

ESCALA DA GESTÃO DO AFECTO E DAS DIFERENÇAS.  
ESTUDO PRELIMINAR DA ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA  
“MANAGING AFFECT AND DIFFERENCES SCALE” (MADS)

*José de Abreu Afonso (jaa@ispa.pt) / Isabel Leal*

Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde,  
ISPA – Instituto Universitário

Neste trabalho apresentamos a adaptação e a validação para a população portuguesa da Managing Affect and Differences Scale (MADS), de Arellano e Markman (1995), aqui designada por Escala de Gestão do Afecto e das Diferenças (EGAD).

Na tentativa de clarificar os factores relacionados com o sofrimento conjugal, destacou-se o tema da comunicação que demonstrou ser útil na compreensão do insucesso das relações amorosas.

Como nos mostram Arellano e Markman (1995), a investigação tem revelado que casais felizes e casais infelizes têm diferentes estilos de comunicação, em particular no que se refere à forma de lidar com os conflitos. Enquanto os primeiros usam comportamentos mais facilitadores, como parafrasear, pedir clarificação ou elaboração, procurar e dar informação, os segundos mostram mais negatividade e escalam o conflito durante as discussões. De facto, uma das grandes fontes de sofrimento conjugal reside na incapacidade de gerir afecto negativo, especialmente na discussão de problemas. Aliás, o objectivo das terapias conjugais é, muitas vezes, a construção destas competências: a comunicação construtiva e a gestão de conflitos.

O instrumento que aqui apresentamos procura medir formas específicas de comunicação e de gestão de conflito, intimamente ligadas com a satisfação conjugal, tendo um interesse simultaneamente de investigação e clínico. Apesar da construção dessas aptidões ser um objectivo frequente nas intervenções terapêuticas, poucas medidas existiam para monitorizar regularmente os seus progressos, e ligar simultaneamente esses melhoramentos com o aumento da satisfação conjugal. Ora, é justamente este o objectivo da MADS: medir competências de gestão da comunicação e do conflito, intimamente ligadas com a satisfação dos casais.

Havendo muitos inventários de auto-resposta para avaliar a comunicação e as aptidões do casal na gestão de conflitos, eles centram-se na comunicação global e não em competências singulares, reduzindo a possibilidade de servirem para guiar intervenções terapêuticas. A MADS, pelo contrário, evidencia comunicação e competências específicas. Por outro lado, focando-

-se em capacidades concretas na gestão de conflitos, diferencia-as em capacidades verbais de gestão de conflito positivas, e, negativas. A MADS procura fornecer informação suplementar á da observação, oferecendo meios para medir as aptidões cognitivamente mediadas e as percepções dos participantes acerca das suas próprias competências de comunicação e gestão dos conflitos. Baseados nas várias concepções de comunicação positiva e negativa (Birchler et al., 1975; Gottman, 1979; Gottman et al., 1977; Markman & Kraft, 1989; Markman & Notarius, 1987; Schapp, 1984), Arellano e Markman (1995), desenvolveram uma série de sub-escalas que medem estratégias construtivas e destrutivas específicas, na expectativa clarificar os mecanismos envolvidos no sofrimento conjugal.

A adaptação e validação da MADS, põe à disposição dos terapeutas conjugais portugueses uma ferramenta que orienta e monitoriza a eficácia das intervenções viradas para o desenvolvimento de competências, que anteriormente evidenciou serem precárias. A sua especificidade, por outro lado, ajudará a orientar intervenções muito particulares.

Este nosso trabalho de validação porá ainda à disposição dos investigadores da família e do casal um instrumento validado que poderá ser de grande utilidade. Na verdade, para ultrapassar as limitações das medidas de auto-resposta, os métodos de observação são muitas vezes escolhidos pelos investigadores. No entanto, também estes métodos apresentam desvantagens, sobretudo quando a intenção e o impacto da comunicação são ambos processos cognitivamente mediados impossíveis de observar, e podem ser aspectos importantes da observação. Aqui, a MADS será uma medida suplementar que acede aos processos cognitivos envolvidos na comunicação e na gestão dos conflitos.

## MÉTODO

### *Participantes*

A Amostra usada para esta validação é constituída por 448 sujeitos, 224 casais heterossexuais, 156 casados e 68 a viverem em união de facto. As idades variam entre os 19 e os 76 para os homens e os 20 e os 73 anos com respectivamente  $M=44,24$  e  $41,26$  e  $DP=11,89$  e  $11,57$ .

A prevalência de habilitações literárias vai para o ensino secundário complementar para 27, 2% das mulheres e 26,8% dos homens e a licen-

ciatura para 32,6% das mulheres e Os casais que estão casados encontram-se juntos há mais tempo do que os casais que vivem em união de facto: os casados estão juntos em média há 20 anos, enquanto os que vivem em união de facto acham-se juntos em média há 7 anos, sendo a dispersão em torno da média deste ultimo grupo bastante elevada. Relativamente à existência de filhos também se verifica diferenças entre os dois grupos. Enquanto a maioria dos casados têm filhos (87%), essa percentagem é de apenas 34% nos casais em união de facto. Quanto ao número de filhos é mais elevado no grupo dos casados (média de 2 filhos, sendo a dispersão bastante elevada, dado haver 4 casais com mais de 3 filhos), enquanto no grupo que vive em união de facto a média é de um filho (a esmagadora maioria tem 1 filho, havendo apenas 4 casais que têm mais do que 1 filho).

### *Material*

A escala MADS é composta por 109 itens que se organizam em 12 sub-escalas: “Leveling”, “Emotional Expressivity”, “Validation”, “Love and Affection”, “Editing”, “Negative Escalation”, “Negativity”, “Feedback”, “Stop Actions”, “Focusing”, “Withdrawal” e “Comunication Over Time”, sendo a escala de resposta num intervalo de 1 (Discordo Francamente) a 5 (Concordo Francamente).

Na construção e refinação da escala os autores (Arellano e Markman, 1995) efectuaram dois estudos, um com uma amostra de casais heterossexuais e outro com casais homossexuais. No primeiro estudo encontram, ao nível das sub-escalas Alphas a variar entre 0,64 e 0,90, no segundo estudo incluíram mais 6 itens correspondentes à sub-escala “Withdrawal”, tendo encontrado nas diferentes dimensões Alphas entre 0,67 e 0,92.

### *Procedimentos*

No sentido de se validar a escala MADS para a população portuguesa, depois da fase da tradução/retroversão/tradução, passou-se a escala a 448 sujeitos, 224 casais.

A validade de construto foi estudada recorrendo-se a Análises factoriais. Foi utilizado o método “medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin” proposta por Kaiser (1970) e Kaiser e Rice (1974) no sentido de averiguar se os nossos dados eram viáveis em termos de utilização de uma análise factorial.

## RESULTADOS

Apesar de não existir um teste rigoroso para os valores de KMO, de uma maneira geral podem ser classificados da seguinte forma (Pestana e Gajreiro 2000):  $\leq 0,50$  – Inaceitável,] 0,50-0,60] – Mau mas ainda assim aceitável,] 0,60-0,70] – Medíocre,] 0,70-0,80] – Média,] 0,80-0,90] – Boa,] 0,90-1,00] – Excelente. O KMO obtido foi de 0,889, o que permitiu o recurso a análise factorial confirmatória de componentes principais com rotação oblíqua. A análise factorial não confirmou uma estrutura factorial com 12 factores visto ter-se obtido nos últimos factores muito poucos itens (1 a 2 itens). Efectuaram-se assim análises factoriais exploratórias que conduziram à opção por 9 factores, dado ser a análise que tinha uma variância explicada total aceitável (50,21%) e um número de itens não muito baixo nos últimos factores.

Na escolha dos itens para cada factor seguiu-se os seguintes critérios: 1º – Coeficiente de saturação (“Factor Loading”) superior a 0,40 num factor; 2º – A diferença entre os coeficientes de saturação dos dois factores ter um valor igual ou superior a 0,10.

Além das Análises factoriais efectuaram-se também correlações dos itens com o total do factor a que pertencem, averiguando se as correlações eram superiores a 0,30. Verificou-se assim que:

O Factor 1 explica 24,45% da variância, é composto por 25 itens com factores loadings a oscilar entre 0,46 e 0,74 e coeficientes de correlação com o total do factor a oscilar entre 0,56 e 0,71. O item 96 tem um factor loading negativo (-0,55), bem como o coeficiente de correlação (-0,48) pelo que antes de se efectuar o cálculo do somatório deste factor este item deverá ser invertido. Observando o conteúdo temático dos itens podemos constatar que avaliam a *Expressividade Emocional/ Comunicação Positiva*. A Expressividade emocional envolve o amor, a afeição, e o grau de conforto com a expressão de emoções. Inclui manifestar valor, elogiar ou confortar o parceiro, escuta-lo e dizer as coisas, boas ou más, construtivamente.

O Factor 2 é composto por 19 itens, explicando 6,08% da variância. Os factores loadings dos itens oscilam entre 0,40 e 0,77, (havendo um factor loading negativo -0,42) e os coeficientes de correlação com o total do factor entre 0,30 e 0,74 (havendo uma correlação negativa -0,48). No cálculo do somatório desta dimensão o item 56 deverá ser invertido. O mote destes itens é *Negatividade/Escalada Negativa*. A negatividade é a expressão de atitudes e sentimentos negativos. A escalada negativa envolve um padrão de mensagem negativa seguida sucessivamente de outras.

O Factor 3 é composto por 13 itens, explicando 4,39% da variância. Os factores loadings dos itens oscilam entre 0,53 e 0,68, havendo três itens com factor loadings negativos (-0,43, -0,49, -0,55). Os coeficientes de correlação com o total do factor variam entre 0,30 e 0,74 (as correlações positivas). Nos itens 92, 94 e 97 com factores loadings negativos, apesar destes valores serem superiores a -0,40 constata-se que a correlação com o total do factor é baixa (-0,11, -0,12 e 0,01), pelo que se propõe a sua eliminação. O tema comum a estes itens é *Clarificação*.

O Factor 4 explica 3,78% da variância, é composto por 8 itens com factores loadings a oscilar entre 0,46 e 0,67 e coeficientes de correlação com o total do factor a oscilar entre 0,49 e 0,68. Observando o conteúdo temático dos itens podemos constar que avaliam a *Disponibilidade e Expressão Afectiva*. Envolve o amor e a afeição que se expressa relativamente ao parceiro, a disponibilidade para o escutar, transmitir-lhe e partilhar com ele essas emoções.

O Factor 5 explica 3,07% da variância, é composto por 5 itens com factores loadings a oscilar entre 0,52 e 0,78 e coeficientes de correlação com o total do factor a oscilar entre 0,32 e 0,68. Observando as questões podemos constar que avalia condutas como *Focar/Parar*. Isto envolve comportamentos como discutir um tema de cada vez ou parar o conflito em escalada, concordando em adiar a discussão para um momento mais oportuno.

O Factor 6 explica 2,57% da variância, é composto por 3 itens com factores loadings a oscilar entre 0,40 e 0,53 e coeficientes de correlação com o total do factor a oscilar entre 0,37 e 0,44. O tema comum a estes itens é *Seleccionar/Validar*: Seleccionar/Validar é controlar a reacção à mensagem do outro, escuta-lo atentamente, expressar valor na perspectiva ou no ponto de vista do parceiro. Alguns comportamentos de validação são, por exemplo, ouvir toda a mensagem antes de responder, dizer as coisas de maneira positiva ao invés de queixar-se, resmungar, insultar. Seleccionar ou excluir respostas de defesa dos seus próprios desejos ou necessidades, enquanto o companheiro expressa os seus.

O Factor 7 explica 2,16% da variância, é composto por 3 itens com factores loadings a oscilar entre 0,55 e 0,65 e coeficientes de correlação com o total do factor a oscilar entre 0,53 e 0,56. O assunto comum a estes itens é a *Retirada*. A retirada envolve afastamento físico e emocional das discussões.

O Factor 8 explica 1,90% da variância, é composto por 3 itens com factores loadings a oscilar entre 0,48 e 0,60 e coeficientes de correlação com o total do factor a oscilar entre 0,44 e 0,54. Em comum estes itens têm

o tema do *Feedback*. Feedback é parafrasear ou pedir clarificação sobre uma mensagem do parceiro para ter a certeza de estar a interpreta-la correctamente.

O Factor 9 explica 1,81% da variância, é composto por 3 itens com factores loadings a oscilar entre 0,68 e 0,76 e coeficientes de correlação com o total do factor a oscilar entre 0,48 e 0,70. O tema comum a estes itens é a *Comunicação Através do Tempo*. Refere-se aos progressos na comunicação ao longo do tempo.

### *Eliminação de Itens*

Propõe-se a eliminação de 29 itens. Os itens 2, 6, 21, 22, 34, 36, 38, 39, 40, 42, 44, 46, 47, 49, 52, 53, 54, 62, 68, 72, 73, 88, 91, 104, 106, 108 foram eliminados dado terem factores loadings inferiores a 0,40, ou saturarem acima de 0,40 em mais do que um factor (sendo a diferença entre essas saturações inferior a 0,10). Os itens 92, 94 e 97 foram eliminados pelo facto de terem coeficientes de correlação com o total do factor inferiores a 0,30 Além disso quando se calcula o Alpha de Cronbach para este factor incluindo esses itens o valor é de 0,59. Excluindo-os o valor sobe para 0,86.

A estrutura proposta tem 80 itens que se dividem em 9 factores com Alphas a oscilar entre 0,60 e 0,93, sendo o alpha total da escala de 0,87.

### Quadro 1

#### *Estrutura factorial proposta e Alphas de Cronbach dos factores de Abreu Afonso e Leal*

	Itens	Alpha de Cronbach
Factor 1	25 Itens: 4, 10, 30, 57, 58, 65, 66, 67, 70, 71, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 85, 86, 87, 90, 93, 96, 96*, 98	0,93
Factor 2	19 Itens: 11, 15, 19, 33, 43, 50, 51, 55, 56*, 69, 74, 83, 84, 99, 102, 103, 105, 107, 109	0,90
Factor 3	10 Itens: 1, 7, 13, 23, 24, 31, 41, 61, 64, 77	0,86
Factor 4	8 Itens: 3, 5, 8, 9, 14, 25, 59, 89	0,86
Factor 5	5 Itens: 27, 35, 48, 60, 100	0,78
Factor 6	3 Itens: 26, 29, 32	0,60
Factor 7	3 Itens: 17, 28, 101	0,72
Factor 8	3 Itens: 18, 20, 37	0,68
Factor 9	4 Itens: 12, 16, 45, 63	0,80

*Nota.* \*Itens a inverter antes de se proceder ao calculo do somatório dos factores. Cotação: Os itens devem ser cotados da seguinte forma: 1 – Discordo francamente; 2 – Discordo; 3 – Nem concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo francamente. Os itens negativos (item 56 e 96) devem ser invertidos: 5 – Discordo francamente; 4 – Discordo; 3 – Nem concordo nem discordo; 2 – Concordo; 1 – Concordo francamente.

REFERÊNCIAS

- Arellano, C.M., & Markman, H.J. (1995). The Managing Affect and Differences Scale (MADS): A self-report measure assessing conflict management in couples. *Journal of Family Psychology*, 9(3), 319-334.
- Kaiser, H.F. (1970). A second generations little Jiffy. *Psychometrika*, 35, 401-415.
- Kaiser, H.F., & Rice, J. (1974). A little Jiffy Mark IV. *Educational and Psychological Measurement*, 34, 111-117.
- Pestana, M.H., & Gajairo, J.N. (2000). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO.  
ESTUDO PRELIMINAR DA ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO  
DA RELATIONSHIP RATING FORM (RRF)  
PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

*José de Abreu Afonso & Isabel Leal*

Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde,  
ISPA – Instituto Universitário

O interesse pelas relações próximas arrastou o aumento da investigação sobre o amor romântico em meados dos anos oitenta. Desenvolveram-se as teorizações e surgiram vários instrumentos de medida. Neste trabalho apresentamos a adaptação e validação para a população portuguesa de “The Relationship Rating Form (RRF): A Measure of the Characteristics of Romantic Relationships and Friendships”, que aqui denominamos Formulário de Avaliação da Relação (FAV). O RRF foi criada nesta época para medir a amizade, as relações românticas e o amor.

O amor é vulgarmente visto como o mais profundo e significativo dos sentimentos, ocupando uma posição proeminente nas produções artísticas humanas desde sempre. A maioria das pessoas experimentou-o, mesmo que ocasionalmente. Na actual cultura ocidental a sua associação com a ideia de casamento faz a ligação entre o indivíduo e a estrutura mais básica da sociedade (Rubin, 1970).

Se considerarmos que o amor pode ser conceptualizado e medido independentemente, numa perspectiva de validação de construto teremos de defini-lo, assim como chegar às suas relações com outras variáveis. Uma assumpção inicial para cumprir esta tarefa é assumi-lo como uma atitude levada a cabo por uma pessoa relativamente a alguém particular. Isto implica uma perspectiva mais vasta que aquela que vê o amor como uma emoção, uma necessidade ou um conjunto de comportamentos. A ligação a um objecto particular sugere que podem existir importantes elementos comuns entre as diversas variedades de amor, por exemplo o filial, o marital, o fraternal ou o amor por Deus.

Como nos recordam Bergner, Davis, Saturnus, Walley, e Tyson (in press), para articular um conceito, a tradição na psicologia, desde o trabalho de Rosch (Mervis & Rosch, 1982; Rosch, 1973), têm-se seguido duas vias: a mais antiga, dar uma definição, é a *essencialista*. Coloca as condições universais necessárias e suficientes para o uso correcto do termo. A segunda, observada na maioria dos conceitos do mundo real, não pode ser formalmente definida porque não há um único aspecto que todas as

instâncias desses conceitos tenham em comum (Mervis & Rosch, 1981; Rosch, 1973; Wittgenstein, 1953). Faltam-lhe as condições universais necessárias e suficientes para uma definição formal mas, em contrapartida, há parencas familiares que tornam possível a estruturação de um *protótipo*, semelhanças estas que justificam o uso do termo numa determinada ocasião.

A posição recente da literatura sobre relações próximas é que o amor é um *conceito prototípico* na sua natureza. Isto para o amor em geral e para os seus diferentes subtipos, tais como o amor romântico, o amor companheiro, o amor compassivo. Aron e colaboradores (2006) articulam bem esta posição quando dizem que as controvérsias à volta do significado do amor, e a correspondente diversidade na literatura científica de definições conceptuais e operacionais, é devida á possibilidade de as pessoas vulgares reconhecerem instancias do amor (não conformes com algumas definições formais) pela semelhança familiar com um exemplar prototípico (Bergner, et al., in press).

Hendrick e Hendrick (1989) examinaram cinco abordagens na medição do amor. Apesar das diferenças evidenciadas no seu estudo este sugere muitos pontos em comum entre as diversas perspectivas. Assim consideram: (a) Helen Hatfield, que conduziu investigação sobre a atracção interpessoal, propondo dois tipos de amor: o apaixonado e o companheiro. Focou-se mais tarde no amor apaixonado usando a “Passionate Love Scale” (Hatfield & Sprecher, 1986), procurando a sua ocorrência ao longo da vida, em diferentes culturas e nos dois géneros (Hatfield & Rapson, 1987). Para ela o amor apaixonado é composto de aspectos cognitivos, afectivos e comportamentais marcados por afecto negativo e positivo; (b) Shaver e Hazan, (1987) baseados no trabalho de Bowlby (1969, 1973, 1980) bem como em Ainsworth, Blehar, Waters, e Wall (1978), adaptando o conceito de vinculação infantil ao amor adulto, nos estilos evitante, ansioso-ambivalente e seguro; (c) Sternberg (1986, 1987) com a sua teoria triangular, sugerindo que todos os tipos de amor podem ser compreendidos como construções de três conceitos: intimidade, paixão e compromisso. As diferentes combinações possíveis dão origem a oito classes de amor. Assume uma explicação para os vários fenómenos empíricos do amor e das relações próximas bem como uma moldura integrativa das outras teorias do amar e gostar; (d) Hendrick e Hendrick (1986, 1987, 1988) baseiam a sua posição na teoria do sociólogo John Lee (1973) que propôs uma tipologia dos estilos do amor descrita na literatura popular e nas entrevistas de investigação. Assinala três estilos primários, três secundários e outros

terciários; (e) Davis e os seus colaboradores (1982, 1985), compararam e contrastaram o amor e a amizade usando uma escala primeiramente desenvolvida por Kelling (1979). É justamente no trabalho no deste autor que centramos a nossa atenção.

A noção de amor aqui usada deriva de um corpo empírico e conceptual radicado nas concepções originais de Osório (1997), no âmbito da Psicologia Descritiva. Esta concepção foi validada por Davis (1982, 1985) como enraizada no conjunto de distinções prototípicas que a maioria das pessoas faz quando distingue relações românticas de outro tipo de relações, ou da amizade (Beste, Bergner, & Nauta, 2003).

Davis e Todd (1985) esclarecem: ao mesmo tempo que os cognitivistas desenvolviam a ideia de protótipos, a Psicologia Descritiva (Davis, 1981; Osório, 1966, 1981) desenvolvia a concepção de *caso paradigmático*, para representar um fenómeno comportamental central na vida do dia a dia, mas resistente a uma representação formal.

O procedimento de caso paradigmático é um método para determinar e distinguir casos genuínos daqueles que desejamos excluir. Há dois passos fundamentais: o primeiro tem duas partes – pegar num caso verdadeiro do fenómeno e identificar aquelas características que são pertinentes para a sua categorização como caso; o segundo passo consiste na generalização da lista de características – uma série de transformações é levada a cabo tal como apagar uma dada característica do rol. Com efeito, uma transformação é qualquer mudança na lista de que produza outros casos do fenómeno. A transformação pode prosseguir até se tenham gerado todos os casos de interesse, e apenas esses casos. É necessário sublinhar que a lista não é a das condições necessárias e suficientes para aplicação do termo ou conceito em causa, por exemplo o amor. Isso seria demasiado idealista e restritivo. O caso paradigmático arquetípico é um caso sem constrangimentos por limitações pessoais ou por factos. Quando estes constrangimentos se fazem sentir o amor encontrado na vida real poderá diferenciar-se do caso ideal, não só em grau mas até ao ponto de não ter uma ou mais características do rol do arquetipo.

A transformação é então a mudança de uma ou mais características do paradigma que resulta num caso que ainda serve de exemplo, algumas vezes como caso limite. A mais simples transformação é a eliminação de uma característica mas o caso mais útil é uma redução significativa no seu grau ou valor. Outra transformação possível é a especificação de um dado domínio do caso (Davis & Todd, 1985).

A partir deste corpo teórico, que sustenta a construção do nosso instrumento, um *caso paradigmático* ou *ideal* foi desenvolvido, incorporando todos os aspectos relevantes que um caso real de amor deve ter. Usar um protótipo pode ser útil porque nos oferece um padrão a partir do qual podemos observar os amantes e as relações de amor reais. Ainda que raramente vejamos o preenchimento de todas as condições numa relação concreta, a sua existência permite-nos perceber o que está faltando num dado relacionamento (Beste, Bergner, & Nauta, 2003).

Uma palavra ainda para justificar o interesse da tradução, adaptação e validação para a população portuguesa da RRF. Como assinalam Beste et al. (2003) a formulação de amor usada neste questionário poder ser útil aos terapeutas familiares como um modelo diagnóstico para avaliação de relacionamentos, permitindo por exemplo evidenciar áreas de fraqueza e determinar áreas de força em relações, ou mostrar em que zona um indivíduo pode ter limitações na sua capacidade de amar.

Será também mais um instrumento posto à disposição dos investigadores portugueses que se dedicam ao estudo das relações próximas e das relações amorosas.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram 444 sujeitos, 222 casais heterossexuais, 157 casados e 65 a viverem em união de facto.

As mulheres são ligeiramente mais novas do que os homens (em média cerca de 3 anos), com idades entre os 20 e os 80 anos, sendo a média (arredondada) de 42. Nos homens a idade oscila entre os 19 e os 82 anos sendo a média de 45. Relativamente às habilitações literárias predomina o ensino secundário e a licenciatura em ambos os sexos.

O tempo de união dos casais que estão casados é superior ao dos casais que vivem em união de facto: os casados estão juntos em média há 21 anos, enquanto os que vivem em união de facto coabitam em média há 7 anos. A dispersão em torno da média deste último grupo é bastante elevada. Relativamente à existência de filhos também se verificam diferenças entre os dois grupos: a maioria dos casados tem filhos (88,5%), sendo essa percentagem de apenas 35,4% nos casais que vivem em união de facto.

O número de filhos é mais elevado no grupo dos casados (média de 2 filhos, sendo a dispersão bastante elevada, dado haver 4 casais com mais de 3 filhos). Já no grupo que vive em união de facto a média é de um filho (a grande maioria tem 1 filho, havendo apenas 4 casais que têm mais do que 1 filho: 3 casais com 2 filhos e 1 casal com 3 filhos).

### *Material*

A escala RRF é composta por 65 itens organizados em 7 escalas, 6 das quais, constituídas por sub-escalas (ver Quadro 1).

As características das relações românticas medidas pelo instrumento correspondem a cada uma das escalas globais que são: (1) “Viability”, (2) “Intimacy”, (3) “Passion”, (4) “Care”, (5) “Global satisfaction”, (6) “Conflict/ambivalence” (7) “Commitment”. As sub-escalas, por sua vez, medem 20 facetas das relações. Assim, a Escala Global “Viability” abrange três aspectos distintos: “Acceptance/tolerance”, “Respect” e “Trust”, a Escala Global “Intimacy” organiza-se nas dimensões “Confiding” e “Understanding”, a Escala Global “Passion” inclui “Fascination”, “Exclusiveness” e “Sexual intimacy”, a Escala Global “Care” engloba “Giving the utmost”, “Championing” e “Assistance”, a Escala “Global satisfaction” abarca “Success”, “Enjoyment”, “Reciprocity” e “Esteem”, a Escala Global “Conflict/ambivalence” mede precisamente os dois aspectos contidos no seu nome. A Escala Global “Commitment” é a única que não tem sub-escalas. Há ainda 10 itens que não se integram nestas sete Escalas Globais: “Maintenance” (3 itens), “Coercion” (2 itens) e “Equality” (1 item).

A resposta é dada em 9 pontos: 1 – Nada, 2 – Muito pouco, 3 – Pouco/raramente, 4 – Levemente/Não frequentemente, 5 – Razoavelmente, 6 – Bastante, 7 – Muito, 8 – MUITÍSSIMO/quase sempre, 9 – Completamente/extremamente.

Os autores estudaram ao nível da fidelidade, a consistência interna da escala utilizando para isso o Alpha de Cronbach Estudaram também a estabilidade temporal usando o método teste/reteste. Os Alphas das escalas globais variam entre 0,73 e 0,90 e os coeficientes de correlação do teste reteste entre 0,68 e 0,82. Os alphas das sub-escalas são quase todos superiores a 0,60 e os que não são aproximam-se desse valor.

Diversos aspectos da validade foram explorados. Davis (1996) cita vários estudos: a validade de conteúdo foi explorada usando amostras de estudantes que ajuizavam o grau em que os itens cabiam nas definições conceptuais pretendidas. Grupos de pessoas avaliaram também o grau em que as relações com os seus amigos, amantes, esposos, ou parceiros

tinham as características referidas no RRF (Davis & Todd, 1982, 1985). Expectativas das diferenças entre amigos e amantes em aspectos como o grau de intimidade, o grau de fascínio, os sentimentos de exclusividade, e o desejo de intimidade sexual foram suportadas pela investigação. Estudos adicionais trataram da traição da amizade e das suas consequências para o relacionamento. O uso das características do relacionamento como medida do suporte social percebido foi explorado por Brown (1983). Diferentes estudos (Davis, Kirkpatrick, Levy, & O’Hearn, 1994; Davis, Todd, & Denny, 1988) mostram ainda que as escalas globais prevêm a estabilidade longitudinal da satisfação e do relacionamento.

## RESULTADOS

No sentido de se validar a escala RRF para a população portuguesa, depois do processo de tradução/reversão/tradução, passou-se a escala aos 222 casais (444 sujeitos) da amostra descrita.

A validade de construto foi estudada recorrendo-se a Análises factoriais. Foi utilizado o método “medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin” proposta por Kaiser (1970) e Kaiser e Rice (1974) para verificar se era viável usar uma análise factorial nos nossos dados. Ainda que não exista um teste rigoroso para os valores de KMO, genericamente podem ser classificados da seguinte forma (Pestana & Gajreiro 2000):  $\leq 0,50$  – Inaceitável,] 0,50-0,60] – Mau mas ainda assim aceitável,] 0,60-0,70] – Mediocre,] 0,70-0,80] – Média,] 0,80-0,90] – Boa,] 0,90-1,00] – Excelente. O KMO obtido foi de 0,96, o que permitiu o recurso a análise em componentes principais com rotação oblíqua.

A análise factorial não confirmou uma estrutura factorial com 7 factores coincidente com a encontrada pelo autor. A variância explicada pelo total dos factores é de 64,69% e o estudo da consistência interna feita aos factores encontrados revelou Alphas elevados (acima de 0,80) e aceitáveis (entre 0,63 e 0,77).

Na escolha dos itens para cada factor seguiu-se os seguintes critérios: 1º – Coeficiente de saturação (“Factor Loading”) superior a 0,50 num factor; 2º – A diferença entre os coeficientes de saturação dos dois factores ter um valor igual ou superior a 0,10.

Além das Análises factoriais efectuaram-se também correlações dos itens com o total do factor a que pertencem, averiguando se as correlações eram superiores a 0,40.

Os itens que se propõe eliminar não saturam em nenhum factor acima de 0,50 ou saturam em mais do que um factor acima de 0,50 tendo uma diferença de factor loading inferior a 0,10.

Quadro 1

*Variância explicada e Alpha de Cronbach dos factores*

Factores	Itens	Variância Explicada	Alpha de Cronbach
Factor 1	1, 7, 8, 13, 22, 29, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 51, 52, 59, 60, 61	47,64%	0,95
Factor 2	4, 6, 11, 12, 15, 16, 18, 54, 55, 58	5,69%	0,90
Factor 3	32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39	2,71%	0,93
Factor 4	9, 14, 25, 47, 49, 62, 64, 65	2,51%	0,87
Factor 5	2, 21, 23	2,17%	0,63
Factor 6	17, 19, 20	1,99%	0,77
Factor 7	66, 67	1,98%	0,85
Total		64,69%	0,93
Itens eliminados	3, 5, 10, 24, 26, 27, 28, 30, 31, 45, 48, 50, 53, 56, 57, 63, 68		

Usámos os factores distinguidos pela análise ortogonal, retendo a solução para sete factores, pedindo-se depois a alunos universitários e a pessoas comuns que indicassem quais os conceitos relevantes por trás dos itens, solicitando uma pequena narrativa. Usamos também este procedimento com psicoterapeutas.

Não quisemos deixar os resultados finais baseados apenas na análise factorial. Decidimos, no factor 1 agrupar os itens em sub-escalas, procedendo do mesmo modo para os factores 2, 3 e 4. Os critérios que presidiram ao agrupamento dos itens em sub-escalas foram conceptuais e clinicamente relevantes, de acordo com a nossa experiência e a de colegas psicoterapeutas. Além disto, muitas correspondiam, *grosso modo*, a sub-escalas já existentes na RRF original.

O interesse para a investigação deste instrumento guia-nos no refinamento do instrumento que continuamos a trabalhar.

## REFERÊNCIAS

- Beste, S., Bergner, R., & Nauta, M. (2003). What keeps love alive? An empirical investigation. *Family Therapy*, 30, 125-141.
- Davis, K.E., & Todd, M.J. (1985). Assessing friendship: Prototypes, paradigm cases and relationship description. In S. Duck & D. Perlman (Eds.), *Understanding Personal Relationships*. London: Sage publications.

- Hendrick, C., Hendrick, S.S. (1989) Research on Love: Does It Measure Up? *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(5), 784-794
- Kaiser, H.F. (1970). A second generations little Jiffy. *Psychometrika*, 35, 401-415.
- Kaiser, H.F., & Rice, J. (1974). A little Jiffy Mark IV. *Educational and Psychological Measurement*, 34, 111-117
- Pestana, M.H., & Gajairo, J.N. (2000). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

## BULLYING Y GÉNERO

*José María Ávilés Martínez*<sup>1</sup> ([aviles@uva.es](mailto:aviles@uva.es)) /  
*Maria Natividad Alonso Elvira*<sup>2</sup> / *Suely Mascarenhas*<sup>3</sup> /  
*Ana Tomás de Almeida*<sup>4</sup> / *Denise Machado Duran Gutierrez*<sup>3</sup> /  
*Iolete Ribeiro da Silva*<sup>3</sup> / *Rosenir de Souza Lira*<sup>3</sup> /  
*António Roazzi*<sup>5</sup> / *Maria Jesús Irurtia*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Valladolid (España), <sup>2</sup>CEIP Francisco Pino, Valladolid (España), <sup>3</sup>Universidad Federal do Amazonas (Brasil), <sup>4</sup>Universidad do Minho (Portugal), <sup>5</sup>Universidad Federal de Pernambuco (Brasil)

Hablamos de bullying en el ámbito de la competencia social porque consideramos que es una manera inadecuada de establecer interacción con los iguales. Conviene comenzar delimitando lo que queremos decir cuando hablamos de “bullying”. Literalmente, del inglés, “bully” significa matón o bravucón; en este sentido, se trataría de conductas que tienen que ver con la intimidación, la tiranización, el aislamiento, la amenaza, los insultos, sobre una víctima o víctimas señaladas que ocupan ese papel.

Han sido muchas las investigaciones que han estudiado la cuestión del género y el maltrato y la intimidación entre iguales (bullying). La mayor parte de ellas, entre los países de nuestro entorno han identificado el sexo del intimidador como el del varón (Byrne, 1994; Convivir es Vivir, 1999; Defensor del Pueblo, 1999; Fonzi *et al.*, 1999; Ortega, 1990, 1992, 1998; Ziegler y otros, 1991) y el de la víctima también como varón (Byrne, 1994; Defensor del Pueblo, 1999; Hoover, Oliver & Hazler 1992; Olweus, 1983;). Sin embargo, en nuestra investigación conviene puntualizar determinadas cuestiones respecto al género y a determinados aspectos del bullying que nos ha interesado investigar y los resultados que hemos encontrado a partir de la muestra utilizada.

## MÉTODO

### *Participantes*

Los sujetos que componen la muestra son 718 alumnos y alumnas de enseñanza secundaria obligatoria de centros educativos públicos que han participado en la investigación después de haber recibido formación sobre el fenómeno del bullying a través de la puesta en práctica de diversos

programas de convivencia escolar en sus respectivos centros. La distribución por sexos puede observarse en la Tabla nº 1

Tabla 1  
*Distribución por lugar y sexo*

	Chicos	Chicas	Total
1 ESO	82	68	150
2 ESO	93	81	174
3 ESO	117	78	195
4 ESO	94	105	199
Total	386	332	718

### *Material*

El instrumento que hemos empleado para la medición ha sido un autoinforme que aborda diferentes aspectos del bullying (Avilés, 1999) con el que hemos venido trabajando estos últimos años.

### *Análisis Estadístico*

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS para el procesamiento estadístico de los datos con análisis de contingencia entre variables de estudio. Se analiza la variable sexo en cada uno de las dimensiones que mide el instrumento.

## RESULTADOS

### *Percepción de la frecuencia del maltrato*

En nuestra investigación son más los chicos que las chicas los que manifiestan opiniones extremas de ocurrencia de maltrato (“nunca”, “todos los días”). Sin embargo en las opciones intermedias de ocurrencia que van de “menos de cinco veces” hasta “más de veinte veces” son más chicas proporcionalmente quienes opinan eso.

Sin embargo no podemos decir que hayamos encontrado diferencias significativas entre chicos y chicas en cuanto a la opinión que tienen de la

frecuencia de ocurrencia del maltrato. Si tomamos la muestra general el 81.6% de los sujetos perciben que existen actos de intimidación en su IES (Tabla-2). Esto significa que la gran mayoría de los alumnos y alumnas son conscientes que el maltrato convive con ellos. Estos datos están en la línea de la frecuencia percibida en otras investigaciones (Defensor del Pueblo, 1999, 2007; Ortega, 1992) donde el 87% del alumnado conoce los procesos de bullying que suceden cerca de él. Además un 32.1% de nuestro alumnado reconoce que esas intimidaciones suceden diariamente, lo que nos puede indicar que un número importante de él está muy habituado a presenciar o saber de situaciones de intimidación. La intimidación y el maltrato se hace presente, así, ante estos alumnos y alumnas, como una forma de interacción muy habitual, ya que a este alumnado hay que añadir aquellos que en un trimestre reconocen que estos hechos ocurren “más de veinte veces” (6,8%) o “entre diez y veinte veces” (un 5,8%)

Tabla 2  
*Frecuencia por sexo*

%	Chicos	Chicas	Total
Nunca	20,5	14,5	18,4
-5 veces	24,2	28	25,9
5-10 veces	9,2	13	11
10-20 veces	5,5	6	5,8
+20 veces	5,5	9	6,8
Todos los días	35,2	29	32,1

#### *Participación en situaciones de maltrato como agresores/as*

Algunas investigaciones afirman que las chicas no son menos agresivas que los chicos y por lo tanto participan en tantos actos de maltrato como ellos (Österman *et al.*, 1994; Perry, Kusel & Perry 1988). Sin embargo nosotros hemos encontrado diferencias significativas de género en cuanto a la participación en situaciones de maltrato como agresores/as. Son los chicos los que participan más en las situaciones de maltrato que las chicas tanto si se considera un período de tiempo como el trimestre (Tabla 4) cuantificando la participación (0,04) – los chicos participan en un 35,6% de los casos frente al 24,4% de las chicas –, como si no consideramos un período de tiempo (Tabla 3) y planteamos la cuestión de forma general (,016) – los chicos participan en un 45,8% de los casos y las chicas en un 32,2%. Estos datos coinciden con algunas investigaciones (Alsaker y

Bruner,1999; Byrne, 1994; Carbonell, 1999; Defensor del Pueblo, 1999; Fonzi *et alt.* 1999; Olweus, 1983; Ortega, 1990, 1992, 1998; Ziegler y otros, 1991).

Tabla 3

*Participación sin tiempo*

Participación sin establecer un período de tiempo %	chicos	chicas
Nunca	54,2	60
Alguna vez	42,2	30,7
Con cierta frecuencia	1,4	1,2
Casi todos los días	4	3

Tabla 4

*Participación trimestre*

Participación en un trimestre %	chicos	chicas
Nunca	64,4	75,6
Alguna vez	28	21,5
Con cierta frecuencia	3,6	1,5
Casi todos los días	1,1	1

*Percepción del maltrato*

La percepción de la gravedad del maltrato la hemos averiguado a partir de las puntuaciones que los sujetos han obtenido en el autoinforme en la que cada ítem de la escala tiene un peso para pronosticar situaciones de maltrato entre escolares.

Tabla 5

*Percepción gravedad maltrato*

	<i>N</i>	Media	Desviación típica		
Chicos	278	-2,80	26,23		
Chicas	206	-7,98	24,94		
Total	484	-5,00	25,79		
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	<i>F</i>	<i>p</i>
Inter-grupos	3173,71	1	3173,71	4,80	0,02

Los datos nos dicen que existen diferencias significativas en la percepción que sobre el maltrato tienen los chicos y las chicas. Tomando los datos globalmente encontramos que los chicos son más perceptores de maltrato que las chicas. Este estadístico asegura la homogeneidad de los grupos y su comparación al ser superior a 0,05.

### *Tipos de intimidación y género*

Se ha escrito bastante sobre la orientación que cada sexo toma a la hora de elegir un tipo de intimidación para maltratar. Tradicionalmente se ha establecido que los chicos eran más propensos a cometer agresiones físicas y directas, mientras que las chicas eran más propensas a ejercer el maltrato de exclusión social (Hoover, Oliver & Hazler, 1992; Mombuso, 1994; Ortega, 1990 & 1992; Rigby, 1997), sin embargo en nuestra investigación no hemos encontrado esas diferencias tan marcadamente. Estos datos coinciden con alguna investigación (Bentley & Li, 1995) en la que la forma más común de maltrato era, como en la nuestra, la verbal y no hubo diferencias significativas entre género y tipo de intimidación. Sólo podemos confirmar cierta tendencia en las chicas hacia formas más indirectas de maltrato. Es decir, podemos decir que a partir de los datos de nuestra investigación no podemos afirmar que sólo los chicos prefieran la intimidación física y directa y sólo las chicas ejerzan la intimidación social e indirecta, aunque ésta sí se marca como tendencia en ellas. No obstante en la última opción del ítem sobre formas de intimidación que hace referencia a “Otros” encontramos diferencias entre chicos y chicas a favor de éstas. Esto unido a que la forma de “acoso sexual” no está especificada, podría explicar esta diferencia.

### *Género y victimización*

En general todas las investigaciones son coincidentes en que hay más víctimas chicos que chicas (Byrne, 1994; Defensor del Pueblo, 1999; Hoover, Oliver y Hazler 1992; Olweus, 1983) o similar número (Mellor, 1990; Ortega, 1990 y 1992;), excepto en las realizadas en Japón en las que las intimidaciones se dirigen mayoritariamente a las chicas (Mombuso, 1994) y hay más chicas entre las víctimas (Taki, 1992).

En nuestra investigación hemos podido comprobar que hay más chicos víctimas que chicas y además señalar que la diferencia en el género se ensancha cuando la victimización es sistemática. La razón que puede

explicar esto es la mayor participación de varones en los actos de intimidación. Por tanto si consideramos las víctimas en su conjunto, tanto las ocasionales como las sistemáticas, encontramos que hay más chicos (56,9%) que chicas (43,1%). Esta misma tendencia no sólo se repite sino que se acrecienta al considerar sólo las víctimas sistemáticas (61,5% de chicos frente a 38,5% de chicas).

### *Género y agresores/as*

Todavía más coincidente en las investigaciones es el hecho de que quien agrede es fundamentalmente chico (Byrne, 1994; Carbonell, 1999; Defensor del Pueblo, 1999, 2007; Fonzi *et alt.* 1999; Ortega, 1990, 1992, 1998; Ziegler et al., 1991). Sólo existe una excepción y es Japón: la frecuencia de chicas agresoras en Japón es superior al resto de investigaciones (Morita et al., 1999). Dentro de Japón es igual (Mombuso, 1994) o mayor (Taki, 1992) a la frecuencia de chicos agresores.

En nuestra investigación los agresores son preferentemente chicos y la distancia de las chicas se agranda cuando consideramos los actos más graves de intimidación. La razón de esto creemos que es la de la mayor proporción de varones participantes en los actos de intimidación. Creemos además que existe una razón de género. Socialmente se ha considerado y educado al varón en formas y consecución de objetivos a través de métodos más violentos, impetuosos e impositivos que a la mujer. Además la conducta esperada del varón es en este sentido, mientras que la que se espera y se ha moldeado para la mujer ha sido más pasiva y receptiva.

Por tanto tomando como referencia a todo el alumnado que, al menos alguna vez, ha participado como agresor/a en actos de intimidación, encontramos también que los chicos son más (65,8%) que las chicas (34,2%), diferencia que se pronuncia (76,9% de chicos y 23,1% de chicas) cuando consideramos sólo a los agresores sistemáticos.

### *Género e intimidadores/as victimizados/as*

En el escenario del bullying aparece no sólo la víctima y el agresor/a como perfiles puros de actuación sino que también se da el perfil del sujeto que además de ser agresor/a habitual termina padeciendo victimización en otras ocasiones por parte sus compañeros y compañeras. Es lo que algunos autores (Olweus, 1998) han llamado los agresores victimizados.

En nuestra investigación hemos encontrado un 13,8% de sujetos que son a la vez agresores/as y víctimas. Este porcentaje es similar al de otras investigaciones españolas (Ortega, 1997). Suponen el 8,3% de los chicos y el 5,6% de las chicas que alguna vez se han visto envueltos/as en esas dobles situaciones. Sin embargo tenemos que decir que las diferencias entre chicos y chicas en este caso no son significativas.

## CONCLUSIONES

La investigación ratifica las diferencias entre sexos respecto al bullying que tradicionalmente se han venido produciendo en diversas investigaciones. Por ello puede servir de réplica a los datos obtenidos en otros momentos (Avilés, 2006). En este sentido podemos diferenciar algunas conclusiones referidas a la participación de agresores/as, víctimas y espectadores/as en las dinámicas *buly-victim*: en general se comprueba la tendencia masculina a ocupar el papel de actores de agresión en detrimento de las chicas. Son más frecuentes a nivel general y especialmente cuando los hechos se consideran graves.

Por otra parte, también en cuanto a la participación podemos compartir una idea menos unánime respecto al papel de víctima. Si bien algunas investigaciones encuentran una preponderancia mayor del las mujeres, quizás esto se deba a un aspecto cultural como es el caso de Japón (Morita et al., 1994). Sin embargo, son más numerosas las investigaciones que encuentran más chicos entre las víctimas o que no encuentran diferencias significativas.

Además, por otra parte encontramos cierto consenso en las conclusiones que valoran la preferencia por alguno de los tipos más frecuentes de intimidación o bullying. Las dudas iniciales que ponían en tela de juicio las preferencias masculinas y femeninas por algún tipo de intimidación se confirman en parte en algunos tipos. Gran parte de investigaciones han puesto de manifiesto la preferencia de los chicos por las formas físicas y directas y la preferencia femenina por las formas indirectas o de carácter social. Esto podemos comprobarlo en algunas formas recientes de intimidación a través de la red de internet o a través de la telefonía móvil. En efecto, algunas investigaciones (Almeida, Correia, Esteves, Gomes, García, & Marinho, 2008; Avilés, 2009) ponen de manifiesto una mayor presencia de las mujeres en estas formas. Ello apoyaría la idea de una ten-

dencia en las mujeres a preferir formas de maltrato más indirectas. El ciberbullying podría considerarse así dadas sus características de supuesto anonimato, desconocimiento del agresor y ataques a distancia. Mientras los chicos estarían más dispuestos a participar de formas más directas.

## REFERENCIAS

- Almeida, A., Correia, I., Esteves, C., Gomes, S., Garica, D., & Marinho, S. (2008). Espaços vituais para maus tratos reais: as práticas de cyberbullying numa amostra de adolescentes portugueses. En R. Avi, E. Debarbieux, y C. Neto (Eds.), *4th Work Conferece Violence in shcool and public policies*. Lisboa: MHEdições
- Avilés, J.M. (1999). *CIMEI. Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales*. Valladolid: Autor.
- Avilés, J.M. (2002). *La intimidación entre iguales (bullying) en la Educación Secundaria Obligatoria. Validación del Cuestionario CIMEI y estudio de incidencia*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valladolid.
- Avilés, J.M. (2006). *Bullying: El maltrato entre iguales. Agresores, víctimas y testigos en la escuela*. Salamanca: Amarú.
- Avilés, J.M. (2009). Ciberbullying. Diferencias entre el alumnado de secundaria. *Boletín de Psicología*, 96, 79-96.
- Bentley, K., & Li, A. (1995). Bully and victim problems in elementary schools and students' beliefs about aggression. *Canadian Journal of school psychology*, 11, 153-165.
- Byrne, B. (1994). *Young people and bullying*. Dublin: Irish Youth Work Press.
- Carbonell, J. (1999) *Convivir es vivir: Materiales de Apoyo al Programa*. Madrid: Obra Social de la Caja Madrid.
- Defensor del Pueblo (1999). *Informe sobre violencia escolar: El maltrato entre iguales en la ESO*. <http://www.defensordelpueblo.es/index.asp?destino=informes2.asp>
- Defensor del Pueblo (2007). *Violencia Escolar: El Maltrato entre Iguales en la ESO, 1999-2006*. Madrid: Publicaciones de la Oficina del Defensor del Pueblo. <http://www.defensordelpueblo.es/> (7 febrero 2007)
- Fonzi, A. et al., (1999). The nature of school bullying. En Smith, Morita, et al. Routlegde. London.
- García Orza, J. (1995). Violencia interpersonal en la escuela. El fenómeno del matonismo. En *Boletín de Psicología*, 49, 87-103.

- Heinemann, P.-P. (1972). *Mobbning. Gruppval Bland Barn och Vuxna*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hoover, J.H., Oliver, R., & Hazler, R.J. (1992). Bullying: Perceptions of adolescent victims in the Midwestern USA. *School psychology international*, 13, 5-16.
- Mellor, A. (1993). *Bullying and How to Fight It*. Edinburgh: SCRE.
- Mellor, A. (1999). *The Nature of School Bullying* (pp. 91-112). In P.K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D.Olweus, R. Catalano, y P. Slee (Eds.). London.
- Monbusho – Ministry of Education (1994). *The present situation of issues concerning student tutelage and measures by the Ministry of Education*. Tokyo: M.E.
- Morita, Y. (1985). *Sociological study on the structure of bullying group*. Department of Sociology, Osaka: Osaka City University.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school. What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell.
- Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Morata. Madrid.
- Ortega, R (1998). *La convivencia escolar: qué es y cómo abordarla*. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía.
- Ortega, R., & Mora-Merchán, J.A. (1997). Agresividad y violencia. El problema de la victimización entre escolares. *Revista de Educación*, 313, 7-27.
- Österman, K. *et al.* (1994). Peer and self-estimated aggression and victimization in 8 year-old children from five ethnic groups. *Aggressive Behavior*, 20, 411-428.
- Perry, D.G, Kusel, S.J., & Perry, L.C. (1988). Victims of peer aggression. *Developmental Psychology*, 245, 807-814.
- Rigby, K. (1997). What children tell us about bullying in schools. *Children Australia*, 22, 28-34.
- Smith, P.K., Morita, Y., Junger-Tas, J., Olweus, D., Catalano, R., & Slee, P. (1999). *The Nature of School Bullying: A Cross-National Perspective*. London: Routledge.
- Taki, M. (1992). The empirical study on the occurrence of Ijime behavior. *Journal of educational sociology*, 50.
- Ziegler, S. *et al.* (1991). Bullying at school: Totonto in an international context. En *Toronto board of education*, 196R.

CIBERBULLYING Y GÉNERO

*José María Ávilés Martínez*<sup>1</sup> ([aviles@uva.es](mailto:aviles@uva.es)) /  
*Maria Natividad Alonso Elvira*<sup>2</sup> / *Suely Mascarenhas*<sup>3</sup> /  
*Ana Tomás de Almeida*<sup>4</sup> / *Denise Machado Duran Gutierrez*<sup>3</sup> /  
*Iolete Ribeiro da Silva*<sup>3</sup> / *Rosenir de Souza Lira*<sup>3</sup> / *Antônio Roazzi*<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Valladolid (España), <sup>2</sup>CEIP Francisco Pino, Valladolid (España), <sup>3</sup>Universidade Federal do Amazonas (Brasil), <sup>4</sup>Universidade do Minho (Portugal), <sup>5</sup>Universidade Federal de Pernambuco (Brasil)

Las nuevas formas en que se plasma el maltrato entre iguales pasan hoy por el uso de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación. Las formas del bullying llamado tradicional (maltrato físico, agresión verbal, rechazo y aislamiento social) se vuelven a usar en el llamado ciberbullying o *bullying on line*, y han dado paso a otras que se sirven de las diferentes herramientas de comunicación para hacer llegar los mensajes de imposición, agresión, desprecio, minusvaloración o rechazo, tan propios en el ejercicio del maltrato. Bien es cierto que los componentes del maltrato (Ávilés & Alonso, 2008) son comunes a las formas de bullying y ciberbullying, aunque las formas de maltrato on line incorporan ciertos rasgos que de alguna forma agravan las acciones por hacerlas más imprevistas, anónimas y más permanentes ante una audiencia que puede tener acceso a ellas en todo momento. En este sentido, se han descrito algunas diferencias entre las formas tradicionales y las formas on line de ejercer el maltrato (Ybarra & Mitchell, 2004). Aunque las formas del bullying tradicional podemos afirmar que ocurren de forma directa o presencial aunque es verdad que hay un bullying indirecto, las formas del ciberbullying por las características de los espacios en que se producen suceden desde el anonimato. El agresor o los agresores se escudan en el espacio on line para evitar su identidad y tener que dar la cara, y por lo tanto arriesgar y exponerse, como sucede con el bullying tradicional, sea en un ataque físico o verbal. Otra característica es el ámbito de ocurrencia. Si bien es cierto que hemos afirmado (Ávilés, 2006) que el bullying no es un fenómeno estrictamente escolar, es cierto que cuando hablamos de bullying hablamos del que sucede entre los muros y los tiempos escolares. Lo hemos considerado tradicionalmente como uno de los riesgos de las relaciones interpersonales negativas entre escolares que conviven en la escuela. A diferencia de esto, en el ciberbullying quien lo perpetra no necesariamente tiene porqué exponerse personalmente y no necesariamente debe actuar desde la escuela. Espacios y momentos externos al horario y

lugares escolares pueden ser aprovechados para lanzar mensajes difamatorios, ataques a través de sms o difundir bulos en salas de Chat desde el propio ordenador personal del agresor o desde el anonimato de una sala de cibercafé. Por otra parte, de la exposición necesaria a que se ve sometido en el agresor en el bullying tradicional se desprende una mala relación con los profesores/as y adultos que lo contemplan o lo saben. Por el contrario en el ciberbullying pueden ser los buenos estudiantes, incluso aquellos que tienen éxito escolar, los que escodan esas actuaciones tras una fama de alumnos ejemplares para sus profesores/as. Por otra parte, en el bullying tradicional la exposición del agresor al cometer sus actos se enfrenta al miedo a los posibles castigos o correcciones por parte de los adultos, mientras que en el bullying on line este miedo o reticencia no se produce. De la misma forma, en el bullying tradicional el agresor tiene oportunidad de ver las reacciones de sus víctimas mientras que en ciberbullying el feedback de la víctima no se produce ante el agresor con lo de peligroso que tiene esa ausencia de valoración del sufrimiento de la víctima. Por todo ello, el ciberbullying aporta perfiles propios como forma de ejercicio del maltrato, sobre todo en las herramientas que usa para llevarse a cabo. Entre las formas más típicas de ejercicio del ciberbullying podemos señalar las siguientes: Ataques producidos a partir de mensajes por correos electrónicos desde direcciones no necesariamente identificables; mensajes ofensivos a través de sms en teléfonos móviles; páginas web con mensajes atentatorios para la dignidad de las personas; insultos y ataques a través de la mensajería instantánea como el Messenger; fotos y videos en grabaciones ofensivas y difamatorias en blogs y espacios de internet; críticas y amenazas en salas de Chat atentando contra el nombre o la imagen de las personas. Por otra parte, las distintas investigaciones sobre el bullying llevadas hasta ahora a efecto, han determinado diferentes prevalencias entre los sexos. La mayoría de ellos han identificado tanto como agresores como víctimas más a los chicos que a las chicas (Byrne, 1994; Carbonell, 1999; Defensor del Pueblo, 1999; Fonzi *et al.* 1999; Ortega, 1990, 1992, 1998; Ziegler y otros, 1991).

En cuanto al ciberbullying también se han hecho algunas indicaciones al respecto (Almeida, et al., 2008; Avilés, 2009) posicionando a las chicas como con más participantes, al igual como se indica en otras investigaciones en Japón, Australia, Corea del Sur o Canadá. Esta predominancia de las chicas se acentúa en los perfiles de victimización y cuando consideramos las edades altas (Lenhart, 2007) o el uso de redes sociales. Además se indican algunas diferencias a su favor, como es el caso de las formas de

acoso a través de rumores o a través de las amenazas y por acoso sexual (Ybarra, Mitchell, Finkelhor & Wolak, 2007). Sin embargo, también se indica que el ciberespacio ha producido efectos liberadores también en las chicas. Las ha hecho más sociales y confidentes, les ha ayudado a romper con los estereotipos y expectativas sexistas y a desarrollar nuevas identidades. Especialmente en países emergentes en los que la mujer está más subyugada. Por otra parte, los patrones parentales y publicitarios de género han venido mostrándose claves desde edades tempranas: sobre cómo los padres y cuidadores aportan y facilitan el uso de tecnologías a chicos y chicas; sobre la imagen que los propios medios transmiten de las chicas como frágiles y usuarias incompetentes de la tecnología (Shariff, 2007). Sin embargo, se hace necesario profundizar sobre las razones que hacen específica la participación de las chicas en el ejercicio del bullying a través de la red o el teléfono móvil. Algunas también se han apuntado en la dirección de considerar el ciberbullying como una forma de agresión de tipo indirecto, lo que coincide con los resultados de las investigaciones de bullying tradicional que sitúan a las chicas como más partidarias del maltrato indirecto y social frente a los chicos que serían más partidarios del físico.

La presente investigación pretende valorar las diferencias entre sexos en su comportamiento de acoso a través de internet y los teléfonos móviles. Pretendemos marcar las diferencias existentes en prevalencia, atribución de gravedad del ciberbullying, reacciones ante el maltrato recibido, modalidad de uso preferente y efectos de una posible prohibición de estas tecnologías en los ámbitos escolares.

## METODO

### *Participantes*

Los sujetos que componen la muestra son 730 alumnos y alumnas de enseñanza secundaria obligatoria de ocho centros educativos públicos de Castilla y León y Galicia que han participado en la investigación después de haber recibido formación sobre el fenómeno del bullying a través de la puesta en práctica de diversos programas de convivencia escolar en sus respectivos centros. La distribución por sexos puede observarse en la Tabla nº 1

Tabla 1  
*Distribución por lugar y sexo*

	Chicos	Chicas	Total
1 ESO	114	109	223
2 ESO	69	69	138
3 ESO	104	88	192
4 ESO	58	68	126
1 BTO	18	23	41
Total	363	357	720

### *Material*

El instrumento que hemos empleado para la medición ha sido un autoinforme que aborda diferentes aspectos del ciberbullying a través del móvil y a través de internet (Ortega, Calmaestra, & Mora-Merchán, 2007).

### *Análisis Estadístico*

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS para el procesamiento estadístico de los datos con análisis de contingencia entre variables de estudio. Se valora la incidencia del ciberbullying en las escuelas y se analiza la variable sexo en cada uno de las variables que mide el instrumento; además se analizan los distintos perfiles resultantes del análisis de los datos, a saber: Espectadores, Víctimas moderadas, Víctimas severas, Agresores/as moderados/as, Agresores/as severos/as, Agresores/as victimizados/as moderados/as, Agresores/as victimizados/as severos/as.

## RESULTADOS

Los chicos y las chicas presentan diferencias significativas en cómo perciben las situaciones de ciberbullying en diversos aspectos que señalaremos sucintamente a continuación: aunque el acceso al móvil y a internet son aspectos que no diferencian a chicos y chicas, la ubicación del ordenador y su acceso en el lugar de la casa donde lo utilizan diferencia a las chicas respecto a los chicos. Ellas disponen del ordenador en lugares distintos ( $p < 0,005$ ) de la casa que los chicos. No hay diferencias de uso en los ordenadores que están en el salón de casa o en sus cuartos particulares. En los

aspectos objeto de estudio de esta investigación podemos señalar algunas diferencias que se recogen y pueden verse en la Tabla 2.

Tabla 2  
*Variables significativas entre sexos*

	Suma de cuadrados	gl	F	p
Acosar y meterse con otras personas * Sexo	2,93	1	6,74	0,01
Sentimientos de la víctima acosada por el móvil “No me ha pasado nada de eso” * Sexo	0,84	1	5,05	0,02
Sentimientos de la víctima acosada por el móvil “Me siento mal” * Sexo	0,96	1	9,32	0,002
Sentimientos de la víctima acosada por el móvil “Me siento triste” * Sexo	0,23	1	4,98	0,02
Sentimientos de la víctima acosada por el móvil “Me preocupa lo que los demás puedan pensar o hablar sobre mí” * Sexo	0,36	1	4,15	0,04
¿Qué haces cuando alguien se mete contigo? “Le he dicho que parase por el mismo medio, sms, llamada...” * Sexo	0,06	1	5,61	0,01
¿Qué haces cuando alguien se mete contigo? “Se lo he dicho a mis amigos” * Sexo	0,50	1	11,83	0,001
¿Qué haces cuando alguien se mete contigo? “Se lo he dicho a mis padres” * Sexo	0,23	1	6,69	0,01
¿Como te sientes cuando otra persona se mete contigo a través de internet? “Me siento mal” * Sexo	0,28	1	3,94	0,04
¿Como se meten contigo a través de internet? “Mensajería inmediata (Messenger) * Sexo	0,27	1	5,03	0,02
¿Crees que prohibir internet en los institutos ayudaría a evitar el acoso? * Sexo	3,94	1	4,36	0,03

### *Diferencias apreciadas en el uso del Móvil*

Respecto al cyberbullying a través del móvil frente al bullying tradicional, los chicos tienden a creer ( $p < 0,005$ ) que aquél tiene menos efectos que el bullying tradicional. Sin embargo, las chicas calculan de igual forma sus efectos. Cuando se pregunta la incidencia de la victimización en los dos últimos meses, son los chicos los que presentan un grado de victimización mayor ( $p < 0,005$ ) frente a las chicas: en dimensiones como “*varias veces a la semana*” y en “*sólo ha sucedido una o dos veces*”. Sin embargo, son los chicos lo que toman la iniciativa en más ocasiones para ejercer la agresión con el móvil frente a las chicas ( $p < 0,001$ ). Sobre todo en las formas leves (“una o dos veces”) y en las formas más frecuentes (“una y varias veces a la semana”).

Respecto a los sentimientos ante la agresión son las chicas las que presentan diferencias favorables respecto a los chicos en “*me siento mal*” ( $p < 0,001$ ), “*me siento triste*” ( $p < 0,005$ ) y “*me preocupa lo que piensen de mí*”

( $p < 0,005$ ). Sin embargo, en la percepción que tienen sobre cuál es el sexo de quienes les acosan, los chicos se emparejan con los chicos y las chicas con las chicas ( $p < 0,005$ ). En este sentido, son las chicas las que desconocen en mayor grado quiénes son quienes les acosan con el móvil respecto a los chicos ( $p < 0,001$ ). En cuanto a las reacciones cuando se sienten acosados, son las chicas las más partidarias de responder por el mismo medio que han sido agredidas ( $p < 0,005$ ). Igualmente son ellas las que comunican más los casos de acoso a través del móvil tanto a sus compañeros ( $p < 0,001$ ), como a su familia ( $p < 0,005$ ).

#### *Diferencias apreciadas en el uso de Internet*

Los efectos del cyberbullying frente a la forma tradicional de maltrato, igual que en el caso del acoso a través del móvil, son valorados más por las chicas que por los chicos, que tienen a minimizarlos ( $p < 0,001$ ). Las víctimas de acoso por internet que se sienten mal son preferentemente más chicas ( $p < 0,005$ ) que chicos. Y estos presentan cierta tendencia hacia la indefensión ante los ataques ( $p < 0,01$ ) frente a las chicas. Ellas suelen pagar más frecuentemente con la misma moneda frente a los ataques que los chicos ( $p < 0,01$ ), cuando los ataques los reciben por internet. También ellas perciben como formas más habituales de acoso por internet las que se producen por mensajería rápida como Messenger ( $p < 0,005$ ), frente a lo que perciben los chicos. Sin embargo, son los chicos frente a lo que piensan las chicas ( $p < 0,005$ ) los que son más partidarios en prohibir el uso de internet en los centros escolares.

#### *Diferencias entre perfiles*

La aplicación del instrumento ha permitido identificar distintos perfiles que van desde la victimización a la intimidación y a los perfiles mixtos, agresores agredidos. Por otra parte, en los tres perfiles se obtienen dos grados de participación, la ocasional y la sistemática. De todo ello, indicamos algunas prevalencias referidas al perfil sistemático en cuanto a las diferencias que se presentan por sexos.

En primer lugar, los perfiles más intensos, ya en intimidación como en victimización o en el perfil mixto, son más frecuentes en la red de Internet que a través del móvil, como puede contemplarse en la Tabla 3

Tabla 3

*Prevalencia a través del Móvil y de Internet de chicos y chicas*

Victimización sistemática					
Móvil	chicos 0,3%	chicas 0,8%	Internet	chicos 3,5%	chicas 2,2%
Intimidación sistemática					
Móvil	chicos 1,1%	chicas 0,8%	Internet	chicos 1,6%	chicas 1,1%
Agresores agredidos sistemáticos					
Móvil	chicos 0,3%	chicas 0%	Internet	chicos 0,8%	chicas 0,6%

Por otra parte, no podemos confirmar la predominancia de las chicas en la prevalencia del ciberbullying, como tampoco la de los chicos. En nuestra investigación no encontramos diferencias significativas entre ellos en ninguno de los grados más intensos de victimización, intimidación o agresiones a agresores.

## DISCUSIÓN

La prevalencia del maltrato en victimización se presenta a favor de las chicas en la modalidad de internet y en intimidación a favor de los chicos, tanto a través del móvil como de internet, lo que coincide con algunas investigaciones (Almeida, et al. 2008; Avilés, 2009; Ybarra & Mitchell, 2004). Del análisis pormenorizado del comportamiento de chicos y chicas respecto al ciberbullying destacamos algunos aspectos significativos, como son el hecho de que las chicas evalúen las formas de maltrato tanto en el caso del móvil como de internet, como formas dañinas sin poner ninguna delante de la otra respecto a su gravedad. La percepción de los chicos de agravar las formas de ciberacoso frente a las que no utilizan esa vía, puede venir justificado por su mayor acceso a estas formas de comunicación respecto a las chicas o porque éstas se han visto más implicadas en esas formas de maltrato, lo que las hace más conscientes de sus peligros y consecuencias. También son las chicas las que preferentemente enfrentan sentimientos de sentirse molestos y mal cuando son victimizadas tanto por móvil y por internet. Además son ellas las que responden más que los chicos de la misma forma en que son atacadas y a través de formas como la mensajería instantánea, lo que las implica más en estas vías de comunicación. Este resultado apoya la idea de que las chicas están más implica-

das en estos procesos y los prefieren como formas de agresión frente a sus compañeros varones. Este dato puede tener relación con la división clásica por sexos que situaba a las chicas como el sexo que preferentemente usaba formas indirectas y sociales de maltrato frente a las formas más físicas y directas de los chicos (Crick, & Bigbee, 1998; Hoover, Oliver & Hazler, 1992; Morita et al., 1999; Ortega, 1992; Rigby, 1997; Smith & Sharp, 1994). Las características que acompañan al cyberbullying como el inicial anonimato en que se produce o la distancia y la seguridad con que se establecen los ataques, hacen que sea, de alguna forma, un modo indirecto y distante desde donde ejercer el acoso, lo que coinciden con la preponderancia atribuida al sexo femenino en estas formas de maltrato. Esta decantación femenina, sin embargo, no se confirma en su preponderancia en los perfiles resultantes ni como víctimas, ni como agresoras ni como agresoras agredidas.

## REFERENCIAS

- Almeida, A., Correia, I., Esteves, C., Gomes, S., Garica, D., & Marinho, S. (2008). Espaços vituais para maus tratos reais: As práticas de cyberbullying numa amostra de adolescentes portugueses. En R. Avi, E. Debarbieux, y C. Neto (Eds.), *4th Work Conferece Violence in shcool and public policies*. Lisboa: MHEdições.
- Avilés, J.M. (2006). *Bullying: El maltrato entre iguales. Agresores, víctimas y testigos en la escuela*. Salamanca: Amarú.
- Avilés, J.M. (2009). Cyberbullying. Diferencias entre el alumnado de secundaria. En *Boletín de Psicología*, 96, 79-96.
- Avilés, J.M., y Alonso, M.N. (2008). Análisis de componentes identificativos de la violencia en el contexto excolar. Violencia, conflicto y maltrato. Itinerario de frontera. En I. Leal, J.L. Pais, I. Silva, y S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de psicologia da saúde* (pp. 119-129). Porto: ISPA Ediciones.
- Avilés, J.M., Alonso, M.N., & Mascarenhas, S. (2009). Perfiles e incidencia del cyberbullying a través del móvil y en internet durante la educación secundaria obligatoria. *I Congresso de pesquisas em Psicologia e Educação Moral* (pp. 586-592). Anales Electrónicos. Universidad de Campinas (Brasil).
- Byrne, B. (1994). *Young people and bullying*. Dublin: Irish Youth Work Press.

- Defensor del Pueblo (1999). *Informe sobre violencia escolar: El maltrato entre iguales en la ESO*. <http://www.defensordelpueblo.es/index.asp?destino=informes2.asp>
- Lenhart, A. (2007). Data memo. Pew Internet and american life proyect (13 de octubre 2007) [www.pewinternet.org/pdfs/PIP%20Cyberbullying%20Memo.pdf](http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP%20Cyberbullying%20Memo.pdf)
- Ortega, R. (1998). *La convivencia escolar: qué es y cómo abordarla*. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía.
- Ortega, R., Calmaestra, J., & Mora-Merchán, J. (2007). *Cuestionario Cyberbullying*. Documento no publicado: Universidad de Córdoba.
- Ybarra, M., & Mitchell, K. (2004). Youth engaging in online harassment: Associations with caregiver-child relationships, internet use, and personal characteristics. *Journal of adolescence*, 27, 319-336.
- Ybarra, M., Mitchell, K., Finkelhor, D., & Wolak, J. (2007). Internet prevention messages: Targeting the right online behaviours. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161(2), 138-145.

ADOLESCÊNCIA E SAÚDE: CORPO, COMUNICAÇÃO E *MEDIA*

Leônia Cavalcante Teixeira<sup>1,2</sup> / Natália Ramos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Fortaleza, <sup>2</sup>Universidade Aberta

A adolescência na actualidade constitui tema de relevância interdisciplinar e intercultural, visto que os conflitos que se encenam nesse processo dizem respeito às exigências da constituição subjetiva de elaboração dos lutos relativos à infância, incluindo os lutos parciais obrigatórios pelos pais e pelo corpo infantil, bem como a constituição do laço social.

Observamos que o corpo constitui o cenário no qual tais dramas existenciais se encenam, estando, cada vez mais, o processo do adolecer em meninas ligado a quadros psicopatológicos de transtornos na oralidade e da imagem corporal, sendo figurado a partir de práticas que se situam no campo do risco, tais quais as experiências, comuns aos quadros psicopatológicos dos transtornos da oralidade – anorexia, bulimia, comer compulsivo – atestam. Tais experiências de risco são exemplificadas por atos como seguir dietas que reduzam a “massa corporal a zero”; aparecendo, muito constantemente, vinculadas à culpabilidade, ao masoquismo e ao narcisismo, remetendo a momentos precoces da constituição subjetiva.

Fleming (2005, p. 120) escreve que “o processo adolescente é desde logo definido por Freud num duplo registro, um refletindo o outro em que ocorre: no registro da realidade externa, contemporâneo e contextual, expresso na forma de um conflito de gerações e no registro da realidade interna, no abandono das ligações aos primeiros objetos de amor é investimento em novos objetos heterossexuais extrafamiliares”. A autora se reporta às ratificações de tal concepção freudiana citando as pesquisas de Cordeiro (1979) e Dias e Valente (1984) quando ressaltam os trabalhos de luto que têm que ser realizados pelo adolescente: “luto pela fonte de segurança, luto renovado do objeto edipiano, luto pelo Ideal do Eu, luto pela bissexualidade e luto pelo grupo” (Dias & Valente, 1984, Apud Fleming, 2005, p. 121). Jeammet e Corcos (2005), Jerusalinsky (1999) e Rosa (2002) também destacam o valor do *entre* na abordagem da adolescência, seja na passagem das imagens ligadas à infância para a adolescência, seja na passagem do núcleo familiar para o laço social, seja pelo lugar ou pelo não-lugar entre passado e futuro em que a adolescência aspira se localizar. Como uma das marcas do *adolecere* (Fleming, 2005) constitui a “saída de casa” (Fleming, 2005; Jerusalinsky, 1999; Le Breton, 2003, 2007; Lesourd, 2004; Outeiral, 1994; Rosa, 2002) e os conseqüentes

conflitos vivenciados tanto pelos adolescentes como pelas famílias, sujeitos adolescentes aparecem como figuras que põem em cena, isto é, que denunciam organizações familiares que calam quanto às marcas psíquicas derivadas de transmissões geracionais que eclodem em constituições psíquicas singulares. Tais heranças geracionais inconscientes impõem aos sujeitos adolescentes a construção de estratégias de vida psíquica que ora se encaminham em direção ao assumir posições subjetivas diversas das infantis, ora podem desencadear desorganizações subjetivas que se apóiam nos campos da violência, da depressão, do suicídio, da toxicodpendência e das práticas de automutilação corporal (Coutinho e Ramos, 2008; Fleming, 2003, 2005; Outeiral, 1994; Pontalis, 2005; Rosa, 2002; Teixeira, 2001, 2003; Weinberg, 2001).

O adolescer instaura desafios ao sujeito em sofrimento quanto às vivências do seu corpo, às relações com seus pares e com as vivências da temporalidade e da espacialidade. Cadoret (2003, p. 208) escreve que “as cenas de sofrimento do exílio da infância” podem se apresentar de modo impressionante frente ao trabalho de se constituir em um corpo sexualizado, que se dá antes do trabalho de se apropriar do laço social, passagem denominada pela autora de “infância exilada” (p. 208).

A experiência corporal constitui um dos aspectos mais prementes que se colocam em cena na contemporaneidade, especialmente no momento da passagem adolescente, que não se resume ao momento da adolescência como fase do desenvolvimento, mas abrange operações psíquicas de abandono das posições infantis e de conquista de posições adultas, que têm no laço social seus suportes.

Objectivamos investigar os fenômenos que envolvem a constituição da corporeidade e sua representação, como operador teórico-clínico da passagem adolescente, a partir da análise das repercussões dos *media*, privilegiando as representações da figura feminina perpassadas em capas de revistas brasileiras de circulação nacional. Foram analisadas, através do método qualitativo da análise de conteúdo, capas de revista de dois periódicos semanais brasileiros de 2008 e 2009, sendo destacadas as seguintes categorias de análise: imagem gráfica da capa, manchete principal e manchetes secundárias, temas diretamente relativos ao corpo, à beleza, à forma física e à moda. Ressaltamos que as temáticas mais relevantes em relação ao objetivo desta investigação se referiram à aparência física e aos métodos de manutenção da forma física, explicitamente do corpo magro como ideal estético e de saúde. As representações do corpo coincidem com os padrões hegemônicos

divulgados pelos meios de comunicação social, sendo constante à associação beleza e saúde e, não menos frequente, beleza (aparência, magreza, corpo longilíneo), saúde (qualidade de vida, estilo de vida, prevenção de patologias) e poder (consumo, status).

Como referências teóricas, elegemos as interfaces entre os saberes antropológicos, psicossociológicos, comunicacionais e artísticos, privilegiando a perspectiva metodológica interdisciplinar, tendo como eixo norteador a subjectividade. Muitas adolescentes, atraídas pelos valores que os media atribuem à imagem magra em nossa sociedade, se vêem sempre às voltas com dietas, exercícios e espelhos. Buscam identidade e querem reconhecer-se através de uma imagem colocada como poderosa. A ideologia magra parece soar mais forte e não é suficiente ser saudável, o que denuncia o imperativo da imagem, do corpo em sua exterioridade e da performance. Almeida et al (2005, p. 32), ao analisar a percepção de tamanho e forma corporal em mulheres, relatam que as mulheres tendem a ter preferência por silhuetas não obesas, concluindo que isto sugere uma diferença entre o que é considerado sinônimo de normalidade para os homens e para as mulheres. Para as mulheres, a exigência de corpos magros, como sinônimo de normalidade, parece ser maior: o poder da beleza, junto à instituição do padrão estético que a exalta têm sido fonte de angústias e insatisfações com seus corpos, ou seja, consigo, já que, na atualidade, a experiência corporal parece constituir a vivência subjetiva.

Baudrillard (1995) afirma que à medida que a mulher conquista sua liberdade, confunde-se cada vez mais com o próprio corpo. De acordo com Ogden e Evans (1996), as regras das sociedades ocidentais representam um modo de ser que perpetua a associação do corpo magro da mulher a atributos positivos.

Severiano (2001, p. 23) analisa os ideais de consumo na contemporaneidade em relação à mídia publicitária, enfatizando que “as subjetividades contemporâneas são particularmente permeáveis aos ideais vinculados pela publicidade, constituindo-se em fonte privilegiada de identidade”.

De acordo com Sarlo (1997): “Somos livres. Cada vez seremos mais livres para projetar nossos corpos. A cultura sonha, somos sonhados por ícones da cultura. Somos livremente sonhados pelas capas de revistas, os cartazes, a publicidade, a moda: cada um de nós encontra um fio que promete conduzir a algo profundamente pessoal, nessa trama tecida com desejos absolutamente comuns” (p. 25).

O culto ao corpo magro constitui traço da sociedade ocidental contemporânea. O que se pode notar visitando academias, “spas” e salões de beleza, onde prospera uma indústria que parece ter lucros crescentes hoje em dia. Nessa tendência à hipertrofia do indivíduo, a beleza física é exaltada independente dos valores morais.

Reconhecemos que a imagem magra deve muito de sua disseminação aos media. Os meios de comunicação, com seu imenso poder de dar visibilidade a fenômenos e atribuir-lhes significados persuasivos, funcionam como formadores de opinião. Numa sociedade onde o contato com o outro é cada vez mais superficial e as instituições tradicionais formadoras de opinião, como a família, a religião e a escola, estão em decadência, o poder de sedução da comunicação de massa é potencializado. A influência da publicidade faz com as pessoas vejam seu corpo como mais um objeto dentre os objetos vendáveis e adquiríveis. A imagem magra se transforma em condição necessária para adquirir outros objetos cheios de atrativos e penetrar mundos desejáveis, como o da moda e, assim, o corpo pode ser, literalmente, consumido.

A comunicação de massa é grande detentora de poder simbólico e seria impossível qualquer abordagem sobre o imaginário popular urbano que não passasse por ela. Para Santaella (1999) “o mundo está virando imagem”: vivemos na *civilização da imagem* e é incisivo ao afirmar que chegamos a confundir experiências onde somos atores e onde somos espectadores (Calvino, 1990).

Os media tem muita importância na instituição de uma imagem corporal magra dotada de valor na sociedade atual. Essa proliferação de imagens de mulheres magras na mídia, geralmente associadas à riqueza e ao poder é a gênese de sua inserção no imaginário feminino. Entendendo imaginário aqui como sendo a base social dos processos mentais e o mais importante elemento externo qualitativo da personalidade do indivíduo (Lapierre, 1995).

Acreditamos que a prevenção dos quadros de transtornos da imagem corporal e do esquema corporal possam se dar na vida cotidiana dos adolescentes a partir de estratégias de participação nas instituições familiares e escolares que possibilitem representações de suas experiências corporais, familiares e sociais, incluindo a construção de ideais – traço importante na passagem adolescente – e o descentramento de imagens sociais padronizadas pelos media como hegemônicas e inquestionáveis. Incentivamos a construção de “espaços de fala” nas escolas, nos quais as dores psíquicas, os lutos da infância (do corpo

infantil, dos pais, da onipotência infantil – possam ser tematizados e elaborados. Relevamos também, as intervenções com as famílias, já que, em muitos casos, as adolescentes constituem os “sintomas” do que não vai bem na estrutura familiar.

Observamos a importância de se considerar os fenômenos que envolvem a constituição dos contornos do corpo e sua representação, privilegiando a corporeidade na construção subjetiva singular e coletiva, na qual a experiência de “tornar-se outro” é tematizada como operador teórico-clínico da passagem adolescente (Rassial, 1996). No campo do risco, vias de escape frente às ameaças de aniquilamento e desorganização pelas vivências traumáticas postas em cena pelos enigmas do adolescer.

A supervalorização corporal contemporânea e a escassez de possibilidades de mediação simbólica em função do esmaecimento das instituições familiares e sociais que não mais norteiam o sujeito, não mais constituindo referências subjetivas, despertam atenção para as repercussões no corpo e suas vicissitudes adolescentes.

A importância de abordagens que levem em conta a subjetividade, sem a consideração da implicação do sujeito e dos sentidos culturais da experiência do adoecimento, inclusive das representações leigas que a demarcam (Ramos, 2002, 2004, 2006, 2008; Spink, 2003, 2004; Teixeira & Bucher-Maluschke, 2008).

Na sociedade atual, o discurso social não se articula mais pela disciplina e pela autoridade, mas pelo “poder da sedução”. Isso significa que a ordem social incide nos corpos, seduzindo-os a serem sempre belos, ativos, saudáveis, jovens e sensuais. Devem se prender a único tempo, o do presente, silenciando as instâncias do passado e do futuro. Nesse sentido, o que importa é o prazer e as sensações sentidas no aqui-e-agora, perdendo valor tudo o que diz respeito à tradição, à história e aos costumes. Assim, o discurso dos media sobre a perfeição dos corpos é o que se posiciona como referencial da constituição subjetiva.

Na atualidade, enquanto o sujeito é convocado através da experiência corporal a movimentar-se em busca da perfeição e completude. Percebemos que esta ação não ocorre pelo reconhecimento da impossibilidade da satisfação irrestrita, mas pela crença em discursos hegemônicos sobre a possibilidade de conquistar um dia a perfeição corporal e a felicidade plena. O sujeito se põe em constante batalha consigo mesmo não apenas para amenizar o seu desamparo, mas para ilusoriamente bani-lo de sua existência, permitindo com que ele tome posse de um corpo sem limites e plenamente satisfeito. Na impossibilidade

de conquistar este ideal de felicidade tão bem anunciado e vendido na sociedade atual, o sujeito contemporâneo acaba por ser acometido por uma profunda e intensa frustração.

Concluimos que as representações de corpo figuradas nos *media* podem ser consideradas como paradigmáticas dos conflitos e subjectividades contemporâneas, especialmente quanto ao adolecer e à constituição da corporeidade, já que neles prevalecem os arquétipos hegemônicos da saúde e da beleza associadas à aparência, ao desempenho físico e aos modelos culturais.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, G.A.N., Santos, J.E., P, S.R., & Loureiro, S.R. (2005). Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: Estudo exploratório. *Psicologia em Estudo. Maringá*, 10(1), 27-35.
- Baudrillard, J. (1995). *A Sociedade de Consumo*. Rio de Janeiro: Elfos.
- Cadoret, M. (2003). *Le paradigme adolescent*. Paris: Dunot.
- Calvino, Í. (1990) *Seis Propostas Para o Próximo Milênio*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Coutinho, M. da P.L., & Ramos, M. N.(2008). Distúrbios psicoafetivos na infância e adolescência: Um estudo transcultural. *Psico*, 39(1) 14-20.
- Dias Cordeiro, J.C. (1979). *O adolescente e a família*. Lisboa:Relógio D'Água.
- Fleming, M. (2003). *Dor sem nome. Pensar o sofrimento*. Porto, PT: Afrontamento.
- Fleming, M. (2005). *Entre o medo e o desejo de crescer. Psicologia da Adolescência*. Porto, PT: Afrontamento.
- Jeammet, P., & Corcos, M. (2005). *Novas problemáticas da adolescência: Evolução e manejo da dependência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jerusalinsky, A. (1999). Traumas de adolescência. In APPOA. *Adolescência entre passado e futuro* (pp. 10-28). Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Le Breton, D. (2003). *L'adolescence à risque*. Paris: Hachette Pluriel.
- Le Breton, D. (2007). *En souffrance, adolescence et entrée dans la vie*. Paris: Métailié.
- Lesourd, S.A. (2004). *A construção adolescente do laço social*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Outeiral, J.O. (1994). *Adolescer: Estudos sobre adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ramos, N. (2002). Educação, saúde e culturas – Novas perspectivas de investigação e intervenção na infância. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 36(1,2,3), 463-487.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2006). Relações e solidariedades intergeracionais na família – Dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39(1), 195-216.
- Ramos, N. (2008). *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa, PB: Editora Universitária da Universidade Federal da Paraíba.
- Rosa, M.D. (2002). Adolescência: Da cena familiar à cena social. *Psicologia USP*, 13(2), 227-242.
- Santaella, L. (1999) *Imagem, Cognição e Mídia*. São Paulo, Iluminuras.
- Sarlo, B. (1997). *Cenas da vida pós-moderna*. Rio de Janeiro, UFRJ.
- Severiano, M.F.V. (2001). *Narcisismo e Publicidade: Uma análise psicossocial dos ideais do consumo na contemporaneidade*. São Paulo: Annablume.
- Spink, M.J. (2003). *Psicologia social e saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Spink, M.J. (2004). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EdUPUCRS.
- Teixeira, L.C. (2001). Sobre quimeras contemporâneas, ciência e psicanálise. *Revista Mal-estar e subjetividade*, 1(1), 151-171.
- Teixeira, L.C. (2003). Dor e inscrição social do corpo: Implicações clínicas. In I.I. Costa, A.F. Holanda, F.M.M.C. Martins, & M.I. Tafuri (Eds.), *Ética, linguagem e sofrimento*. VI Conferência Internacional sobre Filosofia, Psiquiatria e Psicologia. Brasília: Gráfica e Editora Positiva.
- Teixeira, L.C., & Bücher-Maluschke, J.S.F. (2008). *O sofrimento e seus destinos: Psicologia, psicanálise e práticas de saúde*. Brasília, DF: Universa.
- Weinberg, C. (2001). *Geração delivery: Adolescer no mundo atual*. São Paulo: Sá.

REPRESENTAÇÕES DA ADOLESCÊNCIA  
EM PRODUÇÕES CIENTÍFICAS:  
INDICATIVOS PARA PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO

*Leônia Cavalcante Teixeira*<sup>1,2</sup> / *Natália Ramos*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Fortaleza, <sup>2</sup>Universidade Aberta

A adolescência constitui temática relevante nos estudos e intervenções em saúde pública, apresentando desafios para especialistas de vários campos de saber, como a psicologia, antropologia e sociologia, comunicação, medicina e psicanálise, já que é considerada um paradigma da condição subjetiva contemporânea (Alberti, 1999; Coutinho, Franken & Ramos, 2008; Fleming, 2005; Rassial, 1996).

A adolescência é caracterizada como período de reorganizações identificatórias e identitárias no qual as mudanças do corpo e dos papéis sociais exigem um intenso trabalho de elaboração psíquica, já que, concomitante à emergência da puberdade, o contexto social reclama resoluções de ordem distinta das colocadas em cena na constelação familiar infantil.

Os modos hegemônicos de construção subjetiva na atualidade, baseados no individualismo, no narcisismo, no hedonismo e no consumismo, aparecem exacerbados nas experiências do adolescente, especificamente em suas relações com o tempo, o espaço, o corpo e o outro.

Este trabalho focalizou as concepções mais frequentes na produção científica brasileira na última década sobre a adolescência, visando apreender as representações sociais que as subsidiam. Nesse sentido, foi realizada pesquisa bibliográfica no portal de dados scielo.br a partir das seguintes categorias: adolescência, política pública, saúde, educação e família. Foram encontrados mais de 400 fontes, sendo pregnantes os artigos em periódicos científicos reconhecidos pelas instituições brasileiras fomentadoras de pesquisa. Ressaltamos que muitos artigos se repetem nas categorias citadas, o que indica ao entrecruzamento das temáticas, denunciando a interdisciplinaridade como característica das análises contemporâneas sobre fenômenos relacionados à adolescência, como: sexualidade e gênero, parentalidade, gravidez, violência, drogadição, alcoolismo e tabagismo.

As temáticas sobre constituição subjetiva e relações intergeracionais apareceram em cerca de 10% da produção, sendo hegemônicas as relacionadas à violência, à sexualidade e à gravidez precoce, ocupando cerca de 70% da preocupação dos estudiosos. Também foram citadas produções relativas ao discurso da saúde pública (20%), quando a atenção

incide sobre problemas de saúde, mortalidade e políticas de intervenção. Nesse sentido, destacamos o foco acerca da satisfação corporal, do sobrepeso e dos transtornos alimentares e suas incidências sobre a experiência adolescente.

As autorias dos textos são de especialistas em plurais áreas, como: psicologia, enfermagem, serviço social, nutrição e sociologia-antropologia. Dentre as produções acerca da constituição psíquica, destacam-se as relacionadas às influências maternas, à feminilidade e ao feminino.

Um tema extremamente recorrente foi o da gravidez na adolescência, sendo destacados aspectos relativos à sexualidade, à anticoncepção, ao pré-natal e às relações intergeracionais entre mães e filhas adolescentes grávidas.

Constatamos a hegemonia de visões sobre o adolescente centradas na noção de risco, particularmente problemáticas relacionadas à toxicod dependência, à gravidez, aos desajustes escolares e aos atos delinquentes. Também ressaltamos as discussões acerca das relações com pais e com os pares, seja na escola, seja na comunidade.

As questões sobre adolescência se mostram em constante evidência ao estarem implicadas como população alvo de órgãos do governo e dos órgãos não governamentais. Isso se deve a visão que eles têm da crise adolescente e, portanto, tida como “um problema social a ser resolvido” (Ministério da Saúde, 2005a, p. 8), merecendo atenção pública.

É importante ressaltar que os programas do governo, em geral, tomam como público alvo toda a juventude que está compreendida numa faixa etária entre 10 e 24 anos, portanto quando utilizamos aqui o termo ‘jovem’ a partir do material do governo, também englobamos os adolescentes.

Com recursos da atenção pública voltados ao jovem e ao adolescente, temos no Ministério da Saúde um espaço *online*, com informações dedicadas sobre e para este público, bem como nos deparamos com publicações voltadas para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2005a,b e 2006). As temáticas estão voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Existe o intuito de promover através da disseminação à informação o acesso do jovem à saúde e à educação, assim como dar suporte para as instituições e os profissionais, capacitando-os para intervir junto à essa demanda, com vistas na minimização da incidência de violência, doenças, gravidez precoce, proporcionando uma melhor vigilância à saúde e contribuição para o aumento na qualidade de vida.

Essas publicações e medidas adotadas pelo Ministério da Saúde tomam como base a visão negativa pelo jovem, em virtude do crescente limiar de

risco em que se envolvem: aumento na incidência de gravidez precoce e de risco, risco de contrair o HIV, risco de uso e abuso de drogas ilícitas, risco de morte frente à violência.

Tais configurações implicam que as políticas de saúde destinadas à promoção e à prevenção considerem as especificidades do sujeito adolescente, não o concebendo somente como ator social tal qual tematizado nos estatutos que visam regradar suas condutas, direitos e deveres, embora sejam esses fundamentais para o desenvolvimento e para a inserção na sociedade. Sugerimos que, apesar das dificuldades inerentes à interdisciplinaridade, tal postura epistemico-metodológica mostra-se fundamental para que o adolescente seja apreendido em sua complexidade, especialmente quando, na atualidade, ocupa lugar paradigmático dos modos de construção subjetiva.

Pensamos que medidas educacionais, para serem, proveitosas, não podem se basear em pressupostos morais de que tais práticas prejudicam, podendo trazer consequências nefastas para a vida das adolescentes e seus familiares, já que as representações científicas acerca da adolescência e do sujeito adolescente terminam por ratificar os lugares ocupados pelos “problemas” acima citados, ratificando a adolescência como uma fase do desenvolvimento cronológico que traz dificuldades.

A adolescência só foi admitida como uma realidade perante autoridades governamentais brasileiras a partir do reconhecimento deste sujeito perante a lei. O que ocorreu em concomitância com a “elevação” do status da criança como um cidadão:

Dentre os principais avanços, destaca-se a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, regulamentando o artigo 227 da Constituição Federal de 1988, o qual incorpora os princípios adotados pela Convenção sobre os Direitos da Criança, aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1989. Tal normativa traz uma importante mudança de paradigma para a proteção da infância e da adolescência, reconhecendo os adolescentes como sujeitos de direito e não objeto de intervenção do Estado, da família ou da sociedade (Ministério da Saúde, 2005a, p. 5).

Neste sentido, é discutido aqui o conceito de adolescência de acordo com a OMS e a lei brasileira – o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – que são organizadas mediante dados cronológicos, a primeira considera adolescente todo aquele indivíduo entre 10 e 19 anos, e juventude as idades de 15 a 24 anos, enquanto que o segundo, considera adolescente indivíduos entre 12 e 18 anos, em casos excepcionais são ponderadas as idades entre 18 e 21 anos. Vemos aqui uma irregularidade entre as idades

consideradas por ambas instituições, quando o mais importante é verificar que segundo o *Marco Legal* (Ministério da Saúde, 2005a), a utilização da cronologia se dá com a finalidade de orientação investigativa e epidemiológica, não deixando de lado as considerações e ponderações que devem ser feitas com os aspectos psicológicos e sociais do indivíduo.

Todavia, a adolescência é conhecida, corriqueiramente, como um período de crise, já que o adolescente é concebido como marcado por um mal-estar social e psíquico, uma vez que as transformações pela qual o sujeito passa traz implicações no cotidiano. Na contemporaneidade, a adolescência e puberdade são consideradas por alguns autores fases distintas, embora indissociáveis, nas quais suas peculiaridades defrontam o sujeito.

Nesse sentido, ressaltamos que, em relação às políticas públicas de intervenção junto aos adolescentes, vale destacar a importância da diferenciação entre adolescência e puberdade, considerando o adolescer como um processo de desconstrução e de construção de idealizações e de elaboração de lutos e de identificações no espaço social, para além do núcleo afetivo familiar. De acordo com Lewis e Volkmar (1993), a puberdade se constitui enquanto uma maturação física acontecendo por volta dos 10 anos nas meninas e aos 12 anos nos meninos, por ser variável a idade cronológica, portanto não indica precisamente o nível de maturação em que o indivíduo está. Lepre (2005) e Levy (2001) delimitam esta fase cronologicamente dos 14 aos 21 anos (podendo existir variações) e como uma fase imediatamente após a puberdade.

Alberti (1996, 2002), Freud (1905/1976) e Rassial (1997, 1999) já consideram a adolescência não como uma fase cronológica, mas sim psíquica, portanto não existindo forma de enquadrá-la em determinados padrões de idade. Freud (1905/1976) postula como início da puberdade as mudanças finais da sexualidade infantil, caracterizando, então, como toda pulsão sexual redirecionada do auto-erótico para um objeto sexual exterior ao sujeito. Também é evidenciado como o sujeito masculino e feminino passam pela puberdade no que diz respeito à sexualidade, em que ambos assumem posições e formas de obtenção de prazer de forma distinta. Esta fase tem início e objetivo final bem delineados, embora que o seu desenvolvimento, chamado de passos intermediários, ainda se apresentam obscuros. Exceto pelo crescimento dos órgãos genitais e sexuais, caracterizando o principal traço da puberdade. Aberastury e Knobel (1981/2000) abordam o conceito central de “crise da adolescência”, como essencial para o estabelecimento da identidade do adolescente, que se vê as voltas com o mundo dos adultos e precisando desprender-se da sua vida infantil. Para isso, é preciso realizar o luto pelo corpo infantil, que agora

sofre as mudanças biológicas caracterizadas pelo arredondamento do corpo, com maiores curvas, crescimento dos seios e pêlos pubianos e nas axilas nas meninas e nos meninos a voz que engrossa, e crescimento de pêlos pubianos, nas axilas, a barba e os órgãos sexuais que aumentam de volume. O luto pela identidade infantil e a nova identidade de adolescente e, por fim, o luto pelos pais infantis que se antes permitiam tudo, agora sancionam as vontades e desejos dos seus filhos adolescentes. O luto também é vivido pelos pais, que precisam elaborar o luto pelos filhos que antes eram crianças e se apresentam em constante crescimento e transformação. Alberti (1996) define a adolescência como um período em que o sujeito se vê diante da maturação sexual que se baseia no desencadeamento de uma transformação pulsional. Uma vez que, este sujeito estará re-organizando seus conflitos edípicos, considerando a adolescência como uma escolha do sujeito, em que esta opção traz conseqüências para ele, as quais são o desligamento com os pais e o reconhecimento da castração no Outro, o que é um “elemento” fundamentalmente presente na adolescência, por encaminhar o sujeito essa falta de forma a elaborá-la. Consideram-se aspectos importantes para a diferenciação entre puberdade e adolescência, onde a primeira é tida como um parâmetro universal e necessário a todos os seres humanos, pois está ligada a maturação biológica do corpo. Já a segunda se caracteriza como singular, concordando com os aspectos socioculturais de cada civilização e o tempo histórico ao qual se encontram, que repercutem nas transformações psíquicas próprias desse momento. Esta diferenciação constitui um indicativo significativo para a elaboração de políticas públicas, devendo subsidiar as estratégias de intervenção junto aos sujeitos que, mesmo em fases distintas da vida, podem estar situados como sujeitos-adolescentes frente ao seu desejo e sua organização pulsional.

Nesse sentido, Rassial (1997) ressalta a importância da linguagem nesse momento, a qual adquire uma nova perspectiva para o sujeito em construção, ou melhor, para a constituição de um novo sujeito. Passando de uma vida familiar, da infância, em que predomina a dependência dos pais e de seus significantes, para o social, e seus novos significantes que farão parte da vida adulta, do espaço intrafamiliar para o extrafamiliar. A adolescência, então, constitui uma operação psíquica, daí o termo *passagem adolescente*. Tal conceito de adolescência privilegia o percurso do adolescente quando este está saindo do seio intrafamiliar para o extrafamiliar em que são necessárias a realização de certas operações subjetivas que o desliguem dos investimentos infantis.

Os teóricos citados anteriormente reconhecem a adolescência e a abordam com variadas significações, unindo-se à concepção de invenção, há aqueles que tomam este conceito como mais um criado pela modernidade, questionando-o. E a modernidade se apresenta caracterizada, segundo Ruffino (2000), através da *expansão*, em que há o empobrecimento ou desaparecimento da singularidade do sujeito, e da *velocidade*, gerando como consequência o declínio da função social do pai, influenciando e alterando a estrutura da subjetividade e a organização dos laços sociais. Como estratégias de participação nas instituições familiares e escolares que possibilitem representações das experiências corporais, familiares e sociais, incluindo a construção de ideais – traço importante na passagem adolescente – e o descentramento de imagens sociais padronizadas pelos meios como hegemônicas e inquestionáveis, incentivamos a construção de “espaços de fala” nas escolas, nos quais as dores psíquicas, os lutos da infância (do corpo infantil, dos pais, da onipotência infantil) possam ser tematizados e elaborados. Relevamos também, as intervenções com as famílias, já que, em muitos casos, as adolescentes constituem os “sintomas” do que não vai bem na estrutura familiar. Sublinhamos a importância de abordagens que levem em conta a subjetividade, com a consideração da implicação do sujeito e dos sentidos culturais da experiência do adoecimento, inclusive das representações leigas que a demarcam (Ramos, 2001, 2006, 2007; Spink, 2003, 2004; Teixeira e Bucher-Maluschke, 2008) e, nesse sentido, as produções ordinárias de adolescentes constituem fontes ricas de representações do corpo de sujeitos em sofrimento que demandam intervenções sociais plurais. Concluímos como indicativos para programas de intervenção junto a adolescentes devem constar a diferenciação entre puberdade e adolescência, o caráter histórico-social da adolescência e a não determinação do adolescer à uma fase do desenvolvimento, visto, como exemplo, a adolescência ampliada, na qual adultos, em termos cronológicos, podem passar por operações psíquicas adolescentes.

## REFERÊNCIAS

- Aberastury, A., & Knobel, M. (2000). *Adolescência Normal: Um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artmed (Originalmente publicado em 1981).
- Alberti, S. (1996). *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

- Alberti, S. (2002). O Adolescente e seu Pathos. *Psicol. USP*, 13(2), Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000200011&lng=&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200011&lng=&nrm=iso)
- Coutinho, M. da P.L., & Ramos, M.N. (2008). Distúrbios psicoafetivos na infância e adolescência: Um estudo transcultural. *Psico*, 39(1), 14-20.
- Fleming, M. (2005). *Entre o medo e o desejo de crescer. Psicologia da Adolescência*. Porto, PT: Afrontamento.
- Freud, S. (1976). *Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Vol. 07). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905)
- Lepre, R.M. (2005). *Adolescência e construção da identidade* disponível em <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=395>
- Levy, R. (2001). Adolescência. Cláudio Laks Eizirik e org. In *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Lewis, M., & Volkmar, F.R. (1993). Adolescência. In *Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência* (3ª ed., pp. 219-264). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ministério da Saúde. (2005a). *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005b). *Saúde integral de adolescentes e jovens: Orientações para a organização de jovens e adolescentes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2006). *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ramos, N. (2002). Educação, saúde e culturas – Novas perspectivas de investigação e intervenção na infância. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 36(1,2,3), 463-487.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2006). Relações e solidariedades intergeracionais na família – Dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39(1), 195-216.
- Ramos, N. (2008). *Saúde, migração e interculturalidade: Perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa, PB: Editora Universitária da Universidade Federal da Paraíba.
- Rassial, Jean-J. (1997). *A passagem adolescente: Da família ao laço social*. Porto Alegre: Artes e Ofícios Ed.
- Rassial, Jean-J. (2000). *O sujeito em estado limite*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

- Rassial, Jean-J. (2005). *O adolescente e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud (Originalmente publicado em 1999).
- Spink, M.J. (2003). *Psicologia social e saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Spink, M.J. (2004). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EdiPUCRS.
- Teixeira, L.C., & Bücher-Maluschke, J.S.F. (2008). *O sofrimento e seus destinos: Psicologia, psicanálise e práticas de saúde*. Brasília, DF: Universa.

“EXPERIÊNCIAS SAUDÁVEIS”: UM PROGRAMA  
DE PREVENÇÃO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICO-  
ACTIVAS JUNTO DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

*Lilia Forte*

FPCE, Universidade de Coimbra

Actualmente, com o fenómeno da globalização, verifica-se a existência de mudanças nos estilos de vida e um aumento dos comportamentos de risco que, por sua vez, representam uma causa directa ou indirecta de doença e/ou de morte. Neste contexto, as drogas constituem uma das maiores preocupações das sociedades contemporâneas, representando um grave problema de saúde, social, económico e político à escala internacional (Rosa, 2000), que afecta pessoas de todas as idades e de todas as classes sociais (Machado, 1990).

Vários estudos nacionais e internacionais mostram que a toxicodependência deixou de estar associada à marginalização e ao consumo de heroína. Começam a existir novas tendências de consumo, nomeadamente o consumo recreativo, muito frequente nos jovens e nos estudantes, caracterizando-se como sendo voluntário em ocasiões sociais específicas (Australian Government, 2006). O último “Relatório Anual 2009” do Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência (OEDT, 2009) mostra que, na população dos 15 aos 34 anos, a prevalência do consumo de cannabis aparece mais elevada é na Dinamarca (48%), na França (43,6%) e no Reino Unido (40,1%). Por sua vez, o consumo de anfetaminas mais elevado acontece no Reino Unido (15,3%), na Dinamarca (10,5%) e na Letónia (6,1%). O consumo de ecstasy é mais elevado no Reino Unido (12,7%), na República Checa (14,6%) e na Irlanda (9,0%). Quanto aos alucinógenos, a sua prevalência varia de 0 a 6,6% nos jovens europeus. Em Portugal, de acordo com o Relatório Mundial sobre as drogas (Nations Unies, 2007), o índice da prevalência consumo de cannabis, de anfetaminas e de ecstasy por parte da população portuguesa (3,3; 0,1 e 0,3 respectivamente) encontra-se nos últimos europeus.

Um estudo realizado por Calafat (1999), acerca a vida nocturna na Europa e sobre o consumo de drogas em contextos recreativos, em que 45,2% da população inquirida frequentava o ensino superior. A cidade de Coimbra, sendo famosa pela sua tradição estudantil, esteve incluída nesta investigação, onde foi mencionada a festa da Queima das Fitas, como ambiente propício a consumos, onde não se consome apenas álcool, mas também outras drogas ilícitas. Os convívios semanais, durante todo o ano lectivo, assim como a Festa das Latas também representam formas de

diversão em contextos recreativos e que, por sua vez, também representam ambientes favoráveis aos consumos excessivos de substâncias psicoactivas. Os consumos excessivos, assim como os abusos levam a consequências negativas a longo prazo, como por exemplo doenças hepáticas ou diminuição do rendimento académico. Por outro lado, existem consequências imediatas, tais como os acidentes rodoviários, comportamentos violentos ou comportamentos sexuais de risco (Morais, 2000). Relativamente a este último exemplo, um estudo levado a cabo por Cruz (2000) revelou que um grande número de estudantes universitários teve relações sexuais desprotegidas durante a Queima das Fitas. Neste contexto, existem muitas intervenções com vista a sensibilizar para o uso do preservativo de modo a prevenir a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis, onde algumas representam um grave problema a nível mundial, nomeadamente no que diz respeito ao fenómeno da SIDA. Assim, é, de facto, importante introduzir estratégias preventivas junto de estudantes do ensino superior, pois estes jovens serão no futuro responsáveis pela saúde dos outros (Faria, 2000).

Neste contexto, propôs-se a realização de um estudo, no âmbito de um projecto de estágio inserido na área de Educação Social, mais especificamente em Educação para a Saúde, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Trata-se de um projecto de prevenção primária, intitulado “Experiências Saudáveis”, que consistiu na adaptação do Programa Australiano “*Keeping in Touch*” (Australian Government, 2006), destinado à população universitária. O programa “Experiências Saudáveis”, baseado numa metodologia de Educação pelos Pares e planificado segundo o Modelo de Caffarella (2002) foi organizado em 4 sessões que contemplavam conteúdos teóricos relativamente às drogas, mas também conteúdos práticos de desenvolvimento de competências pessoais e sociais: (1) *As drogas e a sua importância na sociedade*; (2) *Pressão dos pares e modelos explicativos dos consumos*; (3) *Factores de risco e factores de protecção*; (4) *Estilos de comunicação, desenvolvimento de competências no aconselhamento de jovens*.

Seguidamente, os participantes do programa, organizaram, adoptando uma metodologia de educação pelos pares, um projecto de informação e sensibilização intitulado “SOS Queima 2008” (distribuição de folhetos e de preservativos; apresentação de curtas metragens; jogos e simulação de alcoolémia, etc.) para prevenir o consumo de álcool e de outras drogas em contextos recreativos.

Tendo em conta a importância atribuída a este tema, torna-se importante realizar estudos sobre a eficácia deste tipo de intervenções. Desta forma,

este trabalho, consiste em apresentar a avaliação do impacto do programa “Experiências Saudáveis” junto dos participantes.

O Programa, assim como a sua respectiva avaliação foram elaborados com base no Modelo de Avaliação de Kirkpatrick (Kirkpatrick, 2005) e noutros referenciais teóricos de Promoção da Saúde, nomeadamente no modelo Salutogénico (Nunes, 2007). Segundo o qual, através da mobilização de factores internos que favorecem o desenvolvimento das pessoas a favor da sua saúde. Esses factores internos e recursos gerais de resistência são designados “sentido de coerência” (face à vida), e contêm três dimensões: (1) compreensão (*comprehensibility*), dimensão cognitiva que consiste em interpretar os estímulos e factores externos; (2) a gestão (*manageability*), que consiste em perceber os recursos pessoais e sociais que podem ser utilizados para responder ao estímulo e, finalmente, (3) o investimento (*meaningfulness*) que representa a capacidade de atribuir um sentido aos acontecimentos da vida, investindo interesse, energia e recursos para resolver situações. Assim, quanto mais elevado é o sentido de coerência, mais os indivíduos são capazes de resistir a factores externos e internos e intervir, utilizando de forma flexível, os recursos internos e externos apropriados no contexto/ambiente à sua volta (Navarro, 2000; Saboga Nunes, 2007).

Assim, os objectivos deste trabalho são:

- a) *Caracterizar as tendências de consumo dos participantes do programa*
- b) *Analisar a satisfação dos participantes em relação ao desenvolvimento das sessões*
- c) *Analisar a influência do programa na aquisição de conhecimentos (conteúdos teóricos)*
- d) *Analisar a influência do programa na mudança de valores, atitudes e comportamentos*
- e) *Analisar a influência do programa na promoção do sentido de coerência*

## MÉTODO

### *Participantes*

O grupo de estudantes universitários que participaram nesta iniciativa era constituído por 28 sujeitos, com *idades compreendidas entre os 19 e os 24 anos*.

### *Material*

Foram construídos, de raiz, questionários de avaliação da satisfação sobre o desenvolvimento de cada sessão, constituídos por perguntas fechadas e

perguntas abertas, considerando os objectivos e conteúdos de cada sessão. Foi, igualmente elaborado um questionário de avaliação de conhecimentos tendo em conta conteúdos teóricos previstos durante as quatro sessões do programa, e é constituído por 25 perguntas fechadas.

Para avaliar valores, atitudes, comportamentos e crenças foi adaptado um questionário de avaliação de atitudes e valores em relação às drogas (Megias, 2000), instrumento este, utilizado num estudo sobre os valores da sociedade espanhola em relação às drogas. Também foram utilizadas duas sub-escalas (Atitudes e Crenças) da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes (Carvalho & Leal, 2006). Finalmente, foi, também, aplicado o Questionário de Orientação para Viver (Saboga Nunes, 2007).

### *Procedimentos*

A avaliação foi considerada segundo os três primeiros níveis do modelo de Avaliação de Donald Kirkpatrick (Kirkpatrick, 2005), em dois tempos (antes e depois da formação). O primeiro nível (satisfação e expectativas) e o segundo (conhecimentos) foram avaliados através de questionários constituídos para o efeito. O terceiro nível (valores, atitudes e comportamentos) foi avaliado através de questionários de Avaliação de Atitudes e Valores em relação às Drogas (Megias, 2000) e o Questionário de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas na Adolescência (Carvalho & Leal, 2006). Para completar, o trabalho também contemplou o Questionário de Orientação para Viver com vista a verificar a existência de mudanças relativas às competências pessoais.

Os dados foram introduzidos e analisados através do programa de análise estatística SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) e consistiam em verificar as diferenças entre os resultados antes e depois da formação, a nível da aquisição de conhecimentos, influência sobre os valores, atitudes, comportamentos e sentido de coerência.

## RESULTADOS

### *Satisfação e conhecimentos*

No primeiro nível de avaliação de Kirkpatrick, em geral, os participantes mostraram uma maior satisfação relativamente às actividades participativas, em comparação com a exposição de conteúdos teóricos.

No que diz respeito à aquisição de conhecimentos (cf. Quadro 1), verificou-se um aumento estatisticamente significativo dos pontos, em 25

pontos (Total do questionário), a média do segundo tempo de avaliação ( $M=22,61$ ) é superior à média do primeiro tempo ( $M=20,93$ ), verificando-se um aumento médio da pontuação de 1,68 e constata-se que o Desvio Padrão diminui de T1 ( $DP=1,72$ ) para o T2 ( $DP=1,64$ ). É de notar que a pontuação mínima obtida em T2 aumenta e a pontuação máxima mantém-se, correspondendo ao resultado máximo possível de obter (25 pontos). Verificou-se, ainda, que a tendência geral, do primeiro tempo, para o segundo, consiste num aumento da pontuação, a qual varia entre 1 e 4 pontos.

Quadro 1

*Média, desvio padrão, mínimos e máximos da pontuação (conhecimentos)*

Momentos de avaliação	N	M	DP	Pontuação	
				Mínimo	Máximo
T1	28	20,93	1,72	16	25
T2	28	22,61	1,64	19	25
T2-T1	28	1,68	2,13	-4	4

As questões onde existia um aumento geral da pontuação estavam em relação com conteúdos abordados num contexto prático (dinâmica de grupos, exercícios, debates). Assim, tendo em conta os resultados do nível de satisfação dos participantes, pode-se considerar, em termos pedagógicos, um aperfeiçoamento das estratégias de transmissão de conteúdos, isto é, privilegiando estratégias participativas que impliquem debates e reflexões.

#### *Valores, atitudes e comportamentos*

Na análise das respostas do questionário utilizado na investigação descrita por Megías (2000), em termos descritivos, verificou-se que os participantes eram sensíveis à situação dos (ex)consumidores, considerando-os como «tristes», pessoas «abandonadas» ou «vítimas». Relativamente às suas opiniões acerca das drogas, a maioria mencionou que estas eram substâncias perigosas que não se deviam experimentar, mas outros confessaram que eles as consideravam como substâncias que é necessário conhecer e experimentar ao menos uma vez.

Relativamente às substâncias que os participantes revelaram consumir (cf. Quadro 2), as substâncias mais frequentemente mencionadas são o tabaco, o álcool e a cannabis, seguidos do ecstasy, alucinogéneos e cocaína. A

seqüência mais frequente de consumo experiencial é “Tabaco/álcool/Cannabis”, tanto em T1 ( $n=12$ ) como em T2 ( $n=14$ ). Verifica-se um aumento do consumo experimental de álcool. Por outro lado, constata-se que existem menos elementos que revelam ter apenas experimentado tabaco e álcool, de sete elementos (T1) passou-se a quatro (T2). Num segundo momento da avaliação aparece um novo tipo de substância nos consumos: os “tranquilizantes”.

Quadro 2

*Substâncias psicoactivas que os participantes revelam ter experimentado*

Substâncias psicoactivas	T1 (n)	T2 (n)
Álcool	2	3
Cannabis	1	0
Tabaco/álcool	7	4
Álcool/tranquilizantes	0	1
Tabaco/álcool/cannabis	12	14
Tabaco/cannabis/alucinogéneos	0	1
Álcool/cannabis/alucinogéneos	1	0
Tabaco/álcool/cannabis/cocaína	0	1
Tabaco/álcool/cannabis/alucinogéneos/Ecstasy	1	1
Tabaco/álcool/cannabis/alucinogéneos/tranquilizantes	1	1
Tabaco/álcool/cannabis/Ecstasy/cocaína	2	1
Nenhum	1	1
Total	28	28

Relativamente aos consumos no último ano, houve diminuição do consumo de apenas tabaco e álcool de T1 ( $n=13$ ) para T2 ( $n=8$ ). Por outro lado, observou-se um aumento do consumo de “tabaco/álcool/cannabis” de T1 ( $n=7$ ) para T2 ( $n=12$ ), assim como um aumento do consumo de “álcool”. A substância habitualmente mais consumida pelos participantes é o “tabaco” ( $n=6$ ), o “álcool” ( $n=5$  em T1;  $n=6$  em T2) e o “tabaco/álcool” ( $n=6$  em T1;  $n=5$  em T2). Ainda se verifica que existem consumidores habituais de “tabaco/cannabis” ( $n=1$  em T1;  $n=2$  em T2) e num segundo momento da avaliação um elemento revela ser consumidor habitual de “tabaco/álcool/cannabis”. Finalmente, apenas dois indivíduos referem não serem consumidores habituais de nenhuma das substâncias referidas, no entanto, em T2, esse valor passou a ser equivalente a zero.

Estes resultados estão de acordo com estudos nacionais e internacionais, que mostram que estas são as três substâncias mais consumidas e que entre elas, a substância ilícita mais consumida é a cannabis (Calafat, 1999; Feijão, 2007; IDT, 2007; Nations Unies, 2007).

Neste estudo, a análise de vários dados mostrou tendências de resposta diferentes, que levaram a concluir que havia dois “tipos” de participantes: os que consumiam substâncias regularmente e aqueles que não consumiam nenhuma substância ou raramente. As opiniões de respostas destessujeitos foram diferentes e mostraram níveis de sensibilidade diferentes.

Os resultados obtidos no Questionário de Representações Sociais do consumo de Droga na Adolescência (Carvalho & Leal, 2006), mostraram mudanças na soma dos pontos obtidos nas dimensões das atitudes e das crenças, mas não existiam diferenças estatisticamente significativas do primeiro para o segundo tempo.

De acordo com a quadro que se segue, constata-se que a média relativa às Atitudes relativamente às drogas diminui ligeiramente, ou seja, diminui de 17,62 para 17,25. O Desvio Padrão, por sua vez aumenta. Também se verifica que, no segundo momento da avaliação, tanto o valor máximo e o valor mínimo diminuem, passando de 27 pontos para 26 pontos (Valor Máximo) e de 11 pontos para 8 pontos (Valor Mínimo).

Relativamente à subescala das Crenças, verifica-se que a média do primeiro ( $M=22,78$ ) para o segundo ( $M=22,92$ ) tempo, aumenta, assim como o valor do desvio padrão (T1:  $DP=5,29$ ; T2:  $DP=5,51$ ). Quanto ao Valor Máximo, verifica-se que este aumenta de 30 pontos (T1) para 31 pontos (T2), enquanto que o valor mínimo diminui de 12 pontos (T1) para 8 pontos (T2).

Quadro 3

*Média, desvio padrão, valor máximo e valor mínimo das subescalas atitudes e crenças*

	Atitudes		Crenças		Atitudes T2-T1	Crenças T2-T1
	T1	T2	T1	T2		
<i>M</i>	17,62	17,25	22,78	22,92	-0,35	0,04
<i>DP</i>	4,68	5,03	5,29	5,51	3,89	4,61
Valor Máximo	27,00	26,00	30,00	31,00	9,00	9,00
Valor Mínimo	11,00	8,00	12,00	8,00	-7,00	-11,00
Valores que faltam	2	0	1	2	2	3

Estes resultados vêm confirmar as conclusões obtidas por Miller (2003), a partir de um estudo efectuado junto de estudantes universitários, onde verificou que as iniciativas nas universidades foram efucazes, no que diz respeito ao aumento da consciência dos efeitos negativos de álcool e de outras substâncias, mas não o foram na mudança das percepções e atitudes

dos pares. Isto significa que é importante, em termos de intervenção, para evitar os efeitos negativos das intervenções, de considerar não só o nível individual, mas também o nível colectivo/ de contexto, de forma global e contínua.

### *Sentido de coerência*

No que diz respeito ao sentido de coerência, verificou-se que apenas houve aumento estatisticamente significativo na dimensão Compreensão do QOV. De acordo com a Quadro 4, verifica-se que, no sentido de coerência, de forma geral, existe uma maior mudança nas dimensões Compreensão, que apresentou um aumento na média mais elevado ( $M=38$  em T1 e  $M=40,6$  em T2).

Quadro 4

#### *Médias e desvios-padrão das dimensões do QOV*

N=28	Dimensões QOV	Nº Itens	T1		T2	
			M	DP	M	DP
	Compreensão	11	38,00	6,35	40,6	6,02
	Gestão	10	47,00	5,67	46,61	5,11
	Investimento	8	42,61	5,69	42,26	5,45

Estes resultados vão de acordo com o que seria de esperar, tendo em conta as mudanças significativas na dimensão Compreensão. A planificação do programa e a transmissão da informação estavam direccionadas para a facilitação da construção de conhecimentos relativamente à problemática do uso e da dependência de substâncias psico-activas.

Estes dados também revelam que, apesar deste questionário avaliar um nível geral de sentido de coerência, também exerce algum efeito no âmbito de uma temática específica, como o consumo de substâncias psicoactivas. Por isso, no contexto de formação de pares mediadores, representa um indicador favorável para a inclusão de aspectos informativos e de consciencialização acerca das drogas. Para além disso, num programa duradouro, para desenvolver mais competências pessoais e sociais, será necessário investir no aumento de conhecimentos, antes de existirem diferenças nas outras dimensões.

## CONCLUSÃO

Em geral, pode-se concluir que a formação contribuiu de forma positiva em vários domínios, pelo facto de existirem mudanças estatisticamente significativas. É necessário considerar que a informação, por si só, não leva a mudanças de atitudes, é preciso esperar mudanças a longo termo, depois e programas de intervenção contínuos.

Uma das implicações práticas deste trabalho, é o facto de que os resultados serão úteis, para a FPCEUC, mas igualmente para outras instituições de ajuda, assistência aos estudantes. Os resultados levam a concluir a importância na organização de iniciativas, não só relativamente à ajuda psicopedagógica, mas também para a importância de actividades e intervenções de promoção da saúde, onde vários estudos confirmam a problemática dos consumos em contextos recreativos e consequências negativas associadas.

Quanto às implicações pedagógicas, os resultados mostram que, em geral, as intervenções que favorecem uma metodologia participativa são melhores e demonstram uma maior eficácia quanto aos resultados obtidos. Por outro lado, os resultados ainda confirmam que no momento de planificar uma intervenção, é necessário considerar as diferenças interindividuais dos participantes. O tipo de prevenção implementado junto com estudantes que nunca consumiram deve ser diferente daquele que se aplica junto de estudantes que consomem regularmente, de forma a evitar eventuais efeitos negativos da própria intervenção.

Os resultados desta avaliação também mostram a importância de valorizar conteúdos que contemplam o desenvolvimento de competências, não só a nível cognitivo, mas também pessoais e sociais, assim como estratégias de resolução de problemas que são necessárias à mudança de valores, atitudes e comportamentos que visam a promoção da saúde e todos os níveis, assim como o desenvolvimento do sentido de coerência (capacidades de compreensão, gestão e investimento).

## REFERÊNCIAS

Australian Government: Department of Education Science and Training. (2006). *Keeping in Touch: Working with Alcohol & Other Drug Use.*

- Caffarella, R.S. (2002). *Planning programs for adult learners: A practical guide for educators, trainers and staff developers* (2nd ed). San Francisco: Jossey-Bass, Inc.
- Calafat, A. (1999). *Night life in Europe and recreative drug use. SONAR 98*. IREFREA & European Commission.
- Carvalho, A., & Leal, I. (2006). Construção e Validação de uma Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 287-297.
- Cruz, J. (2000). Conhecimentos, atitudes e praticas sexuais dos estudantes universitários: Implicações para a prevenção do VIH/SIDA nos jovens. In Precioso et al. (Eds.), *Educação Para a Saúde* (pp. 217-233). Braga: Departamento de Metodologias da Educação Universidade do Minho.
- Feijão, F. (2007). Adolescentes e consumo de substâncias psicoactivas: O tempo e o território enquanto factores subjacentes as dinâmicas de consumo em Portugal e na Europa. *Revista Toxicodependências*, 13(1), 59-80.
- Faria, M. (2000). Educação para a Saúde no Ensino Superior. In Precioso et al. (Eds.), *Educação Para a Saúde* (pp.73-88). Braga: Departamento de Metodologias da Educação Universidade do Minho.
- IDT. (2007). *Relatorio Anual 2006: A situação do pais em matéria de drogas e toxicodependências*. Lisboa: IDT.
- Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2005). *Evaluating training programs – The four levels*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Machado, I. (1990). *Manual de educación sobre drogodependencias: Exposición para Educadores*. Vigo: Servicio galego de Saúde.
- Megías, E. (2000). *Los valores de la sociedad española y su relación com las drogas*. Madrid: Fundacion “La Caixa”.
- Miller, D. (2003). Pluralistic Ignorance and Alcohol Use on Campus: Some Consequences of Misperceiving the Social Norm. In Salovey & Rothman (Eds.), *Social Psychology of Health: Key Readings in Social Psychology* (pp. 183-197). Psychology Press.
- Morais, C. (2000). Consumo de álcool e as suas repercussões na saúde pública. In Precioso et al. (Eds.), *Educação Para a Saúde* (pp. 185-195). Braga: Departamento de Metodologias da Educação Universidade do Minho.
- Navarro, M. (2000). Educar para a Saúde ou para a Vida? Conceitos e Fundamentos para Novas Praticas. In Precioso et al. (Eds.), *Educação Para a Saúde* (pp. 13-28). Braga: Departamento de Metodologias da Educacao Universidade do Minho.
- Nations Unies: Office contre la Drogue et le Crime. *Rapport Mondial sur les Drogues 2007*. Retirado de [http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2007/wdr2007\\_french\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2007/wdr2007_french_web.pdf) a 24 Fevereiro de 2008.

- OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2009). *Relatório Anual 2009: A evolução do fenómeno da droga na Europa*. Lisboa: OEDT.
- Pais Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Livpsic.
- Rosa, A., et al. (2000). *Toxicodependência: Arte de Cuidar*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Saboga, N. (2007). Salutogenesis & Health. Retirado de <http://193.136.116.5/saboga/soc/> a 14 de Julho 2008.

CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DE DOENÇA: ESTUDO  
COMPARATIVO ENTRE CRIANÇAS SAUDÁVEIS E CRIANÇAS  
COM DOENÇA ONCOLÓGICA

*Lígia Lima<sup>1</sup> / Marina Serra de Lemos<sup>2</sup> / Brígida Lema<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto; <sup>2</sup>FPCE Universidade do Porto

A investigação tem vindo a demonstrar que um dos factores determinantes do bem-estar psicológico dos doentes e utentes em idade pediátrica consiste no fornecimento de informação relativa à sua saúde, doença, processo de hospitalização e procedimentos médicos. Existem resultados que mostram claramente a existência de uma associação entre o processo de dar informação e a redução do medo, ansiedade e dor no período pós-operatório (Rushforth, 1999). Consequentemente, começaram a surgir cada vez mais estudos que exploram a forma como as crianças concebem e compreendem os fenómenos relacionados com a saúde e doença.

Existem três grandes abordagens teóricas/perspectivas subjacentes a este tipo de estudos e a mais frequentemente utilizada é aquela que considera que a compreensão dos fenómenos de saúde e doença na infância é determinada pelo desenvolvimento cognitivo. Com base na teoria de Piaget sobre o desenvolvimento intelectual, Bibace e Walsh (1979) desenvolveram uma teoria de estádios para a compreensão da doença que é bastante semelhante ao esquema proposto por Piaget para descrever a compreensão dos conceitos de ordem física. Apesar de bastante difundida, esta teoria foca-se essencialmente naquilo que a criança ainda não conhece ou no que é incapaz de compreender (Eiser & Twamley, 1999). Uma abordagem alternativa enfatiza a influência da experiência, sugerindo que independentemente da quantidade de informação que lhes é fornecida, as crianças procuram sempre entender aquilo que se passa consigo, partindo do que já sabem e da sua experiência pessoal. De acordo com Carey (1985) o conhecimento é a chave, ou seja, quanto mais informação criança possuir, mais bem equipada ficará para compreender os fenómenos de saúde e de doença, e mesmo crianças muito pequenas têm a capacidade de atingir níveis de compreensão bastante sofisticados sobre as suas experiências de doença. Uma terceira perspectiva, sugere que a compreensão de saúde e doença depende quer do desenvolvimento cognitivo quer da experiência.

Este estudo, que se insere num projecto mais abrangente, teve como finalidade estudar as características das concepções infantis de saúde e de doença e analisar em que medida a experiência de doença tem influência

nas conceptualizações das crianças acerca destes fenómenos, comparando as concepções de uma amostra de crianças saudáveis com as concepções de uma amostra de crianças com doença oncológica.

## MÉTODO

### *Participantes*

Foram recolhidos dados em duas amostras: a primeira foi constituída por 183 crianças de idades compreendidas entre os 8 e os 13 anos de idade (89 rapazes e 104 raparigas) pertencentes a diferentes instituições de ensino (públicas e privadas) do Norte do País; a segunda foi recolhida numa instituição de saúde especializada em doenças oncológicas e foi constituída por 29 crianças com idades entre os 7 e os 13 anos de idade (19 rapazes e 10 raparigas), que se encontravam no serviço de internamento.

### *Procedimento*

As concepções de saúde e de doença foram recolhidas com recurso ao método de “Desenhar e escrever” (Williams, Wetton, & Moon, 1989). A cada criança foi entregue uma folha de papel branco e de tamanho A4, sendo-lhe pedido que desenhasse e escrevesse sobre o que significa estar saudável em metade da folha e estar doente na outra metade. Neste estudo apenas analisamos os textos.

Os desenhos e textos da amostra de crianças saudáveis foram recolhidos em sala de aula e os da amostra de crianças com doença oncológica foram obtidos no hospital, na sala de brincar.

### *Codificação das respostas das crianças*

Todos os textos foram sujeitos a um processo de análise de conteúdo e foram criadas normas de codificação e um sistema de categorias para cada uma das questões (conceito de saúde e conceito de doença), com base no modelo de Boruchovitch e Mednick (1997, 2002). Foi assim desenvolvido um sistema de categorias, constituído por pares de categorias que serviram para codificar os dados relativos aos conceitos de saúde e doença:

- 1 *Participação/falta de participação em práticas preventivas* – nesta categoria a saúde é descrita em termos de acções que as pessoas realizam para se tornarem saudáveis (ex. comer comida saudável) e a doença é descrita como estando associada à falta de acções de saúde adequadas por parte do sujeito, (ex: não fazer exercício físico)
- 2 *Participação/falta de participação em práticas curativas* – nesta categoria a saúde é descrita em termos da falta de necessidade de realizar acções do tipo curativo (ex: ser saudável é não ter que ir ao hospital), e a doença é descrita como acções que descrevem medidas curativas (ex: estar doente é tomar pastilhas ou levar injecções).
- 3 *Ausência/presença de problemas de saúde e sintomas* – esta categoria inclui as respostas que descrevem a saúde em termos de ausência de doença, problemas ou sintomas (ex: ter saúde é não ter sarampo) e respostas que definem a doença como ausência de saúde ou pela presença de um problema geral ou específico de saúde ou sintomas físicos e somáticos (ex: estar doente é ter um vírus ou uma constipação).
- 4 *Capacidade/Incapacidade de realizar actividades exigidas e/ou desejadas* – inclui as respostas que descrevem a saúde em termos funcionais, isto é, acções que reflectem o que as pessoas conseguem fazer pelo facto de estarem saudáveis (ex: estar saudável é poder ir para a escola e poder brincar) e a doença como o oposto, ou seja que definem a doença através de indicadores de alterações na capacidade funcional do sujeito (ex: estar doente é estar na cama).
- 5 *Sentimentos gerais e estados de humor positivos/negativos* – esta categoria inclui as respostas que descrevem a saúde e a doença em termos do que as pessoas sentem e experienciam como consequência de estarem saudáveis ou doentes (ex: ser saudável é ser-se feliz quando estamos doentes sentimo-nos tristes e horríveis).
- 6 *Não sei* – nesta categoria incluem-se as respostas ‘não sei’, as que são incompreensíveis ou que não se podem classificar noutras categorias.

Para a definição de doença foi necessária uma sétima categoria:

- 7 *Vantagens e sentimentos positivos acerca de estar doente* nesta categoria as incluem-se respostas que descrevem as consequências positivas de estar doente (ex: quando se está doente as pessoas são mais simpáticas connosco).

## RESULTADOS

*Concepções infantis sobre saúde e doença*

O primeiro objectivo deste estudo foi o de caracterizar as concepções infantis acerca dos conceitos de saúde e de doença, através da análise dos dados obtidos com a amostra de crianças saudáveis. Com base no processo de análise de conteúdo, foram identificadas e codificadas 1692 unidades de análise, representando uma média de 9,25 unidades por criança.

Em relação à definição de saúde (Quadro 1), as crianças apresentaram 809 unidades de registo e as categorias mais frequentes foram “Participação em actividades preventivas”, “Sentimentos positivos” e “Capacidade para fazer as actividades exigidas”. Entre os indicadores mais frequentes na categoria de ‘Participação em actividades preventivas’ estiveram o comer comida saudável como fruta, vegetais e leite e o fazer exercício físico. Felicidade, força e divertir-se foram alguns dos ‘Sentimentos positivos’ mais citados em relação a ser-se saudável.

Quadro 1

*Percentagem de respostas em cada categoria da definição de saúde*

Definição de saúde	Crianças saudáveis	
	N	%
Participação em actividades preventivas	266	32,9
Ausência de actividades	26	3,2
Ausência de problemas de saúde e sintomas	59	7,3
Capacidade para fazer as actividades exigidas	192	23,7
Sentimentos positivos	240	29,7
Não sei	26	2,9
Total	809	100

A capacidade para correr, brincar ao ar livre e ir para a escola são exemplos de unidades que foram incluídas na categoria ‘Capacidade para fazer as actividades exigidas’. Menos frequentemente, as crianças também escreveram que a saúde estava associada com “Ausência de problemas de saúde” (ex: não ter febre) e “Ausência de participação em actividades preventivas” (ex: quando estamos saudáveis não precisamos de tomar remédios).

Para definir doença (Quadro 2) apresentaram 882 unidades de registo. As categorias mais utilizadas foram “Presença de problemas de saúde e sintomas”, “Incapacidade para fazer as actividades desejadas”,

“Sentimentos negativos” e “Ausência de actividades preventivas”. Entre os sintomas e os problemas de saúde mencionados pelas crianças estavam tosse, febre, dores de cabeça e muitas doenças como constipação, sarampo, cancro e gripe das aves. Os ‘Sentimentos negativos’ mais mencionados foram tristeza, aborrecimento, medo de morrer e sentir-se mal. Não comer comida saudável, não fazer exercício físico, fumar, consumir drogas e beber álcool foram algumas das unidades mais mencionadas e que foram categorizadas enquanto ‘Ausência de práticas preventivas’.

Quadro 2

*Percentagem de respostas em cada categoria da definição de doença*

Definição de doença	Crianças saudáveis	
	N	%
Ausência de actividades preventivas	154	17,5
Participação em actividades curativas	80	9,1
Presença de problemas de saúde e sintomas	230	26,1
Incapacidade para fazer as actividades desejadas	206	23,4
Sentimentos negativos	185	21
Vantagens e sentimentos positivos	6	0,7
Não sei	21	2,4
Total	882	100

As definições que foram incluídas nas categorias restantes, foram as menos mencionadas, mais precisamente “Participação em actividades curativas” (ex: ir para o hospital) e “Vantagens e sentimentos positivos acerca de estar doente” (ex: receber mais mimo).

*Comparação entre as concepções das crianças saudáveis e as concepções das crianças com cancro*

Em comparação com as crianças saudáveis e em relação às concepções de saúde, as crianças com cancro usaram mais frequentemente a categoria “Capacidade para fazer actividades exigidas e desejadas” (53% vs 23,7%). Todas as outras categorias foram usadas menos frequentemente, e como pode ser observado na Figura 1, as principais diferenças entre as definições fornecidas pelas crianças com cancro e as crianças saudáveis estão relacionadas com a utilização muito menos frequente da categoria “Participação em actividades preventivas” (7 % versus 23,9%) e um uso mais frequente

da categoria “Capacidade para fazer as actividades exigidas e desejadas” (53 % versus 23,7%).

Na definição de doença (ver figura 2) os temas mais utilizados pelas crianças da amostra clínica foram “Incapacidade para fazer as actividades exigidas e desejadas” (36%) e “Sentimentos Negativos” (32%).

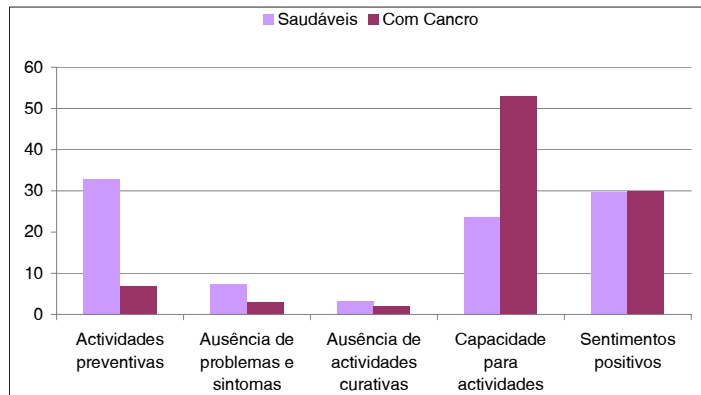


Figura 1. Concepção de saúde: Comparação entre crianças saudáveis e crianças com cancro

As categorias “Presença de problemas de saúde e sintomas” e “Participação em actividades curativas” também emergiram como relativamente importantes com uma percentagem de unidades de 17% e 10% respectivamente.

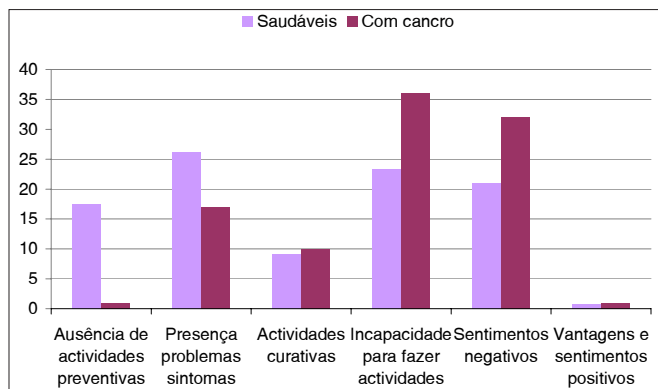


Figura 2. Concepção de doença: Comparação entre crianças saudáveis e crianças com cancro

A maior diferença na comparação dos dados obtidos com a amostra de crianças saudáveis diz respeito à categoria “Ausência de participação em actividades preventivas”, que apenas representa 1% das definições das crianças com cancro em comparação com 17 % na amostra saudável.

## DISCUSSÃO

Os resultados mostram que, globalmente, as crianças forneceram definições de saúde e de doença relativamente complexas, reportando cerca de 9 unidades de registo para cada conceito e uma variedade significativa de tipos de concepções, abrangendo todas as sete categorias consideradas no sistema de categorização. As conceptualizações expressas pelas crianças foram também bastante holísticas, incluindo na maioria das vezes e para além de aspectos físicos, descritores de bem-estar psicológico. Em particular é de registar que os resultados mostraram que para as crianças deste grupo etário, a expressão directa de emoções e sentimentos é já um componente importante nas definições de saúde e doença.

Em geral, os temas empregues pelas crianças das duas amostras são muito consistentes com os encontrados em investigações anteriores, nomeadamente no estudo de Burochovitch e Mednick (1997), o que sugere a existência de semelhantes inter-culturais nas concepções infantis de saúde e doença.

As categorias mais frequentemente utilizadas na definição de saúde foram a “Participação em actividades preventivas”, “Sentimentos positivos” e a “Capacidade para fazer as actividades exigidas e desejadas”, que contabilizaram a maioria das concepções expressas pelas crianças da amostra saudável. Na definição de doença, a “Presença de problemas de saúde e sintomas” foi a categoria mais frequentemente citada, confirmando dados obtidos em investigação anterior. (Burochovitch & Mednick, 2002). De facto, as crianças saudáveis demonstraram ser bastante conhecedoras acerca de doenças e forneceram uma descrição muito impressionante de doenças e sintomas associados, que em muitos casos ultrapassam a sua experiência pessoal, o que poderá ser menos esperado neste grupo etário. Entre as doenças mencionadas pelas crianças saudáveis estavam infecções pediátricas comuns como constipações, gripe e varicela mas também outras patologias mais prevalentes em adultos como cancro, sida, diabetes e doença de Chron. Em comparação com as crianças saudáveis, a amostra clínica demonstrou possuir uma concepção mais restrita de saúde, concentrando-se

em dois significados principais “Capacidade para fazer as actividades exigidas e desejadas” e “Sentimentos positivos”. Comparativamente com as crianças saudáveis, as crianças doentes colocaram uma ênfase maior na possibilidade permitida pela saúde de fazer, quer as actividades usuais quer as mais agradáveis, expressando aparentemente a sua saudade pelas actividades de vida mais habituais. Em relação à doença e contrastando com as crianças saudáveis, as crianças com cancro revelaram uma utilização muito menos frequente da categoria “Ausência de actividades preventivas” e um uso mais frequente da categoria “Incapacidade para fazer as actividades exigidas e desejadas”. Em relação à “Ausência de actividades preventivas”, estes resultados podem significar que a experiência de estar doente pode acarretar uma diminuição significativa de atribuições internas das causas de doença. Esta é uma explicação plausível, que se baseia na teoria das atribuições, segundo a qual, tipicamente, as atribuições que se relacionam com os insucessos pessoais são mais do tipo defensivo (evitando a auto-culpabilização) do que as atribuições que dizem respeito ao comportamento de outros (Weiner, 1986). Esta diferença de atribuições que distingue as crianças saudáveis das crianças doentes pode desempenhar um importante papel protector da auto-estima, prevenindo o desenvolvimento de sentimentos de culpa e protegendo as crianças doentes da sua vulnerabilidade à depressão (Olson et al., 1988). A ênfase colocada pelas crianças doentes na falta ou na saudade da realização das actividades desejadas também parecer indicar que estas crianças tendem a focar-se nas perdas e restrições impostas pela doença. Há também a utilização mais frequente de sentimentos negativos para definir a doença evidenciando que a experiência de estar doente marca significativamente o impacto emocional da doença. Este impacto emocional é assinalado, mas relativamente, subestimado pelas crianças saudáveis.

Em suma, os resultados deste estudo sugerem fortemente que a experiência de ter uma doença grave como o cancro tem uma forte influência nas representações da criança acerca da saúde e doença, o que poderá ser usado para orientar serviços de apoio às crianças doentes.

## REFERÊNCIAS

- Bibace, R., Schmidt, L., & Walsh, M.E. (1998). Children's Perceptions of Illness. In G. Penny, P. Bennet, & M. Herbert (Eds.), *Health Psychology: A Lifespan Perspective* (pp. 13-30.) Harwood: Amsterdam. Boruchovitch, E., &

- Mednick, B.R. (1997). Cross-cultural differences in children's concepts of health and illness. *Revista Saúde Pública*, 31(5), 448-456.
- Boruchovitch, E., & Mednick, B.R. (2002). The meaning of health and illness: Some considerations for health psychology. *Psico-USF*, 7(2), 175-183.
- Carey, S. (1985). *Conceptual Changes in childhood*. Cambridge, MA: M.I.T. Press
- Eiser, C., & Twamley, S. (1999). Talking to children about health and illness. In M. Murray & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology* (pp. 133-145) London: Sage.
- Olson, R. A., Holden, E. W., Friedman, A., Faust, J., Kenning, M., & Mason, P.J. (1988). Psychological consultation in a children's hospital: An evaluation of services. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 479-492.
- Rushforth, H. (1999). Practitioner Review: Communicating with hospitalized children: Review and application of research pertaining to children's understanding of health and illness, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 683-691.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer
- Williams, D.T., Wetton, N., & Moon, A. (1989). *A Way in: Five Key areas of Health Education*. Health Education Authority. London.

TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: ESTUDO  
COMPARATIVO ENTRE MULHERES E HOMENS PRIMÍPAROS

*Lília Maria Reis Abreu<sup>1,2</sup> / Margarida Pocinho<sup>2</sup> / Isabel Leal<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>ISPA – Instituto Universitário; <sup>2</sup>Universidade da Madeira

A transição parental representa uma etapa muito importante na vida do indivíduo, sendo deste modo percebida como um acontecimento positivo, por ser promotor de satisfação pessoal e conjugal. A fase de transição para a parentalidade têm sido considerada como um momento de grandes desafios para o casal (Apfel & Handel, 1999; Feldman, 2000; Wilkinson, 1995).

Ao longo do ciclo vital, somos regularmente confrontados com um conjunto de mudanças, as quais se revelam essenciais no nosso percurso de vida. Entre todas as transições (quer a nível individual quer a nível de casal), aquela que se destaca é a que ocorre quando nos tornamos pais. A transição para a parentalidade é frequentemente descrita como um momento de crise, sobretudo no caso do primeiro filho. Esta acarreta uma série de transformações físicas (do corpo da mulher) e relacionais (da mulher/homem consigo própria/o, com as famílias de origem), que envolvem uma reorganização a todos os níveis (biológico, cognitivo, emocional, relacional e social), razão pela qual, esta fase é consensualmente entendida como um período de crise ou profunda transformação no desenvolvimento pessoal e do casal (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2005).

As tarefas, atitudes e responsabilidades que fazem parte dos cuidados parentais foram designadas por Steele e Pollack (1968), citado por Williams (1999), como função maternal. Constitui um processo no qual um adulto (uma pessoa madura, capaz, protectora e auto-suficiente) assume o cuidado de uma criança (um ser imaturo desamparado e dependente).

Nesta óptica, pais e mães parecem apresentar diferentes trajectórias na adaptação à parentalidade ( Salmela-Aro, Nurmi, Saisto, & Halmesmaki, 2000 & Moura-Ramos, 2006). A este respeito Dickie (1987) acrescenta que a mulher experimenta maior perturbação com os seus novos papéis, nomeadamente pelas mudanças que ocorrem aos mais diversos níveis.

Dado que esta reorganização pode ser distinta ao longo do tempo que se segue ao parto pretende-se com este estudo identificar os factores que contribuem para a adaptação materna e paterna, em pais e mães pela primeira vez, durante os seis meses de idade do filho. Para concretizar este objectivo, foi considerada como variável dependente, a adaptação parental ao nascimento do primeiro filho, medida através da escala de percepção de

stress parental (PSS) e, como variáveis independentes, as seguintes: variáveis sociodemográficas, emoções (medida através duma escala de avaliação de emoções) e necessidades individuais, do casal, do bebé (medidas através dum teste de transição parental).

## MÉTODO

### *Participantes*

Seleccionámos casais por amostragem de conveniência e intencional que estavam a vivenciar a experiência de serem pais/mães pela primeira vez, independentemente da idade e que obedeciam aos seguintes critérios, previamente definidos: a) viver em situação de conjugalidade; b) viver em situação de família nuclear; c) ser o primeiro filho (a) em comum do casal; ser filho saudável e que tivesse 6 meses de idade. A amostra foi constituída pelos pais de 98 crianças que foram à consulta dos 6 meses de idade no centro de saúde, acompanhadas pelo pai e/ou mãe, em todos os centros de saúde da Madeira. São 89 mulheres (66,9%) e 44 homens (33,1%), dos quais 35 são casais, totalizando 133 pais, 42,6% do universo de 312 novos pais de crianças nascidas no Hospital Central do Funchal no período compreendido entre Dezembro de 2008 e Fevereiro de 2009.

A maioria é casada (68,2%), com uma média de 4 anos de união (desvio de 3). As habilitações literárias da maioria dos participantes ainda se encontra na escolaridade obrigatória ou inferior (42,1%) e os restantes repartem-se pelo 12º ano ou equivalente (32,3%), o ensino unificado (21,8%) e o ensino superior e (20,3%). A média de idades do pai é de 30 anos (desvio de 5) e da mãe é de 28 (desvio de 6), mínimo de 16 e máximo de 45. No que se refere à distribuição dos pais e mães consoante planearam ou não o nascimento do filho, 65,9% indicam que a gravidez foi planeada, assim com 95% de confiança a percentagem de pais que preparam a chegada de um filho varia entre 57,8% e 74%. São geralmente as mães (57,6%) que acompanham as crianças ao centro de saúde. As sogras 18,2% são quem habitualmente confere o apoio quando os pais necessitam, seguindo-se da irmã (6,8%).

### *Material*

Foram utilizados 4 instrumentos: um questionário de dados sociodemográficos e três escalas de auto-resposta: a Escala de Avaliação das Emoções, Escala de Percepção do Stress e o Teste Transição Parental.

A Escala de Avaliação das Emoções (*Emotional Assessment Scale*) (EAS), desenvolvida por Carlson, Collins, Stewart, Porzellius, Nitz e Lind (1989) e aferida por Moura-Ramos, Canavarro e Pedrosa (2004), é composta por 24 itens, divididos em sete sub-escalas de emoções: a cólera, a tristeza, a ansiedade, a felicidade, a surpresa, o medo e a culpa. A EAS apresenta boas características psicométricas, com *alphas* de *Cronbach* entre 0,73 e 0,88, demonstrado ser adequada ao estudo da reactividade emocional dos sujeitos perante uma dada situação, neste caso, o nascimento do primeiro filho.

A Escala de Percepção do Stress (*Perceived Stress Scale*) (PSS) (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983), aferida a Portugal por Mota-Cardoso, Araújo, Gonçalves, e Ramos, (2002), é composta por 10 itens (forma abreviada) tipo *Likert*, e avalia a percepção do stress, ou seja, o grau em que as situações vividas pela pessoa durante o mês anterior ao preenchimento são percebidas como indutoras de stress. Possui elevada consistência interna, dada por *alpha de Cronbach* de 0,863, pelo coeficiente de *Spearman-Brown* (0,68) e pela correlação *Split-Half* (0,85). O Teste Transição Parental (TTP) traduzido e adaptado por nós de Sean Brotherson (in <http://ag.ndsu.edu/pubs/yf/famsci/fs604w.htm> – *The Transition from Partners to Parents*), é composta por 26 itens tipo *Likert*, de 0 e 4, sendo que 0 corresponde a “Nunca” e 4 corresponde a “Com Muita Frequência”. Após análise factorial, surgiram 3 factores, uma razoável consistência interna: necessidades individuais (alpha de 0,83), necessidades do casal (0,67) e necessidades do bebé (0,75). O total da escala é utilizado como indicador da preocupação parental percebida.

### *Procedimentos*

Após autorização formal, dirigimo-nos aos enfermeiros-chefes dos diversos centros de saúde da Região Autónoma da Madeira (RAM), solicitando colaboração no estudo, que decorreu entre Junho e Agosto de 2009. A recolha da amostra realizou-se de segunda a sexta, relativamente os utentes inquiridos foram incluídos os que frequentavam o centro de saúde da área da sua residência. Tivemos como critério de exclusão da amostra os sujeitos que não possuíssem nível intelectual que possibilitasse o preenchimento de questionários ou que apresentassem perturbação ou deficiência.

## RESULTADOS

Ao explorar possíveis diferenças entre adaptação paterna e materna ao nascimento do primeiro filho, dada pelas escalas EAS, PSS e TTS, podemos afirmar que só se verificaram diferenças significativas nas sub-escalas de culpa, necessidades individuais e percepção de stress. A mãe sente maior culpa, com média de 17,7 (12,93) face à média do pai de 14,63 (14,97) ( $U=1488,5$ ;  $p=0,04$ ). O mesmo acontece com as necessidades individuais, sendo a média da mãe de 1,78 (0,70) significativamente superior à do pai, que é de 1,52 (0,62) ( $t=2,08$ ;  $p=0,03$ ). Por fim, são também as mães que apresentam índices de stress percebido muito superiores ao pai ( $Z=2,22$ ;  $p=0,02$ ). Considerando as escalas utilizadas, procuramos saber qual o efeito do suporte familiar sobre a variável dependente “adaptação parental”. Conclui-se que não é clara a influência do suporte familiar na transição para a maternidade, uma vez que todos os valores de prova foram superiores a 0,05. No entanto, podemos afirmar entre os pais da amostra que a existência de suporte familiar está associada a uma média superior nas escalas Felicidade, Medo, Tristeza (EAS), e Necessidades da criança (TTS). Entre os pais sem suporte familiar as médias nas escalas Culpa, Cólera e Necessidades Individuais são superiores.

Procurámos, então, um modelo multivariado de regressão linear múltipla que ajudasse a perceber as variações na escala PSS ( $y$ ): incluímos como variáveis explicativas a Ansiedade ( $x_1$ ), Felicidade ( $x_2$ ), Medo ( $x_3$ ), Culpa ( $x_4$ ), Cólera ( $x_5$ ), Surpresa ( $x_6$ ), Tristeza ( $x_7$ ), Necessidade criança ( $x_8$ ), Necessidades individuais ( $x_9$ ), Necessidades do casal ( $x_{10}$ ) e as seguintes variáveis dummy Parentesco (0-Mãe, 1-Pai) ( $x_{11}$ ), Suporte Familiar\_Dummy (0-Sem suporte familiar, 1-Com suporte familiar) ( $x_{12}$ ); 1º ciclo\_Dummy (0-Sem 1º ciclo, 1-Com 1º ciclo) ( $x_{13}$ ), 2º e 3º ciclos\_Dummy (0-Sem 2º e 3º ciclo, 1-Com 2º e 3º ciclo) ( $x_{14}$ ), Secundário\_Dummy (0-Sem Secundário, 1-Com Secundário) ( $x_{15}$ ); Gravidez planeada\_Dummy (0-Não, 1-Sim) ( $x_{16}$ ), O bebé já esteve doente\_Dummy (0-Não, 1-Sim) ( $x_{17}$ ), Internamento bebé\_Dummy (0-Não, 1-Sim) ( $x_{18}$ ) o modelo de regressão inicial pode ser escrito como segue:

$$y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \beta_4 x_4 + \beta_5 x_5 + \beta_6 x_6 + \beta_7 x_7 + \beta_8 x_8 + \beta_9 x_9 + \\ + \beta_{10} x_{10} + \beta_{11} x_{11} + \beta_{12} x_{12} + \beta_{13} x_{13} + \beta_{14} x_{14} + \beta_{15} x_{15} + \beta_{16} x_{16} + \beta_{17} x_{17} + \beta_{18} x_{18} + \epsilon$$

Do conjunto de variáveis seleccionadas é de reter:

$$PSS = 6,669 + 3,972 \times \text{Alterações\_Individuais} + 0,087 \times \text{Cólera} + 0,056 \times \text{Felicidade} + \epsilon$$

Este modelo explica 64,6% (valor do coeficiente de determinação  $R^2$ ) da variação do stress percebido à custa das variáveis Alterações individuais, Cólera e Felicidade (Quadro 1). Por cada unidade que as necessidades individuais aumentam é de esperar um aumento de 3,972 na escala PSS. De facto, as necessidades individuais (dos pais, principalmente da mãe) são as que maior efeito provocam sobre o stress percebido.

Por outro lado, os resultados da ANOVA indicam que as variáveis independentes (necessidades individuais, cólera e felicidade) influenciam a variação do PSS. Assim, o modelo ajustado é significativo ( $F=29,39$ ;  $g.l.=3$ ;  $p=0,0001$ ). O Quadro 1 salienta a influência dos factores necessidades individuais, cólera e felicidade na percepção do stress sentido pelos pais nesta etapa de transição e adaptação ao novo estilo de vida, que é o nascimento do primeiro filho.

Quadro 1

*Modelo estrutural da escala PSS*

	<i>B</i>	<i>Std. Error</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Tolerance</i>	<i>VIF</i>
(Constant)	6,66	1,84		3,62	0,0001		
Necessidades individuais	3,97	0,55	0,52	7,18	0,0001	0,88	1,12
Cólera	0,08	0,02	0,26	3,48	0,001	0,84	1,18
Felicidade	0,05	0,01	0,21	3,02	0,003	0,93	1,07

O Quadro 1, mostra o contributo de cada uma das variáveis do modelo ajustado e a sua importância. Assim sabemos que se as alterações individuais aumentam numa unidade, então a PSS aumentará 3,97, sendo esta a variável que mais influencia a variabilidade do stress percebido (basta comparar os valores do beta estandardizado). Para cada variável incluída no modelo, verificamos o coeficiente é igual a zero, o resultado deste teste *t*-Student também é visível na tabela seguinte e leva à rejeição da hipótese nula, assim todas as variáveis contribuem para explicar o estudo.

Após a obtenção do modelo de regressão linear, devemos verificar alguns pressupostos nomeadamente: análise de resíduos e da multicolinearidade. Os resultados descritivos dos erros, indicam que estes seguem uma distribuição normal ( $t=0,04$ ;  $g.l.=131$ ;  $p=0,20$ ) As correlações dos coeficientes da regressão através da estatística de Durbin Watson (2,12) que é próxima de 2, indica que os resíduos são independentes. Para saber se existe multicolinearidade, recorreremos às estatísticas (*Variance Inflation Factor*) (VIF) e Tolerance. Verificados os pressupostos

podemos utilizar o modelo ajustado para estimar níveis de PSS, apenas a partir das Necessidades Individuais, Cólera e Felicidade.

## DISCUSSÃO

O estudo empírico analisa o fenómeno da adaptação parental (dada pela escala PSS) 6 meses após o nascimento do primeiro filho, e identifica algumas das variáveis que contribuem para essa adaptação, nomeadamente variáveis sócio-demográficas e outras obtidas através das escalas EAS e TTS. Dada a diversidade de factores que influenciam o fenómeno, não é possível identificar uma única variável que explique as diferentes formas de adaptação, mas apenas conhecer algumas variáveis que funcionam como factores de protecção ou factores de vulnerabilidade à parentalidade.

Os resultados obtidos permitem caracterizar concluir que a mãe sente maior culpa e tem necessidades individuais mais elevadas do que o pai, após o nascimento dum primeiro. Frequentemente, as mães verbalizam medos de não saberem cuidar e de não compreender o bebé, o que pode suscitar comportamentos inadequados e a sentimentos de incompetência, de frustração e de culpa (Cruz, 1990; Rato, 1998).

Através da análise de regressão linear múltipla, foi possível encontrar um modelo estrutural ajustado à percepção de stress (dado pela escala PSS). Este modelo explica 64,6% da variação do stress percebido à custa das variáveis necessidades individuais, cólera e felicidade. De facto, as necessidades individuais (dos pais, principalmente da mãe) são as que maior efeito provocam sobre o stress percebido.

Em suma, a adaptação parental parece depender bastante da satisfação e diminuição das necessidades individuais dos pais, principalmente da mãe, bem como, da diminuição da cólera. Paradoxalmente, ainda que com menor influência, o modelo indica que um excesso de felicidade poderá aumentar a percepção de stress. Os jovens pais, ao deparar-se com níveis elevados de felicidade, poderão entrar em stress, se não correspondem às suas exigência daquele bom sentimento, sentido nervosismo face a um qualquer facto que possa diminuir esta felicidade.

Verificamos que a transição para a parentalidade é marcada por mudanças significativas nas informações autoreferentes e de autodefinição (Deutsch, Ruble, Fleming, Brooks-Gunn, & Stangor, 1988), assim como por

mudanças fundamentais nos estilos de vida e nos papéis de vida e sociais. Estes processos implicam perdas e ganhos, associados às representações que cada um faz da gravidez e parentalidade; requerem também respostas (cognitivas, emocionais, comportamentais) que habitualmente não integram o repertório comportamental dos pais, exigindo uma adaptação específica (Boss, 2002; Canavarro & Pedrosa, 2005).

Salienta-se ainda que a transição é complexa e multideterminada Dulude, Wright e Bélanger (2000), referem que esta pode implicar uma sobrecarga sensorial e emocional, e mesmo as mães e os pais psicologicamente bem adaptados poderão experienciar consideráveis perturbações psicológicas após o nascimento de um novo bebé (Campos, 2000; Cowan e Cowan, 1998; Crnic et al., 1983; Figes, 2000; Osofsky, 1985).

Relativamente ao teste de transição parental (TTP) as mães diferem significativamente dos pais no que diz respeito às necessidades individuais, o que pode eventualmente ser explicado pelas modificações físicas e variações hormonais que provocaram transformações aos vários níveis na mulher. Durante o período do pós-parto, em termos fisiológicos, ocorrem mudanças hormonais que tornam as mães mais sensíveis ao bebé (Fleming et al., 1988).

Existindo diferenças de género nas variáveis independentes necessidades individuais e culpa, sendo as mães que apresentam valores mais elevados, são também as mães que apresentam maiores índices de stress percebido, logo, possuem mais dificuldades em fazer a adaptação à transição à parentalidade, ao nascimento do primeiro filho. Não obstante que, cada vez mais, os pais estejam a assumir um papel activo no cuidado e no envolvimento com os filhos, ainda existem muitas limitações no cuidado prestado de forma directa. Neste sentido, a natureza da interacção entre pais e filhos é diferente quando relacionada com a mãe: actividades de lazer são habitualmente ligadas ao pai, enquanto que a alimentação, a higiene corporal e o vestuário das crianças é conferida à mãe (Brito & Oliveira, 2006).

## REFERÊNCIAS

- Apfel, R.J., & Handel, M.H. (1999). Couples therapy for postpartum mood disorders. In L.J Miller (Ed.), *Postpartum mood disorders* (pp. 163-178). Washington, DC: American Pssychiatric press.

- Boss, P. (2002). *Family Stress Management – A Contextual Approach*, Londres: Sage.
- Brito, R.C., & Oliveira, E.M. (2006). Aleitamento materno: Mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre.
- Campos, R. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo, *Análise Psicológica*, XXVIII(1), 15-35.
- Canavarro, M.C. (2001). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M.C., & Pedrosa, A.A. (2005). Transição para a Parentalidade: Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.
- Carlson, C.R., Collins, F.L., Stewart, J.F., Porzellius, J., Nitz, J.A., & Lind, C.O. (1989). The assessment of emocional reactivity: A scale development and validation study. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 11, 313-325.
- Colman, L.L., & Colman, A.D. (1998). *Gravidez: A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Cowan, C., & Cowan, P. (1988). Changes the marriage during the transition to parenthood: Most we blame the baby? In G.Y. Michaels & W.A. Goldberg (Eds.), *The transition to parenthood: current theory and research* (pp. 114-154). Cambridge: Cambridge University Press.
- Crnic, K.A., Greenberg, M.T, Ragozin, A.S., Robinson, N.M., & Basham, R.B. (1983). Effects of stress and social support on mother and premature and full-term infants, *Child Development*, 54, 209-217.
- Cruz, M.M. (1990). Encantos e desencantos da maternidade. *Análise Psicológica*, 8(4), 367-370.
- Deutsch, F.M., Ruble, D.N., Fleming, A., Brooks-Gunn, J., & Stangor, C. (1988). Information-seeking and maternal self-definition during the transition to mother-hood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(3), 420-431.
- Dickie, J.R. (1987). Interrelationships within the mother-father-infant triad. In P.W. Berman & F.A. Pedersen (Eds.), *Men's transition to parenthood: Longitudinal studies of early family experience* (pp. 113-143). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dulude, D., Wright, J., Bélanger, C. (2000). The effects of pregnancy complications on the parental adaptation process. *Journal of Reproductive and infant Psychology*, 18(1,5), 19.
- Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 21, 176-191.

- Figes, K. (2000). *A mulher e a maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Fleming, A.S., Flett, G.L., Ruble, D.N., & Shaul D.L. (1988). Postpartum Adjustment in First-Time Mothers: Relations Between Mood, Maternal Attitudes, and Mother-Infant Interactions. *Development Psychology*, 24(1), 71-81.
- Figueiredo, B. (2005). Psicopatologia da maternidade e paternidade. *População e Sociedade*, 12, 83-102.
- Jordan, W.J. (1997). Role Transitions: A literature review. *National Center on Fathers and Families* (One-line). Available Web site: <http://ncoff.gse.upenn.edu/>
- Mota-Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R.C., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2002). *O stress nos professores portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.
- Moura-Ramos, M. (2006). *Adaptação materna e paterna ao nascimento de um filho: Percursos e contextos de influência*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, C.M., Pedrosa, A.A., & Canavarro, M.C. (2005). Gravidez, parentalidade e mudança, stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In A. Marques Pinto et al. (Coords.), *Stress e bem estar* (pp. 59-83). Lisboa: Climepsi Editores.
- Qsofsky, H.J. (1985). Transition to parenthood: Risk factors for parents and infants. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 4.
- Rato, P.I. (1998). Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, XVI(3), 405-413.
- Salmela-Aro, K., Nurmi, J.E., Saisto, T., & Halmesmaki, E. (2000). Women's and men's personal goals during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 14(2), 171-186.
- Williams, R.P. (1999). Problemas psicossociais. In I.M. Bobak, D.L. Lowdermilk, & M.D. Jensen (Eds.), *Enfermagem na maternidade* (4ª ed). Loures: Lusociência.
- Wilkinson, R.B. (1995). Changes in psychological health and the marital relationship through childbearing: Transition or process as stressor? *Australian Journal of Psychology*, 47, 86-92.

## GESTÃO DE CONFLITOS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

*Liliana Jesus<sup>1</sup> / Maria de Lourdes Vasconcelos<sup>2</sup> / Rui Duarte Santos<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Coimbra; <sup>2</sup>Instituto Superior Bissaya Barreto;

<sup>3</sup>Universidade de Turim

As organizações de saúde são lugares sociais heterogêneos, nos quais interagem grupos e papéis díspares, possuem uma dinâmica interna que diariamente fomenta identidades, hierarquias, conflitos e alianças (Farias & Vaitsman, 2002).

A multidisciplinaridade de profissões e a sua dinâmica de funcionamento específica são uma das especificidades destas organizações. Se por um lado, não podemos descurar que as suas funções organizacionais se direccionam para a sua função capital que é o atendimento às necessidades dos seus utentes, também não é menos verdade que nela se movem diariamente trabalhadores com necessidades. Por conseguinte, numa organização hospitalar, temos duas dimensões primordiais do trabalho: o utente e o trabalhador da instituição.

A enfermagem é por eminência uma profissão de trabalho de equipa multi e interdisciplinar, inserindo-se por isso num contexto multiprofissional. Esta particularidade desencadeia com relativa facilidade situações geradoras de conflito. Tendo em conta que qualquer aspecto que possa colocar em causa a qualidade, a eficácia e a eficiência dos cuidados prestados aos utentes, enquanto grupo/equipa de trabalho, este estudo tem por finalidade entender que tipos de situações são susceptíveis de provocar conflitos e quais as formas que este grupo profissional encontra para debelar essa realidade do seu quotidiano organizacional.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra é composta por 84 enfermeiros dos serviços de urgência (28,6% / urgência pediátrica e 71,4% / urgência de adultos), com idades compreendidas entre os 23 e 57 anos (72,6 % do sexo feminino e 27,4% do sexo masculino). No que se refere ao estado civil, 46,4% são solteiros, 39,3% casados, 8,3 divorciados e 6% encontram-se noutra situação civil.

O tipo de horário praticado é essencialmente em regime de trabalho por turnos (92,9%), com uma distribuição relativamente próxima entre enfermeiros em regime de contrato (48,8%) e no quadro (51,2%).

### *Material*

Foi elaborado um Questionário com perguntas abertas e fechadas com opções de resposta de modo a fazer a caracterização sócio-demográfica e profissional dos enfermeiros. Foi utilizada a Escala de Avaliação do Conflito Intragrupal (EACI), tipo *Lickert* de 7 pontos, composta por 9 itens (5 itens: Conflito Tarefa e 4 itens: Conflito Afectivo), tipo *Lickert* (Dimas, Lourenço e Miguez, 2005). Utilizámos a Escala de Estratégias de Gestão de Conflitos, baseada na Escala ROCI-II, Estilos de Gestão de Conflitos, adaptada por Dimas, Lourenço e Miguez (2005) e na Escala de Estratégias para a Resolução de Conflitos (Jesuino, 2003), tipo *Lickert* de 7 pontos, composta por trinta e quatro itens (Colaboração/Integração: 7 itens, Competição/Domínio: 7 itens, Evitamento: 7 itens, Acomodação: 7 itens, Compromisso: 6 itens).

## RESULTADOS

Para avaliar o tipo de conflito considerámos as duas dimensões preconizadas pela Escala de Avaliação do Conflito Intragrupal – EACI: o Conflito de Tarefa e o Conflito Sócio-afectivo. Porém, com o intuito de tornar mais perceptível onde o conflito é mais intenso resolvemos adoptar o conceito de *score* do Conflito Global que compreende o somatório de ambos os tipos de conflito.

Os resultados desta escala revelam um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .89, o que traduz uma boa consistência interna (Quadro 1).

A partir destas duas dimensões, obtivemos uma média (*M*) do *score* de Conflito Global de 31,05 e um desvio padrão (*DP*) de 7,03, uma *M*=17,63 e um *DP*=3,99 para o Conflito de Tarefa e uma *M*=13,42 e *DP*=3,58 para o Conflito Sócio-afectivo.

No que se refere ao tipo de equipa, verificamos que entre a “equipa de urgência de adultos” e a “equipa de urgência pediátrica” existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao Conflito de Tarefa. Assim, na “equipa de urgência de adultos” (*M*=18,32) o Conflito de Tarefa é mais intenso do que na “equipa de urgência pediátrica” (*M*=15,92) com uma

significância de  $t=2,57$ ;  $p<0,01$  (Quadro 2). Assim, e atendendo ao *score* de Conflito Global ( $t=2,30$ ;  $p<0,02$ ), verificamos que os profissionais de enfermagem da “equipa de urgência de adultos” apresentam níveis mais elevados de conflito ( $M=32,13$ ;  $DP=7,06$ ) do que os do enfermeiros que integram a “equipa de urgência pediátrica” ( $M=28,33$ ;  $DP=6,30$ ).

Quadro 1

*Alfa de Cronbach das duas dimensões da escala*

Dimensões	Alfa de Cronbach
Dimensão 1: Conflito de Tarefa	0,83
Dimensão 2: Conflito Sócio-afectivo	0,82
Escala de Avaliação do Conflito Intragrupal	0,89

Quadro 2

*Dimensões e score do conflito global segundo o tipo de equipa*

Tipo de equipa		N	M	DP	t	p
<i>score</i> do Conflito de Tarefa	Equipa de urgência de adultos	60	18,32	3,97	2,57	0,01
	Equipa de urgência pediátrica	24	15,92	3,57		
<i>score</i> do Conflito Sócio-afectivo	Equipa de urgência de adultos	60	13,82	3,62		NS
	Equipa de urgência pediátrica	24	12,42	3,35		
<i>score</i> do Conflito Global	Equipa de urgência de adultos	60	32,13	7,06	2,30	0,02
	Equipa de urgência pediátrica	24	28,33	6,30		

Os resultados mostram que efectivamente existem diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao tipo de vínculo à instituição. Os enfermeiros com vínculo efectivo/quadro da instituição ( $M=14,56$ ) têm valores superiores de Conflito Sócio-afectivo relativamente àqueles que possuem um vínculo mais precário, em regime de contrato ( $M=12,22$ ), apresentando uma significância  $p<0,001$  e  $t=-3,15$ . Verificamos ainda, do resultado do *score* de Conflito Global ( $t=-2,43$ ;  $p<0,02$ ), que o conflito é menos intenso entre os “enfermeiros contratados” ( $M=29,20$ ;  $DP=5,87$ ) do que entre os que pertencem ao quadro da instituição ( $M=32,81$ ;  $DP=7,64$ ). Para proceder à análise das variáveis quantitativas contínuas (idade, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional no serviço de urgência) face às variáveis dependentes formámos dois grupos para cada variável. Neste sentido, e relativamente à idade, optámos por a agrupar em dois grupos: Grupo 1 (23-28 anos) e Grupo2 (>28 anos). Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas para o Conflito Sócio-afectivo ( $t=-2,08$ ;  $p<0,04$ ). Assim este tipo de conflito prevalece no grupo etário mais velho com “idades superiores aos 28 anos” ( $M=14,21$ ;  $DP=3,65$ ).

Tendo em conta a análise entre o tipo de conflito existente e o tempo de exercício profissional criámos, também, dois grupos: Grupo 1 (1-4 anos) e Grupo 2 (>4 anos). Os resultados obtidos (teste *t* de Student) demonstraram diferenças estatisticamente significativas. Assim, constatámos que o *score* Conflito Global ( $t=-2,96$ ;  $p<0,001$ ) tal como os dois tipos de conflito preconizados, o Conflito de Tarefa ( $t=-2,28$ ;  $p<0,03$ ) e o Conflito Sócio-afectivo ( $t=-3,24$ ;  $p<0,001$ ), apresentam médias mais elevadas nos enfermeiros que exercem funções há “mais de quatro anos” ( $M=18,53$ ;  $DP=4,20$ ,  $M=14,53$ ;  $DP=3,84$  e  $M=33,07$ ;  $DP=7,41$ , respectivamente).

Relativamente ao tempo de exercício profissional no serviço de urgência construímos os grupos seguintes: Grupo 1 (1-5 anos) e Grupo 2 (>5 anos). Ao compararmos o tipo de conflito e esta variável, constatámos que os enfermeiros que exercem a sua actividade no serviço de urgência há “mais de 5 anos” ( $M=33,65$ ;  $DP=7,56$ ) têm uma média de *score* Conflito Global superior aos que exercem a sua actividade naquele serviço há “menos de 5 anos” ( $M=28,68$ ;  $DP=5,62$ ) com uma significância de  $t=-3,44$ ;  $p<0,001$ . O mesmo sucede no Conflito de Tarefa ( $t=-2,84$ ;  $p<0,01$ ) e no Conflito Sócio-afectivo ( $t=-3,54$ ;  $p<0,001$ ), sendo ambos mais incidentes nos enfermeiros que trabalham há “mais de 5 anos” no serviço de urgência ( $M=18,88$ ,  $DP=4,30$  e  $M=14,78$ ,  $DP=3,94$ , respectivamente).

Os resultados relativos ao tempo de exercício profissional no serviço de urgência e ao tempo de exercício profissional reflectem a mesma tendência, ou seja, aqueles que têm mais tempo de exercício profissional tem índices mais elevados de *score* do Conflito Global, do Conflito Sócio-afectivo e do de Tarefa.

A escala de avaliação das estratégias usadas perante as situações conflituais (Escala de Estratégias de Gestão de Conflitos) compreende, como já referido, cinco dimensões: Acomodação; Compromisso; Evitamento; Competição/Domínio; Colaboração/Integração. Da mesma forma como fizemos anteriormente, considerámos o conceito de *score* de Estratégias Globais que compreende o somatório de todas as estratégias.

Os resultados desta escala revelam um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .83, o que representa uma boa consistência interna (Quadro 3).

A partir destas dimensões, foram obtidos resultados que indicam que: a média (*M*) do *score* de Estratégias Globais é de 127,06 e o desvio padrão (*DP*) é de 16,81. Assim, temos para a dimensão Acomodação  $M=23,41$  e  $DP=4,94$ , Compromisso  $M=25,44$  e  $DP=4,67$ , Evitamento  $M=23,55$  e  $DP=6,66$ , Competição/Domínio  $M=18,85$  e  $DP=5,07$  e Colaboração/Integração  $M=35,81$  e  $DP=6,96$ .

## Quadro 3

*Alfa de Cronbach das cinco dimensões da escala*

Dimensões	Alfa de Cronbach
Dimensão 1: Estratégia de Acomodação	0,57
Dimensão 2: Estratégia de Compromisso	0,70
Dimensão 3: Estratégia de Evitamento	0,79
Dimensão 4: Estratégia de Competição/Domínio	0,69
Dimensão 5: Estratégia de Colaboração/Integração	0,93
Escala de Estratégias de Gestão de Conflitos	0,83

Face a estes resultados verificamos que quando se defrontam com uma situação de conflito intragrupal, os enfermeiros que constituem a nossa amostra têm como estratégia preferida a Colaboração/Integração, sendo a Competição/Domínio a menos adoptada. Observamos ainda que a estratégia Acomodação e Evitamento são usadas numa proporção muito semelhante por estes profissionais de saúde. Convém também ressaltar que a estratégia Compromisso se assume como a segunda mais utilizada. Entre as variáveis sócio-demográficas e profissionais consideradas no estudo, apenas as variáveis género e vínculo à instituição apresentaram resultados significativos na análise da escala de Estratégias de Gestão dos Conflitos.

No que refere à variável género, os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas relativamente à segunda dimensão ( $t=2,71$ ;  $p<0,01$ ). Observamos que os “enfermeiros” numa situação de conflito utilizam mais a estratégia Compromisso ( $M=27,61$ ;  $DP=3,93$ ) do que as “enfermeiras” ( $M=24,62$ ;  $DP=4,69$ ), assim como a estratégia (quarta dimensão) Competição/Domínio ( $M=21,65$ ;  $DP=5,22$ ). De um modo geral, e tendo em conta o *score* de Estratégias Globais ( $t=2$ ;  $p<0,05$ ), verificamos que os “enfermeiros” fazem mais uso das estratégias de gestão de conflitos ( $M=132,91$ ;  $DP=13$ ) do que as “enfermeiras” ( $M=124,85$ ;  $DP=17,63$ ).

## CONCLUSÃO

Ao correlacionarmos a escala de avaliação do conflito intragrupal e a escala de estratégias de gestão de conflitos nas duas equipas de trabalho separadamente verificámos que os resultados apurados na “equipa de

urgência de adultos” não diferem significativamente dos evidenciados pela amostra, as relações mais fortes permanecem, apenas as menos significativas sofrem alterações. Na “equipa de urgência pediátrica” não existe qualquer relação entre os tipos de conflito e as estratégias adoptadas pelos enfermeiros. Nesta equipa de trabalho a estratégia de Competição/ Domínio aparece completamente isolada, ou seja, parece até nem ser considerada enquanto estratégia de gestão de conflitos.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, F. (1995). *Psicologia para Gestores: Comportamentos de Sucesso nas Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Bilhim, J. (2001). *Teoria Organizacional: Estrutura e Pessoas* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Carapeto, C., & Fonseca, F. (2005). *Administração Pública: Modernização, Qualidade e Inovação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Chaves, C. (2004). Competências/Sinergias das Equipas de Saúde. In *Millenium-Revista ISPV*, (30/Outubro, pp. 252-254).
- Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. In *Millenium-Revista ISPV* (30/Outubro, pp. 234-251).
- Cunha, M., et al. (2006). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (5ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Devillard, O. (2001). *A Dinâmica das Equipas*. Lisboa: Bertrand.
- Dimas, I., Lourenço, P., & Miguez, J. (2005). Conflitos e desenvolvimento nos grupos e equipas de trabalho. [Em linha]. Disponível em <http://www.fpce.uc.pt/nucleos/nefog/conf/publicacoes/files/conflictget>. [Consultado em 1/09/06].
- Farias, L., & Vaitsman, J. (2002). Interação e Conflito entre Categorias Profissionais e Organizações de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1-19.
- Francisco, M., et al. (1997). Estilos de administração do Conflito entre Enfermeiros (as): Validação do instrumento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 50, 577-590.
- Martin, V., & Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais* (1ª ed.). Lisboa: Monitor.
- Marques, A., et al. (2004). Gestão de Conflitos em Instituições de Saúde. *Hospitalidade*, 68, 7-12.
- Morais, A. (2002). Gestão de Conflitos. *Nursing*, 24-29.

- Nursing. (2000). Gestão de Conflitos: Modos de Resolução Construtiva. *Nursing*, 12, 28-31.
- Rahim, M. (2001). *Managing Conflict in Organizations* (3ª ed.). Westport, Quorum Books.
- Rodrigues, L., et al. (2002). *Conhecer os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Edições Colibri.
- Thomas, K. (1992). Conflict and Negotiation Processes in Organizations. In M. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (vol. 3, pp. 651-717). Palo Alto: Consulting Psychologists Press Inc.
- Valentine, P. (2001). A Gender Perspective on Conflict Management Strategies of Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 69-74.

RESILIÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO  
ENTRE PAÍSES (PORTUGAL E BRASIL) E GÉNEROS

Livia Andreucci<sup>1</sup> / Anabela Pereira<sup>1</sup> / Lurdes Cró<sup>2</sup> / Amarilis Rocha<sup>3</sup> /  
& Kenneth Merrell<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Aveiro; <sup>2</sup>Instituto Politécnico de Coimbra; <sup>3</sup>Instituto Politécnico de Viseu; <sup>4</sup>University of Oregon

Com tantas mudanças a nível tecnológico, dos meios de comunicação em tempo real, da estruturação e convivência entre as famílias, estudos revelam que desde a mais tenra idade as crianças têm de saber lidar com as adversidades, uma vez que as mudanças fazem parte do dia-a-dia, e exigem constantes esforços de adaptação.

A essa capacidade universal de se lidar com as situações difíceis, onde a criança estabelece relações com o meio em que vive, e é adquirida ao longo do ciclo de vida denomina-se resiliência (Pereira, 2001).

Na área da saúde, a resiliência é definida como a capacidade do ser humano de responder de forma positiva às situações adversas que enfrenta, mesmo que comportem risco potencial para a sua saúde e para o seu desenvolvimento, podendo contribuir para uma maior compreensão acerca dos processos de saúde que se desenrolam durante o aparente período de desorganização em que o indivíduo, ou neste contexto, a criança enfrentam durante as adversidades com as quais se deparam ao longo da vida.

A nível de educação, já se começam a evidenciar programas promotores da resiliência em diversas fases da vida, da infância à idade adulta. Em Portugal, os estudos são escassos, sendo reduzidas ou quase inexistentes as publicações sobre esta temática.

Existem vários programas estrangeiros que têm por objectivo activar e aumentar o grau de resiliência em crianças em idade pré-escolar, de entre os quais se destacam o *Devereux Early Childhood Assessment Program* (DECA), da Carolina do Norte, desenvolvido por LeBuffé e Naglieri (1999) e o *Strong Start*, da Universidade do Oregon (Merrell et al., 2008). Este último merecerá da nossa parte maior desenvolvimento.

O programa *Strong Start*, dos 3 aos 5 anos de idade, faz parte de um projecto abrangente, que também conta com o Programa *Strong Kids* (para crianças dos 5 aos 14 anos de idade) e *Strong Teens* (dos 14 aos 18 anos de idade). Os objectivos destes programas são uma intervenção precoce e também de carácter preventivo.

O presente trabalho tem como objectivo fazer um estudo comparativo entre Portugal e Brasil, em crianças pré escolares, em relação à promoção de competências e aptidões para a resolução de problemas, ao nível da resiliência, onde foi utilizado o *Programa Strong Start Pre K*. Destacaremos alguns resultados preliminares do estudo comparativo com crianças portuguesas e brasileiras em idade pré-escolar.

## MÉTODO

O presente trabalho é um estudo piloto comparativo em Portugal e no Brasil, do tipo *quasi-experimental, longitudinal*, com um grupo experimental (submetido ao Programa *Strong Start Pre K* para a avaliação da resiliência) e um grupo controlo (não submetido ao Programa), com medidas pré e pós testes em ambos os grupos e em ambos os países. Esses grupos foram avaliados antes (pré-teste) e depois (pós-teste) da manipulação da variável independente.

### *Participantes*

A amostra deste estudo comparativo consistiu em 76 crianças portuguesas, dos 3 aos 5 anos de idade, o grupo etário mais representativo é o dos 5 anos, com 46,1%, e o menos representativo o grupo dos 3 anos, com 21,1%. A maioria dos rapazes e raparigas apresentam idades correspondentes aos 5 anos de idade, com 42,5% e 50%, respectivamente; a média de idade é de 4,25 anos ( $DP=0,78$ ). Para o sexo masculino, a média de idades é 4,23 anos ( $DP=0,76$ ) e para o sexo feminino a média de idades é de 4,28 anos ( $DP=0,81$ ). A amostra brasileira é composta de 151 crianças. Do total da amostra, o grupo etário mais representativo é o dos 5 anos de idade, com 45,7 %, e o menos representativo o grupo dos 3 anos, com 19,2%. A maioria dos rapazes e raparigas apresentam idades correspondentes aos 5 anos de idade, com 58,6% e 34,6 %, respectivamente; a média de idade é de 4,26 anos ( $DP=0,76$ ). Para o sexo masculino, a média de idades é 4,44 anos ( $DP=0,73$ ) e para o sexo feminino a média de idades é de 4,11 anos ( $DP=0,75$ ).

### *Material*

Foram utilizados os seguintes instrumentos: Programa *Strong Start Pre K* e WeBeST. A finalidade do Programa *Strong Start Pre K* é ensinar aptidões

sociais e emocionais, promover a resiliência, reforçar o que já se possui e aumentar as estratégias de *coping* nas crianças. O objectivo desse programa é uma intervenção precoce e de carácter preventivo. O programa têm uma estrutura curricular que inclui 10 sessões, de aproximadamente 25 a 40 minutos cada, e pode ser conduzido por uma educadora de infância ou profissional de saúde mental.

As dez sessões contidas no manual apresentam os seguintes temas e conteúdos: “O grupo dos exercícios dos sentimentos/emoções”; “Perceber os teus sentimentos/emoções 1”; “Perceber os teus sentimentos/emoções 2”, “Quando estás zangado ou com raiva; Quando estás feliz”; “Quando estás preocupado (nervoso)”, “Perceber os sentimentos/emoções das outras pessoas; “Ser um bom amigo”, “Resolver os problemas das pessoas” e “Conclusão”.

Para medir a capacidade de resiliência na criança em idade pré-escolar, aplicámos o teste WeBeST – *Well-Being Screening Tool*. Este teste foi igualmente desenvolvido na Universidade de Oregon, nos Estados Unidos da América, pelo Departamento de Educação Especial e Ciências Clínicas e posteriormente, traduzido, depois de solicitada autorização aos autores, adaptado por Andreucci (2008) para as crianças brasileiras e por Andreucci e Pereira (2008) para as crianças portuguesas.

O WeBeST mede sintomas de afectos negativos, problemas emocionais e sociais, resiliência em crianças de jardim-de-infância e 1º e 2º ano do 1º ciclo de Ensino Básico. Neste estudo foi aplicado somente às crianças em idade pré-escolar, individualmente e directamente pelas investigadoras, antes e após a implementação do programa *Strong Start Pre-K*, às crianças do grupo experimental e de controlo. É constituído por 22 questões fechadas com 3 opções cada (Não; Mais ou menos e Sim), pontuadas segundo o método de Likert. Recebem pontuação de 0 a 2, obtendo-se um *score* máximo de 44 e um *score* mínimo de 0. Sendo que este é um teste de aferição negativa, quanto maior o *score* obtido do somatório das respostas, menor a capacidade de resiliência da criança e vice-versa.

### *Procedimentos*

Após solicitação e autorização junto aos órgãos responsáveis, procedemos ao envio de pedido de autorização aos pais e ou encarregados de educação para que os alunos pudessem participar neste estudo.

O programa foi implementado em ambos os países durante o segundo semestre de 2008. Em cada sessão foi enviado um boletim com a

informação referente aos conteúdos que aprenderam e actividades que desempenharam naquele dia, para que o programa fosse reforçado e estimulado em casa, e assim, obter o apoio e colaboração dos pais.

A recolha de dados referentes à avaliação do programa foi realizada através do instrumento anteriormente descrito através de pré-teste (antes do emprego do programa *Strong Start Pré K*) e pós teste (após a aplicação do Programa) a todas as crianças da amostra, em ambos os países, individualmente.

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 16.0, para MS Windows.

## RESULTADOS

A amostra portuguesa deste estudo sobre a resiliência contou com 76 crianças, dos 3 aos 5 anos de idade, sendo 40 rapazes e 36 raparigas, sendo a faixa etária dos 5 anos de idade a mais representativa em ambos os sexos. Da amostra brasileira participaram 151 crianças, dos 3 aos 5 anos de idade, sendo 70 rapazes e 81 raparigas, com uma representação de 58,6% para os rapazes de 5 anos e de 34,6% para as raparigas de 5 anos de idade, a faixa de idade mais representativa.

### Quadro 1

#### *Distribuição da amostra portuguesa e da brasileira segundo a idade o e sexo*

Idade	Portugal						Brasil					
	Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3	8	20	8	22	16	21,1	10	14,3	19	23,5	29	19,2
4	15	37,5	10	28	25	32,8	19	27,1	34	42	53	35,1
5	17	42,5	18	50	35	46,1	41	58,6	28	34,6	69	45,7
Total	40	100	36	100	76	100	70	100	81	100	151	100

No grupo experimental português há 17 rapazes (44,7%) e 21 raparigas (55,3%). No grupo controlo, a distribuição da amostra é de 50% para cada um dos sexos, com 19 elementos cada sexo. No grupo experimental brasileiro há 42 raparigas (54,55%) e 35 rapazes (45,45%). No grupo controlo a distribuição da amostra é de 39 raparigas (52,7%) e 35 rapazes (47,3%).

Quadro 2

*Distribuição do grupo segundo o sexo*

Grupo	Portugal						Brasil					
	Experimental		Controlo		Total		Experimental		Controlo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	17	44,7	19	50	36	47,4	35	45,45	35	47,3	70	46,4
Feminino	21	55,3	19	50	40	52,6	42	54,55	39	52,7	81	53,6
Total	38	100	38	100	76	100	77	100	74	100	151	100

Serão apresentados os resultados da resiliência nos grupos experimental e controlo português e brasileiro.

No grupo experimental português (submetido ao programa de resiliência), relativamente ao pré-teste, o *score* mínimo observado foi de 7 e o máximo de 27, sendo a média de 14,42 ( $DP=4,76$ ). No pós-teste, o *score* mínimo observado foi de 4 e o máximo de 33, com uma média de 12,16 ( $DP=5,21$ ).

No pré-teste do grupo de controlo português, o *score* mínimo observado foi 2 e o *score* máximo 24, sendo a média 13,84 ( $DP=5,55$ ). Relativamente ao pós-teste, o grupo de controlo apresenta um *score* mínimo de 5 e *score* máximo de 24, com uma média de 11,82 ( $DP=4,74$ ).

No grupo experimental brasileiro, (submetido ao programa de resiliência), relativamente ao pré-teste, o *score* mínimo observado foi de 1 e o máximo de 24, sendo a média de 10,12 ( $DP=4,89$ ). No pós-teste, o *score* mínimo observado foi de 0 e o máximo de 16, com uma média de 5,79 ( $DP=3,44$ ). No pré-teste do grupo de controlo, o *score* mínimo observado foi 1 e o *score* máximo 25, sendo a média 10,97 ( $DP=5,58$ ). Relativamente ao pós-teste, o grupo de controlo apresenta um *score* mínimo de 4 e *score* máximo de 36, com uma média de 13,92 ( $DP=6,33$ ).

Como resultados totais das amostras, o *score* mínimo do pré teste português foi 2 e o máximo 27, sendo a média 14,13 ( $DP=5,15$ ); quanto ao pós teste, o *score* mínimo foi 4 e o máximo 33, com uma média de 11,99 ( $DP=4,95$ ).

Quanto aos resultados totais obtidos pelo grupo brasileiro, *score* mínimo do pré teste foi 1 e o máximo 25, sendo a média 10,54 ( $DP=5,24$ ); quanto ao pós teste, o *score* mínimo foi 0 e o máximo 36, com uma média de 9,77 ( $DP=6,49$ ).

Tanto no grupo controlo português, quanto no brasileiro, verificámos não haver diferenças significativas quer entre as pontuações dos grupos controlo, quer quanto ao géneros. Nos grupos experimentais, as pontuações do pós-teste são superiores à do pré-teste em ambos os grupos.

Sendo que o valor da probabilidade é estatisticamente significativa, indica que o programa de intervenção realizado teve efeito positivo tanto nas crianças portuguesas ( $p=0,04$ ) quanto nas brasileiras ( $p=0,001$ ) em idade pré-escolar. Não houve diferença significativa quanto ao programa em relação aos géneros.

Estes resultados indicam que quando comparados o grupo experimental e o grupo controlo de Portugal e do Brasil, a evolução da resiliência foi bem sucedida ao nível do grupo que se submeteu ao Programa *Strong Start Pre K* nos dois países, sem diferenciação dos géneros, sendo tais valores indicadores de que estas crianças melhoraram a sua capacidade de resiliência, especificamente ao nível do controlo das suas emoções, no lidar com os problemas e com as emoções próprias e dos outros, e também a nível da capacidade empática.

Tais resultados são muito semelhantes aos estudos exploratórios realizados pela equipa de investigadores que compõe o projecto do *Strong Start Pre K* de Kenneth Merrell (2008) da ORP, sediada na Universidade do Oregon, nos Estados Unidos.

A realização desta investigação comparativa envolveu vários técnicos de diferentes formações desde educadores de infância, monitores, professores, psicólogos, técnicos de assistência social, enfermeiros, médicos e psicólogos, tendo sido bastante exigente e desgastante em termos pessoais e profissionais. Contudo, foi altamente gratificante observarmos os resultados positivos e o progresso verificado nas crianças e no modo como elas desenvolveram as suas competências, embora saibamos serem resultados de um estudo exploratório, cujos resultados deverão ser interpretados com reservas e alguma precaução, onde não puderam ser controladas as variáveis “parasitas” e existirem limitações inerentes a este tipo de estudo.

Os resultados globais desta intervenção directa com as crianças portuguesas e brasileiras permitiram-nos salientar a importância dos objectivos e adequabilidade das metodologias utilizadas, bem como sugerir a continuação da aplicação desse programa de intervenção em contextos escolares, em crianças em idade pré-escolar e escolar, visando a promoção da saúde e do bem-estar de crianças, da melhoria da qualidade de vida, bem como a implementação no curriculum da formação básica e contínua dos profissionais que trabalham na área da educação e saúde, de noções sobre a resiliência e o estudo das emoções e sentimentos para uma melhor compreensão do mundo ao nosso redor e como lidar com as adversidades nas actividades quotidianas.

REFERÊNCIAS

- Andreucci, L., & Pereira, A. (2008). *Strong Start: Versão Portuguesa do Programa de Promoção da resiliência Strong Start*. Documento a aguardar publicação. Aveiro
- Andreucci, L. (2008). *Strong Start: Versão Brasileira do Programa de Promoção da resiliência Strong Start*. Documento a aguardar publicação. Botucatu. Brasil.
- Merrell, K., Whitcomb, S., & Parisi, D. (2009). *Strong Start Pre K: A social and emotional learning curriculum. Pre K*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Merrell, K.M., Parisi, D.M., & Whitcomb, S.G. (2007). *Strong Start-Grade K 2: A social and emotional learning curriculum*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Pereira, A. (2001). Resiliência, Personalidade, Stress e Estratégias de *Coping*. In José Tavares (Org.), *Resiliência e Educação* (pp. 77-84). São Paulo: Cortez Editora.
- Strong Kids Website, ORP, University of Oregon, consultado em 10 de Novembro de 2009 <http://strongkids.uoregon.edu/>
- The Devereux Early Childhood Initiative, consultado em 10 de Novembro de 2009. [http://www.devereux.org/site/PageServer?pagename=deci\\_preschool](http://www.devereux.org/site/PageServer?pagename=deci_preschool)

BULLYING E INTERVENÇÃO NO BRASIL:  
UM PROBLEMA AINDA SEM SOLUÇÃO

*Luciene R. Paulino Tognetta (lrpaulino@uol.com.br) / Telma Pileggi Vinha*

Faculdade de Educação Unicamp – Brasil

Tão importante quanto a indisciplina na escola, as situações de violência que atingem os pares urgem por uma melhor compreensão de suas características para que se possa apontar possibilidades de soluções que ajudem meninos e meninas, crianças e adolescentes a superarem um problema em suas relações interpessoais, mas cuja essência está intrinsecamente nas relações intrapessoais. Falamos do *bullying*, uma faceta da violência que machuca, mas que para muitos educadores se encontra longe de ser entendida e mesmo legitimada como uma forma de violenta. Diferentes pesquisas têm nos atestado tais fatos: quando se fala da violência na escola, o lócus central do problema parece serem os sinais de desobediência às ordens de quem impõe as regras na escola (Nogueira, 2004; Tognetta, 2008; Tognetta & Vinha, 2008a). À revelia, crianças e adolescentes são intimidados, menosprezados, diminuídos, ameaçados por seus pares sem que as autoridades na escola sequer queiram perceber que há um problema ainda que não lhes afete diretamente.

Nosso cotidiano em escolas nos permite afirmar que há ainda muitos professores que desconhecem tal fenômeno da intimidação entre pares. Sim, sabem da violência, mas apenas a reconhecem quando são tomados como o próprio alvo. Uma pesquisa do Ministério da Educação do Governo Brasileiro em 2009 revela que 90% dos professores entrevistados se identificam como vítimas da violência de seus alunos. São meninos e meninas que desobedecem, desrespeitam e ameaçam a autoridade na escola. No entanto, ao fazermos um diagnóstico da realidade escolar, qual é a surpresa de inúmeros professores quando podem constatar que seus alunos apontam outros culpados e vítimas para a violência na escola. Pela urgência de se estudar outras formas de maus tratos como o *bullying* cujas características são peculiares e pela atual necessidade de se considerar o outro lado das pesquisas sobre violência na escola e suas direções, é que apresentaremos as investigações que temos conduzido no Brasil.

Contextualizando o fenômeno do ponto de vista psicológico

É urgente nos dispormos à tarefa de mapear o problema da violência na escola, em especial o *bullying*, para que possamos num primeiro passo, nos sensibilizar com uma desmedida falta de ética a que estão acometidos nossos alunos. No Brasil, diferentes autores, a partir dos primeiros

diagnósticos traçados por Dan Oweus (1998 ) e tendo como resultados bastante parecidos com aqueles encontrados por Avilés et al. (2005), Del Barrio et al. (2003) entre outros, têm se dedicado ao estudo desta forma peculiar de violência.

Começemos por situar o problema chamado bullying. Do inglês *bull* vem o sentido de intimidação para a língua portuguesa. Do touro, a força que assola, que menospreza, que diminui o outro. Bullying, como já bastante definido em meios acadêmicos diz respeito às formas de intimidação, de humilhação e menosprezo e conta, ao menos, com cinco características marcantes. Tomemos como exemplo, a fim de ilustrar as características do fenômeno, do ponto de vista psicológico do qual tratamos, um belo clássico do cinema que reproduz situações de bullying em que estão submetidos dois personagens principais, autores e alvos: Ponte para Terabitea (2007) apresenta a história de dois heróis que superam a condição de vitimização que experimentavam na escola. Jesse, numa família de outras três irmãs, é o penúltimo filho. Sofria a indiferença do pai que deixava evidente a sua preferência pelas meninas, principalmente a menor. Sofrendo de um menosprezo explícito de seus sentimentos, Jesse vai à escola e lá, como lugar propício à experiência entre iguais, encontra seus algozes que o ridicularizam por usar os tênis de sua irmã mais velha, por ter gostos diferentes dos demais (era um exímio desenhista, retirado em suas fantasias), por morar em uma região afastada dos centros urbanos... Essas e tantas outras formas de ridicularização podem nos evidenciar a primeira das características do fenômeno estudado: trata-se de uma forma de violência entre pares, ou seja, em que não há desnível de poder ou de autoridade entre aqueles que participam. Portanto, não chamaríamos de bullying uma forma de constrangimento exercida pelo professor sobre o aluno, como os que acontecem, por exemplo, na sala de Jesse e nem o autoritarismo do pai.

A segunda característica que explica o fenômeno é a repetição. Não são brincadeiras ao acaso: Jesse é vitimizado sempre: no ônibus, em sala de aula, na brincadeira do recreio. São sempre atos direcionados a um alvo, a uma vítima, por repetidas vezes já que existe uma terceira característica a ser considerada: há a intenção de ferir. Autores de bullying, intencionalmente escolhem seus alvos, que são exatamente aqueles que por razões psicológicas parecem concordar com a imagem que seus algozes querem fazer dele: as vítimas sentem-se diferentes, pela roupa que vestem, pelas maneiras como se relacionam, pelas diferenças físicas ou psicológicas, pelos trejeitos e por principalmente, sentirem-se pouco seguros com

relação ao respeito que nutrem por si mesmos, como é o caso de Jesse. Isso explica por que nem todos aqueles que são escolhidos como alvos de bullying permanecem nessa condição. Somente aqueles cujas imagens de si empobrecidas revigoram as características postas em evidência pelos autores de bullying são tomados como vítima. Ressaltemos aqui a presença da segunda personagem deste filme: Leslie é também, no começo de seus relacionamentos, alvo de constantes sarcasmos pelo seu tipo físico, por sua conduta em participar de brincadeiras “ditas” de meninos, por sua facilidade em criar fantasias. Leslie é uma menina, também sonhadora, mas que ao contrário de Jesse, resiste a se tornar vítima. Sustenta sua diferença, não demonstrando medo de seus agressores.

Resta-nos a quinta característica: não há bullying sem que haja um público a corresponder com as apelações de quem ironiza, age com sarcasmo e parece liderar aqueles que são expectadores. É verdade que enquanto autoridades, muitas vezes, não ficamos sabendo dos problemas que passam nossos alunos entre si. Talvez isso também explique por que tem sido tão difícil para os professores, considerarem que há um sofrimento em jogo. Contudo, o fato de não contarem para suas autoridades, propositalmente, fortalece outro fato interessante: autores de bullying precisam fazer com que seu público que os venere sabendo de suas proezas. Dão um jeito: ou mandam recado, ou contam sobre suas ações... E o público, por sua vez, quase que em sua totalidade, amedrontado com a possibilidade de se tornar “a próxima vítima” parece concordar com as formas pelas quais os autores agem, mesmo que seja pela indiferença ou pura aceitação. É o que podemos assistir nas cenas de escola do filme *Ponte para Terabítea*. Postas tais características, passemos então à pergunta recorrente entre os mais diferentes educadores: o que fazer? É exatamente visando responder a tal questionamento que apresentamos a seguir uma de nossas investigações realizadas no Brasil diante da necessidade de se repensar nas escolas as possíveis intervenções que podemos utilizar para vencer este problema.

#### *Um recorte de realidades brasileiras*

Foi com Fante (2005) que tivemos as primeiras reflexões sobre o bullying e suas conseqüências no cotidiano de escolas brasileiras. No interior do Estado de São Paulo, Fante mapeia as primeiras alusões à tais manifestações de violência, que, na verdade, como já apontado por Oweus e outros tantos autores, já existe desde que o homem é homem e se relaciona com seus pares: o que as novas investigações fazem, no campo das ciências, é apontar as características desta face da violência e nome-la como *bullying* cujas

implicações e formas de embate são diferentes, como pudemos constatar ao caracterizar o problema. Dados da região de São José do Rio Preto foram tomados como testemunho de que havia entre crianças e adolescentes brasileiros, sinais de violência entre pares: 66,92% dos entrevistados dizem sofrer algum tipo de violência na escola, sendo 25,56% casos de bullying. Preocupados com as ações que este diagnóstico nos instigava a ter, organizamos uma investigação da mesma natureza na região metropolitana de Campinas, também interior do estado de São Paulo. O estudo realizado na região contou com a participação de alunos do 4º. Ao 9º ano do Ensino Fundamental e do 1º ao 2º ano do Ensino Médio totalizando 827 crianças e adolescentes entrevistados. O primeiro grande objetivo desta investigação realizada em escolas particulares da região de Campinas era saber se existiriam casos de bullying nessas instituições para que então se cumprisse um segundo objetivo: tratava-se de uma pesquisa de campo, com caráter, também exploratório que buscaria propor uma forma de intervenção ao problema que poderia ser detectado durante a primeira etapa de diagnóstico. Logo, o segundo passo a ser dado, após esse primeiro mapeamento do problema apontado pelos alunos, seria o estabelecimento de metas e de propostas de formação dos professores envolvidos. Isso, para que se pudesse pensar em estratégias eficazes para a superação do problema e mesmo a formulação de um estatuto anti-bullying pelos próprios alunos que trabalhariam com os dados do diagnóstico realizado. Contamos com um questionário adaptado de Oweus (1998) e de Fante (2005) em que crianças e adolescentes poderiam se referir à existência de situações de bullying, suas formas de ação, a frequência desses fatos e os locais de tais ações.

Teriam, os alunos, problemas de relacionamento entre eles que não tem sido alvo de discussões e planejamento de intervenções da escola? Ou em outras palavras: a escola estaria preparada para levar em consideração os problemas cujas causas sejam afetivas e agir de forma a contribuir para com a construção de personalidades mais equilibradas que não tenham a necessidade de menosprezar o outro para se sentirem valor, ou de serem menosprezadas por outrem? Não, seria a resposta, como veremos na apresentação dos resultados. Antes, porém, é preciso retomar um dos entraves cuja presença não nos permitiu, como veremos, a continuidade e o atendimento do segundo objetivo em questão que consistia nas propostas de intervenção. Expliquemos: no questionário adaptado por nós resolvemos incluir uma pergunta que não seria relevante do ponto de vista do entendimento do fenômeno em questão, o bullying. Tratava-se de uma

pergunta relacionada ao professor: você já foi ameaçado, menosprezado, diminuído, zombado, xingado, humilhado por algum professor? O viés encontrado nesta pesquisa parece-nos um dos mais urgentes pontos a serem repensados pela escola hoje, como veremos a seguir.

## RESULTADOS

Apresentamos por hora, apenas um recorte das quarenta questões que foram respondidas pelos alunos, sendo eles: 249 do Ensino fundamental I, 377 do Ensino Fundamental II e 201 do Ensino Médio totalizando a amostra de 827 estudantes. Tal recorte consiste em apresentar duas questões que tomamos depois por base, para a segunda etapa que indicaria o início de um processo de sensibilização para procedermos a etapa posterior de intervenção. Uma das perguntas que fizemos como no estudo anterior era a seguinte: você já foi zombado, humilhado, ameaçado, constrangido por algum colega na escola? Os resultados encontrados para essa questão podem ser constatados com auxílio da Figura 1. Para análise desses dados, é preciso esclarecer que foram tomadas duas das possíveis respostas que mais se aproximavam da possibilidade de evidenciar-se o problema do bullying entre os participantes – às vezes e sim.

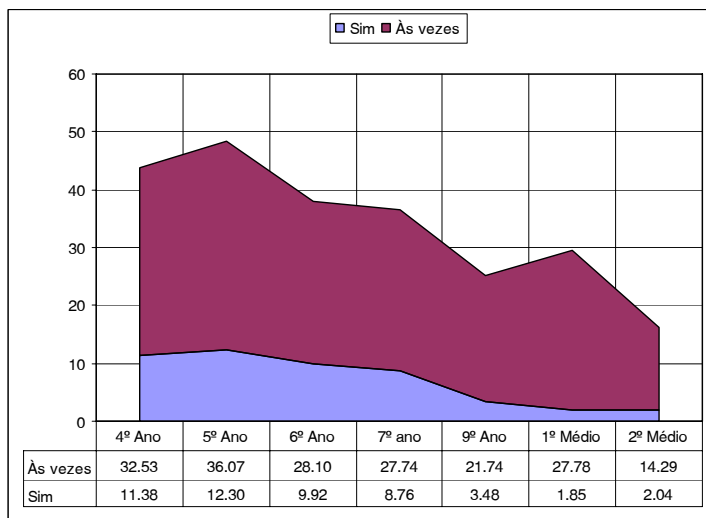


Figura 1. Respostas para a pergunta: Você já foi zombado, ameaçado, humilhado, desprezado, diminuído por algum colega?

Quando questionados sobre o fato de já terem sido vitimizados por algum colega da escola, essas crianças e adolescentes nos apontam que já passaram por tais situações. Notemos no gráfico de área que há uma tendência à diminuição das porcentagens de respostas “sim” que se referem à tal agressão correspondente ao crescente desenvolvimento dos sujeitos e com o passar dos anos, até chegar ao segundo ano do ensino médio. Contudo, chama-nos a atenção os escores referentes ao “às vezes”: vejamos que 36,07 % dos sujeitos dos 5os. anos apontam já terem sido vitimizados.

Passemos então à segunda questão que tomamos como referência para essa apresentação. Por ocasião da pesquisa, resolvemos inserir, como já dissemos, uma questão que se referia a uma possível intimidação que os alunos poderiam sofrer por parte do professor. Os resultados obtidos com essa questão nos promoveram uma surpresa bastante desagradável para quem estaria disposto a pensar no problema entre os pares: haveria algo mais – os alunos se referiam à situações em que também foram humilhados, ameaçados, zombados por seus professores. A Figura 2 permite-nos chegar a tais conclusões.

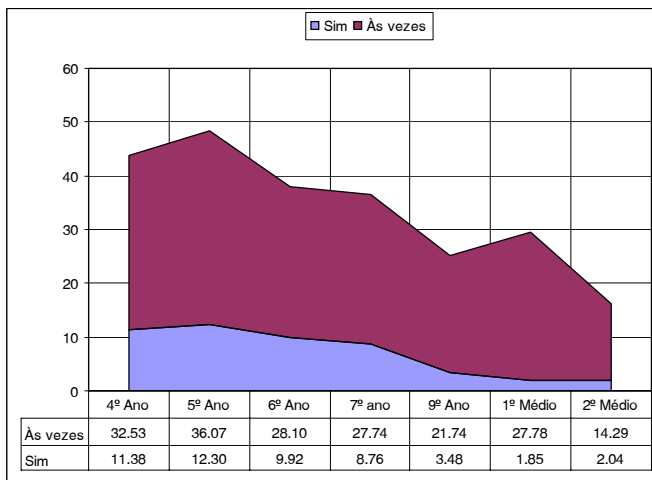


Figura 2. Respostas para a pergunta: Você já foi zombado, ameaçado, humilhado, desprezado, diminuído por algum professor?

Fica evidente pela análise dos resultados encontrados que meninos e meninas, quanto mais evoluem para não considerar a regra em função da autoridade, e, portanto, a não legitimar as ações da autoridade como sempre justas, mais apontam para uma violência escondida: o desrespeito advindo das figuras de autoridade. No nono ano, vejamos que as respostas

às vezes atingem a maior expressão: são 26,96% de sujeitos que às vezes se consideram desrespeitados por seus professores.

*As discussões que podemos traçar e os apontamentos futuros*

Os resultados encontrados estão em consonância com aqueles já apontados por outros autores mundialmente reconhecidos (Avilés & Casares, 2005; Del Barrio et al, 2003; Fante, 2005; Mascarenhas, 2009; Oweus, 1998; Prodocimo, 2009) e nos permitem afirmar que existe no cotidiano da escola uma violência silenciosa que acomete meninos e meninas, alvos de bullying, e que denota o fato de outros tantos meninos e meninas, autores de bullying também precisarem de ajuda para inverter uma hierarquia de valores que coloca a força, o poder, a virilidade, a intolerância à diferença como privilegiados. Meninos e meninas em nossas escolas convivem com uma violência velada, advinda daqueles que teoricamente, deveriam inserir a criança e o adolescente no mundo da moral: seus professores. Mas vejamos, não são maneiras explícitas porque não nos damos conta de que as humilhações, as constantes exposições em que colocamos nossos alunos são formas de desrespeito. A intenção é sempre boa quando chamamos a atenção de um aluno dizendo ao restante da classe: “pessoal, é assim que se faz?” Ou quando dizemos, mesmo amigavelmente: “só podia ser você mesmo, não?” Ou ainda, como conta-nos com tristeza uma amiga que assistia a aula de certo professor – num dado momento, visando ele obter a atenção e a “amizade” da turma, se dirige a uma aluna vestida de roxo, cuja diferença em termos de massa corporal era notória (chamada literalmente de gordinha), dizendo: “oi hematoma gigante”. O que dizer de situações como esta? O que dizer de outras tantas vexações que passam nossas crianças e adolescentes quando em aulas entediadas são colocadas para fora, ou de castigo, ou ainda, submetidas a constrangimentos do tipo ser obrigado a copiar cem a duzentas vezes “devo me comportar em sala de aula” (Vinha & Tognetta, 2008). Não é surpresa, portanto, que não conseguimos desenvolver a segunda etapa da pesquisa citada: os professores envolvidos recusaram-se a reconhecer que suas metodologias estavam bastante diferentes de formas mais evoluídas de intervir moralmente.

Por certo, Terabitea não está distante desta realidade. Entretanto, tal reino encantado tem o que falta em nossas escolas: espaços para que meninos e meninas possam se sensibilizar com suas diferenças, com aquilo que tem em comum, como fizeram Leslie e Jesse. Não é possível formar para a generosidade sem que os alunos possam falar entre si, sentar em grupos, discutir diferenças (Tognetta & Vinha, 2008b). Terabitea, para aqueles que duvi-

darem, é a possibilidade de superação da condição de violência porque Leslie e Jesse re-apresentavam tudo o que viviam. Lá, reelaboravam, falavam como se sentiam, falavam o que pensam. E voltavam fortalecidos para os enfrentamentos da realidade. Resta-nos a esperança de que, sem Terabithia, crianças e adolescentes encontrem em nossas escolas, espaços para construir o que mais precisam para a superação do bullying e de tantas outras violências: o auto-respeito.

## REFERÊNCIAS

- Avilés, J.M., & Casares, I.M. (2005). Estudio de incidencia de la intimidación y el matraato entre iguales en la educación secundaria obligatoria mediante el cuestionario CIMEI, 1999. *Anales de Psicología*, 21(1), junio.
- Del Barrio, C., Almeida, A., Meulen, K., Barrios, A., & Gutiérrez, H. (2003). Representaciones acerca del maltrato entre iguales, atribuciones emocionales y percepción de estrategias de cambio a partir de um instrumento narrativo: SCAN- BULLYING. *Infância y Aprendizaje*, 26(1), 63-78.
- Fante, C. (2005). *Fenômeno bullying: Como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz*. Campinas: Editora Verus.
- Mascarenhas, S.A.N. (2009). Bullying e moralidade escolar: Um estudo com estudantes do Brasil (Amazônia) e da Espanha (Valladolid). *Anais do I Congresso de Pesquisas em Psicologia e Educação Moral (COPPEM)*. Campinas, SP: Faculdade de Educação, Unicamp.
- Nogueira, R.M.C. Del P. (2004). Violência na escola: Em busca de definições. São Paulo: *Psicopedagogia On Line*.
- Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid: Ediciones Morata.
- Prodócimo, E. (2009). Agressividade na escola: Conhecendo o fenômeno. *Anais do I Congresso de Pesquisas em Psicologia e Educação Moral (COPPEM)*. Campinas, SP: Faculdade de Educação, Unicamp.
- Vinha, T.P., & Tognetta, L.R.P. (2008a). Estamos em conflito: Eu, comigo e com você! Uma reflexão sobre o bullying e suas causas afetivas. In *Escola, conflitos e violência*. Santa Maria: Editora da UFSM.
- Tognetta, C.G., & Souza, C. (2007). *O fenômeno bullying no ambiente escolar*. Texto não publicado.
- Vinha, T.P., & Tognetta, L.R.P. (2008b). A construção da autonomia moral na escola: A intervenção nos conflitos interpessoais e a aprendizagem dos valores. *Anais do VIII Congresso Nacional de Educação da PUCPR – EDUCERE e o III Congresso Ibero-Americano sobre Violências nas Escolas – CIAVE*. Curitiba: PUC.