 (1), 75-82.
- Hair JR., J. F., Babin, B., Money, A. H., & Samouel, P. (2005). *Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração*. Tradução Lene Belon Ribeiro. Porto Alegre: Bookman.
- Roelen, C. A. M., Koopmans, P. C., Notenbomer, A., & Groothoff, J. W. (2008). Job satisfaction and sickness absence: a questionnaire survey. London: *Occupational Medicine*, 58 (8), 567-571.
- Saane, N, Sluiter, J. K, Verbeek, H. A. M., & Frings-Dresen, M. H. W. (2003). Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction - a systematic review. London: *Occupational Medicine*. 53 (3), 191-200.



Siqueira, M. M. M. (Ed). (2008). *Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão*. Porto Alegre: Artmed.

Siqueira, M. M. M., Martins, M. C. F., Lima, L. G., Agapito, P. R., & Souza, W. S.; . (2011). Construção e validação fatorial da Escala de Engajamento no Trabalho - EEGT. In: II Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde e I Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde, 2011, São Bernardo do Campo: São Paulo.

Siqueira, M. M. M., & Ferreira, M. L. C. B. (2005). Antecedentes de intenção de rotatividade: estudo de um modelo psicossocial. *Organizações em contexto*, 1 (2), 47-67.

## **ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL - PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM ADOLESCENTES (12-14 ANOS): CONSTRUÇÃO DO GUIÃO DE *FOCUS GROUPS***

*LUÍSA CAMPOS*<sup>(\*/\*\*/\*\*)</sup>; *FILIPA PALHA*<sup>(\*/\*\*)</sup>; *ELISA VEIGA*<sup>(\*/\*\*)</sup>; *PEDRO DIAS*<sup>(\*/\*\*)</sup>  
*E ANA DUARTE*<sup>(\*)</sup>

Os adolescentes devem ser vistos como um grupo-alvo prioritário para iniciativas de promoção de saúde mental, por três grandes razões: (1) pelo risco natural de poderem vir a desenvolver uma perturbação mental (1 em cada 5 jovens irá experienciar um problema de saúde mental ao longo da vida, Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007); (2) pelo facto da maior parte dos problemas de saúde mental, ainda que apenas tratados mais tarde, aparecerem durante a juventude (Kelly, Jorm & Wright, 2007; Patel, *et al.*, 2007); e, por último, (3) pelos dados da literatura que apontam para o facto do estigma, associado a problemas de saúde mental, surgir a partir dos 5 anos de idade (European Commission & Portuguese Ministry of Health, 2010), sendo a adolescência uma fase em que as atitudes poderão ser alteradas (Corrigan & Watson, 2002).

Do exposto, intervenções centradas na promoção da *mental health literacy*, a qual abrange o conhecimento e crenças adequadas relativamente a questões de saúde mental (Jorm, 2000), assumem-se como fundamentais ao nível da prevenção, do reconhecimento e da intervenção precoce, bem como da redução do estigma associado à perturbação mental (Corrigan & Watson, 2002; Kelly, Jorm & Wright, 2007; Pinfold, Stuart, Thornicroft & Arboleda-Flórez, 2005).

Neste sentido, a escola assume-se como um contexto privilegiado e prioritário existindo, internacionalmente, diversas iniciativas de promoção da saúde mental e de redução do estigma, junto de jovens (MINDSET, 2002; Wyn, Cahill, Holdsworth, Rowling & Carson, 2000; Stuart, 2006; Tacker & Dobie, 2008).

Em Portugal começam a surgir, mais recentemente, alguns projectos de investigação centrados, igualmente, nesta temática e junto desta população-alvo.

---

(\*) Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa; (\*\*) Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano, Universidade Católica; (\*\*\*) ENCONTRAR+SE – Associação de apoio a pessoas com perturbação mental grave.

## ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL - PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM ADOLESCENTES (12-14 ANOS): CONSTRUÇÃO DO GUIÃO DE *FOCUS GROUPS*

O projecto *UPA Faz a Diferença: Acções de sensibilização pró-saúde mental* - desenvolvido pela ENCONTRAR+SE que, até ao momento, já envolveu 1277 jovens, e que tem por objectivo contribuir para o aumento da *mental health literacy*, junto de jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos. Dos resultados preliminares ( $N=232$ ) realça-se o aumento significativo do *score* total das percepções de conhecimentos face a problemas de saúde mental (Campos, et al. 2011).

O projecto *Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: Um Programa de Intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens* possui, igualmente, como objectivo o aumento da literacia saúde mental em adolescentes e jovens entre os 15 e 22 anos de idade. A concretização deste objectivo centra-se na utilização da internet enquanto estratégia principal, designadamente através da criação de um *site* interactivo que propõe assumir-se, fundamentalmente, como uma ferramenta para a acção educativa (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2009).

E, finalmente, o projecto *Abrir Espaço à Saúde Mental – Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14): Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção* que tem como objectivos gerais a) desenvolver um instrumento de avaliação da *mental health literacy*, bem como das percepções estigmatizantes face a problemas de saúde mental; b) desenvolver uma intervenção centrada nos conhecimentos, atitudes e comportamentos de jovens entre os 12 e os 14 anos, em relação a questões de saúde mental; e, por fim, c) implementar e avaliar a eficácia da intervenção.

O projecto compreende 4 etapas, designadamente: 1) realização de *focus groups*; 2) implementação de um estudo-piloto; 3) desenvolvimento e avaliação da eficácia da intervenção; e 4) *follow-up*.

### **Passos metodológicos para a construção do guião de *Focus Group***

A opção pela metodologia de *focus group* centra-se no facto desta permitir aceder à forma como os jovens pensam acerca das questões relacionadas com a saúde mental, ao modo como constroem o seu conhecimento, bem como aos seus interesses e receios face à perturbação mental contribuindo, desta forma, para a adequabilidade das mensagens que se pretendem transmitir na intervenção que irá ser desenvolvida.

A construção do guião de *focus group* teve por base a revisão da literatura sobre o tema, a realização de reuniões em equipa de *braisntorming*, bem como o guião dos *focus group* utilizado no âmbito do projecto *UPA Faz a Diferença* (Campos, et al., 2010).

Como forma de avaliar a adequabilidade do guião, foram realizados 3 *focus groups* piloto junto de jovens ( $N=29$ ) da mesma faixa etária daqueles que, posteriormente, serão alvo de intervenção (12-14 anos de idade), numa escola da zona norte de Portugal. Cada *focus group* foi moderado por dois dinamizadores, devidamente treinados para o efeito. Os grupos foram gravados em formato vídeo para posterior análise, a qual permitiu a realização de alterações, nomeadamente ao nível de expressões utilizadas, bem como da identificação de novas pistas para o guião.

O guião desenvolvido integra, assim, 11 dimensões, designadamente: definição de doença mental; prevalência da doença mental; causas e factores de risco da doença mental; impacto da doença mental; prognóstico da doença mental; intenções comportamentais; definição de saúde mental; factores protectores e promotores da saúde mental; impacto da saúde mental; contacto prévio com o tema e interesses gerais dos jovens.

## CONCLUSÃO

Considera-se que os passos metodológicos subjacentes aos *focus groups*, mais especificamente, à construção do guião, constituem-se pilares determinantes para o projecto *Abrir Espaço à Saúde Mental*, o qual se pretende que seja o mais adequado e adaptado às especificidades e necessidades da população-alvo a quem se destina.

*O projecto Abrir Espaço à Saúde Mental – Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14): Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção, é desenvolvido pela Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), com financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/PSI-PCL/112526/2009) e em parceria com a ENCONTRAR+SE – Associação de apoio a pessoas com perturbação mental grave.*

## REFERÊNCIAS

- Campos, L., Palha, F., Dias, P., Veiga, E., Sousa Lima, V., Costa, N., & Duarte, A. (2011). UPA Faz a Diferença - Acções de sensibilização pró-saúde mental: Resultados preliminares de acções de sensibilização pró-saúde mental. Artigo submetido para publicação.
- Campos, L., Costa, N., & Palha, F. (2010, Fevereiro). *O UPA Faz a Diferença – Acções de sensibilização pró-saúde mental. Construção de Guião de Focus Group*. Poster apresentado no 8.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, ISPA, Lisboa, Portugal.
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry, 1*(1), 16-20.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2009). *Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: Um Programa de Intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens*. Retrieved from:  
[http://www.esenfc.pt/esenfc/projectos/index.php?target=showContent&tipo=UI&id\\_projecto=57&id\\_linha\\_investigacao=1&dado\\_pedido=Descricao&tab=dg](http://www.esenfc.pt/esenfc/projectos/index.php?target=showContent&tipo=UI&id_projecto=57&id_linha_investigacao=1&dado_pedido=Descricao&tab=dg)
- European Commission & Portuguese Ministry of Health. Background document for the thematic conference - Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL - PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM ADOLESCENTES (12-14 ANOS): CONSTRUÇÃO DO GUIÃO DE *FOCUS GROUPS*

- being. Lisbon: 2010. Retrieved from:  
[http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/ev\\_20101108\\_bgdocs\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20101108_bgdocs_en.pdf)
- Jorm, A. (2000). Mental Health Literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Kelly, C., Jorm, A., & Wright, A. (2007) Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical Journal of Australia*, 187(7), 26-29.
- MINDSET. Health in Mind. Hong Kong: 2002. Retrieved from:  
<http://www.jardines.com/community/mindset/education-and-prevention.html>
- Patel, V., Flisher, A., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *Lancet*, 369, 1302–13. doi:[10.1016/S0140-6736(07)60368-7]
- Pinfold, V., Stuart, H., Thornicroft, G., & Arboleda- Flórez, J. (2005). Working with young people: the impact of mental health awareness programmes in schools in the UK and Canada. *World Psychiatry*, 4 (1), 48-52.
- Stuart, H. (2006). Reaching Out to a High School Youth: The Effectiveness of a Video-Based Antistigma Program. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10), 647-653.
- Tacker, K., & Dobie, S. (2008). MasterMind: empower yourself with mental health: a program for adolescents. *Journal of School Health*, 78(1), 54-57.
- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L., & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 594-601.

## **UPA FAZ A DIFERENÇA - ACÇÕES DE SENSIBILIZAÇÃO PRÓ-SAÚDE MENTAL**

### **JUNTO DE JOVENS ENTRE OS 15 E OS 18 ANOS: DIFERENÇAS DE GÉNERO**

*LUÍSA CAMPOS<sup>(\*/\*\*/\*\*\*)</sup>; FILIPA PALHA<sup>(\*/\*\*\*)</sup>; PEDRO DIAS<sup>(\*/\*\*)</sup>; ELISA VEIGA<sup>(\*/\*\*)</sup>; VÂNIA SOUSA  
LIMA<sup>(\*/\*\*)</sup>; NATÁLIA COSTA<sup>(\*\*\*)</sup> E ANA ISABEL DUARTE<sup>(\*\*\*)</sup>*

Dados da literatura indicam que um em cada cinco jovens apresenta problemas de desenvolvimento, emocionais ou comportamentais (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 1999). Tal constatação tem vindo a enfatizar a necessidade de se desenvolverem recursos, junto dos jovens, destinados a promover o seu máximo potencial (Dwight et al., 2005; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2009); assumindo-se a prevenção e o tratamento dos problemas de saúde mental como uma prioridade de saúde pública (Dwight et al., 2005). No entanto, a escassez de informação e o estigma associado às perturbações mentais constituem sérios entraves à promoção de saúde mental (Pinfold et al., 2003; Schulze, Richter-Werling, Matschinger, & Angermeyer, 2003; Stuart, 2006). Face ao exposto, os conceitos de “mental health literacy” – o qual integra a

capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de mal-estar psicológico; o conhecimento relativo a factores de risco e causas, intervenções de auto-ajuda e ajuda profissional; bem como as atitudes que facilitam o reconhecimento e a procura de ajuda

(Jorm, 2010; Kelly, Jorm, & Wright, 2007) – e do estigma associado às perturbações mentais (Corrigan & Watson, 2002) encontram-se na base de fundamentação do presente projecto.

Neste contexto, diversos países, tais como Inglaterra, Canadá, Alemanha, Estados Unidos, Austrália e Japão, têm desenvolvido iniciativas no sentido de aumentar a “mental health literacy” e diminuir o estigma associado às perturbações mentais (Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health [CAMIMH], 2007), nomeadamente “Crazy? So what?” (Schulze et al., 2003), MindMatters – Understanding mental illness (Wyn, Cahill, Holdsworth, Rowling, & Carson, 2000); Beyondblue Schools Research Initiative – Mental Health Literacy Component (Spence et al., 2005); The Science of Mental Illness (Watson et al. 2004); e Mental Health Awareness in Action program (Pinfold, Stuart, Thornicroft, & Arboleda-Flórez, 2005). Os principais resultados dos estudos em questão apontam, quer para um impacto positivo dos mesmos no que respeita ao aumento da “mental health literacy”, quer para uma diminuição de atitudes estigmatizantes e discriminatórias face a pessoas com problemas de saúde mental.

---

<sup>(\*)</sup> Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal; <sup>(\*\*)</sup> Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal; <sup>(\*\*\*)</sup> ENCONTRAR+SE – Associação de Apoio a Pessoas com Perturbação Mental Grave, Porto, Portugal.

No que respeita à situação de Portugal, a “saúde mental” é uma das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis identificadas pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2007). Neste sentido, recentemente, tem-se assistido ao desenvolvimento de intervenções sistematizadas de promoção da “mental health literacy” e de combate ao estigma associado a problemas de saúde mental junto de jovens estudantes (e.g., Campos, Palha, Dias & Veiga, 2011; Loureiro, 2011). É neste contexto que, em 2009, surgiu o “UPA Faz a Diferença - Acções de sensibilização pró-saúde mental”, com o objectivo geral de contribuir para o aumento de conhecimentos sobre questões de saúde mental de jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos.

O presente trabalho apresenta resultados preliminares decorrentes da avaliação do impacto de acções de sensibilização pró-saúde mental (ASPSM), em função do género. As ASPSM foram desenvolvidas no âmbito do projecto UPA Faz a Diferença, o qual foi implementado em 13 escolas secundárias da zona norte de Portugal, tendo envolvido, até ao momento, 1277 alunos.

## MÉTODO

### *Participantes*

Foi estudada uma amostra, constituída aleatoriamente, de 407 alunos, de sete estabelecimentos públicos do ensino secundário, situados na zona norte litoral de Portugal. Destes 155 (38.1%) encontravam-se no 10º ano, 126 (31%) no 11º ano e 126 (31%) no 12º ano de escolaridade. Os participantes tinham entre os 15 e os 18 anos ( $M=16.22$ ;  $DP=.96$ ), sendo 156 (38.9%) do sexo masculino e 245 (61.1%) do sexo feminino. Relativamente às áreas de ensino, 187 (45.9%) frequentavam a área de Ciências e Tecnologias, 21 (5.2%) a de Artes Visuais, 171 (42%) a de Línguas e Humanidades e 28 (6.9%) a de Ciências Sócio-económicas. Quanto à proximidade a pessoas com problemas de saúde mental, 256 (62.9%) participantes percepcionavam conhecer alguém, sendo que 104 (25.6%) mencionaram não conhecer ninguém e 47 (11.5%) referiram não saber. Quando questionados sobre qual a perturbação em questão, as perturbações de humor - depressão ( $N=84$ ; 20.6%) e perturbação bipolar ( $N=6$ ; 1.5%) - constituíram-se como as mais relatadas, seguidas da demência de Alzheimer ( $N=26$ ; 6.4%) e da esquizofrenia ( $N=19$ ; 4.7%). No que respeita à relação dos participantes com a pessoa em questão, 43 (10.6%) participantes referiram tratar-se de um familiar em primeiro grau, 75 (18.4%) de um outro familiar, 57 (14%) de um amigo, 30 (7.4%) de um outro grau de proximidade e 6 (1.5%) de si próprios.

### *Material*

(1) Questionário “UPA Faz a Diferença: Percepções de alunos face a problemas de saúde mental” - O questionário é constituído por uma ficha sociodemográfica e por três secções que avaliam: 1)

Percepções estigmatizantes; 2) Percepções de conhecimentos; e 3) Intenções comportamentais (Campos et al., no prelo). A avaliação das *Percepções estigmatizantes* é feita através de 19 itens, 11 dos quais traduzidos e adaptados da escala PHS-AMI - *Public Health Scale - Attitudes Toward Mental Illness* (Kobau, Dilorio, Chapman, & Delvecchio, 2010), a responder numa escala tipo Likert de 5 pontos (0=discordo totalmente; 4=concordo totalmente). A secção *Percepções de conhecimentos*, com 5 opções de resposta (0=não conheço; 4=conheço muito bem), inclui questões sobre as percepções do grau de conhecimentos acerca de 14 problemas de saúde mental (e.g., depressão, perturbação bipolar, fobias e esquizofrenia); causas de problemas de saúde mental e possibilidade de pessoas com problemas de saúde mental terem uma vida “como a das outras pessoas”. A secção relativa às *Intenções comportamentais* integra 3 questões: intenção de procurar ajuda face um problema de saúde mental; tipo de ajuda e intenção de ajudar uma pessoa próxima com problemas de saúde mental. No presente trabalho, apenas serão trabalhados dados relativos a duas secções – percepções estigmatizantes e percepções de conhecimentos. **(2) Acções de sensibilização pró-saúde mental** - As acções são constituídas por 2 sessões (120 minutos cada) realizadas com o intervalo de uma semana. A abordagem dos temas é realizada através de linguagem simples e acessível. As sessões seguem uma metodologia interactiva (e.g., recurso a dinâmicas de grupo e música), promovendo o debate, o esclarecimento de dúvidas, bem como a partilha de opiniões e de experiências pessoais acerca do bem-estar emocional dos participantes.

### *Procedimentos*

Após autorização do Ministério da Educação, foram solicitados os consentimentos informados aos encarregados de educação dos alunos e, posteriormente (início da 1ª sessão), aos alunos. Em cada uma das escolas, as acções de sensibilização foram realizadas junto de uma turma de cada um dos anos de escolaridade. A aplicação do questionário (no início da 1ª e final da 2ª sessão) e a implementação das acções foram realizadas por 2 psicólogos, tendo decorrido em 7 das 13 escolas que participaram no projecto. Relativamente à *análise de dados*, estes foram analisados estatisticamente através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) v.17, com recurso a (1) estatística descritiva para caracterização sócio-demográfica dos participantes, avaliação das percepções estigmatizantes e percepções de conhecimentos relativas a problemas de saúde mental; e ao (2) teste *t* de student para avaliação de diferenças ao nível dos resultados pré-pós intervenção. Para operacionalização das percepções estigmatizantes foram invertidos 10 itens (Itens 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19) da escala, tendo sido apurado um *score* total através do cálculo da média das pontuações obtidas para cada item. Pontuações mais elevadas indicam percepções menos estigmatizantes. Da mesma forma, para avaliação das percepções de conhecimentos, face a problemas de saúde mental, foi calculado um *score* total através da soma das pontuações obtidas para cada uma das perturbações mentais elencadas. Pontuações mais elevadas apontam para um nível mais elevado de percepções de conhecimentos. Para efeitos de significância estatística foi considerado um nível de  $p < 0.05$ .



## RESULTADOS

Com o objectivo de avaliar o impacto, em função do género, das acções de sensibilização, foi avaliada a equivalência entre ambos os grupos previamente à sua participação nas ASPSM. Neste sentido verificou-se que, na pré-intervenção, o género masculino (GM) e o género feminino (GF) eram equivalentes, quer no que respeita às percepções estigmatizantes (GM –  $M=2.39$ ,  $DP=.33$ ; GF –  $M=2.36$ ,  $DP=.31$ ;  $p=.465$ ), quer no que respeita às percepções de conhecimentos (GM –  $M=2.00$ ,  $DP=.67$ ; GF –  $M=2.04$ ,  $DP=.63$ ;  $p=.601$ ), não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas. Neste sentido, os grupos são semelhantes, logo comparáveis.

Relativamente aos resultados da *pré-intervenção*, importa verificar que tanto os participantes do género masculino ( $M=2.39$ ;  $DP=0.33$ ), como os do género feminino ( $M=2.36$ ;  $DP=0.31$ ) evidenciam percepções neutras face a pessoas com problemas de saúde mental. Quanto às *percepções de conhecimentos*, em média, os participantes, do género masculino ( $M=2.00$ ;  $DP=0.67$ ) e do género feminino ( $M=2.04$ ;  $DP=0.63$ ), percebem conhecer razoavelmente as perturbações mentais elencadas. No que concerne à *pós-intervenção*, os resultados preliminares apontam para um aumento muito significativo ( $p=0.000$ ) de percepções positivas (menos estigmatizantes) no GF (pré:  $M=2.36$ ;  $DP=.31$ ; pós:  $M=2.55$ ;  $DP=0.35$ ). Por sua vez, o GM apresentou um aumento significativo (pré:  $M=2.39$ ,  $DP=0.33$ ; pós:  $M=2.46$ ,  $DP=0.30$ ;  $p=0.020$ ). Neste sentido, após as ASPSM, encontraram-se diferenças de género entre o GM ( $M=2.46$ ,  $DP=.30$ ) e o GF ( $M=2.55$ ,  $DP=.35$ ) relativamente às percepções estigmatizantes ( $p=.016$ ). No que respeita às *percepções de conhecimentos*, na pós-intervenção, verifica-se um aumento significativo em ambos os géneros, GM (pré:  $M=2.00$ ,  $DP=0.67$ ; pós:  $M=2.46$ ,  $DP=0.70$ ;  $p=0.000$ ) e GF (pré:  $M=2.04$ ,  $DP=0.63$ ; pós:  $M=2.56$ ,  $DP=0.68$ ;  $p=0.000$ ), não sendo visíveis diferenças de género ( $p=0.202$ ).

## DISCUSSÃO

Quanto aos resultados verificados na pré-intervenção, importa salientar a percepção razoável de conhecimentos sobre problemas de saúde mental manifestada pelos participantes de ambos os géneros. Por sua vez, no que respeita às percepções estigmatizantes, a conjugação das percepções neutras encontradas com a razoável percepção de conhecimentos, parece ir de encontro aos resultados de outros estudos que apontam para uma relação proporcional entre um maior nível de conhecimentos e atitudes menos negativas face a pessoas com problemas de saúde mental (Kelly, Jorm, & Wright, 2007; Pinfold et al., 2003; Pinfold, Thornicroft, Huxley, & Farmer, 2005; Stuart, 2006; Watson et al. 2004).

No que concerne à pós-intervenção, verificou-se um aumento muito significativo das percepções de conhecimentos em ambos os grupos, bem como um aumento de percepções positivas (menos estigmatizantes) em ambos os grupos, embora mais significativo no género feminino.

Quanto ao aumento significativo das percepções de conhecimentos, o mesmo contribui para a validação das estratégias e do discurso utilizados no âmbito das acções de sensibilização. Por outro lado, a ausência de diferenças de género, quer na pré-intervenção, quer na pós-intervenção, aponta para resultados distintos dos apresentados no âmbito de outros estudos, que encontraram valores superiores em participantes do sexo feminino (Cotton, Wright, Harris, Jorm & McGorry, 2006).

Relativamente às diferenças encontradas para o *score* total das percepções estigmatizantes, este resultado sugere que, contrariamente aos resultados de outros estudos (Pinfold et al., 2003) - que postulam que as mudanças de atitudes tendem a ocorrer a partir de programas prolongados no tempo e não de intervenções isoladas (Jorm et al., 1997; Schulze et al., 2003) – a realização de intervenções limitadas no tempo, poderá revelar-se eficaz ao nível da diminuição das percepções estigmatizantes face à perturbação mental. Paralelamente, o aumento mais significativo de percepções positivas (menos estigmatizantes) do GF vai no mesmo sentido dos resultados encontrados no âmbito de outros estudos (Sue et al., 2006), sugerindo que as ASPSM parecem ser mais efectivas na diminuição das percepções estigmatizantes junto do GF.

*O Projecto UPA Faz a Diferença é financiado pelo Alto Comissariado da Saúde, pela Fundação Calouste Gulbenkian, pela Lilly Portugal e pelo BPI e tem o apoio científico do Centro de Estudos de Desenvolvimento da Universidade Católica Portuguesa.*

## REFERÊNCIAS

- Campos, L., Palha, F., Dias, P., Veiga, E., Lima, V. S., Costa, N., & Duarte, A (no prelo). Acções de sensibilização pró-saúde mental em escolas: Estudo piloto. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*.
- Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health (2007). *Literature review*. Retrieved from Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health website: [http://www.camimh.ca/files/literacy/LIT\\_REVIEW\\_MAY\\_6\\_07.pdf](http://www.camimh.ca/files/literacy/LIT_REVIEW_MAY_6_07.pdf).
- Cotton, S., Wright, A., Harris, M., Jorm, A., & McGorry, P. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 40, 790–796.
- Corrigan, P. W., & Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1, 16-20.
- Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde escolar (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Ministério da Educação.

- Dwight, E., Foa, E., Gur, R. E., Hendin, H., O'Brien, C. P., Seligman, M. E. P., & Walsh, B. T. (2005). *Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don't know. A research agenda for improving the mental health of our youth*. Oxford: Oxford Press.
- Jorm, A.F. (2010). Mental Health Literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry, 177*, 396-401.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollit, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia, 166*, 182-186.
- Kelly, C., Jorm, A., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical Journal of Australia, 187* (7), S26-S30.
- Kobau, R., Dilorio, C., Chapman, D., Delvecchio, P. (2010). Attitudes About Mental Illness and its Treatment: Validation of a Generic Scale for Public Health Surveillance of Mental Illness Associated Stigma. *Community Ment Health Journal, 46*, 164-76.
- Loureiro, L. (2011). *Educação e Sensibilização para a Saúde Mental – um Portal da Saúde Mental para Adolescentes e Jovens*. Comunicação apresentada no simpósio "Promoção da Saúde Mental: Pressupostos e Intervenções", XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem da ALADEFE, ESEnfC, Coimbra.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Promoting young people's social and emotional wellbeing in secondary education. Retrieved from National Institute for Health and Clinical Excellence website: <http://guidance.nice.org.uk/PH20/Guidance/pdf/English>.
- Pinfold V., Thornicroft G., Huxley, P., & Farmer, P. (2005). Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *International Review of Psychiatry, 17*(2), 123-131.
- Pinfold, V.; Stuart, H.; Thornicroft, G. & Arboleida-Flórez, J. (2005). Working with young people: the impact of mental health awareness programs in schools in the UK and Canada. *World Psychiatry, 4* (1), 48–52.
- Pinfold, V.; Toulmin, H.; Thornicroft, G.; Huxley, P.; Farmer, P. & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry, 182*, 142–146.
- Schulze, B., Richter-Werling, M.; Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what? Effects of a school project on student's attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107*, 142–50.
- Spence, S., Burns, J., Boucher, S., Glover, S., Graetz, B., Kay, D., Patton, G., & Sawyer, M. (2005). The beyondblue Schools Research Initiative: conceptual framework and intervention. *Australasian Psychiatry, 13*, 159-164

- Stuart, H. (2006). Reaching Out to High School Youth: The Effectiveness of a Video-Based Antistigma Program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 647–653.
- U.S. Department of Health and Human Services (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- Watson, A.C., Otey, A., Westbrook, A.L., Gardner, A.L., Lamb, T., Corrigan, P., & Fenton, W. (2004). Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 563-572.
- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L., & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 594-601.
- Campos, L. Palha, F., Dias, P. & Veiga., E. (2011, Setembro). *Finding Space to Mental Health - Promoting mental health in adolescents (12-14 year-olds): Development and evaluation of an intervention*. Poster apresentado na <sup>25th</sup> European Health Psychology Conference, Creta, Grécia.

## **SEDENTÁRIOS OU ACTIVOS? CARACTERIZAÇÃO DE UMA AMOSTRA DE PARTICIPANTES EM EVENTOS DE SENSIBILIZAÇÃO PARA A ACTIVIDADE FÍSICA**

*CLÁUDIA CARVALHO<sup>(\*/\*\*)</sup>; VERA MORAIS<sup>(\*/\*\*)</sup> E JORGE ENCANTADO<sup>(\*/\*\*)</sup>*

As doenças cardiovasculares (DCV) são a primeira causa de morbilidade e mortalidade no mundo. A Organização Mundial de Saúde estima que as DCV são responsáveis por cerca de 30% das mortes globais (WHO, 2011a). Em Portugal foram responsáveis por 33.314 óbitos no ano de 2009, num total de 104.434 mortes, posicionando-se de forma destacada como a primeira causa de morte em Portugal (Fonte: PORDATA, 2011). De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (2006), as DCV são também uma das mais importantes causas de internamento hospitalar, incapacidade, invalidez e anos potenciais de vida precocemente perdidos. Estas graves consequências para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde determinam que as DCV sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública que urge minorar. Está já bem estabelecido que a prática de actividade física regular intensa ou moderada pode reduzir o risco de várias doenças, entre elas as DCV (WHO, 2011b). Contudo, Portugal é o terceiro país da União Europeia que menos actividade física pratica: 55% dos portugueses referem nunca praticar qualquer actividade física ou desporto (Eurobarómetro, TNS Opinion & Social, 2010). Importa assim promover a actividade física e os hábitos de vida saudáveis como parte de uma estratégia de prevenção das DCV, o que está já contemplado em despacho governamental (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das DCV, 2006). O “Desafio do Coração” (DC), iniciativa da Fundação Portuguesa de Cardiologia, em parceria com o Estádio Universitário de Lisboa e a AstraZeneca, é um evento de promoção de saúde que se realiza anualmente desde 2005 e que de acordo com os seus promotores constitui uma estratégia de prevenção das DCV (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2011). Trata-se de um passeio orientado no espaço ao ar livre do Estado Universitário de Lisboa, no qual estão dispostas “estações” que visam sensibilizar para a prática de actividade física e para a alimentação saudável.

---

<sup>(\*)</sup> ISPA- Instituto Universitário; <sup>(\*\*)</sup> Unidade I&D Psicologia e Saúde.

Aqui, técnicos de saúde fazem divulgação com folhetos informativos acerca dos hábitos de vida saudável e medem alguns factores de risco das DCV (tensão arterial, o nível de colesterol total, o índice de massa corporal, e perímetro abdominal).

Para receberem um brinde no final do circuito, os participantes têm de o percorrer na totalidade o que obriga à realização de um percurso pedestre. Não estão disponíveis publicações acerca quer do impacto do DC na mudança de comportamentos de saúde, quer de caracterização da população que a ela ocorre. Este desconhecimento não é um problema exclusivo do DC, sendo comum a este tipo de eventos. Efectivamente a avaliação dos eventos de promoção de saúde tem estado ausente dos estudos de eficácia controlada e das revisões sistemáticas (Whitelaw & Watson, 2005). O impacto destas iniciativas na mudança de comportamento tem sido muito pouco estudado porque implica um esforço concertado entre as entidades organizadoras e as instituições promotoras de I&D na área da saúde, e porque os seus resultados são difíceis de capturar pois implica a realização de estudos longitudinais (Murphy & Bauman, 2007). Mesmo a caracterização transversal dos participantes nestes eventos é raramente estudada. Contudo, os estudos existentes (Björas, Härberg, & Östenson, 1997; Owen, Bauman, Booth, Oldenburg, & Magnus, 1995) sugerem que estratégias dirigidas à população geral para promoção de actividade física tendem a reforçar o comportamento de quem já é activo, atraindo estes indivíduos e falhando na motivação à participação dos indivíduos que não praticam AF. A escassa investigação empírica existente tem levado vários autores a sugerir que os eventos de promoção de comportamentos de saúde têm efeitos limitados na mudança de atitude e de comportamentos de saúde (Hillsdon, Cavill, Nanchahal, Diamond & White, 2001; Ludbrook et al., 2000; McNeill & Heuston, 1999; Smith, Fergusson, McKenzie, Bauman, & Vita, 2002; Wimbush, MacGregor & Fraser, 1998), sendo estes efeitos insignificantes sob condições socio-económicas difíceis (Finnegan, 1999). Não obstante, estas iniciativas parecem ser consensuais, reunindo apoio político, dos profissionais de saúde e do público, emergindo o debate sobre o valor destes eventos apenas esporadicamente (Whitelaw & Watson, 2005). Porém a avaliação destas intervenções é fundamental pois é a base para desenhar estratégias efectivas na promoção da mudança para comportamentos saudáveis, que constitui o seu objectivo expresso. O presente trabalho pretendeu caracterizar os participantes da 7ª edição do DC (Maio 2011) tendo como objectivo último avaliar se o DC atinge os seus destinatários potenciais, proporcionando um indicador de efectividade desta estratégia de promoção da saúde. Procurou-se também identificar potenciais preditores da prática de actividade física nos participantes do estudo, a partir das variáveis sócio-demográficas colectadas.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram neste estudo 113 indivíduos adultos, 62 do sexo feminino (54.9%) e 51 do sexo masculino (45.1%) com idades entre os 15 e 86 anos ( $M=45$ ;  $DP=19.94$ ).

### *Material*

Os participantes foram inquiridos com um conjunto de questões acerca da prática de AF: que actividades pratica, frequência, duração e local da prática de AF (e.g. ar livre, ginásio, piscina), se pratica acompanhado, com quem, o que faz quando o parceiro de AF não está disponível, e quais as principais barreiras à prática da AF. Inquiriu-se também o peso e a altura e a caracterização sócio-demográfica dos indivíduos (sexo, idade, conselho de residência, estado civil, com quem vive, habilitações literárias e estatuto ocupacional actual).

### *Procedimento*

A recolha dos dados realizou-se no recinto ao ar livre do Estádio Universitário de Lisboa durante os 3 dias em que decorreu a 7ª edição do DC desafio do Coração (12, 13 e 14 de Maio de 2011). O método de amostragem utilizado foi “bola de neve”. O entrevistador esteve presente em diferentes períodos do dia ao longo dos três dias do evento, que decorria nas instalações ao ar livre do EUL no período entre as 10 e as 18h, e abordava as pessoas pedindo-lhes para responder a algumas perguntas. A participação no estudo foi voluntária e anónima.

## RESULTADOS

Setenta e oito participantes (69%) indicaram praticar actividade física (AF) regularmente e 35 (31%) reportaram não praticar nunca. A frequência de prática de AF reportada variou entre zero e sete vezes por semana. Cerca de metade dos inquiridos (49,56%) praticam AF com regularidade (entre 1 a 4 vezes por semana), e 19,47% pratica com muita regularidade (5 dias ou mais por semana). A frequência de prática mais reportada é a de 2 vezes por semana (30,1% dos inquiridos), seguida da prática 5 vezes por semana (16,81%). O quadro 1 indica o número total de vezes que os inquiridos reportaram praticar AF por semana.

Quadro 1.

*Frequência semanal de prática de actividade de actividade física na amostra total.*

<b>Regularidade da prática de AF<sup>(1)</sup></b>	<b>Número de vezes por semana</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>NUNCA</b>	0	35	30,97
	1	5	4,42
<b>REGULARIDADE (1 a 4 vezes por semana)</b>	2	34	30,09
	3	13	11,50
	4	4	3,54
<b>MUITA REGULARIDADE (+ de 5 vezes por semana)</b>	5	19	16,81
	6	0	0
	7	3	2,65
	<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100,0</b>

(1) O critério utilizado é retirado do Eurobarómetro (TNS Opinion & Social, 2010)

O quadro 2 apresenta a descrição dos inquiridos relativamente ao sexo, idade, Índice de Massa Corporal (IMC), estado civil, escolaridade, estatuto ocupacional e zona de residência, na amostra total ( $N=113$ ), no grupo de praticantes de AF ( $N=78$ ) e no grupo de não praticantes de AF ( $N=35$ ).

- (1) O IMC (Índice de Massa Corporal) é calculado dividindo o peso em quilogramas pelo quadrado da altura de cada indivíduo. As categorias utilizadas são as referenciadas pela Plataforma contra a Obesidade (2010) (<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt>)
- (2) As actividades físicas reportadas são muito variadas, sendo as mais prevalentes a ginástica, a corrida, a caminhada, a natação e o atletismo (ver quadro 3). As restantes actividades referidas são: ténis ( $N=6$ ), futebol ( $N=5$ ), BTT e hidrogenástica ( $N=4$  ambas), marcha ( $N=3$ ), ioga ( $N=2$ ), artes marciais ( $N=2$ ), Pilates, surf, basquetebol, dança, ténis de mesa, a vela, Tai chi e dardos ( $N=1$  em cada actividade)

Inquiriu-se ainda qual o período do dia habitual para a prática e perto de metade dos indivíduos fisicamente activos preferiu a manhã (48,5%). O período da tarde é o segundo mais preferido (37,9%) e o período da noite reúne apenas 13,6% das preferências. Relativamente aos hábitos associados à prática de AF, 61,5% refere ter um companheiro para a prática. Cerca de metade destes companheiros são “Amigo(a)s” (47,9%), seguidos de “Parceiro(a)s de prática” (22,9%). Na possibilidade de ausência do companheiro para uma sessão de AF num determinado dia, 79,8% refere que iria sozinho e 29,2% referem que não fariam a actividade. 42,3% dos indivíduos fisicamente activos refere que não pratica actividade física em determinados períodos do ano, sendo as férias do verão o motivo apontado por 62,5% desses participantes, e o clima do inverno indicado por 34,4% dos indivíduos activos.



Quadro 2.

*Descrição dos inquiridos relativamente ao sexo, idade, índice de massa corporal, estado civil, escolaridade, estatuto ocupacional e zona de residência na amostra total (N=113), no grupo de praticantes de actividade de actividade física (N=78) e no grupo de não praticantes (N=35).*

<b>Variáveis sócio-demográficas</b>	<b>Amostra (N=113)</b>		<b>Total</b>		<b>Praticantes de AF (N=78)</b>		<b>Não Praticantes de AF (N=35)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>								
Masculino	51	45,1	38	48,7	13	37,1	22	62,9
Feminino	62	54,9	40	51,3	13	37,1	22	62,9
<b>Idade</b>								
<19	12	10,6	11	14,1	1	2,9	10	28,6
20-29	20	17,7	16	20,5	4	11,4	12	34,3
30-39	23	20,4	13	16,7	10	28,6	3	8,6
40-49	8	7,1	4	5,1	4	11,4	0	0,0
50-59	19	16,8	11	14,1	8	22,9	3	8,6
60-69	12	10,6	7	9,0	5	14,3	2	5,7
>70	19	16,8	16	20,5	3	8,6	13	37,1
<b>IMC<sup>(1)</sup></b>								
<18,5 (magro)	6	5,3	4	5,1	2	5,7	4	11,4
18,5-24,9 (peso normal)	59	52,2	46	59	13	37,1	33	94,3
25-29,9 (excesso de peso)	42	37,2	25	32,1	17	48,6	8	22,9
30 a 34,9 (obesidade grau I)	5	4,4	2	2,6	3	8,6	0	0,0
35-39,9 (obesidade grau II)	1	0,9	1	1,3	0	0,0	1	2,9
<b>Estado Civil</b>								
Casado/União Facto	46	40,7	27	34,6	19	54,3	7	20,0
Solteiro	50	44,2	39	50,0	11	31,4	19	54,3
Divorciado	8	7,1	6	7,7	2	5,7	4	11,4
Viúvo	9	8,0	6	7,7	3	8,6	3	8,6
<b>Escolaridade</b>								
Sem Escolaridade	2	1,8	0	0,0	2	5,7	0	0,0
Básico	31	27,4	20	25,6	11	31,4	9	25,7
Secundário	44	38,9	31	39,7	13	37,1	18	51,4
Ens. Superior - 3 Anos	5	4,4	3	3,8	2	5,7	3	8,6
Ens. Superior - 5 Anos	30	26,5	23	29,5	7	20,0	16	45,7
Doutoramento	1	0,9	1	1,3	0	0,0	1	2,9
<b>Estatuto Ocupacional</b>								
Empregado	63	55,8	40	51,3	23	65,7	12	34,3
Desempregado	50	44,2	38	48,7	12	34,3	17	48,6
<b>Zona de Residência</b>								
Lisboa	48	42,5	34	43,6	14	40,0	14	40,0
Oeiras	13	11,5	10	12,8	3	8,6	7	20,0
Loures	6	5,3	4	5,1	2	5,7	2	5,7
Amadora	6	5,3	1	1,3	5	14,3	1	2,9
Setúbal	10	8,8	6	7,7	4	11,4	2	5,7
Vila Franca de Xira	2	1,8	2	2,6	0	0,0	0	0,0
Sintra	5	4,4	5	6,4	0	0,0	0	0,0
Odivelas	8	7,1	4	5,1	4	11,4	0	0,0
Cascais	5	4,4	5	6,4	0	0,0	0	0,0
Mafra	1	0,9	1	1,3	0	0,0	0	0,0
Outros	9	8,0	6	7,7	3	8,6	3	8,6

Quadro 3.

*Actividades físicas mais praticadas no grupo dos praticantes de actividade de actividade física (N=78).*

	Praticantes de AF (N =78)					
	Total (N=78)		Homens (N=38)		Mulheres (N=40)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Actividade física</b>						
<b>Ginástica</b>	20	25,6	7	18,4	13	32,5
<b>Corrida</b>	15	19,2	9	23,7	6	15
<b>Caminhada</b>	15	19,2	4	10,5	11	27,5
<b>Natação</b>	10	12,8	6	15,8	4	10
<b>Atletismo</b>	8	10,3	6	15,8	2	5

Para avaliar o valor preditivo das variáveis sócio-demográficas na prática de AF foi utilizado o modelo de regressão logística (método *Stepwise Backward*). O modelo revelou-se estatisticamente significativo ( $X^2(3)=9.575$ ;  $p = 0.023$ ;  $R^2_N=0.114$ ). A taxa correcta de classificações encontrada foi de 70.8%. O modelo ajustado apresenta elevada sensibilidade (88.5%) e baixa especificidade (31,4%). Nesta análise a variável Concelho de Residência revelou-se um preditor estatisticamente significativo da pratica de actividade física ( $p = 0.038$ ), em particular, no que concerne às Zonas Suburbanas (Loures, Amadora e Odivelas) ( $B = 1.088$ ; Wald Statistic = 3.91,  $p=0.048$ ) onde a probabilidade de um sujeito praticar exercício físico é cerca de 3 vezes inferior à mesma probabilidade em Lisboa ( $Odds Ratio = 2.968$ ,  $IC(95\%) = (1.01,8.73)$ )

## DISCUSSÃO

Este relatório procura descrever algumas características de uma amostra de participantes no 7º Desafio do Coração. Com base na análise descritiva caracterizámos as pessoas que acorreram a esta iniciativa e que participaram neste inquérito: são pessoas entre os 30 e os 39 anos e maiores de 50 anos, de ambos os sexos, na sua maioria solteiros e casados, com escolaridade ao nível do ensino secundário e superior, activos profissionalmente e residentes no Concelho de Lisboa. Mais de metade (57,5%) são magros ou de peso normal. O concelho de residência revelou-se como um preditor da prática de AF: os indivíduos que moraram numa zona suburbana (Odivelas, Loures e Amadora) têm uma probabilidade de praticar AF três vezes inferior à dos residentes em Lisboa. Estes resultados apontam no sentido da importância das variáveis ambientais na prática da AF (Trost, Owen, Bauman, Sallis, & Brown, 2002).

O resultado mais saliente deste estudo é a elevada prevalência de praticantes de actividade física na amostra estudada: 7 em cada 10 dos inquiridos reportaram ser praticantes regulares de actividade física. Estes dados contrastam não só com a média europeia (que é de 31% de praticantes regulares - entre 1 a 4 vezes por semana - e 9% de praticantes muito regulares - 5 dias ou mais por semana), quer com a estimativa do Eurobarómetro para Portugal que é de 24% de praticantes regulares e 9%

praticantes muito regulares (TNS Opinion & Social, 2010). Neste estudo 49,56% dos indivíduos reportaram praticar actividade física com regularidade, e 19,47% disseram ser praticantes muito regulares, i.e aproximadamente o dobro da média nacional estimada pelo Eurobarómetro. Estes elevados níveis de prática de AF nos inquiridos sugerem que as pessoas que são atraídas por este tipo de iniciativas estão sensibilizadas para a prática da AF e já são activas, o que confirma a literatura existente sobre o tema (Bjåras, Härberg & Östenson, 1997; Owen, Bauman, Booth, Oldenburg & Magnus, 1995). Ainda assim 34,7% dos indivíduos praticantes de AF reportou excesso de peso ou obesidade, o que faz supor que estes níveis de AF reportados não correspondam a uma prática regular, já que o clima do inverno e as férias do verão são referidos como obstáculos que fazem cessar a prática de AF o que impede que os benefícios de uma AF continuada (nomeadamente o controlo do peso) se façam sentir.

Este estudo apresenta uma limitação importante que é o reduzido tamanho da amostra e a sua falta de representatividade. De acordo com informação não oficial da Fundação Portuguesa de Cardiologia, terão participado neste evento cerca de 5000 participantes. Assim, a nossa amostra representa menos de 2,3% do total dos participantes no evento. Por esta razão a interpretação destes dados deve ser feita com cautela. Não obstante, constitui um indicador que reforça a escassa literatura sobre o tema, apoiando a evidência existente. Futuros estudos deverão procurar avaliar se estes e outros eventos do género contribuem efectivamente para melhorias na saúde das populações (Whitelaw & Watson, 2005). Em concreto é necessária a realização de estudos longitudinais que permitam conhecer o impacto ao longo do tempo destas iniciativas (nomeadamente se os níveis de AF reportada se mantêm) aplicando os mesmos parâmetros de avaliação que orientam os procedimentos sistemáticos de avaliação das outras intervenções em saúde.

#### AGRADECIMENTOS

Os autores desejam agradecer à Prof<sup>a</sup> Doutora Regina Bispo pela colaboração na análise estatística, e à aluna Antonela Gomes pela apoio à recolha de dados.

#### REFERÊNCIAS

- Bjåras, G., Härberg, L.K., & Östenson, C.G. (1997). Walking campaigns—a useful way to get people involved in physical activity? Experience from the Stockholm Diabetes Prevention Program (SDPP). *Scandinavian Journal of Public Health*, 27, 237-238.
- Finnegan, J. (1999) Mass media and health promotion. In N. Bracht (Ed.), *Health Promotion at Community Level* (pp. 121–142). Sage, London.

- Fundação Portuguesa de Cardiologia (2011). *7º Desafio do Coração*. Recuperado de <http://fpcardiologia.blogspot.com/2011/05/7-desafio-do-coracao.html>.
- Hillsdon, M., Cavill, N., Nanchahal, K., Diamond, A., & White, I. (2001). National level promotion of physical activity: results from England's ACTIVE for LIFE campaign. *Journal of Epidemiology and Community Health, 55*, 755–761.
- Ludbrook, A., Godfrey, C., Wyness, L., Parrott, S., Haw, S., Napper, M., & van Teijlingen, E. (2000). *Effective and Cost-Effective Measures to Reduce Alcohol Misuse in Scotland: A Literature Review*. The Scottish Executive, Edinburgh.
- McNeill, A. & Heuston, J. (1999). *HEA Drugs Publicity and Information Campaign: Learning from the HEA Research*. HEA, London.
- Murphy, N.M., & Bauman, A. (2007). Mass Sporting and physical activity events – are they “bread and circuses” of public health interventions to increase populations levels of physical activity? *Journal of Physical Activity and Health, 4*, 193-202.
- Owen, N., Bauman, A., Booth, M., Oldenburg, B., & Magnus, P. (1995). Serial mass-media campaigns to promote physical activity: Reinforcing or redundant? *American Journal of Public Health, 85*(2), 244-248.
- PORDATA (2011) *Óbitos de residentes em Portugal por algumas causas de morte*. <http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+de+residentes+em+Portugal+por+algumas+causas+de+morte-156>.
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares* (2006). Despacho nº. 766/2006 do Alto Comissário da Saúde; DR, II Série, nº 9, de 12 de Janeiro. Recuperado de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9B01E25D-D16C-422C-B3E0-140D1B591198/0/circularnormativadgs03dspsc060206.pdf>.
- Smith, B., Fergusson, C., McKenzie, J., Bauman, A., & Vita, P. (2002). Impacts of repeated mass media campaigns to promote sun protection in Australia. *Health Promotion International, 17*, 51-60.
- TNS Opinion & Social (2010). *Special Eurobarometer 334 / Wave 72.3 – Sport and Physical Activity*. Brussels: Directorate General Education and Culture. Recuperado de [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_334\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf).
- Trost, S.G., Owen, N., Bauman, A., Sallis, J.F., & Brown, W. (2002). Correlates of Adults' Participation in Physical Activity: Review and Update. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 34*(12), 1996-2001.
- Whitelaw, S. & Watson, J. (2005). Whither health promotion events? A judicial approach to evidence. *Health Education Research, 20*, 214-225.

Wimbush, E., MacGregor, A., & Fraser, E. (1998) Impacts of a national mass media campaign on walking in Scotland. *Health Promotion International*, 13, 45–53.

World Health Organization (2011a). *Cardiovascular diseases*. (Fact sheet n° 317; Sept 2011). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.

World Health Organization (2011b). *Health topics: physical activity*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/physical\\_activity/en/](http://www.who.int/topics/physical_activity/en/).

## **CRENÇAS ACERCA DA HIPNOSE: COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA EXPERIÊNCIA**

*CLÁUDIA CARVALHO<sup>(\*\*\*)</sup>; VERA MORAIS<sup>(\*\*\*)</sup>; TELMA VIEGAS<sup>(\*)</sup>*

*E SARA COELHO<sup>(\*)</sup>*

A hipnose tem sido investigada sistematicamente nos últimos 75 anos. Extensa literatura empírica acerca da sua eficácia tem demonstrado que a hipnose é um coadjuvante eficaz em muitas condições clínicas (para revisões da literatura ver por exemplo Flammer & Alladin, 2007; Hammond, 2007; Schnur, Kafer, Marcus & Montgomery, 2008; Accardi & Milling, 2009; Mendonza & Capafons, 2009; Stoelb, Molton, Jensen, & Patterson, 2009; Hammond, 2010). Contudo, apesar da forte evidência empírica, a hipnose é uma técnica terapêutica pouco utilizada em contextos de saúde. Crenças negativas e desconhecimento poderão estar na base da não utilização desta técnica. Estudos realizados em estudantes universitários (e.g. Capafons, Alarcon, Cabañas & Espejo, 2003; Green, 2003; Capafons, Cabañas, Espejo & Cardeña, 2004; Yu, 2004a; Green, Page & Rasekhy, 2006; Carvalho et al. 2007; e Capafons et al., 2008) e no público em geral (Johnson & Hauck, 1999; Furnham & Lee, 2005) têm revelado crenças tendencialmente negativas e estereotipadas e um conhecimento incorrecto acerca da hipnose. Contudo, os estudos em profissionais de saúde são escassos, contraditórios (Elkins & Wall, 1996; Coldrey & Cyna, 2004; Yu, 2004b; Mendonza, Capafons, Espejo & Montalvo; 2009, Martin et al., 2010) e até à data, nenhum realizado em Portugal. O presente estudo pretende conhecer as crenças dos profissionais de saúde Portugueses sobre a hipnose.

---

<sup>(\*)</sup> ISPA- Instituto Universitário; <sup>(\*\*\*)</sup> Unidade I&D Psicologia e Saúde.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram 495 profissionais de saúde, 376 (76%) mulheres e 119 (24%) homens, entre os 21 e os 70 anos ( $M=35,57$ ,  $DP=16,84$ ), 223 (45,1%) psicólogos, 96 (19,4%) médicos, 135 (27,3%) enfermeiros e 41 (8,3%) foram classificados como outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, técnicos de diagnóstico e terapeutas ocupacionais e de reabilitação).

### *Material*

As crenças face à hipnose foram avaliadas com a versão portuguesa da “Escala de Valencia de Actitudes e y Creencias Hacia la Hipnosis” – EVACH – T, traduzida e adaptada a partir do original espanhol (Capafons, Morales, Espejo & Cabañas, 2006; Capafons, Espejo & Mendoza, 2008) para o presente estudo. A EVACH-T tem 37 itens, com uma escala de resposta de seis pontos (de 1=Completamente em desacordo; a 6=Completamente de acordo). Os itens reflectem os principais mitos sobre a hipnose e estão agrupados em oito factores: Medo (da hipnose e de ser hipnotizado), Memória (crença nos poderes hipermnésicos da hipnose), Ajuda (conhecimento de que a hipnose é um coadjuvante terapêutico útil), Controlo (conhecimento de que a pessoa mantém o controlo pessoal sob hipnose), Cooperação (conhecimento que é necessário colaborar com o hipnotizador para ser hipnotizado), Interesse (na hipnose e em ser hipnotizado), Solução Mágica (crença que a hipnose pode ser uma solução mágica para resolver os problemas dos pacientes) e Marginal (crença que a hipnose está à margem do conhecimento científico). A cotação de cada factor é calculada a partir do somatório dos itens, calculando-se o valor médio para efeitos de comparação entre factores. Pontuações elevadas nos factores Interesse, Ajuda, Cooperação e Controlo reflectem um conhecimento correcto e crenças favoráveis relativamente à hipnose. Pontuações elevadas nos factores Memória, Medo, Solução Mágica e Marginal, correspondem a um conhecimento incorrecto acerca da hipnose e crenças desfavoráveis. Inquiriram-se ainda variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, nacionalidade, área de actuação profissional, experiência prévia de hipnose (Sim / Não) e auto-relato do conhecimento do próprio acerca da hipnose (Sim / Não).

### *Procedimento*

A escala foi traduzida por 5 pessoas independentes, de língua materna Portuguesa e com bons conhecimentos de Espanhol, tendo-se produzido um documento único em língua portuguesa a partir do qual um indivíduo bilingue de nacionalidade espanhola e fluente em Português realizou a retroversão. Com esta versão da escala efectuou-se um pré-teste a 12 sujeitos o que levou ainda a pequenas alterações na verbalização de alguns itens. A versão final foi apresentada aos inquiridos em

papel ou sob a forma de questionário online ao qual se acedia através de uma ligação enviada por e-mail onde constava uma breve descrição do estudo e a menção que se tratava de um questionário de opinião dirigido unicamente a profissionais de saúde. As respostas eram automaticamente enviadas para uma base de dados garantindo a confidencialidade e anonimato dos inquiridos. A versão em papel foi distribuída por membros da equipa em hospitais públicos e consultórios privados da região de Lisboa e do Algarve. A recolha dos questionários em papel foi feita entre Janeiro e Maio de 2010 e Março e Junho de 2011. O questionário online foi lançado em Janeiro de 2010, tendo sido encerrado em Junho de 2010.

## RESULTADOS

Dos inquiridos, 411 (83%) não possuía experiência prévia de hipnose. Trezentos e oito inquiridos (62,2%) afirmaram possuir conhecimentos sobre hipnose, mas apenas 5,5% (N=27) referiram utilizá-la na sua actividade profissional. Não se encontraram diferenças entre os sexos, pelo que todas as análises foram feitas sobre a amostra total. O Quadro 1 mostra os resultados obtidos nos diversos factores da EVACH-T para os vários grupos profissionais.

Quadro 1.

*Resultados obtidos nos factores da EVACH-T nos vários grupos profissionais*

	<b>Amostra total (N=495)</b>	<b>Psicólogos (N=223)</b>	<b>Médicos (N=95)</b>	<b>Enfermeiros (N=135)</b>	<b>Outros Profissionais (N=41)</b>
<b>Factores</b>	<b>M (DP)</b>	<b>M (DP)</b>	<b>M (DP)</b>	<b>M (DP)</b>	<b>M (DP)</b>
<b>Crenças favoráveis</b>					
Interesse	3,36 (0,85)	3,77 (1,47)	2,75 (1,29)	3,08 (1,31)	3,45 (1,53)
Ajuda	3,84 (0,92)	4,05 (1,06)	3,51 (0,71)	3,75 (0,82)	3,73 (0,91)
Controle	3,52 (0,897)	3,79 (0,97)	3,31 (0,77)	3,26 (0,68)	3,41 (0,93)
Cooperação	4,50 (0,91)	4,77 (0,91)	4,43 (0,53)	4,33 (0,85)	4,42 (0,79)
<b>Crenças desfavoráveis</b>					
Memória	3,15 (0,82)	2,99 (0,86)	3,08 (0,75)	3,44 (0,81)	3,31 (0,92)
Medo	2,77 (0,92)	2,44 (0,90)	2,97 (0,83)	3,10 (0,81)	3,02 (0,95)
Solução Mágica	2,10 (0,87)	1,79 (0,76)	2,14 (0,87)	2,49 (0,81)	2,37 (1,00)
Marginal	2,62 (0,85)	2,29 (0,83)	2,93 (0,76)	2,89 (0,77)	2,85 (0,74)

Nota: Pontuações elevadas nos factores indicam forte crença / concordância com o expresso pelo factor (favorável ou desfavorável).



A análise de variância multivariada (MANOVA) permitiu concluir que existem diferenças significativas para as variáveis Grupo Profissional ( $F(24,1263)=2,577$ ;  $p<0,01$ ) e Experiência de Hipnose ( $F(8,419)=2,252$ ;  $p<0,05$ ). Não se encontraram diferenças significativas para a variável Conhecimento sobre Hipnose nem interações significativas entre variáveis. No teste de efeitos entre variáveis, as ANOVAS efectuadas revelam diferenças significativas no factor Ajuda ( $p<0,05$ ) entre Psicólogos e Médicos ( $p<0,001$ ) e Psicólogos e Enfermeiros ( $p<0,05$ ), com os Psicólogos a apresentar a pontuação mais elevada neste factor. Os testes pos-hoc HSD de Tukey revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos profissionais e todos os factores que expressam crenças negativas face à hipnose (Memória ( $F(3,426)=6,279$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p =0,028$ ), Medo ( $F(3,426)=3,950$ ;  $p=0,008$ ;  $\eta^2_p =0,027$ ), Solução Mágica ( $F(3,426)=8,601$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p =0,057$ ) e Marginal ( $F(3,426)=7,901$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p =0,053$ ). O teste post-hoc HSD de Tukey, revelou diferenças para o factor Memória entre Psicólogos e Enfermeiros ( $p<0,01$ ) e Médicos e Enfermeiros ( $p<0,05$ ) sendo a pontuação média dos Enfermeiros mais elevada que a dos Médicos e dos Psicólogos. Encontraram-se também diferenças significativas para o factores Medo, Solução Mágica e Marginal, entre Psicólogos e todos os outros grupos profissionais ( $p<0,001$ ), sendo os Psicólogos os profissionais com a pontuação média mais baixa. Os Médicos e os Enfermeiros apresentam uma pontuação significativamente superior à dos Psicólogos no factor Solução Mágica ( $p<0,05$ ). No que concerne à variável Experiência de Hipnose, apenas 17% ( $N= 84$ ) dos inquiridos afirmaram já ter sido hipnotizados no passado. A MANOVA revelou diferenças significativas entre os inquiridos com e sem Experiência de Hipnose nos factores Medo ( $F(1,426)=4,785$ ;  $p=0,029$ ;  $\eta^2_p =0,011$ ), Ajuda ( $F(1,426)=5,709$ ;  $p=0,017$ ;  $\eta^2_p =0,013$ ) Controlo ( $F(1,426)=11,021$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p =0,025$ ) e Interesse ( $F(1,426)=10,717$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p =0,025$ ). O quadro 2 apresenta as médias nos factores referidos nos inquiridos com e sem experiência de hipnose com base no Teste T (com correção de Welch).

Quadro 2.

*Médias e Desvios Padrões nos factores da EVACH em função da variável Experiência de Hipnose*

Factores	Experiência de Hipnose	N <sup>(1)</sup>	M	SD
Medo	Sim	83	1,89	0,79
	Não	404	2,95	0,83
Ajuda	Sim	84	4,84	0,76
	Não	401	3,63	0,84
Controlo	Sim	82	4,49	0,88
	Não	393	3,32	0,75
Interesse	Sim	83	4,83	1,02
	Não	409	3,065	1,34

(1) Os N apresentados diferem, devido aos “missing values (itens do factor não respondidos por parte dos sujeitos aquando a aplicação da escala).

## DISCUSSÃO

Psicólogos, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde desempenham um importante papel no tratamento e apoio aos pacientes, na transmissão de informação relevante acerca da doença e dos tratamentos disponíveis para a tratar. Consequentemente, deverão possuir informação correcta acerca das várias modalidades terapêuticas que podem ser úteis, de forma a melhor informar os seus pacientes e a ajudá-los num processo de decisão informada. O presente estudo demonstrou que os Psicólogos apresentam crenças positivas face à hipnose por comparação aos Médicos, Enfermeiros e Outros Profissionais de Saúde inquiridos. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos por Mendonza, Capafons, Espejo & Montalvo (2009) numa amostra de Psicólogos Espanhóis, onde concluíram que estes possuíam crenças adequadas face à hipnose. Os Psicólogos destacaram-se também dos Médicos e dos Enfermeiros inquiridos por possuírem uma crença mais forte na hipnose como um coadjuvante terapêutico. Já os Enfermeiros tendem mais do que os restantes profissionais a acreditar que sob hipnose é possível aceder a memórias escondidas, e os Enfermeiros e Médicos parecem acreditar mais do que os Psicólogos, que a hipnose pode de forma “mágica” ajudar na resolução de problemas de saúde dos pacientes. Estes resultados apoiam estudos anteriores realizados em amostras de médicos que mostraram que estes reconhecem possuir um conhecimento limitado das aplicações da hipnose (Elkins & Wall, 1996; Coldrey & Cyna, 2004). De uma forma geral, em todos os grupos profissionais os dados revelaram que os inquiridos não têm medo da hipnose, reconhecem que esta não é uma solução mágica para os problemas e não está à margem da ciência. Contudo também revelaram uma tendência da generalidade dos inquiridos para acreditar nos poderes hipermnésicos da hipnose, e para a não concordância com a ideia de que a hipnose pode ser um bom coadjuvante terapêutico e que sob hipnose se mantém o controlo sobre o comportamento. Estes resultados apoiam resultados encontrados em inquiridos a estudantes, onde algumas das crenças frequentemente reportadas incluem a de que a hipnose permite recuperar memórias até ao nascimento ou mesmo de vidas passadas (Johnson & Hauck, 1999), e a de que sob hipnose se fica à mercê do hipnotizador (Furnham & Lee, 2005). Já Yu (2004b) ao comparar as crenças de profissionais de saúde e de estudantes sem treino em psicologia verificou que ambos os grupos partilham as mesmas crenças. No estudo de Mendonza et al. (2009) os psicólogos espanhóis apresentam pontuações mais elevadas nos factores “positivos” e mais baixas nos factores “negativos” quando comparados com resultados deste estudo, o que poderá indicar uma tendência dos inquiridos para avaliar a hipnose de forma mais desfavorável que os seus colegas espanhóis. Um futuro estudo em que se proceda à comparação estatística entre os dois grupos de psicólogos, Portugueses e Espanhóis, será necessário para validar esta afirmação. O segundo conjunto de dados significativos obtido no presente estudo revela que os inquiridos com experiência de hipnose reportaram crenças mais favoráveis do que aqueles que nunca experimentaram ser hipnotizados. Possuir experiência pessoal de hipnose está nos participantes do estudo significativamente associado a

menos medo, maior interesse e crença mais forte de que a hipnose é um coadjuvante terapêutico e que o individuo mantém o controle sob hipnose. Este resultado tem sido consistentemente encontrado na literatura (Green, 2003; Carvalho et al., 2007; Capafons et al., 2008; Green, Page, & Rasekhy, 2006), o que apoia a importância da experiência pessoal de hipnose na dissipação de mitos e crenças negativas. Finalmente, a comparação entre os inquiridos que diziam possuir conhecimentos sobre hipnose e os que reconheciam não os possuir, não se revelou significativa para os oito factores. Semelhante resultado foi encontrado por Martin et al. (2010) numa amostra de profissionais de saúde cubanos. Contudo a literatura anterior, de estudos conduzidos maioritariamente em amostras espanholas e em contexto académico parece sugerir o contrário (Capafons, Alarcón, Cabañas & Espejo, 2003; Capafons, Cabanas, Espejo e Cardeña, 2004, Capafons et al., 2008, Capafons et al., 2006). Uma hipótese explicativa poderá residir no facto de que a resposta à questão “possui conhecimentos sobre hipnose?” reflecte a percepção que a pessoa tem do seu conhecimento e não o seu conhecimento efectivo. Assim os participantes poderão julgar-se bem informados quando na realidade não o estão. Uma segunda explicação poderá dever-se ao facto de que o segundo conjunto de estudos foi maioritariamente conduzido em meio académico com estudantes, contexto onde a desejabilidade social poderá influenciar as respostas a este tipo de questão. Estudos subsequentes deverão procurar determinar e examinar o tipo de fontes de informação acerca da hipnose que estão acessíveis aos profissionais de saúde Portugueses. Futuros estudos deverão também realizar uma análise factorial confirmatória da escala EVACH-T de forma a validar a estrutura factorial utilizada.

Os resultados deste estudo alertam para a necessidade de incluir informação e eventualmente treino de hipnose na formação dos profissionais de saúde com vista aumentar e melhorar o conhecimento e a dissipar os mitos acerca da utilização de hipnose nos cuidados de saúde.

## REFERÊNCIAS

- Accardi, M.C., & Milling, L.S. (2009). The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents: A comprehensive methodological review. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 328-339.
- Capafons, A., Alarcón, A., Cabañas, S., & Espejo, B. (2003). Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas del cuestionario de creencias y actitudes hacia la hipnosis-cliente. *Psicothema*, 15, 143–147.
- Capafons, A., Cabañas, S., Espejo, B., & Cardeña, E. (2004). Confirmatory factor analysis of the Valencia scale on attitudes and beliefs toward hypnosis: An international study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52, 413–433.

- Capafons, A., Espejo, B., & Mendoza, M.E. (2008). Confirmatory factor analysis of the Valencia Scale on Attitudes and Beliefs toward Hypnosis, Therapist Version. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56, 281-294.
- Capafons, A., Mendoza, M.E., Espejo, B., Green, J.P., Lopes-Pires, C., Selma, M.L., Flores, D., Morariu, M., Cristea, I., David, D., Pestana, J. & Carvalho, C. (2008). Attitudes and beliefs about hypnosis: A multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, 25, 141-155.
- Capafons, A., Morales, C., Espejo, B., & Cabañas, Y. (2006). Análisis factorial exploratório y propiedades psicométricas de la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias Hacia la Hipnosis, versión terapeuta. *Psicothema*, 18, 810-815.
- Carvalho, C., Capafons, A., Kirsch, I., Espejo, B., Mazzoni, G., & Leal, I. (2007). Factorial analysis and psychometric properties of the revised Valencia scale of attitudes and beliefs toward hypnosis – client version. *Contemporary Hypnosis*, 24 (2), 76-85.
- Coldrey, J.C., & Cyna, A.M. (2004). Suggestion, hypnosis and hypnotherapy: a survey of use, knowledge and attitudes of anaesthetists. *Anaesthesia and Intensive Care*, 32, 676-680.
- Elkins, G.R., & Wall, V.J. (1996). Medical referrals for hypnotherapy: Opinions of physicians, residents, family practice outpatients, and psychiatry outpatients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38, 254-262.
- Flammer, E., & Alladin, A. (2007). The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: meta-analytical evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 251-274.
- Furnham, A., & Lee, E. (2005). Lay beliefs about, and attitudes towards hypnosis and hypnotherapy. *Counseling and Clinical Psychology Journal*, 2 (3), 90-103.
- Green, J.P. (2003). Beliefs about hypnosis: popular beliefs, misconceptions and the importance of experience. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51, 369-381.
- Green, J.P., Page, R.A., & Rasekhy, R. (2006). Cultural views and attitudes about hypnosis: a survey of college students across four countries. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 263-280.
- Hammond, D.C. (2007). Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 207-219.
- Hammond, D.C. (2010). Hypnosis in the treatment of anxiety and stress-related disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10, 263-273.

- Johnson, M.E., & Hauck, C. (1999). Beliefs and opinions about hypnosis held by the general public: a systematic evaluation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42, 10-20.
- Martin, M., Capafons, A., Espejo, E., Mendonza, M.E., Guerra, M., Santos, J.A., Diaz-Purón, S., Guirado, I.G., & Castilla, C.D. (2010). Impact of a lecture about empirical bases of hypnosis on beliefs and attitudes toward hypnosis among Cuban health professionals. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58, 476-496.
- Mendoza, M.E., & Capafons, A. (2009). Efficacy of clinical hypnosis: a summary of its empirical evidence. *Papeles del Psicólogo*, 30, 98-116.
- Mendoza, M.E., Capafons, A., Espejo, B., & Montalvo, D. (2009). Creencias y actitudes hacia la hipnosis de los psicólogos españoles. *Psicothema*, 21, 465-470.
- Schnur, J.B., Kafer, I., Marcus, C., & Montgomery, G.H. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: A meta-analysis. *Contemporary Hypnosis*, 25, 114-128.
- Stoelb, B.L., Molton, I.R., Jensen, M.P., & Patterson, D.R. (2009). The efficacy of hypnotic analgesia in adults: A review of the literature. *Contemporary Hypnosis (Special issue: Hypnotic analgesia)*, 26, 24-39.
- Yu, C.K.(2004a). Beliefs and attitudes of Chinese regarding hypnosis and its applications. *Contemporary Hypnosis*, 21, 93-106.
- Yu, C.K. (2004b). Beliefs and opinions regarding hypnosis and its applications among Chinese professionals in medical settings. *Contemporary Hypnosis*, 21, 177-186.

## **APLICAÇÃO DOS MODELOS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS DE TERCEIRA GERAÇÃO EM CONTEXTOS DE SAÚDE: DA PREVENÇÃO À TERAPIA**

*MARIANA MAIA DE CARVALHO* <sup>(\*)</sup>; *TATIANA CARDOSO* <sup>(\*)</sup>; *ANA MELO* <sup>(\*\*)</sup>; *ANABELA PEREIRA*  
<sup>(\*\*\*/\*\*)</sup> *E MARIA DA LUZ VALE DIAS* <sup>(\*)</sup>

O desenvolvimento dos modelos cognitivo-comportamentais de terceira geração, a que se tem assistido desde os anos 90, tem vindo a otimizar e a diversificar o tipo de intervenções direccionadas para os contextos de saúde. Oferecendo uma visão do sofrimento humano alternativa à que fora estabelecida pelas gerações precedentes, estes modelos ganham particular relevância no que diz respeito à compreensão dos mecanismos que regulam a prevenção da doença e deram origem às chamadas “terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração”, as quais não possuem aplicação exclusivamente remediativa mas referem-se também à promoção da saúde mental e física. Efectivamente, os protocolos de intervenção construídos no âmbito das mais recentes tendências cognitivo-comportamentais baseiam-se na crença de que um dos principais factores que causa e mantém o sofrimento humano é a relação que os sujeitos aprenderam a ter com a sua experiência interna (Didonna, 2009). Ainda que possuam origens epistemológicas distintas (e.g. o Budismo no caso das terapias baseadas no *Mindfulness*, Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams & Teasdale, 2001; o Contextualismo Funcional, a Teoria das Molduras Relacionais e o Behaviorismo Radical no caso da Terapia da Aceitação e do Compromisso, Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; os Modelos Evolucionários, a Teoria da Vinculação, as Neurociências e o Budismo no caso da Terapia Focada na Compaixão, Gilbert, 2005) os modelos cognitivo-comportamentais de terceira geração partilham o postulado de que a influência excessiva e inapropriada dos conteúdos verbais do pensamento na regulação do comportamento (Didonna, 2009; Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996; Gilbert & Tirsch, 2009) e a importância funcional das crenças culturais que promovem o investimento em estratégias de evitamento do sofrimento (Hayes et. al. 1996; Gilbert & Tirsch, 2009) levam os sujeitos a permitirem que o rumo das suas vidas seja determinado por uma ficção pessoal.

---

<sup>(\*)</sup> Faculdade de Psicologia e ciências da Educação da Universidade de Coimbra; <sup>(\*\*)</sup> Gabinete de Aconselhamento Psicopedagógico dos Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra; <sup>3</sup> Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Neste sentido, a intervenção contempla o objectivo fundamental de alterar a forma como os sujeitos lidam com os seus eventos internos, o que nos diferentes protocolos de intervenção supracitados é concretizado através da integração de estratégias comuns, como competências de consciencialização (*i.e. mindfulness*) ou como o desenvolvimento de uma postura de aceitação e de auto-compaixão. Com efeito, o processo terapêutico passa a implicar a adopção de uma atitude de abertura ao sofrimento, com a qual o sujeito abandona as suas tendências automáticas para julgar, controlar ou evitar as experiências internas que lhe provocam desconforto (Gilbert, 2005; Hayes et. al., 1996; Kabat-Zinn, 2000). Isto irá permitir por um lado, que tome consciência dos processos evolucionários e dos condicionamentos cognitivos que os provocam, diminuindo o poder auto-regulatório dos mesmos e por outro lado, que aumente a capacidade de tolerar a exposição a sensações físicas desagradáveis fomentando a sua dessensibilização (Segal, 2005). De seguida, são referidas as principais competências trabalhadas no âmbito das Terapias baseadas no *Mindfulness*, da Terapia da Aceitação e do Compromisso e da Terapia Focada na Compaixão.

### **Terapias baseadas no *Mindfulness***

Tendo como principal objectivo a promoção da consciência plena através da auto-regulação da atenção para a experiência interna imediata (e.g. pensamentos, emoções, sensações fisiológicas), a prática de *mindfulness* envolve prestar atenção de uma forma especial: de propósito, no momento presente e sem julgar (Kabat-Zinn, 2000). Nas terapias baseadas no *Mindfulness*, o exercício da consciencialização permite ao observador-participante perceber que não é os seus pensamentos, que estes são passageiros e não correspondem necessariamente à realidade (Didonna, 2009). Aprendendo a não reagir de modo automático o indivíduo ganha a ainda a capacidade para responder com clareza ao que acontece à sua volta e dentro de si.

### **Terapia da Aceitação e do Compromisso**

A Terapia da Aceitação e do Compromisso é estruturada por seis competências que estão relacionados entre si e visam desenvolver flexibilidade psicológica: a aceitação que implica abraçar os eventos privados no presente, momento a momento sem ter necessidade de mudar a sua forma ou frequência; a desfusão cognitiva que decorre da criação de contextos que reduzam a credibilidade literal dos pensamentos; o contacto com o presente que envolve focar a atenção no que está a acontecer aqui e agora, como sendo experiências em constante mudança; o desenvolvimento da percepção do *self* como contexto, que inclui observar e experienciar os pensamentos e emoções como eventos que surgem num contexto (*self*) e não como contexto em si (*self* conceptualizado); os valores que acarretam a escolha de direcções de vida e a adopção de percursos de acção com um propósito; e a acção com compromisso que remete para o exercício de mudanças comportamentais em direcção aos valores escolhidos, estabelecendo objectivos a curto, médio e longo prazo (Hayes et. al., 1999).

## **Terapia Focada na Compaixão**

A compaixão é uma propriedade emergente da mente humana, com fundamento evolutivo e portanto com valor adaptativo (Gilbert, 2005). Com efeito, o treino da mente compassiva envolve um processo de sensibilização relativamente aos sentimentos e necessidades do *self* e do outro, o desenvolvimento de motivação para exercer cuidados pelo bem-estar do próprio e do outro; a construção de um *self* auto e hetero tranquilizador (Gilbert, 2005; Gilbert & Tirsch, 2009) e a capacidade de exercer *mindfulness*.

## **Contextos de aplicação**

No que diz respeito às populações que têm sido alvo da sua atenção, estes modelos têm sido incrementados em vários contextos, tanto de saúde mental como de saúde física, assumindo carácter preventivo e terapêutico. No que se refere às Terapias baseadas no *Mindfulness* os estudos documentam a sua aplicação na prevenção da recaída em indivíduos com episódios depressivos recorrentes (Segal et. al. 2001), na prevenção do *burnout* em Professores do Ensino Primário (Gold et. al., 2010), na redução da ansiedade em mulheres com problemas cardíacos (Tacón, McComb, Caldera, & Randolph, 2003), na promoção da saúde e no treino de competências parentais em mulheres grávidas (Duncan & Bardacke, 2010), no desenvolvimento da resiliência em crianças dos 9 aos 13 anos (Semple, Lee, Rosa & Miller, 2010), no tratamento de sujeitos sujeitos com dor crónica (Carmody & Baer, 2008), fibromialgia (Kaplan, Goldenberg, & Galvin-Nadeau, 1993), comportamentos aditivos (Marlatt et. al., 2004) e psoríase (Kabat-Zinn, Wheeler & Light, 1998). Relativamente à Terapia da Aceitação e do Compromisso, vale a pena referir o vasto conjunto de publicações que remete para a sua utilização no tratamento da fobia social (Ossman, Wilson, Storaasli, & McNeill, 2006), da perturbação de ansiedade generalizada (Roemer, Orsillo & Salters-Pedneault, 2008), da depressão (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007), da perturbação obsessiva-compulsiva (Twohig et. al., 2010), em programas de cessação tabágica (Hérendez-Lopez, Luciano, Bricker, Roales-Nieto & Montesinos, 2009), em mulheres que realizam tratamento para o cancro da mama (Páez, Luciano & Gutiérrez, 2007), em sujeitos com diabetes do tipo II (Gregg, Callaghan, Hayes & Glenn-Lawson, 2007), no tratamento de indivíduos com dor crónica (Wetherell et. al., 2011), com obesidade (Lillis, Hayes, Bunting & Masuda 2009) e epilepsia (Lundgren, Dahl & Hayes, 2008). Relativamente à Terapia Focada na Compaixão, sobressaem os protocolos que integram componentes de compaixão no tratamento de perturbações de ansiedade (Hackman, 2005; Salvador, 2009) ou em sujeitos com altos níveis de vergonha e auto-criticismo (Gilbert & Procter, 2006; Gilbert & Irons, 2004).



## CONCLUSÕES

Os diversos estudos empíricos realizados nas últimas duas décadas têm sugerido a eficácia do emprego dos modelos de terceira geração no âmbito da intervenção clínica, tanto para efeitos de prevenção da doença, o que naturalmente a promoção da saúde, como em processos psicoterapêuticos. Efectivamente, a literatura corrente tem apontado os potenciais benefícios destes modelos (cf. Baer, 2003) em contextos e populações muito variadas. Atendendo ao conjunto de novidades que a terceira geração cognitivo-comportamental introduz no que concerne à conceptualização do funcionamento humano e orientação da intervenção psicológica, espera-se o alargamento de um caminho de investigação sólido que possibilite a compreensão e distinção dos mecanismos que mediam os resultados obtidos com estes modelos.

## REFERÊNCIAS

- Baer, R. (2003). Mindfulness training as clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice, 10*, 125-143.
- Carmody, J., & Baer, R. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 23-33.
- Didonna, F. (2009). Introduction: Where new and old paths to dealing with suffering meet. In F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 1-16). New York: Springer.
- Duncan, L. G., & Bardacke, N. (2010). Mindfulness-based childbirth and parenting education: promoting family mindfulness during the perinatal period. *Journal of Child and Family Studies, 19*(2), 190-202. doi: 10.1007/s10826-009-9313-7
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification, 31*(6), 772-799.
- Gilbert P. & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory, 12*, 507-516.
- Gilbert P. & Procter S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 353-379.
- Gilbert, P. & Tirch, D. (2009). Emotional memory, mindfulness and compassion. In F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 99- 110). New York: Springer.

- Gilbert, P. (2005). Compassion and Cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 9-74). Routledge: New York.
- Gold, E., Smith, A., Hopper, I., Herne, D., Tansey, G., & Hulland, C. (2010). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for primary school teachers. *Journal of Child and Family Studies, 19*(2), 184-189. doi: 10.1007/s10826-009- 9344-0
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2), 336-343.
- Hackmann, A. (2005). Compassionate imagery in the treatment of early memories in axis I anxiety disorders. In P. Gilbert (Ed). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 352-368). Routledge: New York.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, W. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168.
- Hernandez-Lopez, M. C., Luciano, C., Bricker, J. B., Roales-Nieto, J. G., & Montesinos, F. (2009). Acceptance & commitment therapy for smoking cessation: A preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychology of Addictive Behaviors, 23*, 723–730.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell.
- Kabat-Zinn, J. (2000). *Aonde Quer Que Eu Vá*. Cristina Rodriguez (Trad.). Lisboa: Sinais de Fogo.
- Kabat-Zinn, J. Wheeler, E., & Light, T. (1998). Influence of a mindfulness meditation based stress reduction intervention on rates on skin clearing in patients. *Psychosomatic Medicine, 60*(5), 625-632.
- Kaplan, K., Goldenberg, D., & Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry, 15*(5), 284-289.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K. & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine, 37*, 58-69.

- Lundgren, T., Dahl, J. & Hayes, S. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavior Medicine*, 31, 225-235. doi: 10.1007/s10865-008-9151-x
- Marlatt, G. A., Witiewitz, K., Dillworth, T. M., Bowen, S. W., Parks, G. A., Macpherson, L. M., Lonczack, H. S., Larimer, M. E., Simpson, T., Blume, A. W., & Crutcher, R. (2004). Vipassana meditation as a treatment for alcohol and drug use disorders. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 261–287). New York: Guilford Press.
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in Group Treatment for Social Phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 397-416.
- Páez, M. B., Luciano, C., & Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4, 75-95.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1083-1089.
- Salvador, M. C. (2009). “*Ser eu próprio entre os outros*” – um novo protocolo de intervenção para adolescentes com o Fobia Social generalizada. Tese Doutorado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Segal, S. R. (2005). Mindfulness and self-development in psychotherapy. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 37(2), 143-163.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. & Teasdale, J. D. (2001). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218-229. doi: 10.1007/s10826-009-9301-y
- Tacón, A., McComb, J., Caldera, Y., & Randolph, P. (2003). Mindfulness meditation, anxiety reduction, and heart disease: A pilot study. *Family and Community Health*, 26(1) 25-33.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H. & Woidneck, M. R. (2010) A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy vs. progressive relaxation training for obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 705- 716.

Psicologia da saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas.  
Organizado por José Luís Pais Ribeiro, Isabel Leal, Anabela Pereira e Sara Monteiro.  
2012, Aveiro: Universidade de Aveiro.

Wetherell J. L., Afari N., Rutledge T., Sorrell J. T., Stoddard J. A., Petkus A.J., Solomon B.C.,  
Lehman D.H., Liu L., Lang A.J. & Hampton A. J.. (2011). A randomized, controlled trial of  
acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152,  
2098-2107.

## **DESAFIANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

*DORA COIMBRA (\*) E MARGARIDA BRÍGIDO (\*\*)*

É apresentado o estudo de caso resultante de um acompanhamento psicoterapêutico, realizado no âmbito da URAP do ACES X Cacém-Queluz. A função assistencial - particularmente, a realização de consulta de avaliação e psicoterapia de apoio - foi abrangida pelas actividades do estágio profissional PEPAC (Programa de Estágios Profissionais na Administração Central, instituído com a publicação do Decreto-Lei n.º 18/2010, de 19 de Março), desenvolvido na referida instituição.

Na consulta de psicologia do CS do Cacém, aquando do acolhimento de utentes (inscritos no CS e referenciados pelos médicos de família), são considerados critérios específicos de referenciação (e.g. crises pessoais; baixa adesão a terapêuticas médicas; estilos de vida pouco saudáveis). Os utentes com psicopatologia diagnosticada e necessidade de acompanhamentos psicoterapêuticos de longa duração, são referenciados à consulta de psiquiatria (devido à escassez de recursos humanos no ACES). Há uma articulação estreita com a equipa de saúde mental e sucedem, periodicamente, reuniões de consultadoria. Assim, a actividade assistencial desenvolvida neste ACES insere-se nos vectores fundamentais de actuação do psicólogo no âmbito dos cuidados de saúde primários (CSP): *promoção da saúde, protecção da saúde e prevenção da doença* (Trindade & Teixeira, 2000). O trabalho desenvolvido teve como referência este papel nuclear do psicólogo nos CSP e, como pano de fundo, o Metamodelo Integrativo de "Complementaridade Paradigmática" (Vasco, 2006).

### **Estudo de caso**

Caracterização da utente: Maria, 24 anos, solteira, de naturalidade brasileira. Reside com a mãe e com o padrasto. Não tem ocupação escolar/profissional (grau de escolaridade - 11º ano). Apresenta um diagnóstico de bipolaridade, desde os 15 anos.

---

(\*) PEPAC; (\*\*) Psicóloga Clínica ACES X Cacém-Queluz.

Queixa: “medo”, “ideias confusas”, “vazio”; “vergonha” “desisto sempre de tudo”.

Diagnóstico: Eixo II - *Perturbação Estado-Limite da Personalidade* e Eixo I - *Perturbação de Humor Bipolar I e Fobia Social* (Apa, 2002) comórbidos.

Estado: Resistência elevada à mudança (pré-contemplação).

### **Conceptualização (Vasco, 1994)**

#### **Factores Etiológicos Predisponentes:**

(a) Pai abusador, ausente e privador (vinculação desorganizada); (b) Mãe negligente (vinculação ambivalente-insegura); (c) História de psicopatologia familiar; (d) Vulnerabilidade temperamental (impulsividade, ansiedade).

#### **Factores Etiológicos Desencadeantes:**

(a) 13 anos - abuso sexual, divórcio dos pais, “abandono” pela mãe; 17 anos - a mãe vai para a Europa e deixa a Maria sozinha no Brasil; 19 anos - a utente vem para a Europa; (b) Experiências de socialização nocivas; (c) História de comportamentos de risco (auto-mutilações - na infância; consumo de álcool e de opiáceos, gastos excessivos, tentativas de suicídio - na adolescência).

#### **Factores Etiológicos de Manutenção**

Traços: Funcionamento dicotómico. Estilo de coping misto (internalizador/externalizador).

Esquemas: Abandono, Desconfiança/Abuso, Privação emocional e Vergonha/Defeito; Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Dinâmica: Emaranhamento familiar (simbiose, fusão de *selves*); zanga em relação ao pai. Não regulação da satisfação de necessidades vitais como coerência/incoerência do self, proximidade/autonomia e actualização/tranquilidade (Vasco, 2009).

Relacional: ciclo disfuncional, expectativas de indisponibilidade/abuso. Satisfação das necessidades alheias em detrimento das próprias.

Experiencial: Isolamento, comportamentos parasuicidas, ideação suicida, (auto)culpabilização. Oscilações rápidas de humor. Assuntos inacabados (com o pai e a mãe).

#### **Intervenção**

Modalidade: Periodicidade semanal - total de 31 sessões de terapia cognitivo-comportamental e integrativa.

Técnicas utilizadas: Entrevista clínica. Registos de auto-monitorização, imagética e psicoeducação.

Instrumentos: MCMI-II, SCL-90-R e Questionário de História de Vida.

### **Metamodelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006)**

1. Confiança, Motivação e Estruturação da relação: entendimento das queixas, validação, escuta activa e indução de esperança.

2. Aumento da consciência da experiência e do self: exploração da história desenvolvimentista, avaliação do suporte social percebido, afinilamento do pedido, devolução dos padrões relacionais intra e inter-pessoais.

3. Construção de novos significados relativos à experiência e ao self: potenciar da compreensão da não regulação da satisfação de necessidades psicológicas, de relações entre a história pessoal e o funcionamento psicológico actual; formulação de novas explicações, procura de auto-aceitação incondicional (auto-compaixão e tolerância).

4. Regulação da Responsabilidade: reforço e optimização de recursos internos e externos; diferenciação de responsabilidade (vs culpa) própria e dos outros.

5. Implementação de Acções Reparadoras: reparação de uma micro-ruptura da relação terapêutica; potenciar do desafio de situações problema (ansiedade social); prevenção de comportamentos de risco; promoção de hábitos de vida saudáveis e da adesão à terapêutica e à consulta de psiquiatria; facilitação da comunicação com os médicos.

6. Consolidação da Mudança e 7. Antecipação do Futuro e Prevenção da Recaída: balanço e reforço de ganhos percebidos, antecipação de dificuldades futuras; reunião de consultadoria, encaminhamento para a equipa de saúde mental; articulação com a futura psicóloga).

## DISCUSSÃO

O caso exposto, pela complexidade e cronicidade que o subjazem (psicopatologia diagnosticada), não se enquadra na situação-tipo a acompanhar em CSP - o que foi possível realizar em contexto de estágio.

Os objectivos fundamentais da consulta psicológica foram a *promoção* da adesão à consulta de saúde mental e a *prevenção* de comportamentos de risco.

Segundo o relatório recentemente publicado pela OPP (2011) - "*Evidência científica sobre custo-efectividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde*" - "*10 a 20% das pessoas que recorrem aos cuidados de saúde primários fazem-no por queixas relacionadas com perturbação psicológica*" (p.4). A mesma fonte dá conta do desperdício que é feito de recursos financeiros de saúde - devido ao

subaproveitamento de psicólogos nos CSP - e enfatiza a relação custo-efectividade da intervenção de cariz cognitivo-comportamental (em 6 a 8 sessões). Assim, verifica-se a necessidade do acréscimo de profissionais, como resposta aos pedidos excedentes.

#### REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª edição; texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Trindade I. & Teixeira J. (2000) *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vasco, A.B. (1994). No reino de Pã: Abordagem cognitivo-comportamental do caso José. *Psicologia, IX*, 139-152.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objectivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia, 39*, 9-31.
- Vasco, A. B. (2009). *Regulation of needs satisfaction as the touchstone of happiness*. Comunicação apresentada na 16th Conference of the European Association for Psychotherapy: Meanings of Happiness and Psychotherapy, Lisboa.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications: New York.
- Ordem dos psicólogos Portugueses (2011). *Evidência científica sobre custo-efectividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde*.



## TRADUÇÃO DA ENTREVISTA A-LIFE E ESTUDO PRELIMINAR DO FUNCIONAMENTO PSICOSSOCIAL NUMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES PORTUGUESES

*ANDREIA COSTA (\*)*; *ANA PAULA MATOS (\*)*; *SÓNIA CHERPE (\*)* E *INÊS RIBEIRO (\*)*

A *Longitudinal Interval Follow-up Evaluation* (LIFE) foi desenvolvida como método complementar de diagnóstico e avaliação do curso das perturbações psiquiátricas. É uma entrevista semi-estruturada da qual fazem parte um caderno de instruções, uma folha de cotação e um conjunto de materiais de treino (Keller et al., 1987).

A LIFE é dividida em secções que permitem obter informação sobre psicopatologia; gestos e tentativas de suicídio; abuso de álcool e drogas; doenças não psiquiátricas; terapêutica; funcionamento psicossocial (dividido nos domínios: trabalho, tarefas domésticas, desempenho escolar, relações interpessoais, funcionamento sexual, satisfação e actividades recreativas), funcionamento global e gravidade geral da doença (GGD).

A entrevista A-LIFE (Keller et al., 1993) deriva da LIFE, sendo uma versão criada para adolescentes.

Um estudo realizado no âmbito do curso e consequências da Perturbação Bipolar em jovens (*COBY – Course and Outcome of Bipolar Youth*) identificou a entrevista A-LIFE como uma medida útil na avaliação do funcionamento psicossocial. Este estudo revelou a presença de invalidação ligeira a moderada nos domínios do trabalho (inclui desempenho escolar), das relações interpessoais e dos domínios globais de funcionamento nos jovens com Perturbação Bipolar. Os resultados observados revelaram a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre géneros ( $t = 1.5$ ,  $p = .1$ ,  $d = .19$ ) no total do funcionamento psicossocial (Goldstein et al., 2009).

Num outro estudo foi obtida uma associação entre sintomatologia depressiva e uma maior invalidação no funcionamento psicossocial. Os sintomas depressivos causavam uma invalidação significativa no funcionamento emocional, físico, comportamental, cognitivo e interpessoal (McCabe, 2011).

---

(\*) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Os objectivos desta investigação foram: i) a tradução e adaptação da entrevista A-LIFE para se iniciar o processo da sua validação para a população Portuguesa; ii) a avaliação do funcionamento psicossocial em adolescentes, efectuada através da secção do funcionamento psicossocial da A-LIFE (cujos dados se apresentam no presente estudo).

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram 41 adolescentes entre os 12 e os 18 anos da população geral (n = 25) e da população clinicamente referenciada (n = 16). Os adolescentes da população clinicamente referenciada foram sinalizados pelos terapeutas que os acompanhavam com: perturbações do sono (n = 2), perturbações de ansiedade (n = 2), Depressão (n = 5), problemas escolares (n = 4) e problemas familiares (n = 3).

### *Material*

Secção do Funcionamento Psicossocial da A-LIFE (Keller et al., 1993): o funcionamento do adolescente é avaliado em quatro domínios: (1) trabalho, com escalas relativas ao emprego, tarefas domésticas e desempenho escolar; (2) relações interpessoais, das quais fazem parte escalas relativas ao relacionamento com a família (pais, irmãos, namorado(a), padrasto/madrasta e outros familiares significativos) e com amigos; (3) actividades recreativas e (4) satisfação global. Os resultados reflectem o grau de funcionamento do adolescente durante a pior semana do mês anterior. Quanto mais elevados os valores obtidos, maior a invalidação no funcionamento psicossocial.

Para além da entrevista A-LIFE (Keller et al., 1993) foram utilizadas as seguintes escalas de auto-resposta:

*Children's Depression Inventory* (CDI) (Kovacs, 1983): é um questionário constituído por 27 itens que procuram avaliar os sintomas depressivos em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos de idade. A versão portuguesa deste instrumento apresenta valores elevados de consistência interna, com coeficientes de *alpha de Cronbach* de .84 e .80 de acordo com estudos apresentados por Dias e Gonçalves (1999).

*Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC) (March et al., 1997): é um instrumento com 39 itens que visa avaliar sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 8 e 19 anos. A versão original da escala apresenta níveis satisfatórios de consistência interna, variando entre .88 e .89.

*Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach & Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991): descreve e avalia os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores. A primeira parte foca a quantidade e qualidade do envolvimento do sujeito em actividades e situações de interacção social. A segunda parte compreende itens relativos a diversos problemas internalizantes e externalizantes. Os estudos psicométricos efectuados na versão Portuguesa (Fonseca e col., 1994) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna, superiores a .70 em cinco das nove escalas, com valores de *alpha* entre .73 (queixas somáticas) e .83 (agressividade).

*Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1983): é um inventário com 53 itens, no qual o indivíduo classifica o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo *Likert* que varia desde 0 (Nunca) a 4 (Muitíssimas vezes). Os estudos psicométricos efectuados na versão Portuguesa revelaram níveis de consistência interna considerados adequados para as nove escalas, com valores de *alpha* entre .62 (Psicoticismo) e .80 (Somatização) e coeficientes teste-reteste entre .63 (Ideacção Paranóide) e .81 (Depressão) (Canavarro, 1999).

## RESULTADOS

### **Comparação entre o grupo da população geral e o grupo da população clinicamente referenciada**

Os resultados obtidos permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = -3.657$ ;  $\rho = .001$ ] na nota total do funcionamento psicossocial entre a amostra da população geral ( $M = 7.64$ ,  $DP = 1.777$ ) e a amostra da população clinicamente referenciada ( $M = 9.94$ ;  $DP = 2.205$ ). A amostra da população clinicamente referenciada apresenta valores de invalidação superiores no que diz respeito ao total do funcionamento psicossocial, ao domínio das relações interpessoais [ $t(39) = -3.180$ ;  $\rho = .003$ ] e ao domínio da satisfação [ $t(39) = -2.494$ ;  $\rho = .017$ ].

### **Estudo da relação do funcionamento psicossocial com a sintomatologia depressiva, a sintomatologia ansiosa e os problemas internalizantes e externalizantes**

Na amostra total ( $n = 41$ ) a relação entre o total do funcionamento psicossocial, avaliado pela A-LIFE, e o total dos sintomas depressivos, avaliados pelo CDI, foi investigada utilizando o coeficiente de correlação de *Pearson*, através do qual se evidencia uma correlação positiva moderada ( $r = .526$ ,  $\rho = .000$ ). Assim, uma maior invalidação no funcionamento psicossocial total está significativamente relacionada com valores mais elevados de sintomatologia depressiva.

Na sintomatologia ansiosa, o total do funcionamento psicossocial surge com correlações baixas e positivas com os factores *ansiedade social* ( $r = .377$ ,  $\rho = .015$ ), *humilhação rejeição* ( $r = .350$ ,  $\rho = .025$ ) e *desempenho público* ( $r = .310$ ,  $\rho = .049$ ).

Na relação entre o funcionamento psicossocial e os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes, o factor *depressão*, medido através do CBCL, apresenta uma correlação moderada positiva com o total do funcionamento psicossocial ( $r = .439$ ,  $\rho = .009$ ).

## DISCUSSÃO

O presente estudo encontrou uma relação entre funcionamento psicossocial mais pobre e psicopatologia, demonstrando que os adolescentes da população clínica, comparados com os da população geral, apresentam valores de invalidação mais elevados nas diversas áreas. Estes resultados vão de encontro a outros estudos realizados (Goldstein et al., 2009).

No presente estudo encontraram-se relações positivas e significativas da sintomatologia depressiva, da sintomatologia ansiosa e dos problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes (avaliados pelos pais/cuidadores) com uma maior invalidação no funcionamento psicossocial (avaliado pela A-LIFE). A sintomatologia depressiva é a que apresenta correlações mais elevadas com o funcionamento psicossocial, seguindo-se os problemas internalizantes e externalizantes e por último com correlações mais baixas a sintomatologia ansiosa.

Alguns resultados vão de encontro a estudos já realizados. McCabe (2011) encontrou também uma associação entre sintomatologia depressiva e uma maior invalidação no funcionamento psicossocial

A entrevista A-LIFE é uma entrevista de *follow-up*. Limitações de tempo determinaram que efectuassemos apenas uma passagem da A-LIFE aos indivíduos da amostra. Pretendemos, no futuro, seguir estes sujeitos ao longo do tempo, com várias administrações da entrevista, de forma a fazermos um estudo longitudinal.

No estudo transversal até agora efectuado, a secção do funcionamento psicossocial da entrevista A-LIFE demonstrou resultados promissores que despertam o interesse e curiosidade para futuros estudos e intervenções. Investigações futuras deverão implementar um estudo de *design* longitudinal, aumentar a amostra para que esta seja mais representativa, testar a fiabilidade inter-avaliador e a estabilidade temporal da entrevista.

## REFERÊNCIAS

- Canavarro, M.C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M.R. Simões, M.M. Gonçalves, & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo e S. Caires (Orgs.). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol. VI). Braga: APPORT.
- Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A. G., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes: O Child Behavior Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12, 55-78.
- Goldstein T. R., Birmaher B., Axelson D., Goldstein B. I., Gill M. K., Esposito-Smythers C., et al. (2009). Psychosocial functioning among bipolar youth. *Journal of Affective Disorders*, 114, 174-183.
- Keller M. B., Lavori P. W., Friedman B., Nielsen E., Endicott L., McDonald-Scott P., & Andreasen, N.C. (1987). The Longitudinal Interval *Follow-up* Evaluation: A Comprehensive Method For Assessing Outcome in Prospective Longitudinal Studies. *Archives of General Psychiatry*, 44, 540-554.
- McCabe M., Ricciardelli L., Banfield S. (2011). Depressive Symptoms and Psychosocial Functioning in Preadolescent Children. *Depression Research and Treatment* doi:10.1155/2011/548034.

## CONVENCIONALISMO E SEXISMO NUMA POPULAÇÃO UNIVERSITÁRIA

*PEDRO ALEXANDRE COSTA<sup>(\*\*\*)</sup>; HENRIQUE PEREIRA<sup>(\*\*)</sup> E ISABEL LEAL<sup>(\*)</sup>*

Sexismo pode ser encarado como uma forma de preconceito que tem por base uma atitude negativa inflexível contra as mulheres (Allport, 1954). Contudo, esta forma de preconceito não é unidimensional. Investigação recente tem revelado que na sua natureza, sexismo se reveste não só de uma forma clássica de hostilidade contra as mulheres, mas também de uma forma mais subtil, caracterizada por uma protecção aparentemente positiva e paternalista a que se chama sexismo benevolente. Estas duas formas de preconceito servem como mecanismos de manutenção de uma desigualdade de género em diferentes contextos (Glick & Fiske, 1997; 2001). Mantendo estas duas formas em simultâneo, os autores Glick e Fiske sugerem que se trata de sexismo ambivalente, defendendo, desta forma, a multidimensionalidade do conceito de sexismo (Glick & Fiske, 1996).

Em contraste, teóricos da natureza social do preconceito sustentam que grupos frequentemente vitimizados e negativamente avaliados – como as mulheres – desenvolvem estratégias activas contra a desigualdade de poder exercida pelo grupo dominante sobre eles – os homens (Allport, 1954; Tajfel, 1981). Também nesta resposta se encontram estratégias ambivalentes, ou seja, estratégias hostis e estratégias ‘maternalistas’ (Glick & Fiske, 1999). Desta forma, a ambivalência que caracteriza as relações entre homens e mulheres pode ser não só explícita e hostil, como subtil e benevolente.

Num estudo transcultural envolvendo 19 países e mais de 15000 participantes, demonstrou-se que não só as duas formas de sexismo são de facto complementares, como também constantes em diversas culturas. De uma forma geral, as flutuações nos níveis de sexismo hostil e benevolente relacionaram-se com os índices de desigualdade de género e convencionalismo nacionais, sendo que países como o Reino Unido, Austrália ou Holanda, caracterizados por uma maior igualdade de oportunidades entre homens e mulheres, obtiveram os menores níveis de sexismo ambivalente, especialmente em comparação com países como Cuba, África do Sul ou Nigéria, onde as desigualdades sociais, que não só de género, são mais prevalentes (Glick, et al. 2000).

Estas atitudes sexistas estão, então, fortemente associadas a valores sociais convencionais e a outras desigualdade sociais que não só de género, como racismo (Glick & Fiske, 1996), religiosidade, classe social e valores humanos (Belo, Gouveia, Raymundo & Marques, 2005; Formiga, 2007).

---

<sup>(\*)</sup> Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, ISPA – Instituto Universitário; <sup>(\*\*)</sup> Universidade da Beira Interior.

O presente estudo teve como objectivo avaliar as atitudes sexistas numa população universitária portuguesa, tendo em conta as diferenças de género nos níveis de preconceito e a sua relação com crenças socialmente convencionais.

## MÉTODO

### *Participantes*

Os participantes foram recrutados através de uma amostragem por conveniência em duas universidades portuguesas, Instituto Superior de Psicologia Aplicada e Universidade da Beira Interior. 271 estudantes universitários responderam ao questionário, com idades compreendidas entre os 18 e os 52 anos ( $x=27$ ,  $dp=8$ ). A maioria dos estudantes foram do sexo feminino (69%), estudantes de licenciatura ou mestrado, heterossexuais (98%), solteiros (81%) e Católicos (71%). No que diz respeito à proveniência geográfica, a maioria foi de Castelo Branco (23%), de Lisboa (21%) e do Porto (12%).

### *Material*

O questionário elaborado para este estudo consistiu no Inventário de Sexismo Ambivalente (ISA; Glick & Fisk, 1996), Inventário de Ambivalência em relação aos Homens (IAH; Glick & Fiske, 1999) e Escala de Convencionalismo Social (ECS; Costa, Pereira & Leal, *em preparação*). A Escala de Convencionalismo Social consiste em 10 afirmações sobre valores sociais que pretende avaliar o nível de aderência a valores sociais conservadores (ex. “Na justiça criminal, a punição é mais importante do que a reabilitação”; “Deveria haver uma maior restrição à entrada de imigrantes no nosso país”). Esta escala divide-se dois factores: Justiça Social e Valores sociais.

O Inventário de Sexismo Ambivalente consiste em 22 afirmações que pretendem avaliar o nível de sexismo (hostil e benevolente) em relação às mulheres. Finalmente, o Inventário de Ambivalência em relação aos Homens consiste em 20 afirmações sobre o nível de ambivalência sexista (hostil e benevolente) em relação aos homens. Os três instrumentos foram medidos numa escala de *Likert* de 5 pontos (desde “discordo totalmente” a “concordo totalmente”). Mais detalhes sobre o processo de adaptação destes instrumentos são descritos em Costa, Pereira e Leal (*em preparação*).

### *Procedimentos*

Os participantes foram contactos por e-mail através das *mailing-list* de estudantes das duas universidades. Neste e-mail, os participantes foram convidados a participar num estudo sobre “Crenças sobre as Relações entre Homens e Mulheres” disponível num sítio da internet criado para o

efeito. Os participantes foram assegurados da confidencialidade e anonimato da sua participação, e os resultados foram recolhidos inteiramente *online*.

## RESULTADOS

### Relação entre Sexismo e Convencionalismo Social

Para avaliar a relação entre as dimensões de sexismo e de convencionalismo, foram realizadas correlações de *Pearson*. Como se pode verificar no quadro 1, todas as correlações foram significativas. Como esperado, O ISA e o IAH obtiveram uma correlação elevada, uma vez que ambos avaliam níveis de sexismo ou em relação aos homens ou em relação às mulheres. As correlações entre os inventários de Sexismo e Convencionalismo Social foram moderadas, tendo em conta que medem construtos diferentes mas relacionados entre si.

Quadro 1 – Correlações de *Pearson* entre as dimensões de sexismo e convencionalismo

	ISA	SH	SB	IAH	HH	BH	ECS	JS	VS
ISA	---	.790*	.825*	.713*	.410*	.783*	.484*	.373*	.370*
IAH	.713*	.448*	.695*	---	.836*	.833*	.441*	.316*	.357*
ECS	.484*	.421*	.364*	.441*	.244*	.494*	---	.711*	.813*

\* $p < .001$

### Diferenças de género nos níveis de Sexismo e de Convencionalismo Social

Para averiguar diferenças de género nas dimensões de sexismo e convencionalismo foram realizados seis testes *t-student* para amostras independentes. Os resultados revelaram que os homens, comparados com as mulheres, apresentaram níveis mais elevados de sexismo hostil e de sexismo benevolente contra as mulheres e níveis mais elevados de benevolência em relação aos homens. Em contraste, as mulheres apresentaram, maior hostilidade contra os homens. Não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres nos níveis de convencionalismo social.

Quadro 2 – Média, desvio padrão e estatística *t-student*

	Homens N=85	Mulheres N=186	
<b>Sexismo hostil</b>	2.98 (.84)	2.57 (.61)	t(269)=4.575*
<b>Sexismo benevolente</b>	2.90 (.62)	2.68 (.63)	t(269)=2.669**
<b>Hostilidade homens</b>	2.50 (.69)	2.85 (.67)	t(269)=4.041*
<b>Benevolência homens</b>	2.69 (.75)	2.38 (.63)	t(269)=3.498**
<b>Justiça social</b>	2.30 (.67)	2.18 (.62)	t(269)=1.453
<b>Valores sociais</b>	3.11 (.90)	2.97 (.70)	t(269)=1.330

\* $p < .001$  \*\* $p < .05$



## DISCUSSÃO

Como esperado, este estudo revelou que o modelo de Sexismo Ambivalente proposto por Glick e Fiske (1996; 1999), assente numa diferenciação entre sexismo hostil e sexismo benevolente, é constante em diferentes culturas. Também em Portugal se verificou esta diferenciação ambivalente tanto em relação aos homens como em relação às mulheres. No seguimento de estudos Brasileiros sobre a relação entre formas de sexismo e valores humanos, também nesta amostra foram encontradas associações positivas entre os níveis de sexismo de universitários Portugueses e os seus níveis de convencionalismo social (Belo et al., 2005). Por outro lado, as correlações entre os inventários de sexismo ambivalente em relação às mulheres e de sexismo em relação aos homens foram mais elevadas neste estudo do que num estudo semelhante com estudantes universitários Espanhóis ( $r=.59$ ) sugerindo uma ideologia de género em estudantes universitários Portugueses mais rígida do que na mesma população em Espanha (Fernández & Castro, 2003).

No que diz respeito às diferenças de género, os resultados encontrados neste estudo foram de encontro ao que tem sido consistentemente reportado na literatura. Os homens revelaram maiores níveis de hostilidade e de benevolência em relação às mulheres e maiores níveis de benevolência em relação aos homens. As mulheres, em contraste, revelam maiores níveis de hostilidade contra os homens (Glick & Fiske, 1996; 1999; Fernández & Castro, 2003; Belo et al., 2005). Em comparação com os resultados encontrados em Espanha, os estudantes Portugueses do sexo masculino obtiveram níveis de sexismo em relação às mulheres um pouco inferiores aos dos Espanhóis. Contudo, as estudantes do sexo feminino Portuguesas obtiveram níveis de sexismo contra os homens um pouco superiores (Fernández & Castro, 2003). Tendo em conta que o preconceito contra o grupo dominante – os homens – é mais forte quanto maior é a desigualdade sentida pelo grupo discriminado – as mulheres – estes resultados parecem sugerir que em Portugal há uma maior desigualdade entre os géneros e discriminação das mulheres mais acentuadas do que no país vizinho.

Pode-se concluir existir evidência de sexismo hostil e benevolente na população universitária Portuguesa, e que esta realidade se verifica tanto em relação aos homens como em relação às mulheres. O sexismo em relação às mulheres é mais prevalente em homens, como esperado, mas as mulheres demonstraram também um nível significativo de hostilidade contra os homens, sinalizando uma luta de género muito presente no contexto Português. Esta realidade é ainda mais preocupante se for tido em conta a idade jovem desta população, que continuará a perpetuar estas atitudes no futuro com reflexos directos no acesso a oportunidades de emprego, no bem-estar e na qualidade de vida de homens e mulheres.

## REFERÊNCIAS

- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading: Addison-Wesley.
- Belo, R. P., Gouveia, V. V., Raymundo, J. S., & Marques, C. M. C. (2005). Correlatos valorativos do sexismo ambivalente. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 18*, 7-15.
- Costa, P. A., Pereira, H., & Leal, I. (em preparação). Adaptação dos inventários de sexismo ambivalente e de ambivalência em relação aos homens de Glick e Fiske.
- Fernández, M. L., & Castro, Y. R. (2003). Evaluación del sexismo ambivalente en estudiantes gallegos/as. *Acción Psicológica, 2*, 131-136.
- Formiga, N. S. (2007). Valores humanos e sexismo ambivalente. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF, 19*, 381-396.
- Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 491-512.
- Glick, P., & Fiske, S. T. (1997). Hostile and benevolent sexism: Measuring ambivalent sexist attitudes toward women. *Psychology of Women Quarterly, 21*, 119-135.
- Glick, P., & Fiske, S. T. (1999). The Ambivalence toward Men Inventory: Differentiating hostile and benevolent beliefs about men. *Psychology of Women Quarterly, 23*, 519-536.
- Glick, P., & Fiske, S. T. (2001). An ambivalent alliance: Hostile and benevolent sexism as complementary justifications for gender inequality. *American Psychologist, 56*, 109-118.
- Glick, P., Fiske, S. T., Mladinic, A., Saiz, J. L., Abrams, D., Masser, B., et al. (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: Hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 763-775.
- Tajfel, H. (1981). *Social identity and intergroup relations*. London: Cambridge University Press.

## **VALIDAÇÃO DAS PALAVRAS NEUTRAS E EMOCIONAIS PARA O TESTE STROOP EMOCIONAL PARA O *SCREENING* DE RISCO SUICIDA: RESULTADOS COM AMOSTRAS PORTUGUESAS**

*CAROLINA DAMASCENO (\*) E GRAÇA ESGALHADO (\*)*

Sendo o suicídio um fenómeno complexo, tem desde há vários séculos, atraído as atenções de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos e psicólogos (Bertole, 2000, cit in Organização Mundial de Saúde [OMS], 2000). Um dos primeiros estudos remonta a 1987 quando Durkheim definiu suicídio como qualquer morte que ocorra, de uma forma directa ou não, devido a um comportamento efectuado pela vítima, em que esta sabe que vai produzir esse resultado. A pessoa que comete suicídio tem como objectivo primário a morte e sabe que o que vai fazer a si própria, vai terminar com a sua vida (Bostwick & Cohen, 2009). Segundo vários autores, verifica-se que não existe apenas um único factor que se encontre na origem da tentativa de suicídio ou do suicídio consumado (Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009; Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006). A OMS qualificou o suicídio como um grave problema de saúde pública e, como tal, sugere que os países adoptem políticas públicas de emergência na prevenção do mesmo (Loureiro, 2006; OMS, 2000; OMS, 2003 cit in Botega, 2007). Em termos globais, a mortalidade por suicídio aumentou cerca de 60% nos últimos 45 anos. Neste período verificou-se uma mudança relativamente à faixa etária que apresentava resultados mais elevados, deixando de ser a faixa etária mais idosa para dar lugar à faixa etária mais jovem (Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009; OMS, 2003 cit in Botega, 2007).

O período de transição da adolescência para a idade adulta é um dos mais críticos, uma vez que existe uma reorganização psíquica do sujeito que poderá reactivar vulnerabilidades psicológicas (Blos, 1962; Erickson, 1968 cit in Almeida, 2006) e que corresponde genericamente à fase de transição entre a conclusão do Ensino Secundário e a integração total no mundo dos adultos, culminando, em muitos casos com o final do Ensino Superior. Também a entrada neste último tipo de ensino exige capacidades de adaptação específicas ao novo contexto académico.

---

(\*) Universidade da Beira Interior.

Actualmente esta mudança é vista, muitas vezes, como a mais importante de todo o ciclo de vivências académicas, quer para o estudante, quer para as pessoas que constituem o seu círculo relacional (Almeida, 2006). Na verdade, nos últimos 50 anos a taxa de suicídio para os indivíduos com idades compreendidas entre os 15-24 anos aumentou cerca de 300% (Capuzzi, 2002 cit in Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004), sendo que no global a média de idades desceu cerca de 39,9% (Buda & Tsuang, 1990 cit in Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004).

O comportamento suicida é um dos que requer uma resposta imediata por parte dos profissionais de saúde mental (Beautler, Clarkin & Bongar, 2000, cit in Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004), sendo um dos fenómenos psicológicos mais potencialmente fatais (Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004). Assim sendo, justifica-se o desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicológica que facilitem a detecção do risco de suicídio. Neste âmbito o Teste Stroop Emocional apresenta-se como uma alternativa a considerar.

O Stroop emocional é uma variante da interferência do Stroop clássico, que se caracteriza pela apresentação de palavras que possuem um conteúdo afectivo (positivo ou negativo) e um conteúdo neutro (Cabaco, 1998; Herreras & Cela, 2006; Mathews & MacLeod, 1985 cit in Gómez & Pastor, 1998). O valor do teste reside não apenas na possibilidade de permitir discriminar diferentes patologias, como também viabilizar a quantificação das patologias referidas (Ben-Tovin & Walker, 1991; Cooper & Fairburn, 1992; Cabaco & Armas, 2000 cit in Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003). Segundo Greco (1993) esta prova foi utilizada com diversas finalidades, sendo uma delas a possibilidade de ser uma ferramenta clínica de avaliação, uma vez que recorrendo a estímulos ameaçadores, físicos ou sociais, relacionados com a patologia estudada, se verifica que os sujeitos que padecem dessa patologia demoram mais tempo a reagir perante os estímulos, do que os sujeitos que não apresentam a mesma. Segundo McKenna e Sharma (2004), se a palavra utilizada no teste Stroop possuísse um carácter emocional, para a patologia em questão, verificava-se uma maior interferência do que se essa palavra não contivesse carácter emocional.

Williams e Broadbent (1986) realizaram um estudo sobre o efeito stroop nas tentativas de suicídio, e concluíram que os sujeitos tinham tendência para serem mais lentos na nomeação das cores das palavras que estavam associadas ao acto suicida (Greco, 1993).

Com o crescente aumento das taxas de suicídio e devido à vasta aplicabilidade do Teste Stroop como ferramenta clínica, a adaptação do Teste Stroop Emocional para a detecção de risco de suicídio, poderá constituir-se como uma ferramenta clínica à qual os profissionais de saúde poderão recorrer na sua prática, para permitir um diagnóstico mais fácil de risco de suicídio e uma intervenção mais pronta e eficaz.

Nesta linha, o objectivo principal deste trabalho é a apresentação do estudo exploratório de construção do Teste Stroop Emocional para o risco de suicídio, e definem-se os seguintes objectivos

secundários: (1) Definir quais as palavras que pertencem à categoria de palavras neutras, positivas e negativas para a construção da lâmina número 1, 2 e 3, respectivamente; (2) Caracterizar as palavras neutras (lâmina 1), positivas (lâmina 2) e negativas (lâmina 3) quanto à familiaridade, frequência de uso, nível de conhecimento e grau de evocação de imagem.

## MÉTODO

### **Fase 1**

Para a primeira fase desta investigação, construção da lâmina neutra, recorreu-se a uma amostra escolhida por conveniência, composta por cinco professores de Biologia, que possuíam um licenciatura em Biologia como habilitações mínimas. Tendo por base o léxico português obtiveram-se, após uma pesquisa, 52 palavras pertencentes à categoria Frutos. Os juízes classificaram as palavras como pertencendo ou não a esta categoria. Das palavras iniciais seleccionaram-se dez para incluir na lâmina, tendo seguido como critérios o facto de todos os juízes as terem considerado como frutos e as palavras escolhidas terem o mesmo número de sílabas da cor na qual seriam impressas – verde, vermelho, amarelo e azul.

### **Fase 2**

Para a segunda fase desta investigação, obtenção das palavras para as lâminas positiva e negativa, recorreu-se também a uma amostra não probabilística ou intencional, constituída por cinco especialistas na área da saúde mental. Após a realização de uma pesquisa bibliográfica sobre palavras associadas à problemática em questão – risco de suicídio – e a etapa do ciclo vital na qual os sujeitos se encontram, obtiveram-se 74 palavras. Essas palavras foram classificadas pelos juízes, através de uma escala tipo Likert, com valores que oscilavam entre -2 (palavras muito negativas) e +2 (palavras muito positivas). A esta lista poderiam ser adicionadas outras palavras que os juízes considerassem pertinentes. Das palavras iniciais foram seleccionadas vinte, dez classificadas como positivas e dez classificadas como negativas. A escolha deveu-se ao facto de as mesmas terem obtido uma pontuação superior a 60%, pelos cinco juízes. Para além deste critério, e à semelhança da lâmina anterior, teve-se igualmente em conta o facto de as palavras escolhidas terem o mesmo número de sílabas das quatro cores a empregar. Obtiveram-se assim três grupos de palavras, a utilizar na fase seguinte deste trabalho.

### **Fase 3**

Nesta fase recorreu-se novamente a uma amostra não probabilística ou intencional, constituída por 300 sujeitos de nacionalidade Portuguesa, a frequentar o ensino universitário na Universidade da Beira Interior. Como critério de exclusão definiu-se o facto de a Língua Portuguesa não ser a língua materna. Aos participantes nesta fase foi pedido que se pronunciassem, numa escala tipo Likert de

quatro elementos, relativamente à Familiaridade, Frequência de Uso, Nível de Conhecimento e Grau de Evocação de Imagem das palavras apresentadas.

## RESULTADOS

Da análise das respostas dos sujeitos obtêm-se valores médios para as diferentes palavras. Na Quadro que seguidamente se apresenta encontram-se os resultados relativos à lâmina neutra. Todos os itens são pontuados com valores acima da média no que diz respeito à “familiaridade”, ao “nível de compreensão” e ao “grau de evocação de imagem”. Quanto à frequência de uso dois itens apresentam valores inferiores à média, sendo eles *melancia* e *manga*.

Quadro 1 – Distribuição dos valores médios obtidos para a constituição da lâmina neutra, no que respeita à Frequência de Uso, Familiaridade, Nível de Compreensão e Grau de Evocação de Imagem.

	Frequência de uso	Familiaridade	Nível de compreensão	Grau de evocação de imagem
Tangerina	2,53	3,59	3,83	3,83
Banana	3,13	3,78	3,89	3,91
Kiwi	2,50	3,56	3,81	3,86
Melancia	2,39	3,57	3,85	3,88
Laranja	3,29	3,77	3,89	3,90
Maçã	3,26	3,77	3,90	3,89
Manga	2,42	3,49	3,84	3,80
Cereja	2,52	3,63	3,88	3,89
Limão	2,72	3,65	3,88	3,88
Pêra	2,76	3,69	3,87	3,88

No que diz respeito às palavras da lâmina positiva verificam-se valores acima da média em todos os domínios considerados, como se pode observar na Quadro 2. Excepção para o item *riqueza*, que obtém valores ligeiramente superiores à média quanto à “frequência de uso”.

Quadro 2 – Distribuição dos valores médios obtidos para a constituição da lâmina positiva, no que respeita à Frequência de Uso, Familiaridade, Nível de Compreensão e Grau de Evocação de Imagem.

	Frequência de uso	Familiaridade	Nível de Compreensão	Grau de Evocação de Imagem
Amor	3,32	3,75	3,59	3,27
Alegria	3,18	3,75	3,75	3,48
Vitória	2,72	3,52	3,68	3,33
Saúde	3,19	3,72	3,68	3,15
Vida	3,31	3,76	3,67	3,16
Riso	3,18	3,70	3,78	3,69
Sucesso	2,74	3,55	3,57	3,08
Riqueza	2,47	3,43	3,61	3,31
Feliz	3,37	3,76	3,72	3,51
Lazer	2,66	3,52	3,64	3,36

Por último, relativamente aos itens da lâmina 3, palavras activadoras negativas (cf. Quadro 3) salienta-se que os valores da “frequência de uso” de todos os itens são inferiores à media, com excepção das palavras *doença* e *tristeza*. Nas restantes categorias todos os itens obtêm pontuações superiores ao valor médio.

Quadro 3 – Distribuição dos valores médios obtidos para a constituição da lâmina negativa, no que respeita à Frequência de Uso, Familiaridade, Nível de Compreensão e Grau de Evocação de Imagem.

	Frequência de uso	Familiaridade	Nível de Compreensão	Grau de Evocação de Imagem
Óbito	1,61	2,91	3,31	2,72
Despedida	2,54	3,33	3,59	3,14
Luto	1,89	3,15	3,43	3,00
Depressão	2,45	3,28	3,38	2,70
Morte	2,41	3,28	3,56	3,15
Perda	2,33	3,22	3,49	2,77
Tristeza	2,63	3,37	3,58	3,17
Arma	1,93	3,06	3,56	3,43
Doença	2,83	3,41	3,60	2,95
Angústia	1,99	3,03	3,30	2,54

## DISCUSSÃO

Dos resultados obtidos, destaca-se em primeiro lugar o que diz respeito às palavras da lâmina neutra. Verifica-se que duas palavras apresentam resultados inferiores à média: *manga* e *melancia*. Tal pode dever-se ao facto de, por serem frutos exóticos e não cultivados em Portugal Continental, não serem tão utilizados no léxico diário. No que respeita à “familiaridade”, “nível de compreensão” e “grau de evocação de imagem” todos os resultados apresentados são superiores à média, o que nos permite concluir que são palavras familiares, constituintes do léxico dos sujeitos, compreendidas e de fácil evocação da respectiva imagem.

No que concerne à lâmina positiva, e relativamente à “frequência de uso”, “familiaridade”, “nível de compreensão” e “grau de evocação de imagem” podemos referir que todas as palavras apresentam resultados superiores à média, tal como seria de esperar, uma vez que se trabalhou com uma amostra considerada normativa.

Relativamente à última lâmina – lâmina negativa – e no que respeita à “frequência de uso”, a maioria das palavras obteve resultados inferiores à média. Estes resultados podem ser justificados, pois como se refere acima trata-se de uma amostra considerada normativa, pelo que não seria de esperar que essas palavras fossem frequentemente usadas pelos participantes do estudo. Caso se estivesse a trabalhar com uma amostra clínica com sujeitos deprimidos ou com ideação suicida, então esperar-se-iam resultados superiores à média. Como o significado das palavras é compreendido, e estas se encontram associadas a acontecimentos negativos, seriam mais susceptíveis de gerar activação apenas para os sujeitos que apresentem ideação suicida, o que não parece ser o caso da nossa amostra. Desta forma não são tão usadas com frequência pelos sujeitos no seu dia-a-dia, e conseqüentemente não estão incorporadas no seu léxico (Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003). Do conjunto de itens desta lâmina, a palavra *triste* é a mais utilizada, a mais familiar e a que apresenta um valor mais elevado no “nível de compreensão”. No que respeita à “familiaridade”, a palavra *óbito* apresenta

resultados inferiores à média e é a palavra menos familiar para os sujeitos. Este facto pode dever-se a questões culturais.

Caso este estudo se realizasse com sujeitos de culturas diferentes, as palavras obtidas possivelmente seriam distintas, uma vez que os sujeitos apresentam uma tendência inata para organizar e categorizar o seu conhecimento de acordo com as suas aprendizagens e com questões culturais.

Com o presente trabalho apresenta-se o estudo exploratório para a construção do teste de Stroop Emocional para o *screening* de risco de suicídio. Dado que a amostra utilizada é considerada normativa, isto é, em princípio, sem ideação suicida, tal constitui uma mais valia para a valorização dos resultados obtidos. Apesar da dimensão da amostra do estudo ser elevada, consideramos que no entanto, esta poderá ser uma limitação do mesmo. Contudo e tratando-se de um estudo exploratório, tal será tido em consideração em trabalhos futuros.

Considera-se que este trabalho constitui uma mais-valia no âmbito da problemática em análise, com actualidade e pertinência. Com o aumento das taxas de suicídio, esta temática constitui um problema de saúde pública que cada vez mais desperta o interesse dos investigadores. Assim, verifica-se a necessidade de aumentar a sensibilidade para esta problemática e intervir sobre ela torna-se de extrema importância.

Considera-se relevante dar continuidade ao estudo que aqui se apresenta, de forma a que o Teste de Stroop Emocional para o risco de suicídio seja testado em amostras normativas e clínicas, com o intuito de o tornar uma prova de avaliação que possa ser utilizada pelos técnicos de saúde mental na detecção da ideação suicida e consequentemente aplicado por psicólogos na sua prática clínica. Esta prova poderia contribuir para uma intervenção mais imediata nesta problemática, e possivelmente para uma diminuição da taxa de suicídio.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, N. P. (2006). O Jovem Adulto e o Suicídio. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Orgs.). *Comportamentos Suicidários em Portugal* (231-246). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Bostwick, J. M. & Cohen, L. M. (2009). Differentiating Suicide From Life-Ending Acts and End-of-Life Decisions: A Model Based on Chronic Kidney Disease and Dialysis. *Psychosomatics*, 50, 1-7
- Botega, N. J. (2007). Suicídio: saindo da sombra em direcção a um Plano Nacional de Prevenção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (1), 7-8.
- Cabaco, A. S. (1998). Mecanismo Atencional y Procesos de Interferencia: Aspectos Conceptuales y Aplicaciones Clínicas. *Temas de Psicología*, VI, 405-418.



- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N. & Turecki, G. (2009). What are the recent clinical findings regarding the association between depression and suicide? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (Supl.1), 18-25.
- Esgalhado, G., Loureiro, M. J. & Cabaco, A. S. (2003). Adaptação da tarefa Stroop Emocional para a detecção de patologia do comportamento alimentar. Diferenças entre sexos. *Revista Psicologia e Educação*, II (1), 51-64.
- Gómez, C., & Pastor, G. (1998). El estado de la investigación sobre la interferencia stroop en los años 90: Variantes, teorías y ámbitos de aplicación. In Botella, J. & Ponsoda, V. *La atención. Un enfoque pluridisciplinar. Su estudio desde la investigación básica a su aplicación clínica*. Valência: Promolibro.
- Greco, E. (1993). The Emotional Stroop Test: A Review of the Literature. *Analytic Psychotherapy and Psychopathology*, 12 (3), 219-223.
- Herrerias, E. B., & Cela, J. L. S. (2006). Utilidad del Stroop en la Psicología Clínica. *Avances en Salud Mental Relacional*, 5 (1). On line  
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/view/912/>
- Loureiro, R. M. (2006). Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais de saúde. *Scientia Medica*, 16, 64-67.
- McKenna, F. P., & Sharma, D. (2004). Reversing the Emotional Stroop Effect Reveals That It Is Not What It Seems: The Role of Fast and Slow Components. *Journal of Experimental Psychology*, 30 (2), 382-392.
- Organização Mundial de Saúde. (2000). *Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária*.
- Packman, W. L., Marlitt, R. E., Bongar, B., & Pennuto, T. O. (2004). A Comprehensive and Concise Assessment of Suicide Risk. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 667-680.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2008). *Então que tipo de factores pode contribuir para alguém ter pensamentos suicidários?* Disponível em [http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25:entao-que-tipo-de-factores-pode-contribuir-para-alguem-ter-pensamentos-suicidarios-&catid=31:geral&Itemid=28](http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=25:entao-que-tipo-de-factores-pode-contribuir-para-alguem-ter-pensamentos-suicidarios-&catid=31:geral&Itemid=28), a 16 de Novembro de 2010.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2008). *Falar sobre suicídio não encoraja o acto?* Disponível em [http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15:falar-sobre-suicidio-nao-encoraja-o-acto-&catid=31:geral&Itemid=28](http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=15:falar-sobre-suicidio-nao-encoraja-o-acto-&catid=31:geral&Itemid=28), a 16 de Novembro de 2010.

## **RELAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DOS FILHOS SOBRE OS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTAIS E A ANSIEDADE DOS PAIS: DADOS PRELIMINARES**

*FILOMENA DIAS (\*) ; CÁTIA RODRIGUES (\*) ; ISABEL LEAL (\*) E JOÃO MAROCO (\*)*

As perturbações da ansiedade nas crianças são descritas na diversa literatura pela sua elevada prevalência e impacto significativo na qualidade de vida infantil (Alfano, Beidel, & Turner, 2002; Cartwright-Hatton, McNicol, & Doubleday, 2006; Legerstee, Garnefski, Jellesma, Verhulst, & Utens, 2010; Simon & Bögels, 2009; Wood, McLeod, Sigman, Hwang, & Chu, 2003). Vários modelos etiológicos da ansiedade têm considerado as relações pais - filhos como um factor central no desenvolvimento das perturbações da ansiedade nas crianças (e.g. Chorpita & Barlow, 1998). Diversa literatura tem apresentado a ansiedade dos pais e os seus estilos e práticas educativas como possíveis variáveis subjacentes à etiologia e manutenção da ansiedade infantil (Cooper, Fearn, Willetts, Seabrook, & Parkinson, 2006; Gosch, Flannery-Schroeder, Mauro, & Compton, 2006; Hirshfeld-Becker & Biederman, 2002). Trabalhos realizados com o objectivo de analisar a relação entre a ansiedade nas crianças e os comportamentos educativos dos pais têm apresentado uma associação positiva entre as variáveis (e.g. Grüner, Muris, & Merckelbach, 1999).

Uma questão que tem sido colocada em diversos trabalhos prende-se com a necessidade de esclarecimento do papel que a própria ansiedade parental desempenha nos estilos educativos dos pais (Woodruff-Borden, Morrow, Bourland, & Cambron, 2002). Bögels e van Melick (2004) questionam se as práticas educativas são resultado da ansiedade das crianças ou da ansiedade dos pais. Num estudo realizado por Whaley e Pinto (1999) verificou-se que os comportamentos parentais de rejeição estavam mais relacionados com que a ansiedade parental, enquanto que, comportamentos parentais de sobreprotecção estavam mais relacionados com a ansiedade das crianças. Por seu lado, Hudson e Rapee (2001), num trabalho que teve como objectivo analisar as relações entre a ansiedade das crianças e os estilos educativos parentais, através da observação das interacções pais - filhos, salientam que o super envolvimento verificado nas mães de crianças ansiosas poderá ser um indicador de patologia da própria mãe.

---

(\*) Unidade de Investigação em psicologia e Saúde, ISPA – IU.

No entanto os referidos autores não analisaram a ansiedade materna e salientam que seria interessante cruzar a ansiedade das mães com as interações mães - filhos. Bögels, Bamelis, e van der Bruggen (2008) realizaram um trabalho que teve como objectivo investigar a relação entre a ansiedade parental, a ansiedade infantil e os estilos educativos parentais, observaram as interações pais – filhos, e verificaram que pais com perturbações de ansiedade tinham mais comportamentos controladores e rejeitantes e as mães com perturbações de ansiedade apresentaram mais comportamentos rejeitantes. No trabalho realizado por Bögels e van Melick (2004), que teve como objectivo estudar a relação entre a ansiedade infantil, a ansiedade parental e os estilos educativos parentais, mas utilizando para a análise os dados relatados pelos pais e os dados percebidos pelas crianças, verificou-se que a ansiedade parental apresentou-se relacionada negativamente com os comportamentos parentais de autonomia/sobreprotecção e de aceitação/rejeição, e positivamente com comportamentos de controlo psicológico. As relações verificadas consideraram os relatos dos três informantes, mãe, pai e criança, agregados para análise de resultados.

Outros trabalhos utilizaram o relato das crianças, através de questionário, sobre os estilos educativos de seus pais, pois de acordo com alguns autores parece ser mais importante a percepção que as crianças têm dos estilos educativos parentais do que o comportamento que os pais apresentam (e.g Bögels & van Melick, 2004). Um destes trabalhos é o estudo Lindhout et al.(2006) que teve como objectivo investigar se os filhos de pais com perturbações de ansiedade percebem diferentes estilos educativos relativamente aos filhos de pais sem perturbações de ansiedade. Os autores verificaram que as crianças dos pais ansiosos não reportaram mais rejeição ou menos suporte emocional comparativamente às crianças dos pais não ansiosos, no entanto perceberam níveis mais elevados de controlo do que as crianças dos pais não ansiosos.

A literatura não é consensual relativamente à relação entre a ansiedade parental e os estilos educativos parentais, sendo o seu estudo necessário para a compreensão do papel parental no desenvolvimento e manutenção da ansiedade infantil (e.g. Bögels & van Melick, 2004; Lindhout, et al., 2006).

O presente trabalho teve como objectivo estudar a relação entre a ansiedade dos pais e a percepção que os filhos têm dos estilos educativos parentais.

## MÉTODO

### *Participantes*

Para a realização desta investigação foi considerada uma população normativa, dos Açores – ilha Terceira, constituída por 56 crianças de ambos os sexos, 26 do sexo masculino e 30 do sexo feminino, com idades que variaram entre os 10 (20%) e os 11 (80%) anos, e os respectivos pais. A idade dos pais variou entre os 29 e os 53 anos, sendo a média das idades das mães de 40 anos e dos pais de 42 anos.

### *Material*

Os instrumentos utilizados neste estudo foram: um Questionário Sócio-Demográfico; o instrumento *Egna Minnen Beträffande Uppfostraren* para crianças (EMBU-C) na sua versão portuguesa (Canavarro & Pereira, 2007); e o *Inventário de Estado-Traço de Ansiedade* (STAI) (Silva, 2003).

O EMBU-C, na sua versão portuguesa, é um instrumento que avalia a percepção dos filhos sobre os estilos educativos parentais. É constituído por 32 itens divididos por três factores: Suporte Emocional (14 itens); Rejeição (8 itens); e Tentativa de Controlo (10 itens). O factor, Suporte Emocional refere-se à disponibilidade afectiva e física dos progenitores, à comunicação dos afectos e a comportamentos que manifestam a aceitação da criança por parte dos pais. O factor Rejeição avalia a hostilidade física e verbal dos pais para com a criança e os comportamentos de rejeição dos pais. O factor Tentativa de Controlo corresponde a comportamentos que têm por objectivo o controlo do comportamento da criança, assim como, a comportamentos que visam a adesão do comportamento da criança às expectativas dos pais, com o recurso, inclusive, a estratégias de indução de culpa, e a comportamentos de sobreprotecção. As respostas aos itens são avaliadas numa escala de tipo Likert, de 4 pontos, que vai desde “Não, nunca” a “Sim, sempre”. A versão portuguesa do EMBUC apresenta qualidades psicométricas adequadas, favoráveis à sua utilização junto de crianças portuguesas em idade escolar (Canavarro & Pereira, 2007).

O STAI é um inventário que engloba duas escalas separadas para medir o estado e o traço de ansiedade. A escala de Ansiedade Estado (STAI Forma Y-1) é composta por vinte frases que avaliam como se sentem os respondentes “agora, neste momento”, sendo as respostas avaliadas numa escala tipo Likert, de 4 pontos, que vai desde “nada” a “muito”. A escala de Ansiedade Traço (STAI Forma Y-2) é composta por vinte frases que avaliam como se sentem as pessoas *geralmente*, sendo as respostas avaliadas numa escala tipo Likert, de 4 pontos, que vai desde “quase nunca” a “quase sempre”. O STAI apresentou ser um instrumento fiável para a população Portuguesa (Silva, 2003).

### *Procedimento*

De forma a constituir a amostra, procedeu-se ao recrutamento das crianças e dos seus pais através do método de bola de neve. Os pais e as crianças preencheram os questionários sócio-demográficos. O EMBU-C e o STAI foram aplicados conjuntamente com outros instrumentos, que faziam parte de um protocolo, de investigação, mais alargado. O EMBU-C foi aplicado individualmente a cada criança, num primeiro momento foi explicado à criança como funcionava o preenchimento e seguidamente pediu-se à criança que o realizasse. Aos pais foram dadas as instruções para o preenchimento do STAI e foi-lhes pedido que o efectuasse. Pais e crianças realizaram este processo em salas separadas. Cada criança foi identificada com um código, que simultaneamente era associado aos seus pais.

## RESULTADOS

Os valores de coeficiente alfa dos factores do EMBU-C (Quadro1) verificados na amostra em estudo são semelhantes aos encontrados por (Canavarro & Pereira, 2007) e considerado, pelas autoras, aceitáveis para efeitos de investigação. Apenas o factor Rejeição (relativo aos pais) apresentou valores inferiores aos encontrados no referido trabalho.

Quadro1. Fiabilidade EMBU-C:  $\alpha$  Cronbach

	Suporte Emocional		Rejeição		Controlo	
	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai
$\alpha$ Cronbach	0,853	0,882	0,664	0,583	0,635	0,621

Os valores de coeficiente alfa do STAI (Quadro2) verificados na amostra em estudo são adequados (Marôco, 2010) e semelhantes aos encontrados por Silva (2003).

Quadro2. Fiabilidade STAI:  $\alpha$  Cronbach

	STAI Estado		STAI Traço	
	Mãe	Pai	Mãe	Pai
$\alpha$ Cronbach	0,851	0,870	0,887	0,859

A análise das qualidades psicométricas apenas incidiu sobre o alfa de Cronbach, uma vez que a dimensão da amostra, do presente trabalho, não permite a análise da validade de construto, esta será avaliada posteriormente na continuidade deste estudo.

A análise da relação entre a ansiedade dos pais e os estilos educativos percebidos pelas crianças indicou não haver uma correlação significativa entre as variáveis. O estudo da relação inter-factores da EMBU-C relativamente ao pai apresentou correlações positivas e significativas, entre as dimensões Rejeição e Tentativa de Controlo ( $r=0,36$ ;  $p=0,007$ ), e entre

Suporte Emocional e Tentativa de Controlo ( $r=0,37$ ;  $p=0,005$ ), relativamente à análise das relações inter-factores da EMBU-C em relação à mãe verificou-se uma correlação positiva e significativa entre as dimensões Rejeição e Tentativa de Controlo ( $r=0,38$ ;  $p=0,004$ ).

No sentido de perceber as diferenças percepcionadas pelas crianças relativamente às mães e aos pais realizou-se o teste T-Student para amostras emparelhadas, e verificou-se que as crianças percepcionaram níveis significativamente mais elevados de Suporte Emocional ( $t(95)=-4,406$ ;  $p<0,001$ ), Rejeição ( $t(95)=-2,809$ ;  $p=0,007$ ) e Tentativa de Controlo ( $t(95)=-6,283$ ;  $p<0,001$ ) por parte da mãe comparativamente ao pai.

## DISCUSSÃO

O presente trabalho tinha como objectivo analisar a relação entre a ansiedade parental e os estilos educativos percepcionados pelas crianças.

A literatura não apresenta resultados consensuais sobre a relação entre a ansiedade dos pais e os estilos educativos parentais, os resultados do presente trabalho são consensuais com os estudos que não verificaram uma relação significativa entre estas variáveis (e.g. Woodruff-Borden, et al., 2002). No trabalho de Bögels e van Melick (2004) também não se verificaram relações significativas entre ansiedade paternal e sobreprotecção, entre a ansiedade das mães e a dimensão rejeição, assim como entre a ansiedade parental e a dimensão controlo, quando foram considerados os dados dos três respondentes (criança, mãe e pai) desagregados.

No que concerne às associações entre os factores do EMBU-C, os resultados do presente trabalho são congruentes com outros estudos (e.g. Canavarro & Pereira, 2007), à excepção da relação verificada entre os factores Suporte Emocional e Tentativa de Controlo relativamente à mãe apresentada no trabalho dos referidos autores, e que não foi verificada no presente trabalho. van Brakel, Muris, Bogels e Thomassen (2006) salientam que a definição de controlo parental pode ser enquadrada segundo duas perspectivas, por um lado pode ser associado a algum excesso de rigor, representando para a criança um factor negativo no desenvolvimento da sua autonomia, e por outro pode ser assumido pela criança como um agente estruturador que a permite interagir com o meio de uma forma segura. Atendendo a estas perspectivas poder-se-ia sugerir que a perspectiva positiva estaria ligada ao suporte emocional pelo envolvimento e atenção dos pais. Sabendo-se que o pai, culturalmente, na nossa sociedade expressa o seu envolvimento com os filhos no seu papel de pilar, de instituição de regras, dentro do sistema familiar (Almeida, 2003), poder-se-ia insinuar que os factores estruturantes e promotores de segurança, ligados ao suporte emocional, seriam sentidos de forma mais acentuada, pela criança, em relação ao pai comparativamente à mãe, surgindo assim como uma ligação mais sensível a

variações, justificando a presença da relação positiva e significativa entre os factores tentativa de controlo e suporte emocional relativos ao pai e ausência da relação significativa desses factores relativamente à mãe.

A análise das percepções das crianças relativamente às mães e aos pais confirmou os resultados já obtidos por outros estudos (e.g. Canavarro & Pereira, 2007) e que indicam que as mães são percebidas com níveis mais elevados de Suporte Emocional, de Rejeição e de Tentativa de Controlo.

## REFERÊNCIAS

- Alfano, C. A., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2002). Cognition in childhood anxiety: Conceptual methodological and developmental issues. *Clinical Psychology Review, 22*(8), 1209-1238.
- Almeida, A. N. (2003). Família, Conjugalidade e Procriação: Valores e papéis. In J. Vala, M. V. Cabral & A. Ramos (Eds.), *Valores Sociais: Mudanças e Contrastes em Portugal e na Europa*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Bögels, S. M., Bamelis, L., & van der Bruggen, C. (2008). Parental rearing as a function of parent's own, partner's, and child's anxiety status: Fathers make the difference. *Cognition and Emotion, 22*(3), 522-538. doi: 10.1080/02699930801886706.
- Bögels, S. M., & van Melick, M. (2004). The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. *Personality and Individual Differences, 37*(8), 1583-1596. doi: 10.1016/j.paid.2004.02.014.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2007). A percepção dos filhos sobre os estilos educativos parentais: A versão portuguesa do EMBU-C. *RIDEP, 2*(24), 193-210.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review, 26*(7), 817-833. doi: 10.1016/j.cpr.2005.12.002.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin, 124*(1), 3-21. doi: 10.1037/0033-2909.124.1.3.
- Cooper, P. J., Fearn, V., Willetts, L., Seabrook, H., & Parkinson, M. (2006). Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders, 93*(1-3), 205-212. doi: 10.1016/j.jad.2006.03.017.

- Gosch, E. A., Flannery-Schroeder, E., Mauro, C. F., & Compton, S. N. (2006). Principles of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Children. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*(3), 247-262. doi: 10.1891/jcop.20.3.247.
- Grüner, K., Muris, P., & Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviours and anxiety disorders symptomatology in normal children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 30*(1), 27-35. doi: 10.1016/s0005-7916(99)00004-x.
- 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*(3), 161-172. doi: 10.1023/a:1019687531040.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2001). Parent—child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy, 39*(12), 1411-1427. doi: 10.1016/s0005-7967(00)00107-8.
- Legerstee, J., Garnefski, N., Jellesma, F., Verhulst, F., & Utens, E. (2010). Cognitive coping and childhood anxiety disorders. [Article]. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*(2), 143-150. doi: 10.1007/s00787-009-0051-6.
- Lindhout, I., Markus, M., Hoogendijk, T., Borst, S., Maingay, R., Spinhoven, P., . . . Boer, F. (2006). Childrearing Style of Anxiety-Disordered Parents. *Child Psychiatry and Human Development, 37*(1), 89-102. doi: 10.1007/s10578-006-0022-9.
- Marôco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais*. Lisboa: ReportNumber.
- Silva, D. R. (2003). O Inventário De Estado-Traço De Ansiedade (S.T.A.I). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida & C. Machado (Eds.), *AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. 1, pp. 46-63). Coimbra: Quarteto Editora.
- Simon, E., & Bögels, S. M. (2009). Screening for anxiety disorders in children. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*(10), 625-634. doi: 10.1007/s00787-009-0023-x.
- van Brakel, A. M. L., Muris, P., Bogels, S. M., & Thomassen, C. (2006). A Multifactorial Model for the Etiology of Anxiety in Non-Clinical Adolescents: Main and Interactive Effects of Behavioral Inhibition, Attachment and Parental Rearing. *Journal of Child and Family Studies, 15*(5), 568-578.
- Whaley, S. E., & Pinto, A. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. [Article]. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 67*(6), 826.



Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W.-C., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(1), 134-151. doi: 10.1111/1469-7610.00106.

Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*(3), 364-374. doi: 10.1207/153744202760082621.

## **RELAÇÕES ENTRE O FUNCIONAMENTO DOS SISTEMAS IMUNOLÓGICO E PSICOLOGICO EM PACIENTES COM HIV/SIDA**

*NELSON SILVA FILHO; JOÃO DA COSTA CHAVES JÚNIOR E DANIEL CAMPOS SILVA*

Segundo o Ministério da Saúde existem 592.914 casos de SIDA acumulados até junho de 2010 (Ministério da Saúde, 2010). Há vários trabalhos que relacionam a concentração sérica de algumas interleucinas com quadros psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2000; Motivala, 2001; Silva Filho, 2003, Malbergier e Schöffel, 2001; Riedel *et al*, 2006; Fleck *et al*, 2002; Carvalhal, 2004; Coimbra & Coimbra-Sinigaglia, 2004; Raison, Capuron e Miller, 2006; Castanha *et al*, 2007) envolvendo alguns dos parâmetros que utilizamos em nosso estudo, contudo, não encontramos na literatura nenhum trabalho que tenha verificado associações entre parâmetros imunológicos, psicodinâmicos e psiquiátricos em uma mesma amostra de pacientes com HIV/SIDA. Estes autores apontaram correlações importantes entre algumas psicopatologias e a concentração de algumas moléculas intermediadoras da resposta imunológica (RI). Existem indicações concretas de que há relações entre o estado atual do aparelho psíquico e o estado atual do sistema imune (SI). Uma parcela expressiva de pacientes com SIDA evoluem para demência, cujo diagnóstico, quase sempre, é realizado *a posteriori* e pode confundir-se com outros transtornos. Possivelmente quadros descritos como demência (Karl, G. *et al*, 2011) e depressão não são excludentes, eles fazem parte de um mesmo processo insidioso e progressivo e, se realmente assim for, é necessário um diagnóstico diferencial, uma vez que a condição de demência, conforme propomos neste trabalho, seria precedida por depressão e, o diagnóstico diferencial, possibilitaria uma atuação terapêutica para a redução de danos neurológicos e, conseqüentemente, das sequelas. Nos pacientes com HIV/SIDA parece haver um processo paradoxal envolvendo mecanismos de tolerância imunológica em concomitância com mecanismos associados a hipersensibilidade e alergia.

### **Um Estudo de Casos**

Foram re-avaliados 14 indivíduos, avaliados inicialmente durante o trabalho de doutoramento (Silva Filho, 2003), com infecção pelo HIV, oriundos do Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais, da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP- Brasil. Para chegarmos a um modelo integrado dos fenômenos associados à fisiopatologia da SIDA, utilizamos os parâmetros: o logaritmo do número de cópias de RNA do vírus HIV por ml de sangue, ou da carga viral (LogCV); o número de células CD<sub>4</sub><sup>+</sup> e CD<sub>8</sub><sup>+</sup> por ml no sangue, designadas respectivamente por CD<sub>4</sub><sup>+</sup> e CD<sub>8</sub><sup>+</sup>; a relação CD<sub>4</sub><sup>+</sup>/ CD<sub>8</sub><sup>+</sup>; as

concentrações séricas (em pg/ml) do fator de necrose tumoral (TNF- $\alpha$ ), do interferon gama (IFN- $\gamma$ ), das interleucinas 2, 4 e 10 (IL-2, IL-4 e IL-10); a pontuação no Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado (SISDAO), no Teste de Relações Objetivas (TRO) e no DSM-IV-R (AGF). Utilizamos dois critérios distintos para agrupar os dados. O primeiro, conforme a dinâmica psicopatológica no momento da coleta dos dados. O segundo foi a construção de grupos com características similares quanto às medidas dos parâmetros - método de Ward (Frei, F., 2006). Este último critério gerou duas séries de dados. A primeira (série 1) com três grupos e a segunda (série 2) com dois grupos.

## RESULTADOS

### 1. Pacientes agrupados conforme a dinâmica psicopatológica.

Foram utilizados os resultados com  $d \geq 0.9$  (Cohen, 1988). Comparando pacientes com depressão crônica do tipo psicótica, sub-tipo maníaco depressivo (PMD) com pacientes com depressão crônica do tipo psicótica, sub-tipo esquizo-afetivo (PEA) observamos: (1) O IL-2 do PMD é menor do que o do PEA. ( $85.75 < 99.67$ ); (2) A IL-10 do PMD é maior que a do PEA ( $39.62 > 36.5$ ) e (3) O tempo de tratamento do PMD é maior do que o do PEA. ( $89.00 > 36.33$ ). Entre os indivíduos (PMD+PEA) e os portadores de depressão crônica do tipo neurótica (N) observamos: (1) O  $CD_8^+$  dos psicóticos (PMD + PEA) é menor do que o dos N ( $766.44 < 1144.00$ ); (2) O SISDAO dos psicóticos é menor do que o dos N. ( $1,89 < 3,13$ ); (3) O TRO dos psicóticos é menor do que o dos N ( $13.33 < 19.5$ ) e (4) a AGF dos psicóticos é menor do que a dos N ( $37.68 < 62.50$ ). A comparação entre PMD e N permitiu as seguintes observações: (1) O  $CD_8^+$  dos PMD é menor do que o dos N ( $723.92 < 1144.00$ ); (2) O SISDAO dos PMD é menor do que o dos N ( $2.00 < 3.13$ ); (3) O TRO dos PMD é menor do que o dos N. ( $14.67 < 19.50$ ) e (4) a AGF dos PMD é menor do que a dos N. ( $40 < 62.5$ ). Ao compararmos os indivíduos PEA e Neuróticos observamos: (1) A relação  $CD_4^+ / CD_8^+$  dos PEA é maior do que a dos N ( $0.56 > 0.33$ ); (2) a SISDAO dos PEA é menor do que a dos N ( $1.83 < 3.13$ ); (3) O TRO dos PEA é menor do que o dos N ( $12.67 < 19.5$ ) e (4) o AGF dos PEA é menor do que o dos N ( $36.67 < 62.50$ ). Com estes resultados levantamos as seguintes hipóteses: (1) o SI de indivíduos com depressão crônica tipo psicótica, (PEA e PMD) tem perfil de RI predominantemente Th1, porque tem produção aumentada de TNF- $\alpha$ , citocina que estimula o aumento da população de células NK, e induz atividades apoptóticas, aumentando a probabilidade de instalação de processos inflamatórios e inibindo a resposta Th2 (Abbas *et al.*, 2005). Trata-se de uma RI com viés tipicamente Th1; (2) o SI de indivíduos com depressão crônica, tipo psicótica, subtipo maníaco-depressiva (PMD) apresenta um perfil predominantemente Th2, comparado aos PEA, o que implica em maior estimulação da expansão de clones de células B e produção de anticorpos. Inibição de clones de células Th1 e, portanto uma possível atenuação de fenômenos citotóxicos. A diferença de IL-10 entre os PMD e os PEA, provavelmente se

deva a um perfil de resposta Th2 dos primeiros. Como os PEA são diferentes dos PMD em relação a IL-10, e têm IL-2 mais elevada que os PMD, isto sugere que os PEA têm um perfil de resposta com viés Th1. Como o nível de IL-2 dos PEA não difere do dos N inferimos que, tanto os PEA, como os N têm um perfil de resposta Th1. O tempo de diagnóstico também difere entre os PMD e os PEA. O funcionamento do aparelho psíquico destes pacientes apresenta diferenças em termos de equilíbrio adaptativo, eficácia adaptativa e AGF, segundo o DSM-IV- R, em seu eixo 5. Confrontando os indivíduos com depressão do tipo psicótica (PEA e PMD) com os N, este segundo grupo tem melhores indicadores de qualidade do funcionamento psíquico que os demais e, fica evidente que o grupo mais comprometido é o PEA, segundo a pontuação do AGF e do TRO.

## **2. Análise do resultado do Teste de Spearman Rank Order Correlations, com $p < 0.5$**

Os resultados do teste de Spearman com as medidas de LogCv,  $CD_4^+$ ,  $CD_8^+$ ,  $CD_4^+/CD_8^+$ , TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$ , IL-2, IL-4 e IL-10, indicam correlações positivas entre TNF- $\alpha$  e LogCv; IL-4 e IL-10. Negativas entre TNF- $\alpha$  e IFN- $\gamma$ ; e LogCv e  $CD_4^+$  e  $CD_8^+$ . Foram geradas duas séries de dados quando os pacientes foram agrupados segundo a proximidade dos valores do conjunto das variáveis utilizadas:

### **2.1 Série 1**

Conjuntos de pacientes (A, B e C) agrupados. Não podemos afirmar que as contagens de linfócitos  $CD_8^+$  dos grupos A e B são distintas ( $d=0,8$ ), nem as concentrações séricas de IL-2 quando comparadas aos grupos A e C ( $d=0,7$ ). O grupo A é constituído de indivíduos com níveis de TNF- $\alpha$  (621,80), IL-4 (57,40) e IL-10 (61,40) expressivamente mais altos, e de IL-2 (73,00) mais baixo do que nos indivíduos dos grupos B (TNF- $\alpha=226,00$ ; IL-2=125,00; IL-4=38,5 e IL-10=25,25) e C (TNF- $\alpha=424,80$ ; IL-2=88,2; IL-4=28,40 e IL-10=32,40), bem como, contagem de linfócitos  $CD_8^+$  (958,00) mais alta do que o grupo C ( $CD_8^+=598,80$ ). Isto sugere um perfil de RI com viés Th2 ( $CD_8^+$ , IL-4 e IL-10 mais altos), não obstante o TNF- $\alpha$  elevado. Este perfil é compatível com a instalação de processos autoimunes (Th2) e apoptóticos (TNF- $\alpha$ ). O grupo B é constituído de indivíduos com níveis de  $CD_8^+$  (1223,5) mais alto do que os do grupo C (598,80), e de IL-2 (125,00) mais alto que os dos grupos A (IL-2= 73,00) e C (IL-2=88,2), e níveis mais baixos de IL-10 (25,25) do que os dos grupos A (IL-10=61,40) e C (IL-10=32,40), sugerindo um viés de resposta Th1, embora atípica - com níveis de TNF- $\alpha$  mais baixos e concentração sérica de IL-4 (38,5) intermediária entre os valores dos grupos A (IL-4=57,4), maior, e C (IL-4=28,4), menor. No grupo C os indivíduos têm contagens de linfócitos  $CD_8^+$  (598,80) e concentrações séricas de IL-4 (28,40) mais baixas; e concentrações de TNF- $\alpha$  (424,80), IL-2 (88,2) e IL-10 (IL-10=32,40) intermediárias entre os grupos A (TNF- $\alpha= 621,80$ ), IL-2=73,00 e IL-10=61,40) e B (TNF- $\alpha=226,00$ ; IL-2=125,00; IL-10=25,25). Esses dados sugerem um perfil de resposta em que a relação Th1/Th2 está mais equilibrada do que nos

grupos A e B. Pode significar também uma situação de menor risco para eventos autodestrutivos (autoimunes e apoptóticos).

## 2.2. Série 2

Agrupamentos de dois conjuntos de pacientes (A e B). Os pacientes do grupo A apresentam níveis séricos de TNF- $\alpha$  (621,80), IL-4 (57,40) e IL-10 (61,40) mais altos que os pacientes do grupo B (TNF- $\alpha$ =336,44, IL-4=32,89 e IL-10=29,22), e níveis séricos de IFN- $\gamma$  (308,00) e IL-2 (73,00) mais baixos do que eles (IFN- $\gamma$ =659,44 e IL-2=104,56). Isto sugere que o perfil de RI do grupo A tem um viés Th2 (níveis mais altos de IL-4 e IL-10) com TNF- $\alpha$  atipicamente elevado para esse tipo de resposta (Th2). Os pacientes do grupo B apresentam um perfil de RI com viés Th1 porque tem níveis séricos de IFN- $\gamma$  e IL-2 mais altos do que os do grupo A, se bem que os níveis séricos de TNF- $\alpha$  alcançam um pouco mais que a metade (0,54) daquele grupo. Na análise dos resultados dos dois agrupamentos não levamos em conta os dados de LogCv. Os resultados das análises sugerem três perfis de RI: um com viés Th1 (B), outro com viés Th2 (A) e um terceiro (C) com um balanço mais equilibrado que os dois primeiros, exibindo elementos de perfil Th1 e Th2, sendo este, o que apresenta níveis séricos de TNF- $\alpha$  expressivamente mais baixos do que os outros dois (cerca de duas a três vezes). As concentrações séricas de TNF- $\alpha$  nos grupos A e C, embora diferentes, são bem mais altas do que nos indivíduos do grupo B. Diante disso, propomos que os pacientes portadores de depressão crônica do tipo psicótica, que apresentam níveis mais altos dessa substância (TNF- $\alpha$ ), têm maior probabilidade de desenvolver transtornos neuropsicológicos que podem se confundir com sintomas de demência, diferentemente dos pacientes com depressão crônica do tipo neurótica, o que sugere que estes pacientes (PEA e PMD), têm maior probabilidade de sofrerem danos neuronais. Assim, embora com um  $d=0,8$  - que significa 47,4% de não superposição entre as duas séries de medidas - admitimos que os pacientes com depressão crônica do tipo psicótica (PEA e PMD) têm, de fato, maiores médias para a concentração séricas de TNF- $\alpha$ , embora as duas séries de medidas das concentrações dessa citocina não tenham atestado isto com a precisão adequada.

## DISCUSSÃO

As relações estabelecidas por (Raison *et al*, 2006) entre stress agudo e funcionamento da RI podem ser compreendidas admitindo-se que a exacerbação da RI concomitante com a situação de stress pode produzir condições semelhantes a doenças autoimunes cujo alvo mais importante, no caso dos pacientes aqui estudados, parece ser as células nervosas, o que produziria dano neurológico, tanto no sistema nervoso central (SNC) quanto no periférico (SNP), e explicaria a incidência de demência decorrente do processo deletério disparado pela RI aguda. Num primeiro momento a competência das RIs seriam amplificadas e também a eficácia adaptativa. Num segundo momento, diminuiria a competência das RIs e

se iniciaria a resposta auto agressiva quando ocorre um aumento de TNF- $\alpha$  que, por sua vez aumentaria a probabilidade de dano neuronal. Demência e depressão são estágios distintos de um mesmo processo patológico. Durante processos depressivos há um aumento de citocinas pró-inflamatórias, o que também ocorre no stress (Vismari et al, 2008). Essas citocinas pró-inflamatórias estão relacionadas com a resposta Th1, cujos efetores são as células T citotóxicas (CTL\*) que, mediadas por TNF- $\alpha$ , induzem apoptose (morte celular programada). O TNF- $\alpha$  e a IL-4 são capazes de penetrar a barreira hematoencefálica, o que pode produzir o dano neuronal (morte de neurônios) associado a demência. Da maneira como estamos vendo, a demência é uma fase grave e irreversível do processo depressivo. A demência se instala na medida em que as citocinas pró-inflamatórias, que ultrapassam a barreira hematoencefálica, induzem apoptose neural (ou processo de aniquilamento de um conjunto de neurônios), levando o paciente a um comprometimento psico-neuro-cognitivo. Do ponto de vista do aparelho psíquico, a depressão se vincula à pulsão de morte, e é caracterizada pelo comprometimento da afetividade, por meio de uma interdição progressiva, e em parte consciente, dos processos de comunicação com o mundo e por uma focalização exacerbada das energias psíquicas no self enquanto objeto de atenção, em detrimento do mundo externo; e na eventual produção de ideação suicida. O comprometimento progressivo da afetividade pode ser interpretado como um fenômeno autodestrutivo do self na medida em que nossa identidade enquanto alteridade, é determinada em grande parte, pelas relações que estabelecemos com outros seres humanos e, a afetividade é certamente a dimensão mais importante da comunicação interpessoal produtora de identidade. A construção da nossa identidade envolve necessariamente a construção de imagens internas do mundo, cujos substratos físico e fisiológico são os circuitos neurais (Edelman, 1987) que constituem o *locus* onde se processam as respostas aos estímulos internos e externos. É o repertório atual de circuitos neurais que possibilita a representação interna do mundo externo e determina nossa capacidade de interagir com ele (o mundo externo). Assim, a dinâmica psíquica da depressão pode ser interpretada como um processo autodestrutivo, de perda de identidade, que, embora inicialmente possa aumentar agudamente a percepção do mundo externo, introduz progressivamente limitações na interação com ele, o que compromete a habilidade do sujeito produzir e sintonizar suas imagens internas com o mundo externo e, dirige toda a energia psíquica para o processamento das interações com sua autoimagem em situação de deterioração. Isto pode ser a base para a produção de ideação suicida num dado momento e, em última análise, também pode ser interpretado como processo de perda de identidade. Conforme já mencionamos, ocorre, em concomitância com este processo, uma série de fenômenos envolvendo modificações na concentração de efetores da resposta imune por meio do aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias tais como TNF- $\alpha$  e IL-4 cujo efeito será o aumento de fenômenos apoptóticos o que certamente, no caso de serem os neurônios as células afetadas, tem consequências psico-neuro-cognitivas. Essas modificações tendem a destruir neurônios e, por isso podem afetar a eficácia das interações com o

mundo externo, diminuindo a plasticidade da resposta neuro-cognitiva, o que se explicita por meio de um comprometimento das funções neuro-cognitivas (pensamento, memória, cálculo, funções executivas, linguagem etc) e da capacidade de construção de imagens internas por falta de substrato neuronal para tal. Interpretamos este acontecimento como uma dinâmica autodestrutiva porque, ao mesmo tempo em que limita severamente a comunicação com o mundo externo pelo dano em estruturas neurais, diminui a eficácia adaptativa da pessoa. Ficam prejudicadas as leituras do mundo externo e a possibilidade de sintonia com ele, ou seja, há flagrante processo de perda de identidade. Considerando a dinâmica que se estabelece no SI, com a produção de citocinas pró-inflamatórias, passam a ser estimuladas a produção de clones de linfócitos auto reativos que acabam por interagir com células próprias do organismo (neurônios, por exemplo) destruindo-as. Aqui também se estabelece, ao que tudo indica, uma dinâmica autodestrutiva cuja instalação pode ser interpretada como um processo de perda de identidade bioquímica. Ou seja, tanto os fenômenos que ocorrem em nível neuronal, quanto imunológico, quanto no aparelho psíquico podem ser interpretados como processos de perda de identidade. Estas conclusões sugerem que o nível de TNF- $\alpha$  seja avaliado na rotina dos pacientes com depressão crônica enquanto um dos indicadores importantes para prognóstico de demência.

#### REFERÊNCIAS

- Abbas, K. A., & Lichtman, A. H. (2005). *Imunologia Celular e Molecular*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Carvalho A. S. (2004). A infecção pelo HIV – Aspectos psiquiátricos. in: Kapczinski, F., Quevedo, J. Izquierdo, I. *Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos* (pp. 445-452). Artmed Editora, Porto Alegre.
- Castanha, R.A., Coutinho, M.P.L., Saldanha, A.A.W., & Ribeiro, C.G., (2007). Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV, *Estudos de Psicologia*, 24(1), 23-32.
- Cohen, J. (1998). *Statistical Power analysis for the behavioral sciences*. (2nd Ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates,
- Coimbra, G.C., Coimbra- Sinigaglia, R. (2004). Psicoimunologia. in: Kapczinski, F., Quevedo, J. Izquierdo, I. *Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos* (pp. 101-112). Artmed Editora, Porto Alegre.
- Edelman, G. M., (1987). *Neural Darwinism The Theory of Neuronal Group Selection*. Basic Books, Inc. USA.

Psicologia da saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crônicas.  
Organizado por José Luís Pais Ribeiro, Isabel Leal, Anabela Pereira e Sara Monteiro.  
2012, Aveiro: Universidade de Aveiro.

- Frei, F., (2006). *Introdução à Análise de Agrupamentos: Teoria e Prática*. Editora Fundação UNESP, São Paulo.
- Fleck, M.P.A., & Lima, A. F. B. S., Louzada S., Schestasky, G., Henriques, A. Borges, V.R., & Comey, S. (2002). Associação entre Sintomas Depressivos e Funcionamento Social em Cuidados Primários À Saúde. *Revista Saúde Pública*, 36, 431-438.
- Goodkin, K., Fernandez, F., Forstein, M., Becker, J. T., Douaihy, A., Santos, F. H., Silva Filho, N., Miller, E. N., Zirulnik, J., Cubano, L., & Singh, D.,(2011). A perspective on the proposal for neurocognitive disorder criteria in DSM-5 as applied to HIV-associated neurocognitive disorders. *Neuropsychiatry*, 1, 431-440.
- Malbergier A., & Schöffel,A.C. (2001). Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 160-167.
- Ministério da Saúde, Brasil. (2000) *Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV / SIDA*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde, Brasil. (2008). *Boletim Epidemiológico – AIDS e DST. Brasília: Ministério da Saúde.; Ano VII, n.1 [26ª à 52ª – semanas epidemiológicas – junho a dezembro de 2009. 1ª a 26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2010*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Motivala, S.J. (2001). *Psychological Distress impacts immunity depending upon level of HIV viral load in pre-aids men and women*. Tese de Doutorado, Miami: University of Miami.
- Raison, C., Capuron, L., & Miiier, A.H. (2006). Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *TRENDS in Immunology*, 27(1), 24-31.
- Riedel D, Ghate M, Nene M, Paranjape R, Mehendale S, Bollinger R, Sacktor N, Mcarthur J, & Nath A. (2006) Screening for human immunodeficiency virus (HIV) dementia in an HIV clade C-infected population in India. *Journal of Neurovirology*, 12(1), 34-8.
- Simon R., (2000). Relações entre o diagnóstico operacionalizado, a psicopatologia da depressão e psicoterapia psicanalítica. *Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 8, 165-190.
- Silva Filho, N., (2003). *Associação entre o diagnóstico adaptativo, indicadores de evolução clínica e o teste de relações objetivas em pacientes com infecção pelo HIV-1, doentes ou não*. Tese de Doutorado, Botucatu: Universidade Estadual Paulista.
- Vismari, L., Alves G. J., & Palermo-Neto, J., (2008). Depressão, antidepressivos e sistema imune: um novo olhar sobre um velho problema. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 196-204.



## **O IMPACTO DE BEM-ESTAR NO TRABALHO E DE CAPITAL PSICOLÓGICO SOBRE INTENÇÃO DE ROTATIVIDADE: UM ESTUDO COM PROFESSORES**

*ANGELO POLIZZI FILHO<sup>(\*)</sup> E MIRLENE MARIA MATIAS SIQUEIRA<sup>(\*\*)</sup>*

A dinâmica acelerada dos negócios, as mudanças constantes nas políticas de gestão de pessoas aplicadas por organizações e as complexas interações empresariais em rede, especialmente em instituições de ensino superior, parecem ter mudado visivelmente as ênfases dadas por pesquisadores às facetas do comportamento de profissionais que nelas atuam e têm chamado a atenção de estudiosos da saúde no trabalho. Torna-se foco cada vez mais intensificado a investigação científica acerca do impacto que variáveis descritoras de estados saudáveis dos trabalhadores teriam sobre suas ações.

Desse modo, dentre tantos outros temas relevantes, o planejamento que cada profissional faz acerca de sua saída da organização e particularmente neste estudo, o pensamento, o plano e a vontade, ou seja, “o desejo” do professor em deixar a escola na qual trabalha em algum ponto do futuro, independente da facilidade em obter outro emprego (Vandenberg, & Nelson, 1999). Tema denominado intenção de rotatividade - IR (Vandenberg, & Nelson, 1999; Mowday, Porter, & Steers, 1982) tornou-se um fenômeno de interesse no campo do comportamento organizacional e atualmente, a alternativa mais aplicada aos estudos do comportamento organizacional tem sido a elaboração de modelos para representar o escopo de uma investigação científica.

Atualmente a competitividade constitui o centro das preocupações nas organizações desde o final do século passado e o foco principal de seus gestores a partir da crise econômica mundial desencadeada no 2º semestre de 2008. A crise se agravou recentemente com o rebaixamento da classificação dos EUA pela agência classificadora de risco *Standard & Poor's* gerando um impacto imediato e direto na economia mundial. No Brasil, como não poderia de ser diferente, a dinâmica acelerada dos negócios, as mudanças constantes nas políticas de gestão de pessoas aplicadas por organizações e as complexas interações empresariais em rede parecem ter mudado visivelmente as ênfases dadas por pesquisadores às facetas do comportamento de profissionais que atuam em organizações.

---

<sup>(\*)</sup> Universidade Metodista de São Paulo – Brasil; <sup>(\*\*)</sup> Universidade Metodista de São Paulo, Brasil. Bolsista de Produtividade de Pesquisa do CNPq.

Assim, os conglomerados educacionais brasileiros buscam a competitividade, ou melhor, sua sustentabilidade no mercado. Entretanto se esqueceram de seus principais “parceiros no negócio”, ou seja, seus professores. Gondim & Siqueira (2004) relatam que as organizações deram pouca atenção à pesquisa sobre a influência das emoções nos contextos de trabalho.

O presente trabalho pesquisou em uma universidade particular brasileira, os motivos pelos quais seus docentes podem tendenciar a deixá-las. Assim, acredita-se que este estudo, ao investigar as possíveis influências moderadoras de capital psicológico (Luthans, Luthans, Luthans, 2004) sobre a proposta estruturada na literatura brasileira por Siqueira & Padovam (2008) denominada bem-estar no trabalho – BET e o possível impacto sobre intenção de rotatividade, propicie aos gestores de recursos humanos o gerenciamento eficaz das pessoas nas organizações e atenuar o desconforto que seria gerado pelo desconhecimento sobre o comportamento dos professores no ambiente organizacional.

Este artigo está dividido em itens. O primeiro descreve o objetivo geral do estudo. No segundo apresenta-se a figura do modelo de investigação testado. O terceiro item expõe o método de pesquisa, descrevendo os participantes, local, instrumento e análise dos dados. Os resultados obtidos compõem o quinto item. E, as conclusões finalizam este artigo.

O objetivo é testar um modelo teórico da relação entre as três dimensões de bem-estar no trabalho (satisfação e envolvimento com o trabalho; compromisso afetivo com a organização) e intenção de rotatividade, moderada por capital psicológico, conceito composto por quatro capacidades psicológicas (eficácia, otimismo, esperança e resiliência).

Visando melhor representar o objetivo geral deste trabalho, foi elaborado um modelo para uma melhor compreensão (Figura 1).

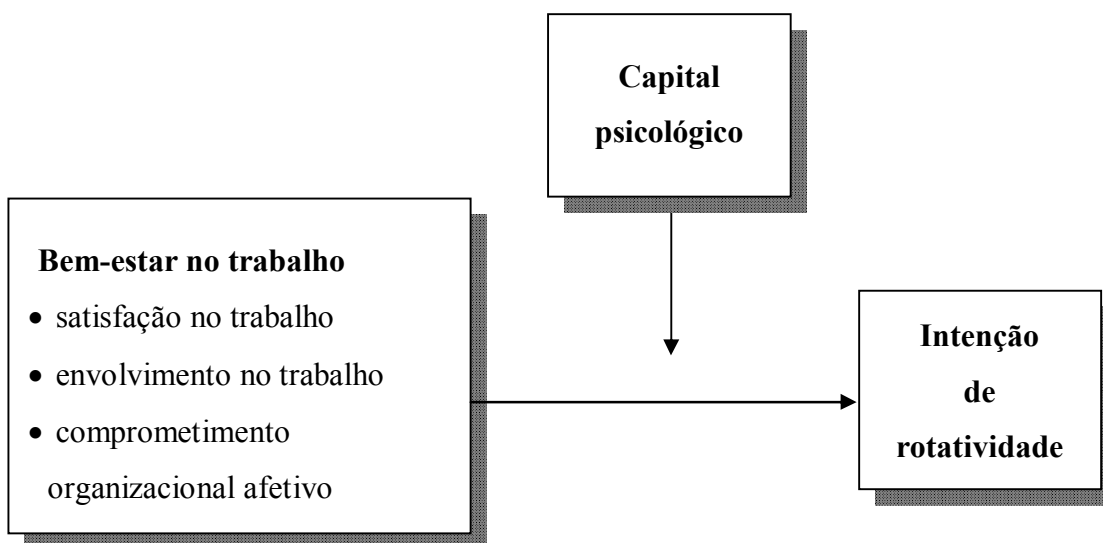


Figura 1 – Modelo de relação entre bem-estar no trabalho e intenção de rotatividade moderada pelo capital psicológico.

O teste deste modelo revelou como capital psicológico (variável moderadora) afeta a força da relação entre bem-estar no trabalho (variável independente) e intenção de rotatividade (variável dependente), ou seja, foram revelados pontos positivos como o entendimento do papel importante do capital psicológico como moderador na relação entre as dimensões de bem-estar no trabalho e intenção de rotatividade.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra foi constituída por 85 professores universitários escolhidos por conveniência, em uma universidade particular. Sendo que 57 eram do sexo masculino (67,1%). A idade variou entre os 24 e 71 anos, com uma idade média de 45 anos. O estado civil predominante foi o casado com 63,5%. A graduação dos professores teve 58,8% de mestres. O tempo médio de trabalho foi de 8,13 anos, variando de 1 a 33 anos. O tempo de trabalho entre um e dez anos representou 77,7% dos participantes.

Os dados foram coletados em uma universidade particular na Região do Grande ABC, Estado de São Paulo - Brasil. A título de informação, área composta por sete municípios: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. Está situado no setor sudeste da Região Metropolitana da Cidade de São Paulo, em uma área de, aproximadamente, 825.000 km<sup>2</sup> e conta com 2,5 milhões de habitantes (IBGE, 2010).

### *Material*

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário auto-aplicável, composto por cinco medidas que aferiram as variáveis do estudo, foram lidos e respondidos pelo próprio professor sem assistência. O instrumento foi composto pelas seguintes escalas de mensuração: Capital Psicológico Positivo – ECP-12, construída e validada por Luthans, Youssef & Avolio (2007) e adaptada para o Brasil, na sua forma reduzida por Martins, Lima, Agapito, Souza e Siqueira (2011); Satisfação no Trabalho – EST, construída e validada por Siqueira (1995; 2008), contendo em sua forma reduzida, cinco fatores (satisfação com colegas de trabalho, satisfação com o salário, satisfação com a chefia, satisfação com a natureza do trabalho e satisfação com promoções) com três itens cada; Envolvimento com o Trabalho – EET, construída e validada por Lodhal e Keyner (1968) e validada para o Brasil por Siqueira (1995; 2008), contendo em sua forma reduzida cinco itens; Comprometimento Organizacional Afetivo – ECOA, medida de auto-relato construída por Siqueira (1995; 2008), contendo em sua forma reduzida cinco itens; e Intenção de Rotatividade – EIR, construída e validada por Siqueira, Gomide Jr.; Marques; Moura e Marques (1997), diferente das anteriores, esta escala foi utilizada em sua versão completa. Dados Complementares para caracterização da amostra em um aspecto amplo forma

levantados por meio de questões acrescentadas no final do questionário, na intenção de definir o perfil dos professores participantes do estudo. Estes itens visavam caracterizar a amostra como idade, sexo, estado civil e tempo de trabalho, além de conhecer um aspecto peculiar no exercício da função docente que é o nível de formação acadêmica.

### *Procedimentos*

As análises incluíram a aplicação de técnicas de análises estatísticas descritivas, entre as variáveis de bem-estar no trabalho, capital psicológico e intenção de rotatividade. Foram também calculados modelos de regressão linear múltipla hierárquica pelo método *enter* para aferir a capacidade moderadora de capital psicológico na relação bem-estar no trabalho e intenção de rotatividade. O tratamento e análise dos dados foram realizados pelo *software* estatístico *Statistical Package for the Social Science* – SPSS, versão 19.0 para Windows.

## RESULTADOS

A seguir no Quadro 1, observa-se 15 correlações computadas entre capital psicológico, bem-estar do trabalho e intenção de rotatividade. Observam-se índices positivos e significativos entre capital psicológico e todas as dimensões de bem-estar no trabalho e índices negativos entre estes e intenção de rotatividade.

Quadro 1 - Índices de correlação (*r* de Pearson) entre capital psicológico, as dimensões de bem-estar no trabalho e intenção rotatividade (n=85).

Variáveis	Escala de Resposta	1	2	3	4	5
1. Capital psicológico	1 a 5	-				
2. Satisfação no trabalho	1 a 7	0,51**	-			
3. Envolvimento com o trabalho	1 a 7	0,43**	0,30**	-		
4. Comprometimento organizacional afetivo	1 a 5	0,53**	0,56**	0,52**	-	
5. Intenção de rotatividade	1 a 5	0,30**	-0,33**	0,36**		-
					0,56**	

\*\*p<0,01

Ao se analisar as demais correlações nota-se que todas as dimensões de bem-estar no trabalho (satisfação no trabalho, envolvimento com o trabalho, comprometimento organizacional afetivo) tiveram correlação positiva com capital psicológico, sendo que todos os índices alcançaram valores moderados de correlação. O capital psicológico apresenta correlação positiva, significativa e moderada com satisfação no trabalho, com envolvimento no trabalho e com comprometimento organizacional afetivo.

Estes resultados trazem evidências empíricas que há correlação significativa e positiva entre capital psicológico e bem-estar no trabalho, implicando em afirmar que na medida em que for mais elevado o

capital psicológico (eficácia, esperança, otimismo e resiliência), crescem proporcionalmente nos professores os indicadores de bem-estar no trabalho (satisfação no trabalho, envolvimento com o trabalho e comprometimento organizacional).

Assim, observa-se que os docentes portadores de um elevado estado mental positivo denominado por Luthans, Luthans e Luthans (2004) como capital psicológico são também professores que mantêm um nível de saúde positiva no trabalho ao que se representa por bem-estar no trabalho, conforme o modelo brasileiro estruturado por Siqueira e Padovam (2008).

Continuando a análise correlacional foram desenvolvidas para cada uma das três dimensões de bem-estar no trabalho dois modelos de regressão múltipla hierárquica pelo método *enter* (Quadro 2). Para cada modelo, intenção de rotatividade foi variável critério, as três dimensões de bem-estar no trabalho variáveis independentes e capital psicológico variável moderadora. Pretendia-se identificar o incremento adicionado, ou reduzido, de cada  $R^2$  calculado pela introdução de capital psicológico em cada modelo.

De um modo geral, a três variáveis de bem-estar no trabalho auxiliam na explicação da intenção de rotatividade em professores no ensino superior. Essa explicação aumenta de forma contundente pelo incremento gerado na associação das variáveis com capital psicológico, exceto com comprometimento organizacional afetivo cujo incremento não existe e, pelo contrário, há uma pequena redução no percentual de variância explicada. Logo, comprometimento organizacional afetivo é a dimensão de bem-estar no trabalho que produz o maior impacto sobre intenção de rotatividade o qual se mantém nesta posição mesmo com a redução provocada pela presença do capital psicológico.

Quadro 2 – Seis modelos de regressão linear múltipla hierárquica pelo método *enter* para intenção de rotatividade (n=85).

Modelos / passos / antecedentes	b	EPb	$\beta$	$R^2$ modelo	$\Delta R^2$ modelo
<b>Modelo 1 :</b>					
Satisfação no trabalho	0,386	0,122	0,329**	0,097**	
<b>Modelo 2:</b>					
Satisfação no trabalho	0,277	0,141	-0,236*	0,133**	0,036
Capital psicológico	0,306	0,201	-0,183		
<b>Modelo 3</b>					
Envolvimento com o trabalho	0,252	0,072	0,360**	0,119**	
<b>Modelo 4</b>					
Envolvimento com o trabalho	0,198	0,079	-0,282*	0,135**	0,016
Capital Psicológico	0,297	0,187	-0,180		
<b>Modelo 5</b>					
Comprometimento organizacional afetivo	0,725	0,119	0,557**	0,302**	
<b>Modelo 6</b>					
Comprometimento organizacional afetivo	0,719	0,141	0,553**	0,294**	-0,008
Capital psicológico	0,014	0,179	-0,008		

\*\*p<0,01; p<0,05

O primeiro modelo calculado para intenção de rotatividade teve satisfação no trabalho como preditor único explicando 9,7% da variância do critério. No segundo modelo de regressão, ao ser

acrescentado capital psicológico como variável moderadora, a força do impacto aumentou, sendo alterada para 13,38% a explicação da variância do planejamento do professor de sair da universidade, com aumento de explicação da ordem de 3,6%.

No terceiro modelo para envolvimento no trabalho o poder de explicação foi de 11,9% na intenção de rotatividade, ou seja, explica mais que a dimensão satisfação no trabalho. No quarto modelo acrescentou-se capital psicológico a envolvimento no trabalho e obteve-se 13,5% de capacidade de explicação com incremento de 1,6% na explicação.

No quinto modelo comprometimento organizacional afetivo apresentou o maior dos resultados explicando 30,2% na intenção de rotatividade. E, finalizando, no sexto e último modelo de regressão para comprometimento organizacional afetivo com a inclusão do capital psicológico teve-se 29,4% de poder de explicação. Neste caso trata-se da única dimensão de bem-estar no trabalho que teve seu impacto reduzido por capital psicológico, embora por um percentual pequeno de 0,8%.

Enfim, os resultados deste trabalho evidenciaram o impacto de bem-estar no trabalho sobre intenção de rotatividade, moderado por capital psicológico.

## DISCUSSÃO

Tais resultados permitem concluir que os aspectos psicológicos saudáveis dos professores como bem-estar no trabalho e capital psicológico agem de maneira integrada para definir os planos dos professores de saída da universidade onde atuam, ou seja, intenção de rotatividade é um indicador eficaz para se julgar um docente no ensino superior, no seu pensamento, planejamento e vontade de deixar a universidade que trabalha. Assim, entendê-la e controlá-la é crucial para manter talentos, preocupação que incomoda os profissionais de gestão de pessoas.

Os resultados evidenciaram que docentes com alto nível de capital psicológico agem sob menos influência do seu compromisso afetivo com a organização quando fazem planos de sair da universidade empregadora reconhecendo que o estado positivo e saudável representado por bem-estar no trabalho poderia ter seu impacto sobre intenção de rotatividade moderado levemente por capital psicológico.

Observou-se que quanto mais o professor se compromete com a escola menos ele pensa em sair dela. Assim, o bom preditor de intenção de rotatividade é o comprometimento organizacional afetivo por ter a maior força de predição. Portanto, se a universidade quiser manter seus docentes sem planos de sair deverá agir para que eles estejam comprometidos afetivamente com ela.

Surge na literatura internacional o conceito de capital psicológico como uma relevante perspectiva à pesquisa de temas em gestão empresarial de pessoas. Suas características e estrutura abrangentes podem contribuir no desenvolvimento e treinamento dos recursos humanos nas organizações, que por

sua vez podem reverter em um recurso a ser usado na acirrada competitividade do mercado educacional.

Este trabalho teve como objetivo maior contribuir à área de pesquisa do campo do comportamento organizacional, ampliando os conhecimentos sobre o fenômeno que vem incomodando a gestão de pessoas: a intenção de rotatividade. E, por fim, pesquisas futuras na investigação do papel moderador do conceito de capital psicológico nas relações entre constructos do campo do comportamento organizacional podem sugerir a criação de uma nova linha de pesquisa no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- Gondim, S. M. G., & Siqueira, M. M. M. (2004). Emoções e afetos no trabalho. In: Zanelli, J., Borges-Andrade, J., Bastos, A.V.B. (Orgs.). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. São Paulo: Artmed, 207-236.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010). Retirado em Novembro 12, 2011. Dados do CENSO 2010, Website,  
[http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados\\_divulgados/index.php?uf=35](http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php?uf=35) .
- Lodahl, T.M., & Kejner, M. (1965). The definition and measurement of job involvement. *Journal of Applied Psychology*, 49, 23-33.
- Luthans, Fred, Luthans, Kyle W., & Luthans, Brett C. (2004) - Positive psychological capital: Beyond human and social capital. *Business Horizons* 47/1, 45-50.
- Luthans, Fred, Youssef, C, & Avolio, B. (2007). *Psychological Capital. Developing the Human Competitive Edge*. New York: Oxford University Press.
- Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R. M. (1982). *Employee-organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York: Academic Press.
- Martins, M. C. F., Lima, L. G., Agapito, P. R., Souza, W. S, & Siqueira, M. M. M. (2011). Escala de Capital Psicológico: adaptação brasileira da ECP-12. II Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde e I Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde. Anais. São Bernardo do Campo - SP.
- Siqueira, M. M. M. (1995). Antecedentes de comportamentos de cidadania organizacional: análise de um modelo pós-cognitivo. Tese de doutorado não publicada, Universidade de Brasília, Brasília.
- Siqueira, M.M.M., Gomide Jr, S., Moura, O. I., & Marques, T. M. (1997). Um modelo pós--cognitivo para intenção de rotatividade: antecedentes afetivos e cognitivos [Resumo], XXVI Congresso Interamericano de Psicologia. São Paulo.

Siqueira, M. M. M. et al. (2008) – Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão. Álvaro Tamoyo et al. - Porto Alegre: Artmed.

Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008) - Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, Vol. 24 n. 2, 201-209.

Vandenberg, R.J., & Nelson, J. Barnes (1999). Desegregating the motives underlying turnover intentions: when do intentions predict turnover behavior? *Human Relations*.



## PROMOÇÃO DA SAÚDE AUDIOLÓGICA NOS TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DA MARINHA GRANDE

MARIA GODINHO (\*); ANA OLIVEIRA (\*\*); ANA AMARAL (\*\*\*) E MARGARIDA SERRANO (\*\*\*)

A proteção da saúde e a prevenção da doença constitui um direito consagrado na Constituição da República Portuguesa, a qual também preceitua, nos artigos 59º e 64º, o direito à prestação do trabalho em condições de higiene e segurança (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006). A legislação portuguesa defende a inclusão da Promoção e Educação para a Saúde, como área de formação global do indivíduo (Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, 2002). A exposição ao ruído pode causar perturbações irreversíveis na audição. Uma das consequências auditivas mais graves é a perda auditiva permanente, decorrente de um processo de exposição a níveis de ruído e tempos de exposição que ultrapassam os limites a que o próprio organismo humano é capaz de resistir (Brito, 1999; Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006). A surdez que resulta da exposição contínua ao ruído, é das doenças profissionais mais conhecidas e representa, na nossa atualidade, cerca de 1/3 da totalidade das doenças profissionais (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006). Cientes de que existe ainda muito trabalho de consciencialização para o uso de proteção auditiva nas atividades laborais, que envolvem risco para os trabalhadores, é nosso propósito implementar a aceitação de um conjunto de valores que permitam a aquisição de competências que sustentem os atos do dia-a-dia, promovendo assim a responsabilidade de cada um pela sua própria saúde auditiva.

### **Perda Auditiva e Exposição ao Ruído**

A perda auditiva é uma das doenças ocupacionais mais comuns nos países industrializados (Bramatti, Morata, & Marques, 2008). É estimado, pelo Instituto Americano para a Segurança e a Saúde no Trabalho, que mais de 30 milhões de trabalhadores (quase 1 em cada 10), estão expostos ao ruído no local de trabalho. Na população europeia, cerca de 20% (aproximadamente 80 milhões de pessoas) está exposta a níveis de pressão sonora inaceitáveis, gerando distúrbios no sono, irritações e outros efeitos adversos na saúde (Correia, 2007).

---

(\*) Centro Hospitalar Leiria-Pombal; (\*\*) GAES Centros Auditivos; (\*\*\*) Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra – IPC.

Em Portugal, a exposição ao ruído ocupacional é, também, uma das principais causas de doenças profissionais. Estimou-se, que no 2º trimestre de 2001, cerca 783.000 trabalhadores estiveram expostos a níveis de pressão sonora superiores a 85dB(A) (Decibel A - com ponderação do filtro A), o que representou aproximadamente 15,7% da população ativa total (Correia, 2007).

A perda auditiva ocupacional é consequência da exposição ao ruído e é considerada um fator de stress no ambiente laboral, podendo este, desencadear efeitos nocivos na saúde do trabalhador. Destacamos o nervosismo, a irritabilidade, as cefaleias, as insónias, as alterações circulatórias e gastrointestinais (Ministério da Saúde, 2006; Zhang, 2010). A exposição ao ruído tem como consequência prejudicar a capacidade de comunicar, levando ao isolamento familiar e social. Reduz igualmente a capacidade de detetar sinais de advertência no trabalho, aumentando assim o risco de acidentes (Bramatti, Morata, & Marques, 2008; Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006; Zhang, 2010).

### **Promoção da Saúde em Audiologia**

A carta de Ottawa define promoção da saúde como sendo o “ (...) processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo”. Esta definição destaca a importância do protagonismo das pessoas e a necessidade de lhes ser inculcada a responsabilidade de desenvolverem aptidões, bem como, o poder de atuar em benefício da sua própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas (Buss, 2000).

Através da investigação sobre comportamentos de saúde, sabe-se hoje, que a maioria dos fatores de risco associado às doenças crónicas e agudas são de natureza comportamental. Estas podem ser influenciadas por posturas, disposições, costumes, valores, sentimentos, crenças, convicções, inúmeras influências externas, modas e correntes que descrevem e definem os estilos de vida de cada pessoa, o que é em grande parte responsável pelo bem-estar biopsicossocial. Assim, os conceitos de promoção da saúde surgem aliados a este fator, de modo a reduzir comportamentos inadequados através de intervenções delineadas para o efeito (Dias, Duque, Silva, & Durá, 2004). O incremento da consciencialização por meio de uma boa política de programas de promoção de saúde, de ações informativas e de rastreios, resulta tanto em benefícios diretos para as empresas como para os trabalhadores, existindo um benefício global. O trabalhador vê a sua qualidade de vida melhorada e a empresa por cumprir com a legislação e por concorrer para uma melhoria da segurança e higiene industrial, sai também beneficiada.

O modelo de Nola Pender serviu de base para a elaboração deste projeto, pelo facto do mesmo ter indicações para implementar e avaliar ações de promoção de saúde. Aborda as características e experiências individuais (comportamentos anteriores a serem mudados e fatores pessoais), os sentimentos e conhecimentos acerca dos comportamentos que se querem alcançar (benefícios da ação,

autoconfiança, barreiras que condicionam a ação/comportamento) e o resultado do comportamento (usando como metodologia ações que possibilitem ao indivíduo manter o comportamento de promoção da saúde esperado) (Cole, 2011; Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

Atendendo à problemática do ruído laboral e das consequências da perda auditiva que a ele se associa, cremos ser esta a melhor plataforma de atuação na implementação de um projeto de Promoção da Saúde Audiológica na Indústria. Este projeto permite-nos perceber a realidade do trabalhador, obter conhecimento das suas crenças e hábitos de trabalho, fornecer-lhe informação concisa e esclarecedora das consequências da exposição ao ruído sem uso de proteção auditiva, permitindo a cada um dos indivíduos, a tomada de consciência dos riscos e levando-os a adotar, por sua iniciativa, atitudes e comportamentos mais responsáveis na conservação da sua audição (Cole, 2011; Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

A revisão da literatura aponta alguns estudos que salientam a importância da elaboração de programas de promoção da saúde em Audiologia. Costa, Gama, e Santo (2009) procuraram analisar a eficácia do uso de proteções auditivas num Programa de Prevenção de Perda Auditiva, tendo concluído que o uso continuado e responsável de equipamentos de proteção auditiva individual, permite a prevenção da perda auditiva.

Kim, Jeang, e Hong (2010) realizaram um estudo, seguindo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, onde concluíram que este tipo de abordagem permitia a percepção dos benefícios e das consequências de não usar as proteções auditivas, permitindo que os trabalhadores tomassem consciência dos riscos e adotassem individualmente, ou em grupo, comportamentos mais saudáveis.

Queiroz, Silva, Souza, e Simão (2006) concluíram que com a implementação de um Programa de Conservação Auditiva, os custos da empresa reduziam e os níveis de satisfação dos trabalhadores tendiam a melhorar, implicando uma melhoria da imagem geral da empresa. Afirmam, também, que a produtividade tem tendência a crescer em consequência da diminuição do absentismo laboral.

### **Projeto de Promoção da Saúde Audiológica na Indústria da Marinha Grande**

*Justificação do tema:* A população da Marinha Grande desenvolve a grande maioria da sua atividade na área da indústria vidreira, cristaleira, plásticos e moldes, abrangendo famílias inteiras por várias gerações, com consequências para a saúde audiológica e com efeitos negativos na qualidade de vida dos trabalhadores.

*População-alvo:* Antes de alargar o projeto a toda a indústria da cidade da Marinha Grande, proceder-se-á à seleção de uma empresa, representativa desta população, a fim de avaliar a eficácia e eficiência do projeto, por um período de um ano, sem condicionantes em relação ao género. Comprovada a eficácia e eficiência do projeto, este será alargado a toda a indústria da Marinha Grande.

*Objetivos:* 1 - Consciencializar os trabalhadores de que a saúde é um bem precioso que todos desejam e devem promover; 2 - Sensibilizar os trabalhadores e entidades responsáveis para a necessidade da utilização efetiva e continuada das proteções auditivas durante o horário de trabalho; 3 - Perceber o porquê da resistência no uso da proteção auditiva, caso esta se verifique; 4 - Constatar se existem mudanças de comportamentos, ou seja, a utilização efetiva da proteção auditiva; 5 - Confirmar se este tipo de ações é mais eficaz na indução e aquisição de novos comportamentos promotores da saúde auditiva, comparativamente a uma metodologia passiva, baseada unicamente na disponibilização da informação, sem existir uma participação ativa; 6 - Verificar se existe desenvolvimento de competências pessoais e sociais de conhecimentos sobre a saúde auditiva.

*Procedimentos prévios:* O primeiro passo visa a preparação do material de formação (*Flyer, DVD* demonstrativo das dificuldades auditivas impostas pela exposição ao ruído, *Power Point* com conceitos básicos), a elaboração do questionário de avaliação de conhecimentos e a preparação dos requisitos formais necessários à concretização do Projeto, respeitando os requisitos legais e éticos exigidos (carta de autorização da empresa, carta de consentimento informado do trabalhador, convite para testemunhos presenciais de antigos trabalhadores com perda auditiva e usuários de próteses auditivas).

O segundo passo, consistirá no contacto com instituições fundamentais para a concretização do Projeto, por exemplo, a CIP – Confederação Empresarial de Portugal e o Centro Nacional de Proteção contra os Riscos Profissionais (CNPRP), às quais será proposto que ofereçam uma bonificação fiscal à empresa que aceite participar e que promova comportamentos de saúde, tendo como intuito abranger no futuro outras empresas.

O terceiro passo consiste na seleção da população alvo. Será escolhida uma empresa, representativa da indústria vidreira, a fim de avaliar a eficácia e eficiência do Projeto, com o intuito de, posteriormente ser alargado a toda a indústria da Marinha Grande. As empresas participantes disponibilizarão os recursos materiais e humanos necessários para as atividades propostas, bem como o acesso às medições regulares de ruído, ao histórico auditivo dos trabalhadores e ainda, que divulguem e facilitem a participação dos trabalhadores no Projeto.

O quarto passo consistirá na reserva do espaço “Lagoinha Parque”, para o terceiro sábado a seguir ao início do Projeto.

*Descrição das atividades a desenvolver:*

Atividade 1 - Durante a primeira semana do Projeto, serão recolhidos os dados audiométricos da medicina do trabalho, as medições de ruído e será entregue e recolhido o questionário de avaliação de conhecimentos (versão A), durante o horário laboral. Será igualmente indigitado um responsável por cada pavilhão da empresa para controlar o uso das proteções auditivas em todos os trabalhadores e

que, mensalmente, enviará um *e-mail* sobre utilização efetiva das mesmas, as responsáveis pelo Projeto.

Atividade 2 - Na segunda semana serão realizadas o número de ações de formação necessárias durante o período da manhã, de modo a garantir a continuidade do trabalho na empresa. Os trabalhadores serão divididos em grupos, tendo em conta os pavilhões onde desenvolvem as suas atividades e os diferentes níveis de exposição ao ruído.

Atividade 3 - Realização de atividades de *team-building* no terceiro sábado do início do Projeto, no “Lagoinha Parque”, que incluirão a simulação de perda auditiva através da utilização de tampões de silicone e abafadores. Todas as atividades realizadas (formação, almoço convívio, espetáculo com humorista, atividades livres como snooker, matraquilhos,...) serão desenvolvidas com estas limitações auditivas para que se desenvolva a consciencialização dos riscos e das consequências da mesma.

#### Atividade 4 - Avaliação do projeto

1 - Duas semanas após a realização das atividades de *team-building*, será passado o questionário de avaliação de conhecimentos (versão B), em horário laboral; 2 - Será mantido contacto mensal com os responsáveis de cada pavilhão, via *e-mail*, a fim de existir informação sobre o uso da proteção; 3 - Um mês depois da distribuição do questionário de avaliação, haverá nova deslocação das investigadoras à empresa, sem que os trabalhadores tenham esse conhecimento, onde se fará a avaliação da efetividade do uso da proteção auditiva individual e onde se trocarão impressões com os responsáveis de cada pavilhão; 4 - Passados 6 meses do início do projeto, será novamente aplicado o questionário de avaliação de conhecimentos (versão B) e verificar-se-á pessoalmente a continuidade do uso das proteções auditivas; 5 - Caso não se verifiquem mudanças de comportamento, serão avaliados os motivos e tentar-se-á uma abordagem mais centrada no indivíduo, recorrendo à criação de grupos de autoajuda com testemunhos de antigos trabalhadores expostos ao ruído e com problemas auditivos. Se um dos motivos avaliados for a falta de conforto das mesmas, poder-se-á propor à entidade patronal um acordo com uma empresa de Reabilitação Auditiva, para a fabricação de moldes protetores feitos à medida do trabalhador, que garantam as normas exigidas; 6 - Após um ano de implementação do Projeto serão avaliados novamente os dados audiométricos da medicina do trabalho, bem como a ficha individual de saúde de cada trabalhador, a fim de se verificar se existiu uma diminuição de queixas de dor de cabeça, cansaço físico, irritabilidade, stress (físico e psicológico), e absentismo. Avaliar-se-á, igualmente, se os registos das incidências de erros na produção diminuíram e far-se-á a apresentação de um relatório final à entidade patronal, à CIF e CNPRP.

#### *Resultados esperados*

Espera-se que os trabalhadores tomem consciência dos riscos e das consequências da exposição ao ruído; que usem de forma continuada as proteções auditivas; que ocorra uma diminuição da

sintomatologia associada ao ruído (irritabilidade, dores de cabeça, acúfenos, entre outros) e de casos de doenças profissionais relacionadas com exposição ao ruído; que diminua o absentismo que coloque em causa a produtividade da empresa e que ocorra uma redução de distrações e erros, com consequente aumento da produtividade.

## CONCLUSÃO

Sendo a exposição ao ruído ocupacional uma das principais causas de doenças profissionais, pretende-se com este projeto contribuir para a promoção da saúde auditiva dos trabalhadores expostos ao ruído, facultando-lhes informação, treino na colocação de protetores auditivos, esclarecimento de dúvidas, proporcionando-lhes a possibilidade de experienciarem as dificuldades sentidas por indivíduos portadores de perda auditiva, através da simulação desta patologia, desenvolvendo-se a consciencialização dos riscos e das consequências da mesma, incrementando hábitos de proteção individual que se traduz em benefícios para os mesmos, para a entidade patronal e para a sociedade em geral.

## REFERÊNCIAS

- Bramatti, L., Morata, T. C., & Marques, J. M. (Julho - Setembro de 2008). *Ações Educativas com Enfoque Positivo em Programa de Conservação Auditiva e sua Avaliação*. Obtido em 12 de julho de 2011, de Scielo Brazil: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462008000300015>.
- Brito, V. (1999). *Incidência de Perda Auditiva induzida por Ruído de Trabalhadores de uma Fábrica*. Obtido em julho de 2011, de CEFAC: <http://www.cefac.br/library/teses/a2eff1432f7ff2a4ed0cc9f34fc1e5d6.pdf>
- Buss, P. M. (2000). *Promoção da Saúde e Qualidade de Vida*, 5.(1), 163-177
- Cole, J. (16 de Junho de 2011). *Nola Pender and the Health Promotion Model*. Obtido em 3 de setembro de 2011, de [http://www.google.com/#pq=nola+pender+and+the+health+promotion+model&hl=en&sugexp=gsis%2Ci18n%3Dtrue&cp=17&gs\\_id=1r&xhr=t&q=nola+pender+cole&pf=p&sclient=psy-ab&source=hp&pbx=1&oq=nola+pende](http://www.google.com/#pq=nola+pender+and+the+health+promotion+model&hl=en&sugexp=gsis%2Ci18n%3Dtrue&cp=17&gs_id=1r&xhr=t&q=nola+pender+cole&pf=p&sclient=psy-ab&source=hp&pbx=1&oq=nola+pende).
- Correia, N. G. (2007). *Identificação de Factores Genéticos subjacentes à Susceptibilidade à Surdez induzida pelo Ruído*. Obtido em 13 de julho de 2011, de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1357/1/19955\\_ulfc080526\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1357/1/19955_ulfc080526_tm.pdf).

- Costa, C., Gama, W., & Santos, T. (16 de Agosto de 2009). *Efficacy of the Auditory Protection for insertion into a Program of Hearing losses Prevention*. Obtido em 5 de setembro de 2011, de <http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/pdfForl/13-03-08-eng.pdf>.
- Dias, M. d., Duque, A. F., Silva, M. G., & Durá, E. (2004). *Promoção da Saúde: O Renascimento de uma Ideologia?* (A. Psicológica, Ed.) Obtido em 15 de julho de 2011, de ScieloBrazil: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a04.pdf>.
- Kim, Y., Jeang, I., & Hong, O. (2 de Março de 2010). *Predictors of Hearing Protection Behavior among Power Plant Workers*. Obtido em 2 de setembro de 2011, de [http://www.kan.or.kr/new/kor/sub3/filedata\\_anr/201001/10.pdf](http://www.kan.or.kr/new/kor/sub3/filedata_anr/201001/10.pdf).
- Lei de Bases da Saúde (2002), Lei n. 48/90, de 24 de agosto de 1990, com alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro de 2002.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (6 de setembro de 2006). *Decreto Lei nº 186/2006*.
- Ministério da Saúde (2006). *Perda Auditiva induzida pelo Ruído (PAIR)*. Obtido em julho de 2011, de Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_perda\\_auditiva.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_perda_auditiva.pdf).
- Queiroz, M., Silva, C., Souza, R., & Simão, E. (2006). Obtido em 18 de junho de 2011, de [http://www.aedb.br/seget/artigos07/1264\\_IMPACTO%20DO%20PCA.pdf](http://www.aedb.br/seget/artigos07/1264_IMPACTO%20DO%20PCA.pdf).
- Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (15 de Fevereiro de 2005). *Análise do Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender*. Obtido em 4 de setembro de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>.
- Zhang, Z. (Setembro de 2010). *Guideline for Diagnosing Occupational*. Obtido em junho de 2011, de [http://www.acc.co.nz/PRD\\_EXT\\_CSMP/groups/external\\_communications/documents/reference\\_tools/wpc091006.pdf](http://www.acc.co.nz/PRD_EXT_CSMP/groups/external_communications/documents/reference_tools/wpc091006.pdf).

## **VOLUNTARIADO HOSPITALAR EM CONTEXTO ONCOLÓGICO**

*ELIANA GONÇALVES (\*)*; *SARA MONTEIRO (\*\*)* E *ANABELA PEREIRA (\*\*)*

O voluntariado é definido na lei portuguesa como “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”. Este enquadramento jurídico surge pela primeira vez em Portugal através do Art. 2.º da Lei n.º 71/98, de 3 de Novembro. Posteriormente, em 1999, é criado o Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado (CNPV), com competências para desenvolver as acções indispensáveis à promoção, coordenação e qualificação do voluntariado em Portugal (Decreto-Lei nº 389/99, de 30 Setembro). No entanto, é apenas em 2001, por ocasião do Ano Internacional do Voluntariado designado pela Organização das Nações Unidas, que se dá o auge da divulgação e veiculação do voluntariado, em contexto nacional e internacional. Desde então, praticamente nenhuma medida de promoção do voluntariado foram accionadas, assim como poucos são os estudos de caracterização da população voluntária em Portugal que sejam do nosso conhecimento.

Os principais dados disponíveis referentes à caracterização do voluntariado em contexto nacional remontam a um projecto de investigação realizado ao longo de 2001, por Delicado, Almeida e Ferrão (2002) e a um levantamento realizado pela ENTRAJUDA, em 2010, em parceria com os Bancos Alimentares e a Universidade Católica Portuguesa. Os dados do primeiro estudo sugerem que mais de 60% dos voluntários das IPSS são casados, a maioria pertencente ao sexo feminino e com uma escolaridade superior à da população nacional (Delicado, Almeida, & Ferrão, 2002). No que concerne aos dados segundo estudo, verifica-se que os voluntários que colaboram com instituições de solidariedade social têm na sua maioria mais de 56 anos, são reformados e uma grande percentagem terminou o liceu ou um curso superior. Estas características sócio-demográficas - maior número de mulheres voluntárias, maioria casadas e com uma escolaridade média elevada - são retratadas também em estudos internacionais como os de Gaskin e David (1995), Sales (2008), eZweigenhaft, Armstrong e Quintis (1996).

---

(\*) Liga Portuguesa Contra o Cancro; (\*\*) Universidade de Aveiro.



A investigação acerca do voluntariado, a compreensão das motivações para o voluntariado, objectivando a cativação e manutenção do trabalho voluntário, tem sido alvo de grande atenção (Clary & Snyder 1991; Clary, Snyder & Ridge 1992; Clary, Snyder, Ridge, et al., 1998). Clary e Snyder (1991) desenvolveram a teoria funcional do voluntariado, segundo a qual diferentes motivações pessoais e sociais podem promover o voluntariado. Neste contexto, os autores dividiram as motivações de acordo com as funções seguintes: função de valores, função de experiência, função de auto-estima/crescimento, função de carreira, função social e função protectora. As funções referidas são descritas da seguinte forma: (1) função de valores: a pessoa é voluntária para expressar valores importantes para si, como o humanismo e o altruísmo, procurando desta forma ajudar os mais necessitados; (2) função de experiência: o voluntário procura saber mais sobre o mundo e/ou exercer as suas competências que são frequentemente utilizadas. O trabalho voluntário permite novas aprendizagens, conhecimentos, competências e habilidades que, de outro modo não teria oportunidade de praticar; (3) função de auto-estima/crescimento: o indivíduo pretende crescer e desenvolver-se psicologicamente através da participação no voluntariado, procurando o crescimento e/ou a satisfação pessoal; (4) função de carreira: o indivíduo tem como objectivo adquirir capacidades e experiências relacionadas com a sua carreira profissional. O trabalho voluntário serve como preparação para uma nova carreira ou para manutenção das competências relevantes; (5) função social: o voluntariado permite que a pessoa fortaleça as suas relações sociais, através da oportunidade de conviver com outras pessoas, fazer amigos e ao mesmo tempo estar envolvido numa actividade vista como importante pelos outros, podendo oferecer um certo reconhecimento na sociedade; e (6) função protectora: o indivíduo utiliza o voluntariado para resolver problemas pessoais ou para reduzir sentimentos negativos (por exemplo, reduzir a culpa por ter mais sorte do que os outros).

Em oncologia o voluntariado assume dimensões relevantes pois constitui o principal instrumento da acção humanitária e centra-se nas necessidades do doente e da família, estando na maioria das vezes integrado nas actividades das equipas dos cuidados de saúde (Moura e Bacalhau, 2002). O objectivo geral dos voluntários que trabalham com doentes oncológicos é promover o bem-estar e melhorar a qualidade de vida do doente e da sua família, prestando-lhe essencialmente apoio emocional. No entanto, promovem uma série de serviços, desde o lidar com aspectos de ordem mais prática até ao suporte social (Moura & Bacalhau, 2002), assumindo-se por vezes como a única fonte de suporte social para doentes que vivem sozinhos e com dificuldades financeiras (Souza et al., 2003).

Face ao anteriormente referido é de todo oportuno reflectir acerca deste gesto, tentando perceber qual o perfil da pessoa voluntária, particularmente em contexto oncológico. Assim, os objectivos do presente trabalho são os seguintes: (1) caracterização sócio-demográfica e de variáveis específicas da prática de voluntariado de uma amostra de voluntários hospitalares em contexto oncológico, (2) caracterização das funções motivacionais de uma amostra de voluntários hospitalares em contexto

oncológico e (3) e adaptação psicológica, avaliada através de indicadores de bem-estar psicológico e qualidade de vida, de uma amostra de voluntários hospitalares em contexto oncológico.

## MÉTODO

### *Participantes*

Os participantes do nosso estudo são os voluntários da LPCC-NRC que realizam o seu trabalho de voluntariado no IPO.

A amostra é constituída por um total de 53 voluntários hospitalares da LPCC-NRC, 42 mulheres (79.2%) e 11 homens (20.8%), com idades compreendidas entre os 19 e 86 anos ( $M=61.72$ ;  $DP=16.70$ ). Em relação ao estado civil, 52.8% são casados/vivem em união de facto, 30.2% viúvos, 13.2% solteiros e 3.8% divorciados. Em termos de escolaridade, 26.4% dos voluntários inquiridos têm o ensino secundário, 24.5% o primeiro ciclo, 20.8% o terceiro ciclo, 18.9% o ensino superior e 9.4% o segundo ciclo. A maioria dos voluntários são reformados (67.9%), 20.8% estão profissionalmente activos, 7.5% estão desempregados e 3.8% encontra-se noutra situação profissional.

### *Material*

A bateria de avaliação psicológica foi constituída por três instrumentos. O questionário de caracterização do voluntariado da LPCC-NRC foi elaborado com vista à recolha de características sócio-demográficas e informação relativa à situação enquanto voluntários na referida instituição.

O Inventário de Motivações para o Voluntariado (IMV; Gonçalves, Monteiro, & Pereira, 2011) é a versão portuguesa do Volunteer Functions Inventory (VFI; Clary et al., 1998), instrumento que ainda se encontra a ser aferido para a população portuguesa. Este instrumento de avaliação é um inventário constituído por um total de 30 itens, com seis sub-escalas, nomeadamente: função valores, função de experiência, função de autoestima/ crescimento, função de carreira, função social, e, por último, a função protectora.

Para avaliar o bem-estar psicológico optámos pela Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP; Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006), versão portuguesa da Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique (EMMBEP; Massé et al., 1998). Trata-se de uma escala que avalia o bem-estar psicológico em termos de seis sub-escalas e um índice global de bem-estar. As sub-escalas são as seguintes: auto-estima, equilíbrio, envolvimento social, sociabilidade, controlo de si e dos acontecimentos e felicidade.

Para recolher dados relativos à qualidade de vida dos voluntários recorreu-se à versão portuguesa do instrumento abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-BREF (Vaz Serra et al., 2006). Trata-se de um instrumento com duas questões gerais de

QdV e as restantes correspondem a uma faceta específica. Estas facetas organizam-se em quatro domínios de QdV, nomeadamente, físico, psicológico, relações sociais e ambiente.

### *Procedimentos*

Os voluntários receberam uma carta que continha o questionário de caracterização do voluntariado da LPCC-NRC, o IMV, a EMMBEP e o WHOQOL-BREF, bem como uma explicação deste projecto de investigação. Cada voluntário foi informado dos objectivos da investigação, afirmando a sua vontade em participar na investigação.

## RESULTADOS

Começamos por apresentar a caracterização da amostra relativamente a características específicas dos voluntários hospitalares da LPCC-NRC. O mínimo de horas de voluntariado realizado é 8 horas mensais e o máximo 80 horas mensais, numa média de 24,37 horas mensais. 22 destes voluntários são também voluntários noutra instituição (41.5%) e 22 voluntários têm alguém na sua família ou círculo de amigos que fazem voluntariado (41.5%). 5 voluntários já receberam o diagnóstico de uma doença oncológica (9.4%). Em termos do ano de admissão ao voluntariado, este varia entre 1988 e 2011, apresentando o último ano a maior percentagem de admissões alguma vez registada (24.5%). Relativamente à satisfação com o voluntariado que praticam na LPCC-NRC, 32.1% referem estar completamente satisfeitos, 56.3% muito satisfeitos e 11.3% razoavelmente satisfeitos. No que concerne à possibilidade do voluntariado causar alguma mudança/consequência no modo de estar/encarar a vida, 98.1% voluntários afirmam que sim e 1.9% que não. Quanto aos aspectos de mudança, os mais referidos foram: *“sinto-me uma pessoa mais feliz por ajudar os outros”* com 86.8%; *“tenho noção do que é verdadeiramente importante na vida”* com 67.9%; *“fiquei mais sensível para esta causa”* com 58.5%; *“passei a dar mais valor à vida, à saúde e à família”* com 56.6% e *“conheci novas pessoas”* 54.7%.

Com o objectivo de caracterizar a nossa amostra em relação às funções motivacionais, comparámos os valores por nós obtidos com os valores obtidos na amostra utilizada na validação do VFI (Clary et al., 1998). Constatámos que, na nossa amostra, a função valores é a mais valorizada pelos voluntários, seguida da função experiência, função crescimento/auto-estima, função social, função protectora e por último, a função de carreira. Em comparação com a amostra de validação do VFI, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível das funções carreira, experiência e crescimento/auto-estima, sendo que a nossa amostra apresenta valores mais elevados nas funções experiência e crescimento/auto-estima e valores inferiores na função carreira (cf. Quadro 1).

Seguidamente, com o objectivo de caracterizar a nossa amostra em relação ao bem-estar psicológico, comparámos os valores por nós obtidos com os valores obtidos na amostra utilizada na

adaptação da EMMBEP (Monteiro et al., 2006). Verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas somente ao nível da sub-escala equilíbrio ( $t=6,12$ ,  $p\leq 0,007$ ), sendo a nossa amostra a apresentar os valores mais elevados. Destaca-se que, apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas, a nossa amostra é a que demonstra níveis de bem-estar psicológico mais elevados (com excepção da sub-escala envolvimento).

#### Quadro 1

*Diferenças entre a amostra de voluntários hospitalares da LPCC-NRC e a amostra utilizada na validação do VFI*

	<b>Amostra hospitalares</b>	<b>voluntários</b>	<b>Amostra VFI</b>	
	<b>M (DP)</b>		<b>M (DP)</b>	<b>Test-t para amostras independentes</b>
<b>Motivações para o voluntariado</b>				
Função Carreira	1.42 (0.77)		2.74 (1.64)	-12.29***
Função Social	3.06 (1.36)		2.59 (1.30)	2.35
Função Valores	5.53 (1.03)		5.82 (1.00)	-1.94
Função de experiência	5.46 (1.00)		4.91 (1.32)	3.57***
Função de crescimento/auto-estima	4.88 (1.24)		4.27 (1.43)	3.49***
Função de protecção	2.98 (1.42)		2.61 (1.37)	1.83

\*\*\*  
 $p\leq 0,008$

Finalmente, no sentido de caracterizarmos a presente amostra em relação à QdV, comparámos os valores desta com os valores da amostra de validação do WHOLQOL-BREF. Os resultados verificados demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras, excepto no domínio ambiente ( $t=2,91$ ,  $p\leq 0,01$ ), sendo a nossa amostra a apresentar os valores mais elevados. Destaca-se ainda que, embora sem relevância estatística, os valores de QdV da nossa amostra são superiores aos da amostra de adaptação do WHOQOL-BREF (excepto no domínio físico).

## DISCUSSÃO

A participação voluntária tem sido associada a características demográficas como a idade, sexo, nível de educação e situação profissional e financeira, nomeadamente ao sexo feminino, escolaridade superior à média e reformados (ENTRAJUDA, 2011; Delicado et al., 2002; Gaskin & Davida, 1995; Langridge & Ryan, 2002; Sales, 2008; Zweigenhaft, et al., 1996). A nossa amostra é constituída por voluntários hospitalares da LPCC-NRC, maioritariamente mulheres, com idade média de 62 anos, a maioria casados, com o ensino secundário, reformados e residentes em Coimbra. Desta forma, os nossos dados coincidentes com os de estudos anteriormente realizados.

No que respeita às motivações para o voluntariado a função valores é a que mais motiva os voluntários da LPCC-NRC e a função carreira é a que apresenta a menor pontuação. O nosso estudo está assim de acordo com os resultados anteriormente descritos (Omoto & Snyder 1995, Clary et al.,

1998, Souza et al, 2003, Sales, 2008). O facto de ser a função carreira a que menos motiva os voluntários pode dever-se à média de idades dos voluntários da nossa amostra (62 anos) e ao facto de a maioria ser reformado (67.9%) para quem a função carreira já não fará tanto sentido.

Ao nível do bem-estar psicológico e da QdV os nossos resultados parecem indicar que a nossa amostra apresenta valores mais elevados do que os da população de validação dos referidos instrumentos. No geral, em todas as sub-escalas de cada instrumento os valores apresentaram-se superiores, o que pode ser indicativo do efeito do voluntariado no bem-estar e na QdV de vida dos sujeitos voluntários, nomeadamente mais saúde, mais felicidade e melhor percepção de satisfação com a vida (Borgonovi, 2008).

Que seja do nosso conhecimento, em Portugal nenhum estudo onde se analisasse as motivações dos voluntários, bem-estar psicológico e QdV foi ainda realizado. Os resultados permitem-nos traçar um perfil geral do voluntário, em congruência com as características dos estudos internacionais mais recentes, as suas principais motivações, e que apresentam um nível geral de bem-estar psicológico e de QdV superior às amostras de validação destes instrumentos.

## REFERÊNCIAS

- Borgonovi, F. (2008). Doing well by doing good. The relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. *Social Science & Medicine*, 66 (11), 2321-2334.
- Clary, E., & Snyder, M. (1991). A functional analysis of altruism and prosocial behavior: The case of volunteerism. *Review of Personality and Social Psychology*, 12, 119-148.
- Clary, E., Snyder, M., & Ridge, R. (1992). A functional strategy for the recruitment, placement and retention of volunteers. *Nonprofit Management and Leadership*, 2, 333-350.
- Clary, E., Snyder, M., Ridge, R., Copeland, J., Stukas, A., Haugen, J., et al. (1998). Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1516–1530.
- Delicado, A., Almeida, D., & Ferrão, J. (2002). *Caracterização do Voluntariado em Portugal*. Comunicação apresentada no Seminário: Olhares sobre o voluntariado: análises e perspectivas para uma cidadania activa. Lisboa.
- ENTRAJUDA (2011). *Alguns dados relativos ao voluntariado em Portugal*. Acedido 11 de Junho de 2011. [http://www.entrajuda.pt/pdf/Voluntariado%20em%20Portugal\\_Jan%202011.pdf](http://www.entrajuda.pt/pdf/Voluntariado%20em%20Portugal_Jan%202011.pdf).
- Acedido a Gaskin, K., & Davis, J. (1995). *New Civic Europe: The Extent and Nature of Volunteering in Europe*, Institute for Volunteering Research.

- Gonçalves, E., Monteiro, S., & Pereira, A. (2011). Estudo das características psicométricas do Volunteers Functions Inventory. Manuscrito submetido para publicação.
- Langridge, & Ryan, M. (2002). Motivations to volunteer in selected service organisations. Comunicação apresentada na conferência ANZMAC, Deakin University, Australia
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998).Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique:L'É.M.M.B.E.P. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 89(5), 352-357.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2006). Estudo das características psicométricas da Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar. In I. Leal, J. L. Ribeiro, & S. N. Jesus (Eds.), Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida (pp. 53-58). Lisboa: ISPA Edições.
- Moura, M., & Bacalhau, M. (2002). *Bem-me-quer. Voluntariado em Oncologia*. Edições Teseaurius: Lisboa.
- 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.
- Sales, G. (2008). *Volunteer Functions, Satisfaction, Commitment, and Intention to Leave Government Volunteering*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Lynn, Florida.
- Souza, C., Bacalhau, M., Moura, M., Volpi, J., Marques, S., & Rodrigues, M. (2003). Aspectos da motivação para o trabalho voluntário com doentes oncológicos: um estudo colaborativo entre Brasil e Portugal. *Psicologia, Saúde & Doença*, 4 (2), 267-276.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Perreira, M., Gameiro, S., Quartilho, M, 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 (1), 41-49.
- Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *Journal of Gerontology Social Sciences*, 55(5), 308-318.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Zweigenhaft, R., Armstrong, J. & Quintis, F. (1996). The motivations and effectiveness of hospital volunteers. *The Journal of Social Psychology*, 36(1), 25-34.

## **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE**

*HÉLIMI IWATA (\*)*; *NELSON SILVA FILHO (\*\*)* E *MARIA LAURA NOGUEIRA PIRES (\*\*\*)*

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010), “a *Insuficiência Renal Crônica (IRC)* é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções dos rins. Por ser lenta e progressiva esta perda resulta em processos adaptativos que, até certo ponto, mantêm o paciente sem sintomas da doença”. Até que se tenha perdido cerca de 50% de sua função renal, os pacientes permanecem quase sem sintomas. Na medida em que a insuficiência renal progride e ocorre um acúmulo de substâncias tóxicas no sangue, o indivíduo pode apresentar fadiga, cansaço fácil e comprometimento do estado mental. Quando a função renal se reduz abaixo de 10% de sua atividade normal, torna-se necessário a hemodiálise ou um transplante renal. Segundo o Instituto do Rim do Paraná (2010), a hemodiálise consiste em um procedimento que filtra o sangue e retira substâncias que quando em excesso trazem prejuízos ao corpo, como a uréia, potássio, sódio e água.

De acordo com Schor e Srougi (1998), o quadro clínico de evolução da insuficiência renal é chamado de síndrome urêmica ou uremia. Ela começa a se desenvolver apenas com perdas de mais de 75% da função renal, por isso demonstra uma grande capacidade adaptativa por parte do rim e do organismo como um todo. Ainda segundo esses autores, a síndrome urêmica causa uma série de sintomas, tais como alterações no nível de consciência até coma, distúrbios do sono (sonolência ou insônia), convulsões, demência, cefaléia, náuseas, vômitos, diarreia, prurido, anemia, entre outros.

Segundo Cesarino e Casagrande (1998) a insuficiência renal crônica e o tratamento hemodialítico, provocam uma sucessão de situações para o paciente renal crônico, que compromete o aspecto não só físico, como psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais.

Segundo a Associação de Pacientes Transplantados da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) (2010), as doenças mais comuns que acarretam a insuficiência renal são a glomerulonefrite, o diabetes, a hipertensão arterial e as infecções urinárias repetidas. De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, segundo o Censo realizado em 2009, havia 77.589 pacientes em tratamento dialítico no Brasil enquanto que em 2000 eram 42.695.

---

(\*) Graduanda do Curso de Psicologia, UNESP- Assis; (\*\*) Prof. Dr. Departamento de Psicologia Clínica – UNESP - Assis;  
(\*\*\*) Profª Drª Departamento de Psicologia Experimental – UNESP – Assis.

Para Mendonça (2007) *“a auto-imagem do portador de IRC altera tanto fisicamente, ocorrendo, o emagrecimento e a piora da aparência física, como psicologicamente, aumentando a irritação, o nervosismo”*. Muitas vezes o paciente perde a esperança ou sentido em relação à vida, e se sente desiludido pelas perdas físicas, econômicas, sociais e laborais em relação à doença ou ao tratamento. Estes eventos comprometem a qualidade de vida desses pacientes.

O estudo de Kusumota (2005) observou que os pacientes com insuficiência renal crônica apresentam grande diversidade no tocante à qualidade de vida e evidenciou grande prejuízo na dimensão Condições de Trabalho, pois os pacientes não conseguem estabelecer um vínculo devido ao tempo que gastam nas sessões de hemodiálise e às constantes queixas de cansaço, fraqueza indisposição, mal estar o que impossibilita fazer esforço físico no trabalho.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010) define a qualidade de vida como *“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*.

De acordo com Cordeiro et. al. (2009), a avaliação da qualidade de vida é feita através de instrumentos genéricos e específicos. Estes *“[...] detectam particularidades da qualidade de vida em determinadas situações. Avaliam de maneira individual e específica aspectos como função física, sexual, sono, fadiga entre outros, que são fundamentais para se avaliar algo subjetivo como qualidade de vida”*.

Nos últimos anos ela vem sendo tema de várias abordagens. Por ser um assunto abrangente e atual, os profissionais da área de saúde cada vez mais estão preocupados com a qualidade de vida de seus pacientes.

O objetivo é Avaliar a qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise através dos instrumentos de qualidade de vida World Health Organization Quality of Life-abreviado (WHOQOL-bref) e Kidney Disease and Quality of Life — Short Form (KDQOL-SF).

São Objetivos Específicos: a) Avaliar como o sujeito lida com a doença, com suas consequências e limitações e como isso afeta seu vínculo social, sua saúde mental e sua auto-imagem através dos instrumentos WHOQOL-bref e KDQOL-SF; b) Analisar o impacto da doença renal e da hemodiálise na vida desses pacientes através dos instrumentos WHOQOL-bref e KDQOL-SF.



## MÉTODOS

### *Participantes*

Foram avaliados 54 pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos, escolhidos aleatoriamente. Da Unidade de Nefrologia de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

### *Material*

Um questionário semi-estruturado dividido em duas partes: a primeira com dados sociodemográficos e a segunda com perguntas sobre a doença do paciente. Foi usada também a escala genérica de qualidade de vida WHOQOL-bref e a escala específica KDQOL-SF<sup>TM</sup>, que mede a qualidade de vida de pacientes em tratamento de diálise. De acordo com Moreira et al. (2009), este instrumento é composto por 80 itens, que incluem o Short Form – 36 Item Health Survey (SF 36) e mais 43 itens sobre a doença renal crônica. Foram excluídos do estudo os itens do SF-36, com perguntas genéricas sobre a saúde, ou seja, os primeiros 36 itens da escala.

### *Procedimento*

A coleta de dados foi realizada individualmente durante a sessão de hemodiálise.

## RESULTADOS

Dos 54 pacientes entrevistados, 28 pertenciam ao sexo masculino que corresponde a 51,9% e 26 do sexo feminino com 49,1%. Na amostra estudada a média de idade foi de 55,3 ( $\pm 13,8$ ) anos, variando de 26 a 81 anos. Houve prevalência de casados, com 37 (68,5%) dos 54 entrevistados seguidos dos solteiros com 9 (16,7%), viúvos com 5 (9,2%) e separados com 3 (5,5%). Verificou-se também que 70,4% moram com o cônjuge, 11,1% com outros parentes como mãe, irmã, filha ou filho, 9,2% moram com os pais e 9,2% sozinhos. Em relação à escolaridade houve predomínio do ensino fundamental incompleto (59,3%). Com relação à ocupação atual, 45 (83,3%) são aposentados devido à doença, 3 (5,6%) são do lar, 4 (7,4%) não trabalham e 2 (3,7%) possuem um trabalho remunerado. A principal etiologia para a insuficiência renal foi a hipertensão arterial com 28 entrevistados, que corresponde a 51,8%, em segundo lugar o diabetes com 15 (27,8%) e ainda 3 pacientes possuíam ambas as enfermidades (5,5%). Apesar de a glomerulonefrite ser uma das principais causas apenas 2 (3,7%) pacientes tiveram essa etiologia, igualando com rins policísticos. Outras etiologias foram relatadas cada um com um caso, como uropatia obstrutiva por refluxo, estenose de uretra, nefrite e intoxicação por veneno. Os pacientes eram submetidos à hemodiálise três vezes por semana, divididos em dois grupos, o primeiro realizavam as segundas, quartas e sextas-feiras e o segundo grupo as

terças, quintas e sábados. O tempo das sessões dependia de cada pessoa, porém variavam de três a no máximo quatro horas. A média de tempo de hemodiálise foi de 54,9 ( $\pm 44,4$ ) meses, com tempo mínimo de 1 mês e no máximo 216 meses. As médias dos escores dos domínios da escala WHOQOL-bref e as dimensões da escala KDQOL-SF<sup>TM</sup> foram analisadas da seguinte forma: quanto mais próximo de 100% for o escore, maior será a qualidade de vida para o paciente. Em relação à escala WHOQOL-bref o Domínio Físico obteve menor média com 46,89 ( $\pm 22,76$ ), seguida de Relações Sociais 65,69 ( $\pm 25,85$ ), Psicológico 65,82 ( $\pm 18,38$ ) e por fim Meio Ambiente com média 70,31 ( $\pm 16,34$ ). O Domínio Geral da escala WHOQOL-bref foi de 61,27 ( $\pm 15,02$ ). (Quadro 1)

Quadro 1: Médias dos escores de cada Domínio do WHOQOL-bref obtida por 54 indivíduos em tratamento de hemodiálise.

Domínio	Média	Desvio-Padrão
Físico	46,89	22,76
Relações Sociais	65,59	25,85
Psicológico	65,82	18,38
Meio Ambiente	70,31	16,34
Geral	61,27	15,02

Quando verificamos os resultados da escala KDQOL-SF, com exceção dos itens SF-36, percebemos que houve grande prejuízo na dimensão Condições de Trabalho com média de 6,5 ( $\pm 21,8$ ). Seguido da dimensão Função Sexual 33,8 ( $\pm 41,7$ ), Sobrecarga da Doença Renal 39,0 ( $\pm 25,8$ ); Sono 58,0 ( $\pm 15,1$ ), Efeitos da Doença Renal 62,7 ( $\pm 22,7$ ), Sintoma/Lista de Problemas 72,8 ( $\pm 17,6$ ), Qualidade da Interação Social 73,9 ( $\pm 22,8$ ), Função Cognitiva 77,9 ( $\pm 26,6$ ), Suporte Social 79,9 ( $\pm 33,0$ ), Satisfação do Paciente 93,5 ( $\pm 13,5$ ) e Estímulo por Parte da Equipe 97,7 ( $\pm 9,7$ ). (Quadro 2)

Quadro 2: Médias dos escores de cada Dimensão do KDQOL-SF obtida por 54 indivíduos em tratamento de hemodiálise.

Dimensão	Média	Desvio-Padrão
Estímulo por Parte da Equipe de Diálise	97,7	9,7
Satisfação do Paciente	93,5	13,5
Suporte Social	79,9	33,0
Função Cognitiva	77,9	26,6
Qualidade da Interação Social	73,9	22,8
Sintoma/Lista de Problemas	72,8	17,6
Efeitos da Doença Renal	62,7	22,7
Sono	58,0	15,1
Sobrecarga da Doença Renal	39,0	25,8
Função Sexual	33,8	41,7
Condições de Trabalho	6,5	21,8

## DISCUSSÃO

Na amostra estudada houve predomínio de homens, este dado corrobora com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, que de acordo com o Censo de 2009, 57% dos pacientes são do sexo masculino e 43% do sexo feminino. No estudo foi visto que apenas 9,2% dos entrevistados moravam sozinhos, evidenciando a dependência dos pacientes submetidos à hemodiálise, pois mesmo não sendo casados, moravam com algum membro da família. Confirmando com Cordeiro (2009) a maioria dos pacientes não trabalhavam devido à sua doença renal, pois a maioria eram aposentados precocemente. Isto demonstra a dificuldade de pacientes em manter um trabalho fixo, pois é gasto boa parte do dia à sessão de hemodiálise e muitos relataram que após a sessão se sentem cansados e fracos.

Quanto à escala WHOQOL-bref o domínio que obteve maior comprometimento foi o físico, que corrobora com os dados de outros estudos (Higa, 2008; Mendonça, 2007) e que segundo Higa (2008) é o domínio que mais influencia a qualidade de vida do sujeito submetido à hemodiálise. De todos os itens da escala, os dois itens com menor média pertencem ao Domínio Físico que é a dependência de medicação ou tratamento e a capacidade de trabalho, demonstrando o quanto este domínio prejudica estes pacientes.

Os resultados da escala KDQOL-SF nos mostram que as perdas mais significativas foram na dimensão Condições de Trabalho, pois muitos pacientes relataram a aposentadoria devido à doença. Este dado coincide com Kusumota (2005) que observou que nesta dimensão houve prejuízo, porque os pacientes não conseguem estabelecer um vínculo devido ao tempo que gastam nas sessões de hemodiálise e às constantes queixas de cansaço, fraqueza indisposição, mal estar o que impossibilita fazer esforço físico no trabalho. Carreira (2003) ressalta a importância do trabalho na vida dos pacientes. Este relata que o trabalho é uma condição essencial para a realização e a valorização pessoal, mesmo quando realizado apenas no âmbito doméstico. Portanto, percebemos a importância do trabalho na melhoria na qualidade de vida dos pacientes. O segundo menor escore obtido foi a Dimensão Função Sexual, em que Yassumoto (2004) chama a atenção para este problema dos pacientes renais crônicos, que associado a hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardíacas, depressão e ao hábito de fumar pode afetar a sua qualidade de vida. O terceiro menor escore foi a Dimensão Sobrecarga da Doença Renal que são questões para verificar se o paciente se sente decepcionado ao lidar com a doença, se sente como um peso para família e o quanto a doença renal interfere na vida. A Dimensão Efeitos da Doença Renal avalia o impacto das restrições líquidas/alimentares, condições para viajar, aparência pessoal e tempo livre. Percebemos que os pacientes se sentem muito incomodados principalmente com as restrições líquidas e alimentares. A dimensão que obteve melhores resultados foi Estímulo por Parte da Equipe e Satisfação do Paciente, isto mostra o quanto a equipe da diálise ajuda e estimula o enfrentamento da doença.

Kusumota (2005) ressalta que a IRC enquanto doença crônica não-transmissível, bem como seu tratamento contínuo por toda a vida, exceto se houver um transplante renal bem sucedido, afetam vários aspectos da vida dos pacientes, tornando importante a avaliação da qualidade de vida.

Percebemos que a maior parte deles moravam com o cônjuge ou com alguém da família, portanto mesmo solteiros dependiam de alguém. Quando se trata de pacientes renais crônicos, devemos prestar atenção em sua capacidade de trabalho, pois houve grande prejuízo neste estudo, conseqüentemente em seu estado físico em geral. Kusumota (2005) ressalta que a IRC enquanto doença crônica não-transmissível, bem como seu tratamento contínuo por toda a vida, exceto se houver um transplante renal bem sucedido, afetam vários aspectos da vida dos pacientes, tornando importante a avaliação da qualidade de vida.

Segundo Fernandes (2009) o papel do psicólogo ao paciente renal crônico tem o objetivo de facilitar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para diminuir o impacto decorrente da doença e do tratamento e a ajudá-lo a reconstruir a sua vida tanto particular quanto social a partir do diagnóstico. Os resultados também sugerem a importância do oferecimento de psicoterapia para pacientes submetidos à hemodiálise.

#### REFERÊNCIAS

- Associação de Pacientes Transplantados da UNIFESP. *Insuficiência Renal*. Recuperado em 25 novembro, 2010, de <http://www.unifesp.br/assoc/atx/dossie.htm>.
- Carreira, L., & Marcon, S. S. (2003) Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. *Revista Latino-Americano de Enfermagem*, 11(6), 823-31.
- Cesarino, C. B., & Casagrande, L. D. R. (1998). Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. *Revista latino-americano de enfermagem*, 6 (4), 31-40.
- Cordeiro, J. A. B. L. et. al. (2009) Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11 (4), 785-93.
- Desenvolvimento do WHOQOL. *Conceito de Qualidade de Vida*. Rio Grande do Sul (1998). Recuperado em 25 novembro, 2010, de <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>.
- Duarte, P., Miyazaki, M. C. D. S., Ciconelli, R. M., & Sesso, R. (2003) Tradução e Adaptação Cultural do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida para Pacientes Renais Crônicos (KDQOL-SF). *Revista de Associação Médica Brasileira*, 4 (94), 375-81.

- Fernandes, L. F. et al. (2009) Salud y calidad de la vida de los pacientes en hemodiálisis. *Psicologia para a América Latina*, (16).s.pag.
- Higa, K. K. M. T. et al. (2008) Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21 (número especial), 203-206.
- Kusumota, L. (2005) *Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes em Hemodiálise*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Mendonça, D. P. (2007) *Qualidade de Vida dos Portadores de Insuficiência Renal Crônica em Tratamento de Hemodiálise*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
- Moreira, C. A. et al. (2009) Avaliação das Propriedades Psicométricas Básicas para a Versão em Português do KDQOL-SF<sup>TM</sup>. *Revista de Associação Médica Brasileira*, 55 (1), 22-28.
- Pedroso, B, Pilatti, L. A., Gutierrez, G. L., & Picinin, C. T. (2010) Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 2 (1), 31-36.
- Rim-Online. Instituto do rim do Paraná. *Hemodiálise*. Recuperado em 25 novembro, 2010, de <http://www.rim-online.com.br/site/?id=140>.
- Schor, N., Srougi, M. (1998). *Nefrologia urologia clínica*. São Paulo: Sarvier Editora.
- Sociedade Brasileira de Nefrologia. *O rim e suas doenças*. São Paulo (2004). Recuperado em 04 novembro, 2009, de <http://www.sbn.org.br/Publico/rim.htm>.
- Yassumoto, G., Bezerra, C. S., Júnior, F. N. F., & Azoubel, R. (2004) Avaliação da função erétil e da qualidade de vida sexual em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento dialítico no Hospital de Base de São José do Rio Preto – FAMERP. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 11 (2), 2-4.

## ESTUDO PRELIMINAR DE UMA ESCALA DE ENVOLVIMENTO PATERNO

*SARA MAGALHÃES (\*)*; *CRISTINA REIS (\*)*; *JOÃO PEREIRA (\*)* E *ISABEL LEAL (\*)*

Ao longo das últimas décadas, têm ocorrido importantes progressos relativamente à visão da paternidade e do papel do pai dentro da dinâmica familiar, bem como avanços significativos no estudo deste papel. Várias mudanças no contexto social e na estrutura familiar, tais como a entrada da mulher no mundo laboral (Wang & Bianchi, 2009) e novos modelos familiares originados por, entre outros, o aumento do número de divórcios, permitiram o surgimento de novas expectativas e de uma nova representação do papel paterno. Esta nova representação envolve um pai mais activo na educação e cuidados dos filhos, em que além de ter também uma função de suporte financeiro (Christiansen & Palkovitz, 2001), o papel do pai comporta uma importante dimensão afectiva e de suporte emocional dos seus filhos.

Ainda assim, apesar de o pai ter vindo progressivamente adoptando um papel mais activo na dinâmica familiar e do crescente interesse pela paternidade na sociedade ocidental, a parentalidade continua a ser fundamentalmente baseada em estudos sobre a maternidade, escasseando ainda a investigação que assume o pai como referencial único. Assim, torna-se pertinente e necessário desenvolver estudos que permitam conhecer de forma objectiva e contextualizada a experiência da paternidade.

O *envolvimento paterno* é o conceito que tem assumido cada vez maior importância nesta área. Engloba não apenas o tempo que o pai passa com a criança, mas principalmente a qualidade da relação entre ambos. Lamb, Pleck, Charnov, e Levine (1985, 1987) propuseram um modelo multidimensional que faz a distinção entre três componentes de envolvimento paterno com crianças pequenas que incluem *responsabilidade* (cuidar das necessidades da criança), *engajamento* (interagir directamente com a criança) e *acessibilidade* (estar disponível para a criança mesmo sem interacção directa).

Para uma melhor compreensão do nível de envolvimento dos pais na educação e cuidados dos filhos, têm sido desenvolvidas metodologias específicas que permitem conhecer de forma mais aprofundada os comportamentos paternos, bem como as principais componentes do seu envolvimento enquanto pais (Radin, 1994).

---

(\*) ISPA & Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde.

Assim, este estudo teve por objectivo a construção e validação de uma Escala de Envolvimento Paterno, através da avaliação do nível de envolvimento paterno numa amostra de pais portugueses de crianças com idades até aos 11 anos, visando finalmente contribuir para o aumento do conhecimento sobre a realidade portuguesa nesta área, bem como do papel paterno na dinâmica familiar.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra, de conveniência, foi recolhida em instituições de ensino regular e especial do distrito de Lisboa, e é constituída por 837 pais de crianças até aos 11 anos, com idades compreendidas entre os 24 e os 67 anos ( $M=38.98$ ;  $DP=5.874$ ). Relativamente às habilitações académicas, 27,8 % dos participantes têm formação de nível superior e 5,5 % formação de nível médio. 25,5 % dos pais possui o ensino secundário, e 41,2 % o ensino básico (19,5 % relativos ao 3.º ciclo, 14,6 % ao 2.º ciclo e 7,1% ao 1º ciclo).

### *Material*

A Escala de Envolvimento Paterno é, na sua versão original, um questionário constituído por 21 itens numa escala de tipo Likert, que pretende avaliar a percepção paterna da frequência com que ocorrem diversas situações do dia-a-dia familiar e tarefas de cuidados e educação das crianças (e.g., “Com que frequência dá banho ou ajuda a criança a fazê-lo?”).

Os itens pontuam-se numa escala de 1 a 5 pontos, na qual os valores mais altos são atribuídos a maiores níveis de envolvimento. As opções de resposta são operacionalizadas em função do tipo de questão colocada:

- Desde *Sempre* (5 pontos) a *Nunca* (1 ponto);
- Desde *Muito envolvido* (5 pontos) a *Nada envolvido* (1 ponto);
- Desde *Muito disponível* (5 pontos) a *Nada disponível* (1 ponto).

A pontuação da escala total e suas subescalas é calculada através da média dos itens respectivos (valores entre 1 e 5), correspondendo valores médios mais elevados a maiores níveis de envolvimento.

Existe um último item que é respondido através de valores em percentagens e que visa comparar a percepção de envolvimento relativamente às diferentes figuras cuidadoras (“Qual a percentagem de tempo que o seu filho/a está ao cuidado das seguintes pessoas: você; a mãe; outros familiares; os professores/educadores?”). Por apresentar um formato diferente dos restantes, este último item foi excluído do estudo de validação da escala. No entanto, os valores em percentagem provenientes da

mesma, combinados com a pontuação obtida nos restantes itens, podem permitir verificar os níveis de envolvimento paterno em comparação com as outras figuras cuidadoras.

A Escala de Envolvimento Paterno, objecto de validação neste estudo, resulta de uma reformulação por Leal, Magalhães, Pereira e Reis (2011) da Escala de Envolvimento Paterno de Simões, Leal e Maroco (2010), uma adaptação para a população portuguesa do *Paternal Involvement In Child Care Index* (PICCI, Radin, 1982). Na Escala reformulada, o questionário é composto por apenas 20 itens numa escala de tipo Likert, com o mesmo objectivo da Escala acima descrita, tendo também um 21º item cujas respostas são dadas através de percentagens. Assim, apenas 20 itens foram objecto de estudo de validade factorial.

## RESULTADOS

### *Sensibilidade.*

Na avaliação da sensibilidade dos itens, observaram-se valores de assimetria e curtose que revelam itens aproximadamente simétricos (Quadro 1).

Quadro 1: Valores medianos (Me), assimetria (Sk) e curtose (Ku), com respectivos valores críticos (Sk/SEsk e Ku/SEku) e valores mínimos e máximos dos 20 itens da Escala de Envolvimento Paterno na amostra de validação

Item	Me	Min	Max	Sk	Sk/SEsk	Ku	Ku/SEku
1	4	1	5	-0.777	-9.141	0.553	3.272
2	4	1	5	-0.430	-5.059	0.232	1.373
3	4	1	5	-0.384	-4.518	-0.307	-1.806
4	5	1	5	-0.964	-11.341	0.701	4.124
5	4	1	5	-0.520	-6.118	-0.207	-1.225
6	4	1	5	-0.405	-4.765	0.000	0.000
7	4	1	5	-0.431	-5.071	-0.101	-0.594
8	3	1	5	-0.111	-1.306	-1.316	-7.741
9	4	1	5	-0.365	-4.294	-0.949	-5.582
10	3	1	5	-0.006	0.071	0.468	2.737
11	4	1	5	-0.864	-10.047	-0.128	-0.749
12	3	1	5	-0.363	-4.271	-0.760	-4.497
13	3	1	5	-0.191	-2.221	-0.156	-0.912
14	4	1	5	-0.587	-6.906	-0.591	-3.497
15	3	1	5	-0.288	-3.388	-0.451	-2.653
16	3	1	5	-0.166	-1.930	-0.442	-2.570
17	4	1	5	-0.535	-6.294	-0.245	-1.450
18	4	1	5	-0.451	-5.306	-0.745	-4.408
19	4	1	5	-1.357	-15.965	2.516	14.800
20	4	1	5	-1.184	-13.930	2.295	13.580

### *Validade de Constructo.*

A validade de constructo, *sensu* Anastasi e Urbina (2000), foi avaliada nas suas dimensões de validade factorial, validade convergente e validade discriminante.



*Validade Factorial Exploratória.*

Para avaliar a validade factorial, procedeu-se à análise da estrutura relacional dos 20 itens iniciais da escala através da análise factorial exploratória sobre a matriz das correlações, com extracção dos factores pelo método dos componentes principais, seguida de uma rotação varimax. Foram retidos os factores que apresentavam valores próprios (*eigenvalue*) superiores a 1 e que explicavam uma percentagem considerável da variância total.

Para avaliar a validade da análise factorial exploratória utilizou-se o critério KMO com os critérios de classificação definidos em Maroco (2010), tendo-se observado um valor de KMO=0.901.

Os quatro factores obtidos explicam 60.20 % da variância total, tendo sido retidos os itens com um valor de saturação igual ou superior a 0.5. Os itens 1, 6, 11, 13, 14 e 16 foram excluídos por apresentarem pesos factoriais baixos em qualquer um dos factores.

A escala final é então composta por 14 itens, sendo a sua estrutura relacional melhor explicada por um modelo de quatro factores latentes. No quadro seguinte apresentam-se os pesos factoriais de cada item em cada um dos factores, os seus *eigenvalues* e a percentagem de variância explicada por cada factor. A negrito apresentam-se os itens com pesos factoriais superiores a 0.5 em valor absoluto (Quadro 2).

Quadro 2: Pesos factoriais dos itens da Escala de Envolvimento Paterno, variância explicada, variância extraída média (VEM) e consistência interna das sub-escalas definidas pelos 6 factores extraídos por análise factorial exploratória com rotação varimax. Os pesos com valor absoluto superior a 0.5 são apresentados a negrito.

	<i>Presença</i>	Componentes		<i>Disciplina</i>
		<i>Cuidados Directos</i>	<i>Cuidados Indirectos</i>	
2. Brinca com a criança.	<b>0,713</b>	0,274	0,029	0,071
4. Conversa com a criança.	<b>0,776</b>	0,100	0,057	0,140
7. Ajuda a criança a aprender ou a estudar.	<b>0,583</b>	0,223	0,271	0,240
19. Grau de envolvimento	<b>0,641</b>	0,308	0,407	-0,005
20. Grau de disponibilidade	<b>0,629</b>	0,179	0,382	-0,054
3. Alimenta ou ajuda a criança a fazê-lo.	0,256	<b>0,667</b>	-0,053	0,152
12. Dá banho ou ajuda a criança a fazê-lo.	0,117	<b>0,817</b>	0,236	0,114
15. Veste a criança ou ajuda-a nessa tarefa.	0,138	<b>0,805</b>	0,216	0,051
17. Deita a criança.	0,291	<b>0,669</b>	0,185	0,024
8. Vai às reuniões da escola da criança.	0,190	0,149	<b>0,778</b>	0,150
9. Leva a criança à escola.	0,069	0,102	<b>0,748</b>	0,180
18. Vai com a criança ao médico.	0,396	0,266	<b>0,570</b>	-0,124
5. Impõe limites ao comportamento da criança.	0,426	0,072	-0,018	<b>0,691</b>
10. Castiga a criança.	-0,065	0,165	0,252	<b>0,803</b>

Valores Próprios	5,274	1,269	1.183	1.102
Variância Explicada (%)	20,177	18,613	14,858	9,405
VEM	0,577	0,679	0,622	0,689
Alpha de Cronbach	0.809	0.799	0.688	0.478

A validade convergente dos 4 factores extraídos foi avaliada pelo método da variância extraída média (VEM) pelos 4 factores, de acordo com a proposta de Fornell e Larcker (1981) descrita em Maroco (2010b). Segundo estes autores, podemos assumir validade convergente se a VEM por cada factor for superior a 0.5. Como se apresenta na Quadro 2, a VEM é adequada em todos os factores sob estudo.

Por último, a validade discriminante foi avaliada pela comparação das correlações quadradas entre os scores médios das quatro subescalas e a VEM de cada subescala.

Quadro 3: VEM e Quadrados das correlações ( $r^2$ ) entre as subescalas

Subescalas	VEM	$r^2$
Presença	0.577	0.134 – 0.311
Cuidados Directos	0.679	0.092 – 0.311
Cuidados Indirectos	0.622	0.081 – 0.298
Disciplina	0.689	0.081 – 0.134

Como ilustra a Quadro 3, todas as subescalas apresentam VEM superior ao quadrado da correlação entre as subescalas, demonstrando a validade discriminante das mesmas.

#### *Fiabilidade.*

O índice de consistência interna global da escala estimado pelo Alpha de Cronbach apresenta um valor de 0.88, considerado como indicador de uma boa consistência interna (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Relativamente às quatro componentes, observam-se valores considerados bons para as duas primeiras, *Presença* e *Cuidados Directos*, o que nos diz que há uma forte associação entre as variáveis originais que as compõem, um valor aceitável para a dimensão *Cuidados Indirectos* e um valor mais fraco, embora aceitável, para a dimensão *Disciplina*.

#### *Cotação.*

Os itens pontuam-se numa escala de 1 a 5 pontos, na qual os valores mais altos são atribuídos a maiores níveis de envolvimento. As opções de resposta são operacionalizadas em função do tipo de questão colocada:

- Desde *Sempre* (5 pontos) a *Nunca* (1 ponto);
- Desde *Muito envolvido* (5 pontos) a *Nada envolvido* (1 ponto);
- Desde *Muito disponível* (5 pontos) a *Nada disponível* (1 ponto).

Tal como referido, o item 21 apresenta um formato de resposta com base em percentagens, destinando-se apenas a uma análise descritiva do envolvimento relativo.

A pontuação da escala total e suas subescalas é calculada através da média dos itens respectivos (valores entre 1 e 5), correspondendo valores médios mais elevados a maiores níveis de envolvimento. A Quadro 4 apresenta os valores médios registados na amostra de validação.

Quadro 4: Valores médios para cada factor extraído

		Presença	Cuidados Directos	Cuidados Indirectos	Disciplina
<i>N</i>	<i>Válido</i>	792	817	813	815
	<i>Missing</i>	45	20	24	22
	<i>M</i>	4,04	3,41	3,42	3,25
	<i>SD</i>	0,61	0,84	0,91	0,68
Percentil	25	3,66	2,75	2,75	3,00
	50	4,16	3,50	3,50	3,50
	75	4,50	4,00	4,25	3,50

## DISCUSSÃO

A análise factorial exploratória pelo método de componentes principais seguida de uma rotação varimax identificou 4 componentes distintas, explicativas de 60,20% da variância total da escala: *Presença*, *Cuidados*, *Responsabilidade* e *Disciplina*, que permitem avaliar o envolvimento paterno segundo um modelo multidimensional.

A análise da fiabilidade da escala indicou uma boa consistência interna global (Alpha de Cronbach de 0.88), bem como ao nível das primeiras componentes, e uma consistência interna aceitável nas duas últimas componentes (entre 0.5 e 0.8).

Podemos, então, considerar que esta Escala de Envolvimento Paterno constitui um instrumento válido e fiável, adaptado para o estudo da percepção de envolvimento paterno por pais portugueses, podendo contribuir, em estudos futuros, para o aumento do conhecimento sobre a paternidade.

## REFERÊNCIAS

Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed (obra original de 1997).

- Christiansen, S., & Palkovitz, R. (2001). Why the 'good provider' role still matters: Providing as a form of paternal involvement. *Journal of Family Issues*, 22(1), 84-106.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating SEM with unobserved variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39-50.
- Lamb, M.E., Pleck, J.H., Charnov, E.L., & Levine, J.A. (1985). Paternal behavior in humans. *American Zoologist*, 25, 883-894.
- Lamb, M.E., Pleck, J.H., Charnov, E.L., & Levine, J.A. (1987). A biological perspective on paternal behavior and involvement. In J. B. Lancaster, J. Altmann, A. S. Rossi, & L. R. Sherrod (Eds.), *Parenting across the lifespan: Biosocial perspectives* (pp. 111-142). Hawthorne, NY: Aldine.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Maroco, J. (2010b). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Radin, N. (1982). *Paternal Involvement in Child Care Index*. Ann Arbor: University of Michigan School of Social Work.
- Radin, N. (1994). Primary-caregiving fathers in intact families. In, A. E. Gottfried, & A. W. Gottfried (Eds.), *Redefining families: Implications for children's development* (pp.11- 54). New York: Plenum Press.
- Simões, R., Leal, I. & Maroco, J. (2010). Envolvimento paterno de pais de crianças em idade escolar. In Leal, I. & Pais-Ribeiro. *Psicologia da Saúde: Sexualidade, Género e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Wang, R., & Bianchi, S. (2009). ATUS Fathers' Involvement in Childcare. *Social Indicators Research*, 93(1), 141-145.

## **BENEFÍCIOS DA ESCRITA TERAPÊUTICA NO ALÍVIO DOS SINTOMAS ASSOCIADOS AO TRAUMA VIVENCIADO PELOS BOMBEIROS**

*DÁLIA MARCELINO (\*) E MARIA JOÃO FIGUEIRAS (\*\*)*

A exposição continuada a situações muito ameaçadoras aumenta consideravelmente a probabilidade de se desenvolver sintomatologia e está associada a potenciais consequências na saúde física e psicológica dos operacionais de socorro (Bennett, Williams, Page, Hood, Woollard, & Vetter, 2005; Sterud, Ekeberg, & Hem, 2006). A maioria destes operacionais apresenta sintomas dissociativos peritraumáticos e sintomas de stress pós-traumático associados à exposição ao trauma no trabalho, mas também apresentam outros diagnósticos, como sintomas de distress, ansiedade, depressão, burnout, fadiga, consumo excessivo de substâncias e queixas de saúde com maior prevalência das dores músculo-esqueléticas (Alexander, & Klein, 2001; Van der Ploeg, & Kleber, 2003; Fullerton, Ursano, & Wang, 2004; Sterud, Ekeberg, & Hem, 2006; Marcelino, & Figueiras, 2007; Marcelino, 2011; Marcelino, Figueiras, & Claudino, *in press*). Para além da exposição a situações traumáticas, a antiguidade na profissão e a falta de suporte também contribuem para o aumento considerável de efeitos nocivos na saúde, uma vez que estes operacionais constantemente têm de lidar com situações complicadas que envolvem a dor e o sofrimento humano. Embora algumas situações possam ser recompensadoras, outras poderão ser potencialmente traumatizantes e até constituir uma ameaça para a vida e segurança do próprio operacional (Regehr, Goldberg, & Hughes, 2002; Sterud, Ekeberg, & Hem, 2006).

Segundo a literatura, existe uma relação directa entre as expressões emocionais negativas, a sintomatologia associada ao trauma e as condições de trabalho dos operacionais (Regehr, Goldberg, & Hughes, 2002; Wastell, 2002; Bennett, Williams, Page, Hood, Woollard, & Vetter, 2005; Lowery, & Stokes, 2005). Outros estudos revelaram relações entre expressão emocional escrita acerca de experiências adversas e melhorias na saúde física e psicológica, ou seja, os indivíduos que processam as suas experiências traumáticas através da expressão escrita apresentam melhores níveis de saúde (Pennebaker, 1993, 1997; King & Miner, 2000; Mosher, & Danoff-Burg, 2006).

---

(\*) Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde - ISPA; (\*\*) Instituto Piaget de Almada.

Uma das técnicas que permite a promoção da expressão emocional sobre eventuais eventos traumáticos é a escrita expressiva (Pennebaker, 1993, 1999). Segundos os autores, a expressão emocional escrita sobre eventos adversos permite uma tradução da experiência numa estrutura que pode ajudar os indivíduos a reorganizar e assimilar estas experiências, reduzindo o afecto negativo associado aos pensamentos e conteúdos desse evento. O tempo dispendido na tarefa de escrever tem variado entre 10 a 30 minutos, durante 3, 4 ou 5 dias, apenas uma vez por semana ou mais do que uma vez (Smyth, 1998; Pennebaker, & Chung, 2007).

Tendo em consideração que os estudos na área dos operacionais de socorro mencionam que o apoio dos colegas, a expressão emocional e a comunicação moderam o impacto do trauma e consequentemente o desenvolvimento de sintomas de saúde (Alexander, & Klein, 2001; Van der Ploeg, & Kleber, 2003; Lowery, & Stokes, 2005), emerge a título exploratório investigar se existe um alívio na sintomatologia associada ao trauma apresentada pelos bombeiros antes e após a técnica da escrita terapêutica sobre os incidentes críticos vivenciados durante o trabalho.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo longitudinal com 3 momentos de avaliação por questionário de auto-preenchimento: *baseline*, 4 e 8 meses. Entre o 2º e o 3º momento foi utilizada uma técnica de escrita terapêutica como metodologia de intervenção em 3 dias, 15 minutos cada, ao longo de uma semana.

### *Participantes*

A amostra foi constituída por 44 Bombeiros de Portugal Continental, 38 pertencem ao sexo masculino (86.4%), com idades compreendidas entre os 20 e os 56 anos ( $M=36.8$ ;  $D.P.=10.1$ ). Sessenta por cento dos participantes são casados, 39% tem o ensino básico e têm em média 14 anos de serviço ( $D.P.=8.3$ ).

### *Material*

- PTSD *Checklist* versão Civis (PCL-C, Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993; Marcelino, & Gonçalves, versão portuguesa submetida para publicação) para avaliar a sintomatologia da PPST com base nos critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR.

- Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP, Maia, Moreira, & Fernandes, 2009) para avaliar as respostas dissociativas durante um acontecimento.

- Escala de Queixas Subjectivas de Saúde (QSS, Alves, & Figueiras, 2008) para avaliar com que frequência foram sentidos sintomas relacionados com problemas gastrointestinais, gripe, dores músculo-esqueléticas, alergia e pseudoneurologia.

- Inventário de Saúde Mental (MHI, Ribeiro, 2001) para avaliar o distress e o bem-estar psicológico. Valores mais elevados correspondem a uma melhor saúde mental.

- Variáveis sócio-demográficas: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e número de anos de serviço.

### Procedimentos

A Autoridade Nacional de Protecção Civil enviou os questionários para os Comandantes dos Bombeiros, que fizeram a distribuição e recolha e posteriormente enviaram os exemplares preenchidos em envelope fechado. A análise estatística foi feita com recurso ao *IBM SPSS Statistics 19*.

## RESULTADOS

Num primeiro momento foi avaliada a sintomatologia dos participantes e após 4 meses os mesmos bombeiros foram reavaliados. Entre as duas avaliações verificou-se apenas um aumento significativo das queixas subjectivas de saúde (M1  $M=0.73(.54)$ ; M2  $M=.89(.56)$ ;  $t=-2,747$ ;  $p=.009^{**}$ ), nomeadamente sintomas de gripe e queixas pseudoneurológicas. Passado dois meses do 2º momento foi aplicada a técnica da escrita terapêutica, sendo reavaliada a saúde dos bombeiros num 3º momento, passado 4 meses do M2. Testamos diferenças de médias entre o momento antes da intervenção (M2) e depois da intervenção (M3), e verificámos um decréscimo significativo da percepção da exposição ao trauma, na presença total de sintomas de PPST com maior diminuição dos sintomas de hipervigilância e uma diminuição das queixas pseudoneurológicas (Quadro 1).

Quadro 1 - Diferenças entre o momento antes da intervenção e depois da intervenção (n=44).

Escalas	Varição	M2 X(d.p.)	M3 X(d.p.)	t	p
<b>Percepção de exposição ao trauma</b>		n=23, 52.3%	n=8, 18.2%	3.506	<b>.001***</b>
<b>PPST</b>	1-5	1.52 (.51)	1.36 (.53)	1.365	.181
Critério B (re-experienciar)	1-5	1.55 (.52)	1.41 (.60)	1.083	.286
Critério C (evitamento)	1-5	1.43 (.51)	1.30 (.57)	.977	.335
Critério D (hiper-activação)	1-5	1.62 (.72)	1.41 (.62)	2.415	<b>.021*</b>
Diagnóstico Clínico de PPST		n=4, 9.1%	n=2, 4.5%	.813	.421
Presença de sintomas		n=37, 84.1%	n=28, 63.6%	2.462	<b>.019*</b>
<b>Dissociação Peritraumática</b>	1-5	1.37 (.39)	1.27 (.40)	1.862	.070
<b>Queixas Subjectivas de Saúde</b>	0-3	.89 (.56)	.76 (.55)	1.848	.072
Problemas Gastrointestinais	0-3	.84 (.78)	.67 (.63)	1.561	.126
Gripe	0-3	1.02 (.68)	.79 (.69)	1.715	.094
Dores Músculo-esqueléticas	0-3	1.13 (.85)	1.16 (.97)	-.127	.899
Alergia	0-3	.44 (.55)	.38 (.49)	.892	.377
Pseudoneurologia	0-3	1.20 (.81)	1.02 (.72)	2.024	<b>.049*</b>
<b>Distress Psicológico</b>	1-6	4.82 (.68)	4.81 (.70)	-.331	.742
Ansiedade	1-6	4.81 (.72)	4.80 (.71)	-.455	.652
Depressão	1-6	4.80 (.74)	4.80 (.76)	.142	.888
Perda de Controlo Emocional e Comptal	1-6	4.95 (.71)	4.88 (.71)	.156	.877
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	1-6	4.32 (.87)	4.47 (.94)	-1.344	.188
Afecto Positivo	1-6	3.90 (.82)	4.06 (.96)	-1.296	.203
Laços Emocionais	1-6	4.78 (1.05)	4.85 (1.03)	-1.201	.237

\*  $p<.05$ ; \*\*\*  $p<.001$

## DISCUSSÃO

O objectivo deste estudo foi investigar se existia um alívio na sintomatologia dos bombeiros após a técnica da promoção da expressão emocional escrita sobre incidentes críticos vivenciados durante a actividade profissional. Constatou-se na avaliação feita aos bombeiros passado quatro meses da primeira, apenas um aumento das queixas de saúde, nomeadamente sintomas de gripe e queixas pseudoneurológicas, ou seja, a restante sintomatologia não sofreu alteração ao longo do tempo decorrido entre as duas avaliações. Este resultado, contraria a ideia que a exposição a situações traumáticas e a antiguidade na profissão estão associados ao aumento das consequências na saúde destes operacionais (Jonsson, Segesten, & Mattsson, 2003; Fullerton, Ursano, & Wang, 2004; Bennett, Williams, Page, Hood, Woollard, & Vetter, 2005; Marcelino, & Figueiras, *in press*), mas por outro, permite-nos analisar melhor se a intervenção que foi introduzida depois do segundo momento traria alguns benefícios para a saúde destes bombeiros.

Na reavaliação dos sintomas após a aplicação da técnica da escrita terapêutica verificou-se um decréscimo significativo na percepção dos acontecimentos traumáticos, na presença de sintomas de PPST e das queixas pseudoneurológicas. Este resultado sugere que houve um alívio na sintomatologia associada ao trauma nos bombeiros após a escrita terapêutica, isto é, à medida que os bombeiros vão revelando espontaneamente os sentimentos e emoções sobre os acontecimentos vivenciados no decurso do seu trabalho, vão também reorganizando, assimilando e atribuindo um novo significado a estas experiências, que se traduz em melhorias na sua saúde física e psicológica (Baikie, & Wilhelm, 2005; Figueiras, & Marcelino, 2008; Pennebaker, 1997, 1999).

Estes resultados sugerem que a ferramenta da escrita terapêutica funciona como um moderador entre o impacto do trauma e os sintomas decorrentes do mesmo (Lowery, & Stokes, 2005), e que os bombeiros ao confrontarem-se com as suas experiências ou memórias traumáticas através da escrita adaptaram-se melhor aos acontecimentos stressantes subsequentes (King, & Miner, 2000; Pennebaker, 1997). Neste sentido, a aplicação desta técnica no dia-a-dia dos operacionais poderá ser útil e benéfica na promoção da expressão emocional sobre os acontecimentos significativos, mitigando os sintomas e mantendo os operacionais no seu nível óptimo de funcionamento e desempenho.

## AGRADECIMENTOS

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia por ter financiado este estudo (SFRH/BD/40625/2007). A todos os Bombeiros Portugueses que colaboraram e à Autoridade Nacional de Protecção Civil pela cooperação no processo de recolha dos dados.



## REFERÊNCIAS

- Alexander, D., & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *British Journal of Psychiatry*, 178 (1), 76-81.
- Alves, N., & Figueiras, M. (2008). Adaptação experimental da Escala de Queixas Subjectivas de Saúde para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 2 (XXVI), 281-293.
- Baikie, K.A., & Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 338-346.
- Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., Woollard, M., & Vetter, N. (2005). Associations between organizational and incident factors and emotional distress in emergency ambulance personnel. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44 (2), 215-226.
- Figueiras, M.J., & Marcelino, D. (2008). Escrita terapêutica em contexto de saúde: uma breve revisão. *Análise Psicológica*, 2 (XXVI): 327-334.
- Fullerton, C., Ursano, R., & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *The American Journal of Psychiatry*, 161 (8), 1370-1376.
- Jonsson, A., Segesten, K., & Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20, 79-84.
- King, L.A., & Miner, K.N. (2000). Writing About the Perceived Benefits of Traumatic Events: Implications for Physical Health. *Personality and Social Psychology*, 26, 220-230.
- Lowery, K., & Stokes, M. (2005). Role of peer support and emotional expression on posttraumatic stress disorder in student paramedics. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (2), 171-179.
- Maia, A., Moreira, S., & Fernandes, E. (2009). Adaptação para a língua portuguesa do Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP) numa amostra de bombeiros. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36 (1): 1-9.
- Marcelino, D. (2011). Ser Bombeiro: Implicações para a sua saúde. *Revista de Segurança Comportamental*, nº3, 1º semestre 2011.
- Marcelino, D., & Figueiras, M.J. (2007). A Perturbação Pós-Stress Traumático nos Socorristas de Emergência Pré-Hospitalar: Influência do Sentido Interno de Coerência e da Personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 95-106.
- Marcelino, D., Figueiras, M.J., & Claudino, A. (in press). Impacto da exposição a incidentes críticos na saúde e bem-estar psicológico dos tripulantes de ambulância. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (1).

- Marcelino, D., & Gonçalves, S. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa do Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C. submetido
- Mosher, C.E., & Danoff-Burg, S. (2006). Health effects of expressive letter writing. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25* (10), 1122-1139.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science, 8*, 162-166.
- Pennebaker, J.W. (1999). Psychological factors influencing the reporting of physical symptoms. In A.A. Stone, J.S. Turkkan, C.A. Bachrach, J.B. Jobe, H.S. Kurtzman, and V.S. Cain (Eds), *The science of self-report: Implications for research and practice* (pp 299-316). Mahwah, NJ: Erlbaum Publishers.
- Pennebaker, J.W., & Chung, C.K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. In H. Friedman and R. Silver (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp 263-284). New York: Oxford University Press
- Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J. (2002). Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. *The American Journal of Orthopsychiatry, 72* (4), 505-513.
- Ribeiro, L.P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doença, 2* (1), 77-99.
- Smyth, J.M. (1998). Written emotional expression. Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 174–184.
- Sterud, T., Ekeberg, O., & Hem, E. (2006). Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Services Research. 6*(82), 1-10.
- Van der Ploeg, E., & Kleber R. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine, 60* (supp I), i40-i46.
- Wastell, C. (2002). Exposure to trauma: the long-term effects of suppressing emotional reactions. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 12, 839-845.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity and diagnostic utility*. Paper presented at the meeting of International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, Texas.

## **TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E ESTUDO PILOTO DE ALGUMAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ENTREVISTA DE DIAGNÓSTICO K- SADS-PL-PT PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

*CRISTIANA MARQUES (\*)*; *ANA PAULA MATOS (\*)*; *FERNANDA DUARTE (\*)*; *SÓNIA  
CHERPE (\*) E INÉS RIBEIRO (\*)*

A Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) foi adaptada da K-SADS por Kaufman, Birmaher, Brent, Rao e Ryan em 1996.

A Kiddie-SADS-PL é uma entrevista semi-estruturada que tem como objectivo avaliar a existência de perturbações psiquiátricas no passado e no momento presente de crianças e de adolescentes com idades entre os 6 e os 18 anos (Kaufman & Schweder, 2003; Kaufman et al, 1997), que pode também ser administrada aos pais. Avalia 32 diagnósticos psiquiátricos de acordo com o DSM-IV, pesquisando um total de 82 sintomas.

A administração da K-SADS-PL requer a utilização de: 1) uma Entrevista Introdutória não estruturada; 2) uma Entrevista de Rastreio Diagnóstico; 3) a Listagem dos Suplementos a Utilizar; 4) os Suplementos de Diagnóstico adequados; 5) a Ficha de Resumo dos Diagnósticos ao Longo da Vida; 6) a Escala de Avaliação Global das Crianças (EAG-C).

Os primeiros dados psicométricos obtidos por Kaufman et al. (1997) relevam que com esta entrevista se obtêm diagnósticos psiquiátricos válidos e fiáveis. A amostra deste estudo foi constituída por 55 doentes psiquiátricos e 11 sujeitos da população geral. Para avaliar a fidelidade, procederam à análise do acordo inter-avaliadores e ao teste re-teste, quer para a utilização dos critérios de exclusão, quer para fazerem diagnósticos. Para avaliar a validade da entrevista, analisaram a validade convergente. Verificaram que os sujeitos que pontuaram positivamente para depressão no momento presente, na K-SADS-PL, obtiveram uma pontuação mais elevada do que os outros sujeitos no CDI/BDI e escalas internalizantes do CBCL.

---

(\*) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Da mesma forma, sujeitos que pontuaram positivamente para Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA), para Perturbações do Comportamento e para Perturbações da Ansiedade, no momento presente, obtiveram uma pontuação mais elevada do que os outros sujeitos na Escala de Connors–Pais, no CBCL, no SCARED-C e SCARED-P (Kaufman et al., 1997). Mais recentemente, Brasil e Bordin (2010) efectuaram um estudo onde comprovam a existência de validade convergente ao comparar os resultados da K-SADS-PL versão Brasileira, com os dados obtidos no CBCL.

No que respeita a estudos transculturais, a K-SADS-PL já foi traduzida em mais de 16 línguas (Kaufman & Schweder, 2003). Os estudos psicométricos da versão Koreana (Kim et al., 2004), da versão Iraniana (Ghanizadeh et al., 2006) e da versão em Espanhol (Ulloa et al., 2006) da K-SADS-PL vão ao encontro dos resultados obtidos por Kaufman et al. (1997).

No presente estudo, que integra um projecto de investigação sobre prevenção da depressão em adolescentes Portugueses, os objectivos foram o da tradução e adaptação, para Português, da K-SADS-PL e o estudo psicométrico piloto desta entrevista. A K-SADS-PL foi seleccionada devido à replicação de um estudo sobre prevenção da depressão em adolescentes (Arnarson & Craighead, 2009), bem como por ser uma das entrevistas de diagnóstico mais utilizadas a nível mundial para os adolescentes, por demonstrar boas qualidades psicométricas e porque, até ao momento, não existe nenhum estudo em Portugal que contemple esta entrevista de diagnóstico.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra foi recolhida na zona centro de Portugal: 1) consulta de psicologia clínica numa escola; 2) Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra – Unidade Sobral Cid; 3) consultas de psicologia clínica numa clínica privada.

A amostra final desta investigação ficou constituída por 70 adolescentes, caucasianos, com idades entre os 10 e os 18 anos, 46 adolescentes do grupo clinicamente referenciado e 24 adolescentes da população geral (26 pertenciam ao género masculino e 44 ao género feminino).

### *Material*

Após ter sido obtido o consentimento informado, a K-SADS-PL-PT foi administrada a adolescentes pelo entrevistador, com treino na utilização da entrevista, na classificação de diagnósticos e em realizar diagnósticos diferenciais. O entrevistador não teve acesso ao diagnóstico clínico efectuado pelo psiquiatra/psicólogo que acompanhava o adolescente.

Para além da utilização da K-SADS-PL-PT, o protocolo de avaliação desta investigação foi composto por: Children’s Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1985) – este instrumento, constituído

por 27 itens, avalia sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais da depressão em crianças e adolescentes; Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC; March et al., 1997) – a MASC avalia sintomas de ansiedade em crianças e adolescente e é constituído por 39 perguntas; Children Behaviour Checklist (CBCL 4-18; Achenbach, 1991) – o CBCL pretende descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento da criança/adolescente, tal como são percebidas pelos seus pais ou substitutos.

### *Procedimento*

O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo ao programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS versão 16.0.

Para o estudo psicométrico piloto procedeu-se ao cálculo do coeficiente Kappa e utilizaram-se os critérios de interpretação destes coeficientes propostos por Landis & Koch (1997). Para analisar a validade convergente foram realizadas correlações.

## RESULTADOS

Considerou-se neste estudo os 46 adolescentes do grupo clinicamente referenciado, que foram divididos em grupos de diagnósticos: Perturbações Depressivas (PD), Perturbações de Ansiedade (PA), Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA), Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) e Perturbações do Comportamento (PC).

Os diagnósticos obtidos com a K-SADS-PL-PT foram Perturbações da Ansiedade (39.1%), Perturbações Depressivas (32.6%), PHDA (15.2%), Perturbações do Comportamento Alimentar (8.7%), Perturbações Disruptivas do Comportamento (6.5%), Perturbações de Eliminação (2.2%) e Perturbação de Tiques (2.2%).

Os diagnósticos realizados pelos clínicos que acompanharam os adolescentes foram: Perturbações da Ansiedade (26.1%), Perturbações Depressivas (23.9%), PHDA (13.0%), Perturbações Disruptivas do Comportamento (10.9%), Perturbações do Comportamento Alimentar (8.7%), Perturbações de Eliminação (2.2%) e Perturbações de Tiques (2.2%).

A validade consensual entre os diagnósticos obtidos com a K-SADS-PL-PT e com os diagnósticos dos clínicos dos adolescentes está apresentada no Quadro 1.

Os graus de concordância entre os diagnósticos dos clínicos e os da K-SADS-PL-PT foram estatisticamente significativos. Obtiveram-se valores Kappa excelentes para Perturbação da Ansiedade de Separação, Enurese, Anorexia, Bulimia, Perturbação de Tiques, Perturbação Depressiva Major, Perturbação de Pânico, Perturbação de Ansiedade Generalizada, PHDA e Perturbação de Oposição. Para a Perturbação Pós-Stress Traumático o valor de Kappa é bom, e para a Perturbação Obsessivo-

Compulsiva e Fobia Social o valor de Kappa já é razoável.

Quadro 1. *Validade Consensual dos Diagnósticos Obtidos com a K-SADS-PL-PT (N=46)*

<b>Diagnósticos</b>	<b>n</b>	<b>K</b>	<b>p</b>
Perturbação Depressiva Major	15	0.788	0.000
Perturbações de Ansiedade	18	0.709	0.000
Perturbação Pânico	2	0.789	0.000
Perturbação Ansiedade de separação	1	1.000	0.000
Fobia Social	7	0.560	0.000
Perturbação Ansiedade Generalizada	4	0.846	0.000
Perturbação Obsessivo-compulsiva	3	0.483	0.000
Perturbação Pós-Stress Traumático	2	0.657	0.000
Enurese	1	1.000	0.000
Perturbação do Comportamento Alimentar	4	1.000	0.000
Anorexia	2	1.000	0.000
Bulimia	2	1.000	0.000
PHDA	7	0.911	0.000
Perturbações Disruptivas do Comportamento	3	0.728	0.000
Perturbação de Oposição	3	0.846	0.000
Perturbação de Tiques	1	1.000	0.000

**Nota.** n = número de diagnósticos obtidos com a K-SADS-PL-PT; K = coeficiente

Kappa.

Para determinar a validade convergente da K-SADS-PL-PT, os adolescentes foram divididos em grupos: a) Perturbações Depressivas, b) Perturbações da Ansiedade; c) PHDA e d) Perturbações Disruptivas do Comportamento. A atribuição para cada um destes grupos não foi mutuamente exclusiva, visto que alguns dos adolescentes preencherem critérios para várias categorias de diagnóstico.

De acordo com os coeficientes de Pearson obtidos, constata-se que existem correlações estatisticamente significativas entre as Perturbações Depressivas e o CDI (com exceção feita à escala ineficácia) e com as escalas internalizantes do CBCL (cf. Quadro 2).

Quadro 2. *Correlação Entre os Diagnósticos de Perturbações Depressivas Obtidos Pela K-SADS-PL-PT e o CDI e o CBCL*

<b>Dimensões</b>	<b>PD</b>	<b>p</b>
<b>CDI (N=64)</b>		
Humor negativo	0,48	0,000
Problemas interpessoais	0,36	0,004
Ineficácia	0,16	0,197
Anedonia	0,34	0,005
Auto-estima negativa	0,40	0,001
Total	0,47	0,000
<b>CBCL (N=62)</b>		
Ansiedade	0,32	0,011
Depressão	0,27	0,033
Isolamento	0,28	0,027

**Nota.** PD = Perturbações Depressivas; CDI = Children's Depression Inventory; CBCL = Children Behaviour Checklist.

A nota total e a subescala da MASC “sintomas físicos”, tal como as escalas dos factores internalizantes do CBCL correlacionam-se significativamente com as Perturbações de Ansiedade da K-SADS-PL-PT (cf. Quadro 3).

Quadro 3. *Correlação Entre os Diagnósticos de Perturbações da Ansiedade Obtidos Pela K-SADS-PL-PT e a MASC e o CBCL*

Dimensões	PA	<i>p</i>
<b>MASC (N=63)</b>		
Sintomas físicos	0,50	0,000
Tensão/impaciência	0,44	0,000
Queixas somáticas	0,49	0,000
Evitamento perigo	0,13	0,307
Perfeccionismo	0,12	0,362
Coping ansioso	0,12	0,362
Ansiedade social	0,22	0,084
Humilhação/rejeição	0,23	0,077
Desempenho em público	0,14	0,275
Ansiedade separação	0,12	0,363
Total	0,35	0,005
<b>CBCL (N=62)</b>		
Ansiedade	0,31	0,015
Depressão	0,37	0,004
Isolamento	0,26	0,044

**Nota.** PA= Perturbações da Ansiedade; MASC = Multidimensional Anxiety Scale for children; CBCL= Children Behaviour Checklist.

A PHDA tem uma correlação estatisticamente significativa com as escalas dos factores externalizantes do CBCL (cf. Quadro 4).

Quadro 4. *Correlação Entre o Diagnóstico de PHDA Obtido Pela K-SADS-PL-PT e o CBCL*

Dimensões	PHDA	<i>p</i>
<b>CBCL (N=62)</b>		
Oposição/imaturidade	0,38	0,002
Agressividade	0,36	0,005
Hiperactividade/problemas de atenção	0,45	0,000

**Nota.** CBCL = Children Behaviour Checklist; PHDA = Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção.

Os valores do coeficiente de Pearson indicam que as Perturbações Disruptivas do Comportamento não apresentam correlações estatisticamente significativas com as escalas dos factores externalizantes do CBCL (cf. Quadro 5).

Quadro 5. *Correlação Entre os Diagnósticos de Perturbações Disruptivas do Comportamento Obtidos Pela K-SADS-PL-PT e o CBCL*

Escalas	PC	<i>p</i>
<b>CBCL (N=62)</b>		
Oposição/imaturidade	-0,06	0,645
Agressividade	0,19	0,143
Hiperactividade/problemas de atenção	-0,03	0,840

*Nota.* CBCL = Children Behaviour Checklist; PC = Perturbações Disruptivas do Comportamento.

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo piloto são consistentes com os obtidos por Kaufman et al. (1997), Kim et al. (2004) e Ghanizadeh et al. (2006), apresentando valores elevados e satisfatórios, quer para a validade consensual, quer para a validade convergente. Contudo, é necessária alguma prudência na interpretação dos valores da validade consensual pois o número de sujeitos com determinadas perturbações foi muito reduzido. O facto de apenas não se terem verificado correlações estatisticamente significativas entre as Perturbações Disruptivas do Comportamento com as escalas dos factores externalizantes do CBCL, poderá ser explicado pelo pequeno número de adolescentes que foram diagnosticados, através da K-SADS-PL, com Perturbações Disruptivas do Comportamento.

No presente estudo, a K-SADS-PL-PT demonstrou ter boa validade no diagnóstico de várias perturbações psiquiátricas nos adolescentes do grupo clinicamente referenciado.

Várias limitações devem ser tidas em conta neste estudo piloto, nomeadamente o reduzido tamanho da amostra e porque para o estudo da validade concorrente foram utilizadas escalas de auto-resposta, que apesar de serem excelentes ferramentas a serem adicionados num processo de avaliação psicológica e fornecerem informação importante ao clínico, não são instrumentos de diagnóstico.

Em termos das implicações do estudo para a investigação e prática clínica futuras, seria importante atestar as propriedades da entrevista numa amostra mais alargada e em adolescentes com outros diagnósticos não representados neste estudo, para que possa ser recomendada a sua utilização em outros contextos. Abranger outras fontes de informação, nomeadamente, administrar a entrevista aos pais das crianças e adolescentes poderá ser de capital importância, uma vez que algumas crianças entrevistadas, não forneceram informação muito detalhada acerca da sua sintomatologia, nem da invalidação que esta lhes causa.

Do ponto de vista clínico, a K-SADS-PL revela ser um precioso instrumento, pois para além de identificar a existência de psicopatologia no adolescente, permite obter diferentes graus de sintomatologia. Ou seja, ao possibilitar a distinção entre sintomatologia clínica e sintomatologia sub-clínica, ajuda a perceber se o adolescente está em risco de desenvolver uma determinada perturbação ou se está efectivamente perturbado. Adicionalmente, com a administração desta entrevista de diagnóstico pode-se recolher informação adicional relevante para a história clínica do adolescente, assim como averiguar alguns factores que vulnerabilizam o indivíduo, ajudando de forma indirecta, a delinear as melhores estratégias para a intervenção. Para além disso, a entrevista favorece indubitavelmente o estabelecimento da relação terapêutica, no entanto, deve-se ter sempre o cuidado de utilizar a linguagem do entrevistado e respeitar o tempo de compreensão das questões de cada um.



Em suma, a versão portuguesa da K-SADS-PL revelou algumas características psicométricas bastante boas, nomeadamente à validade consensual e à validade convergente, numa amostra constituída por crianças e adolescentes do grupo clinicamente referenciado e do grupo da população geral, indicativas da boa capacidade da K-SADS-PL-PT em gerar diagnósticos psiquiátricos válidos e fiáveis. Desta forma, a entrevista parece constituir uma ferramenta útil para implementação na investigação, mas também na prática clínica, mais propriamente na avaliação psicológica de crianças e adolescentes.

## REFERÊNCIAS

- Arnarson, E. & Craighead, E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 577-585.
- Brasil, H., & Bordin, I. (2010). Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *Bio Med Central Psychiatry*, 10, 1-11.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M., & Yazdanshenas, A. (2006). Psychometric properties of the Farsi translation of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version. *Bio Med Central Psychiatry*, 6 (10).
- Kaufman, J., & Schweder, A. (2003). The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children: present and lifetime version (K-SADS-PL). In M. Hersen, D. Segal, & M. Hilsenroth, *In the comprehensive handbook of psychological assessment (CHOPA)* (Vol. 2. Personality assessment, pp. 247-255). New York: John Wiley and Sons.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age-children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, pp. 980-988.
- Kim, Y., Cheon, K.-A., Kim, B.-N., Chang, S.-A., Yoo, H.-J., Kim, J.-W., et al. (2004). The reliability and validity of kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version – Korean version (K-SADS-PL-K). *Yonsei Medical Journal*, 45, 81-89.
- Landis, J., & Koch, G. (1997). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- March, J., Parker, J., Sullivan, K., Sttanlings, P. & Conners, K. (1997). The Multidimensional anxiety scale for children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 554-565.
- Ulloa, R., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R., Cortés, J., ... Peña, F. (2006).

Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 36-40.

## **EFEITOS DIRETOS E INDIRETOS DE ESTRATÉGIAS DE COPING NO STRESS SEXUAL ASSOCIADO À VIVÊNCIA DA INFERTILIDADE**

*MARIANA V. MARTINS*<sup>(\*)</sup>; *MARIA E. COSTA*<sup>(\*)</sup>; *VASCO M. ALMEIDA*<sup>(\*)</sup>; *E BRENNAN D.  
PETERSON*<sup>(\*\*)</sup>

Quase 10% dos casais portugueses em idade de procriação experienciam infertilidade (Carvalho, Santos, Bernardes, Campos, & Almeida, 2009). A infertilidade é definida pela incapacidade do casal conceber depois de um ano de relações sexuais desprotegidas, tendo recentemente sido reconhecida como doença (Zegers-Hochschild et al., 2009). Sendo a capacidade de reprodução parte integrante do desenvolvimento e identidade adultos (Cousineau & Domar, 2007), a vivência deste não-acontecimento tem sido considerada stressor crónico (Benyamini, Gozlan, & Kokia, 2004).

Independentemente do membro do casal diagnosticado, a vivência desta crise parece ser mais desafiante para a mulher, tendo a investigação revelado consistentemente maior stress e pior ajustamento psicológico em comparação com os homens (Peterson, Newton, Rosen, & Skaggs, 2006). Com efeito, as mulheres são as principais pacientes das técnicas de reprodução assistida, tomando a responsabilidade pela ameaça de perda da parentalidade biológica em cada ciclo menstrual. A incapacidade de reprodução pode alterar a natureza da relação sexual do casal, transformando a atividade sexual que antes era espontânea numa tarefa obrigatória programada pela mulher, originando sentimentos de fracasso e insatisfação sexual (Ramazanzadeh, Noorbala, Abedinia, & Naghizadeh, 2009).

A condição crónica da vivência da infertilidade torna muito difícil a conceptualização do modo como o indivíduo pode lidar com a infertilidade. Tendo em conta a elevada pressão e o baixo controle percebido subjacentes à vivência da infertilidade, estratégias passivas e focalizadas na emoção podem ser tão ou mais adaptativas do que aquelas centradas na resolução ativa dos problemas e que tendem a ser mais eficazes de um modo geral (Rapoport-Hubschman, Gidron, Reicher-Atir, Sapir, & Fisch, 2009).

---

<sup>(\*)</sup> Universidade do Porto; <sup>(\*\*)</sup> Chapman University - Investigação apoiada pela bolsa FCT, SFRH/BD/44232/2008.

O presente estudo baseou-se na hipótese de que diferentes estratégias de coping utilizadas especificamente na vivência de infertilidade podem influenciar significativamente os níveis de depressão, que por sua vez se associam positivamente ao stress sexual associado à infertilidade. Foi testado um modelo de mediação entre estes constructos, operacionalizando os níveis de depressão enquanto variável mediadora entre estratégias de coping e stress sexual numa amostra de mulheres nulíparas em tratamento por diagnóstico de infertilidade.

## MÉTODO

### *Participantes*

Foi colocado um anúncio no fórum online da Associação Portuguesa de Fertilidade, convidando à participação no estudo através de uma hiperligação que conduzia a visitante à bateria de questionários, acedendo primeiramente aos objetivos do estudo e ao contacto da investigadora principal em caso de dúvidas. De entre as 200 mulheres que responderam ao questionário, foram incluídas neste estudo aquelas (i) já com um diagnóstico de infertilidade; (ii) sem filhos (conceção espontânea, tratamentos, ou adoção); (iii) que estavam a ser acompanhadas por um especialista, e sem um diagnóstico genético de pré-implantação. Os dados foram recolhidos entre janeiro e março de 2010, e o estudo foi autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados. Todos os itens eram de resposta obrigatória.

A amostra final continha 155 mulheres, com idades compreendidas entre os 23 e os 43 anos ( $M = 31.86$ ;  $DP = 3.90$ ). Em média, as participantes estavam casadas ou em regime de união de fato há cerca de 6 anos ( $DP = 3.22$ ), e estavam a tentar alcançar uma gravidez há cerca de 4 anos ( $DP = 2.77$ ).

### *Material*

As medidas de autorrelato acederam às estratégias de coping associadas à infertilidade, ao nível de depressão, e ao stress sexual associado à infertilidade, tendo sido obtida autorização para o uso das escalas pelos respetivos autores. Ambos os instrumentos que abordam a vivência da infertilidade foram submetidos ao seguinte processo: (i) tradução; (ii) retroversão independente por um investigador bilingue; (iii) reflexão falada individual junto de 5 casais com problemas de fertilidade; (iv) análises de consistência interna; (v) análises fatoriais confirmatórias.

### **Estratégias de coping associadas à infertilidade.**

A Escala de Coping associada a Problemas de Fertilidade (Schmidt, Christensen, & Holstein, 2005; M.V. Martins, Peterson, Almeida, & Costa, 2011) acede às estratégias de coping específicas da vivência da infertilidade. Os sujeitos posicionam-se numa escala de Likert de 1 (“não uso”) a 6 (“uso sempre”), estando os itens ( $n = 15$ ) categorizados em 4 subescalas: estratégias de evitamento ativo (2

itens; e.g. “Evito estar com mulheres grávidas ou crianças”;  $M = 2.67$ ;  $DP = 1.56$ ;  $\alpha = .89$ ); estratégias de confrontação ativa (4 itens; e.g. “Peço conselhos a pessoas que também estão a ter problemas de fertilidade”;  $M = 4.36$ ;  $DP = 1.10$ ;  $\alpha = .69$ ); estratégias de evitamento passivo (3 itens; e.g. “Tento esquecer tudo o que esteja relacionado com infertilidade”;  $M = 1.87$ ;  $DP = 0.97$ ;  $\alpha = .49$ ); e estratégias baseadas na reconstrução de significados (6 itens; e.g. “Encontro outros objetivos de vida”;  $M = 4.14$ ;  $DP = 0.97$ ;  $\alpha = .72$ ).

### **Depressão.**

O Inventário de Depressão de Beck-II (Beck, Steer, & Brown, 1996; A. Martins, Coelho, Ramos, & Barros, 2000) avalia a gravidade da sintomatologia depressiva, e é composto por 21 itens aos quais o sujeito responde numa escala ordinal de 4 pontos específica a cada um dos itens (e.g., tristeza, 0 = não me sinto triste; 3 = estou tão triste ou infeliz que já não aguento). Foram verificados níveis adequados de consistência interna quer na escala ( $M = 1.79$ ;  $DP = 0.47$ ;  $\alpha = .90$ ), quer nos seus fatores: atitude negativa (10 itens;  $\alpha = .83$ ), dificuldades de performance (7 itens;  $\alpha = .70$ ), e elementos somáticos (4 itens;  $\alpha = .68$ ).

### **Stress sexual associado à infertilidade.**

Esta subescala acede ao nível de stress associado à sexualidade na vivência da infertilidade, e pertence ao Inventário de Problemas associados à Fertilidade (Newton, Sherrard, & Glavac, 1999). A versão utilizada para este estudo baseia-se na adaptação para a população portuguesa de (Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, & Soares, in press), tendo também as suas propriedades psicométricas sido validadas (M. V. Martins et al., 2011). A dimensão é composta por 6 itens (e.g., “Posso ficar bastante zangada se não tivermos relações sexuais num dia fértil”;  $M = 2.27$ ;  $DP = 1.06$ ;  $\alpha = .73$ ), nos quais o sujeito indica o seu grau de concordância em 6 pontos.

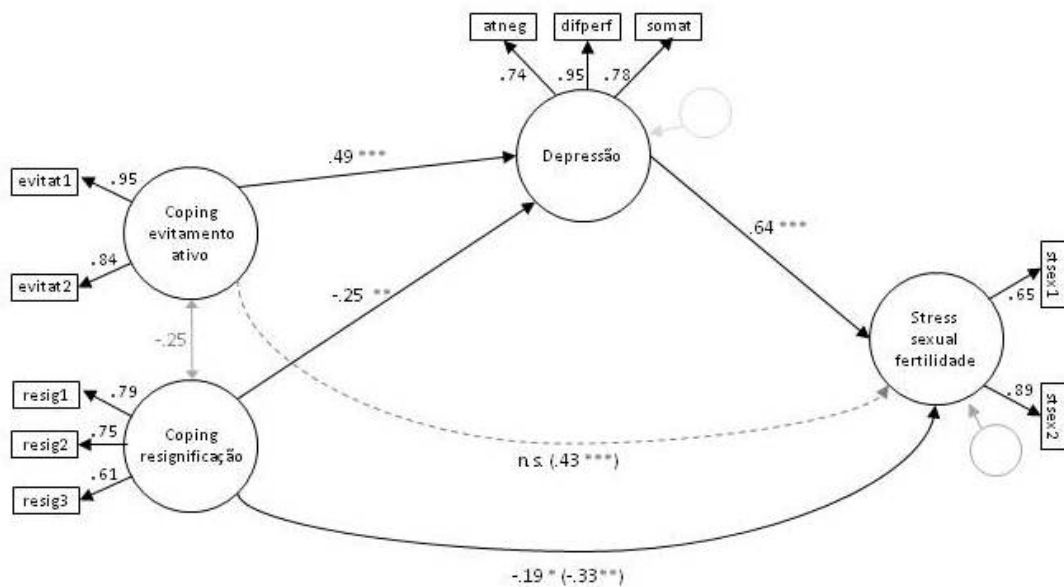
### *Procedimento*

A análise estatística foi conduzida através do PASW, versão 18, e do EQS, versão 6.1. Para a construção do modelo de equações estruturais, e com exceção da variável latente depressão (que contém uma estrutura fatorial de 2ª ordem), utilizou-se o método de transformação dos itens em parcelas. O modelo de mediação proposto seguiu os passos propostos por Baron e Kenny (1986), tendo-se testado a existência de: (i) uma relação significativa entre estratégias de coping e stress sexual; (ii) uma relação significativa entre estratégias de coping e depressão; (iii) uma relação significativa entre depressão e stress sexual, controlando o efeito testado em (i); (iv) uma redução ou cessação na força da associação entre as dimensões de coping e o stress sexual. Consideraram-se os seguintes critérios para um ajustamento global do modelo adequado:  $\chi^2/g.l. \leq 4$ ,  $SRMR \leq .10$ ,  $RMSEA \leq .06$ , e  $CFI \geq .95$ .

RESULTADOS

Procedeu-se a uma análise de correlação entre as variáveis do estudo para determinar o potencial da depressão enquanto variável mediadora, tendo-se verificado associações significativas fracas e moderadas entre os níveis de depressão as restantes variáveis, assegurando ausência de multicolinearidade (Baron & Kenny, 1986).

Verificaram-se efeitos significativos das estratégias de coping no stress sexual, com um efeito positivo do coping de evitamento ativo ( $\beta = .43$ ,  $p < .001$ ), e um negativo do coping de resignificação ( $\beta = -.33$ ,  $p < .01$ ). As variáveis latentes respeitantes ao coping de confrontação ativa e de evitamento passivo não revelaram associações significativas quer com o stress sexual, quer com a depressão, tendo sido retiradas do modelo final. Após a depressão ter sido introduzida como variável mediadora, verificou-se uma cessação na associação entre coping de evitamento ativo e stress sexual (n.s.), e uma diminuição da magnitude na associação entre coping de resignificação e stress sexual ( $\beta = -.19$ ,  $p < .05$ ). Para além dos efeitos diretos na depressão, positivo do coping de evitamento ( $\beta = .49$ ,  $p < .001$ ) e negativo do coping de resignificação ( $\beta = -.25$ ,  $p < .01$ ), verificaram-se efeitos indiretos no stress sexual, quer do coping de evitamento ativo ( $\beta = .31$ ,  $p < .001$ ), quer do coping de resignificação ( $\beta = -.35$ ,  $p < .001$ ).



Nota. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Figura 1.

*Depressão enquanto variável mediadora entre estratégias de coping associadas à infertilidade e stress sexual associado à infertilidade.*

O modelo final (figura 1) demonstra o papel da depressão como variável moderadora entre as estratégias de coping e o stress sexual, apresentando os valores de magnitude dos efeitos diretos. Os índices de ajustamento deste modelo revelaram-se adequados ( $\chi^2(30) = 42.89$ ; SRMR = .05; CFI = .98 RMSEA = .05), e os seus parâmetros diretos significativos explicaram 53.1% da variabilidade do stress sexual.

## DISCUSSÃO

Sem descurar importantes limitações como o facto de se tratar de um design transversal e de apenas considerar a perceção das mulheres submetidas a tratamentos, o modelo testado representa um passo importante na compreensão do stress sexual associado à infertilidade e potenciais preditores.

O resultado mais saliente para a prática da promoção da saúde na vivência da infertilidade consiste no facto de termos encontrado um potencial efeito das estratégias de coping de reconstrução de significados na diminuição da depressão e do stress sexual, sendo este um resultado incomum (Peterson et al., 2009). As estratégias de coping de resignificação revelaram associações quer diretas, quer indiretas (através de uma diminuição nos níveis de depressão), no stress sexual. Por outro lado, os resultados sugerem a existência de uma associação indireta entre coping de evitamento ativo e stress sexual através da depressão, sendo importante que o profissional de saúde indague diretamente a paciente acerca de possíveis sinais de depressão. Caso se verifiquem, é importante referenciar estes pacientes para psicoterapia.

A psicoterapia pode ajudar a enfatizar a utilidade das estratégias de coping de resignificação e o efeito deletério do coping de evitamento ativo, ajudando a paciente a encontrar novos propósitos e a ganhar a perceção da existência de um amadurecimento emocional individual. Estas podem ajudar a baixar os níveis de depressão e a sair da rotina do coito ditado pelo calendário inerente ao ciclo menstrual, recomendando-se também que se façam intervalos desta rotina quando a mulher não está em tratamento.

A investigação futura deve focar-se na utilização de modelos multidimensionais que possam permitir melhor compreender o processo pelo qual passam as mulheres com problemas de fertilidade, utilizando dados longitudinais que permitam confirmar a direccionalidade das relações aqui observadas.

## AGRADECIMENTOS

Associação Portuguesa de Fertilidade.

REFERÊNCIAS

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1183-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-II Manual*. New York: The Psychological Corporation.
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2004). On the Self-Regulation of a Health Threat: Cognitions, Coping, and Emotions Among Women Undergoing Treatment for Infertility. *Cognitive Therapy & Research*, 28(5), 577-592. Retrieved from doi:10.1023/B:COTR.0000045566.97966.22
- Carvalho, J. L. S., Santos, A., Bernardes, J., Campos, D. A., & Almeida, V. (2009). Estudo da FMUP revela: 9% dos casais portugueses são inférteis. Acedido em setembro 2011, [http://sigarra.up.pt/fmup/noticias\\_geral.ver\\_noticia?p\\_nr=1584](http://sigarra.up.pt/fmup/noticias_geral.ver_noticia?p_nr=1584)
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Bailliere's Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293-308. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003
- Martins, A., Coelho, R., Ramos, E., & Barros, H. (2000). Administração do BDI-II a adolescentes portuguesas: resultados preliminares. *Revista Portuguesa Psicossomática*, 2(1), 123-132.
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26(8), 2113-2121. doi: 10.1093/humrep/der157
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Soares, I. (in press). Assessing infertility stress: Reexamining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Human Reproduction*. doi: 10.1093/humrep/der388
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54-62. doi: 10.1016/S0015-0282(99)00164-8
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9), 2443-2449. doi: 10.1093/humrep/del145
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J., & Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction*, 24(7), 1656-1664.
- Ramazanzadeh, F., Noorbala, A. A., Abedinia, N., & Naghizadeh, M. M. (2009). Emotional adjustment in infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 7(3), 97-103. Retrieved from [www.ijrm.ir](http://www.ijrm.ir)



Rapoport-Hubschman, N., Gidron, Y., Reicher-Atir, R., Sapir, O., & Fisch, B. (2009). "Letting go" coping is associated with successful IVF treatment outcome. *Fertility & Sterility*, 92(4), 1384-1388. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.08.012

Schmidt, L., Christensen, U., & Holstein, B. E. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*, 20(4), 1044-1052. doi: 10.1093/humrep/deh687

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., et al. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. *Human Reproduction*, 24(11), 2683-2687. doi: 10.1093/humrep/dep343.

## **ONDE ESTÁ O SUJEITO? REFLETINDO SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE NO SISTEMA BRASILEIRO**

*VITOR MENDONÇA (\*) E IANNI SCARCELLI (\*)*

No Brasil, a política de saúde passou a ter expressão e ganhar reconhecimento e dimensão social após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), já que, antes dele, a saúde nunca foi pensada como direito (Paim, 2008).

Os anos que antecederam a criação do SUS foram marcados pela conquista da democracia, além, é claro, dos movimentos sociais que defendiam os avanços no campo da saúde pública, formulados pelo Movimento de Reforma Sanitária. Dentre alguns princípios da Reforma, destacaram-se o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação do SUS e a ampliação do conceito de saúde. Essas propostas ganharam destaque na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Mas, somente em 1988, com a promulgação da Constituição, consolidou-se a criação do SUS, que garantia o direito à saúde para todos os brasileiros (Mattos, 2009; Paim, 2008; Santos, 2010).

Seus princípios doutrinários, expressos na Constituição de 1988, são: universalização, igualdade e equidade.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

O princípio da equidade significa tratar as diferenças em busca da igualdade, respeitando suas particularidades. Do mesmo modo, assegura a universalidade e a igualdade no acesso gratuito às ações e serviços de saúde, em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde (Paim, 2003), sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Brasil, 1990). Os três juntos afirmam a doutrina do SUS, bem como suas diretrizes expressas no art. 198.

---

(\*) Universidade de São Paulo- Brasil.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade (Brasil, 1988).

A integralidade é a premissa que articula as ações e serviços de saúde preventivos e curativos, tanto em nível individual quanto coletivo, exigidos para cada situação e em todos os níveis de complexidade do sistema. O atendimento integral deve priorizar as atividades preventivas, sem haver o prejuízo dos serviços assistenciais (Brasil, 1990; Mattos, 2009). O termo integralidade é derivado da noção proposta pela medicina integral, que em linhas gerais, critica a concepção que fragmenta o cuidado, privilegia as especialidades médicas e faz recortes analíticos, atentando-se somente a uma especialidade e a postura reducionista do indivíduo com dimensões exclusivamente biológicas, sem considerar os aspectos psicológicos e sociais (Mattos, 2006).

Sendo assim, o princípio da integralidade tem relação com a recusa às formas de reducionismo, a começar pelo reducionismo de sujeitos a objetos. Assim, é preciso reconhecer que as práticas de cuidado são necessariamente intersubjetivas, e que devem se pautar por uma determinação das necessidades de ações e serviços de saúde em cada situação, tanto de grupos como de pessoas (Mattos, 2009).

Segundo Mattos (2006), a integralidade não deve ser pensada somente como uma diretriz constitucional do SUS, mas, como uma “bandeira de luta” com o objetivo de enunciar características do sistema de saúde e suas práticas que são consideradas desejáveis. E vai mais além, pois “ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (p. 43).

Outra proposta do Governo que também procura valorizar o sujeito enquanto indivíduo implicado no processo de produção da saúde é o HumanizaSUS, ou também chamado de humanização. Foi iniciada 2003, com a finalidade de implantar ações humanizadas e estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção da saúde. Os documentos governamentais definem humanização como:

[...] a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a

co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2003, p. 9).

A humanização vem para reforçar os direitos dos usuários e reduzir os casos de discriminação, sendo necessárias melhorias e novas políticas para assegurar a qualidade no cuidado e o direito dos usuários nos serviços de saúde brasileiros, uma vez que o acesso ao sistema é deficitário. Mattos (2009) analisou o documento “O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade”, redigido em 2006 no Fórum da Reforma Sanitária, e percebeu que as condições de acesso e as práticas de saúde no âmbito do SUS, de modo geral, não estavam muito diferentes dos anos anteriores a sua criação. Ainda hoje se encontram filas que podem se formar desde a madrugada para retirada de senhas, triagens e horas em locais de esperas são constantes, e necessitam, quase sempre, percorrer mais de uma instituição para realização de exames e obtenção de medicamentos.

Apesar disso, em alguns aspectos específicos, é possível perceber melhoras no acesso aos serviços de saúde quando comparado há anos anteriores. Porém, ao se confrontar os dados brasileiros com de outros países, ainda é preciso investir em formas universais de acesso. Para melhor visualização, é possível tomar como exemplo a consulta médica. Em 1998, 55% da população consultou um médico, e esse número cresceu para 68% em 2008. Porém, esse número ainda é baixo quando comparado aos países mais desenvolvidos, que varia de 68% nos Estados Unidos da América a mais de 80% em países como Alemanha, Canadá e França (Paim, Travassos, Almeida, Bahia & Macinko, 2011).

Outro ponto interessante, em relação ao acesso dos usuários ao sistema de saúde, diz respeito às internações financiadas pelo SUS. Em 1982, foram financiadas 13,1 milhões de internações por ano, já em 2009, esse número caiu para 11,1 milhões, e o Ministério da Saúde afirma ter conhecimento que as taxas de internações são consistentemente mais altas entre as pessoas com seguros de saúde privados do que entre pessoas sem planos de saúde (Paim, Travassos, Almeida, Bahia & Macinko, 2011).

No que se refere a questões que envolvem o modelo médico, ainda hegemônico, do ponto de vista da prática, no âmbito do sistema brasileiro, é relevante o entendimento de Clavreul (1978), quando declara que a medicina apaga a posição do enunciador do discurso que é a do próprio doente, no enunciado do sofrimento, ou seja, a prática médica parece desconhecer o sujeito enquanto ser social e psicológico.

Sucupira (2007) aponta que muitas vezes, no Brasil, a relação médico e o paciente têm o predomínio de procedimentos sofisticados e equipamentos de ponta, deixando à margem as questões para além da doença, como o alcoolismo, problemas relacionados ao casamento, emprego. Isso, segundo a autora, exigiria do profissional outras habilidades, que vão além dos conhecimentos estritamente biomédicos, haja vista, a hegemonia do modelo biológico organicista que domina a formação médica.

É fato que nos serviços de pronto-atendimento, o modelo centrado na doença é preponderante. A prática está resumida em dar uma respostas imediatas, baseadas na díade queixa e conduta, para dispensar o mais depressa possível a clientela em função do acúmulo de demanda. O foco está totalmente na doença e não no indivíduo (Sucupira, 2007).

É fato também que o modelo médico de hoje tem uma forte incidência da medicalização dos sujeitos, pois, segundo Rose (2010), muitos profissionais da saúde têm a esperança de que avanços na medicina levarão a um alívio do sofrimento e evitarão muitas doenças, a partir do desenvolvimento de drogas mais efetivas e seguras.

Este trabalho teve o objetivo de desenvolver uma discussão teórica acerca dos reflexos e consequências produzidos na vida dos usuários do sistema de saúde no Brasil, tomando como referência as ações práticas dos profissionais, mais especificamente, o modelo médico de saúde empregado e a rotina dos processos de integralidade e humanização para os usuários.

### **O sujeito nas práticas de saúde?**

O primeiro aspecto a destacar é o paradoxo que se encontra no tratamento ofertado ou esperado para o usuário que se encontra inserido no sistema de saúde brasileiro. No papel, o texto é muito bonito, os modos para atuação são invejáveis, mas, e na prática? Parece que a política que está redigida no papel não consegue ser consolidada no campo de atuação.

Aprender quem é esse sujeito? O que ele busca? Só é preciso tratar a doença? Essas são questões que muitas vezes não perpassam a realidade do modelo médico colocado. Torna-se um equívoco reduzir a pessoa, usuária do SUS, ao tratamento medicamentoso para eliminar a doença. E os aspectos sociais e emocionais dessa pessoa? Rose (2010) certifica que a medicalização individualiza retira a atenção dos profissionais de saúde das causas sociais, ficando concentrado só, e somente só, nas condições biológicas do indivíduo. E o autor vai mais além, dizendo que para alguns autores essa prática pode ser associada a uma nova eugenia, buscando eliminar aqueles geneticamente inferiores, tendo assim, consequência na sociedade de hoje, que mais e mais problemas do dia-a-dia estão sendo tratados na medicina.

Alguns autores, como Sucupira (2007), justificam essa prática médica, de não conseguir compreender mais amplamente o paciente e as suas demandas, de não ir além da queixa orgânica que ele explicita, baseada nas limitações impostas ao longo da formação do médico, que não privilegia o paciente como o centro e o objeto da atenção. Essa é uma questão que a própria autora questiona, porque há anos se fala dessa ausência de uma formação mais humanizada na medicina e parece que nada é feito para tentar reverter essa situação.

Um outro paradoxo se destaca quando constatamos que a medicina não construiu um conhecimento sobre a experiência do sofrimento, apesar de lidar cotidianamente com ele. Foi construído forma de

resposta a esse sofrimento, oferecendo-se apenas uma reação à doença, que supostamente causa esse sofrimento. E mais uma vez a medicina deixa de lado o sujeito para lidar com a doença, reduzindo o outro apenas a um objeto (Mattos, 2009).

Um fato que tem contribuído para evidenciar a necessidade de elaboração de modelos médicos diferenciados e de uma relação mais humanizada entre o médico e o usuário, segundo Sucupira (2007), está no reconhecimento por parte dos usuários dos seus direitos. Diante desse reconhecimento parece instalar-se uma situação de “ameaça” o que levaria o profissional adotar uma mudança no seu modo de atuação. E podemos pensar mais além, uma vez que a ameaça do seu reconhecimento profissional é mais importante que seguir e implementar as ações para uma prática humanizada, conforme orienta a política HumanizaSUS.

De acordo com a política de humanização, o conceito de clínica ampliada deve pautar o trabalho do profissional da saúde, tendo o compromisso com o sujeito e seu coletivo, e estimulando a coresponsabilidade no processo de produção da saúde. Mas, pelos autores estudados, essa diretriz parece não estar clara, principalmente, para os médicos. Assim também, não é percebida a gestão participativa, com a ampliação do diálogo entre os profissionais, os profissionais e a população, e os profissionais e a administração (Brasil, 2003). Um questionamento se faz pertinente aqui, o Governo colocou na política a palavra ampliar o diálogo, será que algum dia e em algum lugar esse diálogo era possível antes da humanização? Um ponto a ser pensando, haja vista que os autores aqui discutidos (Mattos, 2006; Mattos, 2009; Sucupira, 2007) falam justamente o oposto, que há uma falta de diálogo entre o profissional e o usuário, devido também, ao modelo médico praticado.

É preciso partilhar com Mattos (2009) a ideia de que é necessária a transformação das práticas em saúde, a fim de se ter novos modos de caracterizar a realidade e os problemas que perpassam a vida dos usuários do sistema de saúde brasileiro. Segundo o autor, é preciso disparar processos que desencadeiem a reflexão e a análise das práticas de saúde pelos que nela estão engajados, porém, o próprio autor reconhece que não é uma tarefa fácil nos dias de hoje.

Por mais que a transformação nas práticas possa parecer uma tarefa difícil de ser executada, é necessário então, pensar em estratégias. Mattos (2009) sugere que para se pensar em uma mudança no modelo de atenção à saúde, torna-se fundamental concentrar-se na ideia do usuário-cidadão como um ser integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos ou pedaços de gente doentes. Além disso, a humanização deve permear todo esse processo de modificação.

Pensando ainda, nesse processo de transformação, é absolutamente aceitável defender a integralidade como um valor a ser sustentado e amparado nas práticas dos profissionais de saúde. É preciso ter em mente, no entanto, que não se pode atribuir apenas ao médico a responsabilidade de responder ao sofrimento manifesto do paciente. A atitude do médico, motivada por algum sofrimento,

pode ser aproveitada para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto dos usuários, ou então, investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustrando um dos sentidos da integralidade no processo de saúde (Mattos, 2006).

Mattos (2006) sinaliza que a transformação na prática dos profissionais de saúde, e principalmente, nos modelos médicos vigentes, deva recomendar hábitos e comportamentos, e não só tratar os doentes. É preciso sugerir modos de vida mais saudáveis capazes de impedir o adoecimento. Sobretudo, é importante que os usuários tenham o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde.

Para tanto, a lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais de saúde é a de tornar mais fácil a vida do usuário, no usufruto dos seus direitos, na tentativa de se organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde e de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam assistência e cuidado (Mattos, 2009).

Além do mais, é fundamental lembrar que o SUS assuma que a saúde não depende apenas de assistência médica, ela é o resultado de toda a vida do indivíduo, de seu trabalho, sua moradia, sua educação e seu lazer. Nesse sentido, faz-se pertinente destacar que para promover a saúde dos usuários tem que haver uma garantia mínima de investimento nos setores sociais.

Mattos (2009) considera de grande valia pensar sobre as práticas de saúde que têm sido empregadas nos dias de hoje, e destaca que trazer o outro e seu sofrimento para o campo das reflexões sobre as práticas concretas, é uma trajetória aberta ao diálogo e a negociação, pensando em uma possibilidade de sempre avaliar o trabalho que é desenvolvido, e assim, por meio do diálogo, reconhecer as necessidades de saúde todos e de cada um.

A proposta deste trabalho, não foi de apontar as falhas que o sistema brasileiro de saúde apresenta. Mas, uma tentativa de questionar as práticas profissionais que desfavorecem o sujeito em detrimento de uma alteração orgânica, para que novos caminhos possam ser traçados e discutidos, pensando-se sempre na garantia do direito dos usuários, enquanto pessoas e não objetos. Foi uma forma de ressaltar que ainda os usuários são vistos como portadores de doenças, muitas vezes reduzidos à sua alteração orgânica e destituídos de subjetividade.

Essa tendência é o aspecto mais relevante a ser considerado na grande tendência à medicalização, uma vez que a formação dos profissionais de saúde ainda privilegia o modelo biomédico, ao invés de uma perspectiva interdisciplinar. Portanto, há passos importantes a serem dados, no sentido de uma atuação em saúde que privilegia o modo de vida do usuário e de poder acolhe-lo de maneira mais integral e humanizada.

## REFERÊNCIAS

- Brasil. (1988). Constituição. *Constituição [da] República Federativa do Brasil*, Brasília: Senado Federal. Arts. 196 a 200. Retirado em 14 maio, 2011, de <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Retirado em 14 maio, 2011, de <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>.
- Brasil. (2003). *Política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Retirado em 16 maio, 2011, de <http://www.saude.gov.br>
- Clavreul, J. (1978). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Ed. Brasiliense.
- Mattos, R. A. (2006). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 41-66). Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Mattos, R. A. (2009). Princípios do sistema único de saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*, 13 (1), 771-780. Retirado em 18 de abril, 2011, de [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br).
- Paim, J. S. (2003). Políticas de saúde no Brasil. In Z. M. Rouquayrol & N. Almeida Filho. *Epidemiologia & saúde* (pp. 587- 603). Rio de Janeiro: MEDSI.
- Paim, J. S. (2008). A reforma sanitária brasileira e o sistema único de saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis*, 18 (4), 625-644. Retirado em 18 de abril, 2011, de [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br).
- Paim, J. S., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, 6736 (11), 11-31. Retirado em 21 de maio, 2011, de [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
- Rose, N. (2010). A biomedicina transformará a sociedade? O impacto político, econômico, social e pessoal dos avanços médicos no século XXI. *Psicologia & Sociedade*, 22 (3). Retirado em 21 de maio, 2011, de [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br).
- Santos, N. R. (2010). *SUS: qual o rumo?* Subsídio à reunião de planejamento do CEBES de 26 a 27 de fevereiro de 2010. Rio de Janeiro: CEBES. Retirado em 18 de abril, 2011, de [http://www.cebes.org.br/media/file/SUS\\_QUAL\\_O\\_RUMO.pdf](http://www.cebes.org.br/media/file/SUS_QUAL_O_RUMO.pdf).



Sucupira, A., C. (2007). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface (Botucatu)*, 11 (23). Retirado em 25 de maio, 2011, de [www.scielo.org](http://www.scielo.org).

## **ESPELHO MEU, EXISTE ALGUÉM MAIS BELA DO QUE EU? : NOVOS MODOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

*VITOR MENDONÇA (\*) ; EDA CUSTÓDIO (\*) E LIGIA FURUSAWA (\*)*

A sociedade contemporânea assiste deslumbrada à passagem dos “corpos perfeitos”, que invadem progressivamente todos os espaços da vida moderna. A expectativa de corpo das pessoas em relação aos padrões de beleza é o que provavelmente interliga uma variedade de fenômenos cada vez mais comuns, como as incidências de anorexia e bulimia, e as cirurgias plásticas estéticas (Leal et al., 2010; Poli Neto & Caponi, 2007).

Quando se fala em estudar o corpo como se representa na atualidade, é preciso compreender que influências dos contextos históricos, sociais, religiosos, culturais e econômicos se fizeram presentes nos pensamentos dos indivíduos e das sociedades. No século XVIII, a partir da revolução industrial, o corpo passou a ser explorado pela sua força produtiva com fins de capitalização, e seu controle tornou-se necessário. Aos poucos, o indivíduo recuperou para o seu corpo o aspecto espiritual e mental. O século XX devolveu à matéria seu caráter animado, surgindo a noção de sujeito inserido na construção do mundo e o pensamento de que o corpo passa a ser teorizado como objeto de debates políticos e filosóficos. Mais à frente, surgiu uma ideia de possível transformação na noção de sujeito moderno, que abriu mais espaço ao corpo. A subjetividade, antes ligada à consciência, aos aspectos intelectuais e morais, estaria, agora, mais atrelada aos cuidados do corpo e à chamada corpolatria (Castro, 2007).

Um olhar histórico sobre o corpo, a beleza e a mulher também contribui para a compreensão de como suas representações se deslocam e se transformam de acordo com os ideais de cada época. O corpo feminino foi se recompondo como produto social, histórico e cultural, mas, apesar das mudanças, a mulher continua submissa – antes da dominação dos homens – atualmente da árdua tarefa de corresponder ao padrão de juventude, beleza e saúde. Assim se poderia dizer que o corpo se tornou o mais submisso objeto de coerção social (Castro, 2007; Goldenberg, 2005; Leal et al., 2010).

Leal et al. (2010) consideram o movimento feminista o grande responsável pela “libertação” do corpo de suas antigas prisões de procriação e pelo uso de uma indumentária restrita, ocasionando hoje a exposto desse corpo a coerções sociais redobradas em valores morais quanto à beleza estética.

---

(\*) Universidade de São Paulo- Brasil.

O final do século XX e início do século XXI estão marcados como o período de auge do culto ao corpo ou corpolatria, que pode ser compreendido como uma

[...] relação dos indivíduos com seus corpos que tem como preocupação básica o seu modelamento, a fim de aproximá-lo o máximo possível do padrão de beleza estabelecido. De modo geral, o culto ao corpo envolve não só a prática de atividade física, mas também as dietas, as cirurgias plásticas, o uso de produtos cosméticos, enfim, tudo que responda à preocupação de se ter um corpo bonito e/ou saudável (Castro, 2007, p.17).

Goldenberg (2005) indica que esse momento de culto ao corpo se tornou uma verdadeira obsessão, transformando-se em um estilo de vida entre algumas mulheres. Nos dias de hoje, as mulheres de maior prestígio na sociedade são as atrizes e as modelos que fizeram de seu corpo, beleza e aparência física uma forma de distinção, passando de mulheres desconhecidas a celebridades invejadas e imitadas pelas mulheres brasileiras.

A realidade social nos permite supor que a excessiva valorização do corpo jovem e magro tem influenciado as práticas sociais de mulheres no que diz respeito aos cuidados com o corpo. O avanço nas ciências e tecnologias permite à mulher moderna a possibilidade de transformar o seu corpo. Dessa forma, o corpo foi liberto de algumas restrições e passou a ser objeto de outras. A obsessão por magreza, regimes alimentares, técnicas de modelagem do corpo, cirurgias plásticas e consumo de produtos cosméticos exerce um poder normalizador perverso e tirano, que aprisiona o corpo a uma aparência que seja digna de ser exposta (Castro, 2007; Cernadas, 2009; Goldenberg, 2005; Leal et al., 2010).

Segundo Goldenberg (2005), a associação corpo e prestígio se tornou um elemento fundamental da cultura brasileira, fato esse que pode ser comparado com a cultura francesa, uma vez que a mulher francesa tem a aparência centrada na própria roupa, já a brasileira usa o corpo para ser o centro das estratégias de vestir. As francesas, ainda, procuram se produzir com roupas que disfarçam algumas formas indesejadas; as brasileiras expõem o corpo e frequentemente reduzem a roupa. Dessa forma, na cultura brasileira, além de o corpo ser muito mais importante do que a roupa, ele é a verdadeira roupa. É o corpo que entra e sai da moda; a roupa apenas é um acessório para exposição desse corpo da moda.

Os excessos cometidos pelas mulheres, não só em relação à magreza, mas também o corpo rígido, sem flacidez, dobras ou celulite, é associado à saúde, bem-estar e felicidade. E isso pode ser alcançado pela vontade e esforço do próprio indivíduo ou por meio de procedimentos cirúrgicos, que podem ser a solução mais rápida para superar as insatisfações com o corpo (Goldenberg, 2005; Leal et al., 2010; Poli Neto & Caponi, 2007).

Dados demonstram que a brasileira é a campeã na busca de um corpo perfeito (Goldenberg, 2005; Poli Neto & Caponi, 2007). Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), a brasileira, em especial, tornou-se, logo após a norte-americana, aquela que mais faz cirurgia plástica no mundo. São mais de 600 mil brasileiros que se submeteram a pelo menos um procedimento em 2003, afirma Goldenberg (2005).

A cirurgia é um ramo da Medicina especializada no tratamento de deformidades, lesões ou doenças externas ou internas realizadas por meio de operações. No contexto das possibilidades cirúrgicas, está a cirurgia plástica, que tem por finalidade a reconstituição artificial de uma parte do corpo e procura alcançar o equilíbrio da estrutura corporal com a finalidade de uma unidade estética (Leal et al., 2010). Segundo a Sociedade Americana de Cirurgia Plástica (ASPS), a cirurgia plástica estética é realizada com o objetivo de proporcionar uma nova forma a estruturas normais do corpo com a finalidade de melhorar a aparência do paciente e sua autoestima (Poli Neto & Caponi, 2007).

No entanto, durante muitos anos, a cirurgia plástica para fins meramente estéticos era considerada uma imoralidade pelos próprios cirurgiões regulares. Porém, a cirurgia plástica estética passa de uma prática marginal, antes da década de 1950, para uma especialidade reconhecida e cada vez mais procurada pelos médicos, segundo Poli Neto e Caponi (2007).

De acordo com Leal et al. (2010), esse tipo de cirurgia vem sendo popularizado, deixando de ser um procedimento restrito à classe alta. Ainda é o sexo feminino que compõe quase a totalidade dos números de cirurgias, cerca de 90%, e, em geral, tem crescido o número de jovens que buscam o procedimento.

Este trabalho pretende avaliar os processos que atravessam as práticas femininas de cuidado com o corpo, a partir de mulheres brasileiras que buscam cirurgias plásticas.

## RESULTADOS

No Brasil, as três principais motivações para a realização de uma cirurgia plástica são: corrigir defeitos físicos, atenuar os efeitos do envelhecimento e esculpir um corpo perfeito. Essa última motivação é a que mais cresce no País, mencionam Poli Neto e Caponi (2007).

Segundo a pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Datafolha (2009), que procurou conhecer a situação da cirurgia plástica no Brasil, durante o período compreendido entre setembro de 2007 e agosto de 2008, é possível afirmar que 73% das cirurgias realizadas são estéticas, ou seja, 457 mil brasileiros se submeteram a um procedimento cirúrgico estético. Desses 73%, é possível identificar os três procedimentos mais procurados: o aumento de mamas (96 mil procedimentos, ou seja, 21%), lipoaspiração (91 mil procedimentos, o que representa 20%) e abdômen (69 mil procedimentos, ou

seja, 15%). Esses dados mostram que, pela primeira vez no País, a cirurgia de aumento das mamas superou a realização da lipoaspiração.

Ainda segundo a pesquisa, 82% dos procedimentos cirúrgicos são realizados em clínicas e/ou hospitais particulares, ou seja, são custeados pelo próprio paciente e não por convênio médico. Projetando o número total de intervenções com o universo de profissionais habilitados, são realizadas, no Brasil, aproximadamente, 629 mil cirurgias plásticas por ano, o que equivale a uma média de 15 cirurgias por mês para cada profissional (Datafolha, 2009).

Observando-se o perfil do paciente que busca o procedimento cirúrgico estético, verifica-se que 88% são mulheres, e 38 % delas têm entre 19 e 35 anos de idade. Outro dado relatado pela pesquisa é que 65% dos profissionais médicos possuem o título de especialista, e 60% estão concentrados na Região Sudeste do País. Para o presidente da SBCP, o título de especialista é fundamental para o cirurgião plástico, devido à alta especificidade da profissão. Assim, evita o aparecimento de situações indesejadas aos médicos, como a insatisfação do paciente com o resultado e o aumento de casos e denúncias por erro médico (Datafolha, 2009).

Casos de ocorrência por erros ou imperícia durante a realização de cirurgias plásticas e insatisfações com o seu resultado têm crescido, assim como aumentam os procedimentos cirúrgicos no Brasil. Ou seja, o consumo de recursos médicos pela população brasileira vem crescendo e, conseqüentemente, tem elevado os acontecimentos denominados eventos adversos, ou mais comumente chamados de erros médicos, durante ou após a assistência ao paciente, a ponto de ser considerado um problema social por diversos autores (Carvalho & Vieira, 2002; Cernadas, 2009; Fujita & Santos, 2009; Gomes, Drumond & França, 2001; Leal et al., 2010; Mendes et al., 2005; Rosa & Perini, 2003; Udelsmann, 2002).

O erro médico é entendido e conceituado como “a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir dano à vida ou agravo à saúde de outrem, mediante imperícia, imprudência ou negligência” (Gomes, Drumond & França, 2001, p. 27). Giostri (2002, p. 136) entende o erro médico como “uma falha no exercício da profissão, do que advém um mau resultado ou um resultado adverso, efetivando-se através da ação ou da omissão do profissional”.

Hoje, a ocorrência dos erros médicos tem tomado grandes proporções, principalmente pela influência da mídia, que desencadeia uma forte pressão para se descobrir o culpado e a causa do erro (Rosa & Perini, 2009).

Nos Estados Unidos, o Instituto de Medicina desenvolveu um projeto para avaliar as denúncias de má prática dos profissionais médicos americanos, haja vista que o erro médico estava situado em quarto lugar entre as maiores causas de óbito da população, no ano de 1997, com uma estimativa de aproximadamente 98 mil mortes de cidadãos americanos, anualmente, em consequência dos erros

médicos. Somente no ano de 1995, houve mais de três mil ações contra médicos nos Estados Unidos (Gomes, Drumond & França, 2001).

No Brasil, não se tem uma dimensão real de óbitos causados por erros médicos, dado que não existe um órgão responsável por esse controle e, também, pelo fato de ser uma temática com poucos trabalhos de referência na comunidade científica brasileira. Por outro lado, os estudos brasileiros dão maior ênfase ao número de denúncias registradas nos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) do Brasil, aos processos disciplinares aplicados, ao perfil dos médicos denunciados e trazem, ainda, algumas “regras” importantes para que os médicos evitem e previnam o erro e não sofram aborrecimentos (Fujita & Santos, 2009; Gomes, Drumond & França, 2001; Udelsmann, 2002).

Mendes et al. (2005) realizaram uma revisão das pesquisas sobre o tema, circunscrita à produção encontrada em bases de dados nacionais e internacionais. A análise mostrou uma grande concentração de pesquisas realizadas em países da Europa e América do Norte, atingindo patamares de incidência, entre as vítimas de erro médico, com variação de 2,9 a 16,6 por 100 pacientes que eram submetidos a algum tipo de intervenção médica. Nesse mesmo estudo, os autores não avaliaram as produções nacionais, visto que a metodologia utilizada na revisão de prontuários eletrônicos não é registrada no Brasil, inviabilizando a avaliação das pesquisas nacionais. Contudo, foi possível identificar 26 artigos e 16 teses e/ou dissertações, até o ano de 2004, no Brasil, a partir de descritores como “eventos adversos”.

No que diz respeito à referência feita pelas pesquisas à condição dos pacientes (Fujita & Santos, 2009; Rosa & Perini, 2003; Udelsmann, 2002), percebe-se claramente que a comunidade médica está se sentindo acuada, devido ao “fortalecimento” da cidadania, visto que despertou nos indivíduos a noção de seus direitos, o que, segundo os autores, tornou o paciente mais contestador e exigente. Essa relação de “poder” permite ao paciente recorrer às ações legais quando percebe que foi lesado por um erro decorrente da assistência médica (Fujita & Santos, 2009; Rosa & Perini, 2003; Udelsmann, 2002).

O erro médico tem sido apontado por alguns estudos como um problema social, que tem levado à morte muitas pessoas no Brasil e no mundo e, por isso mesmo, passou a ser considerado um problema de saúde pública (Cernadas, 2009; Fujita & Santos, 2009; Gomes, Drumond & França, 2001; Leal et al., 2010; Rosa & Perini, 2003). Portanto, não há como negar que existe uma estreita relação entre a busca de um corpo perfeito e a realização de procedimentos cirúrgicos estéticos, especialmente, entre as mulheres, tornando-as escravas de um modelo ideal de beleza que a sociedade impõe e vítimas de uma coerção social que tem conduzido a uma situação prejudicial à saúde. Dadas tais constatações, salienta-se a necessidade de se compreender as experiências e vivências de mulheres que buscaram o procedimento cirúrgico estético em benefício de um corpo “ideal” e saíram marcadas como vítimas de algum erro decorrido desse procedimento, bem como a importância de se analisar a existência e implicação das políticas públicas brasileiras na intervenção e suporte às vítimas de erro médico.

No que se refere ao corpo feminino, observa-se que existem, associados a ele pensamentos e sentimentos que estão na base da vida social e, por isso, esse corpo pode ser entendido como um objeto social sobre o qual se compartilham ideias na vida cotidiana. A realidade social atual permite supor que a excessiva valorização do corpo jovem e magro tem influenciado as práticas sociais de mulheres, no que diz respeito aos hábitos alimentares e aos cuidados com o corpo. E mais, essas mulheres têm adotado estratégias de conformação aos padrões de corpo na atualidade, como a busca de cirurgia plástica estética.

Em todas as suas formas, a cirurgia plástica ganhou um destaque no País, devido ao grande número de pessoas adeptas ao procedimento. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, a população brasileira é a segunda no *ranking* em adotar a prática de cirurgia plástica no mundo, perdendo somente para os norte-americanos. É possível afirmar que, no País, é realizada uma média de 500 mil procedimentos cirúrgicos estéticos por ano. O público consumidor é caracterizado por 88% mulheres, e 82% das cirurgias plásticas estéticas no Brasil são custeadas pelo próprio paciente, ou seja, os gastos com os procedimentos são pagos particularmente, e não por convênio médico, segundo a pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha, divulgada em 2009. Assim, quanto mais cirurgias plásticas acontecem, maior a probabilidade de ocorrência do erro médico, justificada também, pelo aumento de profissionais sem capacitação técnica exigida. E é isso que se verifica na realidade.

Por fim, destaca-se que a mulher contemporânea que está em busca de um corpo perfeito de maneira mais rápida, reflete novos modos de promoção da saúde que precisa ser acompanhada pelos órgãos de saúde do país, para que não se torne um hábito.

#### REFERÊNCIAS

- Carvalho, M., & Vieira, A. A. (2002). Erro médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria*, 78, 261-268. Retirado em 18 agosto, 2009, de [www.scielo.org](http://www.scielo.org).
- Castro, A. L. (2007). *Culto ao corpo e sociedade: mídia, estilos de vida e cultura de consumo* (2. ed.). São Paulo: Annablume.
- Cernadas, J. M. C. (2009). Participación de los pacientes y los padres em la prevención de los errores em medicina. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107 (2), 97-98. Retirado em 18 agosto, 2009, de <http://www.scielo.org.ar>
- Fujita, R. R., & Santos, I. C. (2009). Denúncias por erro médico em Goiás. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55 (3), 283-289. Retirado em 10 agosto, 2009, de [www.scielosp.org](http://www.scielosp.org)
- Giostri, H. T. (2002). *Erro médico à luz da jurisprudência comentada*. Curitiba: Juruá.

- Goldenberg, M. (2005). Gênero e corpo na cultura brasileira. *Psicologia Clínica, 17* (2), 65-80.  
Retirado em 12 julho, 2010, de <http://www.scielo.org>.
- Gomes, J. C. M., Drumond, J. G. F., & França, G. V. (2001). *Erro médico* (3. ed.). Montes Claros: Ed. Unimontes.
- Instituto de Pesquisa Datafolha (2009). *Cirurgia plástica no Brasil*. Recuperado em 25 maio, 2010, de <http://www.cirurgioplastica.org.br>.
- Leal, V. C. L. V., Catrib, A. M. F., Amorim, R. F., & Montagner, M. A. (2010). O corpo, a cirurgia estética e a saúde coletiva: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva, 15* (1). Retirado em 01 julho, 2010, de <http://search.scielo.org/>.
- Mendes, W., Travassos, C., Martins, M., & Noronha, J. C. (2005). Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 8* (4), 393-406.
- Poli Neto, P., & Caponi, S. N. C. (2007). A medicalização da beleza. *Interface (Botucatu), 11* (23), 569-584. Retirado em 12 julho, 2010, de [www.scielo.org](http://www.scielo.org).
- Rosa, M. B., & Perini, E. (2003). Erros de medicação: quem foi? *Revista da Associação Médica Brasileira, 49* (3), 335-341.
- Udelsmann, A. (2002). Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. *Revista da Associação Médica Brasileira, 48*, 172-182.
- Wannmacher, L. (2005). Erros: evitar o evitável. In Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (Org.). *Uso racional de medicamentos: temas selecionados, 2* (7), 1-6. Retirado em 18 agosto, 2009, de <http://www.unb.br/fs/errodemedicamentos.pdf>.



## AUTOMEDICAÇÃO EM CONTEXTO ACADÉMICO

*ANA MORAIS (\*) E ANABELA SOUSA PEREIRA (\*)*

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), “*automedicação é a selecção e o uso de medicamentos por pessoas para tratar doenças auto-diagnosticadas ou sintomas*”. A mesma entidade define automedicação responsável como “*a prática pela qual os indivíduos tratam os seus problemas de saúde com medicamentos aprovados e disponíveis para serem adquiridos sem prescrição, e que sejam seguros e efectivos quando utilizados como indicado. (...) Em todos os casos, estes medicamentos devem ser especificamente designados para o propósito, e requerem dose e forma farmacêutica apropriadas*” (OMS, 1998).

A influência de uma prescrição anterior determina a selecção do medicamento numa dada situação e faz com que o consumidor adquira o hábito de usar um certo medicamento sempre que lhe surjam sintomas análogos e do aconselhar a amigos e familiares. Assim, a crescente informação dos cidadãos sobre alguns fármacos, aliada à influência da indústria farmacêutica, que utiliza cada vez mais formas activas e persuasivas de publicidade, pode contribuir bastante para o aumento da automedicação (Soares, 2005). Como, de um modo geral, o consumidor não tem experiência nem conhecimentos suficientes para distinguir doenças, avaliar a sua severidade e escolher o método mais adequado entre os recursos terapêuticos disponíveis, o acto de consumir medicamentos sem prescrição e supervisão médica, aliado ao seu uso indiscriminado e indevido, pode resultar num problema de saúde pública e é um comportamento de risco que importa atender.

A nível nacional a prevalência da automedicação em contexto académico encontra-se entre os 19% (Cabrita, Ferreira, Iglésias, Baptista, Rocha, Silva & Miguel, 2001) e, mais recentemente, entre os 90.7% (Ribeiro, Oliveira, Silva, Mendes, Almeida & Silva, 2010). Já a nível internacional a automedicação em contexto académico parece ser mais notória, sendo que os valores dos estudantes que se automedicam oscilam entre os 57.7% e os 98% (Aguado, Nunez, Antola & Bregni, 2004; Aquino, Barros & Silva, 2010; Saíz, Bozal, Fernández & Sánchez, 2010; Sawalha, 2008; Záfar et al., 2008).

---

(\*) Universidade de Aveiro.

A maioria dos estudos revela que o consumo de medicamentos não prescritos é mais frequente nas mulheres (Cabrita et al., 2001; Sáiz et al., 2010), embora nem sempre haja uma diferença significativa (Aguado et al., 2004; Ribeiro et al., 2010; Sawalha, 2008).

No que diz respeito à distribuição dos consumidores de medicamentos não prescritos por idades, os estudos efectuados até ao momento são pouco consensuais. Cabrita et al. (2001) e Aguado et al. (2004) concluíram que o consumo de medicamentos na população estudantil é menos frequente nos alunos mais jovens; Martins et al. (2002) revelou que os sujeitos com formação universitária mais elevada ou sujeitos trabalhadores/estudantes se automedicam mais do que aqueles que têm menos habilitações literárias. Já Ribeiro et al. (2010) concluíram que o consumo de medicamentos é mais frequente nos alunos mais jovens.

No que concerne à influência do factor curso/área de estudos na automedicação, o consumo de medicamentos aparenta ser mais elevado nos estudantes que frequentam cursos no âmbito das Ciências da Saúde, particularmente os alunos de Farmácia (Cabrita et al., 2007). Contudo, não existe uma diferença significativa entre os alunos de Medicina que se automedicam e os alunos dos restantes cursos (Sawalha, 2008; Záfar et al., 2008).

Na maioria dos estudos existentes sobre automedicação em contexto académico, os estudantes inquiridos consideram-se bem informados quanto aos efeitos adversos e às contra-indicações dos fármacos utilizados (Cabrita et al., 2001; Ribeiro et al., 2010).

Ora, a partir do panorama mundial sobre a automedicação no Ensino Superior, e tendo em consideração que a caracterização do padrão de consumo de medicamentos não prescritos na população académica poderá contribuir para um melhor conhecimento sobre a sua saúde e também para a elaboração de programas que visem o uso racional dos medicamentos (Cabrita et al., 2001) surge a necessidade de compreender melhor este fenómeno.

Posto isto, o presente estudo ponderou os seguintes objectivos: i) conhecer os hábitos de consumo de medicamentos não prescritos da população académica da UA, relativamente à sua frequência, comparando-os em função do sexo, da faixa etária, do ciclo e da área de estudos; ii) identificar os principais factores que influenciam a escolha da medicação não prescrita; iv) averiguar se os estudantes que se automedicam procuram estar informados e esclarecidos acerca das contra-indicações e dos efeitos secundários dos medicamentos. As hipóteses de trabalho formuladas para a presente investigação foram: H<sub>1</sub> - a automedicação é mais frequente no sexo feminino; H<sub>2</sub> - a automedicação é mais frequente nos estudantes mais jovens; H<sub>3</sub> - a automedicação é mais frequente nos estudantes com menos habilitações académicas; H<sub>4</sub> - os estudantes dos cursos de saúde recorrem mais à automedicação do que os estudantes dos restantes cursos.

## MÉTODO

### *Participantes*

Os participantes do nosso estudo foram recrutados na UA, sendo que o contacto com os alunos foi precedido do consentimento dos docentes. A amostra foi constituída por 511 estudantes, 321 do sexo feminino (62.8%) e 190 do sexo masculino (37.2%), com idades compreendidas entre os 17 e os 51 anos ( $M=22.1$ ;  $DP=4.3$ ), sendo a grande maioria composta por indivíduos solteiros (96.5%) e de nacionalidade portuguesa (95.9%). A maioria dos inquiridos reside com a família (69.3%) e frequenta o 1º Ciclo/Licenciatura (54.2%). No que respeita às áreas de estudo, há um predomínio das áreas de Ciências (37.8%) e Engenharias (25.2%).

### *Material*

Tendo em consideração a inexistência de instrumentos portugueses empiricamente validados para avaliar a prática da automedicação, foi construído pelos investigadores um questionário específico, de administração directa, que abordou questões de índole académica e sócio-demográfica, e questões que avaliaram o comportamento dos estudantes face à automedicação.

### *Procedimento*

O questionário foi administrado em contexto de sala de aula. De modo a que a investigação efectuada respeitasse as questões éticas e morais, foram tomadas medidas preventivas que garantiram a protecção dos direitos dos participantes. Os dados estatísticos resultantes foram analisados mediante o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 17.0 para o Windows.

## RESULTADOS

### Quadro 1

#### *Frequência da automedicação por sexos*

	Os medicamentos foram prescritos pelo médico?	
	Sim	Não
Feminino	189	132
Masculino	96	94
U de <i>Mann-Whitney</i>	27948	
p	0.066	

Relativamente ao sexo, podemos constatar que das 321 raparigas inquiridas, 132 (41%) recorre à automedicação. Já no que concerne ao sexo masculino, dos 190 rapazes, cerca de 94 (49.5%) automedicam-se. No sentido de verificar se existem diferenças significativas entre os sexos, efectuou-

se o teste *Mann-Whitney*, uma vez que não existe normalidade de dados na variável “Os medicamentos foram prescritos pelo médico?” ( $Z=10,554$ ;  $p<0.001$ ;  $\alpha=0.05$ ). Como podemos verificar, não existem diferenças significativas entre sexos.

#### Quadro 2

##### *Frequência da automedicação por faixas etárias*

	Os medicamentos foram prescritos pelo médico?	
	Sim	Não
17 aos 26 anos	252	209
27 aos 36 anos	27	16
37 aos 46 anos	4	1
47 aos 56 anos	2	0
$\chi^2$	3.857	
Graus de liberdade	3	
p	0.277	

A fim de verificar a existência de diferenças significativas entre as várias idades, recorreremos ao teste *Kruskal-Wallis*, uma vez que não existe normalidade de dados na variável “Os medicamentos foram prescritos pelo médico?” ( $Z=8,384$ ;  $p<0.001$ ;  $\alpha=0.05$ ). Concluímos que não existem diferenças significativas entre as várias faixas etárias ( $\chi^2(3) = 3,857$ ,  $p=0.277$ ).

#### Quadro 3

##### *Frequência da automedicação por áreas de estudo*

	Os medicamentos foram prescritos pelo médico?	
	Sim	Não
Saúde	34	49
Letras	35	49
Engenharias	73	56
Ciências	126	67
Artes e Turismo	17	5
$\chi^2$	25.343	
Graus de liberdade	4	
p	<0.001	

No que concerne às áreas de estudo, constatou-se que a frequência dos vários grupos entre aqueles que se automedicam e os que não o fazem é semelhante. Através do resultado do teste *Kruskal-Wallis*, concluímos que existem diferenças significativas entre as áreas de estudo consideradas ( $\chi^2(4)=25,343$ ,  $p<0,001$ ).

#### Quadro 4 - Resultados dos testes de *Mann-Whitney* entre os vários cursos

	Os medicamentos foram prescritos pelo médico?	
	U de <i>Mann-Whitney</i>	p
Saúde vs. Letras	3461.5	0.927
Saúde vs. Engenharias	4517.0	0.027 *
Saúde vs. Ciências	6061.0	< 0.001 **
Saúde vs. Artes e Turismo	581.5	0.003 *
Letras vs. Engenharias	4609.0	0.034 *
Letras vs. Ciências	6191.0	< 0.001 **
Letras vs. Artes e Turismo	595.0	0.003 *
Engenharias vs. Ciências	11366.0	0.116
Engenharias vs. Artes e Turismo	1125.5	0.069
Ciências vs. Artes e Turismo	1868.5	0.260

\* Valores significativos; \*\* Valores muito significativos

A fim de analisar quais as áreas de estudo que diferem entre si, realizámos uma série de testes de comparação de médias, através de testes *Mann-Whitney*. Verificou-se a existência de dois grupos: um composto pelos alunos das Letras e Saúde, e outro formado pelos alunos das Ciências, Engenharias, Artes e Turismo.

#### Quadro 5

##### *Comparação entre estudantes da área da Saúde e estudantes de outros cursos*

	Os medicamentos foram prescritos pelo médico?			Pontos médios
	Sim	Não	n	
Cursos da área da Saúde	34	49	83	293.8
Outros cursos	251	177	428	248.7
U de <i>Mann-Whitney</i>	14621			
p	0.03			

Após a análise das diferenças no que diz respeito à automedicação entre os cursos, procurámos saber se existem diferenças significativas entre os alunos da área da Saúde e os restantes alunos. Para o efeito, agrupámos os alunos de outros cursos como uma amostra e mantivemos os alunos da área da Saúde isolados. Para se determinar se existem diferenças significativas entre os alunos dos cursos da área da saúde e os alunos pertencentes a outros cursos, efectuámos um teste para a comparação de várias médias. Como não existe normalidade de dados na variável “Os medicamentos foram prescritos pelo médico?”, procedeu-se ao teste *Mann-Whitney*, que demonstra que existe uma diferença significativa entre ambos os grupos. Pelos pontos médios concluiu-se também que a frequência com que os sujeitos da área da Saúde se automedicam, para além de ser significativamente diferente, é mais elevada que nos restantes cursos.

#### Quadro 6

##### *Frequência da automedicação por ciclo de estudos*

	Os medicamentos foram prescritos pelo médico?	
	Sim	Não
1º Ciclo	145	132
2º Ciclo	134	91
3º Ciclo	6	3
$\chi^2$	3.051	
Graus de liberdade	2	
p	0.218	

Pela análise da Quadro, podemos verificar que a frequência entre aqueles que se automedicam (n=226) e os que não o fazem (n=285) é semelhante. O teste *Kruskal-Wallis* confirma que não existem diferenças significativas entre os ciclos ( $\chi^2(2)=3,051$ , p=0,218).

## Quadro 7

*Factores que influenciam a escolha do medicamento não prescrito*

	<i>f</i>	%
Familiares, amigos ou outra pessoa		
Sim	273	53.4
Não	238	46.6
Prescrições anteriores do próprio		
Sim	267	52.3
Não	244	47.7
Publicidade		
Sim	32	6.3
Não	479	93.7
Prescrições médicas de outros familiares		
Sim	89	17.4
Não	422	82.6

Os factores que mais influenciaram a escolha da medicação não prescrita são os familiares, amigos ou outra pessoa (53.4%) e as prescrições anteriores do próprio (52.3%). Por outro lado, a publicidade e as prescrições médicas de outros familiares parecem não influenciar tanto os inquiridos quando estes se automedicam.

## Quadro 8

*Frequência e percentagem relativas à procura de informação sobre a medicação*

	<i>f</i>	%
Procura de esclarecimentos adicionais		
Sim	391	76.5
Não	120	23.5
Conhecimento das contra indicações		
Sim	419	82.0
Não	92	18.0

A maioria dos inquiridos admite que procurou informações ou esclarecimentos adicionais relativos ao medicamento não prescrito (76.5%) e a procura dessas informações incluiu informação sobre as contra-indicações desse medicamento (82%).

## DISCUSSÃO

A prevalência da automedicação nos estudantes da UA revelou-se inferior a estudos realizados anteriormente no mesmo contexto. Verificou-se ainda que não existem diferenças significativas entre sexos. Contudo, o valor de significância do teste é suficientemente baixo para se poder conjecturar uma diferença entre sexos, o que pode indicar que as mulheres se automedicam mais que os homens. Aliás, estudos sobre a automedicação, relativamente aos padrões comportamentais dos sexos, mostram que o sexo feminino tem mais propensão para este tipo de comportamentos, tal como indicam os estudos elaborados por Aguado et al., 2004; Ribeiro et al., 2010 e Sawalha (2008).

Em relação às faixas etárias, concluiu-se que não existem diferenças significativas. Não obstante, Aguado et al., 2004 e Ribeiro et al., 2010 encontraram diferenças significativas em análises a variáveis idênticas nos seus trabalhos.

No que respeita aos ciclos de estudo, apurámos que as diferenças não foram significativas, tal como indica o estudo de Ribeiro et al., 2010. No entanto, Martins et al. (2002) e Soares (2005) concluíram que os alunos com mais anos de escolaridade apresentam mais tendência para se automedicarem. Os resultados obtidos nesta investigação pressupõem assim que as habilitações académicas não influenciam directamente o recurso à automedicação.

No que concerne às áreas de estudo, concluímos que existem diferenças significativas, com os alunos da área da Saúde a se automedicarem mais que os alunos dos restantes cursos (confirmação hipótese H<sub>4</sub>), o que também é demonstrado por Cabrita e colaboradores (2001). Ao compararmos as diferentes áreas de estudo, verificámos que existem diferenças significativas entre cursos, mostrando dois grupos distintos: um primeiro grupo composto por alunos da área da Saúde e de Letras e, um segundo grupo, formado por alunos de Engenharias, Ciências, Artes e Turismo. Uma análise relativa às médias concluiu que o primeiro grupo apresenta mais propensão para a automedicação, em relação aos alunos dos restantes cursos. Zafar e colaboradores (2008) não encontraram diferenças significativas entre os cursos no que concerne à comparação dos cursos de saúde com outras áreas de estudo, mas Cabrita e colaboradores (2001) verificaram que os alunos de saúde apresentavam uma maior tendência para se automedicarem, tal como indica a nossa investigação. Ao analisarmos se existem diferenças entre apenas os cursos de saúde e os restantes cursos, observou-se que existe uma diferença muito significativa, com os estudantes dos cursos de saúde a se automedicarem com mais frequência do que os estudantes dos outros cursos, o que também é demonstrado por Cabrita e colaboradores (2010).

Os factores que mais influenciam a escolha do medicamento não prescrito foram os familiares, amigos ou outras pessoas e as prescrições anteriores dos inquiridos; Zafar e colaboradores (2008) verificaram que as experiências anteriores foram o principal factor que influenciou a automedicação. Perante os resultados obtidos, concluiu-se ainda que a maioria dos inquiridos procura informação e esclarecimento adicionais sobre os medicamentos ingeridos e as possíveis contra-indicações, tal como indicam os estudos levados a cabo por Cabrita e colaboradores (2001) e Ribeiro e colaboradores (2010).

Da investigação realizada decorrem algumas implicações práticas que são importantes salientar. Ainda que a prevalência da automedicação registada neste estudo não tenha sido muito elevada comparativamente a estudos anteriores, será importante consciencializar os profissionais da área da saúde na redução desta prática entre a população, através de mais informações e orientações quanto aos seus riscos e complicações. Para isso, é essencial definir intervenções e estratégias de promoção da saúde, incentivando a utilização racional dos medicamentos junto dos consumidores, com vista à maximização dos benefícios e à redução dos riscos inerentes à sua utilização inapropriada. Neste contexto, a introdução de campanhas educativas e preventivas relativas à automedicação poderá ser

um bom ponto de partida com vista à educação para a saúde, à promoção de estilos de vida saudáveis e, simultaneamente, ao bem-estar pessoal.

## REFERÊNCIAS

- Aguado, M., Nunez, M., Antola, M., & Bregni, C. (2005). Automedicación en Estudiantes de Farmacia de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. *Acta Farmacéutica Bonaerense*, 24(2), 271-276.
- Aquino, D., Barros, J., & Silva, M. (2010). A automedicação e os académicos da área de saúde. *Ciência e Saúde Colectiva*, 15(5), 2533-2538.
- Cabrita, J., Ferreira, H., Iglésias, P., Baptista, T., Rocha, E., Silva, A., & Miguel, J. (2001). Estudo do padrão de consumo de medicamentos pelos estudantes da Universidade de Lisboa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19(2), 39-47.
- Martins, A., Miranda, A., Mendes, Z., Soares, M., Ferreira, P., & Nogueira, A. (2002). Self-medication in a Portuguese urban population: a prevalence study. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 11(5), 409-414.
- Organização Mundial de Saúde (1998). The role of pharmacist in self-medication and self-care. Retirado de <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip32e/whozip32e.pdf>. Consultado a 6 de Dezembro de 2010.
- Ribeiro, M., Oliveira, A., Silva, H., Mendes, M., Almeida, M., & Silva, T. (2010). Prevalência da automedicação na população estudantil do Instituto Politécnico de Bragança. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 41-48.
- Sáiz, P., Bozal, F., Fernández, F., & Sánchez, C. (2010). Estudio sobre Automedicación en Población Universitaria Espanola. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(2), 99-103.
- Sawalha, A. (2008). A descriptive study of self-medication practices among Palestinian medical and nonmedical university students. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 4, 164-172.
- Soares, A. (2005). Automedicação versus Indicação Farmacêutica. *Mundo Farmacêutico*, 18, 16-17.
- Zafar, S., Syed, R., Waqar, S., Zubairi, A., Vaqar, T., Shaikh, M., Yousaf, W., Shahid, S., & Sallem, S. (2008). Self-medication amongst University Students of Karachi: Prevalence, Knowledge and Attitudes. *Journal Pakistan Medical Association*, 58(4), 214-217.



## **SINTOMATOLOGIA CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA APÓS UMA INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ: QUEM MANIFESTA REAÇÕES INTENSAS DE TRAUMA E LUTO?**

*BÁRBARA NAZARÉ<sup>(\*/\*\*)</sup>; ANA FONSECA<sup>(\*/\*\*)</sup> E MARIA CRISTINA CANAVARRO<sup>(\*/\*\*)</sup>*

Em Portugal, o enquadramento legal vigente (lei 16/2007 de 17 de abril) possibilita a interrupção médica da gravidez (IMG) até às 24 semanas de gestação quando é diagnosticada ao feto uma doença grave ou uma malformação congénita incurável, prazo que é extensível até ao final da gravidez caso o feto seja considerado inviável. No ano de 2010, verificaram-se, no nosso país, 440 interrupções da gravidez por estes motivos (Direcção-Geral de Saúde, 2011).

A experiência de IMG constitui um acontecimento de vida significativo, atendendo a que é frequentemente inesperada, tende a ocorrer no contexto de uma gravidez desejada e comporta a dimensão física da perda – especificidades que levam a que, mesmo tendo decorrido anos após a perda, exista uma percentagem significativa de mulheres a apresentar psicossintomatologia clinicamente significativa (Kersting et al., 2005). Consistentemente, as mulheres que experienciam uma IMG têm maior probabilidade de manifestar sintomatologia psicopatológica (particularmente depressiva e ansiosa), quando comparadas com mulheres cujos filhos nasceram saudáveis (Kersting et al., 2007).

O impacto traumático da IMG está patente na prevalência de sintomatologia clinicamente significativa que se verifica nos meses posteriores à perda. Cerca de 4 meses depois da IMG, verificou-se que 44% das mulheres e 21.6% dos homens manifestavam sintomas de trauma clinicamente relevantes, o que constitui uma diferença de género estatisticamente significativa (Korenromp et al., 2007). Num estudo posterior, que incluiu uma amostra só de mulheres, a prevalência de sintomatologia traumática clinicamente significativa foi de 20.5%, decorridos 16 meses desde a perda (Korenromp, Page-Christiaens, van den Bout, Mulder, & Visser, 2009).

---

<sup>(\*)</sup> Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; <sup>(\*)</sup> Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

O impacto traumático a curto prazo (cerca de 6 semanas após a IMG) parece depender da idade gestacional em que esta ocorre (sendo significativamente mais elevado quando a perda acontece no segundo trimestre, por comparação ao primeiro), mas não se verificam diferenças atendendo à paridade (Davies, Gledhill, McFayden, Whitlow, & Economides, 2005).

Uma idade gestacional mais avançada aquando da perda e níveis superiores de religiosidade, bem como menor apoio do companheiro na decisão de interromper a gravidez, foram identificados como preditores de maior sintomatologia traumática, quatro meses após a IMG (Korenromp et al., 2007).

A prevalência de sintomatologia clinicamente significativa de luto referida nos estudos tende a ser inferior à de trauma. No entanto, verificam-se diferenças entre os estudos, que podem resultar das diferentes metodologias de avaliação utilizadas: enquanto Kersting et al. (2007) referem prevalências de 38.9% (duas semanas após a IMG), 16.7% (seis meses após a IMG) e 13.9% (14 meses após a IMG), Korenromp et al. (2009) apontam para valores de 8.8% (quatro meses após a IMG) e 2.1% (16 meses após a IMG). Ambos os estudos incluíram amostras apenas de mulheres. Já Korenromp et al. (2007), num estudo com casais, identificaram diferenças de género nas prevalências de sintomatologia de luto, com as mulheres a apresentarem valores significativamente superiores (9.7% vs. 2.4%), quatro meses após a perda (Korenromp et al., 2007).

Quatro meses após a IMG, uma intensidade superior das manifestações de luto parece depender, por um lado, de níveis mais elevados de religiosidade, de uma idade gestacional superior aquando da IMG e de um maior grau de dúvida acerca da decisão de interromper a gravidez e, por outro lado, de menor apoio recebido por parte do companheiro e da perceção de menor auto-eficácia (Korenromp et al., 2007). Passados 14 meses da perda, verificou-se que variáveis como a idade da mulher, a idade gestacional aquando da IMG e a paridade não se revelaram predictoras da sintomatologia clínica de luto (Kersting et al., 2007).

Embora a sintomatologia patológica quer de trauma quer de luto tenda a diminuir significativamente ao longo do tempo (Kersting et al., 2007; Korenromp et al., 2009), verifica-se que a presença de manifestações de psicossintomatologia a curto prazo é o melhor preditor da existência de reações clinicamente relevantes a médio prazo. Especificamente, verificou-se que 32.8% das mulheres que, quatro meses após a IMG, manifestavam sintomatologia traumática continuavam a fazê-lo aos oito e aos 16 meses; considerando os mesmos momentos de avaliação, a prevalência de mulheres a manifestar consistentemente sintomatologia de luto foi de 14.3% (Korenromp et al., 2009).

Assim, é importante identificar, tão cedo quanto possível, os casais com maior risco de manifestar reações desadaptativas, de forma a intervir eficaz e rapidamente. O presente estudo teve como objetivos: 1) avaliar a prevalência de reações clinicamente significativas de trauma e de luto no primeiro trimestre após a IMG e 2) comparar os participantes com e sem manifestações clinicamente

significativas de trauma e de luto, considerando variáveis demográficas (género) e clínicas (paridade, características da gravidez e causa da IMG).

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra do estudo incluiu 48 participantes - 26 mulheres (54.2%) e 22 homens (45.8%) – com uma idade média de 33.27 anos ( $DP = 5.86$ ). Todos os participantes eram casados ou unidos de facto e aproximadamente metade ( $n = 25$ , 52.1%) já tinha filhos. Relativamente às habilitações literárias, os participantes estudaram, em média, durante 11.92 anos ( $DP = 4.36$ ). A grande maioria ( $n = 44$ , 91.7%) da amostra encontrava-se empregada. No que respeita a características clínicas, a IMG ocorreu, em média, há 2.23 meses ( $DP = 0.59$ ) e verificou-se aproximadamente às 21.19 semanas de gestação ( $DP = 5.21$ ). O diagnóstico mais frequente correspondeu a anomalias cromossómicas ( $n = 14$ , 29.2%).

### *Material*

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos: avalia os principais dados sociodemográficos (género, idade, estado civil, escolaridade e situação profissional) e clínicos (paridade, dados sobre a gravidez e sobre a IMG).

Escala de Luto Perinatal (Potvin, Lasker, & Toedter, 1989; versão portuguesa: Rocha, 2004): questionário com 33 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos (de *Concordo totalmente* a *Discordo totalmente*). Pretende avaliar os pensamentos e sentimentos atuais da pessoa face a uma perda reprodutiva, incluindo três fatores (que dizem respeito a sintomatologia progressivamente menos adaptativa): Luto Ativo (sinais normativos de luto, incluindo choro, tristeza e saudades do bebé), Dificuldades de *Coping* (dificuldades no desempenho de atividades e no relacionamento com os outros) e Desespero (sentimentos de falta de esperança e desvalorização pessoal). A consistência interna da escala total nesta amostra foi de .96. Pontuações mais elevadas refletem maior intensidade do luto, tendo a pontuação total de 90 sido considerada como ponte de corte para identificar sintomatologia clinicamente significativa (Davies et al., 2005).

Escala de Impacto de um Evento - Revista (Weiss & Marmar, 1997; versão portuguesa: Rocha et al., 2006): questionário com 22 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos (de *Nada a Extremamente*). Pretende avaliar o nível de sofrimento decorrente de um conjunto de manifestações traumáticas associadas a um acontecimento específico, incluindo três fatores (que pretendem traduzir os três componentes da Perturbação de Stress Pós-Traumático, embora não constituam um instrumento de diagnóstico): Intrusão (sinais como pensamentos, imagens e sentimentos intensos acerca do acontecimento), Evitamento (esforços da pessoa para não pensar ou não falar sobre o acontecimento e

para não se deixar afetar por ele) e Hiperativação (sentimentos como irritabilidade, hipervigilância e dificuldades de concentração). A consistência interna da escala total nesta amostra foi de .92. Pontuações mais elevadas refletem maior intensidade das manifestações traumáticas, tendo a pontuação total de 33 sido considerada como ponte de corte para identificar sintomatologia clinicamente significativa (Creamer, Bell, & Failla, 2003).

### *Procedimentos*

Esta investigação enquadra-se no âmbito de um projeto longitudinal atualmente em curso, aprovado pela Comissão de Ética dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), EPE. Os participantes foram contactados pelos investigadores na Maternidade Dr. Daniel de Matos, HUC, EPE, aproximadamente um mês após a data de IMG. Os objetivos do estudo foram apresentados e as pessoas disponíveis para colaborar assinaram um documento de consentimento informado. Foram distribuídas duas versões (feminina e masculina) dos questionários, juntamente com um envelope selado, tendo sido pedido aos casais que preenchessem os questionários em casa e os enviassem pelo correio para os investigadores. Os critérios de inclusão para o presente estudo englobaram: a) IMG ocorrida nos últimos três meses; b) idade materna superior a 18 anos; c) capacidade para compreender os questionários do protocolo de avaliação; e d) preenchimento de, no mínimo, 80% das perguntas dos questionários.

Os dados deste estudo foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17. Em termos de estatísticas descritivas, foram calculadas as médias e os desvios-padrão relativamente a dados sociodemográficos e clínicos. Foram efetuados testes de  $\chi^2$  para comparações de grupos com e sem reações clinicamente significativas de trauma e luto, atendendo a diferentes variáveis (género, paridade, presença de movimentos fetais e causa da anomalia). O nível de significância considerado foi de .05.

## RESULTADOS

Na nossa amostra, as percentagens de participantes com sintomatologia clinicamente significativa de trauma e de luto foram, respetivamente, 29.2% ( $n = 14$ ) e 18.8% ( $n = 9$ ). Como mostra o Quadro 1, era significativamente mais provável haver manifestações de sintomatologia traumática quando já era possível sentir os movimentos fetais. Relativamente ao luto, as manifestações mais intensas eram significativamente mais frequentes entre as mulheres e quando as causas da anomalia não estavam identificadas. Não se verificaram diferenças, quer no trauma, quer no luto, atendendo à paridade.

## Quadro 1

### *Participantes com reações clinicamente significativas de trauma e luto atendendo a diversas variáveis demográficas e clínicas*

		Trauma <i>n</i> (%)	$\chi^2$	<i>p</i>	Luto <i>n</i> (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
Género	Mulheres	8 (30.8)	0.07	.791	8 (30.8)	5.38	.020
	Homens	6 (27.3)			1 (4.5)		
Paridade	Primíparos	5 (21.7)	1.18	.278	3 (13.0)	0.94	.331
	Múltiparos	9 (36.0)			6 (24.0)		
Movimentos fetais	Sim	13 (39.4)	5.35	.021	8 (24.2)	2.09	.148
	Não	1 (6.7)			1 (6.7)		
Causa da anomalia	Identificada	4 (20.0)	1.62	.203	1 (5)	5.24	.022
	Desconhecida	8 (38.1)			7 (33.3)		

Verificou-se ainda que seis (12.5%) participantes manifestaram simultaneamente reações clinicamente significativas de trauma e de luto. Este grupo era maioritariamente constituído por mulheres ( $n = 5$ , 83.3%). Na maioria das vezes, os movimentos fetais já eram sentidos ( $n = 5$ , 83.3%) e a causa da anomalia não estava identificada ( $n = 4$ , 66.7%). Todas as gravidezes foram desejadas e planeadas, sendo que metade do grupo ( $n = 3$ ) já tinha filhos.

## DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivos avaliar a prevalência de sintomatologia clínica de trauma e de luto no primeiro trimestre após uma IMG e identificar variáveis demográficas e clínicas a ela associadas. As prevalências de sintomatologia clínica de trauma e de luto encontradas no nosso estudo diferiram das referidas na literatura – enquanto as manifestações clínicas de trauma se verificaram numa proporção inferior à reportada por Korenromp et al. (2007), as de luto, no caso das mulheres, excederam os valores de Korenromp et al. (2007, 2009), tendo-se aproximado dos dados indicados por Kersting et al. (2007). O facto de as avaliações ocorrerem em momentos diferentes e de serem utilizados critérios distintos na classificação da sintomatologia pode ajudar a explicar estas divergências.

Embora não se tenham verificado diferenças de género ao nível da sintomatologia traumática (contrariamente ao estudo de Korenromp et al., 2007), verificou-se que as mulheres tinham maior probabilidade de apresentar reações clínicas de luto, o que é consistente com a literatura (Korenromp et al., 2007) e constitui um fenómeno designado como luto incongruente (Callister, 2006). Especificamente, as mulheres tendem a manifestar sinais de luto mais intensos e por períodos mais prolongados, o que se atribui à sua maior ligação ao bebé e ao facto de experienciarem fisicamente a perda, enquanto os homens podem evitar demonstrar sinais externos de sofrimento por considerarem

necessário serem fontes de apoio para as companheiras (Heustis & Jenkins, 2005). Estas diferenças podem originar dificuldades conjugais, pelo que é necessário estar particularmente atento à existência de divergências intracasal na forma de vivenciar a perda, disponibilizando apoio clínico quando necessário (White-Van Mourik, Connor, & Ferguson-Smith, 1992).

O facto de o impacto traumático poder ser superior quando o casal já sente os movimentos fetais é congruente com os resultados de Davies et al. (2005), que consideram preferível uma IMG de primeiro trimestre (sempre que possível), de maneira a atenuar as reações traumáticas associadas a este evento. Os autores sublinham que, no segundo trimestre, a relação estabelecida com o bebé tem uma duração maior, intensificando o sentimento de perda, o que se alia ao método de parto, que também difere – quando a IMG ocorre no segundo trimestre, o parto é induzido e os pais têm a possibilidade de ver o bebé.

Por fim, o facto de nem sempre se identificar uma causa para o diagnóstico constitui uma especificidade da perda reprodutiva e um possível obstáculo à adaptação, ao dificultar a compreensão do evento e, simultaneamente, ao poder potenciar sentimentos de culpa, particularmente entre as mulheres (Barr, 2004). Torna-se assim revelante avaliar, em contexto clínico, as atribuições do casal relativamente à ocorrência da perda, de forma a corrigir possíveis enviesamentos.

Importa ressaltar que a amostra deste estudo é pequena, o que condicionou o tipo de análises estatísticas que pudemos realizar. Futuramente, é importante constituir amostras mais numerosas, de forma a poder analisar a influência destas variáveis com recurso a análises estatísticas mais robustas.

## REFERÊNCIAS

- Barr, P. (2004). Guilt- and shame-proneness and the grief of perinatal bereavement. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 77, 493-510. doi: 10.1348/1476083042555442.
- Callister, L. C. (2006). Perinatal loss: A family perspective. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 20(3), 227-234.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale – Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1489-1496. doi:10.1016/j.brat.2003.07.010
- Davies, V., Gledhill, J., McFayden, A., Whitlow, B., & Economides, D. (2005). Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: A pilot study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 25, 389-392. doi:10.1002/uog.1854.
- Direcção-Geral de Saúde (2011). *Relatório dos registos das interrupções de gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de Abril: Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2010*. Lisboa: Edição de autor.

- Heustis, J., & Jenkins, M. (2005). *Companioning at a time of perinatal loss: A guide for nurses, physicians, social workers, chaplains and other bedside caregivers*. Fort Collins: Companion Press.
- Kersting, A., Dorsch, M., Kreulich, C., Reutemann, M., Ohrmann, P., Baez, E., & Arolt, V. (2005). Trauma and grief 2-7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies: A pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(1), 9-14. doi:10.1080/01443610400022967.
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Lüdorff, K., Wesselmann, U., Ohrmann, P., ... Suslow, T. (2007). Complicated grief after traumatic loss: A 14-month follow up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 437-443. doi:10.1007/s00406-007-0743-1.
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C. M. L., van den Bout, J., Mulder, E. J. H., Hunfeld, J. A. M., Potters, C. M. A. A., ... Visser, G. H. A. (2007). A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies. *Prenatal Diagnosis*, 27, 709-716. doi:10.1002/pd.1763.
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C. M. L., van den Bout, J., Mulder, E. J. H., & Visser, G. H. A. (2009). Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: A longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 201, 160.e1-160.e7. doi:10.1016/j.ajog.2009.04.007.
- Potvin, L., Lasker, J., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(1), 29-42. doi:10.1007/BF00962697.
- Rocha, J. C. F. C. da (2004). *Factores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- White-Van Mourik, M. C. A., Connor, J. M., & Ferguson-Smith, M. A. (1992). The psychosocial sequelae of a second-trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenatal Diagnosis*, 12, 189-204. doi:10.1002/pd.1970120308.

## **MINDFULNESS, QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE, DEPRESSÃO, ADESÃO AO TRATAMENTO EM DIABÉTICOS TIPO 1**

*RAQUEL OLIVEIRA (\*) E ANA PAULA MATOS (\*\*)*

A Diabetes *Mellitus* é uma doença crónica que resulta de uma deficiência na produção de insulina, por parte das células beta do pâncreas. Sendo uma doença crónica tem que ser gerida e neste sentido, o comportamento ou estilo de vida assumem um papel fundamental (Silva, 2003). Assim, a aceitação de pensamentos e emoções negativas que surgem acerca da doença e a capacidade de agir na presença desses pensamentos e sentimentos predizem uma boa gestão da diabetes (Gregg, 2004, *cit in* Hayes, 2005). Estas evidências remetem-nos para um conceito que muitos investigadores têm tentado operacionalizar – o *mindfulness*.

Para Kabat-Zinn (2003) o *mindfulness* pode definir-se como a consciência do conhecimento que emerge ao prestar atenção com propósito, no momento presente, momento a momento, sem realizar qualquer juízo valorativo sobre a experiência. Germer, Siegel e Fulton (2005) conceptualizam-no como a capacidade que nos permite ser menos reactivos ao que acontece no momento presente, uma forma de nos relacionarmos com a experiência, quer ela seja positiva, negativa ou neutra, que diminui o nível de sofrimento e aumenta a sensação de bem-estar.

Kabat-Zinn (1990) aponta como pilares do *mindfulness*: 1) não julgar, 2) paciência, 3) mente de principiante, 4) confiança, 5) “*non-striving*”, 6) aceitação e 7) “*letting go*”, sendo estas as atitudes básicas que a sua prática requer.

Muito do interesse na aplicação clínica do *mindfulness* reside na introdução do programa de Redução de Stress Baseado no *Mindfulness* (O Programa em Inglês designa-se por *Mindfulness-Based Stress Reduction*), um tratamento manualizado, originalmente desenvolvido para o controlo da dor crónica (Kabat-Zinn, 1982). Actualmente, este tipo de programa é utilizado para reduzir a morbilidade psicológica associada à doença crónica e para tratar distúrbios emocionais e comportamentais (Kabat-Zinn, 1998), verificando-se em alguns sujeitos, melhoria na qualidade de vida (Majumdar, Grossman, Dietz-Waschkowski, Kersig, & Walach, 2004).

---

(\*) APAD (Associação de Prevenção e Apoio à Diabetes - Porto); (\*\*) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Consulta de Apoio ao Jovem Diabético dos Hospitais da Universidade de Coimbra.



A meditação e a prática de *mindfulness* têm sido desenvolvidas no campo de cuidados da saúde, com o intuito de tornar os doentes mais resilientes e compassivos para com o sofrimento. Deste modo, potencia-se a capacidade de aceitar o desconforto, de ultrapassar os efeitos colaterais dos tratamentos e tolerar a dor física (Sanderson & Linehan, 1998, *cit in*, Chan et al, 2006).

O presente estudo pretende analisar a relação entre *mindfulness*, qualidade de vida, ansiedade, depressão e adesão ao tratamento em sujeitos com Diabetes *Mellitus* tipo 1.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra inclui 48 adultos com diabetes *Mellitus* tipo 1, 29 do sexo masculino (60.4%) e 19 do sexo feminino (39.6%). A média de idades do total da amostra é 30.31 anos (DP=12.12). Importa referir que foi recolhida uma amostra de 107 sujeitos da população geral, sem doença crónica; todavia, no presente estudo apenas apresentaremos dados referentes à amostra de diabéticos.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre sexos ao nível da idade ( $t(46)=.167$ ;  $p=.868$ ), anos de escolaridade ( $t(46)=-1.153$ ,  $p=.255$ ) e estado civil ( $\chi^2(2)=.189$ ;  $p=.910$ ).

### *Material*

Na presente investigação foram utilizados os seguintes instrumentos de auto-resposta:

**Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS, Baer & Allen, 2003, tradução de Pinto Gouveia e Castilho, 2006).** Integra 4 sub-escalas que avaliam o *mindfulness* na vida diária: “Observar”, “Descrever”, “Agir com consciência” e “Aceitar sem julgamento”. Na versão original inglesa, as quatro sub-escalas da KIMS são as seguintes: *Describing, Observing, Acting with Awareness, Accepting without Judgement*.

A subescala “Observar” avalia a capacidade de notar uma variedade de estímulos (internos - como sensações corporais, cognições, emoções e externos - como sons e cheiros) (Kabat-Zinn, 1990).

“Descrever” avalia a capacidade de olhar para os acontecimentos e utilizar palavras para os caracterizar (Goldstein, 2002, *cit in* Baer, Smith & Allen, 2004).

“Agir com consciência” mede as competências de estar plenamente focado no momento presente (Hanh, 1976, *cit in* Baer, Smith & Allen, 2004).

A sub-escala “Aceitar sem julgamento” integra itens com exemplos de avaliações auto-críticas acerca da própria experiência.

Neste estudo, os valores de *alpha* de *Cronbach* foram:  $\alpha = .740$  para o total da escala e para as subescalas “Aceitar sem julgamento”, “Observar”, “Descrever” e “Agir com consciência” foram respectivamente  $\alpha = .694$ ,  $\alpha = .801$ ,  $\alpha = .725$  e  $\alpha = .769$ .

**Escala de Adesão ao tratamento** (Matos, 1999). Esta escala é uma medida unidimensional de auto-resposta constituída por 26 questões que medem o grau de adesão ao tratamento percebido pelos diabéticos insulino-tratados.

As respostas são avaliadas numa escala tipo *Likert* de 1 a 5, e cotadas de forma que, quanto maior for a pontuação obtida, mais elevada é a adesão ao tratamento.

No presente estudo, o valor de *alpha* de *Cronbach* encontrado foi de .875.

**Escala de qualidade de vida na diabetes** (EQVD, Jacobson et al, 1988; traduzida e adaptada por Matos e Rodrigues, 1997). Esta escala é constituída por 4 dimensões: “Satisfação”, “Impacto”, “Preocupação Social/Vocacional” e “Preocupação com a Diabetes”.

As respostas são avaliadas numa escala tipo *Likert* de 1 a 5, em que quanto maior for a pontuação obtida, menor é a satisfação, maior será o impacto e também a preocupação com a diabetes.

O *alpha* de *Cronbach* encontrado para o nosso estudo foi de .891 para o total da escala, para as sub-escalas “Satisfação”, “Impacto da diabetes”, “Preocupação com a Diabetes” e “Preocupação Social/Vocacional”, os valores obtidos foram, respectivamente:  $\alpha = .866$ ;  $\alpha = .878$ ;  $\alpha = .673$ ;  $\alpha = .723$ .

**Escala de Ansiedade e Depressão Clínica** (*Hospital Anxiety and Depression Scale* -HADS, Zigmond & Snaith, 1983; traduzida e adaptada por Silva, Pais-Ribeiro, Baltar, Ferreira, Meneses & Martins, 2007). A escala avalia o estado emocional ao longo da última semana, tendo sido desenvolvidas escalas de gravidade, de 0 a 3, em que os valores mais elevados correspondem a sintomas de depressão ou ansiedade com mais gravidade.

Neste estudo, o valor de *alpha* de *Cronbach* para o total da escala é de .85 e .75 para a subescala “Ansiedade” e .78 para a “Depressão”.

## RESULTADOS

Os resultados dos estudos seguidamente apresentados foram obtidos a partir de procedimentos estatísticos de correlação de *Pearson*.

### **Estudo da relação entre *mindfulness* e qualidade de vida**

Neste estudo pretendemos analisar a relação entre *mindfulness* avaliado pela KIMS, e a qualidade de vida (EQVD).

A partir da análise das correlações verificamos que o total da escala de *mindfulness* está negativamente correlacionado com o total da escala de qualidade de vida na diabetes ( $r=-.336$ ;  $p<.05$ ) e com a subescala “Satisfação com o tratamento” ( $r=-.376$ ;  $p<.01$ ) com magnitudes de correlação baixas (Quadro 1). Os resultados das correlações evidenciam ainda, associações negativas baixas ( $p<.05$ ) entre a sub-escala “Aceitar sem julgamento” e o “Impacto da Diabetes” na qualidade de vida ( $r=-.305$ ), bem como, entre a subescala de *mindfulness* “Descrever” e o total da qualidade de vida ( $r=-.325$ ).

De um modo geral, todas as subescalas da KIMS se correlacionam negativamente com as subescalas da qualidade de vida, sendo a subescala “Observar” a que apresenta a correlação mais elevada com a “Satisfação com o Tratamento” ( $r=-.459$ ), com uma magnitude de correlação moderada.

Relativamente à subescala de *mindfulness* “Agir com consciência” não se registaram correlações significativas com a qualidade de vida na diabetes.

Quadro 1: Correlações entre *mindfulness* (KIMS) e qualidade de vida na diabetes (EQVD) (N=48)

	EQVD Total	Impacto	Preocupação com Diabetes	Satisfação	Preocupação Social/Vocacional
<b>KIMS Total</b>	<b>-.336*</b>	-.202	-.088	<b>-.376**</b>	-.138
Aceitar sem julgamento	-.156	<b>-.305*</b>	-.216	-.158	-.117
Observar	-.069	.211	-.140	<b>-.459**</b>	.032
Descrever	<b>-.325*</b>	-.267	-.199	-.167	.271
Agir com consciência	-.233	-.231	-.030	-.206	.024

\* $p<.05$  \*\* $p<.01$

### Estudo das relações entre *mindfulness* e ansiedade e depressão

Neste estudo pretendemos analisar as relações entre *mindfulness*, avaliado pela escala KIMS e ansiedade e depressão (escala HADS).

Todas as correlações estatisticamente significativas ( $p<.05$ ,  $p<.01$ ) são negativas e de magnitude baixa (Quadro 2). O total da escala de *mindfulness* encontra-se negativamente correlacionado com o total da HADS e com a subescala “Depressão” ( $r=-.315$ ,  $p<.05$ ;  $r=-.382$ ,  $p<.01$ , respectivamente). Apenas a subescala “Descrever” se correlacionou ( $p<.05$ ) com o total da HADS ( $r=-.319$ ) e com a “Depressão” ( $r=-.339$ ).

Inesperadamente, nenhuma subescala de *mindfulness*, nem o seu total se correlacionam significativamente com a “Ansiedade”.

Quadro 2: Correlações entre *mindfulness* e a HADS (N=48)

	HADS total	Ansiedade	Depressão
<b>KIMS Total</b>	<b>-.315*</b>	-.187	<b>-.382**</b>
Aceitar sem julgamento	-.219	-.248	-.154
Observar	-.019	.094	-.123
Descrever	<b>-.319*</b>	-.239	<b>-.339*</b>
Agir com consciência	-.206	-.120	-.252

\*p<.05 \*\*p<.01

### Estudo da relação entre *mindfulness* e adesão ao tratamento

As correlações obtidas entre o total e subescalas da KIMS e a adesão ao tratamento não revelam significância estatística.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo vêm corroborar a existência de uma relação significativa entre *mindfulness* e qualidade de vida, estando níveis mais elevados de *mindfulness* associados a mais qualidade de vida na Diabetes *Mellitus* tipo 1. Estes resultados vão ao encontro do que se tem verificado após a aplicação de Programas de *mindfulness* em doentes crónicos. O facto do *mindfulness* potenciar mais clareza às experiências do momento presente, pode contribuir para um aumento do bem-estar de uma forma directa (Brown & Ryan, 2003). De um modo geral, as sub-escalas de *mindfulness* estão significativamente correlacionadas com algumas subescalas da qualidade de vida na diabetes. Assim, uma maior aceitação sem julgamento parece estar associada a um menor “Impacto” da diabetes na qualidade de vida. Efectivamente, um doente que aceite a sua condição crónica sem a julgar e sem a tentar evitar tem menos probabilidade de sentir o impacto da doença. Também a subescala “Observar” se encontra negativa e significativamente associada à “Satisfação com o tratamento” da diabetes. Uma vez mais, salientamos que na escala de Qualidade de vida na Diabetes, pontuações mais elevadas correspondem a menor qualidade de vida, pelo que a interpretação das correlações deve atender a este aspecto. Os diabéticos com mais competências de “Descrever” parecem ter melhor qualidade de vida.

No que concerne à relação do *mindfulness*, com a sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão) verificam-se correlações negativas, com o total da HADS e “Depressão” (mais *mindfulness* associa-se a menos depressão). Os diabéticos com mais competências de “Descrever” parecem reportar menos sintomas depressivos.

O constructo de *mindfulness*, tal como é medido pela KIMS, refere-se, a aspectos da vida quotidiana das pessoas. O *mindfulness* pode ser ensinado e praticado (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) podendo, portanto, ser integrado na vida das pessoas. Assim, a Terapia Cognitiva Baseada no

*Mindfulness* (Em Inglês, *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) pode-se afigurar uma forma útil de intervir na depressão, condição comórbida, muitas vezes, da diabetes.

Ao contrário do que era esperado, entre *mindfulness*, ansiedade e adesão ao tratamento não encontramos correlações estatisticamente significativas. Talvez o tamanho da amostra tenha contribuído para estes resultados.

Contudo, esperávamos que mais *mindfulness* pudesse potenciar uma maior adesão ao tratamento. O estudo de Majumdar *et al* (2004) permitiu constatar que o *mindfulness* na vida diária dos doentes com doença crónica e psicopatologia afecta a capacidade de auto-regulação e a promoção de comportamentos adaptativos relacionados com a saúde. Os participantes deste estudo sujeitos ao programa de Redução de Stress Baseado no *Mindfulness* referiram mais responsabilidade e modificação de alguns comportamentos relativos à doença.

Pensamos que em investigações futuras seria importante incluir uma amostra maior de diabéticos, assim como adoptar um *design* longitudinal para avaliar o impacto dos Programas de *mindfulness*, na diminuição de sintomatologia psicológica, melhoria da qualidade de vida e averiguar a sua influência na adesão ao tratamento .

## REFERÊNCIAS

- Baer, R., Smith, G., & Allen, K. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11*, 191-206.
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84* (4), 822- 848.
- Chan, C. L. W., Ng, S.M., Rainbow, T. H. H., & Chou, A.Y.M. (2006). East meets West:applying Eastern spirituality in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing, 15*, 822-832.
- Germer, C.K., Siegel, R.D., & Fulton, P.R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy* (1<sup>st</sup> edition). New York: Guilford.
- Hayes, S. (2005). *Get out of your mind & into your life. The new acceptance andcommitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Jacobson, A., Barofsky, I., Cleary, P., & Rand, L. (1988). Reliability and validity of a diabetes quality-of-life measure for the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). *Diabetes Care, 11* (9), 725-732.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4* (1), 33-47.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom to face stress, pain and illness*. New York: Dell.
- Kabat-Zinn, J. (1998). Meditation. In J.C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 767-779). New York: Oxford University Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in context: past, present and future. *Clinical Psychology, 10*, 144-156.
- Majumdar, M., Grossman, P., Dietz-Waschkowski, B., Kersig, S., & Walach, H. (2004). Does mindfulness meditation contribute to health? Outcome evaluation of a German sample. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 8*(6), 719-730.
- Matos, A. P. (1999, Janeiro). *Desenvolvimento de instrumentos de avaliação para o estudo da diabetes: Desenvolvimento de uma escala de "Adesão ao Tratamento"*. Trabalho apresentado nas Jornadas da Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento, Coimbra.
- Pais-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.
- Segal, Z.W., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Silva, I. (2003). Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas da diabetes e a sua evolução ao longo do tempo (dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto).

## DIMENSIONALIDADE DO OTIMISMO

*JOSÉ LUIS PAIS-RIBEIRO (\*)*

Por definição, o otimismo consiste na extensão em que as pessoas mantêm expectativas favoráveis, generalizadas, acerca do seu futuro (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010): dito de outro modo é uma tendência global para acreditar que normalmente as experiências vividas conduzem a resultados bons em vez de maus (Scheier & Carver, 1985, 1992). Esta definição tem as suas raízes nas teorias de motivação expectativa-valor, as quais assumem que o comportamento expressa a persecução de objetivos, de estados ou ações desejáveis. Quanto mais importante é o objetivo para a pessoa maior o seu valor (Carver, et al. 2010).

Elevados níveis de otimismo são bons preditores de melhor bem estar subjetivo em situações de adversidade, com melhor saúde física, melhor saúde mental, maior resiliência perante eventos stressantes, e estão associados a estatuto sócio económico mais elevado, melhor integração social, referem Carver, et al. (2010). Em contextos médicos o otimismo é um bom recurso perante situações stressantes como cirurgia cardíaca, onde expressam melhor qualidade de vida após recuperar da intervenção, e os mais otimistas menor distresse pós tratamento no cancro da mama, menor depressão pós-parto, ou menor distresse após falha de fertilização in-vitro, dizem estes autores.

Enquanto característica psicológica, o otimismo, é um traço, que é explicado em cerca de 25% pela hereditariedade estimam, ainda, estes autores, valor bem mais baixo do que muitos outros traços, e a estabilidade a longo prazo é relativamente baixa (correlações de cerca de 0,35 em 10 anos). Referem também que o ambiente, em fases iniciais da vida, especialmente a presença de recursos como, calor familiar e segurança económica são preditores do otimismo no adulto.

A avaliação do otimismo foi implementada, com base na teoria da auto-regulação com o desenvolvimento do Life Orientation Test (Scheier & Carver, 1985) que, depois foi aperfeiçoado para o Life Orientation Test- Revised (LOT-R; Scheier, Carver, & Bridges, 1994). O desenvolvimento da LOT-R visou aperfeiçoar a validade de conteúdo dos itens, retirando itens que consideravam problemáticos na versão original (a LOT) e desenvolvendo outros. O LOT incluía 12 itens em que quatro eram distratores e os restantes oito avaliavam o otimismo disposicional.

---

(\*) Universidade do Porto.

A versão revista, o LOT-R, inclui seis itens num bloco de 10 em que quatro são distratores, com vista a identificar uma pontuação no contínuo otimismo - pessimismo. Três dos itens são cotados de modo inverso.

Aos respondentes pede-se que expressem em que medida concordam com cada uma das afirmações de cada item utilizando o seguinte formato: discordo totalmente; discordo; neutro; concordo; concordo totalmente. Os itens são somados para produzirem uma pontuação final.

Trata-se de uma medida que se suporta num conceito unidimensional. Nesta perspetiva (variável unidimensional), assume-se que as pessoas oscilam entre muito otimistas ou muito pessimistas, e onde todas as pessoas tenderão tendencialmente para uma dessas dimensões, mas colocando-se a maioria algures numa posição intermédia (Carver, et al. 2010): esta é a posição fundadora deste autores. Opõe-se assim a outros autores que assumem que o otimismo é bidimensional (Chang, Maydeu-Olivares, & D’Zurilla, 1997), ou seja onde é possível uma pessoa ser otimista e pessimista em simultâneo. Chang et al., (1997) concluem tal recorrendo a procedimentos estatísticos sofisticados para justificar a sua posição, embora a dimensionalidade da LOT-R em vários estudos em diferentes culturas/nações/populações, também com base na exploração estatística, tenha encontrado resultados contraditórios (ver, Pais-Ribeiro, Pedro, & Marques, in press).

A questão que aqui colocamos e que discutimos a propósito do otimismo é qual deve prevalecer: a orientação teórica conceitual inicial (a unidimensionalidade) ou a prevalência da evidência provinda da estatística que resulta da análise de dados de populações específicas, onde alguns autores concluem pela bidimensionalidade do conceito.

A nossa posição é que a posição conceitual inicial deve prevalecer (Pais-Ribeiro, et al. in press) e que, se se parte de uma posição teórica ela não deve ser alterada porque os dados finais, analisados de determinada forma, não exibem propriedades de acordo com o conceito original. Especificamente neste construto, os autores desenvolvem a medida com base na teoria, e mesmo na versão original encontram, consoante o procedimento utilizado, uma e duas dimensões, em que os itens formulados pela negativa se juntam numa dimensão e os formulados pela positiva noutra. Scheier et al.(1994) discutem este assunto questionando o significado a dar a duas dimensões, e que pessimismo e otimismo constituem pólos opostos da mesma dimensão, apesar de, eles próprios, encontrarem evidência fatorial ou componencial para, quer a existência de dois fatores/componentes, quer para um.

### **A importância do conceito sobre o construto e a medida**

A investigação em psicologia utiliza variáveis que se organizam num desenho de investigação mais ou menos complexo subjacente à tese em estudo. Estas variáveis são operacionalizadas com medidas que pretendem ser expressão do conceito e construto que estão por detrás das variáveis. Portanto o movimento é do conceito para a medida e não da medida para o conceito. Markus (2008) explica que o conceito abrange todos os casos possíveis (é independente da população) enquanto os construtos



abrangem somente os casos em estudo (dependente da população): afirma que, por isso, as explicações teóricas acerca do construto diferem das que são feitas sobre os conceitos. Ou seja os construtos são específicos de uma população, e esta limitação tem um papel central na validação e inspeção psicométrica de medidas que avaliem esse construtos e na distinção entre uns e outros construtos (Markus, 2008). Finalmente após a clarificação/definição do conceito e do construto desenvolve-se a medida, subordinada, obviamente, àqueles.

Anastasi (1990) explica que uma das formas de construir testes é o desenvolvimento de itens que se relacionam com uma teoria da personalidade: nestes, cada item tem uma relação com a teoria que representa. Sundberg (1977) defende que um teste pode ser construído pela relação entre cada item e o construto a avaliar (validade de conteúdo).

### **Validade dos testes**

Num texto seminal, Messick (1995, p.741) afirma que a validade “é um julgamento global do grau em que a evidência empírica e o racional teórico suportam a adequação e correção das interpretações e das acções baseadas nas pontuações dos testes ou noutros modos de avaliar”. Continua, ainda na mesma página, que a ”validade não é uma propriedade do teste ou avaliação enquanto tal, mas antes do significado da pontuação do teste. (...) O que necessita ser válido é o significado ou a interpretação da pontuação; assim como quaisquer consequências para a ação decorrentes deste significado”(p.741) diz, por referência a Cronbach (1971), concluindo que, por isso, a validade é um processo contínuo e em constante evolução.

A validade de construto baseia-se na integração de evidência que se apoia na interpretação do significado da pontuação dos testes, incluindo evidência relacionada com o critério e o conteúdo, que são parte integrante da validade de construto, e que tem como característica fundamental a identificação com recurso à análise por processos cognitivos, e de teorias da personalidade e da motivação subjacentes à tarefa (Messick, 1995). Considera como padrão seis aspetos funcionais da validade de construto que são fundamentais para a toda a avaliação psicológica, a saber: conteúdo, substantiva, estrutural, generalização, externa, consequencial. A validade de conteúdo, ou como cada item representa o conceito e o construto é o primeiro passo da validade de construto que depois se articula com os restantes.

Ou seja, a validade de construto não é resultado de uma análise estatística específica que se alcança quando os dados estão recolhidos e tratados, é, antes, o resultado de uma análise complexa onde os procedimentos estatísticos entram enquanto elementos a considerar.

Este comentário consubstancia-se na evidência do uso de processos de validação frequentemente utilizados por alguns grupos (mas nunca utilizados por outros, o que significa falta idêntica) para definir a medida, deixando entre outros, os aspetos conceituais de fora. Ou seja, no final ficamos da

dúvida se a medida se reporta ao conceito e ao construto pretendido, ou se mudou para um outro conceito.

Tal não é um problema recente. Há mais de meio século, num texto clássico Guilford (1952) alertava para eventuais abusos da estatística como ameaça à psicologia. Dizia ele: “The use of a complicated statistical procedure like factor analysis does not permit one to forget about the usual safeguards that should surround scientific observations. Statistical operations do not compensate for carelessness in making observations. Rather, they presuppose careful observations. They then serve as an important aid in seeing order in the observations and in making sense of that order. Under inappropriate conditions of observation, data may appear to have an order that is misleading if not fictitious. There is no statistical magic that will give a good ordered view of nature when the data do not permit” (p.26/7).

Resumindo, os procedimentos estatísticos, sejam quais forem, servem propósitos heurísticos, ou seja, ajudam a pensar sobre um tópico mesmo que ele não seja totalmente verdadeiro, e não deve ser confundido com a verdade absoluta. A análise fatorial como a estatística em geral sendo um procedimento antigo (desenvolvida há mais de 100 anos por Spearman) deve constituir um instrumento auxiliar no raciocínio científico mas não pode ser considerado a última palavra que legitima tudo.

### **O otimismo como construto unidimensional**

Como já referimos o otimismo foi concebido e desenvolvido como um conceito unidimensional: as pessoas estão entre um extremo em que são totalmente otimistas e noutro em que são totalmente pessimistas, colocando-se a maioria numa posição intermédia. Com base na teoria da auto-regulação, Scheier e Carver (1985) desenvolveram o otimismo disposicional, e uma técnica para o avaliar, o Life Orientation Test (LOT) e depois a versão revista o LOT-R (Scheier et al.1994).

Por contraste com outros conceitos, construtos, e medidas como, por exemplo, a Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) de Watson, Clark, e Tellegen, (1988) onde, os autores desenvolveram os itens baseados na assunção de que o afeto positivo e o afeto negativo são bidimensionais. Neste modelo, as pessoas distribuem-se num eixo onde exibem um afeto positivo elevado versus baixo e noutro eixo ortogonal ao primeiro onde exibem um afeto negativo elevado versus baixo. Na construção deste instrumento cujo processo reproduzimos em Portugal (Galinha, & Pais-Ribeiro, 2005a;b), a estratégia de construção começa por um sofisticado desenvolvimento do conceito, do construto e dos itens. No fim estes últimos são selecionados de modo a que, para além da existência de um suporte conceitual, de consistência apropriada entre os itens da cada dimensão, a correlação entre as pontuações da dimensão negativa e positiva sejam ortogonais, ou seja tenham uma correlação próxima do zero, e que nalgumas culturas ou populações expressa valores mais afastados do zero.

Os autores da LOT seguiram o mesmo princípio: escolheram os itens e desenvolveram a medida para medir um conceito e um construto unidimensional. Metade dos itens são formulados pela negativa e a outra metade pela positiva. A exploração componencial ou fatorial tende a juntar os itens formulados pela positiva numa dimensão e os pela negativa noutra. Quando são utilizados deste modo (bidimensional) as correlações entre estas dimensões - otimismo e pessimismo - são em geral, à volta de 0,50 (depois da inversão dos itens negativos): Para ser unidimensional a correlação é baixa, para ser bidimensional é elevada: ou seja há uma variância moderada entre as duas dimensões que permite concluir, como o fazem os autores que, porque os resultados com uma ou duas dimensões apresentam diferenças irrelevantes, se deve utilizar preferencialmente a versão unidimensional.

### **Equivalência cultural dos testes**

Finalmente existe o problema de equivalência cultural. De Vijver e Hambleton (1996) reportam três tipos de viés na equivalência cultural. O primeiro é o viés do construto que ocorre quando o construto medido por um instrumento evidencia diferenças entre culturas. O segundo tipo de viés é o viés de método: ocorre quando existem aspetos relacionados com a administração do instrumento como seja, p.ex., a desejabilidade social, a familiaridade ou a falta dela com o tipo de resposta aos testes ou a situação de teste em geral, as condições físicas em que os testes são administrados, questões de comunicação entre quem administra o instrumento e quem responde, o que pode ocorrer em culturas menos letradas, etc. O terceiro viés é o viés do item que se refere a diferenças na formulação do item, não adequação do conteúdo do item à cultura. Ou seja, existem inúmeros fatores que são susceptíveis de alterar a funcionalidade de uma medida de uma cultura para outra.

A versão Portuguesa da LOT-R mostra valores semelhantes aos originais, quer na avaliação do conteúdo dos itens, nos valores das médias para diferentes populações, quer na estrutura dimensional (Pais-Ribeiro et al., in press).

## **CONCLUSÃO**

A avaliação do otimismo foi baseada, pensada, enquanto um conceito/construto unidimensional. Esta afirmação é fundamental para o uso da medida que o avalia (neste caso reportamo-nos ao LOT-R), e para discutir a validade desta medida. Como explicámos baseados em Messick (1995) e como diz Thorndike e Hagen (1977) a evidência da validade é complementarmente racional e empírica. A consideração racional ocupa o centro do processo quando estamos a pensar no produto final (a descrição do indivíduo) e o modo como a validade da medida é um ato é um exercício racional. Depois de ser utilizada, a pontuação obtida, a medida fica sujeita a procedimentos estatísticos dos mais elementares aos mais sofisticados, que “juntamente com a teoria usada para construir a medida se torna um empreendimento empírico. Julgamento e evidência jogam um papel conjunto na validação” (Thorndike & Hagen 1977, p.73).

Regressando a 1952, a Guilford, se se pretende que um instrumento de investigação forneça resultados importantes, consequenciais, significativos, ele deve ser utilizado no lugar certo e da maneira certa. Os utilizadores de métodos fatoriais, de vez em quando, têm expressado avisos no que concerne aos requisitos e limitações destes métodos. A sua má utilização, continua, não pode ser desculpada totalmente com a falta de familiaridade destas técnicas. Ela pode ser evitada se os investigadores seguirem as regras básicas da investigação, afirma.

A nossa crítica assenta na frequência com que investigadores menos experiente utilizam a análise estatística para alterar os modos de avaliar os conceitos/ construtos que levam à alteração das medidas, comprometendo assim a validade da investigação onde as medidas são aplicadas.

Regressando à investigação em psicologia temos que considerar outras validades: Do modo como utilizamos estes conceitos, contrutos, e medidas, pode comprometer-se a validade da medida, comprometendo assim, toda a investigação, dado aquela ser parte do desenho de investigação. Lembrando o que todos sabemos, e como referimos anteriormente (Pais-Ribeiro, 2007), a investigação inclui a validade de construto do desenho de investigação, para referir em que extensão os construtos de interesse teórico para a investigação estão operacionalizados nesse desenho e, principalmente, a validade interna do desenho de investigação, ou seja a garantia que a relação que se observa entre variáveis é identificada com precisão e validade, e a validade externa, ou a garantia de que as relações observadas entre as variáveis, neste conjunto de dados, se pode aplicar a outro conjunto de dados.

Ou seja, uma medida mal pensada, mal conceitualizada, compromete toda a investigação. A escolha da medida, mais a sua associação ao conceito e construto é um empreendimento decisivo que segue a operacionalização da tese a investigar, as variáveis a utilizar, os conceitos e os conteúdos que exprimem as variáveis, e o seu sucedâneo, a medida.

## REFERÊNCIAS

- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing* (6<sup>th</sup> edition). New York: MacMillan Publishing Company.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879–889.
- Chang, E. Maydeu-Olivares, A., & D’Zurilla, T. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: relationship to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and individual Differences*, 23 (3), 433-440.
- Cronbach, L. (1971). Test validation. In R.L. Thorndike (Ed.) *Educational measurement* (2<sup>nd</sup> ed., pp.443-507). Washington,DC: American Council on Education.
- De Vijver, F., & Hambleton, R. (1996). Translating tests: some practical guidelines. *European Psychologist*, 1(2),89-99.

- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I - Abordagem teórica ao conceito de afecto *Análise Psicológica, XXIII* (2), 209-218.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica, XXIII* (2), 219-227.
- Guilford, J.P. (1952). When not to factor analyze. *Psychological Bulletin, 49*(1), 26-37.
- Markus, K. (2008). Constructs, Concepts and the Worlds of Possibility: Connecting the Measurement, Manipulation, and Meaning of Variables. *Measurement, 6*, 54–77.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*: Porto: Livpsic
- Pais-Ribeiro, J., Pedro, L., & Marques, S. (in press). Is dispositional optimism unidimensional or bidimensional? Study with a Portuguese version of the revised life orientation test. *Spanish Journal of Psychology*.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implication of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219–247.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 1063–1078.
- Sundberg, N. (1977). *Assessment of persons*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Thorndike, R., & Hagen, E. (1977). *Measurement and evaluation in psychology and education*. New York: John Wiley & Sons.
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.

## VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJECTIVO

*FILIPA PIMENTA (\*)*; *ISABEL LEAL (\*)* E *JOÃO MAROCO (\*)*

Em 2050, a percentagem de pessoas com mais de 60 anos crescerá de 10 para 21% (United Nations Secretariat, 2003); assim, é importante alargar o conhecimento sobre o que determina o bem-estar durante o processo de envelhecimento e quais as variáveis associadas ao funcionamento psicológico e físico óptimo nas mulheres (Franco et al., 2009). A pertinência desta exploração na população feminina em particular deve-se ao facto de as mulheres manifestarem uma série de queixas (de natureza variada) na meia-idade e que vão ter um impacto negativo no bem-estar (Dennerstein, Smith, & Morse, 1994).

O bem-estar subjectivo engloba a avaliação (positiva ou negativa) da vida do sujeito, incluindo efeitos positivos e negativos relativos a acontecimentos de vida, apreciações e emoções em termos da satisfação com a vida (incluindo no que respeita a domínios relevantes como a saúde, o trabalho, as relações, entre outros), interesses e compromissos (Diener & Ryan, 2009). Apesar de o bem-estar ser subjectivo (na medida em que concerne a uma experiência pessoal), as suas manifestações podem ser medidas de forma subjectiva. O constructo integra as dimensões de satisfação com a vida (avaliações gerais sobre a vida da pessoa e satisfação com domínios importantes, tais como trabalho e relações) e de afecto positivo e negativo (isto é, presença de humor e emoções agradáveis e de humor e emoções desagradáveis ou negativos) (Diener, 2000; Galinha, 2008). Desta forma, é necessário contar com instrumentos fiáveis e com qualidade, que permitam avaliar o bem-estar na população feminina de meia-idade.

### MÉTODO

#### *Participantes*

No total, 1.003 mulheres com idades compreendidas entre os 42 e os 60 anos preencheram o questionário e instrumentos. As participantes tinham uma idade média igual a 50 anos ( $DP=5,233$ ), a maioria tinha uma relação (70%), era profissionalmente activa (85%), tinha entre 9 a 12 anos de escolaridade (51%) e fruía de um rendimento familiar anual entre 10.001 e 37.500€ (51%). Cerca de 42% das participantes encontrava-se na fase de pós-menopausa.

---

(\*) Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, UIPEs - ISPA – Instituto Universitário.

### *Material*

O bem-estar subjectivo foi avaliado pela Escala de Bem-estar Subjectivo (Albuquerque & Tróccoli, 2004), constituído por 62 itens. O instrumento inclui a dimensão de afecto negativo e positivo (por exemplo, “Angustiada” e “Activa”) e cada item é avaliado numa escala tipo-Likert de 5 pontos (variando entre “nada” e “extremamente”); abrange ainda o domínio de satisfação com a vida (por exemplo, item 50, “Avalio a minha vida de forma positiva”), aferido numa escala de 5 pontos, cuja amplitude vai de “discordo completamente” a “concordo completamente”. Utilizou-se igualmente a subescala de depressão da Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), constituída por sete itens (por exemplo, “Senti que a vida não tinha sentido”), explorada numa escala tipo-Likert de quatro pontos (de “não se aplicou nada a mim” a “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). Adicionalmente, usou-se a uma subescala da Escala de Bem-estar Espiritual (Gouveia, Marques, & Pais-Ribeiro, 2009), nomeadamente, a subescala pessoal, constituída por 5 itens; este instrumento permite explorar quatro dimensões (bem-estar espiritual pessoal, comunitário, ambiental e transcendental) e as possibilidades de resposta variam entre “muito pouco” e “totalmente” (numa escala tipo-Likert de 5 pontos). Aplicou-se ainda um questionário sócio-demográfico para a caracterização da amostra.

### *Procedimento*

Esta amostra comunitária foi maioritariamente recolhida através de estabelecimentos de ensino (primeiros ciclos, secundário e superior) e empresas na área de Lisboa. O questionário sócio-demográfico e instrumentos foram entregues acompanhados por um consentimento informado escrito, elaborado de acordo com as normas da Associação Americana de Psicologia para o tratamento ético dos participantes.

Após a eliminação de *outliers* e da imputação de *missings* (não excedendo 10% das respostas), recorreu-se ao software PASW Statistics (v. 19.0, SPSS Inc., Chicago, IL) e AMOS (v. 18.0, SPSS Inc., Chicago, IL) para explorar a validade de constructo, critério, externa, consistência interna e sensibilidade da escala.

A validade de constructo foi estabelecida através da análise factorial confirmatória, da validade convergente (através do cálculo da variância extraída média - VEM; valores adequados deverão ser superiores a 0,450) e discriminante, esta última estudada por meio da comparação entre as correlações quadradas inter-factores e a VEM (para garantir a validade discriminante a associação entre factores deverá ser menor ao valor da VEM) (Maroco, 2010a).

A validade de critério foi assegurada através da validade concorrente, utilizando uma correlação de Pearson com constructos teóricos semelhantes. Concretamente, foi utilizada a subescala de depressão

das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) e a subescala de Bem-estar Espiritual Pessoal (Gouveia, Marques, & Pais-Ribeiro, 2009).

Para verificar se a escala possuía validade externa repartiu-se aleatoriamente a amostra em duas partes, nomeadamente 60% e 40%, e explorou-se a variação do modelo de medida em ambos os grupos.

A consistência interna foi estudada utilizando a Alfa de Cronbach; para aferir a sensibilidade recorreu-se à análise dos valores máximos, mínimos, de curtose e assimetria. É esperado que o alfa seja superior a 0,70, que as respostas a cada item variem entre o 1 e 5, e que os valores absolutos de assimetria e curtose não ultrapassem os 3 e os 7 respectivamente (Maroco, 2010b).

## RESULTADOS

### *Validade de Constructo*

A análise factorial confirmatória foi ao encontro da estrutura da Escala de Bem-estar Subjectivo proposta originalmente, corroborando a existência de três factores. Contudo, o item 47 (“envergonhada”) foi excluído dado apresentar um baixo peso factorial ( $\lambda=.394$ ;  $p<.001$ ) e evidenciar um valor de coeficiente de determinação ( $r^2=.155$ ) abaixo do recomendado, ou seja, 0,250. Adicionalmente, o índice de modificação associado a este item ( $IM\approx 14$ ) encontrava-se acima do valor recomendado, ou seja, 11 (Maroco, 2010a) e o erro deste item correlacionava-se com diversos erros de outros itens. Após a exclusão deste item, e fixando uma estrutura de 3 factores, conclui-se que é explicada 53% da variância com este modelo de medida. A análise factorial confirmatória comprovou ainda um ajustamento aceitável por parte deste modelo de medida com três factores ( $X^2/df=3.793$ ;  $CFI=.846$ ;  $GFI=.798$ ;  $RMSEA=.053$ ;  $p<.001$ ;  $C.I. 90\%=[.051; .054]$ ).

Em relação à validade convergente, as três subescalas apresentaram valores adequados (ou seja, superiores a 0,450), nomeadamente, 0,479 em relação ao afecto positivo, 0,510 em relação ao afecto negativo e 0,455 para a subescala de satisfação com a vida. Além disto, as três subescalas manifestam validade discriminante: afecto positivo  $\leftrightarrow$  afecto negativo, 0,260; afecto positivo  $\leftrightarrow$  satisfação com a vida, 0,314; e satisfação com a vida  $\leftrightarrow$  afecto negativo, 0,397.

### *Validade de Critério*

A subescala de afecto negativo da Escala de Bem-estar Subjectivo apresentou uma correlação positiva, alta e significativa com a subescala de depressão da EADS ( $r=.653$ ;  $p<.001$ ). De forma idêntica, o afecto positivo ( $r=.592$ ;  $p<.001$ ) e a satisfação com a vida ( $r=.594$ ;  $p<.001$ ) apresentaram correlações altas, positivas e significativas com o constructo de bem-estar espiritual pessoal.



*Validade Externa*

O modelo de medida apresenta um ajustamento aceitável ( $\chi^2/df=2.494$ ;  $CFI=.871$ ;  $GFI=.753$ ;  $RMSEA=.039$ ;  $p=1.000$ ;  $C.I. 90\%=[.038; .040]$ ) em ambos os grupos (isto é, 60% *versus* 40% da amostra total).

O modelo com todos os parâmetros livres não apresenta um ajustamento significativamente melhor do que o modelo com pesos factoriais fixos ( $\chi^2(58)=70.844$ ;  $p=.120$ ), confirmando assim a validade externa do modelo de medida. Conclui-se, desta forma, que não existem diferenças significativas na medição dos pesos factoriais entre os dois grupos (60% *versus* 40% das participantes), comprovando a estabilidade da Escala de Bem-estar Subjectivo.

*Consistência Interna*

A consistência interna, averiguada pelo Alfa de Cronbach, é elevada quer para a escala total (0,828), quer para as subescalas de afecto positivo (0,951), negativo (0,963) e de satisfação com a vida (0,923).

*Sensibilidade*

A amplitude de resposta de todos os itens variou entre o menor e o maior valor possível e todos os itens apresentaram valores de curtose e assimetria adequados (isto é,  $|ku|<7$  e  $|sk|<3$ ).

O presente estudo confirma que a Escala de Bem-estar Subjectivo (Albuquerque & Tróccoli, 2004) apresenta boas características psicométricas em termos de validade de constructo, critério, externa, bem como valores elevados de consistência interna e adequados de sensibilidade; desta forma, poderá constituir uma ferramenta útil para explorar o constructo. Futuras investigações poderão considerar pertinente a utilização desta escala em amostras de meia-idade dado sucederem, nesta fase desenvolvimental, vários acontecimentos de vida (por ex., Reid & Hardy, 1999) e alterações no estado de saúde (Dennerstein et al., 1994) que podem comprometer o bem-estar.

## REFERÊNCIAS

- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 153-164.
- Dennerstein, L., Smith, A. M. A., & Morse, C. (1994). Psychological well-being, mid-life and the menopause. *Maturitas*, 20, 1-11.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.

- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39, 391-406.
- Franco, O. H., Karnik, K., Osborne, G., Ordovas, J. M., Catt, M., & Ouderaa, F. (2009). Changing course in ageing research: the healthy ageing phenotype. *Maturitas*, 63, 13-19.
- Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjectivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.
- Gouveia, M. J., Marques, M., & Pais-Ribeiro, J. L. (2009). Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10, 285-293.
- Maroco J. (2010a). *Análise de Equações Estruturais*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Maroco, J. (2010b). *Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- 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, 229-239.
- Reid, J., & Hardy, M. (1999). Multiple roles and well-being among midlife women: Testing role strain and role enhancement theories. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences*, 54B, S329-S338.
- United Nations Secretariat, The Population Division Department of Economic and Social Affairs. (2002). The Ageing of the World's Population. [cited 2010 December 1]; Retrieved from: URL: <http://www.un.org/ageing/popageing.html>.

## ANEXO - Escala de Bem-estar Subjectivo

Gostaria de saber como se tem sentido ultimamente. Encontra de seguida algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada item e escreva seguidamente, no espaço ao lado de cada palavra, o número que melhor expressa sua resposta de acordo com a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Ultimamente tenho-me sentido:

1. Afrita ___	17. Transtornada ___	33. Abatida ___
2. Alarmada ___	18. Animada ___	34. Amedrontada ___
3. Amável ___	19. Determinada ___	35. Aborrecida ___
4. Activa ___	20. Chateada ___	36. Agressiva ___
5. Angustiada ___	21. Decidida ___	37. Estimulada ___
6. Agradável ___	22. Segura ___	38. Incomodada ___
7. Alegre ___	23. Assustada ___	39. Bem ___
8. Apreensiva ___	24. Dinâmica ___	40. Nervosa ___
9. Preocupada ___	25. Empenhada ___	41. Empolgada ___
10. Capaz ___	26. Produtiva ___	42. Vigorosa ___
11. Contente ___	27. Impaciente ___	43. Inspirada ___
12. Irritada ___	28. Receosa ___	44. Tensa ___
13. Deprimida ___	29. Entusiasmada ___	45. Triste ___
14. Interessada ___	30. Desanimada ___	46. Agitada ___
15. Entediada ___	31. Ansiosa ___	47. Envergonhada (item eliminado)
16. Atenta ___	32. Indecisa ___	

Por favor indique de seguida, para cada uma das seguintes afirmações, o número que melhor expressa a sua opinião sobre a sua vida actual.

1	2	3	4	5
Discordo Completamente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo Completamente

48. Estou satisfeita com a minha vida	1	2	3	4	5
49. Tenho aproveitado as oportunidades da vida	1	2	3	4	5
50. Avalio a minha vida de forma positiva	1	2	3	4	5
51. A minha vida está longe do meu ideal de vida em quase todos os aspectos	1	2	3	4	5
52. Se eu pudesse mudaria o meu passado	1	2	3	4	5
53. Tenho conseguido tudo o que esperava da vida	1	2	3	4	5
54. A minha vida está de acordo com o que desejo para mim	1	2	3	4	5
55. Gosto da minha vida	1	2	3	4	5
56. A minha vida é má	1	2	3	4	5
57. Estou insatisfeita com a minha vida	1	2	3	4	5
58. A minha vida poderia estar melhor	1	2	3	4	5
59. Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida	1	2	3	4	5
60. A minha vida não tem interesse	1	2	3	4	5
61. As minhas condições de vida são muito boas	1	2	3	4	5
62. Considero-me uma pessoa feliz	1	2	3	4	5

## A PERSONALIDADE E A SAÚDE MENTAL DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

*MARISA PINTO (\*)*; *ANA MARGARIDA VARELA (\*)*; *E ANTÓNIO VINHAL (\*)*

Há mais de uma década que a violência é considerada um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002, cit. por Berger, 2003). A violência doméstica engloba todos os comportamentos/omissões que tenham por objectivo proporcionar, repetidamente e com intensidade, danos físicos, sexuais, mentais, económicos ou até mesmo o homicídio, de forma directa ou indirecta a um indivíduo que habite no mesmo agregado, ou que não habitando no mesmo agregado que o agressor seja cônjuge/ex-cônjuge, ou companheiro marital/ex-companheiro marital. Esta problemática atinge mulheres, homens, crianças, jovens, idosos, deficientes e dependentes (Gonçalves & Machado, 2002).

A violência conjugal ocorre no seio de uma relação, nomeadamente quando uma das partes recorre ao uso da força ou do constrangimento com a finalidade de promover ou perpetuar o domínio da outra parte. Neste fenómeno padece uma relação assimétrica, isto é, diferentes posições e poderes entre o casal (Nunes, 2003; Alves, 2005). Diversas investigações analisam os custos da violência, constatando que as crianças vítimas de maus tratos na idade adulta passam a fazer parte do sistema de saúde mental (Henriques, 2010).

Grande parte dos estudos efectuados neste domínio indicam que a disfunção da organização da estrutura familiar, dos processos da interacção e comunicação ou do contexto vivencial das famílias são a base da ocorrência de transtornos psiquiátricos (Díez, 2010). A existência de elementos que conduzem à doença mental não patenteia obrigatoriamente a existência de doença, visto que a saúde mental está relacionada com a inter-relação de vários factores, ou seja, diferentes pessoas podem desenvolver ou não uma patologia perante determinados factores de risco (Moreira & Melo, 2005).

A personalidade está relacionada com os diferentes desejos, sentimentos e com a forma de expressar tais sentimentos/emoções. As pessoas diferem uma das outras pelo autoconceito, pelas suas perspectivas no que diz respeito ao mundo e ao futuro (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2009). A personalidade é o que torna o indivíduo único, tendo sido identificadas cinco dimensões que distinguem a individualidade – Modelo *Big Five* (Dias, 2004; Hansenne, 2003).

---

(\*) Instituto Piaget, ISEIT/Viscu, Portugal.

Não há um perfil delineado para as vítimas, apenas se constata algumas características típicas, nomeadamente, serem envergonhadas, caladas, incapazes de reagir, conformadas, passivas, emocionalmente dependentes e deprimidas (Portugal, 2003, cit. por Alves, 2005). Actualmente, não se investiga se a personalidade influencia a saúde, mas antes quais as circunstâncias relativas a que aspectos da saúde ou a que comportamentos saudáveis e com que implicações práticas é que a personalidade influencia a saúde. Para este tipo de investigação, o modelo dos cinco factores evidencia-se o mais adequado para ajudar a esclarecer a relação entre o *self* psicológico e o *self* fisiológico (Holroyd & Coyne, 1987).

O estado da arte da temática em questão salienta que a violência conjugal é um problema de âmbito mundial, sendo uma das principais problemáticas de saúde pública em Portugal. Muitos estudos têm sido realizados, no entanto considera-se que ao nível da personalidade e da saúde mental das vítimas de violência conjugal é crucial aprofundar mais os conhecimentos científicos, devido à escassez de estudos que procuram estabelecer uma relação entre estas abordagens. Ao contribuir para o enriquecimento científico desta temática está-se ao mesmo tempo a proporcionar mais possibilidades de prevenção, concretizadas através de acções de sensibilização, que poderão incluir avaliações da personalidade de grupos populacionais mais expostos ao risco.

Os objectivos delineados para a presente investigação foram os seguintes: a) efectuar a caracterização das vítimas de violência conjugal; b) descrever as dimensões da personalidade das vítimas de violência conjugal; c) descrever a saúde mental das vítimas de violência conjugal; e d) aferir qual a relação entre as diferentes dimensões da personalidade das vítimas de violência conjugal e a saúde mental das mesmas.

## MÉTODO

De acordo com cada um dos objectivos delineados realizou-se o tipo de estudo mais adequado, de modo a atingir tais objectivos. Assim, no estudo I, II e III a investigação enquadrou-se num estudo descritivo, uma vez que a partir de metodologias quantitativas procurou-se descrever as características, as dimensões da personalidade e a saúde mental das vítimas de violência conjugal. Por fim, no estudo IV, a investigação centrou-se num estudo correlacional, visto que a partir de metodologias quantitativas procurou-se analisar o tipo de correlação existente entre as dimensões da personalidade e a saúde mental das vítimas de violência conjugal.

### *Participantes*

A população em estudo foi: vítimas de violência conjugal de ambos os sexos e com idade superior ou igual a 18 anos. A amostra foi seleccionada através de um tipo de amostragem não probabilística

obtida por conveniência, uma vez que apenas foram incluídas as vítimas de violência conjugal que estavam disponíveis ou que se voluntariaram para participar no estudo (Carmo & Ferreira, 1998).

No seguimento dos objectivos delineados para a presente investigação aplicaram-se os instrumentos de recolha de dados a 37 vítimas de violência conjugal, todos do género feminino, ou seja, correspondem a 100% da amostra, não existindo nenhum sujeito do género masculino. A idade das vítimas de violência conjugal da presente investigação varia entre os 20 e os 69 anos, sendo a média das idades que compõem a amostra de 38 anos. A maioria das vítimas são casadas (43,2%); tem filhos (81,1% - 30 indivíduos), variando o número de filhos entre 1 e 8. Na sua maioria têm o 3º ciclo e estão desempregadas.

### *Material*

O protocolo de investigação utilizado compõem-se de: um questionário sociodemográfico elaborado pelo próprio investigador, o NEO-FFI-20 desenvolvido por Bertoquini e Pais-Ribeiro (2006), e o Inventário de Saúde Mental de Pais-Ribeiro (2001).

### *Procedimento*

Para a realização do presente estudo enviou-se um ofício, a solicitar a autorização para a realização do estudo a 320 locais de atendimento a vítimas de violência conjugal de Portugal, incluindo a Madeira e os Açores. Dos quais 12 locais aceitaram colaborar na investigação; 37 responderam que não iriam colaborar no estudo e as restantes 271 instituições não enviaram qualquer tipo de resposta. Após a obtenção dessa autorização foi solicitado o consentimento informado aos elementos que constituíram a amostra para a participação voluntária na investigação. Findado o percurso de recolha de dados junto da amostra obtida, iniciou-se a etapa referente ao tratamento estatístico. Para tal, recorreu-se ao software informático SPSS 19.0 Base Windows, começou-se por construir a base de dados de acordo com os instrumentos utilizados onde foram inseridos os dados recolhidos. Para tal, recodificaram-se os itens que eram cotados de forma invertida; de seguida efectuou-se o cálculo do valor das variáveis de acordo com os autores dos instrumentos utilizados. Posteriormente realizou-se o tratamento estatístico dos dados com recurso à estatística descritiva e à análise inferencial. O nível de significância utilizado foi de  $\alpha=0,05$ , em que para  $p\leq 0,05$  rejeita-se  $H_0$  e para  $p>0,05$  aceita-se  $H_0$ .

## RESULTADOS

A prevalência da violência conjugal é um problema complexo que não será facilmente resolvido. Assim, o objectivo central deste estudo foi conhecer a personalidade e a saúde mental das vítimas de violência conjugal em Portugal e verificar se existe uma relação entre ambas.

Os dados obtidos nesta amostra revelam que as vítimas de violência conjugal portuguesas: são do sexo feminino; têm idades compreendidas entre os 20 e os 69 anos; casadas; com filhos, nomeadamente, entre 1 e 8 filhos. No que concerne às habilitações literárias prevalece o 3º ciclo. Na sua maioria encontram-se desempregadas, embora indiquem que não dependem economicamente do agressor. Quanto aos tipos de violência predominantemente praticados são a violência psicológica e a violência física. O detalhe da violência física de que as vítimas normalmente são alvo é o uso da força física por parte do agressor. Já o detalhe da violência psicológica mais executado contra a vítima é o agressor chamar-lhe de nomes, insultá-la e atribuir-lhe amantes. Enquanto o detalhe da violência sexual que o agressor aplica à vítima é a obrigação em esta ter relações sexuais contra a sua vontade. Por norma o agressor não possuía nem utilizou armas no momento da violência; estes são na sua maioria consumidores de álcool, mas não consome estupefacientes. As situações violentas foram presenciadas por menores e a vítima ficou com ferimentos ligeiros. O local onde foi praticada a violência foi na residência particular do casal e o motivo da agressão esteve relacionado com o estado alterado do agressor devido ao consumo de álcool e/ou drogas.

No que concerne às dimensões de personalidade que caracterizam as vítimas de violência conjugal, estas apresentam valores elevados ao nível da conscienciosidade e neuroticismo o que indica que estas mulheres são zelosas, disciplinadas, honestas, engenhosas, cautelosas, organizadas e persistentes, por outro lado apresentam instabilidade emocional, sendo pessoas bastante preocupadas, melancólicas, irritadas, ansiosas e apresentam mudanças frequentes de humor e depressão, podendo padecer de transtornos psicossomáticos e apresentar reacções muito intensas a todo o tipo de estímulos (Silva, Schlottfeldt, Rozenberg, Santos & Lelé, 2007).

Ao nível da saúde mental das vítimas expostas a esta problemática verifica-se que estas apresentam pouco *distress* psicológico, no entanto são pessoas ansiosas, com dificuldades no controlo emocional e comportamental, e padecem de traços depressivos. Relativamente, ao bem-estar psicológico destas mulheres este é razoável, contudo estas evidenciam pouco afecto positivo e poucos laços emocionais. Desta forma, pode-se concluir que embora as vítimas de violência conjugal têm uma saúde mental razoável do ponto de vista das dimensões predominantemente afectivas exibem uma deterioração.

Os dados obtidos nesta investigação revelam ainda que as vítimas de violência conjugal em que a sua personalidade tem bastantes características de conscienciosidade estas exercem uma influência positiva ao nível do afecto positivo, dos índices de depressão, do bem-estar psicológico e da saúde mental destas mulheres. Os dados permitem concluir que os factores de personalidade abertura à experiência e amabilidade não determinam nem positiva nem negativamente os constructos da saúde mental desta população. Constata-se, ainda, que as características da personalidade das pessoas extrovertidas têm um efeito positivo nas dimensões da saúde mental supra mencionadas. Verifica-se que o neuroticismo provoca um efeito negativo para os constructos da saúde mental ansiedade, perda de controlo emocional e comportamental, afecto positivo, depressão, *distress* psicológico, bem-estar

psicológico e saúde mental. Por sua vez, as características neuróticas das vítimas não determinam de modo nenhum a criação de laços emocionais.

## DISCUSSÃO

Tendo em consideração os dados obtidos neste estudo é possível concluir que os estudos nesta área são pertinentes pois permitem identificar grupos de risco que possam ser alvo de acções de prevenção e intervenção, assim como se poderá identificar o impacto dos traços de personalidade na saúde mental das vítimas. No seu conjunto, estes resultados demonstram o quão importante é o reforço das equipas técnicas, ao nível do apoio psicossocial a estas mulheres, uma vez que apresentam-se desprovidas de qualquer suporte afectivo e emocional. Este aspecto deverá revestir-se de singular importância uma vez que, sem uma adequada estrutura mental, será muito difícil para estas mulheres reerguerem-se e reiniciarem a sua vida em tranquilidade.

Com a presente investigação esperamos ter contribuído de alguma forma para um aprofundamento do conhecimento sobre a personalidade e a saúde mental das vítimas de violência conjugal. Não se trata de estabelecer, dada a natureza da nossa investigação, uma relação de causa-efeito entre a personalidade e a saúde mental, apenas de, num primeiro momento, de cariz meramente exploratório, que permite assinalar uma associação entre ambas e realçar algumas manifestações empíricas que poderão auxiliar na intervenção técnica com estas vítimas.

## REFERÊNCIAS

- Alves, C. (2005). *Violência Conjugal*. Consultado no dia 2 de Fevereiro de 2011: <http://www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2004010.pdf>.
- Berger, S. M. D. (2003). *Violência Sexual Contra Mulheres: entre a (in)visibilidade e a banalização*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz.
- Bertoquini, V., & Pais-Ribeiro, J. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco Factores de Personalidade. *Psychologica*, 43, 193-210.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Dias, I. (2004). *Violência na Família: Uma Abordagem Sociológica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Díez, C. G. (2010). *A violência conjugal/familiar, terapia familiar e saúde mental*. Consultado no dia 27 de Janeiro de 2011: <http://www.acorianooriental.pt/opinioes/readOthers/209380/>
- Gleitman, H.; Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2009). *Psicologia*. (8ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.



- Gonçalves R. A. & Machado C. (2002). *Violência e vítimas de crime*. Coimbra: Quarteto.
- Hansenne, M. (2004). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores. (Traduzido por J. G. de Almeida da obra original: “Psychologie de la Personnalité”).
- Henriques, J. (2010). *Combater a violência doméstica contribui para a competitividade*. Consultado no dia 2 de Fevereiro de 2011: [http://www.sei.gov.pt/NR/rdonlyres/D9F7840A-F044-492E-B243-7C33AE2D2CDE/0/20100407\\_Diario\\_de\\_Coimbra.pdf](http://www.sei.gov.pt/NR/rdonlyres/D9F7840A-F044-492E-B243-7C33AE2D2CDE/0/20100407_Diario_de_Coimbra.pdf).
- Holroyd, K. A. & Coyne, J. (1987). Personality and health in the 1980's: psychosomatic medicine revisited?, *Journal of Personality*, 55 (2), 359-375.
- Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde Mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doença*, 2 (1), 77-99.
- Nunes, A. S. (2003). *Violência Conjugal*. Consultado no dia 27 de Janeiro de 2011: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080304120751375635.pdf>
- Silva, R. S., Schlottfeldt, C. G., Rozenberg, M. P., Santos, M. T., & Lelé, A. J. (2007). *Replicabilidade do Modelo dos Cinco Grandes Factores em medidas da personalidade*. Consultado no dia 17 de Junho de 2011: <http://www.fafich.ufmg.br/mosaico/index.php/mosaico/article/viewFile/7/5>

## NECESSIDADES EMERGENTES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: VARIÁVEIS RELACIONAIS DE RISCO PARA A DEPRESSÃO DURANTE A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

R. PIRES<sup>(\*\*\*)</sup>; A. ARAÚJO PEDROSA<sup>(\*\*\*)</sup>; P. CARVALHO<sup>(\*\*\*\*)</sup> E M.C. CANAVARRO<sup>(\*\*\*)</sup>

Portugal encontra-se entre os países da União Europeia com taxas mais elevadas de gravidez na adolescência (Eurostat, 2010). Apesar do decréscimo verificado na ocorrência deste fenómeno ao longo das últimas décadas, a sua visibilidade social tem aumentado, colocando importantes desafios à promoção da saúde no contexto da transição para a parentalidade. Ao conjugar duas etapas desenvolvimentais antagónicas (Coley & Chase-Lansdale, 1998), a gravidez adolescente tem sido associada a múltiplos resultados adversos, nomeadamente a nível emocional (Black et al., 2002). O papel que os contextos em que a gravidez ocorre e que o suporte social disponibilizado podem desempenhar a este nível tem vindo a ser salientado (Beers & Hollo 2009). O presente estudo pretendeu, neste sentido, averiguar a existência de sintomas depressivos clinicamente significativos numa amostra de grávidas adolescentes e analisar o poder explicativo de variáveis relacionais de diferentes contextos (família, pares, escola, serviços de saúde) na sintomatologia depressiva apresentada.

A adolescente que engravida e se decide pela maternidade é obrigada a desempenhar tarefas específicas da transição para a parentalidade antes que esteja preparada do ponto de vista cognitivo, emocional e social (Coley & Chase-Lansdale, 1998). O resultado de tal exigência pode ser diverso e não raras vezes desajustado (Black et al., 2002; Holgate et al., 2006).

Considerado de risco para a qualidade da transição para a parentalidade, o desajustamento emocional na mãe tem vindo a ser associado a práticas educativas menos adaptativas e a problemas desenvolvimentais nos seus filhos (Shanok & Miller, 2007). No entanto, dos estudos que comparam grávidas adolescentes com os seus pares sem história de gravidez ou com grávidas adultas, não é visível um padrão consistentemente desajustado para as jovens grávidas, mas sim uma diversidade de padrões resultantes dos múltiplos níveis de transacção com os vários contextos de vida (Beers & Hollo 2009; Sieger & Renk, 2007).

---

(\*) Linha de Investigação *Relações, Desenvolvimento & Saúde* – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra; (\*\*) Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Doutor Daniel de Matos, HUC, EPE; (\*\*\*) Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior.

No que respeita ao contexto familiar, os estudos concluem que as experiências de cuidados precoces (Pereira, 2001) e a qualidade dos relacionamentos actuais (Figueiredo, Pacheco, Costa, & Magarinho, 2006; Sieger & Renk, 2007) são importantes variáveis a considerar.

Também outras relações interpessoais parecem desempenhar um importante papel no equilíbrio emocional destas jovens, nomeadamente as estabelecidas com o parceiro romântico e, menos exploradas, com o grupo de amigos (Milan et al 2004; Sieger & Renk 2007). Outros autores referem ainda que o apoio formal – dos serviços de saúde (Shanok & Miller, 2007) e da escola (Pires, 2009) – tem demonstrado efeitos positivos no seu bem-estar.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra do presente estudo foi constituída por 405 grávidas adolescentes entre os 12 e os 19 anos ( $M = 16.45$ ;  $DP = 1.27$ ). As jovens eram na sua maioria caucasianas ( $n = 366$ , 90.4%), Católicas ( $n = 247$ , 61.0%) ou seguidoras de outra religião ( $n = 25$ , 6.2%) e pertencentes a níveis socioeconómicos (Simões, 1994) baixos ( $n = 371$ , 91.6% vs.  $n = 29$ , 7.2%, médio e  $n = 2$ , 0.5%, alto). Maioritariamente solteiras ( $n = 230$ , 56.8%), apresentaram uma escolaridade média de 8 anos ( $M = 8.30$ ;  $DP = 2.05$ ). A idade gestacional variou entre as 3 e as 40 semanas ( $M = 23.93$ ;  $DP = 9.44$ ). Para 49 (12.1%) jovens esta não foi a primeira gravidez, sendo que 19 (4.6%) tinham já realizado pelo menos uma interrupção da gravidez. Trezentas e dezasseis (78.0%) jovens não planearam a actual gravidez.

### *Material*

*Informação sociodemográfica e reprodutiva* - A recolha de informação sociodemográfica e reprodutiva foi efectuada através de uma ficha de caracterização construída a partir da entrevista semi-estruturada utilizada na triagem das utentes da Consulta de Grávidas Adolescentes da Maternidade Doutor Daniel de Matos – Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. (Araújo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003).

*Qualidade da relação com outros significativos e satisfação com o apoio institucional* - As dimensões relativas à percepção da qualidade das relações com o pai, a mãe, o pai do bebé e o grupo de amigos foram avaliadas através da pergunta “De um modo geral, como classifica, no momento actual, a sua relação com...”, numa escala de resposta de tipo Likert de oito pontos, que vai desde “Inexistente” (1) a “Extremamente boa” (8). A satisfação com as redes de apoio institucional (serviços de saúde e escola) foi avaliada através da pergunta “Até que ponto se sente satisfeita com o apoio recebido no(a)...”, numa escala de resposta tipo Likert de seis pontos, que vai de “Nada satisfeita” (0) a “Extremamente satisfeita” (5). *Estilos educativos parentais* - Os estilos educativos parentais foram avaliados através do *EMBU - Egna Minnen av Barndoms Uppfostram* (Perris, Jacobson, Lindstrom,

von Knorris, & Perris, 1980), na sua versão portuguesa *Memórias de Infância* (Canavarro, 1996, 1999). Trata-se de um questionário de auto-preenchimento composto por 23 itens, onde se pede aos participantes que avaliem, separadamente para o pai e a mãe, a frequência de determinados comportamentos durante a sua infância e adolescência, numa escala de tipo Likert de quatro pontos, que vai desde “Não, nunca” (1) até “Sim, a maior parte do tempo” (4). Os comportamentos maternos e paternos são avaliados retrospectivamente em três dimensões: Suporte Emocional, Rejeição e Sobreprotecção. Na presente amostra, o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach variou de .742 (Rejeição\_Pai) a .917 (Suporte Emocional\_Pai). A dimensão sobreprotecção apresentou valores de .419 a .548, razão pela qual foi excluída. A dimensão *Suporte Emocional* refere-se aos comportamentos dos pais perante o filho que o fazem sentir confortável e aprovado na sua presença (aprovação, encorajamento, expressão verbal e física de amor/carinho). A dimensão *Rejeição* é definida pelos comportamentos que visam modificar a vontade dos filhos (privação de objectos/privilégios, aplicação directa da força).

*Sintomatologia depressiva* - A sintomatologia depressiva foi avaliada através do *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), na sua versão portuguesa *Escala de Depressão pós-parto de Edinburgh* (Figueiredo, 2001). Trata-se de um questionário de auto-resposta com 10 itens numa escala de resposta tipo Likert, de quatro pontos, que aborda a intensidade de sintomas depressivos nos sete dias anteriores ao seu preenchimento. Pontuações mais elevadas correspondem a maiores níveis de sintomatologia, sendo o ponto de corte para a significância clínica da mesma igual a 9. Na presente amostra, este instrumento apresentou um coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de .816.

### *Procedimentos*

O presente estudo enquadra-se num projecto mais abrangente que se encontra em curso desde 2008 na Linha de Investigação *Relações, Desenvolvimento & Saúde*. A recolha da amostra ocorreu em serviços de saúde das várias regiões de Portugal Continental e na Região Autónoma dos Açores, mediante aprovação das Comissões Éticas de todas as instituições. As adolescentes foram convidadas a participar durante o seu acompanhamento obstétrico e encaminhadas para uma sessão de avaliação com um psicólogo sempre que o aceitassem. Nesta sessão foram sujeitas a uma entrevista semi-estruturada e ao preenchimento de questionários de auto-resposta. A participação de todas as jovens foi aceite mediante assinatura de um consentimento informado, igualmente assinado pelos seus representantes legais sempre que estas eram menores de 18 anos. Cumpriram critérios de inclusão para o referido estudo jovens: 1) com idade igual ou inferior a 19 anos, 2) com compreensão da língua portuguesa adequada e 3) grávidas, em qualquer momento da gravidez.

Foram calculadas estatísticas descritivas (frequências, médias e desvios-padrão) para todas as variáveis avaliadas. A selecção das variáveis relacionais a inserir nos modelos explicativos da sintomatologia depressiva – assim como das variáveis sociodemográficas/reprodutivas a controlar

nessa análise - foi feita através de análises de Correlação de Pearson e Teste t. As variáveis assim seleccionadas foram, de seguida, introduzidas em modelos de regressão múltipla hierárquica. Todas as análises foram realizadas no software SPSS, v. 17.

## RESULTADOS

### *Prevalência de sintomatologia depressiva clinicamente significativa*

Apesar de, em média, as adolescentes da nossa amostra não se encontrarem deprimidas ( $M = 6.98$ ;  $DP = 3.66$ ), para 34% ( $n = 138$ ) delas os sintomas atingiram a significância clínica.

### *Variáveis sociodemográficas, reprodutivas e relacionais e sintomatologia depressiva*

A sintomatologia depressiva reportada pelas jovens da nossa amostra não variou em função de nenhuma das variáveis sociodemográficas ou reprodutivas avaliadas. Revelou, no entanto, associações significativas: 1) positivas com a *Rejeição* paterna ( $r = .323$ ,  $p < .001$ ) e materna ( $r = .302$ ,  $p < .001$ ); 2) negativas com o *Suporte Emocional* paterno ( $r = -.140$ ,  $p = .009$ ), com a qualidade da relação actual com a mãe ( $r = -.189$ ,  $p < .001$ ), com o pai ( $r = -.134$ ,  $p = .008$ ), com o pai do bebé ( $r = -.140$ ,  $p = .005$ ) e com os amigos ( $r = -.186$ ,  $p < .001$ ). O *Suporte Emocional* materno e a satisfação com o apoio institucional não revelaram associações com os níveis de sintomatologia depressiva apresentados.

### *Modelo explicativo da sintomatologia depressiva*

A contribuição das variáveis avaliadas para os níveis de sintomatologia depressiva foi explorada através de modelos de regressão múltipla hierárquica (Quadro 1). No modelo final ( $F(4, 334) = 15.160$ ,  $p < .001$ ), as grávidas adolescentes que se revelaram de risco para níveis mais elevados de sintomatologia depressiva foram aquelas que percepcionaram maiores níveis de *Rejeição* paterna na infância e cujas relações actuais com a mãe, o pai do bebé e os amigos eram classificadas como de pior qualidade.

Quadro 1. Regressão múltipla hierárquica: sintomatologia depressiva

Variáveis ( $n = 339$ )	Bloco1: V. relacionais passadas $\Delta R^2 = .12$ $F(3, 320) = 14.66^{***}$			Bloco2: V. relacionais presentes $\Delta R^2 = .05$ $F(4, 316) = 4.65^{***}$			Modelo final <sup>a</sup> $F(4, 334) = 15.160^{***}$		
	$\beta$	EP	$t$	$\beta$	EP	$t$	$\beta$	EP	$t$
SupEm_pai	-.03	.05	-0.57	.04	.05	0.66			
Rejeição_pai	.25	.13	3.21 <sup>***</sup>	.25	.13	3.31 <sup>***</sup>	.28	.09	5.21 <sup>***</sup>
Rejeição_mãe	.11	.14	1.56	.06	.14	0.76			
QualRel_mãe				-.10	.24	-1.68*	-.10	.19	-1.76*
QualRel_pai				-.04	.13	-.74			
QualRel_paibebé				-.11	.16	-2.12 <sup>**</sup>	-.11	.16	-2.14*
QualRel_amigos				-.13	.15	-2.47 <sup>**</sup>	-.14	.15	-2.76 <sup>**</sup>

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ ; <sup>a</sup>Ajustado para incluir apenas os preditores significativos.

## DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principais objectivos averiguar a existência de sintomas depressivos clinicamente significativos numa amostra de grávidas adolescentes e analisar o poder explicativo de variáveis relacionais na sintomatologia apresentada. Os resultados obtidos contribuem para aumentar o conhecimento específico sobre o ajustamento emocional durante a gravidez na adolescência. Sobressaem especificidades que devem ser tidas em conta na planificação de intervenções dirigidas à prevenção e tratamento de sintomatologia depressiva nesta população.

### *Prevalência de sintomatologia depressiva clinicamente significativa*

Em média as participantes do nosso estudo não se revelaram deprimidas. Estes resultados corroboram conclusões prévias acerca da inexistência de perturbação emocional nas adolescentes grávidas (Pereira, 2001; Sieger & Renk, 2007). No entanto, de acordo com o sugerido por outros estudos (Black et al., 2002; Holgate et al., 2006), mais de um terço das participantes reportaram níveis clinicamente significativos de sintomatologia.

Estes dados salientam, por um lado, que a gravidez na adolescência não deve ser perspectivada como um fenómeno universalmente adverso, mas que, por outro, é necessário atender à variabilidade intragrupo do ajustamento dela decorrente, programando acções de prevenção e intervenção focalizadas e desenvolvimentalmente adaptadas a esta população.

### *Variáveis sociodemográficas, reprodutivas e relacionais e sintomatologia depressiva*

Ao contrário do verificado por Milan et al. (2004), o risco para o desajustamento emocional nas jovens da nossa amostra não surgiu associado às circunstâncias socioeconómicas – nem de outras variáveis sociodemográficas - prévias à gravidez. Também as variáveis reprodutivas avaliadas não revelaram qualquer associação com o mesmo, ao contrário do que seria de supor, por exemplo, para a variável planeamento de gravidez. No entanto, e de acordo com os estudos previamente revistos (e.g. Figueiredo et al., 2006; Sieger & Renk, 2007), os aspectos relacionais revelaram associações significativas com a sintomatologia das jovens da nossa amostra, sugerindo a importância da qualidade das relações de apoio informal para o ajustamento emocional durante a gravidez na adolescência. Já no que respeita ao apoio formal proporcionado pela escola e pelos serviços de saúde, os nossos resultados não apoiam as associações detectadas pelos estudos de Shanok e Miller (2007) e Pires (2009).

### *Modelo explicativo da sintomatologia depressiva*

Ao explorarmos modelos explicativos da sintomatologia depressiva apresentada pelas participantes do nosso estudo, foi-nos possível concluir acerca do importante papel assumido por variáveis relacionais, tanto passadas como presentes. Relativamente às primeiras, a saliência do poder explicativo da dimensão *Rejeição* paterna constitui um resultado inovador, ao não corroborar a maior

importância atribuída noutros estudos à figura materna (e.g. Pereira, 2001). Apesar de ainda não ser um aspecto muito estudado, Rodrigues et al. (2004) referem que a maternidade é um momento que, por excelência, implica a revisão das relações com os pais, sendo uma oportunidade para a modificação dos modelos internos dinâmicos elaborados na sequência das interações na infância. Seria de especial importância considerar, a este nível, o papel das práticas educativas paternas em intervenções dirigidas à promoção de transições de maior qualidade para a parentalidade na adolescência.

De acordo com o largo corpo de literatura que corrobora a importância da qualidade das relações com as figuras de suporte para uma transição bem-sucedida para a parentalidade na adolescência (e.g. Pereira, 2001; Sieger & Renk, 2007), na nossa amostra níveis mais elevados de sintomatologia depressiva foram explicados por menor qualidade das relações actuais com outros significativos. No nosso estudo, além dos resultados coerentes com as bem documentadas influências da mãe da jovem e do pai do bebé (Figueiredo et al., 2006; Shanok & Miller, 2007), emergiu ainda a este nível a influência dos amigos, chamando a atenção para a importância desenvolvimental que este contexto pode ter na transição para a parentalidade. Destes resultados decorre a necessidade de intervenções que englobem as várias ecologias de vida das jovens grávidas, num esforço integrado de promoção da qualidade das interações estabelecidas nos seus contextos relacionais actuais.

#### *Limitações e implicações para a investigação futura*

Apesar das importantes implicações destes resultados para o delinear de algumas linhas de acção em resposta às necessidades emergentes de promoção da saúde na transição para a parentalidade adolescente, a natureza transversal desta investigação deve ser tida em conta na sua generalização. Este desenho constitui-se, em nosso entender, como a principal limitação do presente trabalho. A avaliação longitudinal das relações entre as variáveis aqui apresentadas seria de toda a utilidade no esclarecimento da sua complexidade. Algumas das questões de investigação que derivam destes resultados beneficiariam igualmente de uma abordagem longitudinal. Entre elas encontra-se o esclarecimento da estabilidade temporal destes níveis de ajustamento emocional, bem como da sua associação com uma transição para a parentalidade de qualidade ou, pelo contrário, caracterizada por expectativas idealizadas e subestimadas acerca das exigências da mesma, com as respectivas consequências desenvolvimentais que tal poderia comportar para a adolescente e para o seu filho.

## REFERÊNCIAS

- Beers, L. A. S., & Hollo, R. E. (2009). Approaching the adolescent-headed family: a review of teen parenting. *Current Problems in Adolescent and Pediatric Health Care*, 39, 216-233. doi:10.1016/j.cppeds.2009.09.001.

- Black, M. M., Papas, M. A., Hussey, J. M., Dumbowitz, H., Kotch, J. B. & Starr, R. H. (2002). Behavior problems among preschool children born to adolescent mothers: Effects of maternal depression and perceptions of partner relationships. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 16–26. doi:10.1016/j.cpps.2009.09.001.
- Coley, R. L., Chase-Lansdale, P. L. L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist*, 2(53), 152–166.
- Eurostat (2010). Estatísticas Demográficas. Comissão Europeia, Eurostat.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R. & Magarinho, R. (2006). Gravidez na adolescência: Das circunstâncias de risco às que favorecem a adaptação à gravidez. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(6), 97–125.
- Holgate, H., Evans, R., Yuen, F. (2006). Introduction. In H. Holgate, R. Evans, & F. Yuen (Eds.), *Teenage pregnancy and parenthood: Global perspectives, issues and interventions* (pp. 1-6). London: Routledge.
- Milan, S., Ickovics, J. R., Kershaw, T., Lewis, J., Meade, C. & Ethier, K. (2004). Prevalence, course, and predictors of emotional distress in pregnant and parenting adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(72), 328–340.
- Pereira, A. I. (2001). *Contextos relacionais de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pires, R.S.A. (2009). *Contributo para a compreensão da etiologia e impacto da gravidez na adolescência: A influência de variáveis sociodemográficas e de variáveis relacionais, passadas e presentes, no ajustamento socioemocional de um grupo de grávidas adolescentes*. (Dissertação de Mestrado Integrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C. & Magarinho, R. (2004). Memórias de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 4(XXII), 643–665.
- Shanok, A. & Miller, L. (2007). Depression and treatment with inner city pregnant and parenting teens. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 199–210. doi:10.1007/s00737-007-0194-8.
- Sieger, K. & Renk, K. (2007). Pregnant and parenting adolescents: A study of ethnic identity, emotional and behavioral functioning, child characteristics, and social support. *Journal Youth Adolescence*, 36, 567–581. doi:10.1007/s10964-007-9182-6.
- Simões, M. M. R. (1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional dos Testes das Matrizes Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.



## O IMPACTO DA ANSIEDADE E *FLOURISHING* NO DESENVOLVIMENTO DA DEPRESSÃO

CÁTIA RIBEIRO (\*); ANA PAULA MATOS (\*); SÓNIA CHERPE (\*) E INÊS RIBEIRO (\*)

### Aspectos clínicos da Depressão na adolescência

As perturbações depressivas em adolescentes têm sido alvo de uma extensa investigação e foco de preocupação entre os técnicos de saúde mental, pelo facto de apresentar uma elevada comorbilidade com outras perturbações, nomeadamente a ansiedade, e por ser um fenómeno cada vez mais frequente e com um início cada vez mais precoce. Estudos epidemiológicos mostram que a prevalência da Depressão *Major* na comunidade adolescente é de 3 a 9 % (Dunn & Weintraub, 2008). Estima-se que, durante a adolescência, a Depressão *Major* surja, em média, entre os 13 e os 19 anos.

Diversos estudos têm demonstrado a existência de diferenças entre os géneros na Depressão, apontando-a como mais frequente no sexo feminino (Cola, Samuel & Hollon, 2010; Arnarson & Craighead, 2009; Jose & Brown, 2008; Nolen-Hoeksema, 2000).

A perturbação Depressiva *Major* (PDM) é bastante estável em toda a adolescência (Devine et al., 1994; Orvaschel et al., 1995 *cit in* Arnarson & Craighead, 2009), com continuidade na idade adulta (Pine et al., 1998; Rao et al., 1999 *cit in* Arnarson & Craighead, 2009). Um estudo longitudinal realizado por Pine e colaboradores (1999 *cit in* Arnarson & Craighead, 2009) demonstrou que a presença de alguns sintomas depressivos entre os adolescentes (com idades compreendidas entre os 13 – 14 anos) era um forte preditor de PDM em jovens adultos (idade 22).

### A importância da promoção de factores de protecção da Depressão – o *Flourishing*

Keyes tem realizado investigações no âmbito da avaliação e promoção da Saúde Mental defendendo que, em Psicologia, se deve estudar a Saúde Mental e investir em intervenções preventivas em vez de se estudar, quase exclusivamente, a doença e as técnicas de tratamento. Apoiado por inúmeros estudos empíricos, Keyes defende uma nova concepção de Saúde Mental: Saúde Mental enquanto um estado de *Flourishing*. Assim, a Saúde Mental seria um *continuum*: num dos extremos encontram-se as pessoas em *Flourishing*, isto é, num estado de saúde mental pleno e no outro extremo estão as pessoas em *Languishing*, o qual faz “fronteira” com a Doença Mental (Keyes, 2002, 2007).

---

(\*) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Enquanto os indivíduos deprimidos se caracterizam pela presença de sintomas como a perda de interesse e de prazer, humor negativo e um padrão comportamental desajustado e disfuncional, os indivíduos em *Flourishing*, caracterizam-se pela presença de sintomas hedónicos (buscam o prazer e evitam o que é desagradável), sentimentos e funcionamento positivos. Neste sentido a prevenção dos sintomas depressivos nos adolescentes, não se prende apenas com a identificação, controlo e neutralização de factores de risco, é também necessário promover a Qualidade de Vida, as áreas de bom funcionamento pessoal do adolescente e interacções positivas entre o adolescente e o seu meio envolvente (Keyes, 2007, 2008).

### **Relação entre ansiedade e Depressão**

De acordo com a literatura a ansiedade é considerada um factor de risco para o desenvolvimento da depressão.

Kovacs, Gatsonis, Paulauskas, e Richards (1989) constataram que em dois terços dos adolescentes com sintomas ansiosos e depressivos (simultaneamente), os sintomas ansiosos tinham precedido os depressivos. Num estudo longitudinal realizado por Reinherz, Stewart-Berghauer, Pakiz, Frost, Moeykens, e Holmes (1989) verificaram que os adolescentes que relatavam mais sintomas de ansiedade vieram a desenvolver sintomatologia depressiva. De igual modo, Sims, Nottelmann, Koretz, e Pearson (2006) referem que a ansiedade é o factor causal para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva e de acordo com Flannery & Schroeder (2006), a redução dos níveis de ansiedade pode prevenir o desenvolvimento de sintomas depressivos nos adolescentes.

O objectivo mais geral da linha de investigação onde este estudo se insere é contribuir para a identificação do perfil de risco para a Depressão em adolescentes. Este tem como principal objectivo verificar se a sintomatologia depressiva e ansiosa e o *Flourishing*, no tempo 1 (T1), predizem sintomatologia depressiva no tempo 2 (T2) (1 ano após a aplicação do primeiro protocolo de avaliação). Neste âmbito, colocaram-se como hipóteses de investigação: níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva e níveis baixos de *Flourishing*, em T1, associam-se a níveis elevados de sintomatologia depressiva, em T2;

## MÉTODO

Para atingir os objectivos propostos, conceptualizou-se um estudo longitudinal que pretende avaliar, em dois momentos (T1 e T2), os jovens portugueses da população geral com idades compreendidas entre os 12 – 17 anos.

### *Participantes*

A amostra recolhida é constituída por 241 adolescentes, dos quais 70 são do sexo masculino (29%) e 171 do sexo feminino (71%). Tendo em conta o primeiro momento de aplicação do protocolo de avaliação (T1), a média de idades é de 13.58 ( $DP=1.401$ ) e de escolaridade é de 7.88 ( $DP=1.439$ ), não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos masculino e feminino.

### *Material*

#### *Children's Depression Inventory – CDI (Kovacs, 1985)*

A presente escala foi desenvolvida por Kovacs (1985). É um inventário de auto-resposta constituído por 27 itens que procuram avaliar sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais da Depressão em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos. A versão portuguesa tem revelado boa precisão, apresentando valores elevados de consistência interna, com coeficientes de *Cronbach* de .84 e .80 (Dias & Gonçalves, 1999). No presente estudo obteve-se um valor de *Alpha de Cronbach* de .815 para a Nota Total do CDI no tempo 1 e de .817 para a Nota Total do CDI no tempo 2.

#### *Multidimensional Anxiety Scale for Children – MASC (March et al., 1997)*

A escala apresentada é composta por 39 itens e visa avaliar os sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 8 e 19 anos de idade. A versão original, da escala, apresenta níveis satisfatórios de consistência interna: entre .88 e .89, para a nota total (March et al., 1997). Na presente investigação obteve-se um valor de consistência interna de .863 para a Nota Total da MASC no tempo 1 e de .868 no tempo 2.

#### *Mental Health Continuum-Short Form for youth – MHC-SF (Keyes, 2008).*

Esta escala é composta por 14 itens e tem como intuito avaliar o grau de saúde mental (*Flourishing*) de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade e tem revelado uma excelente consistência interna ( $> 0.80$ ). No presente estudo obteve-se um valor de *Alpha de Cronbach* de .867 para a Nota Total do MHC no tempo 1 e de .898 no tempo 2.

### *Procedimento*

O protocolo de avaliação foi administrado de modo colectivo, durante as horas de aula, aos alunos que tinham obtido o consentimento informado, tendo sido sempre garantidos o anonimato e a confidencialidade das respostas.

## RESULTADOS

## **Estudo 1: Estudo do poder preditivo das variáveis em estudo em T1 relativamente à sintomatologia depressiva em T2, em função do género**

Para averiguar a relação existente entre as variáveis em estudo no tempo 1 e a sintomatologia depressiva no tempo 2 foram realizadas análises de *regressão (simples e múltiplas)*, em função do género.

### **1.1. Estudo do poder preditivo da sintomatologia depressiva em T1 relativamente à sintomatologia depressiva em T2, em função do género**

Relativamente ao sexo masculino, através de uma análise de regressão linear simples, método *enter*, observou-se que a Nota Total do CDI em T1 explica 11.6% da variância da sintomatologia depressiva em T2, sendo este modelo significativo ( $F_{(1,69)} = 8.885$ ,  $p = .004$ ). Na análise dos coeficientes de regressão verificou-se que a Nota Total do CDI em T1 é um preditor positivo ( $\beta = .328$ ;  $t = 2.981$ ,  $p = .004$ ). Para explorar o modo como os factores do CDI em T1 explicam a sintomatologia depressiva em T2, efectuou-se uma Regressão Linear Múltipla (método *Stepwise*). De acordo com o *critério de significância*, apenas a Auto-estima negativa é incluída na equação do modelo preditor e explica 9.3% da variância registada na sintomatologia depressiva em T2 [ $F_{(1,68)} = 6.932$ ;  $p = .010$ ].

Relativamente ao sexo feminino, verificou-se que a Nota Total do CDI em T1 é um preditor positivo ( $\beta = .658$ ;  $t = 11.372$ ,  $p = .000$ ) e explica 43.3% da variância da sintomatologia depressiva em T2, sendo este modelo significativo ( $F_{(1,169)} = 129.315$ ,  $p = .000$ ). Em relação aos factores, apenas quatro entram na equação do modelo da regressão, explicando 44% da variância da sintomatologia depressiva em T2 [ $F_{(4,166)} = 32.619$ ;  $p = .000$ ]. O factor Humor Negativo é o melhor preditor da sintomatologia depressiva, explicando 30.4% dessa variância ( $\beta = .552$ ;  $t = 8.629$ ;  $p = .000$ ), o factor Auto-estima Negativa explica 8.3% ( $\beta = .338$ ;  $t = 4.602$ ;  $p = .000$ ); o factor Anedonia 3.2% ( $\beta = .208$ ;  $t = 2.752$ ;  $p = .003$ ) e o factor Ineficácia explica somente 2% da variância da sintomatologia depressiva em T2 ( $\beta = .160$ ;  $t = 2.631$ ;  $p = .015$ ).

### **1.2. Estudo do poder preditivo da sintomatologia ansiosa em T1 relativamente à sintomatologia depressiva em T2, em função do género**

No que diz respeito ao sexo masculino, observou-se que a Nota Total da MASC em T1 é um preditor positivo, explicando 8.1% da variância da sintomatologia depressiva em T2 ( $\beta = .285$ ;  $t = 2.412$ ,  $p = .019$ ), sendo este modelo significativo ( $F_{(1,66)} = 5.816$ ,  $p = .019$ ). Em relação aos factores, apenas o que diz respeito aos Sintomas físicos é incluído na equação do modelo preditor e explica 12% da variância registada na sintomatologia depressiva em T2 [ $F_{(1,66)} = 8.974$ ;  $p = .004$ ].

No que diz respeito ao sexo feminino, verificou-se que a Nota Total da MASC em T1 é um preditor positivo ( $\beta = .222$ ;  $t = 2.935$ ,  $p = .004$ ) e explica 4.9% ( $F_{(1,166)} = 8.616$ ,  $p = .004$ ) da variância da sintomatologia depressiva em T2. Relativamente aos factores, apenas três entram na equação do modelo da regressão e explicam, na sua globalidade, 24.7% da variância da sintomatologia depressiva

em T2 [ $F_{(3,164)}= 17.934$ ;  $p=.000$ ]. O factor Sintomas físicos é o melhor preditor da sintomatologia depressiva em T2, o qual explica 15.9% dessa mesma variância ( $\beta=.399$ ;  $t=5.612$ ;  $p=.000$ ). Segue-se, por ordem decrescente de influência na predição da sintomatologia depressiva, o factor Coping ansioso, explicando 6.5% ( $\beta= -.259$ ;  $t= -3.718$ ;  $p=.000$ ) e, por fim o factor Desempenho público, responsável por 2.3% ( $\beta=.156$ ;  $t=2.219$ ;  $p=.028$ ).

### **1.3. Estudo do poder preditivo do *Flourishing* em T1 relativamente à sintomatologia depressiva em T2, em função do género**

No que concerne ao sexo masculino, observou-se que a Nota Total do MHC em T1 não é um preditor estatisticamente significativo da sintomatologia depressiva em T2 ( $\beta= -.154$ ;  $t= -1.266$ ,  $p=.210$ ) e que nenhum dos factores é incluído a equação do modelo da regressão.

Relativamente ao sexo feminino, a Nota Total do MHC em T1 é um preditor negativo da sintomatologia depressiva ( $\beta= -.371$ ;  $t= -5.014$ ,  $p=.000$ ) e explica 13.8% da variância da sintomatologia depressiva em T2, sendo este modelo significativo ( $F_{(1,157)}=25.136$ ,  $p=.000$ ). Em relação aos factores, dois factores do MHC entram na equação do modelo da regressão, explicando 22.1% da variância da sintomatologia depressiva em T2 [ $F_{(2,164)}= 23.324$ ;  $p=.000$ ]: o factor Bem-estar emocional é o melhor preditor da sintomatologia depressiva em T2, o qual explica 19.7% dessa mesma variância ( $\beta= -.443$ ;  $t= -6.355$ ;  $p=.000$ ); e o factor Bem-estar psicológico responsável por 2.5% ( $\beta= -.174$ ;  $t= -2.287$ ;  $p=.023$ ).

## DISCUSSÃO

No que diz respeito ao poder preditivo da sintomatologia depressiva em T1 sobre a sintomatologia depressiva em T2, verificou-se que, enquanto nas raparigas a nota total da sintomatologia depressiva em T1 prediz 43.3% da variância da sintomatologia depressiva, no caso dos rapazes essa percentagem é de apenas 11.6%. No sexo masculino, apenas o factor Auto-estima negativa é incluído na equação do modelo preditor, explicando 9.3% da variância registada na sintomatologia depressiva em T2. Nas raparigas, o factor Humor negativo é o melhor preditor da sintomatologia depressiva em T2, explicando 30.4% dessa mesma variância. Deste modo, pode-se concluir que a hipótese de que níveis elevados de sintomatologia depressiva em T1 corresponderem a valores elevados de sintomatologia depressiva em T2 foi corroborada.

Relativamente ao poder preditivo da sintomatologia ansiosa em T1 sobre a sintomatologia depressiva em T2, verificou-se que, enquanto nos rapazes a nota total da sintomatologia ansiosa prediz 8.1% da variância da sintomatologia depressiva em T2, no caso das raparigas essa percentagem é de apenas 4.9%. Em relação aos factores, o que diz respeito aos Sintomas físicos é o melhor preditor, em ambos os géneros, explicando 12% (nos rapazes) e 15.9% (nas raparigas) da variância registada na

sintomatologia depressiva em T2. Assim, a hipótese: níveis elevados de sintomatologia ansiosa em T1 correspondem a valores elevados de sintomatologia depressiva em T2 foi corroborada. Na verdade vários estudos demonstram que os sintomas ansiosos precedem os sintomas depressivos. Kovacs, Gatsonis, Paulauskas, e Richards (1989) constataram que em dois terços dos adolescentes com sintomas ansiosos e depressivos (simultaneamente), os sintomas ansiosos tinham precedido os depressivos.

No que diz respeito ao poder preditivo do *Flourishing* em T1 sobre a nota total sintomatologia depressiva em T2, verificou-se que, enquanto nas raparigas o *Flourishing* é responsável por 13.8% da variância da sintomatologia depressiva em T2, nos rapazes não é um preditor estatisticamente significativo. O Bem-estar Emocional é o melhor preditor da sintomatologia depressiva, explicando 19.7% da variância no sexo feminino. Assim, foi corroborada mais uma hipótese de investigação: níveis baixos de *Flourishing* em T1 associam-se a valores elevados de sintomatologia depressiva em T2 (embora no sexo masculino não se tenha revelado um preditor estatisticamente significativo). Uma vez que o *Flourishing* é um estado de saúde mental pleno, os adolescentes que apresentem valores mais elevados de *Flourishing*, têm uma maior tendência para adoptar comportamentos adaptativos e saudáveis e, pelo contrário, menor probabilidade de deprimirem (Keyes, 2002).

Confirmámos que a ansiedade é, de facto, um factor de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, tal como é apontado na literatura. Este estudo corroborou o carácter protector do *Flourishing* face ao posterior desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Em Portugal, o conceito de *Flourishing* é ainda pouco estudado e reconhecido, com esta investigação pretende-se contribuir para a sua compreensão e disseminação nos meios académicos e científicos, bem como, o reforço da importância de promover factores de protecção, não só como forma de prevenção, mas também como tratamento de sintomatologia depressiva. Para além disso, os resultados obtidos permitem reiterar a importância de intervir nos indivíduos com sintomatologia sub-clínica (quer depressiva, quer ansiosa) a fim de prevenir futuros problemas depressivos.

Sugerem-se algumas implicações da investigação: desenvolver competências de *Flourishing* nos adolescentes pode prevenir ou reduzir sintomatologia depressiva; intervir nos indivíduos com sintomatologia sub-clínica (quer depressiva, quer ansiosa) pode prevenir problemas depressivos; a prevenção dos sintomas depressivos nos adolescentes, não se prende apenas com a identificação, controlo e neutralização de factores de risco, é também necessário promover factores de protecção; os programas nacionais de saúde devem contemplar, simultaneamente o aumento de taxas de saúde mental e a redução da prevalência das doenças mentais.

## REFERÊNCIAS

- Arnarson, O. E. & Craighead, W. E. (2009), Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 47, 577-585.
- Cola, S., Samuel, M. Y., & Hollon, D. S. (2010) The effects of Rumination and Depressive Symptoms on the Prediction of Negative Attributional Style Among College Students. *Cognitive Therapy*, 34, 116-12.
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. VI; pp. 553-564). Braga: Assoc. Psicólogos Portugueses.
- Dunn, L.A., & Weintraub, P. (2008). Exercise in the prevention and treatment of adolescents depression: A promising but little researched intervention. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2 (6), 507-518.
- Jose, P. E., & Brown, I. (2008). When does the gender differences in Rumination Begin? Gender and age Differences in the use of Rumination by Adolescents. *J. Youth Adolescence*, 14 (2), 165-178.
- Keyes, C. L. M. (2002) The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43 (2), 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2007) Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62 (2), 96-108.
- Keyes, C. L. M. (2008) Flourishing with age is an imperative protective factor against mental illness. *The Gerontologist*, 48, 567.
- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S. L., & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood: a longitudinal study of co-morbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46, 776-782.
- March, J., Parker, J., Sullivan, K., Sttanlings, P., & Conners, K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, Reliability, and Validity. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 554-565.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/ depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-522.
- Reinherz, H. Z., Stewart-Berghauer, G., Pakiz, B., Frost, A. K., Moeykens, B. A., & Holmes, W. M. (1989). The relationship of early risk and current mediators to depressive symptomatology in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 942-947.
- Sims, B. E., Nottelmann, E., Koretz, D. S., & Pearson, J. (2006). Prevention of depression in children and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 32, 599-612.

## **APOIO SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: O PAPEL MODERADOR DA GRAVIDADE DA ASMA**

*NEUZA SILVA (\*)*; *SUSANA SANTOS (\*)*; *CARLOS CARONA (\*\*/)\*\**; *CARLA CRESPO (\*)* E *MARIA  
CRISTINA CANAVARRO (\*)*

A asma brônquica pediátrica, enquanto condição crónica de saúde (CCS), pode ser considerada uma circunstância indutora de *stress* prolongado no tempo e que pode afectar o funcionamento e bem-estar físico, emocional e social das crianças e adolescentes. Vários estudos empíricos têm demonstrado que as crianças e adolescentes com asma tendem a apresentar menor qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVrS) comparativamente com os seus pares saudáveis (Van Gent et al., 2007), e mais limitações no domínio físico em relação a crianças com outras CCS (Austin, Smith, Risinger, & McNelis, 1994). Também tem sido observada nesta população uma maior prevalência de problemas psicológicos (Vila et al., 2003), principalmente sintomas de internalização (McQuaid, Kopel, & Nassau, 2001).

No entanto, grande parte das crianças e adolescentes evidenciam uma adaptação positiva às CCS (Barlow & Ellard, 2006). De forma a clarificar a variabilidade da adaptação das crianças e adolescentes às CCS, alguns modelos teóricos (e.g. Kazak, 1989; Wallander & Varni, 1992) têm enfatizado o papel dos factores socioecológicos na relação entre os desafios colocados pelas CCS e a adaptação, entre os quais o apoio social (AS), conceptualizado como o ambiente social ou pessoas que fazem parte da rede social do indivíduo, incluindo as suas dimensões estrutural (dimensão quantitativa referente à existência de interconexões e relações entre os membros da rede social) e funcional (dimensão qualitativa, referente aos recursos emocionais, instrumentais e informativos proporcionados pelas interações sociais) (Helgeson, 2003). A importância do AS para a adaptação no contexto das CCS pediátricas tem encontrado suporte empírico, surgindo associado a uma melhor QdVrS (Gaspar, Pais-Ribeiro, Matos, Leal, & Ferreira, 2009) e ajustamento emocional e comportamental (Wallander & Varni, 1989) e, no caso particular da asma, a menor número de sintomas psicológicos (Goldbeck, Koffmane, Lecheler, Thiessen, & Fegert, 2007) e de sintomas fisiológicos da asma (Chen, Chim, Strunk, & Miller, 2007).

---

(\*) Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social, FPCE-UC; (\*\*) 2Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral, Investigação apoiada pela FCT, ref. SFRH/BD/69885/2010.



Apesar dos inúmeros estudos que associam o AS e os resultados da adaptação, permanece a controvérsia sobre se esta será uma relação directa (hipótese do efeito principal) ou devida a efeitos de interacção entre o AS e *stressores* ambientais que actuará na protecção do indivíduo do impacto adverso da CCS (hipótese do apoio social como “amortecedor”) (Cohen & Wills, 1985; Mitchell, Billings, & Moos, 1982). De acordo com Mitchell et al. (1982), esta segunda hipótese sugere que indivíduos expostos a níveis mais elevados de *stress* seriam mais fortemente afectados pela presença ou ausência de AS. Na asma pediátrica, poder-se-á hipotetizar que a gravidade dos sintomas se constitua como uma variável indutora de maiores níveis de *stress*. No entanto, e apesar de ser uma das variáveis mais estudadas na sua relação com a QdVrS pediátrica (para uma revisão, Everhart & Fiese, 2009), o seu papel na adaptação permanece por esclarecer, uma vez que alguns estudos têm associado a gravidade da asma a maiores dificuldades de ajustamento psicológico (e.g. McQuaid et al., 2001), enquanto outros autores não encontraram relação entre gravidade e adaptação (e.g. Goldbeck et al., 2007).

Neste contexto, e considerando a QdVrS e as dificuldades de ajustamento psicológico como resultados da adaptação, este estudo teve como objectivos: (1) avaliar a QdVrS e as dificuldades de ajustamento psicológico em função dos níveis de gravidade da asma; (2) analisar as relações entre AS e resultados da adaptação; e (3) examinar o efeito moderador da gravidade na relação entre AS e resultados da adaptação à asma pediátrica.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra, constituída por 175 crianças e adolescentes, de ambos os sexos (104 rapazes e 71 raparigas), entre os 8 e os 18 anos de idade ( $M = 12.28$ ;  $DP = 2.57$ ), com diagnóstico clínico de asma brônquica (efectuado por um médico, de acordo com a CID-10), foi recolhida nos Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Pediátrico de Coimbra e Hospital de Santo André de Leiria, após aprovação do estudo pelas respectivas Comissões de Ética. A recolha de dados decorreu entre Março de 2010 e Setembro de 2011, através do método não probabilístico de conveniência, tendo sido precedida pela obtenção de consentimento informado dos pais das crianças e dos adolescentes maiores de 12 anos. O protocolo de avaliação, de autopreenchimento assistido, foi administrado nos próprios serviços de saúde.

### *Material*

*Qualidade de vida relacionada com a saúde:* foi avaliada a partir do KIDSCREEN-10 (KIDSCREEN Group, 2004; versão portuguesa: Gaspar & Matos, 2008) e do DISABKIDS-37 (European DISABKIDS Group, 2006; versão portuguesa: Carona, Canavarro, & Bullinger, 2010), dois instrumentos de avaliação da QdVrS genérica e para condições crónicas de saúde, respectivamente, de

crianças e adolescentes entre 8 e 18 anos. O KIDSCREEN-10 é um instrumento unidimensional composto por 10 questões, reportadas à *última semana* e avaliadas numa escala de *Likert* de 5 pontos, entre *nada* e *totalmente*. O DISABKIDS-37 avalia a QdVrS de crianças e adolescentes com CCS em 6 facetas, agrupadas em 3 domínios: mental (facetas independência e emoção), social (facetas inclusão social e exclusão social), e físico (facetas limitação física e tratamento), através de 37 itens, avaliados numa escala de *Likert* entre 1 (*nunca*) e 5 (*sempre*), tendo como referência temporal as *últimas 4 semanas*.

*Dificuldades de ajustamento psicológico*: foram avaliadas a partir das quatro subescalas de dificuldades (sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperactividade, e problemas com os colegas) do *Strengths and Difficulties Questionnaire* [SDQ] (Goodman, 1997; versão portuguesa: Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005). Estas subescalas formam um total de 20 itens, avaliados numa escala de *Likert* com 3 opções (0 = *não é verdade*, 1 = *é um pouco verdade* ou 2 = *é muito verdade*).

*Apoio social*: foi medido através da Escala de Satisfação com o Suporte Social [ESSS] para Crianças e Adolescentes (Gaspar et al., 2009). Esta escala, composta por 11 afirmações sobre as quais os participantes devem posicionar as suas respostas numa escala de *Likert* entre 1 (*discordo totalmente*) e 5 (*concordo totalmente*), avalia o AS em duas dimensões: satisfação com o suporte social (dimensão positiva, 6 itens) e necessidade de actividades relacionadas com o suporte social (dimensão negativa, 5 itens).

*Gravidade da asma*: foi avaliada pelos médicos, de acordo com as directrizes da *Global Initiative for Asthma Program* (GINA, 2008), que recomendam a avaliação da gravidade da asma em 4 níveis (1 – *intermitente*, 2 – *ligeira persistente*, 3 – *moderada persistente*, 4 – *grave persistente*). Devido à distribuição não homogénea da amostra pelas 4 categorias de gravidade da asma, esta variável foi dicotomizada em 2 níveis de gravidade: intermitente ( $n = 97$ ) e persistente (ligeira, moderada ou grave;  $n = 77$ ).

## RESULTADOS

### Análises Correlacionais e de Diferenças entre Grupos

O Quadro 1 apresenta as estatísticas descritivas e as correlações (coeficientes de *Pearson*) entre as variáveis em estudo, para ambos os níveis de gravidade da asma.

Quadro 1. Estatísticas descritivas e matriz de correlações entre as variáveis em estudo.

Variáveis	1	2	3	4	5	M	DP	$\alpha$
1. Satisfação com o suporte social	-					4.42	.63	.82
2. Necessidade de actividades	-.32**	-				2.65	.97	.73
3. QdVrS genérica	.53**	-.42**	-			4.26	.55	.80
4. QdVrS para CCS	.51**	-.48**	.65**	-		4.26	.47	.92
5. Dificuldades de ajustamento psic.	-.32**	.47**	-.50**	-.53**	-	.53	.25	.75
6. Gravidade da asma	.03	-.07	-.09	-.18*	.16*	1.64	.82	-

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Para testar a existência de diferenças entre crianças e adolescentes com diferentes níveis de gravidade da asma (intermitente vs. persistente), foram efectuadas duas Análises Multivariadas da Variância (MANOVA), uma com as dimensões do AS e outra com os resultados da adaptação como variáveis dependentes, e controlando os efeitos do género e da idade. Em relação às dimensões do AS não foram observadas diferenças significativas. No que respeita aos resultados da adaptação, foram encontradas diferenças na QdVrS para CCS,  $F(1,168) = 4.03$ ;  $p = .046$ , sendo que as crianças e adolescentes com asma intermitente ( $M = 4.33$ ;  $DP = .41$ ) apresentaram melhor QdVrS do que o grupo com asma persistente ( $M = 4.17$ ;  $DP = .54$ ), e nas dificuldades de ajustamento psicológico,  $F(1,168) = 2.86$ ;  $p = .093$ , que, embora com um nível de significância marginal, foram mais elevadas no grupo de crianças e adolescentes com asma persistente ( $M = .57$ ;  $DP = .27$ ), comparativamente ao grupo com asma intermitente ( $M = .50$ ;  $DP = .23$ ).

### Análises de Moderação

O papel moderador da gravidade da asma na relação entre o AS e a QdVrS, e entre o AS e as dificuldades de ajustamento psicológico, foi examinado através de regressões lineares múltiplas. Foram incluídos nos primeiros blocos da regressão a gravidade da asma (variável moderadora categorial) e o AS (satisfação com o suporte social e necessidade de actividades sociais – variáveis independentes contínuas), de forma a controlar o seu efeito isolado, e testado o efeito preditor da interacção entre as variáveis independentes e moderadora na QdVrS e nas dificuldades de ajustamento psicológico. Foram ainda realizados testes *post-hoc* de análise do declive das rectas de regressão (*simple slope computations*).

A interacção entre a gravidade da asma e a satisfação com o suporte social demonstrou ter um efeito preditor significativo na QdVrS para CCS ( $\beta = .18$ ;  $t = 2.09$ ;  $p = .038$ ) e nas dificuldades de ajustamento psicológico ( $\beta = -.32$ ;  $t = -3.54$ ;  $p = .001$ ) (cf. Figura 1). Os testes *post-hoc* indicaram que a associação positiva entre satisfação com o suporte social e QdVrS para CCS, embora significativa para ambos os níveis de gravidade, foi mais forte na asma persistente ( $b = .51$ ;  $t = 6.52$ ;  $p < .001$ ) do que na asma intermitente ( $b = .30$ ;  $t = 4.74$ ;  $p < .001$ ), e que a associação negativa entre a satisfação com o suporte social e as dificuldades no ajustamento psicológico foi significativa na asma persistente ( $b = -.25$ ;  $t = -5.55$ ;  $p < .001$ ), mas não na asma intermitente ( $b = -.05$ ;  $t = -1.42$ ;  $p = .157$ ). Verificou-se igualmente um efeito significativo da interacção entre a gravidade e a necessidade de actividades sociais na QdVrS genérica ( $\beta = -.28$ ;  $t = -3.01$ ;  $p = .003$ ), sendo que as crianças e adolescentes que reportaram maior necessidade de actividades sociais apresentaram menor QdVrS genérica, principalmente na asma mais grave ( $b = -.36$ ;  $t = -6.63$ ;  $p < .001$ ), embora esta associação também tenha sido significativa para a asma intermitente ( $b = -.13$ ;  $t = -2.43$ ;  $p = .016$ ).

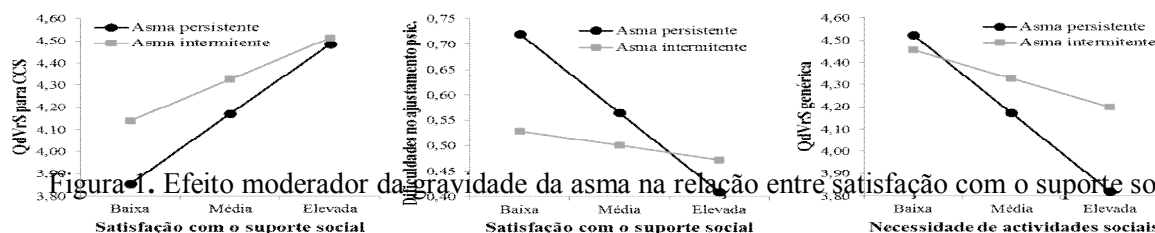


Figura 1. Efeito moderador da gravidade da asma na relação entre satisfação com o suporte social e

QdVrS para CCS, entre satisfação com o suporte social e dificuldades no ajustamento psicológico, e entre necessidade de actividades sociais e QdVrS genérica.

## DISCUSSÃO

Este estudo teve como objectivos analisar a QdVrS e as dificuldades de ajustamento psicológico das crianças e adolescentes em função da gravidade da asma e as suas relações com o AS, bem como o papel moderador da gravidade nestas associações. Dos resultados obtidos podem ser retiradas três conclusões principais: (1) as crianças e adolescentes com asma persistente apresentaram menor QdVrS e mais dificuldades de ajustamento psicológico, comparativamente ao grupo com asma intermitente; (2) a maior satisfação com o suporte social e menor necessidade de actividades sociais associaram-se a melhores resultados da adaptação; e (3) estas relações foram moderadas pela gravidade da asma.

A menor QdVrS e a maior prevalência de sintomas emocionais, comportamentais e de relacionamento com os pares, encontradas nas crianças e adolescentes com maior persistência dos sintomas da asma, corroboram os resultados encontrados noutros estudos (e.g. Everhart & Fiese, 2009; McQuaid et al., 2001), e sugerem que a gravidade da asma poderá ser considerada uma condição indutora de maior *stress*, que expõe as crianças e adolescentes a um risco acrescido de pior adaptação à sua CCS. No entanto, para além da gravidade da asma, é importante atender a que as crianças e adolescentes estão integradas em múltiplos contextos, dos quais se destacam a família, a escola, o grupo de pares e a comunidade, e que cada um destes contextos influencia o seu desenvolvimento em geral e o processo de adaptação às CCS em particular (Barros, 2003). Neste sentido, e indo ao encontro da literatura neste domínio (e.g. Goldbeck, et al., 2007; Wallander & Varni, 1989), o AS correlacionou-se positivamente com a QdVrS e negativamente com as dificuldades de ajustamento psicológico. No entanto, estas associações tenderam a ser fracas a moderadas, apontando para a coexistência de outros factores que concorram para o aumento da força destas relações. O efeito moderador da gravidade da asma na relação entre o AS e os resultados da adaptação das crianças e adolescentes vem apoiar empiricamente a hipótese segundo a qual o AS actuará como protector dos potenciais efeitos negativos decorrentes da situação de *stress* (Cohen & Wills, 1985; Mitchell et al., 1982). Assim, apesar de expostas a níveis mais elevados de *stress* decorrentes da persistência dos sintomas da asma, e conseqüentemente terem evidenciado piores resultados da adaptação, as crianças e adolescentes com asma persistente também tenderam a retirar maiores benefícios do AS proporcionado pela família e pelos amigos, corroborando a hipótese alvitrada por Mitchell et al. (1982).

A interpretação dos resultados deste estudo deve considerar algumas limitações. Em primeiro lugar, o desenho transversal do estudo impossibilita a inferência de relações de causalidade, podendo-se hipotetizar sobre a relação bidireccional entre as variáveis. Em consequência do método não probabilístico de recolha da amostra, a distribuição da amostra entre os níveis de gravidade da asma não foi homogénea, forçando a sua dicotomização e conseqüente aumento da variabilidade intra-

grupos. Ainda uma outra limitação prende-se com o facto de não terem sido consideradas outras variáveis, nomeadamente do contexto familiar, que concorrem para a adaptação das crianças e adolescentes com asma. Não obstante estas limitações, os resultados apresentados trazem importantes implicações para o contexto dos cuidados de saúde pediátricos. A identificação das crianças e adolescentes com asma persistente como grupo de maior risco para o desenvolvimento de dificuldades na adaptação sublinha a importância de intervenções multidisciplinares, focadas não apenas no controlo dos sintomas da asma, mas também na promoção da sua QdVrS e na redução dos sintomas psicológicos emocionais, comportamentais e de relacionamento com os pares. Na medida em que um ambiente social positivo e o envolvimento das crianças e adolescentes em actividades sociais se associaram a uma melhor adaptação, os resultados deste estudo indicam a família e a escola/ grupo de pares como contextos privilegiados para esta intervenção.

## REFERÊNCIAS

- Austin, J., Smith, M., Risinger, M., & McNelis, A. (1994). Childhood epilepsy and asthma: Comparison of quality of life. *Epilepsia*, 35(3), 608-615.
- Barlow, J., & Ellard, D. (2006). The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: Care, Health & Development*, 32(1), 19-31.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Carona, C., Bullinger, M., & Canavarro, C. (2011). Assessing paediatric health-related quality of life within a cross-cultural perspective: Semantic and pilot validation study of the Portuguese versions of DISABKIDS-37. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 6, 144-156.
- Chen, E., Chim, L., Strunk, R., & Miller, G. (2007). The role of the social environment in children and adolescents with asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 176, 644-649.
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Everhart, R., & Fiese, B. (2009). Asthma severity and child quality of life in pediatric asthma: A systematic review. *Patient Education and Counselling*, 75, 162-168.
- Gaspar, T., & Matos, M. G. (Eds.) (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Gaspar, T., Pais-Ribeiro, J. L., Matos, M. G., Leal, I., & Ferreira, A. (2009). Psychometric properties of a brief version of the Escala de Satisfação com o Suporte Social for children and adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 360-372.

- Global Initiative for Asthma [GINA] (2008). *Global strategy for asthma management and prevention – updated 2008*. Retirado de <http://www.ginasthma.org>, em 27 Maio 2010.
- Goldbeck, L., Koffmane, K., Lecheler, J., Thiessen, K., & Fegert, J. (2007). Disease severity, mental health, and quality of life of children and adolescents with asthma. *Pediatric Pulmonology*, 42, 15-22.
- Helgeson, V. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12, 25-31.
- Kazak, A. (1989). Families of chronically ill children: A systems and socio-ecological model of adaptation and challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 25-30.
- McQuaid, E., Kopel, S., & Nassau, J. (2001). Behavioral adjustment in children with asthma: A meta-analysis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 430-439.
- Mitchell, R., Billings, A., & Moos, R. (1982). Social support and well-being: Implications for prevention programs. *Journal of Primary Prevention*, 3(2), 77-98.
- Van Gent, R., Van Essen, L., Rovers, M., Kimpen, J., Van der Ent, C., & Meer, G. (2007). Quality of life in children with undiagnosed and diagnosed asthma. *European Journal of Pediatrics*, 166, 843-848.
- Vila, G., Hayder, R., Bertrand, C., Falissard, B., Blic, J., Mouren-Simeoni, M., et al. (2003). Psychopathology and quality of life for adolescents with asthma and their parents. *Psychosomatics*, 44(4), 319-28.
- Wallander, J., & Varni, J. (1989). Social support and adjustment in chronically ill and handicapped children. *American Journal of Community Psychology*, 17(2), 185-201.
- Wallander, J., & Varni, J. (1992). Adjustment in children with chronic physical disorders: Programmatic research on a disability-stress-coping model. In A. La Greca, L. Siegal, J. Wallander, & C. Walker (Eds.), *Stress and coping in child health* (pp. 279-298). New York: Guilford Press.

**CONTRIBUTO PARA O ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO  
WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – SPIRITUALITY,  
RELIGION AND PERSONAL BELIEFS INSTRUMENT (WHOQOL-SRPB) NA  
POPULAÇÃO PORTUGUESA**

*SÓNIA SOUSA (\*) E JOSÉ PAIS-RIBEIRO (\*)*

O WHOQOL SRPB Group elaborou um instrumento transcultural o *World Health Organization Quality Of Life-Spirituality, Religion and Personal Beliefs* (WHOQOL-SRPB), utilizado em 18 países (n=5087), para aferir a relação da espiritualidade, religião e crenças pessoais (SRPB acrónimo em inglês) com a qualidade de vida (QV) (WHOQOL SRPB Group, 2006). A espiritualidade já estava representada, apesar de forma restrita, na família de instrumentos da World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) como e.g., com 4 itens, no WHOQOL-100 em que o “100” advém das 100 questões que constituem o instrumento, que se subdividem em domínios como o físico, social, psicológico, independência, contexto e espiritualidade (Fleck & Skevington, 2007; WHOQOL Group, 1998; WHOQOL SRPB Group, 2006). O WHOQOL-SRPB é um questionário de auto-preenchimento baseado no WHOQOL-100, desenvolvido de um extensivo teste piloto internacional com 105 questões das quais resultaram as 32 questões da versão final do instrumento. Avalia as crenças espirituais, religiosas ou pessoais como componente da QV. Subdivide-se em oito facetas ou subescalas (a) paz interior, (b) fé, (c) esperança, (d) ligação espiritual, (e) sentido de vida, (f) admiração, (g) todo e (h) força. Cada faceta é composta por 4 itens, o que perfaz o total de 32 itens. É recomendado que o WHOQOL-SRPB seja utilizado conjuntamente com o WHOQOL-100 ou com o WHOQOL-Bref (WHOQOL SRPB Group, 2002).

A espiritualidade é um construto universal, multidimensional e complexo, que durante muito tempo esteve, e para alguns autores ainda está, associado à religião, o que dificulta consenso na definição e componentes (George, Larson, Koenig & McCullough, 2000; Koenig, 2009; Miller & Thoresen, 2003; Narayanasamy, 1999). A independência do construto é visível na literatura, de forma consistente, na década de 80 (Cook, 2004). Koenig, McCullough, e Larson (2001) propõem a definição de religião

---

(\*) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

como sendo um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar a proximidade ao sagrado ou transcendente e de espiritualidade como um questionamento pessoal para compreensão da vida, do seu significado e da relação com o sagrado ou transcendente que pode, ou não, levar à emersão do desenvolvimento de rituais religiosos e à formação de comunidade.

Um grupo de trabalho, financiado pelo Fetzer Institute em colaboração com o National Institute on Aging (NIA) americano, com o objectivo de identificar os domínios da religiosidade/espiritualidade com mais provável impacto na saúde considerou importante articular a distinção entre religiosidade e espiritualidade (Fetzer Institute, 1999). A espiritualidade de um ateísta (nega a existência de Deus) ou um agnóstico (não tem a certeza sobre existência de Deus) pode centrar-se em relações significativas, em valores auto-escolhidos ou objetivos em vez da crença em Deus (Tanyi, 2002). Um não crente também tem necessidades espirituais ou uma posição moral (Narayanasamy, 1999) que o ajuda a lidar com a adversidade (O’Connell & Skevington, 2005). A espiritualidade inclui mas estende-se para além da religião (MacDonald, 2000).

Pinto e Pais-Ribeiro (2007) na elaboração e validação de uma escala para avaliar a espiritualidade, que definiram como uma dimensão importante do homem que determina a sua singularidade como pessoa, confirmaram existência de duas dimensões, encontradas também noutros estudos de domínios do bem-estar espiritual (e.g. McCoubrie & Davies, 2006): uma vertical de ligação ao transcendente e outra horizontal de carácter existencialista de busca individual de significado para a existência e valores que pautam as relações consigo próprio, interpessoais e com o contexto.

A espiritualidade parece ser uma força motivacional intrínseca com grande impacto nos pensamentos, emoções, comportamentos e relacionada com resultados positivos na saúde, funcionando como um amortecedor contra eventos negativos ajudando a ultrapassá-los (Krok, 2008), uma relação direta com o sagrado (Dierendonck & Mohan, 2006), um recurso interior que pode fornecer uma percepção de força, um guia para encontrar o significado da vida (Wills, 2009) e um mapa cognitivo para dar sentido ao mundo (Saucier & Skrzypińska, 2006). Mahoney e Graci (1999) afirmam que devia estar no ranking das prioridades de investigação e que é provável que seja o maior interesse dos cidadãos no século XXI. A sua balização permite ultrapassar preconceitos, resistências e promover o uso clínico dado o impacto não negligenciável no funcionamento humano. A relevância na saúde, qualidade de vida ou bem-estar tem sido cada vez mais comprovada na investigação (Cook, 2004; Dierendonck & Mohan, 2006; Fabricatore, Handal & Fenzel, 2000; McColl et al., 2000; Goldstein, 2007; Hill & Pargament, 2008; Krok, 2008; MacDonald, 2000; Miller & Thoresen, 2003; Mueller, Plevak & Rummans, 2001; Pais-Ribeiro & Pombeiro, 2004; Sawatzky, Ratner & Chiu, 2005; Underwood & Teresi, 2002; Wills, 2009) promovendo o desenvolvimento de instrumentos para a avaliar (Koenig, McCullough, & Larson, 2001; Moreira-Almeida & Koenig, 2006) e permitir a transição para o modelo bio-psico-socio-espiritual (O’Connell & Skevington, 2005). George et al. (2000) alertam que muitas das investigações existentes são baseadas em instrumentos que medem



religião em vez de espiritualidade e que omitem o segmento da população que se define como *espiritual, mas não religioso*. Os instrumentos de avaliação genérica da QV, com exceção de instrumentos para doenças (como e.g. cancro, HIV ou cuidados paliativos), não abordam aspectos da espiritualidade e os instrumentos que eventualmente o fazem não permitem aferir com precisão a contribuição da espiritualidade para a QV. O WHOQOL-SRPB vem preencher esta lacuna e tentar aferir como a SRPB se relacionam com outros domínios da QV além de identificar diferenças a nível de género, idade, educação e estado de saúde (WHOQOL-SRPB Group, 2006). O objectivo do presente estudo é contribuir para o estudo das propriedades psicométricas do domínio SRPB na população portuguesa.

## MÉTODOS

### *Participantes*

Participaram no estudo 419 indivíduos da comunidade (58% mulheres), com intervalo idades entre os 18 e os 85 anos ( $M = 39,99$ ,  $SD = 11,89$ ), abrangendo diferentes estatutos socioeconómicos, estados civis e níveis de escolaridade. A condição de participação foi a idade superior a 18 anos.

### *Material*

O material utilizado consistiu num questionário sociodemográfico, com questões sobre a idade, género, escolaridade e estado civil, e na versão portuguesa da WHOQOL-SRPB, traduzida por Meneses e Barata, com 32 itens distribuídos por oito facetas (paz interior, fé, esperança, ligação espiritual, sentido da vida, admiração, todo, e força), com quatro itens em cada faceta. Exemplos de itens das facetas são, e.g., na faceta da ligação espiritual “Até que ponto é que uma relação ou ligação a um ser espiritual o/a reconforta/tranquiliza?”, na faceta do sentido de vida, “Até que ponto é que acha que a sua vida tem uma finalidade?”, na faceta do todo “Até que ponto é que sente que há uma relação ou ligação entre a sua mente, corpo e alma, na faceta da admiração “Até que ponto é que sente gratidão pelas coisas que pode apreciar na natureza?” ou na faceta da força “Até que ponto é que a sua força espiritual o/a ajuda a sentir-se feliz na vida?”. Os itens, formulados positivamente, são avaliados numa escala de resposta tipo Likert de 5 pontos (de 1 = *Nada* ou *Muito insatisfeito/a* a 5 = *Muitíssimo* ou *Muito satisfeito/a*). Todos os itens têm igual pontuação e cada faceta contribui de igual forma para a pontuação, ou seja os itens e as facetas são pontuados de forma equivalente. Os *missings* (valores ausentes) deverão ser eliminados. O resultado de cada faceta é obtido pelo cálculo da média, i.e. pelo somatório das respostas dos itens da faceta e posteriormente dividido por 4. Os valores mais elevados correspondem a um maior grau de percepções positivas da QV, no domínio da SRPB.

### *Procedimentos*

A recolha de dados foi efetuada por via eletrónica (i.e., e-mail) ou em papel, para abranger uma população mais alargada. Os participantes foram informados – por informação constante na nota introdutória – sobre (a) identificação institucional dos investigadores; (b) objetivo do estudo; (c) que a participação era voluntária; (d) os dados recolhidos eram anónimos e confidenciais; e (e) da importância da sua participação.

O questionário WHOQOL-SRPB é precedido de um preâmbulo que informa tratar-se de um instrumento transcultural elaborado para respeitar e abranger diferentes crenças espirituais, religiosas ou pessoais (filosofias, teoria científica, códigos morais ou éticos) e aferir em que medida esses sistemas de crenças afetaram, nas últimas duas semanas, a sua QV.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado na versão 18.0 do *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

## RESULTADOS

O WHOQOL-SRPB Group reporta valores de consistência interna para as oito facetas entre  $\alpha=0,77$  e  $\alpha=0,95$  e de  $\alpha=0,91$  para a consistência interna global (WHOQOL-SRPB Group, 2006). O nosso estudo apresenta indicadores semelhantes de consistência interna, com o valor de consistência interna global de  $\alpha=0,96$  e para as diferentes facetas entre  $\alpha=0,76$  e  $\alpha=0,96$ . Os resultados preliminares da análise fatorial exploratória (AFE) com rotação varimax, mais concretamente análise em componentes principais (ACP), sugerem porém uma estrutura diferente, com itens sobrepostos e a saturarem ( $> 0,40$ ) quase todos em mais do que um componente. Provavelmente resultado das elevadas correlações inter-itens. A ACP, dos nossos dados, com regra kaiser, sugere cinco componentes com uma variância explicada de 63%. Forçando oito componentes explicam 77% da variância total. Os autores originais ( $n = 2334$ ) reportam uma variância total de 72,2% com os oito fatores a explicarem proporção equivalente de variância e com os itens de cada faceta a saturarem no fator suposto (WHOQOL-SRPB Group, 2006).

No geral as mulheres tem valores mais elevados em todas as facetas do SRPB que os homens, nomeadamente nas facetas sentido da vida  $t(418) = -2,57, p = 0,01$ , admiração  $t(418) = -2,60, p = 0,01$ , ligação espiritual  $t(418) = -3,60, p < 0,001$ , todo  $t(417) = -2,42, p = 0,02$  e fé  $t(418) = -2,75, p = 0,006$ .

Relativamente à idade dos participantes, encontramos que os mais novos ( $< 45$ anos) apresentam valores mais elevados,  $t(418) = 3,22, p = 0,001$ , na faceta esperança, do que os mais velhos ( $> 45$ anos), ( $M = 3,77, DP = 0,67$ ) e ( $M = 3,53, DP = 0,70$ ) respetivamente.

Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os vários graus de escolaridade, com exceção das facetas todo,  $F(4,418) = 3,96, p = 0,004$  e admiração  $F(4,419) = 2,97, p = 0,019$ , que indicam que os participantes com maior nível de escolaridade apresentam maior sentido de todo ( $M = 3,68, DP = 0,72$ ) e admiração ( $M = 3,81, DP = 0,69$ ).

## DISCUSSÃO

Os autores omitem o método de extração de fatores ou componentes escolhido pelo que optamos pela análise em componentes principais com critério de normalização de Kaiser. Dados os elevados valores de consistência interna ( $> 0,90$ ) inspecionámos as correlações inter-itens verificando que havia colinearidade, e.g. na faceta da fé, com 4 itens, atingiu correlações inter-itens de 0,96, o que provavelmente também aconteceu no estudo original. A escala poderia ser depurada de itens redundantes. Num artigo sobre se a homogeneidade do item indicaria consistência interna ou redundância nas escalas psicométricas, Boyle (1991) defende que uma alta consistência interna não equivale a validade, podendo ser indicador de redundância e afunilamento de uma escala. Para ser válida, uma escala tem que ser fiável embora seja possível transformar uma escala inválida em fiável pelo simples fato de se acrescentar ou repetir itens inválidos.

Os resultados deste estudo sugerem que a versão portuguesa, mesmo com as propriedades psicométricas apresentadas, poderá ser utilizada na população portuguesa pela comprovada transculturalidade do instrumento e da importância da inclusão da dimensão espiritual na prevenção da doença e na promoção da saúde, qualidade de vida ou bem-estar.

## REFERÊNCIAS

- Boyle, G. J. (1991). Does item homogeneity indicate internal consistency or item redundancy in psychometric scales? *Personality and Individual Differences, 12*(3), 291-294. doi: 10.1016/0191-8869(91)90115-r
- Cook, C. C. H. (2004). Addiction and spirituality [corrected] [published erratum appears in *ADDICTION* 2006;101(5):761]. *Addiction, 99*(5), 539-551.
- Dierendonck, D., & Mohan, K. (2006). Some thoughts on spirituality and eudaimonic well-being. *Mental Health, Religion & Culture, 9*(3), 227-238.
- Fabricatore, A. N., Handal, P. J., & Fenzel, L. M. (2000). Personal spirituality as a moderator of the relationship between stressors and subjective well-being. *Journal of Psychology & Theology, 28*(3), 221.

- Fetzer Institute (1999). *Multidimensional measurement of religiousness, spirituality for use in health research: A report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group*. Kalamazoo, Michigan US: Fetzer Institute.
- Fleck, M. P., & Skevington, S. M. (2007). Explaining the meaning of the WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (1), 67-69.
- George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G., & McCullough, M. E. (2000). Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 102-116.
- Goldstein, E. D. (2007). Sacred moments: Implications on well-being and stress. *Journal of Clinical Psychology*, 63(10), 1001-1019. doi: 10.1002/jclp.20402
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality*(1), 3-17. doi: 10.1037/1941-1022.s.1.3
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York, NY US: Oxford University Press.
- Krok, D. (2008). The role of spirituality in coping: Examining the relationships between spiritual dimensions and coping styles. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(7), 643-653.
- MacDonald, D. A. (2000). Spirituality: description, measurement, and relation to the five factor model of personality. *Journal of Personality*, 68(1), 153-197.
- Mahoney, M. J., & Graci, G. M. (1999). The meanings and correlates of spirituality: Suggestions from an exploratory survey of experts. *Death Studies*, 23(6), 521-528.
- McCull, M. A., Bickenbach, J., Johnston, J., Nishihama, S., Schumaker, M., Smith, K., Smith, M., & Yealland, B. (2000). Spiritual issues associated with traumatic-onset disability. *Disability & Rehabilitation*, 22(12), 555-564.
- McCoubrie, R. C., & Davies, A. N. (2006). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer*, 14(4), 379-385.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24-35. doi: 10.1037/0003-066x.58.1.24
- Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2006). Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "A cross-cultural study of spirituality,

- religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62: 6, 2005, 1486-1497). *Social Science & Medicine*, 63(4), 843-845.
- Mueller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(12), 1225-1235.
- Narayanasamy, A. (1999). ASSET: a model for actioning spirituality and spiritual care education and training in nursing. *Nurse Education Today*, 19(4), 274-285.
- O'Connell, K. A., & Skevington, S. M. (2005). The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: Themes from focus groups in Britain. *British Journal of Health Psychology*, 10(Pt 3), 379-398.
- Pais-Ribeiro, J., & Pombeiro, T. (2004). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In J. Pais-Ribeiro & I. Leal, (Edts.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 757-769). Lisboa: ISPA.
- Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.
- Saucier, G., & Skrzypińska, K. (2006). Spiritual But Not Religious? Evidence for two independent dispositions. *Journal of Personality*, 74(5), 1257-1292. doi: 10.1111/j.1467-6494.2006.00409.x
- Sawatzky, R., Ratner, P., & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*, 72(2), 153-188. doi: 10.1007/s11205-004-5577-x
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organizations quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 1569-1585.
- WHOQOL SRPB Group. (2002). *WHOQOL SRPB users manual: Scoring and coding for the WHOQOL SRPB field test instrument*. Geneva: World Health Organization.
- WHOQOL-SRPB Group (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1486-1497. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.08.001
- Tanyi, R. A. (2002). Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 500-509. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x
- Underwood, L. G., & Teresi, J. A. (2002). The daily spiritual experience and scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 22.
- Wills, E. (2009). Spirituality and Subjective Well-Being: Evidences for a new domain in the personal well-being index. *Journal of Happiness Studies*, 10(1), 49-69. doi: 10.1007/s10902-007-9061-6

## **APLICABILIDADE E EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO DE GRUPO NA DOENÇA CRÓNICA: ESTUDO COM SOBREVIVENTES DE CANCRO DA MAMA**

*ANA TORRES<sup>(\*)</sup>; ANABELA PEREIRA<sup>(\*)</sup> E SARA MONTEIRO<sup>(\*)</sup>*

As doenças oncológicas são actualmente consideradas doenças crónicas, já que se tratam de doenças que podem persistir, reincidir e que requerem cuidados médicos por longos períodos de tempo. Esta mudança deve-se à melhoria da eficácia dos meios de detecção precoce e dos tratamentos, que se repercute directamente na melhoria de prognóstico e de aumento do tempo de sobrevivência.

Os sobreviventes de cancro têm sido cada vez mais estudados, pois, apesar de muitos dos sobreviventes simplesmente “seguirem em frente”, outros enfrentam desafios episódicos ou persistentes que justificam atenção (Feuerstein, 2007).

Este estudo centra-se na intervenção com sobreviventes de cancro da mama, que consiste no cancro mais prevalente nas mulheres Portuguesas (Ministério da Saúde, 2004). Devido à diminuição das taxas de mortalidade que explicámos anteriormente, 43% das mulheres sobreviventes de cancro são sobreviventes de cancro da mama, representando o maior grupo populacional de sobreviventes de cancro (Wolff, 2007).

Existem diferentes critérios utilizados como referência para definição do que se entende por sobrevivente de cancro, sendo o mais consensual e o que nós adoptamos neste trabalho o critério de apresentarem cinco ou mais anos depois do diagnóstico de cancro e que não se encontram em fase de recaída.

As intervenções psicológicas para doentes oncológicos têm demonstrado ajudar as mulheres a “viver melhor”, como concluí Rowland & Massie (2010), na revisão de diversos estudos aleatorizados que encontram resultados que indicam diminuição de ansiedade e depressão, melhoria de auto-imagem, melhoria da função sexual e outros benefícios. A maioria dos estudos também suportam que a intervenção de grupo e especialmente a intervenção de grupo estruturada que inclui estratégias cognitivo-comportamentais são eficazes com estas doentes, como também sintetizam os mesmos autores (Rowland & Massie, 2010), bem como outros menos recentemente (Cunningham & Toccom, 1989; Meyer & Mark, 1995; Spiegel et al., 1999).

---

<sup>(\*)</sup> Universidade de Aveiro.

Apesar da existência de suporte na literatura deste tipo de intervenção com doentes oncológicos e especificamente com sobreviventes de cancro da mama (Dolbeaut, et al., 2008), a aplicabilidade e eficácia da intervenção de grupo em doentes oncológicos Portugueses não está suficientemente documentada. O objectivo deste estudo consiste em explorar a aplicabilidade e eficácia deste tipo de intervenção em mulheres sobreviventes de cancro da mama Portuguesas.

Estabelecemos como hipóteses que: (H1) a sintomatologia de depressão e ansiedade, bem como, o controlo emocional, diminuem com a intervenção de grupo; (H2) o *coping* com o cancro, o auto-conceito, o optimismo e a qualidade de vida aumentam com a intervenção de grupo.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra é constituída por 18 sobreviventes de cancro da mama voluntárias do Movimento Vencer e Viver (MVV) da Liga Portuguesa contra o Cancro da Região Centro. Apresentam uma média de idade de 63.06 anos (Min=53; Max=75; SD=5.47). A maioria são casadas (83.3%), seguidas das viúvas (11.1%) e divorciadas (5.6%). A maioria (44.4%) concluiu o 3º ciclo do ensino básico (7º ao 9º ano), 33.3% tem formação universitária, 16.7% concluiu o ensino secundário (10º ao 12º ano) e 5.6% terminou os estudos no final do 1º ciclo do ensino básico (1º ao 4º ano). A média de anos em que foram diagnosticadas é de 14 anos (Min=7, Max=35, SD=6.12). Relativamente à cirurgia, a maioria realizou mastectomia (61.1%), sendo que 16.7% realizou mastectomia dupla, 11% quadrantectomia seguida de mastectomia e 5.6% só quadrantectomia. Em relação aos tratamentos, a maioria realizou hormonoterapia (61.1%) e quimioterapia (50%), tendo 16.7% realizado radioterapia.

### *Material*

A entrevista semi-estruturada realizada para verificação dos critérios de inclusão às participantes incluiu, para além de um questionário de recolha de informações sócio-demográficas e clínicas, os seguintes instrumentos para avaliação das variáveis em estudo:

- A Escala de Ansiedade e de Depressão Hospitalar (EADH: Zigmond & Snaith, 1983; versão Portuguesa: Pais-Ribeiro et al., 2007), para avaliar a sintomatologia depressiva e ansiosa;
- O Cancer Coping Questionnaire (CCQ: Moorey, Frampton & Greer, 2003; versão experimental Portuguesa: Torres, Pereira & Monteiro), para avaliar as estratégias de *coping* utilizadas e que foram ensinadas na intervenção;
- O questionário de Qualidade de Vida da EORTC, Quality of Life Questionnaire C-30 e o Suplemento de Cancro da Mama BR-23 (QLQ-C30: Aaronson et al., 1993; Versão Portuguesa: Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008), para avaliar a qualidade de vida.

- O Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC: Vaz Serra, 1986), para avaliar o auto-conceito;
- O Courtauld Emotional Control Scale (CEC Scale: Watson & Greer, 1983), para avaliar o control emocional;
- O Teste de Orientação de Vida-Revisto (TOV-R: Scheier & Carver, 1985; versão Portuguesa: Monteiro, Tavares & Pereira, 2006), para avaliar o optimismo.

### *Procedimento*

Foram estabelecidos como critérios para a seleção dos sujeitos a integrar a amostra ter recebido o diagnóstico de cancro há pelo menos 5 anos de cancro da mama, ser maior de 18 anos, não ter história psiquiátrica anterior ao diagnóstico de cancro, não ter perturbações orgânicas cerebrais ou de dependência de droga ou álcool, distúrbios cognitivos e outras perturbações que poderiam contraindicar a entrada na intervenção de grupo, como, história recente de tentativa de suicídio, inaptidão para participar em tarefas de grupo, severa incompatibilidade com um ou mais membros do grupo, acentuada falta de motivação para a mudança ou frequência de outro tipo de psicoterapia simultânea.

No decorrer de entrevista individual, foi fornecida uma breve introdução explicativa sobre o estudo e seus objetivos e assinado um consentimento informado com essa informação inclusa, tendo, à posteriori, o preenchimento dos instrumentos sido assistido pelo investigador. Constituíram-se 2 grupos, um grupo proveniente da equipa de voluntariado do MVV de Coimbra (com 5 sobreviventes) e outro proveniente da equipa de Aveiro (com 13 sobreviventes), que foram submetidos a 8 sessões de intervenção de grupo semanais com inspiração na abordagem cognitivo-comportamental. A intervenção, apesar de ter esta abordagem comum de base, diferiu nos dois grupos, que foram aleatorizados previamente. O grupo de participantes de Coimbra foi submetido a um protocolo de intervenção desenvolvido por nós, com base em programas de TCC de grupo com eficácia comprovada (cf. Helgeson, Cohen & Schultz, 2001; Fawzy & Canada, 2001; Edelman, & Kidman, 1999; Dolbeault et al., 2008). O grupo de participantes de Aveiro foi submetido a um protocolo de intervenção psico-educativo, com a mesma base teórica, mas que diferia do primeiro por consistir puramente na familiarização com as estratégias, sem aplicação destas com recurso à especificidade de cada participante e sem prescrição de trabalhos de casa. A última sessão consistiu na avaliação da intervenção global realizada e no segundo preenchimento dos instrumentos de avaliação.

## RESULTADOS

Nesta Secção do trabalho apresentaremos os resultados obtidos no pré e no pós-teste. Utilizou-se a versão 19 do programa Stistical Package for Social Sciences para o cálculo de todas as estatísticas apresentadas.



Os grupos mostraram-se equivalentes nas medidas dependentes pré-intervenção, bem como, nas variáveis sócio-demográficas.

Como não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o pré e o pós-testes quando analisados os resultados dos grupos separadamente, optámos por verificar se considerando a intervenção de grupo estruturada global aplicada de inspiração cognitivo-comportamental (ainda que com algumas diferenças de intervenção), tendo em consideração os dois grupos em simultâneo, observavam diferenças significativas. Apresentamos em seguida os resultados obtidos com esta análise.

### Sintomatologia Ansiosa e Depressiva

Através da leitura do Quadro 1, pode-se verificar que não se observaram diferenças significativas do pré para o pós-teste a nível da sintomatologia ansiosa e depressiva avaliada pelo EADH, apesar de se ter registado diminuição de ambas.

Quadro 1 - Resultados da EADH do pré e pós testes

	Sobreviventes n=18			
	Pre (Mdn)	Post (Mdn)	z	p
Ansiedade	(8)	(5)	-1.43 <sup>a</sup>	.15
Depressão	(5.5)	(5)	-1.52 <sup>a</sup>	.13

a. Based on Positive Ranks

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

### Coping

Os resultados obtidos com o *Cancer Coping Questionnaire* no pré e pós teste com toda a amostra submetida a intervenção estruturada de grupo, apresenta a diminuição significativa do *coping* interpessoal, ou seja, ao que é utilizado com o parceiro para lidar com o cancro, do pré-teste (Mdn=14) para o pós-teste (11),  $T=17.5$ ,  $p=.05$ ,  $r=-.46$ .

Quadro2 – Resultados do CCQ do pré e pós-testes

	Sobreviventes n=18			
	Pre (Mdn)	Post (Mdn)	T	p
CCQ_T_Ind	(37)	(35)	60	.43
CCQ_T_Interp	(14)	(11)	17.5*	.05
CCQ_coping	(10.5)	(11)	59.5	.66
CCQ_focus positivo	(9)	(9)	40	.43
CCQ_diversão	(8)	(8)	54	.73
CCQ_planeamento	(10)	(9)	36.5	.31

Based on positive ranks

## Qualidade de Vida

No que se refere aos resultados obtidos com o QLQ C-30 e BR23 no pré e pós teste com a totalidade da amostra submetida a intervenção de grupo, não se observaram diferenças significativas, como se pode observar no Quadro 3. Apesar da ausência de diferenças significativas, verificação aumento da função física, emocional e cognitiva. Também se observam diminuições não significativas da fadiga, insónia, efeitos colaterais da terapia e da queda incómoda de cabelo, a par de aumento não significativo de sintomas da mama.

Quadro 3 – Resultados do QLQ C-30 e BR23 no pré e pós-testes

	Sobreviventes n=18			
	Pré (Mdn)	Pós (Mdn)	T	p
Estado Geral de saúde	(66.67)	(66.67)	1	1
Qualidade de Vida	(66.6)	(66.66)	3	1
Função física	(80)	(86.66)	3	.305
Função do papel	(100)	(100)	0	.066
Função emocional	(83.3)	(87.50)	3	.339
Função cognitiva	(83.3)	(100)	1	.129
Função social	(100)	(100)	0	.180
Fadiga	(22.2)	(11.11)	1	.129
Náusea e vômito	(0)	(0)	0	.180
Dor	(16.6)	(16.66)	3	.426
Dispneia	(0)	(0)	1	.564
Insónia	(33.3)	(0)	3	.726
Perda do apetite	(0)	(0)	1	.257
Obstipação	(0)	(0)	2	.655
Diarreia	(0)	(0)	1	1
Dificuldades financeiras	(0)	(0)	0	.317
Imagem corporal	(100)	(100)	2	.279
Função sexual	(33.3)	(33.33)	1	.257
Satisfação sexual	(33.3)	(33.33)	0	.317
Perspectivas futuras	(66.6)	(66.66)	0	.063
Efeitos colaterais da terapia	(14.2)	(11.90)	2	.136
Sintomas da mama	(0)	(8.33)	1	.187
Incómodo queda cabelo	(16.6)	(0)	0	1

- Based on negative ranks
- Based on positive ranks
- The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks

## Auto-Conceito

Com os resultados obtidos com o Inventário Clínico de Auto-conceito, verifica-se um aumento significativo do factor maturidade psicológica do pré (15) para o pós-teste (16),  $z=-2.29$ ,  $p=.02$ ,  $r=-.54$ , conforme se pode observar no Quadro 4.

Quadro 4 – Resultados no ICAC no pré e pós-testes

	Sobreviventes n=18			
	Pre (Mdn)	Post (Mdn)	z	p
ICAC_Total	(75.5)	(77)	-1.51	.13
Aceitação Social	(17.5)	(18)	-1.55	.12
Auto-eficácia	(23)	(23)	-.07	.94
Maturidade Psicológica	(15)	(16)	-2.29*	.02
Impulsividade/Inatividade	(11)	(11)	-.37	.72

### Optimismo

Os resultados obtidos com o TOV-R não indicam diferenças significativas do pré para o pós-teste, conforme se pode observar na Quadro 5.

Quadro 5 – Resultados TOV-R no pré e pós-testes

	Sobreviventes n=18			
	Pre (Mdn)	Post (Mdn)	z	p
TOV	(14)	(11)	-1.75b	.13

### Controlo Emocional

No que se refere aos resultados obtidos com o Courtauld Emotional Control Scale, também não se obteve diferenças significativas, conforme se pode observar no Quadro 6.

Quadro 6 – Resultados do CEC Scale no pré e pós- teste

	Sobreviventes n=18			
	Pre (Mdn)	Post (Mdn)	z	p
CEC_Total	(41.5)	(41)	-.28	.98
CEC_Raiva	(14)	(15)	-.95	.35
CEC_Ansiedade	(14.5)	(15)	-.26	.8
CEC_Infelicidade	(13.5)	(15)	-.76	.45

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos demonstram que se verificou um aumento de um dos factores do auto-conceito, a maturidade psicológica e uma diminuição do *coping* interpessoal, do pré para o pós-teste. Apesar de se observar também algumas tendências de diferenças do pré para o pós-testes a nível das várias variáveis (como a sintomatologia depressiva e ansiosa e a qualidade de vida), estas não foram estatisticamente significativas. As hipóteses não foram, devido a esta ausência de significância

estatística, confirmadas.

Os resultados deste estudo demonstram a aplicabilidade da intervenção de grupo às sobreviventes de cancro da mama Portuguesas. Os resultados obtidos indicam que existem potenciais benefícios terapêuticos da intervenção de grupo, o que vai de encontro aos resultados encontrados pela literatura existente. A realização de intervenção de grupo indica ser benéfica no auto-conceito das sobreviventes de cancro portuguesas. A diminuição do *coping* interpessoal encontrada com a intervenção de grupo parece confirmar o benefício observado a nível do auto-conceito, já que as sobreviventes, ao se perceberem com maior maturidade psicológica, sentem-se mais confiantes nas suas competências pessoais e podem recorrer menos ao apoio do companheiro para lidar com as dificuldades relacionadas com o cancro.

É necessário que este estudo se estenda a um número maior de participantes, pois o número reduzido da amostra pode ser uma das causas de ausência de significância estatística.

Neste sentido, os resultados indicam especialmente que é premente a continuação de aplicação das intervenções de grupo a um maior número de sobreviventes de cancro da mama, com vista à obtenção de resultados mais claros acerca da eficácia dos mesmos e da distinção dos tipos de intervenção.

## REFERÊNCIAS

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., et al. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- Cunningham, A. J., & Toccom, E. K. (1989). A randomized trial of group psychoeducational therapy for cancer patients. *Patient Education Counselling*, 14(2), 101-114
- Dolbeaut, S., Cayrou, S., Brédart, A., Viala, A. L., Desclaux, B., Saltel, P., et al. (2008). The effectiveness of psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psycho-oncology*. DOI: 10.1002/pon.1440
- Edelman, S., & Kidman, A. D. (1999). Description of a group cognitive behaviour therapy programme with cancer patients. *Psycho-oncology*, 8(4), 306-314.
- Fawzy, F., Fawzy, N., & Canada, A. (2001). Psychoeducational intervention programs for patients with cancer. In A. Baum & B. Andersen (Eds.), *Psychosocial Interventions For cancer*. (pp. 235-267). Washington: American Psychological Association.

- Feuerstein, M. (2007). *Handbook of cancer survivorship*. Bethesda (USA): Springer.
- Helgeson, V., Cohen, S., & Schultz, R. (2001). Group support interventions for people with cancer: benefits and hazards. In J. Yasko, A. Baum & B. Andersen (Eds.), *Psychosocial Interventions for cancer* (pp. 269-286). Washington: American Psychological Association.
- Meyer, T. J., & Mark, M. M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14(3), 101-108.
- Ministério da Saúde (Ed.). (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol. I - Prioridades*. Lisboa Direcção-Geral da Saúde.
- Monteiro, S., J. Tavares, & Pereira, A. (2006). Optimism in college students: Portuguese study of the Revised Life Orientation Test (LOT-R). In V. C. I. d. P. C. y. d. l. Salud (Ed.). Costa Rica.
- Moorey, S., Frampton, M., & Greer, S. (2003). The cancer coping questionnaire: a self-rating scale for measure the impact of adjuvant psychological therapy in coping behaviour. . *Psycho-oncology*, 12, 331-344.
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(1), 89-102.
- Pais-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.
- Rowland, J. H., & Massie, M. J. (2010). Breast Cancer. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-oncology* (pp. 177-186). New York: Oxford University Press.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Spiegel, D., Morrow, G. R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, B., Mudaliar, N., et al. (1999). Group Psychotherapy for Recently Diagnosed Breast Cancer Patients: a Multicenter Feasibility Study. *Psycho-Oncology*, 8, 482-493.
- Vaz-Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. . *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.
- Watson, M., & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control.

Psicologia da saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas.  
Organizado por José Luís Pais Ribeiro, Isabel Leal, Anabela Pereira e Sara Monteiro.  
2012, Aveiro: Universidade de Aveiro.

*Journal of Psychosomatic Research* 27(4), 299-305.

Wolff, S. N. (2007). The burden of cancer survivorship: a pandemic of treatment success. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of cancer survivorship*. (pp. 7-18). Bethesda (USA): Springer.

**RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE EDUCAÇÃO EM DIABETES E A HEMOGLOBINA  
GLICADA EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE DIABETES DO TIPO 1 E 2 DO  
CENTRO DE DIABETES DA UNIFESP – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO  
PAULO, BRASIL**

*FERNANDO VALENTE (\*)*; *CARLOS AUGUSTO MENEGOZZO (\*)*; *TATIANA VALENTE (\*)*; *MARIA  
FLÁVIA RIBEIRO (\*)*; *THAÍS BUCHAIM (\*)*; *ANTÔNIO ROBERTO CHACRA (\*)* E *SÉRGIO DIB (\*)*

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença que apresenta prognóstico altamente relacionado com a qualidade do tratamento e seu controle inadequado representa grande risco à vida do paciente. Evidências clínicas, epidemiológicas e bioquímicas demonstram que a manutenção de adequados níveis glicêmicos podem reduzir a incidência e a gravidade de complicações macro e microvasculares (DCCT Research Group, 1993; Engerman *et al.* 1977; UKPDS, 1998). Entretanto, o controle metabólico a longo prazo não é uma tarefa simples de ser cumprida, uma vez que se trata de uma doença imprevisível em que cada paciente pode responder ao tratamento de maneira distinta. A educação garante ao paciente conhecimento e técnica necessários para aprimorar o controle da doença, incluindo tomar decisões baseadas em evidências, adotar mudanças no estilo de vida, ter uma atitude colaborativa, e resolver os problemas em conjunto com equipe de profissionais da saúde. Estudos mostraram que muitos pacientes com diabetes são mal informados a respeito da doença e de suas complicações (Thompson *et al.*, 1988), o que demanda mais esforços, tanto dos próprios pacientes como dos profissionais da saúde, para garantir que esses indivíduos estejam absolutamente educados a respeito da doença e de suas necessidades.

O objetivo é avaliar o impacto de um curto programa de educação local em diabetes no conhecimento e nos valores de HbA1c de uma coorte de pacientes com DM tipos 1 e 2.

---

(\*) Universidade Federal de São Paulo, Brasil.

## MÉTODOS

### *Participantes*

O programa de educação consistiu em quatro aulas de duas horas de duração, uma vez por semana, englobando os seguintes tópicos: conceitos gerais sobre diabetes, cuidados de enfermagem, dieta, e exercício físico. Essas aulas foram ministradas em um ambiente ambulatorial, continuamente, no Centro de Diabetes da Universidade Federal de São Paulo, Brasil.

No total foram avaliados cento e setenta e quatro pacientes diagnosticados com DM tipos 1 e 2 de março de 2007 a outubro de 2007. Esses pacientes foram escolhidos aleatoriamente e divididos em dois subgrupos, aqueles que reportaram terem participado do programa educacional (PPEDM), e aqueles que reportaram não ter participado do programa (NPPEDM).

O conhecimento foi avaliado por meio de um questionário, aplicado por dois estudantes de medicina, envolvendo questões sobre conhecimento geral da doença, monitorização glicêmica, sinais e sintomas de hiper e hipoglicemia, papel da insulina no organismo e exercício físico.

Os dados a respeito dos níveis de hemoglobina glicada (método HPLC; valor de referência de HbA1c de 3,5 a 6,1%) foram sumarizados na forma de médias dos testes conduzidos antes, durante, e depois do período do estudo.

As características dos pacientes, como idade, gênero, raça, tempo de diagnóstico da doença e grau de escolaridade, foram comparados para atestar a similaridade (Quadro 1).

Análises estatísticas foram realizadas entre os subgrupos de pacientes que reportaram ter, ou não, participado do programa educacional, utilizando o teste do qui-quadrado para os tópicos do questionário e o teste t-student para as médias de HbA1c.

Observou-se conhecimento semelhante, entre os subgrupos com DM tipo 1, no que diz respeito ao conceito da doença, a hipo e hiperglicemia e suas medidas terapêuticas, a qual órgão é responsável pela doença, e à monitorização da glicemia capilar [ $p > 0,05$ ; IC de 95%].



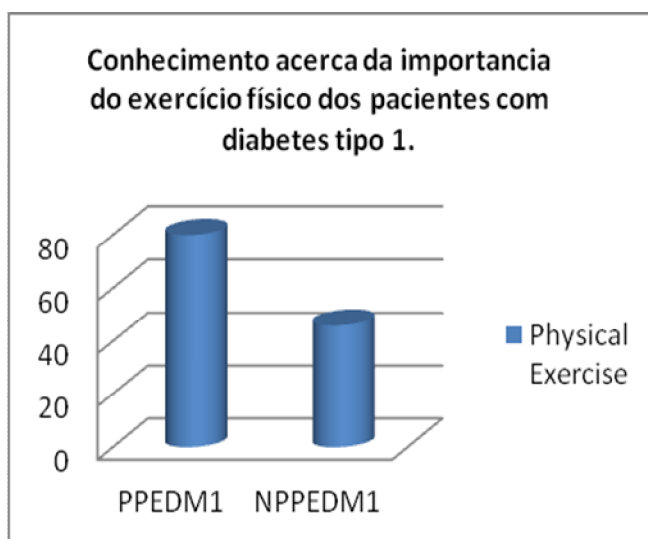
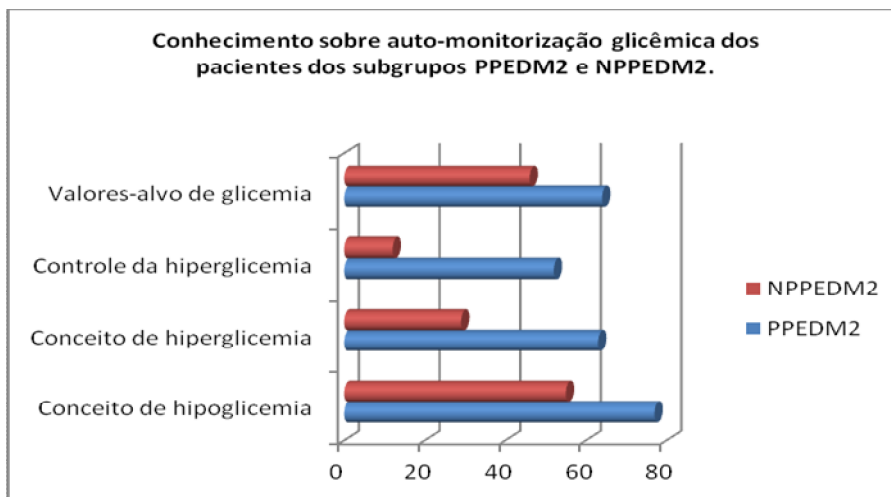
## RESULTADOS

Quadro 1: Dados epidemiológicos, clínicos e nível de escolaridade dos pacientes estudados.

	DM1			Significância	DM2		
	PPEDM	NPPEDM			PPEDM	NPPEDM	Significância
<i>N</i>	25	27		64	58		
<i>IDADE (ANOS)*</i>	27,5 ± 7,2	28,9 ± 12,7	Ns	59,3 ± 10,5	61 ± 12,1	Ns	
<b>GÊNERO</b>							
<i>Masculino</i>	52%	29,60%	Ns	32,80%	34,50%	Ns	
<i>Feminino</i>	48%	70,40%		67,20%	65,50%		
<b>RAÇA**</b>							
<i>Branco</i>	65,20%	80%		59,40%	66,10%		
<i>Negro</i>	13%	0	Ns	21,90%	23,20%	Ns	
<i>Pardo</i>	21,70%	20%		18,80%	10,70%		
<b>TEMPO DE DOENÇA (ANOS)*</b>							
<i>DIAGNÓSTICO DA DOENÇA (ANOS)*</i>	15,1 ± 6,2	15,5 ± 11,8	Ns	12,2 ± 7	12 ± 10,3	Ns	
<b>GRAU DE ESCOLARIDADE</b>							
<i>Ensino Fundamental incompleto</i>	12%	14%		48,4%	41,40%		
<i>Ensino Médio incompleto</i>	8%	14,80%	Ns	21,90%	34,50%	Ns	
<i>Ensino Médio completo</i>	76%	51,90%		20,30%	20,70%		
<i>Ensino Superior completo</i>	4%	18,50%		9,40%	3,40%		

\* dados expressos por média ± desvio-padrão

\*\* auto-referido



Entre os subgrupos com DM tipo 2, observou-se conhecimento semelhante quanto ao conceito da doença, ao órgão responsável por ela, e a como funciona a insulina no organismo. [p > 0,05; IC de 95%].

Os valores de HbA1c foram obtidos de 122 pacientes (70% do total). Após comparar as médias obtidas, não houve diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos, seja com DM tipo 1, seja com DM tipo 2. As médias estão apresentadas na Quadro 2.

Quadro 2: Valores de HbA1c dos pacientes dos subgrupos estudados

		T1DM		T2DM	
		PEPDM1	NPEPDM1	PEPDM2	NPEPDM2
N		18	16	55	33
HbA1c	2006/2007	9,3	8,7	8,0	8,7
(%)	2008	9,3	9,5	8,0	8,3

## DISCUSSÃO

Nossos dados demonstram que a relação entre o programa educacional e o conhecimento sobre a doença foi heterogêneo entre os pacientes com diabetes tipo 1 e tipo 2, sendo mais relacionado a exercício físico nos primeiros, e a auto-monitorização glicêmica nos últimos. No entanto, não houve correlação entre o conhecimento sobre a doença e os valores de HbA1c desses pacientes.

Estudos anteriores afirmaram que a educação tem efeito pequeno em mudanças de estilo de vida como dieta e exercício físico (Rubin *et al.* 1991), e que pacientes tendem a prestar menos atenção em tópicos nutricionais e de atividade física (Nwasuruba, 2007), mas nosso estudo concluiu que os pacientes com diabetes tipo 1 do subgrupo que referiu ter participado do programa (PPEDM1) sabiam mais a respeito da importância de praticar exercícios quando comparados ao outro subgrupo com diabetes tipo 1 (NPPEDM1), mostrando que houve apreensão adequada de conceitos relacionados a exercício físico. Nossos dados, sugerindo que os pacientes com DM tipo 1 estão mais engajados em atividade física do que os com DM tipo 2, é corroborado por estudos anteriores, os quais mostram que, apesar dos pacientes com DM tipo 2 terem mais orientação a respeito de atividades físicas, os pacientes com DM tipo 1 se mostram mais empenhados em atividades físicas (Green *et al.*, 2007; Bazata *et al.*, 2008). Esse mesmo dado é confirmado ainda por estudos sugerindo que a atividade física de pacientes com diabetes tende a ser menor com o envelhecimento (Benjamin *et al.*, 2008).

O grupo de pacientes com diabetes tipo 2 mostrou uma tendência a ter menos conhecimento sobre os parâmetros analisados neste estudo quando comparados ao grupo de pacientes com DM tipo 1. Além do fato de que os jovens tendem a participar mais de programas educacionais que os mais velhos (Funnel *et al.*, 1998), estudos mostraram que os últimos tendem a se beneficiar menos de sessões ambulatoriais em grupo e serviços de acompanhamento e são mais propensos a apresentar, mais frequentemente, distúrbios auditivos, visuais e de memória, menor grau de escolaridade, depressão e

acidentes vasculares cerebrais, e menor capacidade de concentração, fatores esses que poderiam comprometer o processo de educação em diabetes (Jeffries and McIntosh, 1985), levando ao menor conhecimento geral observado no estudo.

Suspeitando que o conhecimento basal dos pacientes com diabetes tipo 1 era maior do que os com diabetes tipo 2, nós conduzimos uma análise entre os pacientes dos subgrupos NPPEDM1 e PPEDM2, o que refutou nossa hipótese. Assim, nós suspeitamos que o subgrupo NPPEDM1 teve acesso às informações por outros meios, como relações interpessoais ou uso da internet.

Quanto à análise dos valores de HbA1c, estudos prévios sugerem que o conhecimento relacionado a diabetes isoladamente não é correlacionado com melhora dos parâmetros de HbA1c (Sánchez *et al.*, 2005), o que poderia explicar nossos resultados parcialmente, porém nós acreditamos que fatores como o tamanho da amostra, os parâmetros do programa educacional e a inércia terapêutica também influenciaram os resultados, levando à ausência de diferenças estatisticamente significantes. Outros fatores influenciadores poderiam ser a não aplicação dos conceitos adquiridos na rotina diária e o menor impacto que os programas educacionais causam em mudanças de estilo de vida como a dieta e o exercício físico, ambos com importante impacto sobre o controle metabólico e os riscos de complicações (ADA, 2004). Assim, mudanças na duração do curso, no controle de presença dos pacientes e mudanças terapêuticas paralelas no acompanhamento poderiam trazer maior benefício para o paciente em termos de níveis de HbA1c.

Algumas condições podem ter interferido nos resultados apresentados neste estudo. Não havia instrumento para aferir o comparecimento dos pacientes ao programa educacional, e nem parâmetros para avaliar conhecimento relacionado a dieta e a hábitos de vida. Além disso, a estrutura semanal do programa pode ter interferido no comparecimento dos pacientes às aulas.

Apesar de haver necessidade de mais estudos sobre o assunto, os dados obtidos podem ser usados para otimizar a transmissão do conhecimento aos pacientes e para sugerir o uso complementar de sessões de exercício físico e de cozinha experimental em diabetes, sob orientação de especialistas, nos próximos cursos, de maneira a obter melhora do controle metabólico e da qualidade de vida. Associado a essas mudanças, otimização da atividade multidisciplinar (assistências fisioterápica, nutricional, médica e de enfermagem) deve promover queda dos valores de HbA1c que estão acima dos valores-alvo reconhecidos (6,5 a 7,0%), o que atualmente é o parâmetro considerado padrão-ouro relacionado à melhor qualidade de vida e menor risco de desenvolver complicações no futuro.

## REFERÊNCIAS

- American Diabetes Association (2004a). Nutrition principles and recommendations in diabetes (position statement). *Diabetes Care*, 27(1), S36–S46.
- American Diabetes Association (2004b). Physical activity/exercise and diabetes (position statement). *Diabetes Care*, 27(1), S58–S62.
- Bazata D.D., Robinson J.G., Fox K.M., Grandy S., for the SHIELD Study Group (2008). Affecting Behavior Change in Individuals With Diabetes: Findings From the Study to Help Improve Early Evaluation and Management of Risk Factors Leading to Diabetes (SHIELD). *The Diabetes Educator*, 34(6), 1025-1036
- DCCT Research Group - Diabetes Control and Complications Trial (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*, 329, 977-986.
- Engerman R, Bloodworth JM Jr, Nelson S. (1977). Relationship of microvascular disease in diabetes to metabolic control. *Diabetes*, 26, 760-769.
- Funnell M.M., Arnold M.S., Fogler J., Merritt J.H. and Anderson L.A. (1998). Participation in a Diabetes Education and Care Program: Experience from the Diabetes Care for Older Adults Project. *The Diabetes Educator*, 24, 163.
- Green A. J., Bazata D. D., Fox K. M., Grandy S., and for the SHIELD Study Group (2007). Health-related behaviours of people with diabetes and those with cardiometabolic risk factors: results from SHIELD, *Int J Clin Pract*. November, 61(11), 1791–1797.
- Jeffries M.A.R. and McIntosh E.N. (1985). Diabetes Education and the Older Patient. *The Diabetes Educator*, 11, 27.
- Nwasuruba C., Khan M., and Egede L.E. (2007). Racial/Ethnic Differences in Multiple Self-Care Behaviors in Adults with Diabetes, *Journal of General Internal Medicine*. 22(1), 115–120.
- Rubin R.R., Peyrot M. and Saudek C.D. (1991). Differential effect of diabetes education on self-regulation and life-style behaviors. *Diabetes Care*, 14(4), 335-338.
- Sánchez C.D, Newby L.K., McGuire D.K., Hasselblad V., Feinglos M.N., Ohman E.M. (2005). Diabetes-Related Knowledge, Atherosclerotic Risk Factor Control, and Outcomes in Acute Coronary Syndromes. *American Journal of Cardiology*, 95, 1290–1294.
- Shaw B.A., Spokane L.S. (2008). Examining the Association Between Education Level and Physical Activity Changes During Early Old Age. *Journal of Aging Health*., 20(7), 767–787.

Thompson A.V., Neil H.A.W., Thorogood M., Fowler G.H., and Mann J.I. (1988). Diabetes mellitus: attitudes, knowledge and glycaemic control in a cross-sectional population. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 38(315), 450–452.

UK Prospective Diabetes Study Group (1998). Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 38). *British Medical Journal*, 317, 703–713.

## **PREDITORES DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÓNICAS**

*ESTELA VILHENA* (\*/\*/\*/\*/\*); *J. PAIS RIBEIRO* (\*\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*); *I. SILVA* (\*\*\*) ; *L. PEDRO* (\*\*\*\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*); *R. MENESES* (\*\*\*) ; *H. CARDOSO* (\*\*\*\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*); *A. MARTINS DA SILVA* (\*\*\*\*\*) *E*  
*D. MENDONÇA* (\*\*\*\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*/\*)

A doença crónica (DC) afecta múltiplos aspectos da vida do doente e uma boa resposta facilita o ajustamento a uma nova vida e uma melhor qualidade de vida (QV). Viver com uma DC requer adaptação em múltiplos domínios da vida, ao longo do tempo, existindo uma grande heterogeneidade entre os indivíduos em como ajustar-se a uma DC (de Ridder, Geenen, Kuijer, & van Middendorp, 2008; Stanton, Revenson, & Tennen, 2007). A QV é um construto multidimensional, uma avaliação subjectiva da percepção da saúde física e mental (Parker, Baile, De Moor, & Cohen, 2003). São limitados os estudos que avaliam pessoas com diferentes DC. Neste estudo, estamos interessados no impacto simultâneo, de variáveis sócio-demográficas e clínicas, de personalidade, do optimismo disposicional, do afecto positivo e negativo, do suporte social, da espiritualidade, da adesão aos tratamentos e do estigma, nas componentes da QV e do Bem-Estar Subjectivo: este refere-se à avaliação do que as pessoas costumam chamar de felicidade, paz, realização e satisfação com a vida (Scheier & Carver, 1987). O optimismo disposicional, definido como a “expectativa geral que coisas boas irão acontecer” (Scheier & Carver, 1987) tem sido associado a uma variedade de resultados positivos relacionado com o bem-estar (Mazanec, Daly, Douglas, & Lipson, 2010). O afecto positivo refere-se à forma como um indivíduo experimenta estados emocionais positivos, como alegria, interesse, confiança e agilidade, já o afecto negativo refere-se a estados emocionais negativos, como medo, tristeza, raiva, culpa, desprezo e repugnância (Singh & Jha, 2008). O apoio social tem sido definido como um processo interpessoal, que consiste em apoio emocional e instrumental (Finfgeld-Connett, 2005). Segundo (Parker, et al., 2003) este tipo de apoio contribui para uma melhor adaptação a situações estressantes.

(\*) IPCA - Barcelos; (\*\*) FPCE-UP; (\*\*\*) U.Fernando Pessoa-Porto; (\*\*\*\*) ESTeSL-IP Lisboa; (\*\*\*\*\*) ICBAS-U.Porto; (\*\*\*\*\*) UMIB/ICBAS e H.Geral de Sto. António, Porto; (\*\*\*\*\*) UIPES; (\*\*\*\*\*) ISPUP, U. Porto. (apoiado pelas bolsas PTDC/PSI/71635/2006, PTDC/PSI/73175/2006, SFRH/PROTEC/49284/2008).

A espiritualidade reflecte uma dimensão psicológica única em torno do qual os seus indivíduos organizam as suas vidas, objectivos, valores e intenções. A orientação espiritual pode facilitar a adaptação aos desafios da saúde (Bartlett, Piedmont, Bilderback, Matsumoto, & Bathon, 2001). Já as atitudes estigmatizantes para pessoas com DC são predominantes e têm implicações negativas no processo de integração na comunidade (Joachim & Acorn, 2000).

O estigma é um processo social caracterizado por exclusão, rejeição ou desvalorização da pessoa, baseado numa característica permanente de identidade conferida por um problema de saúde ou condição relacionada à saúde (Joachim & Acorn, 2000; Scamber, 2009).

O objectivo do presente estudo é identificar preditores a longo prazo das componentes da QV e do Bem-Estar Subjectivo em pessoas com DC. O estudo é prospectivo e a predição é feita entre as variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicossociais no primeiro momento de avaliação e de percepção da saúde e bem-estar subjectivo avaliadas três anos depois.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participam 304 indivíduos com DC, 47 cancro, diabetes 59, epilepsia 60, esclerose múltipla 14, miastenia gravis 14, e obesidade 110. Constituem uma amostra sequencial recrutada em unidades de saúde de diversas zonas do país. Os critérios de inclusão foram os seguintes: 1) diagnóstico de uma DC há, pelo menos, 3 anos; 2) idade superior a 18 anos; 3) nível de escolaridade de 6 anos ou mais; 4) vida estável com doença controlada; 5) não apresentar alterações do foro neurológico ou psiquiátrico.

Aos participantes foi aplicado um questionário para avaliação das variáveis sociodemográficas, clínicas, personalidade, optimismo disposicional, afecto positivo e negativo, espiritualidade, suporte social, adesão aos tratamentos e percepção de estigma, num primeiro momento e três anos depois foi avaliada a QV (segundo três componentes – bem-estar geral, saúde física e saúde mental) e o Bem-Estar Subjectivo. Os pedidos de autorização de recolha de dados seguiram os padrões da Declaração de Helsínquia, incluindo o consentimento informado para participarem no estudo.

### *Material*

*Variáveis Sócio-demográficas e Clínicas* - o sexo, a idade, a educação, o tempo desde o diagnóstico e a percepção da doença foram usadas para descrever a amostra e como variáveis de controlo.

*Variáveis de Personalidade* - Inventário de Personalidade dos Cinco Factores NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992): Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade, com 12 itens cada, num total de 60 itens.

*Optimismo Disposicional* - Revised Life Orientation Test (LOT-R), (Scheier, Carver, & Bridges, 1994) que inclui 10 itens em que quatro são distratores. Valores mais elevados indicam mais optimismo.

*Afecto Positivo e Negativo* - Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

*Espiritualidade* - Pinto e Pais Ribeiro (Pinto C & Pais Ribeiro, 2007) desenvolveram uma escala para avaliar a espiritualidade, que inclui duas dimensões: percepção religiosa e esperança do doente.

*Suporte Social* - O Social Support Survey (Ponte & Pais Ribeiro, 2008; Sherbourne & Stewart, 1991) é um questionário de auto-resposta, multidimensional: é composto por quatro subescalas: emocional, tangível, afectuoso e interacção social positiva e fornece um índice global do suporte social.

*Adesão aos Tratamentos* - O questionário de Delgado e Lima (2001) com 7 itens.

*Percepção de Estigma* - Escala desenvolvida por Pais-Ribeiro e colaboradores (Pais-Ribeiro et al., 2009), onde valores mais baixos reflectem maior percepção de estigma.

*Qualidade de Vida* - Usado o SF-36, um questionário com 36 itens, distribuídos por oito dimensões que representam três componentes saúde física, saúde mental, e bem-estar geral (Keller et al., 1998).

*Bem-Estar Subjectivo* - Utilizada a versão Portuguesa do Índice de Bem-estar Pessoal (IBP) com 8 itens/domínios (Pais Ribeiro & Cummins, 2008).

### *Procedimento*

Após uma análise descritiva das características sócio-demográficas e clínicas da amostra, foi aplicado o coeficiente de correlação de Pearson com o objectivo de avaliar as associações lineares entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas, de personalidade e psicossociais com as variáveis *outcome* (componentes da QV e Bem-Estar Subjectivo); o *t*-teste para verificar diferenças significativas entre sexo dos valores da qualidade de vida. O impacto simultâneo da personalidade, do optimismo, do afecto positivo e negativo, da espiritualidade, do suporte social, da adesão aos tratamentos e da percepção de estigma nas componentes da QV e no Bem-Estar Subjectivo foi avaliado utilizando Análise de Covariância Multivariada (MANCOVA), controlando para o conjunto de variáveis sócio-demográficas e clínicas. Foram avaliados os pressupostos de aplicabilidade do modelo, sendo as componentes saúde física e saúde mental transformadas, usando a transformação,  $\sqrt{(k + 1) - \text{variável}}$  onde *k* =máximo valor que a variável toma. O nível de significância considerado foi de 5%. Todas as análises foram efectuadas usando o *software* SPSS versão 17.0.



## RESULTADOS

Características dos Participantes: Dos 305 doentes com DC, 220 eram mulheres, idade  $M(dp)=42,23$  (11,74) anos, escolaridade  $M(dp)=9,26$  (4,42) anos, anos de diagnóstico  $M(dp)=14,21$  (10,82) anos e percepção da doença  $M(dp)=6,61$  (2,79).

**Estatísticas descritivas e correlações entre factores de personalidade e psicossociais com qualidade de vida (componentes da QV) e Bem-Estar Subjectivo**

Os homens apresentaram valores significativamente mais elevados nas componentes da QV ( $p<0.001$ ). Verificou-se uma associação estatisticamente significativa e negativa entre a idade e o bem-estar geral e a saúde física ( $p<0,001$ ). A percepção da doença apresenta uma associação significativa e negativa e a escolaridade uma associação positiva com todas as variáveis *outcome* ( $p<0,001$ ).

Os resultados da Quadro 1 mostram as estatísticas descritivas e as correlações entre os factores de personalidade e psicossociais com qualidade de vida e bem-estar subjectivo. Verifica-se que o neuroticismo e o afecto negativo apresentam uma associação inversa estatisticamente significativa com as componentes da QV e com o bem-estar subjectivo. Existe uma associação moderada estatisticamente significativa entre extroversão, optimismo, afecto positivo e percepção de estigma com as componentes da QV e com o bem-estar subjectivo. Pode ainda verificar-se uma associação, ainda que estatisticamente significativa, mas fraca entre a adesão aos tratamentos e as componentes da QV e com o Bem-Estar Subjectivo.

**Quadro 1** – Estatística descritivas (média e desvio padrão) e coeficientes de Correlação de Pearson entre factores de personalidade e psicossociais com QV e bem-estar subjectivo

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	1	-0,34*	-0,12§	-0,18*	-0,17*	-0,53*	-0,29*	0,60*	-0,14§	-0,23*	-0,14§	-0,46*	-0,34*	-0,29*	-0,47*	-0,42*
2		1	0,22*	0,36*	0,27*	0,46*	0,57*	-0,28*	0,38*	0,38*	0,07	0,32*	0,39*	0,22*	0,23*	0,43*
3			1	0,05	0,08	0,09	0,21*	-0,12§	0,01	0,01	0,01	0,05	0,06	0,11§	0,12§	0,11§
4				1	0,16§	0,32*	0,38*	-0,18*	0,33*	0,14§	0,21*	0,19*	0,13§	0,02	0,15§	0,23*
5					1	0,23*	0,15§	-0,13§	0,21*	0,16*	0,01	0,32*	0,09	-0,002	0,08	0,21*
6						1	0,47	-0,37*	0,35*	0,32*	0,19*	0,43*	0,32*	0,18*	0,31*	0,43*
7							1	-0,21*	0,29*	0,38*	0,12§	0,19*	0,34*	0,18*	0,27*	0,32*
8								1	-0,18*	-0,25*	-0,17*	-0,50*	-0,37*	-0,30*	-0,48*	-0,35*
9									1	0,36*	0,12§	0,33*	0,17*	0,03	0,13§	0,38*
10										1	0,17*	0,32*	0,19*	0,13§	0,20*	0,28*
11											1	0,17*	0,17*	0,17*	0,20*	0,22*
12												1	0,31*	0,28*	0,40*	0,46*
13													1	0,72*	0,71*	0,63*
14														1	0,65*	0,43*
15															1	0,55*
16																1
<b>M</b>	26,05	29,30	25,57	34,93	32,34	20,36	2,86	1,93	2,75	66,75	5,37	26,31	46,42	60,21	63,13	60,57
<b>DP</b>	7,83	6,69	6,02	5,72	5,5	4,19	0,80	0,76	0,80	22,45	0,57	8,05	20,48	27,76	27,33	18,60

Neuroticismo; 2-Extroversão; 3-Abertura à Experiência; 4-Conscienciosidade; 5-Amabilidade; 6Optimismo; 7-Afecto positivo; 8-Afecto Negativo; 9-Espiritualidade; 10-Suporte Social; 11-Adesão aos tratamentos; 12-Perc. de estigma; 13-Bem-estar geral; 14-Saúde Física; 15-Saúde Mental; 16-Bem-estar subjectivo: §  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$

**Análise da MANCOVA das variáveis sócio-demográficas, clínicas, personalidade e psicossociais na qualidade de vida (componentes da QV) e no Bem-Estar Subjectivo**

No quadro 2 encontram-se os resultados da MANCOVA que nos permitem identificar as variáveis de personalidade e psicossociais, avaliadas no primeiro momento de avaliação, associadas à qualidade de vida (componentes da QV e Bem-Estar Subjectivo) cuja avaliação foi efectuada três anos depois, controlando para o sexo, a idade, o tempo desde o diagnóstico e a percepção da doença. Verifica-se que a extroversão, a abertura à experiência, o afecto positivo e a percepção de estigma estão associados ao bem-estar geral (todos  $p < 0,001$ ). A conscienciosidade, o optimismo, a adesão aos tratamentos e a percepção de estigma estão associados à saúde física (todos  $p < 0,001$ ). O neuroticismo, a adesão aos tratamentos e a percepção de estigma associadas à saúde mental (todos  $p < 0,001$ ). A extroversão, a espiritualidade, a adesão aos tratamentos e a percepção de estigma associada ao bem-estar subjectivo (todos  $p < 0,001$ ). O afecto positivo contribui para um melhor bem-estar geral. Doentes mais extrovertidos apresentam melhor bem-estar geral e melhor bem-estar subjectivo. O optimismo contribui para uma melhor saúde física e a espiritualidade para um melhor bem-estar subjectivo. Uma melhor adesão aos tratamentos contribui para uma melhor saúde física, saúde mental e um melhor bem-estar geral. Doentes com menor percepção de estigma apresentam uma melhor qualidade de vida. O neuroticismo, a abertura à experiência e a conscienciosidade comportam-se como preditores negativos das componentes da QV.

Quadro 2 – Factores associados à QoL e ao bem-estar subjectivo. Resultados da MANCOVA e estimativas dos parâmetros

	Qualidade de Vida (QoL)									Bem-estar Subjectivo		
	Bem-estar geral			Saúde Física			Saúde Mental			F	p	B
	F	p	B	F	p	B	F	p	B			
Neuroticismo	2,55	ns	-0,28	0,77	ns	0,02	13,8	0,001	0,08	3,22	ns	-0,29
Extroversão	6,89	0,009	0,54	1,89	ns	-0,03	0,07	ns	0,01	4,51	0,03	0,40
Abertura à Experiência	4,10	0,04	-0,37	0,06	ns	-0,01	0,10	ns	-0,01	0,15	ns	-0,06
Conscienciosidade	1,77	ns	-0,26	5,30	0,02	0,05	0,03	ns	0,01	0,13	ns	-0,06
Amabilidade	1,36	ns	-0,23	3,81	0,05	0,04	1,04	ns	0,02	0,09	ns	-0,05
Optimismo	2,10	ns	0,11	8,81	0,003	-0,01	3,89	0,050	-0,01	3,15	ns	0,54
Afecto Positivo	5,93	0,01	4,17	1,64	ns	-0,23	3,30	ns	-0,38	0,39	ns	0,99
Afecto Negativo	2,72	ns	-2,97	0,17	ns	0,09	1,41	ns	0,26	0,08	ns	-0,49
Espiritualidade	1,94	ns	2,13	0,06	ns	-0,05	0,14	ns	-0,07	9,79	0,002	4,42
Suporte Social	2,03	ns	-0,07	0,43	ns	0,01	0,08	ns	<0,001	0,06	ns	-0,01
Adesão aos tratamentos	3,11	ns	3,27	10,60	0,001	-0,76	5,08	0,025	-0,52	4,10	0,04	3,47
Percepção de Estigma	4,81	0,02	0,35	12,25	0,001	-0,07	7,87	0,005	-0,05	9,49	0,002	0,46

F (1, 253); ns - não significativo

## DISCUSSÃO

Verificámos que, como outros autores (Singh & Jha, 2008), o afecto positivo e o negativo exibem uma associação positiva e negativa, respectivamente, estatisticamente significativa com as componentes da QV e o Bem-Estar Subjectivo. Também se verifica uma associação positiva entre o optimismo com a qualidade de vida. A espiritualidade apresenta uma correlação significativa moderada com o Bem-Estar Subjectivo. Estes resultados são consistentes com outras investigações (Visser, Garssen, & Vingerhoets, 2010). Verifica-se também uma associação positiva estatisticamente significativa entre as componentes da QV e o Bem-Estar Subjectivo.

Os resultados do estudo, semelhantes a outros (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010; Ho, Cheung, & Cheung, 2010; Yang, Li, & Zheng, 2009), mostram que a extroversão, o afecto positivo, o optimismo, a adesão aos tratamentos e a percepção de estigma são preditores das componentes da QV e do Bem-Estar Subjectivo, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. De forma semelhante, também a extroversão, a espiritualidade, a adesão aos tratamentos e a percepção de estigma contribuem para um melhor Bem-Estar Subjectivo.

Em conclusão, este estudo suporta predições baseadas em factores de personalidade e psicossociais relativamente à qualidade de vida de pessoas com DC. Estas conclusões sugerem que uma terapia multidisciplinar pode ajudar a uma melhor adaptação de protocolos de tratamento para atender às necessidades especiais dos doentes.

## Referências

- Bartlett, S. J., Piedmont, R., Bilderback, A., Matsumoto, A. K., & Bathon, J. M. (2001). Spirituality and well-being in persons with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 44(9), S382
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889. doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.006
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). NEO-PI-R Professional Manual. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI). *Psychological Assessment Resources*.
- de Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372(9634), 246-255.
- Fingfeld-Connett, D. (2005). Clarification of social support. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 4-9.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). The role of meaning in life and optimism in

- promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 658-663.
- Joachim, G., & Acorn, S. (2000). Stigma of visible and invisible chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 243-248.
- Keller, Susan D., Ware Jr, John E., Bentler, Peter M., Aaronson, Neil K., Alonso, Jordi, Apolone, Giovanni, Gandek, Barbara. (1998). Use of Structural Equation Modeling to Test the Construct Validity of the SF-36 Health Survey in Ten Countries: Results from the IQOLA Project. [doi: DOI: 10.1016/S0895-4356(98)00110-3]. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1179-1188.
- Mazanec, Susan R., Daly, Barbara J., Douglas, Sara L., & Lipson, Amy R. (2010). The relationship between optimism and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nursing*, 33(3), 235-243.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Abreu, M., Costa, N., Cardoso, H., & Venâncio, C. . (2009). Stigma and quality of life of obese women – preliminary Study. *The European Journal of Obesity*, 2 (sup 2), 244-244.
- Pais Ribeiro, J., & Cummins, R. . (2008). O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala. In I.Leal, J.Pais-Ribeiro & I. Silva & S.Marques (Edts.) (Eds.), *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 505-508). Lisboa: ISPA.
- Parker, P. A., Baile, W. F., De Moor, C., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12(2), 183-193. doi: 10.1002/pon.635
- Pinto C, & Pais Ribeiro, J. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde *Arquivos de Medicina.*, 21 (2), 47-53.
- Ponte, A.C., & Pais Ribeiro, J. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do mos social support survey. In J. Pais Ribeiro Lisboa: ISPA In: I.Leal, I. Silva & Marques (Ed.), *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde.* (pp. 53-56.).
- Scamber, G. (2009). Health-related stigma. *Sociology of Health & Illness*, 31, 441-455.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1987). Dispositional Optimism and Physical Well-Being - the Influence of Generalized Outcome Expectancies on Health. *Journal of Personality*, 55(2), 169-210.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing Optimism from Neuroticism (and Trait Anxiety, Self-Mastery, and Self-Esteem) - a Reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Soc Sci Med*, 32(6), 705-714.
- Singh, K., & Jha, S. D. (2008). Positive and Negative Affect, and Grit as predictors of Happiness and

Life Satisfaction. *Journal of Indian Academy of Applied Psychology*, 34, 40-45.

Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592. doi: DOI 10.1146/annurev.psych.58.110405.0585615

Visser, A., Garssen, B., & Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*, 19(6), 565-572. doi: 10.1002/pon.1626

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

Yang, J., Li, S. J., & Zheng, Y. L. (2009). Predictors of depression in Chinese community-dwelling people with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), 1295-1304. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02703.

## FATORES EMOCIONAIS RELACIONADOS COM MAU CONTROLE GLICÊMICO EM PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1

MÁRCIA HELENA ZANINI <sup>(\*)</sup>; FERNANDO VALENTE <sup>(\*)</sup>; TATIANA VALENTE <sup>(\*)</sup>; SÉRGIO  
ATALA DIB <sup>(\*)</sup> E MARIO ALFREDO DE MARCO <sup>(\*)</sup>

A manutenção dos níveis glicêmicos de pacientes com *diabetes mellitus* do tipo 1 (DM1) dentro de uma faixa recomendada de normalidade está associada com diminuição e até mesmo ausência de complicações tardias da doença (DCCT, Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993). A recomendação da Associação Americana de Diabetes (American Diabetes Association, 2011) é que a glicemia em pacientes com DM1 deva ser mantida entre 90 e 180mg/dl durante todos os períodos do dia, inferida a partir da hemoglobina glicada (HbA1c) menor que 7,0%, que reflete a média glicêmica dos últimos 90 dias sob controle. Para alcançar a estabilidade glicêmica em níveis recomendados, além de dieta adequada fracionada e prática de exercícios físicos, é necessário que o paciente monitore a glicemia em vários períodos do dia, aplique insulina conforme a necessidade (numa média de três a cinco aplicações por dia), crie uma rotina de hábitos e de controles e siga as orientações clínicas. Nem sempre isto ocorre e, em muitos casos, o que se observa é que há pacientes que apresentam má adesão ao tratamento e mantêm um mau controle glicêmico contínuo e persistente, apesar das sugestões e das orientações clínicas e, muitas vezes, com amplo conhecimento dos riscos e dos prejuízos futuros. Fatores psicológicos, sociais e de personalidade estão relacionados com má adesão ao tratamento (DeVries, 2004), (Kakleas, 2009). Dados na literatura indicam que transtornos psiquiátricos estão fortemente associados com maior índice de má adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas e no caso de pacientes diabéticos, resultando em consequente mau controle glicêmico (Hood, 2011; Shaban, 2009; Silverstein, 2005), (). Standards da Associação Diabética Americana (American Diabetes Association, 2011) recomendam que o diagnóstico psicossocial seja realizado na avaliação clínica dos pacientes com DM1, com identificação de elementos problemáticos ou patológicos e sugerem que estes aspectos estejam incluídos no planejamento terapêutico a ser realizado por equipe multiprofissional. Intervenções complexas com abordagem concomitante de aspectos emocionais são mais eficazes para melhorar adesão ao tratamento de pacientes com patologias crônicas (Haynes, 2008).

---

<sup>(\*)</sup> Universidade Federal de São Paulo, Brasil.

O objetivo do presente estudo é investigar os fatores emocionais relacionados com mau controle glicêmico contínuo e persistente em pacientes com DM1 com o intuito de ampliar o entendimento dos mecanismos intrínsecos à má adesão ao tratamento. Além de identificar a presença dos fatores em ação, deseja-se compreender o contexto em que eles ocorrem, ou seja, compreender as relações existentes entre estressores psicossociais, manifestações emocionais e comportamento dos pacientes.

A metodologia qualitativa de pesquisa permite a exploração de fatores desconhecidos *a priori* e pode contemplar uma vasta gama de elementos em ação, acompanhando a complexa rede de interação entre eles. Mais do que comprovar ou procurar causas, esta metodologia se propõe a compreender o fenômeno, explorando suas características de funcionamento e de desenvolvimento. A “teoria fundamentada”, proposta por Glaser e Strauss, posteriormente desenvolvida por Strauss e Corbin (Strauss, 2008), é uma metodologia que se baseia na construção de uma teoria que explique o fenômeno estudado por intermédio da análise minuciosa dos temas apresentados pelos indivíduos implicados, incluindo nesta compreensão os vários aspectos do fenômeno: suas propriedades, dimensões, relações e contradições. Através da análise dos discursos, da comparação sistemática de temas emergentes e da interpretação, a metodologia se fundamenta nos dados para o desenvolvimento da teoria explicativa. Para observação e interpretação dos dados emergentes, utilizamos o referencial psicanalítico da psiquiatria dinâmica proposta por Glenn Gabbard que propõe a realização de um diagnóstico psiquiátrico multiaxial com compreensão da inter-relação entre eixos diagnósticos: de personalidade, psicopatológico, de patologias clínicas associadas e de estressores psicossociais (Gabbard, 1998).

## MÉTODO

### *Participantes*

O estudo foi realizado no ambulatório de pacientes com DM1 da Universidade Federal de São Paulo com indivíduos de 16 a 22 anos.

### *Procedimento*

A pesquisadora realizou inicialmente observação participante com anotações de campo. Acompanhou as consultas médicas endocrinológicas, as orientações da enfermagem e da nutrição, as conversas informais dos profissionais e as reuniões clínico-científicas. Realizou grupos de sala de espera com pacientes e familiares juntamente com a equipe de enfermagem, nos quais os participantes davam depoimentos e trocavam experiências a respeito do diabetes. Realizou atendimentos individuais em situações de necessidade clínica e, também, entrevistas com pacientes, profissionais e familiares para compreender melhor suas experiências. Durante os relatos, foi dada especial atenção às experiências emocionais. Ocasionalmente, consultas clínicas psiquiátricas foram realizadas com



pacientes com mau controle glicêmico contínuo e persistente (HbA1c acima de 10%) imediatamente após a consulta endocrinológica, exatamente no momento em que era constatada a gravidade do quadro clínico e, muitas vezes, no momento em que o paciente entrava emocionalmente em contato com esta realidade. Estas consultas foram permeadas por intensas emoções, reflexões e desabafos dos pacientes. Naquele momento, era priorizado o foco de atendimento clínico e, por este motivo, estas consultas não foram registradas em áudio nem transcritas. No entanto, os temas abordados durante as consultas foram registrados de forma escrita, imediatamente após a sua realização e utilizados como registros de campo. A análise do material observado ocorreu desde o início da entrada da pesquisadora no campo. Os temas emergentes foram sistematicamente agrupados. Temas principais e temas secundários foram selecionados e reagrupados, até que teorias foram sendo construídas a partir da compreensão, reflexão e interpretação dos dados emergentes. Entrevistas e consultas realizadas com crianças e adolescentes menores de 16 anos, com familiares e com profissionais de saúde não foram abordadas neste estudo, mas serviram como disparadores de reflexões analíticas da pesquisadora e sensibilização aos temas emergentes. Pacientes com bom controle glicêmico, definidos por HbA1c menor que 8%, foram adicionados à amostra para compreensão e investigação de casos com bom controle glicêmico e análise comparativa com os temas emergentes dos pacientes com mau controle glicêmico.

## RESULTADOS

Os temas emergentes dividiram-se entre dois grupos principais: temas relacionados com o diabetes e temas relacionados com eventos de vida e com estressores psicossociais. Os temas relacionados com o diabetes foram: sentir-se injustiçado e em desvantagem em relação aos outros; vergonha; revolta e indignação; sensação de desajuste; dificuldade de adaptação às mudanças; dificuldade com a realização das tarefas; exaustão com as tarefas; apatia; falta de esperança com o tratamento; excesso de exigência com os controles glicêmicos; frustração com os resultados com consequente perda de motivação: *“faz, faz e não resolve”*; medo da doença, de suas complicações e de morte; excesso de responsabilidade; fome excessiva e arrependimento. Os temas relacionados com eventos de vida e estressores psicossociais foram: desencanto com a vida e com as pessoas; sentimento de rejeição e de desvalia; desânimo e desmotivação decorrentes de luto, perda e separação; conflitos familiares: *“É tanta briga lá em casa que eu não tenho cabeça mais pra nada!”*; dificuldade de negociação com o cuidador; falta de suporte emocional e de apoio; mudança geográfica com concomitante mudança do cuidador; falta de compreensão e de colaboração no ambiente de trabalho; falta de condições para realização de tarefas na escola e no trabalho. Foram observadas associações entre experiências emocionais, estressores psicossociais e comportamento dos pacientes: *“Quando a gente está com uma emoção forte demais fica difícil de fazer as coisas”*, relato de uma paciente referindo-se às tarefas com o diabetes, em momento depressivo, logo após a perda da mãe. *“Eu gostava muito dele e agora não*

*ligo mais pra nada*”, relato de outra paciente deixando de realizar as tarefas de cuidado com o diabetes após separação do namorado. *“Eu fiquei preocupada com o meu pai, queria cuidar dele e me esqueci de cuidar de mim”*, uma paciente referindo-se à demanda de cuidados de um pai alcoolista, que mora só e longe de sua casa, interferindo no seu cuidado habitual com o diabetes. Outro caso observado: paciente desmotivado com o tratamento sem, a princípio, relacionar este sentimento com o fato de seu pai ter recentemente falecido por diabetes. Investigando um pouco mais sua experiência, paciente acabou expressando seu desencanto com o tratamento: *“não vai adiantar muito eu me cuidar, eu vou acabar morrendo de todo jeito...”*.

## DISCUSSÃO

Realizamos um estudo exploratório das experiências emocionais de pacientes com DM1 de um Centro de Diabetes de uma universidade que segue as normas da Sociedade Brasileira de Diabetes e realiza atendimentos clínicos em equipe multidisciplinar, mais eficientes que atendimentos endocrinológicos isolados (Mourão-Júnior, 2006). Damos ênfase à compreensão dos fatores relacionados com mau controle glicêmico contínuo e persistente. Como a pesquisadora era pouco familiarizada com a patologia, foi necessário inicialmente um trabalho de campo para que ela pudesse se ambientar com a rotina de tratamento e com as expressões verbais peculiares a esta população. Durante sua permanência no campo, foi possível observar que logo após o diagnóstico e a instalação do quadro clínico de diabetes, o indivíduo passa de forma abrupta e intensa a ter que se preocupar com uma série de tarefas diárias, rotineiras e sistemáticas relativas ao controle glicêmico: *“Eu tinha saúde, era uma garota normal. Fazia de tudo, era independente. E agora vivo num controle danado! É hora pra isto, hora pra aquilo... Se vou numa festa ou num lugar diferente, tenho que dar uma saidinha pra medir glicemia, pra aplicar insulina. É horrível! Eu não queria ter esta doença!”*. O indivíduo com diabetes sofre uma perda considerável de sua saúde e de sua rotina habitual. O impacto inicial é vivido por muitos deles como uma restrição violenta à sua liberdade individual. O jovem fica arrasado. Conclui e associa diretamente que perdeu os prazeres da vida. Alguns relatam como um sofrimento insuportável: *“Tem horas que eu quero largar tudo”*. Outros sentem como algo punitivo, agressivo, desvantajoso e injusto: *“Por que logo comigo foi acontecer isto?!”*. A olhos externos muitos aparentam não estar *“nem aí”* e não fazem nada (ou quase nada) do que lhes é recomendado para fazer. É frequente por trás da hostilidade e da agressividade aparentes, existirem sentimentos de desânimo, pessimismo, falta de esperança, desamparo e desejo de morte: *“Se é pra morrer, melhor morrer logo”*. São sentimentos que se alternam por dois extremos entre a negação e a autodestruição: *“Comigo não vai acontecer nada. E se acontecer, não estou nem aí”*. Por trás de toda esta indiferença ou rebeldia, parece haver jovens verdadeiramente assustados. Quando um indivíduo com diabetes se cuida minimamente ou não quer se cuidar de jeito nenhum, é possível que esteja deprimido. O descuido com o diabetes pode estar revelando alguma problemática outra que não se exterioriza a

*priori*. Uma mãe fez o seguinte comentário sobre seu filho: “*Ele fala que está de saco cheio de cuidar do diabetes, mas eu sei que não é só isto, meu filho está triste. Percebo nos olhos dele. Ele não se cuida. Há tempos não mede glicemia. Não usa insulina de correção e os seus exames estão muito ruins*”. Caracteriza-se como patológico, um estado depressivo que se instala de forma grave e permanente e que traz prejuízo e repercussões negativas para a vida da pessoa (Del Porto, 1999). No caso dos pacientes diabéticos, o quadro depressivo grave e patológico é um fator de alto risco para complicações da doença (Sacco, 2010). Ele implica, na maioria das vezes, em abandono do tratamento com graves consequências para a saúde. Torna-se fundamental o quadro ser prontamente identificado e tratado. Uma jovem que estava depressiva passava o dia todo deitada em sua cama. Sua mãe se cansava de chamá-la para ajudar nas tarefas de casa, mas ela não fazia nada. Andava faltando na escola, nem passear ela queria. A única coisa de que ela ainda gostava era falar com as amigas ao telefone e somente quando elas ligavam. Não tinha iniciativa para telefonar. Não vinha se cuidando com relação ao diabetes. Não se alimentava nos horários regulares e aplicava algumas doses de insulina, não todas de que precisaria. O surgimento de um estado depressivo em pessoas com diabetes é bastante freqüente (Gonzalez, 2008). Por vezes, está associado com as dificuldades e aborrecimentos relacionados com o diabetes (Gonzalez, 2011) e aos cuidados que esta exige: “*A diabetes acabou com a minha vida. Desde que eu tenho esta doença, não sou mais nada que se preste. Vivo mal-humorada, estressada, cansada. E não tenho alegria pra nada. Quem pode ser feliz assim?!*”. No entanto, é frequente que emoções relacionadas se sobreponham e se confundam. Outras causas podem estar contribuindo com sua infelicidade e o indivíduo, por já estar aborrecido e por vezes indisposto com o diabetes, acaba por atribuir exclusivamente ao diabetes, o motivo de sua tristeza. Esta jovem considerava que todos os seus problemas eram decorrentes de sua patologia física. Por vezes, de fato, se sentia indisposta e cansada e isto trazia repercussões em sua vida diária e em sua produtividade. Mas, seu julgamento, com relação a si própria, era irreal e depreciativo. Havia uma idealização de como ela deveria ser como pessoa, em suas tarefas diárias e em seu cotidiano, e qualquer limitação ou falha sua eram vistas por ela como incapacidade plena, atribuída exclusivamente às limitações do diabetes. É frequente sentimentos pouco explícitos, e aparentemente não relacionados com a questão apresentada, estarem atuando nos indivíduos e em seu comportamento, sem que ele próprio perceba claramente. O luto por morte ou separação é um fator desencadeante comum no surgimento de quadros de depressão. É também comum fatores psicossociais estarem relacionados com o surgimento do problema, tais como desentendimento com familiares e falta de suporte emocional. Aquela garota que não se levantava da cama, não fazia nada e não se cuidava, havia perdido a avó há cerca de um ano e, desde então, vinha ficando progressivamente cada dia mais triste. A avó representava muito para ela. Era, inclusive, quem mais cuidava de seu diabetes. A jovem se sentia só e desanimada e tinha perdido o sentido da vida: “*Pra que a gente vive? Para perder as pessoas?*”. Ela não queria mais viver e estava se abandonando e abandonando seu tratamento. Sua mãe não havia percebido que a

filha estava depressiva. Pensava tratar-se de comportamento normal de adolescente. A partir do momento em que a mãe percebeu a depressão da filha, passou a compreender melhor suas atitudes e a acolhê-la. A filha, sentindo-se amparada e apoiada pela mãe, começou a melhorar seu estado depressivo. O luto da avó foi sendo elaborado. A jovem percebeu a importância dos relacionamentos em sua vida e se alegrava ao observar uma proximidade maior dela com sua mãe: *“Dra., a minha mãe agora está minha amiga!”*. A partir daí, a jovem iniciou um processo de reabertura para o mundo com recuperação de vínculos afetivos. Voltou a frequentar a escola, a sair com os amigos, a ajudar a mãe nas tarefas de casa e a cuidar de seu diabetes como sua avó fazia tão bem. Lembrava-se com saudades da avó e tinha certeza que, de lá onde ela estava, estaria torcendo por ela, feliz em vê-la feliz. Pôde recuperar o significado que a avó tinha para ela internamente, apesar da perda concreta.

Alguns pacientes, desde o início do quadro clínico, logo após a instalação do diabetes, já apresentam má adesão ao tratamento e se mantêm com mau controle glicêmico por longos períodos. Fatores psicossociais e características de personalidade são preditivos de má adesão ao tratamento (Hood, 2011). Outros pacientes, logo após o diagnóstico, passam por fases iniciais críticas e de maior dificuldade de adaptação às rotinas, expressam sentimentos de revolta e de indignação, sentem desânimo e falta de motivação. No entanto, conseguem, com o passar do tempo, aderir ao tratamento, alcançar bom controle glicêmico e evoluir sem complicações clínicas. Gradualmente superam e transformam a experiência sofrida em algo possível e realizador: *“No começo eu sofri muito. Foi muito difícil pra eu me acostumar, mas hoje já estou habituada. Acho até normal ter que fazer tudo isto. Fico contente quando vejo que as minhas glicemias estão boas e eu estou bem”*. Muitos pacientes adaptam-se bem desde o início, tornam-se independentes, autônomos e responsáveis. Cuidam de seu diabetes, estabelecem suas rotinas, adaptam-se à dieta equilibrada e praticam exercícios físicos regularmente: *“Se me faz bem, eu faço sem problemas e me mantenho bem”*. Encaram o diabetes com naturalidade, incorporam as tarefas como parte de sua vida. Não apresentam constrangimento de precisar se ausentar do local onde estejam para administrar insulina. Fazem aquilo com consciência e responsabilidade. Nem gostam quando se sente compaixão por eles: *“Sou diabética, só isto. Não sou coitadinha. Detesto quando ficam com pena de mim”*.

A manutenção da glicemia em níveis altos, em valores superiores a 10% de hemoglobina glicada, chegando muitas vezes a patamares alarmantes de até 14%, com risco iminente de complicação aguda grave e de complicações tardias da doença, é um problema de saúde pública, responsabilidade e desafio para a equipe de tratamento. Para que se possa contribuir com o melhor desfecho clínico de pacientes com DM1, é necessário que a equipe de saúde identifique as atitudes apresentadas pelos pacientes, compreenda os elementos subjacentes ao seu comportamento e encontre maneiras eficazes para sua abordagem. A ação terapêutica precisará contemplar a complexa manifestação de múltiplos fatores em ação como também a imensa variabilidade de apresentações dos casos clínicos. Não será

suficiente orientar condutas aos pacientes sem que sejam considerados e manejados estes elementos coadjuvantes que interferem na adesão ao tratamento.

## REFERÊNCIAS

- American Diabetes Association (2011). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 34(1)1, s11-s61.
- DCCT, Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*, 329, 977-986.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 1-11.
- DeVries, J. S. (2004). Persistent poor glycaemic control in adult type 1 diabetes: a closer look at the problem. *Diabetic Medicine*, 21, 1263-1268.
- Gabbard, G.O. (1998). *Psiquiatria Psicodinâmica*. Porto Alegre. Artmed.
- Gonzalez, J. F. (2011). Depression in diabetes: have we been missing something important? *Diabetes Care*, 34(1), 236-239.
- Gonzalez, J. P. (2008). Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 31, 2398-2403.
- Haynes, R. A. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, & Yao X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence (review). *The Cochrane Library*, 16(2):CD000011.
- Hood, K. R. (2011). Depressive symptoms predict change in glycemic control in adolescents with type 1 diabetes: rates, magnitude and moderators of change. *Pediatric Diabetes*, 12, 718-723.
- Kakleas, K. K. (2009). Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolism*, 339-350.
- Mourão-Júnior, C., de Sá, J.R., Guedes, O.M., & Dib, S.A. (2006). Glycemic control in adult type 1 diabetes patients from a Brazilian country city: comparison between a multidisciplinary and a routine endocrinological approach. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 50 (5) 944-950.
- Sacco, W. (2010). Depression and hemoglobin A1c in type 1 and type 2 diabetes: the role of self-efficacy. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 90(2), 141-146.

Shaban, C. F. (2009). The relationship between generic and diabetes specific psychological factors and glycaemic control in adults with type 1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 85(3), e26-e29.

Silverstein, J. K. (2005). Care of children and adolescents with type 1 diabetes: a statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 28(1), 186-212.

Strauss, A. (2008). *Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre. Artmed.