

BULLYING E VIOLÊNCIA NA ESCOLA:
ENTRE O QUE SE DESEJA E O QUE REALMENTE SE FAZ

Luciene Regina P. Tognetta (lrpaulino@uol.com.br) / Telma Pileggi Vinha

Faculdade de Educação Unicamp, Brasil

Muitas são as angústias de educadores em escolas sobre o que fazer para resolver os problemas de maus comportamentos de seus alunos. Tal queixa tão presente no cotidiano da escola reitera a preocupação recente sobre o problema da violência escolar exatamente a partir de um foco: a indisciplina (Cunha, 2009; Leme, 2006; Nogueira, 2004). Não obstante, a presença de outras formas de não validação das regras contratuais existentes na escola, não são na maioria das vezes, levadas em consideração por aqueles que ainda se julgam vítimas de um sistema mal resolvido. Em outras palavras: se o tema da violência na escola assola países como o Brasil e tantos outros, este ainda reserva-se relacionado à falta de obediência as regras representadas pelos educadores. Apontar para outras formas de violência presentes neste cotidiano de relações parecem-nos uma tarefa imprescindível para quem deseja a transformação das relações sociais presentes em nosso cotidiano. Quem são as vítimas da violência na escola? Por que são vitimizadas neste espaço? E o que se pode fazer para resolver a questão da violência na escola? Respostas a essas perguntas nos parecem ser de extrema relevância para aqueles que educam e que preocupados estão com os rumos das relações em que a ética não se apresenta em dias de hoje. É o que nos propomos a fazer neste artigo que agora introduzimos.

UM PANORAMA DA SITUAÇÃO ESCOLAR

De fato, a escola tem dado mostras de que sozinha não tem conseguido resolver os problemas de violência advindos de seu próprio interior. Em pesquisas recentes, Fante (2005) chega a encontrar que professores afirmam destinar de 40% a 50 % de seu tempo em sala de aula para resolver conflitos entre seus alunos. Em outra pesquisa divulgada em junho de 2009 pelo governo brasileiro, de uma aula de 50 minutos, os professores entrevistados afirmam gastarem diariamente 15 minutos para a solução de problemas de comportamento (FIPI, 2009).

Dados como estes nos soam alarmantes para considerar que há problemas nas relações em nossas escolas. Não podemos negar: há uma crescente problemática instalada no cotidiano das instituições que educam. Contudo, é preciso que olhemos para o fenômeno ocorrido como algo a nos revelar: se há tantos conflitos para se resolver no interior da escola, esse fato não estaria nos indicando sua relevância e a necessidade de que seja “gasto” um tempo para se resolvê-los? Não seria sinal de que há algo mais que a escola não tem dado a esses alunos e que, portanto, estes clamam a sua falta? O cotidiano da escola nos dá mostras de que há algo a ser modificado em sua estrutura que opta por conteúdos que excluem uma necessidade notadamente humana – a de se aprender a resolver conflitos. Vejamos o que isso quer dizer.

Moreno-Marimón e Sastre (2002) numa pesquisa recente, perguntam a adultos que passaram por diferentes escolas se um determinado conteúdo aprendido em tal instituição teria hoje, em sua vida adulta, algum sentido ou, em outras palavras, teria sido utilizado fora da escola. A resposta a esta questão nos parece longe de mostrar que a escola tem cumprido seu papel formador. Perguntados sobre “quando utilizaram a raiz quadrada em suas vidas” apenas 6% dizem ter utilizado esse conceito em aplicações úteis como por exemplo, para cálculos de área, ou enquanto professores, para dar aulas particulares e outros 4% diriam que seu uso foi importante para ser usado em jogos diversos.

Infelizmente, para ainda explicar a necessidade dos 15 minutos considerados perdidos pelo professor para resolver conflitos, é preciso lembrar que a escola não tem cumprido o seu papel formador. Ela é sim, responsável pela formação ética de seus alunos. E se ética, segundo Ricoeur (1993), consiste na busca por uma vida boa, com e para o outro, é preciso pensá-la do ponto de vista das relações. Se não abandonamos nosso papel de formadores, é preciso pensar que os conflitos vividos pelos alunos no interior da escola são oportunidades de aprendizagens de valores. Temos insistido nesta questão (Vinha & Mantovani de Assis, 2007; Vinha & Tognetta, 2008; Tognetta & Vinha, 2008) e constatado que a cada dia mais temos estado longe do que Ricoeur ainda apresentaria como possibilidade de construir uma personalidade ética: o lugar em que é possível tal formação é pensado por ele como uma “instituição justa”. Como são justas as instituições que prezam pela autonomia em seus discursos e asseguram a obediência à autoridade e não aos princípios em suas práticas? Como são justas se não permitem que meninos e meninas

participem da elaboração das regras cuja essência é regular a convivência humana e, portanto, deveriam partir exatamente de quem delas necessita? Essas e outras indagações nos levam a repensar o cotidiano da escola e a freqüente queixa de que algo *não vai bem* em seu interior. Algumas de nossas investigações atuais reforçam exatamente a idéia de que nossos meninos e meninas são pouco atuantes. Tal ausência de participação coletiva parece reiterar a lógica de que onde há pessoas que não se indignam com as situações de injustiça vivenciadas por outrem, há uma enorme propensão de se prosperarem problemas como o bullying.

AS PESQUISAS: O QUE A ESCOLA REALMENTE FAZ

Para reforçar nossa hipótese de que a instituição educativa, em sua forma atual infelizmente parece desejar pela superação dos problemas de violência a que está submetida mas pouco fazer nesta direção, apresentamos agora os dados de duas investigações atuais.

A primeira delas consistiu em traçar um perfil do julgamento dos alunos sobre situações de injustiça (Tognetta & Vinha, 2009). Questionados sobre “O que uma pessoa faz que lhe deixa com raiva ou indignado?” nossos participantes foram convidados a pensar exatamente na virtude diretamente ligada ao sentimento de indignação: a justiça. Sente-se indignado quando se é vítima de uma ação considerada imoral. Portanto, estariam eles preocupados com as injustiças a outrem? Para tal, contamos com uma amostra de 150 estudantes de escolas públicas e particulares da região metropolitana de Campinas, alunos de oitavos e nonos anos do Ensino Fundamental II. A escolha da amostra foi aleatória.

A segunda investigação apresentada neste artigo diz respeito a um recorte de uma pesquisa atual que está sendo replicada também na região metropolitana de Campinas. Os dados desta pesquisa que apresentamos agora foram coletados, aleatoriamente, junto a escolas públicas e particulares de todo o Estado de São Paulo. O estudo consistiu num questionário para ser respondido por alunos leitores a partir do segundo ano até o nono ano do Ensino Fundamental. A amostra foi formada por um total de 120 participantes. O recorte aqui apresentado refere-se a duas questões principais, sendo a primeira “Você já foi colocado para fora da sala ou já viu algum colega sendo colocado para fora da sala de aula?” E

a segunda: “Quando um aluno é colocado para fora da sala de aula, ele lá permanece, em média, quanto tempo?”

RESULTADOS

A primeira investigação: Público x privado

Perguntados sobre “o que uma pessoa faz que lhe deixa indignado?” nossos 150 participantes apresentaram-nos as seguintes categorias de respostas: 35,33% apontaram valores considerados individualistas, pois se indignam quando consideram que seus direitos foram violados. São exemplos de suas respostas: “*Quando eu falo alguma coisa e elas ficam tirando sarro ou pensam besteira*”; “*Me irritar e ficar colocando apelido*”; “*O que me deixa com raiva é falar de mim se eu não fiz nada e que mintam a meu respeito*”.

Outras 40,66% são respostas caracterizadas por estereótipos sociais e/ou que demarcam preocupações apenas por pessoas cujas relações sejam próximas. Nesta categoria, por um lado, os valores são transmitidos socialmente e decorrentes da heteronomia que elege para a sua moral aqueles que são predominantes em sua comunidade, restringindo-se basicamente ao meio social em que estes sujeitos vivem (corrupção, necessidade de “ser alguém importante”...). Há o predomínio de regras convencionais – conjunto de regras de condutas consideradas obrigatórias para um grupo, mas não universalizáveis. Por outro lado, a indignação se justifica pela injustiça ou agressão ocorre com alguém que se relaciona como a família ou os amigos como na resposta de um de nossos sujeitos: “O que me indigna é xingarem minha mãe ou meu pai”. Apenas 24% das respostas de nossos sujeitos elegem valores morais e éticos tais como: a honestidade, a justiça, o respeito, a igualdade, a dignidade e a não-violência cuja falta é indignante. Nesta categoria, há o predomínio de regras morais que são especificamente relacionadas às questões interpessoais, à resolução de conflitos, à restrição de condutas e à busca da harmonia pessoa e do bem-estar alheio. São exemplos dessas respostas: “*A falta de dignidade, de respeito com o próximo*”; “*Matar e roubar são os piores, por exemplo, pessoas gananciosas também, pessoas que só pensam em si mesmas*”; “*A rejeição de uma pessoa ou discriminação racial*”.

A Figura 1 apresenta tais resultados.

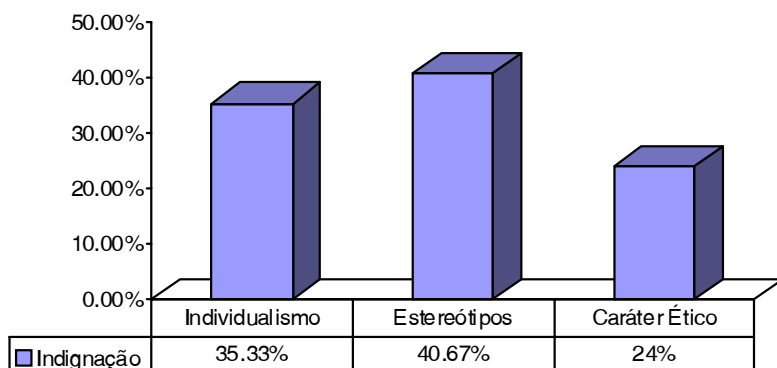


Figura 1. O que uma pessoa faz que lhe causa raiva ou indignação?

O que podemos discutir sobre a perspectiva desses jovens quanto ao que lhes gera indignação? Esses dados nos permitem constatar uma moral mais restrita à esfera privada e não à dimensão pública que envolve o outro, inclusive aquele não pertencente à sua comunidade. Parece haver uma separação abrupta entre o que é “público” e o que é “privado”. Esses adolescentes não vêem a esfera pública, ou, em outras palavras, o que seria indignável a qualquer ser humano digno de valor: 76% dos participantes de nosso estudo não generalizam os valores para qualquer ser humano, para o sujeito universal. Destes, 35,33% de jovens demonstram um senso de justiça autocentrado (individualista) e 40,67% apresentam uma moral “estereotipada” ou restrita às suas relações afetivas. Por conseguinte, o preconceito, a mentira e a injustiça, por exemplo, só os indignam quando ocorrem consigo mesmos ou com o seu próximo “bem próximo”! Com o auxílio da Figura 2, apresentamos as categorias encontradas nos dois grupos que formaram nossa amostra.

Notemos que em ambos os tipos de ambientes, os estereótipos sociais foram encontrados em maioria: 29 respostas correspondentes a 38,67% entre estudantes de escolas particulares e 32 respostas correspondentes a 42,67% entre estudantes advindos de escolas públicas. As respostas alusivas ao individualismo também se mantiveram semelhantes: 24 (32%) entre estudantes de escolas particulares e 29 (38,67%) entre estudantes de escolas públicas. Porém, é na terceira categoria que encontramos uma diferença expressiva: 22 respostas dos sujeitos de escolas particulares, ou seja, 29,33% da amostra desse ambiente apresentou indignação moral e 18,67%, que corresponde a 14 respostas, dos sujeitos de escolas públicas, se referiram ao caráter moral e ético.

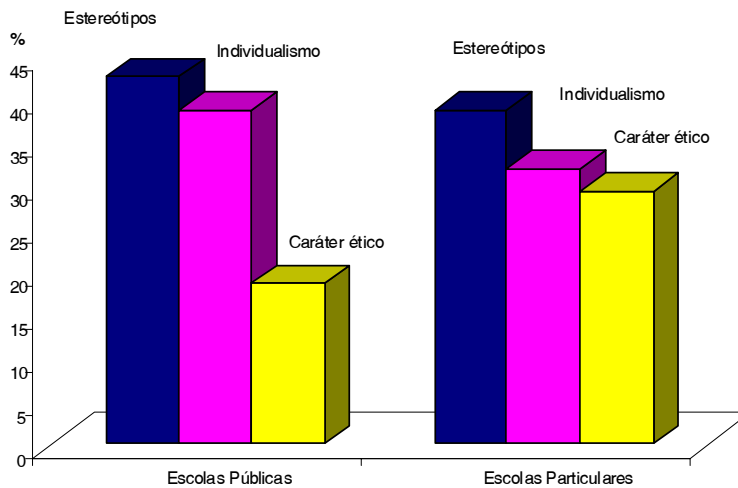


Figura 2. Respostas dos sujeitos das escolas pública e particular por categoria

A segunda investigação: A exposição pública

A segunda pesquisa que apresentamos, como já dissemos, consiste num recorte de uma investigação que conduzimos no Estado de São Paulo, entre 120 crianças e adolescentes objetivando constatar algo que é comum nas escolas brasileiras: a exposição da criança colocada para fora nos corredores das escolas. Para tanto, perguntamos aos participantes dessa investigação: Você já foi colocado para fora da sala ou já viu algum colega sendo colocado para fora da sala de aula? Os resultados encontrados são demonstrados na Figura 3.

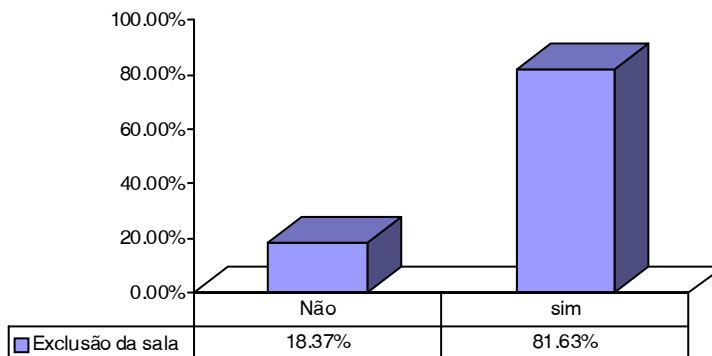


Figura 3. Incidência de exclusão da sala de aula

Notemos que 82% dos respondentes já foram ou viram alguém sendo colocado para fora de sua sala de aula como uma medida de intervenção a um comportamento inadequado. É preciso um esclarecimento: a questão anterior que deixamos de apresentar neste presente estudo, incidia exatamente sobre a presença de comportamentos inadequados em sala de aula e assim, por decorrência, a questão posterior, agora tabulada, pode nos dar indicativos de que a exclusão da sala ainda é uma sanção bastante utilizada em nossas escolas.

Quanto tempo permaneceria esse aluno fora da sala de aula? Seria possível mensurar esse “tempo”? Perguntamos aos nossos participantes: “Quando um aluno é colocado para fora da sala de aula, ele lá permanece, em média, quanto tempo?”. Entre as variadas respostas para tal pergunta, temos as seguintes categorias: 27% das respostas descrevem o tempo de exclusão da sala se referindo à “aula toda”. Em 7% das respostas há uma variação que vai de 20 a 30 minutos. Tais respostas foram agrupadas numa mesma categoria. 42% dos entrevistados sinalizam diferentes medidas de tempo sempre menos a 20 minutos, o que levou-nos a agrupar tais respostas com um advérbio “pouco”. Interessantemente, o que nos chama a atenção é o fato de alguns sujeitos se referirem ao advérbio de tempo para explicar a medida: 24% apontam para “muito” tempo, como podemos visualizar na Figura 4.

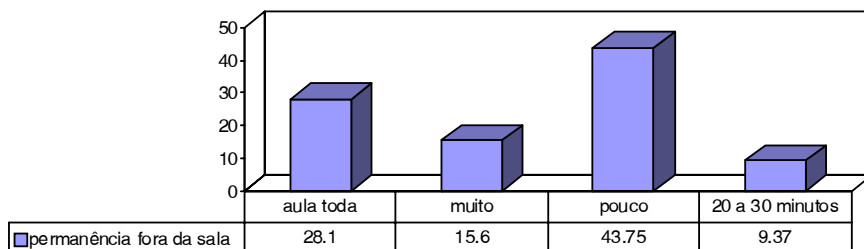


Figura 4. Tempo de permanência fora da sala.

Por certo, o recorte que por hora apresentamos nos possibilita afirmar que costumeiramente o que fazemos na escola não corresponde aos nossos desejos de formar para autonomia. Como podemos formar para a autonomia, como sinônimo de auto-regulação se nossos alunos são abruptamente retirados da discussão que o possibilitaria tomar consciência das regras que regulam a convivência na sala? É interessante retomarmos o que significa uma das respostas emergidas de nossos estudantes: em sua opinião, os alunos que são colocados para fora lá permanecem por “muito”

tempo. Um tempo psicológico diríamos. No entanto, significativamente importante para aqueles que desejam que os espaços de convivência sejam preservados e que crianças e adolescentes possam aprender a ser respeitados. Eles mesmos consideram um tempo “grande” demais para ser desperdiçado...

No que tais investigações relacionam-se com a presença de bullying, afinal? As respostas a essa pergunta pode ser respondida em alguns pontos. Em primeiro lugar, é preciso considerar que a escola trata o que é público como particular e o que é particular como público. Vejamos: há pouco tempo tivemos um acontecimento no Brasil que denota esta primeira consideração: uma aluna universitária é menosprezada, zombada, ameaçada por seus colegas numa grande universidade de São Paulo, no Brasil. O motivo? Usando um vestido curto, a aluna teria “provocado” a atenção dos rapazes e moças, também alunos. O fato vira caso de polícia. Qual a posição da instituição educativa frente a essa situação? A aluna é expulsa da universidade. Vejamos que esse acontecimento ilustra nossa primeira afirmação: a escola trata o que é público como privado. Nenhum dos estudantes que havia ameaçado, zombado, irritado a colega com suas brincadeiras sobre seu vestido teria sido “repreendido” pelas autoridades. A questão: era preciso alguém, mais evoluído em termos morais, chamar a atenção desses alunos para o fato – nada justifica a ironia, a ameaça, a zombaria contra qualquer que seja a pessoa ainda que o vestido fosse curto. Se essa era a situação, a intervenção deveria ser dupla: à menina, uma conversa sobre a sua própria intimidade a ser preservada, pois é ela *e somente ela* a ser prejudicada. Aos colegas, a discussão: como é preciso que as pessoas sejam tratadas?

Esse e muitos outros exemplos corriqueiros da escola denotam o quanto se trata em termos particulares o que necessariamente é preciso que seja uma discussão pública: quantas vezes nos deparamos com situações em que professores, na ânsia de resolver apressadamente os conflitos cotidianos, são capazes de dizer “não ligue” quando toda a classe ri de um apelido que um autor de bullying coloca num alvo. Por sua vez, a escola trata do contrário: como público o que deveria ser privado. Na boa intenção de promover a tomada de consciência, muitos de nossos professores expõem crianças e adolescentes em cenas também corriqueiras: “pessoal, vejam o que fulano fez – é isso que foi pedido para fazer?”

Os resultados de nossa segunda investigação reverberam ainda mais o fato de que não nos apropriamos da necessidade de resolvermos os problemas com quem é de direito: é por certo, muito mais fácil retirar o problema do

que confrontá-lo (Tognetta & Vinha, 2007; Vinha & Tognetta, 2008). Deste modo, o que no Brasil tende a ser utilizado como jargão político – “nenhuma criança fora da escola” infelizmente, permanece apenas nos desejos de quem almeja superar problemas como o bullying escolar. Contudo, essas mesmas ações contribuem enormemente para seu fortalecimento já que ensinam que a melhor maneira de se resolver um problema é pela exclusão.

REFERÊNCIAS

- Cunha, J.M. (2009). *Violência interpessoal em escolas do Brasil: Características e correlatos*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2009.
- Fante, C. (2005). *Fenômeno bullying: Como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz*. Campinas: Editora Verus.
- Leme, M.I.S. (2006). *Convivência, conflitos e educação nas escolas de São Paulo*. Instituto SM para a Educação.
- Moreno-Marimon, M., & Sastre, G. (2002). *Resolução de conflitos e aprendizagem emocional*. São Paulo: Moderna.
- Nogueira, R.M.C. Del P. (2004). Violência na escola: em busca de definições. São Paulo: *Psicopedagogia On Line*.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil
- Tognetta, L.R.P., & Vinha, T.P. (2008). Estamos em conflito: Eu, comigo e com você! Uma reflexão sobre o bullying e suas causas afetivas. *Escola, conflitos e violência*. Santa Maria: Editora da UFSM.
- Vinha, T.P., & Tognetta, L.R.P (2007). *Quando a escola é democrática: Um olhar sobre a prática das regras e assembleias na escola*. Campinas: Mercado de Letras.
- 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.
- Vinha, T.P., & Mantovani de Assis, O.Z. (2007). A autonomia, as virtudes e o ambiente cooperativo em sala de aula: A construção do professor. In Tognetta (Org.). *Virtudes e educação: Um desafio da modernidade*. Campinas: Mercado de Letras.

CONFUSÃO DE LINGUAGENS: O DESENCONTRO ENTRE A TERNURA E A PAIXÃO

Luis Jorge Faleiro

ISPA – Instituto Universitário

Actualmente assiste-se cada vez mais a uma proliferação de notícias reportadas pelos órgãos de comunicação, as quais fazem emergir a plena luz do dia, os casos mais sórdidos e macabros relativos a abusos e ofensas sexuais. Casos estes que se envolvem de contornos ainda mais perturbantes quando se trata de abuso sexual dirigido a crianças. A percepção actual por parte da sociedade de que este flagelo é susceptível de atingir qualquer um dos seus filhos é potenciadora desta maior atenção e consciencialização, as quais originam por sua vez um nível de alerta qualitativamente superior por parte de todos.

No abuso sexual infantil, como em tantos outros comportamentos desviantes, a punição sobre os responsáveis não pode ser suficiente para que se sinta que se está a proteger a vítima. Não nos podemos quedar pela punição. Só através de uma crescente procura de conhecimento científico se pode lançar luz sobre determinado fenómeno, pensar sobre ele e tentar agir na sua globalidade.

O AGRESSOR SEXUAL INFANTIL

Groth, tal como o tinha realizado para os violadores, elaborou um modelo de classificação de pedófilos. Tal como anteriormente, o autor interessou-se particularmente por aspectos motivadores e descreveu os afectos e comportamentos através dos quais essas motivações se exprimiam. Interessava-o particularmente a “intenção motivadora na agressão sexual de crianças” (Groth & Burgess, 1977). Outras publicações (Burgess, Groth, Holmstrom, & Sgroi, 1978; Groth, Hobson & Gary, 1982) completam a apresentação do seu modelo de classificação, o qual se revelou um instrumento precioso para vários clínicos ao sugerir-lhes critérios de diagnóstico. Existe no entanto uma ausência de critérios de diagnóstico objectivamente e puramente operacionais (McKibben, 1993), o que de resto é uma crítica recorrente a muitas tipologias.

Porém importa aqui rever algumas considerações e tomar como base alguns dos pressupostos deste modelo. Groth utiliza como primeiro critério de classificação o grau de violência utilizado pelo agressor. Sendo assim, temos duas grandes primeiras classificações distintas. São elas o atentado ao pudor e a violação, sendo esta última caracterizada por um nível de violência superior. Num atentado ao pudor, o agressor obtém o que deseja da criança, pela sedução ou persuasão. Há uma pseudo aproximação afectiva, uma pseudo relação. Em termos ilustrativos, este abusador diz à criança que a ama, que está preocupado com os seus problemas, que a quer ajudar e fá-la sentir-se importante. Porém, o que o agressor realmente procura é a tal pseudo-mutualidade, ou pseudo-reciprocidade, no prazer sexual e também na relação afectiva. Ele deseja que a criança aprecie os contactos e neles participe. Assim sendo, não é nada de estranhar que muitas das vezes este tipo de agressor mantenha uma relação próxima e regular com a criança (McKibben, 1993). Em relação à criança em si, ela investe positivamente e procura no agressor a sensação de utilidade, de ser importante e de ser amada. Este facto, ou seja, esta dualidade, co-dependência e confusão de linguagem entre adulto e criança é de realçar e reter, já que mais adiante será alvo de maior nível de apreciação.

No caso da tipologia de violação, o agressor utiliza as ameaças, a intimidação e/ou a força física como factores submissores. Não há tentativas de persuasão, nem manipulações. A criança é o receptáculo da hostilidade ou do desejo de domínio e de submissão por parte do agressor. Neste quadro o abusador não está interessado em saber se a criança obteve prazer ou não com os contactos sexuais. Desta forma se pode deprender que habitualmente nestes casos não há uma relação que é mantida com a criança exceptuando dar-se o caso do agressor ser um familiar próximo ou pessoa em posição de autoridade. Do ponto de vista da criança, neste tipo de configuração, pode-se verificar que esta investe negativamente e é usualmente despersonalizada, ridicularizada, humilhada e explorada sexualmente (McKibben, 1993).

A partir desta principal diferenciação do modelo de Groth, pode-se retirar algumas ilações válidas. O violador, este agressor violento com motivações várias (sadismo e/ou cólera e/ou poder), não se interessa pelo que a criança diga ou pelo que esta transmite (à excepção do indivíduo marcadamente motivado pelo poder que quer ver a sua *performance* sexual e predatória aprovada pela vítima) ao contrário do indivíduo que pratica um atentado ao pudor. Nesta última tipologia de indivíduo, que

pode constituir esta patologia por fixação ou por regressão, a linguagem da e para a criança é fulcral no seu pseudo-relacionamento (McKibben, 1993). Numa fixação existe uma orientação e uma preferência sexual marcada pela criança. Esta problemática está em evolução, muitas vezes desde a adolescência. Há uma premeditação e uma planificação, assim como uma ausência de factor desencadeador. Os contactos sexuais com os adultos são geralmente limitados. O agressor pode ter uma relação com um adulto, mas é pouco funcional sexualmente ou afectivamente e os seus contactos sociais são igualmente frios e distantes. Este indivíduo é marcado por uma desconfiança em relação aos adultos e cria um ímpeto de identificação com as crianças.

Num indivíduo marcado a este nível por regressão, o interesse pelas crianças surge normalmente já na idade adulta. O delito aparece como efeito de uma ferida causada pelos seus fracassos de ordem afectiva, social ou sexual. A premeditação, sobretudo no caso de uma primeira agressão, é menos evidente, do que numa patologia deste tipo adquirida por fixação. Numa regressão, o *modus vivendi* é mais tradicional, no qual o agressor investe também no mundo das crianças (McKibben, 1993). Quer seja por regressão ou fixação, encontramos nos indivíduos integrados num quadro de atentado ao pudor, um interesse em investir no mundo das crianças em que lhes interessa sobremaneira o que as crianças dizem, como dizem, como se expressam e como pensam. Porém, a forma do agressor/vítima entender ou processar o que está a ser comunicado por cada uma das partes é que é diferenciada e no caso do agressor é potencialmente enviesada por condicionantes patológicas.

Noutro plano, em 1990, Knight e Prentky apresentam-nos entre outras, uma tipologia de violador, com uma motivação sexual não sádica e com distorções cognitivas pronunciadas. Estas distorções por vezes camuflam a verdadeira intenção do agressor e de alguma forma tentam preencher a explicação para o seu comportamento desviante através de “falhas de comunicação”. A puro título de exemplo, este tipo de violador pode ter a convicção de que dada pessoa deseja ser forçada sexualmente porque simplesmente olhou para ele(a) ou alguém que, na sua opinião se vista de forma provocadora, deseja ter contactos sexuais com ele(a).

Tendo como base tudo o referido até este ponto e tendo em conta o explicitado no parágrafo anterior, poder-se-ia perguntar então se estes actos de agressão sexual infantil serão motivados por simples casos de “falhas de comunicação”. A resposta é simples: não. Mas a falha na comunicação entre a expressão da linguagem de amor e de ternura da

criança, erotizada e passada ao acto pelo adulto, sim é de extrema importância atentar e pensar com maior rigor.

De forma a analisar com maior detalhe a questão do abuso sexual infantil, a confusão de linguagens entre agressor e vítima e os traumas causados por estes eventos, interessa introduzir na discussão alguma conceptualidade psicanalítica.

ORIGENS DO TRAUMA

Entre 1895 e 1897, Freud elaborou uma “teoria da sedução” a partir do seu trabalho clínico com pacientes adultos, em que atribuiu a origem das neuroses (que em adulto os sintomas seriam a expressão simbólica de conflitos infantis, como por exemplo nas neuroses de transferência, histeria, obsessão, neuroses de angústia e neuroses ditas narcísicas), à lembrança de cenas de sedução reais geralmente ocorridas entre um adulto e uma criança (Gabel et al., 1998). As cenas de sedução são definidas como aquelas cenas reais ou fantasmáticas em que o sujeito (normalmente a criança) sofre passivamente por parte de outro (normalmente um adulto) assédio ou manobras sexuais. A passividade implica aqui não só um comportamento passivo por parte do sujeito mas também uma vitimação sem que a situação tenha provocado nele respostas ou representações sexuais (LaPlanche e Pontalis, 1984, pp. 436-437, cit. por Gabel et al., 1998). Esta teoria pressupõe que o trauma se produza em dois períodos. O primeiro diz respeito a um acontecimento sexual por parte do adulto mas pré-sexual por parte da criança, o que pressupõe uma não repressão inconsciente na criança por falta de capacidade de elaboração. O segundo período desenvolve-se quando há um acontecimento desencadeador (nem sempre de natureza sexual) que por associação faz ressurgir uma lembrança da cena de sedução anterior. Segundo Freud, essa lembrança despoletaria um afluxo de excitação sendo então necessária a sua repressão/recalcamento. Seria então esta repressão que estaria na origem das neuroses (Gabel et al., 1998). Freud acabaria por abandonar esta teoria em 1897, mas fê-lo dar passos importantes no sentido de desenvolver as noções de fantasma inconsciente, realidade psíquica e sexualidade infantil ao longo da sua teoria psicanalítica. Apesar de ter abandonado a origem das neuroses como sendo a da teoria da sedução, Freud nunca deixou de “sustentar a existência, a frequência e a realidade das cenas de sedução

vivenciadas pelas crianças” (LaPlanche e Pontalis, 1984, p. 438, cit. por Gabel et al., 1998).

Sándor Ferenczi (1873-1933), de nacionalidade húngara, um dos alunos, discípulos e colaborador de Freud, é achado por muitos como um autor importante mas pouco conhecido (Sanches, 2005). Ferenczi é criticado por outros por se colar teoricamente às ideias de Freud. Contudo, Sanches em 2005, refere que a sua obra pode ser dividida em duas fases. Uma primeira (1908-1923), que se inicia com a sua colaboração com Freud e aqui sim, as ideias dos dois são muito similares e uma segunda fase (1924-1933) em que se separa do mestre para seguir a sua própria investigação. É precisamente nesta fase que formula as suas contribuições mais valiosas para a psicanálise, tais como a sua técnica analítica ou activa (a par de outras técnicas como a técnica de relaxamento e neocatarse, a elasticidade da técnica analítica e a análise mútua). Empirista convicto, queria otimizar a capacidade terapêutica da psicanálise de modo a proporcionar um alívio psíquico mais eficaz aos seus pacientes, o que o levou ao longo da fase final da sua vida a criar um modo de estar com os pacientes qualitativamente diferente, ou por outras palavras, acabaria portanto por criar uma forma de psicanálise diferente da de Freud (Sanches, 2005). No entanto, para o presente trabalho não importa tanto escalpelizar algumas das técnicas introduzidas por Ferenczi, mas sim alguma da sua teorização sobre a origem dos traumas. Ao longo desta última fase da sua vida, e ao criar novas técnicas a partir dos seus trabalhos clínicos (viz. a técnica activa surge da estagnação do tratamento de pacientes histéricas), o autor também se apercebe de que há uma base traumática presente em todas as perturbações psíquicas (Katz, 1996). É precisamente na sua última obra, “Confusão de línguas entre vítima e agressor” que Ferenczi “... retoma a ideia do trauma freudiano, aquele das origens, aquele que encontrou o seu fundamento na história real e na sedução infantil...” (Uchitel, 2001, p. 81). A ênfase de novo na importância do trauma na origem de neuroses, mais particularmente do trauma sexual toma contornos mais sólidos com Ferenczi. Um dos argumentos para que Freud deixasse cair a sua teoria da sedução como origem das neuroses deveu-se ao pressuposto da não existência de pais perversos e da existência de um mundo sexual infantil que poderia explicar por si só os traumas (Cromberg, 1998). Este facto não encontra suporte por parte de Ferenczi pois o autor reconhece a existência desse mundo sexual infantil mas relata também que em análise, muitos dos seus pacientes confessaram ter praticado algum tipo de abuso sobre uma criança (Cromberg, 1998). Por outras palavras, o autor reconhece a

endogeneidade do trauma mas põe particular ênfase no factor exógeno do mesmo. Tal como o explicita claramente na sua obra, "... as seduções incestuosas produzem-se normalmente assim: um adulto e uma criança amam-se; a criança tem fantasmas lúdicos como manter um papel maternal em relação a um adulto. Este jogo pode tomar uma forma erótica, mas permanece sempre ao nível da ternura. Não acontece a mesma coisa com adultos com predisposições psicopatológicas, sobretudo se o controlo de si foram perturbados...confundem as brincadeiras das crianças com os desejos de uma pessoa que já atingiu a maturidade sexual, e deixam-se levar a actos sexuais sem pensar nas consequências. Verdadeiras violações...são frequentes." (Ferenczi, p. 351, 1933, cit. por Cromberg, pp. 178-179, 1998). É finalmente aqui que encontramos a verdadeira questão e o fulcro deste estudo, a confusão de línguas/linguagens, de afectos, entre criança e adulto.

Tal como se pode constatar pelo supracitado, a linguagem da criança é uma de ternura (sexualidade infantil, ingénua). Há uma busca por um encontro afectivo profundo por parte da criança. Esta maioritariamente transforma a sua eroticidade numa linguagem de amor, ternura, ao que um adulto pode responder erradamente com uma linguagem de paixão (sexualidade adulta, culposa) (Cromberg, 1998).

Ferenczi acreditava que os traumas de uma criança poderiam ter três origens. Uma delas seria suscitada por meio do "amor forçado" (ou da falta de amor), consequência de frequentes punições físicas insuportáveis e pelo terrorismo do sofrimento (Cromberg, 1998). Por amor forçado, entenda-se na perspectiva do autor, as experiências sexuais entre crianças e adulto podendo haver ou não contacto sexual. Esta seria então uma das causas do trauma infantil e o que está na sua origem é a confusão de linguagens entre adulto e criança, entre agressor e vítima. Segundo Ferenczi, neste caso e na perspectiva da criança, os traços de amor pelo objecto podem aparecer mas somente enquanto fantasma. As crianças brincam com a ideia de tomarem o lugar do pai do mesmo sexo para se tornarem o substituto deste em relação ao pai de sexo oposto. Quando nesta fase de "ternura" os pais impõem mais amor ou um amor diferente daquele que ela deseja e é normal e expectável, isto poderá ter as mesmas consequências de uma privação grave de amor, num futuro desenvolvimento infantil. As consequências destes actos podem ser devastadores para a criança. Perante uma situação deste tipo, perante uma imposição da sexualidade adulta que assenta numa genitalidade, sobre a sexualidade infantil, a criança poderá sentir uma excitação física ou não, mas o que

certamente experienciará é uma situação e estado psicológico, para os quais não está preparada para elaborar sobre (Cais, 2002). Dá-se então por parte da criança uma sensação de dor e medo intenso, já que o adulto apresenta uma autoridade esmagadora sobre ela que exerce através da sua matriz superegóica ante o seu frágil ego (Cromberg, 1998). Tudo isto é por demais avassalador para uma psiqué infantil e por variados motivos é difícil ou mesmo impossível para a criança, conseguir defender-se com sentimentos de recusa, ódio, repugnância e conseqüentemente afastar-se de forma inócua. Assim sendo, o que a criança cria é um mecanismo de hiper-obediência e submissão de tal forma que o agressor e os seus desejos e vontades passam a fazer parte dela, tornando-se numa entidade intrapsíquica. A criança passa então a realizar uma identificação com o agressor. Este é um processo cerne desta questão traumática, assim como se expõe neste trabalho.

A criança sofre então uma cisão interna, em que parte dela mantém a “ternura” anterior e continua a agir como se nada de anormal se passasse, exagerando por vezes obsessivamente a situação, de forma a agradar ao agressor e para que este não sinta raiva dela. A sua outra parte transforma-se num próprio agressor interno que agride a sua outra “metade” (Cromberg, 1998), num mecanismo de introjecção. Este mecanismo é activado, quando a criança introjecta a culpa do adulto, que em algum nível e grau também sente culpa pelo seu acto. A criança ao fazer uma identificação com o agressor, sente a sua culpa e introjecta-a.

É então através desta identificação introjectiva que a criança vai sentir a culpa do adulto como se dela fosse, esquece-se de si mesma para se igualar pelo menos ao agressor, não consegue reagir e deixa de confiar nos seus próprios sentimentos. Como muitas vezes estas situações de abuso são desmentidas/negadas pelo agressor e/ou alguém próximo deste, passam despercebidas ou se finge que puramente não existem, a criança irá perder também a confiança nas pessoas mais próximas (muitas vezes a própria mãe ou pai), o que a deixa ainda com maior sentimento de culpa, ainda mais dividida e confusa acerca da realidade, se é que aquela é mesmo a realidade, questionar-se-à ela. Num estado assim e em casos de abusos de longa duração é fácil perceber como se pode passar facilmente para um quadro de clivagem psíquica e psicoticismo (Cais, 2002). Tal como o afirma Furniss, citado por Cais em 2002, o abuso sexual de uma criança reveste-se de um síndrome de segredo para a criança e de adicção para o adulto. O segredo mantém o ciclo de abuso fechado. O adulto cria estratégias para que este segredo se mantenha e o ciclo não se quebre. São

exemplo destas estratégias a mudança de papéis (passa de pai a amigo especial, namorado, etc.) e a própria confusão de línguas quando é utilizada de forma a remeter a culpa directa e explicitamente para a criança. Se adicionarmos a identificação introjectiva por parte da criança a este hábito e dependência psicológica por parte do abusador, compreende-se que muitas destas crianças acabem por sentir excitação e procurar gratificação sexual no próprio abusador ou noutros numa compulsão da repetição (Cais, 2002).

IMPLICAÇÕES

As consequências destes abusos sexuais variam de acordo com certos factores (Cais, 2002): idade e relação da vítima e agressor, personalidade da vítima, duração e frequência da agressão, tipo e gravidade do acto e reacção do ambiente. Pós stress traumático, queixas somáticas, mudanças repentinas de comportamento, inibição ou agitação psicomotora, fobias, distúrbios obsessivo-compulsivos, revitimização, estigmatização, isolamento, baixa auto-estima, concentração e atenção, distúrbios sexuais, agressividade descontrolada, são tudo efeitos possíveis a curto e médio prazo que podem ocorrer entre 60 a 80% das vítimas. A longo prazo (cerca de 20% das vítimas) pode-se encontrar entre as vítimas, patologias tais como fobias crónicas, pânico, personalidade múltipla, depressão, revitimização, prostituição ou repetição do padrão abusivo (Cais, 2002). Em síntese e após o supramencionado, não nos podemos deixar de surpreender pela intrincada rede de complexidade com que se desenvolve todo este processo. Se atentarmos à teoria de Ferenczi e verificarmos o que uma “confusão de línguas” entre criança e abusador pode originar, é extraordinariamente compelidor tentarmos perceber como a partir deste fenómeno se desenrola todo um conjunto de mecanismos de defesa por parte da criança abusada e como esta pode passar para um quadro de inúmeras patologias, como consequência dos actos de abuso. É intenção do autor contribuir para uma reflexão crítica sobre este complexo mecanismo e fazer notar que as considerações e discussões científicas podem, se assim se pretender, ser posteriormente colocadas num plano mais directo, de modo a permitir uma discussão e intervenção em sociedade aberta. O objectivo último terá sempre de ser prevenir e impedir que mais situações de abuso sexual infantil ocorram.

REFERÊNCIAS

- Cais, A.C., & Almeida, D.C. (2002). *O fim do silêncio na violência familiar: Teoria e prática*. São Paulo: Summus. Consultado através de <http://books.google.pt/books?id=cOAWQYpsMIYC&pg=PA179&dq=abuso+sexual+de+crian%C3%A7as+ferenczi>
- Cromberg, R.U. (1998). *Cena Incestuosa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Filho, J., & Burd, M. (1998). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gabel, M., & Goldfeder, S., & Gomes, C. (1998). *Crianças vítimas de abuso sexual* (2ª ed.). São Paulo: Grupo Editorial Summus.
- Katz, C.S. (1996). *Ferenczi: história, teoria, técnica*. São Paulo: Editora 34.
- McKibben, A. (1993). La classification des agresseurs sexuels. In J. Aubut et collaborateurs (Eds.), *Les agresseurs sexuels: Théorie, évaluation et traitement*. Montréal: Maloine.
- Sanches, G.P. (2005). *A psicanálise pode ser diferente*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Uchitel, M. (2001). *Neurose traumática: Clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SAÚDE EMOCIONAL NOS PROFESSORES:
ESTUDO DE EMOÇÕES POSITIVAS E DE
EMOÇÕES NEGATIVAS EM FUNÇÃO DO GÊNERO

Luis Sérgio Vieira / Saul Neves de Jesus

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve

SIGNIFICADO PSICOLÓGICO E AVALIAÇÃO DA AFECTIVIDADE
NO BEM-ESTAR SUBJECTIVO

Numa perspectiva psicológica, as emoções (e.g., alegria, medo, ansiedade, ira), enquanto reacções emocionais básicas que ocorrem em todo o indivíduo de qualquer cultura, exercem um papel crucial no bem-estar psicológico dos indivíduos, na comunicação e na interacção social, bem como estão intimamente relacionadas com a dicotomia saúde – doença. A análise histórica do conceito de emoção revela-nos uma trajectória em muito semelhante ao sucedido com o conceito de bem-estar, de uma tendência focada no que é negativo (mal-estar) para uma perspectiva direccionada para o positivo (bem-estar). Isto é, depois de, nos anos 50, as emoções serem entendidas como perturbações e, dessa forma, com responsabilidades em dificuldades de adaptabilidade do organismo às situações (Frijda, 1999), nos anos noventa, consequência das investigações e dos escritos revolucionários de Damásio (1995) que permitiram clarificar as bases biológicas das emoções e a estreita relação entre pensamento e emoção, passou-se a conferir funções adaptativas às emoções. Estas, tanto podem ser definidas como respostas a eventos significativos, constituídas por componentes do domínio da experiência subjectiva, do comportamento e da reacção fisiológica; como podem ser entendidas enquanto estados emocionais que envolvem valências positivas e negativas, logo, integrando uma componente afectiva que é, por sua vez, parte do bem-estar subjectivo (BES).

Em ciência, frequentemente, não existe a ou uma só definição para o mesmo conceito, sucedendo o mesmo com o de emoção, cujo enunciado varia consoante a sua interpretação funcional. No nosso caso situamos a emoção como dimensão emocional (vulgo afecto) do BES, pelo que não iremos fazer qualquer alusão à dimensão neuronal do afecto (vulgo emoção). De igual modo, ainda, existem diferentes formas de abordagem dos afectos. Enquanto uns tendem a seguir uma orientação de afecto específico, onde cada emoção tem um significado próprio e independente das outras emoções, outros procuram uma perspectiva dimensional dos

afectos. Diversas linhas de investigação e um grande número de análises sugerem que o modelo de Watson e Tellegen (1985) é aquele que melhor explica a dimensão afectiva do BES, logo aquele que tem reunido maior consenso na comunidade científica, dada a consistência sugerida pelas análises factoriais de duas componentes independentes: os afectos positivos e os afectos negativos. No mesmo sentido, Costa e McCrae (1980) afirmam que o equilíbrio entre afectos positivos e negativos indica o índice de BES global alcançado por uma pessoa, pelo que, uns e outros, contribuem de forma independente para o bem-estar.

Mais especificamente, as dimensões da afectividade positiva (PA) e pela afectividade negativa (NA), do modelo circular bidimensional de Watson e Tellegen (1985), representam duas componentes subjectivas dos sistemas bio-comportamentais gerais, a saber: o *sistema de inibição do comportamento*, cujo propósito é o de manter o organismo fora das situações adversas ou que representem dificuldades, inibindo todo o comportamento que possa conduzir à dor, ao castigo ou a qualquer outra consequência indesejável, pelo que os estados emocionais negativos associados à NA promovem a vigilância e motivam os indivíduos a evitar as situações potencialmente ameaçadoras; e o *sistema de facilitação do comportamento*, que procura dirigir ou aproximar o organismo de situações e experiências que potencialmente possam proporcionar prazer e recompensa, pelo que é esperável que os indivíduos procurem as situações que promovam as emoções positivas (Watson et al., 1999).

Assim, a afectividade positiva (PA) é a medida que reflecte o entusiasmo com a vida, isto é, traduz-se na tendência para experimentar sentimentos e emoções agradáveis, tais como: alegria, entusiasmo, orgulho e felicidade, e, por outro lado, a afectividade negativa (NA) é a medida que reflecte a indisposição ou perturbação, ou seja, exprime-se pela disposição para experimentar sentimentos e emoções desagradáveis, como: culpa, vergonha, tristeza, ansiedade e depressão (Diener et al., 1999).

O modelo citado reúne o maior consenso entre os investigadores, mas nem todos o corroboram. Por exemplo, uns questionam a bidimensionalidade do conceito de afectividade (e.g., Killgore, 2000); outros interrogam a independência – correlação entre PA e NA (e.g., Egloff, 1998). Assim, enquanto uns defendem a ortogonalidade da afectividade positiva e negativa, ou seja, como componentes independentes, em que o aumento numa das componentes não implica, necessariamente, uma diminuição da outra, e é possível a ocorrência simultânea de resultados elevados em ambas componentes; outros, os defensores da bipolaridade, são

apologistas de que as componentes da afectividade estão inversamente correlacionadas, de modo que um resultado elevado numa implica, necessariamente, um decréscimo na outra componente da afectividade.

Apesar da controvérsia, para a maioria dos autores, o BES é entendido como o resultado de experiências afectivas e avaliações cognitivas da vida e que a afectividade integra duas componentes independentes. Todavia, parece ser pouco sustentável admitir que um indivíduo ao revelar o peso e o sentido das emoções que experimentou, por exemplo a pretexto de uma determinada situação ou intervalo de tempo, não o faça suportado num julgamento, naturalmente, cognitivo. Nesta perspectiva, Cheng (2006) afirma que será difícil imaginar que uma pessoa satisfeita com a vida, com elevada afectividade positiva e baixo escore na afectividade negativa esteja descontente com a vida, pelo que as duas dimensões (afectivo e cognitivo) do bem-estar não são tão distintas como geralmente é assumido. Assim, Cheng propõe que a relação entre estas duas componentes não é linear, mas multiplicativa, criando o termo *well-being appraisal* (WBA), por nós livremente traduzido por “bem-estar estimado” para referir, de um modo geral, a componente cognitiva do BES. A sua *affective endowment-contrast theory* argumenta que o bem-estar estimado é função directa da preponderância dos afectos positivos sobre os afectos negativos. Todavia, o efeito de PA no índice estimado de bem-estar depende do nível de NA, de forma que o efeito é mais forte quando NA for alto do que quando NA for baixo. “That is, when life is rough, an everyday positive experience (such as the sight of flowers) which may have little or no effect ordinarily would go a long way in maintaining our sense of well-being. On the contrary, when life is going well, the effect of adding more positive experiences may just be marginal” (Cheng, 2006, p. 558).

A sua teoria assume a fórmula: $WBA=(PA-NA)+(NA \times PA)$. A expressão $PA-NA$, representa o *efeito de doação combinada* (*combined endowment effects*) de PA e NA, geralmente designado de balanço da afectividade, e a expressão $NA \times PA$ representa o *efeito de contraste* (*contrast effect*). Assim, quando NA for baixa, o produto deste termo é pequeno e o efeito em WBA é desprezível, mas quando NA for alto, o efeito de contraste serve para compensar o efeito de doação negativa de NA e, conseqüentemente, para elevar parcialmente o bem-estar. Os resultados que Cheng obteve demonstraram que os afectos positivos tinham um valor preditivo mais forte no bem-estar global e que o contraste afectivo aumenta, de certo modo, o bem-estar, uma vez que é compensado pelos efeitos dos afectos

negativos, ajudando, deste modo, a manter um sentido positivo do bem-estar quando as coisas não vão bem.

Sabemos que as avaliações globais de bem-estar emocional não equivalem à acumulação de uma série de avaliações de bem-estar de situações específicas (Kahneman, 1999), pelo que é importante distinguir entre a frequência e a intensidade das experiências emocionais (Robbins & Kliever, 2000). Na verdade, as investigações mais recentes têm vindo a revelar que não é a intensidade das emoções que é o melhor preditor da felicidade mas a sua frequência. Deste modo, o indivíduo que sente emoções agradáveis por períodos de tempo mais longos e experimente emoções desagradáveis intensas mas esporádicas, apresenta elevado nível de felicidade, mesmo que as emoções agradáveis sejam moderadas (Novo, 2000), pelo que a frequência de experiências emocionais positivas são mais importantes na determinação do bem-estar que a intensidade da experiência.

Nos estudos de aferição para a população portuguesa da *Satisfaction With Life Scale* (SWLS; Diener et al., 1985), Simões (1992) encontrou diferenças estatisticamente significativas no que respeita ao sexo, com os homens a obterem resultados superiores às mulheres, mas Neto (1999), num outro estudo com recurso ao mesmo instrumento, não encontrou diferenças de género. Da revisão de vários estudos onde Simões e colaboradores (2000) encontraram magnitudes de efeito médio de $r=.04$, ou inferiores, concluem que, admitindo que as diferenças de género existam, os dados indicam que elas são muito pequenas. E, caso existam, e sejam favoráveis às mulheres, então, a explicação para o facto de ser também nelas que a depressão mais prevalece, passa pelo designado paradoxo do BES, talvez, uma vez que “os indivíduos do sexo feminino experienciam, mais forte e frequentemente, quer emoções positivas, quer negativas [...], as emoções positivas mais intensas contrabalançam as emoções negativas fortes, resultando daí um nível de BES não muito diferente do dos homens” (p. 272). Apesar de as investigações apresentarem resultados contraditórios, a literatura sugere, em termos globais, que o género é uma variável cujo seu efeito sobre o BES é inexistente ou bastante modesto dada a magnitude do efeito média ser muito pequena (Simões et al., 2003). Os domínios onde estas diferenças surgem mais sistematicamente, são nos das emoções negativas, tais como a tristeza, a ansiedade, o medo, ou ainda, mas de maneira menos sistemática, em comportamentos, como a irritabilidade, a agressividade, a hostilidade e os humores (Nolen-Hoeksema & Rusting, 1999). Uma explicação possível é apontada por Lucas e Gohm (2000), ao afirmarem

que as diferenças observáveis dependem da componente do BES que está a ser avaliada e de que forma, pois habitualmente, as mulheres têm mais tendência para sentir a afectividade negativa de forma mais intensa e com maior frequência que os homens.

Considerando o exposto colocou-se-nos a seguinte pergunta: os professores do ensino básico e do ensino secundário manifestarão expressões afectivas consoante o género?

MÉTODO

Participantes

Consideramos uma amostra de 526 professores de ambos os sexos; 350 (66,5%) do sexo feminino e 176 (33,5%) do masculino, de diferentes áreas científicas, dos 2º e 3º ciclos do ensino básico e do ensino secundário, que leccionavam no ano lectivo de 2004/05, 261 (49,6%) em cursos gerais ou científico-humanísticos, 61 (11,6%) em cursos tecnológicos e 204 (38,8%) em cursos profissionais.

Material

Os dados foram recolhidos através da aplicação da *Escala de Afectividade Positiva e Negativa* (PANAS; Watson & Clark, 1988; Simões, 1993), tendo-se obtido índices de consistência interna de 0,87 na PA e de 0,84 na NA. Schwarz e Strack (1999) sugere que o contexto no qual o BES é avaliado influencia as respostas, tanto mais que, de acordo com Robbins e Kliever (2000), os resultados obtidos num contexto permite que se coloque a questão se o BES é estável ou se é fortemente influenciado pelos eventos diários e pelos estados de humor do momento. Daí a nossa opção por fazermos associar os julgamentos das emoções ao contexto da relação pedagógica, através da utilização nas instruções da PANAS da seguinte referência temporal: “*durante as aulas da última semana*”. Refira-se, ainda, que a versão utilizada é constituída por 22 itens, onze para cada componente, uma vez que a inclusão de mais dois itens, em relação à versão original, tornou mais adequado o conteúdo da tradução, para além de Simões (1993) ter verificado que a sua inclusão melhorou os *alphas* e que os itens acrescentados revelaram boas correlações item/total.

RESULTADOS

No Quadro 1, são apresentadas as médias, os desvios-padrão e as correlações dos resultados nas variáveis estudadas. Da leitura da tabela é possível observar que os participantes apresentam pontuações superiores na afectividade positiva comparativamente à afectividade negativa e que os resultados tendem a estar, respectivamente, mais próximos do escore máximo ou abaixo do meio da escala dos valores possíveis.

Quadro 1

Estatística descritiva e correlações

Variáveis	1	2	3	4	5
1. PA					
2. NA	-0,10*				
3. PA-NA ^a	0,74***	-0,74***			
4. NAXPA ^a	0,20***	-0,06	0,17***		
5. WBA ^a	0,64***	-0,56***	0,80***	0,73***	
M	37,81	17,16	0,0001	-0,10	-0,10
DP	6,34	5,68	1,48	1,28	2,12
Mínimo/Máximo	11/55	11/43	-7,54/3,79	-14,02/11,61	-21,57/9,61

Nota. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$; ^aResultados padronizados.

As correlações vão no sentido esperado. De notar, em particular, que a variável PA, e as demais variáveis compósitas, estão associadas de maneira positiva com todas as variáveis à excepção da afectividade negativa, que revela uma relação em sentido negativo com as mesmas variáveis. As correlações mais elevadas registam-se entre o equilíbrio afectivo e o bem-estar estimado (0,80), seguido da associação entre PA e o balanço emocional (0,74) e, deste último, com NA num índice equivalente mas em sentido contrário. Todas as intercorrelações são estatisticamente significativas, e na sua maioria ao nível de $p < 0,001$, excepção feita à relação entre NA e o efeito do contraste.

No Quadro 2, são apresentadas as médias e os desvios-padrão dos resultados por sexo. Verificámos que os resultados são superiores na PA nos dois grupos por oposição à NA. A leitura dos escores obtidos revela-nos que os participantes do sexo masculino registam valores superiores aos do sexo feminino na afectividade positiva ($M=38,43$; $DP=6,70$), e nas medidas compósitas do equilíbrio afectivo ($M=0,21$; $DP=1,50$) e no bem-estar estimado ($M=0,05$; $DP=2,13$). Por outro lado, a amostra de professores do

sexo feminino apresenta os valores mais altos na afectividade negativa ($M=17,49$; $DP=5,87$) e no efeito de contraste ($M=-0,07$; $DP=1,25$).

Quadro 2

Médias e desvios-padrão dos resultados e t-Student nas medidas por sexo

Amostras Variáveis	Feminino (N=350)		Masculino (N=176)		t	p
	M	DP	M	DP		
PA	37,50	6,15	38,43	6,70	-1,57	0,11
NA	17,49	5,87	16,50	5,24	1,90	0,05
PA-NA ^a	-0,107	1,465	0,213	1,506	-2,34	0,01
NAxPA ^a	-0,072	1,257	-0,163	1,338	0,76	0,44
WBA ^a	-0,180	2,117	0,051	2,135	-1,17	0,24

Nota. ^aResultados padronizados.

Na análise comparativa dos valores por sexo encontramos apenas uma diferença estatisticamente significativa, ao nível de $p<0.05$, favorável aos professores do sexo masculino na escala que avalia o balanço da afectividade ($t=-2,34$; $p=0,01$), que, mesmo assim, não tem reflexo na variância do bem-estar, conforme esperado pelo que se disse atrás. Esta falta de homogeneidade no sentido dos resultados impeliu-nos a que analisássemos os resultados por item. A leitura individualizada das emoções sugerem uma certa tendência, mais ou menos constante, para os homens pontuarem mais nas emoções positivas e as mulheres nas emoções negativas, mesmo que na maioria dos casos sem significado estatístico relevante.

Ao nível da variância de resultados, as situações de excepção são cinco e estão distribuídas de forma equilibrada e homogénea, em termos de número e de sentido, entre professores do sexo feminino e professores do sexo masculino. As mulheres apresentam escores favoráveis e estatisticamente significativos, na escala de aflito(a) ($t=3,16$; $p=0,002$); na escala de irritável ($t=2,56$; $p=0,01$); e na escala de nervoso(a) ($t=2,18$; $p=0,02$). Por outro lado, os homens pontuam a seu favor na escala de forte ($t=-4,10$; $p<0,0001$) e na escala de inspirado ($t=-2,44$; $p=0,01$). Estes resultados parecem sugerir que os professores do sexo feminino da nossa amostra revelaram uma ligeira tendência para sentirem a afectividade negativa de forma mais intensa que os homens, nomeadamente revelando-se mais nervosas, irritáveis e aflitas que os seus colegas do sexo masculino. Estes, por outro lado, experimentaram com mais tenacidade emoções positivas, revelando-se inspirados e forte. Estas diferenças, para

além de reduzidas estão no sentido esperado, nomeadamente no que diz a amostra de outros países e constituídas por participantes de outras profissões.

Quadro 3

Médias e Desvio-padrão das emoções na PANAS em função do género

Amostras Variáveis	Feminino (N=350)		Masculino (N=176)		t	p
	M	DP	M	DP		
1. Interessado(a)	3,71	0,70	3,72	0,76	-0,06	0,94
2. Afrito(a)	1,85	1,08	1,55	0,88	3,16	0,002
3. Estimulado (animado)(a)	3,43	0,84	3,51	0,90	-1,03	0,30
4. Aborrecido(a)	1,94	0,92	1,89	0,90	0,56	0,57
5. Forte	3,23	0,85	3,55	0,79	-4,10	0,0001
6. Culpado(a)	1,22	0,55	1,27	0,59	-0,89	0,37
7. Assustado(a)	1,27	0,67	1,18	0,53	1,49	0,13
8. Hostil (inimigo)(a)	1,16	0,47	1,18	0,56	-0,34	0,73
9. Entusiasmado (arrebataado)(a)	3,19	0,95	3,31	0,99	-1,26	0,20
10. Orgulhoso(a)	3,16	1,02	3,16	1,02	-1,28	0,20
11. Irritável	2,00	1,02	1,77	0,86	2,56	0,01
12. Atento(a)	3,78	0,71	3,84	0,82	-0,87	0,38
13. Envergonhado(a)	1,21	0,62	1,30	0,60	-1,42	0,15
14. Inspirado(a)	3,21	0,83	3,40	0,85	-2,44	0,01
15. Nervoso(a)	1,89	1,06	1,68	0,93	2,18	0,02
16. Decidido(a)	3,69	0,78	3,81	0,83	-1,59	0,11
17. Atencioso(a)	3,75	0,77	3,80	0,77	-0,69	0,48
18. Agitado (inquietao)(a)	2,19	1,15	2,01	1,10	1,68	0,09
19. Activo (mexido)(a)	3,57	0,87	3,57	0,89	-0,03	0,97
20. Medroso(a)	1,22	0,59	1,17	0,50	0,89	0,37
21. Emocionado(a)	2,77	1,16	2,63	1,11	1,27	0,20
22. Magoadado(a)	1,55	0,94	1,50	0,87	0,53	0,59

Considerando que nas instruções da PANAS se fazia referência às emoções sentidas durante as aulas da última semana, os resultados aqui apresentados sugerem que, no global, os professores de ambos os sexos tendem a experimentar emoções equivalentes às que outros profissionais vivenciam na vida em geral ou na actividade profissional; e que a possível tendência para as mulheres experimentarem na vida em geral mais emoções negativas do que os homens se mantém na interacção social em contexto escolar. Um olhar mais cuidado, nomeadamente quanto ao tipo – frequência das emoções que os indivíduos tendem a experimentar, poderá vir a constituir um elemento fundamental para a definição de estratégias de promoção da saúde psicológica, quer no que diz respeito à vida pessoal, quer para a vida profissional, que no caso do grupo que estudámos ganha

especial relevo pela intensidade e significado da interação social na profissão de professor.

Os resultados obtidos no bem-estar, enquanto produto do aditamento do equilíbrio afectivo e do efeito do contraste, e a relação daquele indicador com as demais variáveis, sugerem conforme esperado e preconizado pelos autores atrás citados, que o índice de bem-estar esteja associado à relação, não necessariamente inversa, entre a PA e NA; e que o próprio impacto da afectividade positiva no bem-estar estimado possa depender do nível da afectividade negativa.

REFERÊNCIAS

- Cheng, S.-T. (2006). Negative emotions make positive emotions more salient in well-being appraisal. *Personality and Individual Differences, 40*, 557-567.
- Costa, P.T Jr., & McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy. People. *Journal of Personality and Social Psychology, 38*, 668-678.
- Damásio, A. (1995). *O erro de Descartes* (8ª ed.). Lisboa: Publicações Europa – América.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302.
- Egloff, B. (1998). The independence of positive and negative affect depends on the affect measure. *Personality and Individual Differences, 25*, 1101-1109.
- Frijda, N.H. (1999). Emotions and hedonic experience. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 190-211). New York: Russell Sage Foundation.
- Kahneman, D. (1999). Objective Happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 3-25). New York: Russell Sage Foundation.
- Killgore, W. (2000). Evidence for a third factor on the Positive and Negative Affect Schedule in a college student sample. *Perceptual and Motor Skills, 90*, 147-152.
- Lucas, R.E., & Gohm, C.L. (2000). Age and Sex differences in subjective well-being across cultures. In E. Diener & E.M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 291-318). Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características da personalidade. *Psychologica*, 22, 55-70.
- Nolen-Hoeksema, S., & Rusting, C.L. (1999). Gender differences in well-being. In D. Kahneman, D. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 300-350). New York: Russell Sage Publications.
- Novo, R.F. (2000). *Para além da Eudaimonia – O bem-estar psicológico de mulheres na idade adulta avançada*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Robbins, S.B., & Kliewer, W.L. (2000). Advances in theory and research on subjective well-being. In S. D. Brown & R.W. Lent (Eds.), *Handbook of Counseling Psychology* (3rd ed., pp. 310-345). New York: John Wiley & Sons.
- Schwarz, N., & Strack, F. (1999). Reports of subjective well-being: Judgmental processes and their methodological implications. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 61-84). New York: Russell Sage Foundations.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI(3), 503-515.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVII(3), 387-404.
- Simões, A., Ferreira, J.A.G.A., Lima, M.P., Pinheiro, M.d.R.M.M., Vieira, C.M.C., Matos, A.P.M., & Oliveira, A.L. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia Educação e Cultura*, IV(2), 243-279.
- Simões, A., Ferreira, J.A.G.A., Lima, M.P., Pinheiro, M.d.R.M.M., Vieira, C.M.C., Matos, A.P.M., & Oliveira, A.L. (2003). O bem-estar subjectivo dos adultos: Um estudo transversal. *Psychologica*, 37(1), 5-30.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J., & Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(5), 820-838.

SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS:
ANÁLISE DAS DIFERENÇAS DE GÉNERO

Luísa Santos¹ / Anabela Pereira¹ / Feliciano H. Veiga²

¹Universidade de Aveiro; ²Universidade de Lisboa

Investigação apoiada pela FCT através da bolsa SFRH/BD/30085/2006

A frequência do ensino superior é, inquestionavelmente, um período de potencial desenvolvimento pessoal e social para o estudante (Tavares et al., 2007). Não obstante, sabemos também que é um período de stress acrescido, pois o jovem adulto é confrontado com uma série de desafios relacionados com: as tarefas desenvolvimentais, como a formação da identidade, autonomia crescente e o estabelecimento de relações íntimas; pressões do meio académico e pressões parentais para tirar boas notas, preocupações financeiras e ansiedades sociais (Kadison & DiGeronimo, 2004). Embora a maioria dos estudantes dê provas da sua resiliência e consiga encontrar estratégias adequadas para lidar com as adversidades, haverá alguns que se envolvem em estratégias disfuncionais e acabam por desenvolver diversos sintomas psicopatológicos.

Efectivamente, a saúde mental dos estudantes do ensino superior é um assunto que tem vindo a receber cada vez mais atenção nos últimos anos, devido, por um lado, à mediatização de alguns casos de suicídios e, por outro, à divulgação de diversos estudos que indicam que a saúde dos estudantes é pior do que a da população geral (Stewart Brown et al., 2000) e que sugerem um aumento da prevalência e da severidade dos problemas mentais apresentados pela população estudantil (Arehart-Treichel, 2002; Kitzrow, 2003).

Dados internacionais mostram que os problemas de saúde mental que mais conduzem os estudantes a procurar os serviços de aconselhamento de instituições do ensino superior são a ansiedade, depressão, comportamento suicida, auto-mutilação, abuso de substâncias, distúrbios alimentares e comportamento psicótico (Kadison & DiGeronimo, 2004; Sharkin 2006). A nível nacional, a situação parece ser semelhante, como reporta a Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior (RESAPES, 2002). Certo é que os problemas de saúde mental não afectam os estudantes indiscriminadamente. Há múltiplos factores que podem estar associados a uma maior ou menor vulnerabilidade para desenvolver uma psicopatologia específica, como predisposições genéticas, experiências de vida e características pessoais como a idade, o estatuto socioeconómico ou o

género. A análise do género, neste contexto revela diferenças ao nível da prevalência e curso da psicopatologia, bem como o impacto de factores biológicos, psicológicos e sociais na base dos problemas nos homens e mulheres (Judd, Armstrong, & Kulkarni, 2009). Vários estudos demonstram que as mulheres têm mais tendência para desenvolver sintomas de ansiedade ou depressão (Adewuya, Ola, Aloba, Mapayi, & Oginni, 2006; Bayram & Bilgel, 2008), enquanto os homens têm mais tendência para problemas relacionados com o abuso de álcool ou drogas (Wagner, Stempiuk, Zilberman, Barroso, & Andrade, 2007).

Acreditamos que a compreensão destas diferenças constitui um alicerce para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção e promoção da saúde mental. Partindo desse princípio, o presente estudo tem como objectivo analisar as diferenças de género ao nível da saúde mental dos estudantes do ensino superior, mais concretamente no que concerne ao bem-estar, funcionamento e sintomatologia psicopatológica.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi composta por 666 alunos da Universidade de Aveiro, dos quais 55% são do sexo masculino e 45% do sexo feminino. As idades variaram entre os 18 e os 48, tendo como média os 20,55 anos. Tendo em conta que os dados foram recolhidos durante a fase de transição dos planos de estudos do período pré-Bolonha para os de Bolonha, encontramos alunos do 1º ao 5º ano de licenciatura, bem como alunos de formação inicial e mestrado 2º ciclo de Bolonha.

Material

A Medida de Saúde Comportamental-20 (MSC-20, Santos, Pereira & Veiga, 2008) é a versão portuguesa do Behavioral Health Measure-20 (Kopta & Lowry, 2002), um questionário de auto-resposta destinado a avaliar a saúde mental. Este instrumento é composto por 20 itens, cuja resposta é dada numa escala tipo Likert de 5 pontos, de 0 a 4.

Os 20 itens indicam a Saúde Mental Global. Para além disso, podemos encontrar três subescalas: Bem-estar (3 itens) que avalia o bem-estar e o

stress; Sintomas (13 itens) que verificam a presença de sintomas emocionais como a ansiedade ou a depressão; Funcionamento (4 itens), que explora o modo com o indivíduo lida com diferentes áreas da sua vida, como a escola ou as relações íntimas. O resultado em cada escala é calculado através da média dos vários itens que a compõe. Quanto maior o valor obtido, melhor a saúde mental. O mesmo se passa com as escalas relativas a sintomas, ou seja, quanto mais elevado o resultado, menor a sintomatologia, e consequentemente, melhor a saúde mental.

Este instrumento demonstrou boas propriedades psicométricas, tanto na versão original (α total=0,89 to 0,90), como na Portuguesa (α total=0,88).

Procedimento

Os dados foram recolhidos em contexto de sala de aula, após terem sido obtidas as autorizações por parte de vários docentes da Instituição. Nos momentos que antecederam a passagem dos questionários, os alunos foram esclarecidos acerca dos objectivos da investigação e do carácter voluntário da sua participação. Para além disso, foi lhes garantido o total anonimato e confidencialidade das respostas. Os dados foram posteriormente analisados com recurso ao programa SPSS (versão 17).

RESULTADOS

Uma vez que pretendemos estabelecer comparações entre dois grupos, os géneros masculino e feminino, baseámos as análises estatísticas no teste T de Student.

Como podemos observar no Quadro 1, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as escalas analisadas. Mais concretamente, o género masculino parece apresentar níveis mais elevados de saúde mental global, bem-estar e melhor funcionamento em diversas áreas de vida, do que o género feminino. Para além disso, o género masculino parece apresentar menos sintomas, especificamente no que diz respeito à depressão, ansiedade, pânico. As únicas excepções são o consumo de álcool e drogas e o risco de ferir os outros, que neste caso, afectam mais os homens.

Quadro 1

Comparação da saúde mental por género

Escala	Homens (n=366)		Mulheres (n=300)		Teste <i>t</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
MSC-20						
Saúde Mental Global	3,05	0,45	2,74	0,51	8,20	0,0001
Bem-Estar	2,47	0,71	1,99	0,71	8,68	0,0001
Funcionamento	2,81	0,62	2,68	0,64	2,52	0,01
Sintomas	3,25	0,45	2,93	0,52	8,42	0,0001
Depressão	2,95	0,57	2,57	0,63	8,01	0,0001
Ansiedade	2,70	0,72	2,16	0,77	9,32	0,0001
Pânico	2,90	0,77	2,24	0,84	10,37	0,0001
Álcool/ Drogas	3,79	0,46	3,89	0,44	-2,92	0,004
Risco ferir outros	3,74	0,66	3,86	0,56	-2,61	0,009

DISCUSSÃO

No presente estudo foram encontradas diferenças de género claras, o que vai ao encontro da literatura existente. Com efeito, os homens parecem apresentar níveis mais elevados de saúde mental (Adlaf, Gliksman, Demers, & Newton-Taylor, 2001; Nerdrum, Rustoen, & Ronnnestad, 2006). Por sua vez, as mulheres parecem sofrer de mais sintomas, especialmente no que diz respeito a ansiedade e pânico (Bayram & Bilgel, 2008; Watanabe, 1999; Wong, Cheung, Chan, Ma, & Tang, S., 2006) e depressão (Adewuya et al., 2006; Connell, Barkham, & Mellor-Clark, 2007). Não obstante, os homens foram os mais afectados por problemas ligados à violência e ao consumo de álcool e drogas (Bewick et al., 2008; Wagner et al., 2007) Em Portugal, semelhantes diferenças haviam sido relatadas noutros estudos, com populações clínicas, nomeadamente no de Rabasquinho e Pereira (2007), com utentes de um serviço de Psicologia de um Hospital.

Curiosamente, num estudo idêntico ao presente, realizado por nós no ano passado, com várias instituições do ensino superior de Portugal, foram obtidas diferenças significativas somente ao nível da ansiedade, pânico e consumo de álcool e drogas (Santos, Pereira e Veiga, 2009). Tendo em conta que são múltiplos os factores psicossociais que podem concorrer para explicar os resultados encontrados, acreditamos que outras variáveis não analisadas como as diferenças culturais, estatuto socioeconómico ou estabilidade dos sistemas familiares, por exemplo, poderão justificar as

diferenças encontradas entre os dois estudos, pelo que será conveniente procurar controlá-las no futuro.

Estratégias eficazes de prevenção de doenças mentais e de redução dos seus factores de risco não podem ser indiferentes ao género, se os riscos em si são específicos a cada género (Afifi, 2007). As instituições do ensino superior deverão estar cientes de um largo espectro de problemas de saúde mental e das vulnerabilidades associadas a cada género e partindo daí, desenvolver iniciativas para a diminuição dos níveis de sintomatologia e promoção do bem-estar e ajustamento. Neste âmbito, a prevenção, essencial à psicologia da saúde, deverá constituir uma prioridade.

REFERÊNCIAS

- Adewuya, O.A., Ola, B.A., Aloba, O, Mapayi, B.M., & Oginni, O.O. (2006). Depression amongst Nigerian university students: Prevalence and sociodemographic correlates. *Social Psychiatry Epidemiology*, 41, 674-678.
- Adlaf, E.M., Gliksman, L., Demers, A., & Newton-Taylor, B. (2001). The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: Findings from the 1998 Canadian campus survey. *Journal of American College Health*, 50, 67-72.
- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Med Journal*, 48(5), 385-391.
- Arehart-Treichel, J. (2002). Mental illness on rise on college campus. *Psychiatry News*, 37(6), 6-38.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence of socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 43, 667-672.
- Bewick, B., Mulhern, B., Barkham, M., Trusler, K., Hill, A., & Stiles, W. (2008). Changes in undergraduate student alcohol consumption as they progress through university. *BMC Public Health*, 8, 163
- Connell, J., Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2007). CORE-OM mental health norms of students attending university counselling services benchmarked against an age-matched primary care sample. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35, 41-57.
- Judd, F., Armstrong, S., & Kulkarni, J. (2009). Gender-sensitive mental health care. *Australasian Psychiatry*, 17(2), 105-111.

- Kadison, R., & DiGeronimo, T.F. (2004). *College of the overwhelmed: The campus mental health crisis and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kitzrow, M.A. (2003). The mental health needs of today's college students: Challenges and recommendations. *NASPA Journal*, 41(1), 167-181.
- Kopta, S.M., & Lowry, J.L. (2002). Psychometric evaluation of the Behavioral health Questionnaire-20: A brief instrument for assessing global mental health and the three phases of psychotherapy outcome. *Psychotherapy Research*, 12(4), 413-426.
- Nerdrum, P., Rustoen, T., & Ronnnestad, M. (2006). Student psychological distress: A psychometric study of 1750 Norwegian 1st year undergraduate students. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50 1), 95-109.
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3, 439-454.
- RESAPES (2002). *A situação dos serviços de aconselhamento psicológico no ensino superior em Portugal* (vol. 1 e 2). Lisboa: RESAPES.
- Roswell, M. (1997). The well and sick young adult. In P. Webb (Ed.), *Health Promotion and Patient Education: A professional's guide* (pp. 119-141). Cheltenham: Stanley Thornes.
- Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2008). Estudo preliminar das características métricas da versão portuguesa do Behavioral Health Measure-20. In A.P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Eds.), *Actas da XIII Conferencia internacional de avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: Psiquibrios.
- Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2009). How's the mental health of higher education students in Portugal? In *Actas da 1st International Conference of Psychology and Education*. Covilhã.
- Sharkin, B.S. (2006). *College students in distress: A resource guide for faculty, staff and campus community*. New York: The Haworth Press.
- Stewart-Brown, S., Evans, J., Patterson, S., Doll, H., Balding, J., & Regis, D. (2000). The health of students in institutes of higher education: An important and neglected public health problem? *Journal of Public Health Medicine*, 22, 492-499.
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A.A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Wagner, G., Stempluk, V., Zilberman, M., Barroso, L., & Andrade, A. (2007). Alcohol and drug use among university students: gender differences. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 123-129.
- Wong, J., Cheung, E., Chan, K., Ma, K., & Tang, S. (2006). Web-based survey of depression, anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong Kong. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 777-782.

A IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE
NA PERCEPÇÃO DE SAÚDE, DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA
EM INDIVÍDUOS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA.

*Luísa Pedro^{1,2} / José Pais-Ribeiro^{2,3} / Rute Meneses⁴ / Isabel Silva⁴ /
Helena Cardoso^{5,6} / Denisa Mendonça⁶ / Estela Vilhena⁶ /
Madalena Abreu³ / Ana Martins⁵ / António Martins-da-Silva^{5,6}*

¹ESTES-Lisboa; ²Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde,

ISPA – Instituto Universitário; ³FPCE, Universidade do Porto;

⁴Universidade Fernando Pessoa, Porto; ⁵Hospital Sto. António, Porto;

⁶ICBAS, Universidade do Porto

This research was supported by FCT Grant PTDC/PSI/71635/2006

Os conceitos de religião e a espiritualidade foram considerados como um único e mesmo conceito até ao advento do século XX. A partir daqui observou-se uma distinção gradual entre a religião como práticas e crenças sobre o sagrado ou divino, e espiritualidade que passou a significar algo relacionado com a experiência emocional (Hill et al., 2000).

Segundo King e Koenig (2009), a espiritualidade é a busca pessoal pela compreensão de respostas para as perguntas fundamentais sobre a vida, sobre o significado e sobre a relação com o sagrado ou transcendente, que pode (ou não) levar a um desenvolvimento de rituais religiosos.

A espiritualidade começou a fazer parte dos assuntos de interesse para a saúde, muito recentemente e esta temática tem vindo a ser cada vez mais desenvolvida em vários estudos que envolvem a prevenção e a gestão da doença, nomeadamente nos indivíduos que estão nos cuidados paliativos e em doentes com doença grave (Lukoff, Provenzano, Lu, & Turner, 1999; McCullough, Hoyt, Larson, Koenig & Thoresen, 2000).

Pais-Ribeiro e Pombeiro (2004) sugerem que a espiritualidade relacionada com a saúde é conceptualmente diferente da religiosidade, assim a religião é institucional, dogmática e restritiva, enquanto a espiritualidade é pessoal, subjectiva, solitária e inerente a cada indivíduo. Esta diferenciação é tanto maior, quanto mais grave o indivíduo percebe o seu estado de saúde. Segundo Pinto e Pais-Ribeiro (2007) A espiritualidade nos cuidados de saúde é uma dimensão importante do homem, que a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, constitui uma unidade individual, no qual cada pessoa se distingue das outras.

Os trabalhos de investigação desenvolvidos por (Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold, & Targ, 1999) sugerem que o bem-estar espiritual está associado à qualidade de vida, mas também ao fatalismo e ao negativismo. De fato, há evidências que mostram que a espiritualidade é um conceito importante na forma como cada indivíduo lida com a doença, oferecendo alguma protecção contra a percepção de falta de esperança e com o desespero em doentes terminais. No entanto, não existe ainda, um consenso sobre a importância da espiritualidade na saúde e bem-estar em indivíduos com doença, e qual o impacto que a espiritualidade tem nos benefícios em saúde para os indivíduos. As definições multi-dimensionais adoptam uma conceptualização da Espiritualidade, como uma abordagem individual e aberta na busca de sentido para a vida, como uma busca transcendental da verdade, que pode incluir um senso de ligação com outros, com a natureza e/ou com o divino (Büssing, Ostermann & Matthiessen, 2005). Estes autores descrevem a espiritualidade como uma percepção que integra existência do indivíduo como um ser competente e capaz de lidar com as dificuldades da vida, e com as limitações de recursos humanos existenciais, e na construção de uma orientação cognitiva importante para o funcionamento pessoal.

Pinto e Pais-Ribeiro (2007) desenvolveram uma escala de espiritualidade com objectivo de medir esta dimensão, tanto em indivíduos saudáveis, como com diagnóstico de doença. Esta escala integra duas dimensões espirituais, uma dimensão associada à relação com o transcendente, relacionada com a prática religiosa, e uma dimensão existencial, mais relacionada com o conceito de esperança, atribuindo um significado para a vida decorrente da relação com o eu, os outros e o meio. Na escala desenvolvida por estes autores o aspecto da transcendência está associada às “crenças”, e o aspecto relacionado com a dimensão existencialista está associado à “esperança/ optimismo”. Segundo os autores, esta última dimensão aparece relacionada com o conceito de qualidade de vida.

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença neurodegenerativa, progressiva e sem cura que atinge milhões de indivíduos em todo o mundo, com especial incidência para as mulheres jovens que vivem em climas temperados. Esta doença caracteriza-se pelas progressivas desvantagens nos aspectos físicas, psíquicas e sociais em consequência da doença (Kobelt, Berg, Lindgren, Fredrikson, & Jonsson, 2006). A espiritualidade poderá ser um aspecto facilitador na gestão da vida diária destes indivíduos.

O objectivo deste estudo é verificar em que medida a espiritualidade se relaciona com a percepção de saúde, a percepção de doença e a Qualidade de vida em indivíduos portadores de EM.

MÉTODO

O estudo é exploratório e descritivo. Os participantes deste estudo são 101 indivíduos com diagnóstico definitivo de EM confirmado há mais de três anos, e reintegrados na sua vida do dia a dia, e sem alterações mentais.

Esta amostra foi obtida através da Associação Portuguesa de Esclerose Múltipla entre os indivíduos associados entre 20 e 40 anos, que vivam na região de Lisboa e que exercem uma actividade profissional, estando alguns com baixa médica, devido à doença. Os dados são confidenciais, e são obtidos após a declaração de consentimento informado.

Dos 101 participantes, (65,3%) são mulheres e (34,7%) homens, havendo assim uma diferença de cerca de 3 para 1, tal como indicam os estudos epidemiológicos; A idade média é $M=35,6$ e $DP=6,6$; escolaridade de $M=14,0$, entre 4 e 22 anos, com $DP=3,6$, a maioria dos sujeitos são casados ou vive em união de facto (64,4%), a maioria vive na cidade de Lisboa, (51,5%) não vai acompanhada às consultas por não necessitar. Relativamente aos anos de diagnóstico da doença registou-se uma média, $M=8,2$ encontrando indivíduos entre 1 e 20 anos de diagnóstico de EM.

Utilizamos como instrumentos de avaliação a Escala de Espiritualidade (ET) desenvolvida por Pinto e Pais-Ribeiro (2007) constituída por duas dimensões: espiritualidade crenças (EC) e espiritualidade esperança (EE), num total de 5 itens. Esta escala foi validada com uma amostra de 426 sujeitos a quem tinha sido diagnosticado cancro, e que se encontravam em situação de *follow-up*. Mostra boas propriedades psicométricas. Utilizamos também, para avaliar esta temática, três questões relacionadas com a percepção de saúde, a percepção de doença e a Qualidade de vida, destes indivíduos, são elas: Em geral como classificaria a sua doença? (Q1); Em geral como diria que é a sua saúde (Q2); Em geral como classifica a sua qualidade de vida? (Q3). A resposta a estas questões é dada numa escala ordinal com 10 alternativas de resposta

Na análise dos resultados utilizou-se o SPSS, versão 16.

RESULTADOS

A inspeção da correlação entre as dimensões consideradas são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1

Correlações entre as dimensões da Escala de Espiritualidade e as questões sobre percepção de saúde, a percepção de doença e a Qualidade de vida

Escala de Espiritualidade	Q1	Q2	Q3
Espiritualidade Crenças (EC)	-0,26*	NS	NS
Espiritualidade Esperança (EE)	NS	-0,23*	-0,37*
Espiritualidade Total (EE)	-0,25*	NS	-0,25*

Nota. * $p < 0,05$; (Q1) Em geral como classificaria a sua doença; (Q2) Em geral como diria que é a sua saúde; (Q3) Em geral como classifica a sua qualidade de vida.

Os resultados deste estudo mostram que, quando estudámos a relação entre as variáveis da escala de espiritualidade e a questão “em geral como classificaria a sua doença?”, os resultados indicam que existe uma correlação estatisticamente significativos entre a espiritualidade e a percepção de doença, ou seja, quanto mais grave o individuo percebe a sua doença, menor é a sua percepção de espiritualidade. Contudo esta percepção é significativa para a dimensão “crenças da espiritualidade”. Quando estudamos a relação entre as variáveis da espiritualidade e percepção de saúde, verificamos que somente na dimensão “esperança”, existe valor de correlação estatisticamente significativo, neste caso quanto maior for a percepção de saúde menor será a percepção de espiritualidade, na sua vertente mais existencialista. Por último verificamos que existe uma correlação estatisticamente significativa entre a percepção de qualidade de vida e a espiritualidade, nomeadamente na dimensão “esperança”, sugerindo, também aqui, que este conceito de qualidade de vida está relacionado fundamentalmente com a percepção mais existencialista do conceito de espiritualidade.

Globalmente verifica-se que a dimensão “crenças” está associada com a avaliação dos aspectos negativos (doença) e a dimensão “esperança” com as dimensões positivas (saúde e qualidade de vida)

DISCUSSÃO

Este estudo permite conhecer a importância do conceito de espiritualidade em indivíduos portadores de uma doença crónica, progressiva e incapacitante, como é o caso da EM. O conceito de espiritualidade esteve, durante muitos séculos, nas sociedades ocidentais de inspiração judaico – cristãs, muito associado à relação do indivíduo com o divino e as suas crenças religiosas. Contudo, ao longo destes últimos anos, existem correntes que diferenciam a percepção de espiritualidade com base nas crenças e a percepção de espiritualidade com base em conceitos mais existencialistas muito associados ao conceito de esperança (Pais-Ribeiro & Pombeiro, 2004).

A importância da espiritualidade em contextos de doença, no nosso estudo, em indivíduos com EM, parece ser um factor importante na capacidade individual para lidar com as dificuldades do dia a dia, e na sua capacidade para implementar um conjunto de estratégias facilitadoras da sua vida.

Através do nosso estudo podemos concluir que a espiritualidade associada às crenças, envolvendo a relação com o divino e as práticas religiosas, parece ser facilitador na percepção de doença, ou seja, quanto maior for a espiritualidade crenças, mais positiva é a percepção de doença, a percepção de saúde e a percepção de qualidade de vida. Este factor poderá ter duas leituras, se por um lado a dimensão da espiritualidade “crenças” minimiza os efeitos negativos de percepção de doença, por outro lado, pode dificultar a percepção real da gravidade da doença.

No que diz respeito à percepção de saúde, somente a dimensão de espiritualidade “esperança”, tem influência estatisticamente significativa embora moderada. Assim os resultados indicam que quanto menor for a percepção de saúde, mais importância os indivíduos dão aos aspectos relacionados com o significado com a vida, numa leitura mais existencialista do homem com a sua existência e na relação com o mundo e os outros.

Relativamente à percepção de qualidade de vida, a leitura dos resultados é idêntica à da percepção com a saúde, estabelecendo uma relação mais forte entre a percepções de qualidade de vida e a vertente mais existencialista da espiritualidade.

Podemos pois concluir que, no nosso estudo, a espiritualidade parece ser um conceito importante na percepção de doença, de saúde e de qualidade de vida. Contudo, relativamente à percepção de doença, parece ser a corrente da espiritualidade crenças a mais importante, enquanto na

percepção de saúde e qualidade de vida a corrente existencialista da espiritualidade é mais determinante.

REFERÊNCIAS

- Büssing, A., Ostermann, T., & Matthiessen, P. (2005). Role of Religion and Spirituality in Medical patients in Germany. *Journal of Religion and Health*, 44(3), 321-340.
- Cotton, S.P., Levine, E.G., Fitzpatrick, C.M., Dold, K.H., & Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology*, 8, 429-438.
- Hill, P.C., Pargament, K.I., Hood, R.W., McCullough, M.E., Swyers, J.P., Larson, D.B., & Zinnbauer, B.J. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51-77.
- King, M., & Koenig, H. (2009). Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. *BMC Health Services Research*, 9, 116-117
- Kobelt, G., Berg, J., Lindgren, P., Fredrikson, S. & Jonsson, B. (2006). Coast and quality of life in multiple esclerosis in Europe. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 77, 918-926.
- Lukoff, D., Provenzano, R., Lu, F., & Turner, R. (1999). Religious and spiritual case reports on Medline: A Systematic analysis of records from 1980-1996. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 5, 64-70.
- McCullough, M.E., Hoyt, W.T., Larson, D.B., Koenig, H.G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19, 211-222.
- Pais-Ribeiro, J.L., & Pombeiro, T. (2004). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In J. Pais-Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 757-69). Lisboa: ISPA.
- Pinto, C.A., & Pais-Ribeiro, J. (2007). Construction of a spirituality scale for use in health settings. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.

DIFERENÇAS QUANTO AO GÉNERO RELATIVO A QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE ESCLEROSE MÚLTIPLA

Luísa Pedro¹ / José L. Pais Ribeiro²

¹Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Politécnico de Lisboa; ²FPCE, Universidade do Porto

A qualidade de vida é um conceito do domínio de várias disciplinas. No entanto, mais recentemente tem sido estudada com particular interesse no campo da saúde e das doenças. Os indicadores de qualidade de vida dos indivíduos em contexto de saúde e doença, começam a ser considerados como resultados importantes não só para a monitorização de práticas e de resultados na saúde e nas doenças, mas como indicadores da gestão dos recursos. No domínio da saúde, este conceito começa por ser uma preocupação não só relacionada com a evolução dos indivíduos doentes e com os cuidados que lhe são prestados, mas também é uma preocupação para os cuidadores e os pagadores, quanto à forma como são utilizados e rentabilizados os recursos, no sentido de proporcionar a melhor qualidade de vida possível aos doentes (Pais-Ribeiro, 2004, 2005).

Com a generalização deste conceito no domínio da saúde, assistimos a alterações na própria definição de saúde e doença, na medida em que a percepção de saúde altera a avaliação de medidas negativas como doença, incapacidade, desconforto, insatisfação, entre outras, para medidas positivas como satisfação, capacidade funcional, recuperação, etc., na qual é determinante a avaliação da qualidade de vida (Pais-Ribeiro, 2004, 2005). No campo específico das doenças ou dos cuidados de saúde a expressão termo utilizada tem sido “qualidade de vida relacionada com a saúde” ou seja, a qualidade de vida que está relacionada com as especificidades da doença em estudo (medicação, tratamentos, evolução da doença, etc.).

Alguns autores propõem modelos explicativos da qualidade de vida relacionados com a saúde. Por exemplo, para Sprangers e Schwartz (1999), existe um mecanismo dinâmico de feedback que permite adquirir a percepção individual de qualidade de vida. As alterações individuais do estado de saúde estão relacionadas com os comportamentos, as cognições e os processos afectivos, necessários para vivenciar a doença. Estes processos têm a capacidade de alterar os padrões, os valores e as concepções individuais de qualidade de vida relativamente à resposta, à mudança, que pode influenciar a percepção da mesma. A chave dos mecanismos individuais, a sua magnitude e o tipo de resposta à mudança, dependem das características disposicionais do indivíduo.

Para Murrell e Kenealy (1999), o conceito básico de qualidade de vida relacionado com a doença está muitas vezes associado a outros conceitos, tais como: estado de saúde, satisfação com a vida e bem-estar subjectivo. A conceptualização de qualidade de vida na saúde não é uma finalidade, nem uma aspiração, por parte das pessoas, mas faz parte de um percurso para atingir um fim. Os factores, que contribuem para a percepção de uma boa ou má qualidade de vida são, provavelmente, individuais e contextualizáveis. Nos estudos desenvolvidos por Mitchell, León, Gonzalez e Navarro (2004, 2005), a progressão da doença e a consequente degradação do estado físico e mental dos indivíduos com esclerose múltipla, conduzem inevitavelmente à redução da autonomia dos indivíduos, e esta, por sua vez, está relacionada com a baixa percepção de qualidade de vida.

A qualidade de vida é assim um construto que avalia os vários problemas que afectam o doente e que estão relacionados com a doença, numa perspectiva física, psíquica e social, ou seja, multidimensional, na qual a avaliação do doente é fundamental (Shawaryn, Schiaffino, LaRocca & Johnston, 2002).

Nos estudos realizados por León, Morales, Navarro e Mitchell (2003) foi mostrado que a duração prolongada da doença, o grau de gravidade e a sua rápida progressão, aumentam a ansiedade e a depressão nos indivíduos portadores de esclerose múltipla, estando estes sintomas fortemente associados a domínios da qualidade de vida como: vitalidade; saúde mental; função cognitiva; qualidade de vida em geral; função sexual; alterações emocionais; fadiga; memória e perturbação da concentração.

Estes mesmos autores mostram nos seus estudos, que a duração da doença, o seu percurso clínico avaliado através da escala de danos neurológicos (EDSS), têm impacto, não só na incapacidade física e funcional destes indivíduos, como também nas funções cognitivas e emocionais. Estas alterações em doentes com esclerose múltipla conduzem muitas vezes, a situações de exclusão social, desemprego ou trabalho precário, bem como a restrições de actividades sociais em geral e a alterações na participação activa nas actividades do agregado familiar, sendo mais relevantes nas mulheres.

Em estudos comparativos entre população saudável e população com doença crónica, aplicando o instrumento de avaliação de qualidade de vida SF-36 conclui-se que os homens têm melhores níveis de percepção de qualidade de vida que as mulheres, tanto nos grupos de pessoas saudáveis como em indivíduos doentes (Pais-Ribeiro, 2005).

O objectivo deste estudo é verificar as diferenças na qualidade de vida entre homens e mulheres com esclerose múltipla.

MÉTODO

O estudo é exploratório e descritivo.

Participantes

Os participantes deste estudo constituem uma amostra sequencial. São 280 indivíduos com diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, não havendo dúvidas no seu diagnóstico neurológico, sem alterações mentais. Esta amostra foi obtida na consulta externa dos hospitais: Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central, Hospital de Sta Maria e Hospital de Egas Moniz. Dos 280 participantes, 200 (71,4%) são mulheres e 80 (28,6%) homens, havendo assim uma diferença de cerca de 3 para 1, ou seja, as mulheres são o grupo predominante nesta doença tal como a investigação epidemiológica refere para a população em geral: registou-se uma idade média $M=39,23$ (entre os 16 os 70 anos) e $DP=11,21$, escolaridade de $M=11,80$, encontrando-se entre os valores 3 e 25 anos, com $DP=4,59$, a maioria dos sujeitos são casados (60,7%), a maioria (64,6%) tinha uma actividade de trabalho normal ou full time, a maioria (56,8%) vinha acompanhada à consulta e destes (30,4%) faziam-se acompanhar pelo/a companheiro/a. Relativamente aos anos de diagnóstico registou-se uma média de $M=7,21$ encontrando indivíduos entre 0,5 a 37 anos com diagnóstico de esclerose múltipla.

Material

Utilizámos a Multiple Sclerosis Quality of Life (MSQoL-54), uma escala desenvolvida por Vickrey, Hays, Harooni, Myers e Ellison (1995), específica para avaliar a Qualidade de Vida em doentes com Esclerose Múltipla. É constituída por 54 itens, combinando itens da escala de avaliação de qualidade de vida genérica, o 36-Item Health Survey (SF-36), com outros itens relevantes (18 itens) e específicos na Esclerose Múltipla, geralmente itens que expressam sintomas da doença. O SF-36 tem como

objectivo avaliar a qualidade de vida de uma forma genérica, podendo ser aplicado a várias populações. É constituído por 36 itens divididos por 8 dimensões: saúde geral (5 itens); vitalidade (4 itens); função social (2 itens); saúde mental (5 itens); desempenho emocional (3 itens); função física (10 itens); desempenho físico (4 itens) e dor (2 itens) e mais um item de transição de saúde. Na elaboração da escala (MSQOL-54) foram criados mais 18 itens específicos da Esclerose Múltipla. Alguns destes itens foram associados a algumas dimensões já existentes da escala SF-36. Outros itens foram elaborados de forma a constituir novas dimensões, que avaliam a Qualidade de Vida dos indivíduos com Esclerose Múltipla. A MSQOL-54 fica, então, constituída por 12 dimensões que se subdividem em duas componentes: componente física e mental. Assim, para a componente físico as dimensões encontradas foram: função física; desempenho físico; dor; saúde em geral; vitalidade; função sexual; função social e distress. Para a componente mental foram atribuídas as seguintes dimensões: qualidade de vida em geral; bem-estar emocional; desempenho emocional e função cognitiva. Foram encontrados bons valores de validação psicométrica pelos autores. Esta escala, na parte específica da esclerose múltipla está em processo de validação para a população portuguesa.

RESULTADOS

Na análise dos resultados utilizamos o “Statistical Package for the Social Sciences – SPSS”, versão 16, utilizando os testes de comparação de médias entre os grupos, para avaliar diferenças entre género para as várias dimensões da MSQOL-54, e que são mostradas no Quadro 1.

Através da análise do quadro 1 podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas com base no género relativamente às dimensões da Qualidade de vida: “função física”, “desempenho físico”, “desempenho emocional”, “dor”, “bem-estar emocional”, “vitalidade” e “função cognitiva”. Em todas estas dimensões, os homens apresentam valores mais elevados de que as mulheres. Verificando-se assim que em várias dimensões do domínio dos componentes físicos e dos componentes psicológicos, os homens com esclerose múltipla expressam maior qualidade de vida do que as mulheres. Principalmente nas dimensões: “desempenho físico”, “desempenho emocional” e “vitalidade” o estudo apresenta diferenças mais acentuadas entre homens e mulheres.

Quadro 1

Diferenças com base no género para as dimensões da MSQOL-54

Dimensões da MSQOL	Masc- <i>M</i>	Fem- <i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Função física	65,50	55,97	6,18	0,01
Desempenho físico	68,92	54,54	12,53	0,0001
Desempenho emocional	61,18	45,27	10,33	0,001
Dor	71,18	63,95	4,78	0,03
Bem-estar emocional	61,70	53,79	5,45	0,02
Vitalidade	52,55	44,81	7,01	0,009
Saúde em geral	48,43	45,54	1,33	NS
Função social	72,08	66,28	3,39	NS
Função cognitiva	73,67	67,30	3,65	0,05
Distress com a saúde	57,46	55,12	0,45	NS
Qualidade vida em geral	59,60	61,90	0,87	NS
Satisfação sexual	35,71	39,63	1,09	NS
Função sexual	24,89	29,06	0,92	NS
Alteração estado saúde	50,31	49,12	0,15	NS

Nota. MSQOL: escala de Qualidade de Vida na Esclerose Múltipla; Masc.: masculino; Fem: feminino.

DISCUSSÃO

A qualidade de vida em indivíduos com doenças crónicas, nomeadamente em doenças progressivas que alteram as condições físicas, psíquicas e sociais é uma variável muito importante na avaliação na progressão da doença. Contudo a chave dos processos individuais, a sua magnitude e o tipo de resposta à mudança, dependem das características do indivíduo e no meio em que ele se encontra (Sprangers & Schwartz, 1999). Assim não só os factores que são inerentes à doença vão influenciar a qualidade de vida dos indivíduos com doença crónica, mas também, existem outros factores de ordem pessoal que podem ser muito importantes. Nos estudos sobre a qualidade de vida em população saudável e em população com doença crónica, realizado por Pais-Ribeiro, (2005), concluiu-se que em ambos os grupos, os homens tinham melhor qualidade de vida que as mulheres. Parece pois que esta vantagem masculina é uma constante, para esta variável, independentemente da existência de doença crónica.

Neste estudo podemos concluir que os homens portadores de esclerose múltipla tem melhor qualidade de vida que as mulheres, em muitas das dimensões da escala de qualidade de vida, em especial nas dimensões físicas e psicológicas, e menos nas dimensões sintomáticas. Relativamente às dimensões relacionadas com as relações sociais, factores relacionadas

com a sua saúde e variáveis do domínio do desempenho e satisfação sexual não foram encontradas diferenças entre géneros.

Evidencia-se neste estudo que relativamente aos factores da expressão da doença, não existem diferenças: elas ocorrem relativamente aos factores individuais (físicos e psicológicos), destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

- León, J., Morales, J., & Navarro, J. (2002). Health-related quality of life and its relationship to cognitive and emotional functioning in multiple sclerosis patients. *European Journal of Neurology*, *9*, 497-502.
- León, J., Morales, J., Navarro, J., & Mitchell, A. (2003). A review about the impact of multiple sclerosis on health-related quality of life. *Disability and Rehabilitation*, *25*(23), 1291-1303.
- Mitchell, A., León, J., Gonzalez, J., & Navarro, J. (2004). A systematic approach to analyse health-related quality of life in multiple sclerosis: The GEDMA study. *Multiple Sclerosis*, *10*, 47-54.
- Mitchell, A., León, J., Gonzalez, J., & Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: Integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neurology*, *4*, 556-566.
- Murrell, R., & Kenealy, P. (1999). Assessing quality of life in persons with severe neurological disability associated with multiple sclerosis: The psychometric evaluation of two quality of life measure. *British Journal of Health Psychology*, *4*, 349-362.
- Pais-Ribeiro, J. (2004). Quality of Life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, *23*(1), 121-130.
- Pais-Ribeiro, J. (2005). *O importante é a Saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Lisboa: Fundação Merck.
- Shawaryn, M., Schiaffino, K., LaRocca, N., & Jonhston, M. (2002). Determinants of health-related quality of life in multiple sclerosis: The role of illness intrusiveness. *Multiple Sclerosis*, *8*, 310-318.
- Sprangers, M., & Schwartz, C. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: A theoretical model. *Social Science & Medicine*, *48*(11), 1507-1515.
- Vickrey, B., Hays, R., Harooni, R., Myers, L., & Ellison, W. (1995). A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Quality of Life Research*, *4*, 187-206

MIGRANTES, SAÚDE E LAZER: A PROCURA DE UMA RELAÇÃO

Lúisa Ramos Santos¹ / Carlos Subtil¹ / Nicole Viana²

¹Inst. Politécnico de Viana do Castelo; ²Centro Saúde de Viana do Castelo

Os fluxos migratórios são um fenómeno que se perde na memória dos tempos, que se organizaram sob diversas formas, pelas mais variadas razões e, também, com consequências diversas que resultam dos processos de integração e de coesão (Fonseca, 2003), no contacto entre culturas diferentes. Neste encontro intercultural em que está presente a cultura do país de acolhimento e a de todos os outros países de origem dos imigrantes, operam-se fenómenos de enculturação – mudanças provocadas nos indivíduos por influência do seu próprio contexto cultural – e de aculturação – mudanças que resultam do contacto directo e contínuo de duas culturas diferentes. Aumenta assim a necessidade de valorizar os conceitos de diversidade cultural, cultura emergente e risco de perda de identidade cultural. É desejável que hajam ganhos nestes contactos interculturais, que se mantenha a cultura de origem e, em simultâneo, se adira à cultura de acolhimento, construindo-se assim a diversidade cultural.

O processo de aculturação envolve, por si só, um conjunto importante de mudanças a todos os níveis: biológicas, físicas e psicossociais: muda-se o clima, mudam-se os hábitos alimentares, muda-se a língua, mudam-se os valores, muda-se a organização do país (Sousa, 2006).

Na pós-modernidade, as migrações realizam-se num contexto de globalização, num quadro de explosão das redes de comunicação que modificam o espaço e que fazem com que o longe fique perto, que os continentes se aproximem, que se derrubem fronteiras e se banaliza a rapidez na circulação das ideias, bens e pessoas. Deslocar-se torna-se assim cada vez mais fácil e os fluxos migratórios têm vindo a aumentar consideravelmente.

Estes fenómenos podem ser observados sob diversas perspectivas. No âmbito das nossas preocupações, interessa-nos colocar o foco nos processos de saúde-doença a nível individual e familiar por considerarmos a família como principal contexto de vida das pessoas.

Para além de mudanças que vão exigir processos de adaptação complexos, o processo migratório inclui todo um conjunto de rupturas relativas ao espaço e ao tempo. Os indivíduos que migram passam por uma experiência determinante no seu processo vivencial que abrange também toda a família (Ramos, 2004). A família tem um papel cada vez mais

reconhecido e valorizado sendo necessário esclarecer e avaliar o impacto destes processos de forma holística, ou seja, como se reflecte no sistema familiar a forma com o(s) seu(s) membro(s) está(ão) a vivenciá-lo e, por outro lado, de que forma a família se constitui num recurso significativo nas estratégias que o indivíduo usa para lidar com a situação. Como dificuldade acrescida, verifica-se, não raras vezes, que as sociedades de acolhimento colocam restrições à reunificação das famílias (Fonseca, 2005).

Estes processos migratórios, frequentemente associados ao objectivo de melhorar a estabilidade social, económica e psicológica, apresentam muitas dificuldades. Grande número de migrantes e de minorias étnicas pertencem a estratos sócio-económicos baixos o que faz com que frequentemente a classe social e a origem étnico/cultural estejam associadas. As políticas de imigração dos países mais desenvolvidos são cada vez mais restritivas e privilegiam os imigrantes com maiores habilitações académicas ou profissionais (Figueiredo, 2005; Ramos, 2004).

Em 2007, a Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007 estabeleceu um Plano para a Integração dos Imigrantes concebendo, na base de certos princípios orientadores, um conjunto de medidas em diversas áreas.

Porque nos interessa compreender os processos de saúde-doença nos imigrantes, vejamos algumas questões. Desde logo, queremos destacar a falta de consensualidade sobre o conceito: pela variabilidade das situações sociais e culturais, pela forma subjectiva como as pessoas avaliam a sua própria saúde de acordo com as suas normas e expectativas, pelas diferenças de percepção do público em geral e a dos profissionais sobre o que se considera doença ou incapacidade, as suas causas e formas de tratamento e pelas divergências entre os próprios profissionais de saúde; estar saudável tem um significado diferente para pessoas diferentes, sendo que, para muitos, quer dizer, simplesmente, não estar doente; também pode ser considerada como um bem adquirido, só se pensando nela quando a doença surge; pode significar força e robustez, ou ter reservas para lutar contra a doença e lidar com o *stress* e a fadiga, ou ainda ser associada ao humor, a sentimentos ou a um sentido de equilíbrio global do indivíduo. (Ewles & Simnet, 1999). A saúde inclui uma dimensão subjectiva, o *sentir-se bem* e uma dimensão objectiva, a *capacidade funcional* (Terris, 1975).

Lutar contra a doença passa por duas frentes principais: a das doenças infecciosas e a das doenças crónicas não transmissíveis. Função do seu

estádio de desenvolvimento, a maioria dos países deve continuar a combater nestas duas frentes pois as doenças relacionadas com os modos de vida vão ganhando terreno enquanto estão por resolver as elevadas taxas de morbilidade e mortalidade causada por doenças infecciosas, concretamente nos continentes africano e asiático em que continuam mesmo a ser uma das principais causas de morte, contrariamente ao que se verifica actualmente nos países mais desenvolvidos em que os padrões de morbilidade e de mortalidade se alteraram completamente mas onde continuam a aparecer novas doenças transmissíveis e, simultaneamente, relacionadas com comportamentos (Faria, 2002; OMS, 1998).

A doença pode estar associada a acontecimentos biológicos, alterações fisiológicas e/ou bioquímicas mas também às condições que se prendam com o sentir-se doente (*illness*), sentir algum desconforto ou mal-estar relacionado com a pressão dos acontecimentos da vida e a interpretação, com o significado e importância que o próprio sujeito atribui ao acontecimento. Esta perturbação não implica somente a experiência pessoal do problema de saúde mas também o sentido que o indivíduo dá à mesma, ou seja, a mesma doença ou o mesmo sintoma podem ser interpretados de maneiras diferentes por pessoas diferentes o que terá também influência nos comportamentos e na abordagem terapêutica.

Desde 1986, por iniciativa da própria OMS, o conceito originário de saúde como completo bem-estar físico, mental e social, tem vindo a ceder a perspectivas mais dinâmicas e sistémicas, passando a ser entendida como um recurso inestimável dos indivíduos, famílias e comunidades que lhes permite realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e modificar ou lidar de forma positiva com o meio ambiente, como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da qualidade de vida e não o objectivo da vida em si; uma ideia de saúde enquanto capacidade de adaptação contínua às situações que estão em constante mudança; uma experiência e um processo de equilíbrio que tende a ser percebido pelas pessoas como bem-estar e funcionamento adequado, significando assim, ter controlo sobre os recursos, ter oportunidade e possibilidade atingir o seu potencial total, em função dum grande número de factores, uns factores de vida (comportamentos de saúde individual) e outros, factores sociais, económicos e ambientais. Por sua vez, estes factores dependem da sociedade em que a pessoa vive, (igualitária, autocrática), do tipo de rede de apoios sociais disponíveis, políticas de emprego, salários e habitação (Noack, 1991; Ewles & Simnet, 1999).

Novo (2003) refere a natureza das relações entre saúde mental e saúde física como sendo fundamental para uma melhor compreensão do funcionamento psicológico positivo. Numa perspectiva intra e interpessoal, depende do modo como cada um se sente doente ou não, em função de cada momento da sua vida e da sua história pessoal e grupal.

A saúde é também vista como a capacidade que cada indivíduo tem para lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar, devendo este projecto ser equilibrado e harmonioso dentro dos limites do possível (Dejours, 1995).

O conceito de bem-estar tem sido objecto de análise de um número cada vez maior de estudos, alguns dos quais têm analisado formas de comportamentos propícios à saúde ao invés de, como se fez durante muitos anos, acentuar formas de comportamento nocivas. Nesta perspectiva considera-se comportamento saudável todo o esforço desenvolvido pelos indivíduos para manter ou melhorar a sua saúde e a dos outros, de forma activa e consciente (OMS, 1995).

Ainda nesta área têm sido propostas várias teorias sobre o que determina a satisfação com a vida. Identificaram-se três componentes do bem-estar subjectivo relativamente independentes: o afecto positivo, o afecto negativo e a satisfação com a vida. Os dois primeiros referem-se a aspectos emocionais dos constructos e o terceiro mais a aspectos cognitivos, de julgamento (Neto, 1999).

A satisfação com a vida tem sido considerada como um componente do bem-estar subjectivo que resulta da comparação entre circunstâncias aprendidas pela pessoa e os seus desejos em relação às áreas por si valorizadas, representando esta dimensão o balanço psicológico que cada um faz da sua vida em geral. A satisfação com a vida será tanto maior quanto menor for esta discrepância (Diener, 2000; Novo, 2003).

Como acabamos de verificar pela breve apresentação das diferentes tonalidades do conceito, pensar globalmente a saúde pressupõe a necessidade de se ter em conta uma grande diversidade de pontos de vista, de entender o que individual e colectivamente se pretende dizer ao utilizar a palavra saúde, ter em conta o local e o momento diacrónico e estar ainda atento às variações de sentido.

De que forma o lazer pode constituir um efeito amortecedor e protector contra o stress que determinados acontecimentos de vida – tais como os processos de imigração – podem provocar nos indivíduos ou famílias?

Da revisão da literatura feita por Langlois (2000) sobre a análise dos múltiplos papéis do lazer na sua relação com a saúde/bem-estar,

destacamos a existência de quatro modelos principais de interacção que são caracterizados consoante os diferentes tipos de efeitos do lazer relativamente à saúde. Os mais frequentemente referidos são o *efeito amortecedor do lazer* relativamente ao binómio *saúde-stress*, e o *efeito directo* do lazer na saúde, promovendo a sua melhoria.

O efeito amortecedor do lazer relativamente ao stress é frequentemente analisado em relação à saúde ou ao bem-estar. Quando o nível de stress é baixo, a participação no lazer não tem impacto na saúde. No entanto, quando o nível de stress é elevado, a maior participação no lazer e bons e/ou mais gratificantes resultados, ajudam a manter o nível de saúde ou a travar o aumento dos problemas de saúde, enquanto que baixos níveis de participação embora com resultados positivos no lazer resultam no aumento dos sintomas de doença, se se verificar um aumento do stress. Assim sendo, considera-se que a participação no lazer e os resultados do lazer nesta situação amortecem os efeitos negativos do stress relativamente à saúde.

No que se refere ao efeito directo do lazer, quando a participação é elevada no lazer e/ou os resultados do lazer são positivos, há uma associação a um melhor estado de saúde ou a uma diminuição de sintomas de doença. Considera-se, neste caso, que o lazer tem um efeito directo, principal ou independente relativamente à saúde.

Segundo Siegenthaler (1997), alguns tipos de actividades de lazer parecem contribuir mais para a saúde do que outros.

A participação no lazer social tem chamado a atenção de vários investigadores, como é o caso de Coleman (1993) e Iso-Ahola e Park (1996), sobretudo no que se refere ao estudo dos seus efeitos principais e amortecedores relativamente à saúde e ao bem-estar. Caltabiano (1995) analisou a relação entre stress, participação em diferentes actividades e saúde. Estudou os efeitos principais e amortecedores das actividades de exterior, das actividades de lazer social, e de passatempos (v.g., actividades culturais) e a relação destes com o stress e a doença.

Tal como Coleman, também Caltabiano não provou a existência de efeito principal relativamente aos sintomas de doença e o envolvimento em lazer social. Caltabiano (1995) concluiu que a moderação do impacto do stress na saúde através do lazer é complexa, dependendo da natureza e do nível de participação no lazer.

Também Mannell e Kleiber (1999) referem uma teoria que sugere que as pessoas que estão mais activamente envolvidas com actividades de lazer estão mais imunes ao stress, ou seja, têm menos stress e conseqüentemente

menos doença. Ora o estudo desta relação implica a avaliação do lazer e do stress.

Nesta perspectiva, se considerarmos o lazer como um fenómeno objectivo, poderia observar-se em quantas actividades as pessoas participam, que contextos de lazer frequentaram durante a sua vida, com que frequência participaram e/ou durante quanto tempo desenvolveram estas actividades ou estiveram nestes locais, conferindo, depois, se as pessoas que têm mais lazer têm menos stress.

Esta abordagem parece, no entanto, algo incompleta, pois não refere o que as pessoas que estão a ser estudadas vivenciam, quando realizam actividades ou frequentam espaços de lazer, ou seja, o quanto é agradável, se promove o desafio, se é relaxante ou satisfatório. A complementaridade destas abordagens daria, obviamente, uma melhor perspectiva acerca do impacto que esta participação em lazer pode ter sobre a capacidade das pessoas em lidar com acontecimentos desencadeadores de stress nas suas vidas.

REFERÊNCIAS

- Caltabiano, M.L. (1995). Main and stress-moderating health benefits of leisure. *Loisir et Société/Society and Leisure*, 18(1), 21-52.
- Coleman, D. (1993). Leisure based social support, leisure dispositions and health. *Journal of Leisure Research*, 25(4), 350-361.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? *Le Travail Humain*, 58(1), 1-16.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. *American Psychologist*, 55(1), 34-43
- Ewles, L., & Simnett, I. (1999). *Promoting health: A practical guide*. London: Harcourt Brace.
- Figueiredo, J. (2005). *Fluxos Migratórios e cooperação para o desenvolvimento: Realidades compatíveis no contexto europeu?* Tese de Mestrado
- Fonseca, M.L. (2003). *Integração dos imigrantes: Estratégias e protagonistas*. Universidade de Lisboa
- Fonseca, M.L. (2005). *Migrações Transatlânticas e Transeuropeias. Projecto Reunificação Familiar e Imigração em Portugal*. ISCTE
- Iso-Ahola, S.E., & Park, C.J. (1996). Leisure-related social support and self-determination as buffers of stress-illness relationship. *Journal of Leisure Research*, 28(3), 169-187.

- Langlois, S. (2000). *Relationships between chronic stress, leisure, and mental ill-health: an empirical study of nurses*. Dissertação de mestrado. Waterloo: Waterloo University.
- Mannell, R.C., & Kleiber, D.A. (1999). *A social psychology of leisure*. State College, PA: Venture Publishing.
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características de personalidade, *Psychological*, 22, 55-70
- Noack, H. (1991). Conceptualizing and measuring health. In B. Badura & I. Kickbusch (Eds.), *Health promotion and research: Towards a new social epidemiology* (pp. 87-89). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Novo, R.F. (2003). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Organização Mundial de Saúde. (1995). *Perfis de saúde das cidades: como conhecer e avaliar a saúde da sua cidade*. Copenhagen: OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (1998). *Rapport sur la santé dans le monde 1998, la vie au 21e siècle: Une perspective pour tous*. Geneva: OMS.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Siegenthaler, K.L. (1997). Health benefits of leisure. *Parks and Recreation*, 32(1), 24-31.
- Sousa, J. (2006). *Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais; Universidade Aberta, Lisboa.
- Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *The American Journal of Public Health*, 65(10), 1037-1045.

“PEGUEI SIDA DO MEU MARIDO”: UMA ANÁLISE DA
RACIONALIDADE CIENTÍFICA NOS PROCESSOS DE
SUBJETIVAÇÃO DA MULHER COM PARCEIRO FIXO

Luíza Maria Silva de Freitas / Georges Daniel Janja Bloc Boris

A CONSTRUÇÃO DE UM PROBLEMA

Em meados da década de 1990, o mundo já não estava dividido entre aqueles que não morreriam de SIDA e aqueles que estariam destinados a ela. Em meio a uma acirrada luta política, a chamada luta contra a SIDA, o Brasil anunciava que a SIDA era de todos nós e idealizava a visibilidade daquele que vivia com HIV/SIDA em nome da solidariedade pela VIDA e da denúncia da morte civil. Vale salientar que, nessa época, algumas mudanças reorientaram a direção das práticas de saúde no contexto da SIDA. Do cuidado com a saúde dos “grupos de risco”, chegamos à preocupação com a “saúde reprodutiva”. O percurso do discurso da medicina sobre a infecção pelo HIV passou por algumas revisões. Uma delas foi o questionamento do conceito de “grupo de risco” como grupo específico e restrito à contaminação pelo HIV. Trata-se, hoje, de considerar o chamado “risco acrescido”, pois desloca a atenção exclusiva a certas categorias de indivíduos para formas de conduta de todo e qualquer indivíduo. Aqui, as mulheres “com parceiro fixo” já poderiam ser incluídas nas ações preventivas, mas tal inclusão não aconteceu imediatamente.

É do conhecimento geral as dificuldades enfrentadas no controle do avanço da SIDA. As estatísticas, amplamente divulgadas, as revelam. A incidência de uma mulher para cada vinte e cinco homens infectados, no ano de 1985, elevou-se para uma para cada dois homens, em 1998, conforme o Ministério da Saúde brasileiro. O discurso científico apresentava suas justificativas: o fato é que tal avanço não era apenas quantitativo, pois alcançava a mulher heterossexual, com “parceiro fixo” e em situação de procriação; em outras palavras, atingia a família. Constituiu a maior preocupação da luta contra a SIDA no ano 2000, ocupando o tema da campanha de prevenção: “NÃO LEVE SIDA PARA CASA”. Vale lembrar que, em campanha anterior, o problema fora abordado sob outro ângulo, o da chamada “contaminação vertical”, ou seja, a contaminação de mãe para filho, ou, ainda, sob o ângulo da saúde reprodutiva. Diversas são as explicações para a dificuldade de reduzir a incidência da infecção pelo HIV nesta população específica. A medicina

atribui uma maior vulnerabilidade orgânica à mulher: uma vez exposta ao vírus, ela tem dez vezes mais chance de contaminação do que o homem. Além disto, os sintomas progridem mais rapidamente no seu organismo do que no homem (Berer & Ray, 1997). As explicações das ciências humanas se referem ao relacionamento entre os gêneros, ou seja, às múltiplas relações entre mulheres e homens, que marcam posições e práticas diferenciadas e hierarquizadas na vida social (Parker, 1994). A mulher descrita em tal discurso científico parece ocupar um lugar de vítima vulnerável e impotente, mas, paradoxalmente, é responsabilizada por se defender da contaminação pelo HIV nas relações sexuais com seu parceiro, embora não tenha condições para tanto. É requerida a sua responsabilidade pelo cuidado com a sua saúde, mas, ao mesmo tempo, seu organismo é considerado frágil (vulnerabilidade orgânica) e ela seria fraca (posição de gênero) para empreender as condutas preventivas necessárias. A manchete da Revista Veja, de 28/10/1998, demonstra o reforço de tal imagem, quando anuncia “PEGUEI SIDA DO MEU MARIDO”, apresentando, como subtítulo, “Histórias Dramáticas de Mulheres que Foram Contaminadas pelos Homens em Quem Confiaram Cegamente” (Traumann & Monteiro, 1998, p. 114). O verbo, na forma passiva, *contaminadas*, afirma que sofreram uma ação de um contaminador. Trata-se de um discurso moral, que indica o lugar de vítimas de tais mulheres e o de algozes de seus homens. Questionamos, então, a possibilidades de tais mulheres atuarem na defesa de sua saúde, visando à saúde reprodutiva. Por isto, a campanha de 2000 se ocupou da saúde da família, sem contar muito com a atuação feminina, mas considerando que “homem faz a diferença”. Ou, de outro modo, o homem-algoz é quem deve (ou pode) “não levar SIDA para casa” e evitar contaminar a mulher-vítima. Ao infringir tal recomendação, tal homem-algoz se torna, ainda mais, algoz aos olhos da mulher-vítima, e, também, aos nossos olhos. Posto isso, tornou-se urgente a retomada do problema desde a década passada. Parece oportuno apontar que, até os últimos anos do século passado, as ciências humanas e os estudos das relações de gênero estavam atrelados a uma concepção de homem livre e autônomo, sustentada na sua racionalidade. O homem do final do século XX se debatia num conflito interior entre os seus desejos e impulsos, a irracionalidade e a paixão, de um lado, e, opostos à sua reta razão e ao seu juízo, o dever-ser. Neste contexto, as práticas de saúde visavam ao empoderamento das mulheres em suas relações de gênero, pois as posicionavam entre as populações vulneráveis.

HISTÓRIA, MORALIDADE E RACIONALIDADE CIENTÍFICA
NOS SENTIDOS ATRIBUÍDOS À SIDA

A racionalidade científica que norteou políticas e práticas de saúde na luta contra a SIDA, além de um forte discurso jurídico-humanista, era um discurso epidemiológico. O modo como são apresentados os dados epidemiológicos indica a incidência de soropositivos sob várias formas de transmissão do vírus. As mulheres infectadas pelo HIV, em sua maioria, não eram prostitutas, mas foram, então, relacionadas a uma forma de transmissão heterossexual, pois tinham “parceiro fixo”. Aqui, é criado outro bode expiatório, o homem *bissexual*. Tal homem-algoz foi apontado como aquele que traz SIDA para casa por meio de um dos modos mais desqualificados pela moral vigente: a bissexualidade.

Um acontecimento não traz consigo um sentido porque a vida não se explica e não revela o seu porquê. É o pensamento humano que organiza, ordena, explica e busca revelá-lo. A medicina “significou” a SIDA como uma nova e grave doença transmissível. Por outro lado, a afirmativa “peguei SIDA do meu marido” apresentou o significado de um novo e terrível *contágio*, reatualizando os sentidos das antigas pestes. No caso da SIDA, foi chamada de *peste “gay”* em seus primórdios. Surgiu, então, mais uma “ação educativa”, que, partindo do conhecimento da SIDA como doença *transmissível*, constituiu um novo discurso preventivo a partir das afirmativas “SIDA não *pega*” e “SIDA *pega*”, ao invés de afirmar que o vírus da SIDA é *transmitido*. Quando se afirma que a SIDA “pega”, há um claro retorno ao conceito de *contágio* como estado ou situação dos corpos que se tocam, significação atribuída no século XV, acompanhada de um sentido religioso de expiação, de purificação e de medidas de exílio ou de vigilância dos indivíduos. Apontando as mudanças históricas do conceito de *contágio*, Czeresnia et al. (1995) indicam que foi somente no século XIX que tal conceito foi relacionado à *transmissão* de uma doença de uma pessoa a outra: os cientistas da época buscavam “a origem da ‘matéria mórbida’ ou ‘veneno específico’ que se transmitia de uma pessoa a outra. A linguagem e argumentação, no período, passam a ser precisas, rigorosas e quantitativas, baseadas em dados da observação e experimentação” (p. 68). Os conceitos de *contágio* e de *transmissão* são distintos, apesar de se confundirem no contexto da SIDA – uma doença infecciosa que mostrou os limites da verdade científica e do controle da vida. Quando o conceito substitui o acontecimento, afasta-se da vida como referência para avaliar o valor de tal conhecimento e deixa de afirmar as surpresas e as novidades e

de se atualizar: “ao perder esse vínculo é que o conhecimento deixaria de ser avaliado segundo a sua finalidade primária...” (Czeresnia et al., 1995, p. 59). A ciência afirma uma verdade sobre as doenças sexualmente transmissíveis: são doenças do sexo e, excetuando-se as outras formas de transmissão, a SIDA é uma doença do sexo. Para a lógica da racionalidade científica, os parceiros adoecem porque um deles fez sexo com uma pessoa doente. Tal verdade é inquestionável: é da ordem do visível e do corporal. Aquela mulher não tem dúvida quando diz “peguei SIDA do meu marido”.

A reflexão empreendida até aqui foi, em grande parte, apoiada no estudo de Czeresnia *et al.* (1995) das mudanças históricas do conceito de contágio: na verdade, um trabalho sobre *ética*. Acima de tudo, ele aponta dois pensadores que avaliam o valor da verdade e o poder do conhecimento: Nietzsche (1887/1998) e Foucault (1988/1997), respectivamente. Sobretudo Foucault demonstra *como somos*, pois atravessados que estamos por tais verdades ou conhecimentos, e como nossas vidas ficam sem forças para atuarmos diante dos acontecimentos quando verdades ou conhecimentos estão colados em nós e nos afastamos da própria vida como critério por excelência para avaliarmos verdades e conhecimentos sobre nós. O que caracteriza o projeto nietzschiano é a inversão da busca que atravessou a história ocidental; sua indagação não é pelo valor supremo, não é pela verdade. Admite que se busca sempre a verdade e, então, se pergunta pelo seu valor. Em outros termos, denuncia que o conhecimento remete à moralidade; se a norma do conhecimento não é epistemológica, é porque a vida é critério último de julgamento, tanto do conhecimento quanto da moral. Daí o projeto nietzschiano de uma genealogia da moral ser uma genealogia da vontade de poder, que tem como objetivo avaliar os valores morais a partir da vida e das forças que servem para defini-la. Portanto, para tal avaliação do conhecimento, não cabe perguntar se ele é verdadeiro ou falso, mas indagar sobre sua força. No entendimento de Foucault (1988/1997), há um deslocamento do poder soberano que foi exercido sobre os corpos como poder de causar a morte ou deixar viver para um poder que passou a ser exercido sobre os corpos no sentido de causar a vida ou devolver à morte. Assim, entramos na era do bio-poder. É por uma necessidade histórica que o ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação do crescimento dos grupos humanos à expansão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro, foram, em parte, tornados possíveis pelo exercício do bio-poder com suas formas e procedimentos múltiplos (p. 133).

Na verdade, uma compreensão mais precisa do pensamento de Foucault e o conhecimento de suas pesquisas remetem não apenas a uma análise das relações de poder, mas, principalmente, dos modos de objetivação dos seres humanos ao torná-los sujeitos. As relações de poder que se exercem sobre os corpos através do bio-poder são modos de objetivação do sujeito: de um lado, faz parte das disciplinas do corpo: adestramento, intensificação e distribuição das forças, ajustamento e economia das energias. Do outro, o sexo pertence à regulação das populações, por todos os efeitos globais que induz. (...) O sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e a vida da espécie. Servimo-nos dele como matriz das disciplinas e como princípio das regulações (p. 136).

É no sexo que a articulação do bio-poder, exercida sobre a vida do corpo e a vida da espécie, encontra condições de se desenvolver. Aqui, é possível considerar que os corpos das mulheres são atravessados por um bio-poder que, em tempos de SIDA, se torna mais atuante devido à preocupação política com o corpo do trabalho e com o corpo da população. Tendo identificado o discurso moral que afasta os significados da SIDA como acontecimento do seu vínculo com a vida, denunciemos a subjetivação das mulheres “parceiro fixo” como vítimas e a conseqüente subjetivação de seus homens como algozes.

PROCESSO DE SUJEIÇÃO DE “MULHERES COM PARCEIRO FIXO”: RESENTIMENTO E CULPA?

A verdade do discurso “peguei SIDA do meu marido, em quem confiei cegamente” aponta para uma força reativa, na qual a fraqueza é mentirosamente transformada em mérito e a impotência, que não acerta contas, em bondade. Aqui, se anuncia uma “psicologia” que pressupõe a interiorização e a espiritualização do homem, ou seja, que afirma que existe um ser por trás do fazer: um sujeito da força. Acima de tudo, considera que o forte é livre para não se expressar como força. Assim sendo, resta a indagação: que rumo seria dado a tal força que não se expressa em atos? É assim que Nietzsche (1887/1998) faz uma crítica ao homem moderno, soberano, livre, responsável e autônomo – o que pode fazer promessas. É o homem que pode julgar sua própria força; pode, portanto, escolher não exercê-la. O homem precisou, ele mesmo, desenvolver a faculdade da memória para se tornar confiável, constante e

necessário. Para tornar algumas idéias “fixas”, indelévels e inesquecíveis, exigiu-se modos de vida ascéticos, enquanto a dor forjava, no corpo, o mais poderoso auxiliar da memória. Na medida em que o homem foi inibido em sua descarga para fora, todos os seus instintos selvagens se voltaram para trás, contra o próprio homem: tal é a origem da má consciência, a que costumamos chamar de culpa. Segundo Nietzsche, o conceito moral de culpa teve origem na concepção material de “dívida”. Assim, o “castigo”, sendo reparação, se desenvolveu à margem de qualquer suposição acerca da liberdade ou da ausência de liberdade da vontade. Tal relação ocorria no plano da imanência, no qual o credor, por raiva devido a um dano sofrido, a desafogava no causador como um castigo: assim, não responsabilizava o devedor por seu ato e, muito menos, se questionava se tal ato pudesse ser “intencional”, “negligente”, “casual” ou os seus opostos para levá-los em conta na atribuição do castigo. Quão distante de tal relação de forças estão as relações amorosas entre homens e mulheres em tempos de SIDA! Quanto dano terá vivido a mulher, antes de afirmar “peguei SIDA do meu marido”? A mulher-vítima, a quem apenas resta reagir diante do homem-algoz, por envergonhar-se da sua potência de fazer-sofrer àquele que lhe causou dano, o quê faz? O que ocorre quando os afetos decorrentes de danos sofridos pelas mulheres, nas suas relações amorosas, não se expressam em atos? É aqui que a antiga idéia de equivalência entre dano e dor é estabelecida numa relação contratual entre credor e devedor ou vítima e algoz. Para esclarecermos esta estranha lógica de compensação, que substitui uma vantagem material como reparação do dano por uma espécie de satisfação íntima, recorreremos às palavras de Nietzsche: “o prazer de ultrajar: tanto mais estimado quanto mais baixa for a posição do credor na ordem social, e que facilmente lhe parecerá um delicioso bocado, ou mesmo o antegozo de uma posição mais elevada” (p. 54).

É o “democratismo” moderno, que se opõe a tudo, que domina e quer dominar, que administra forças em nome da verdade nas mais rigorosas e objetivas ciências, que transforma e dissimula as expressões de força em algo por demais espiritual e que parece ter se apossado do que é próprio de tudo que vive: a atividade. Neste contexto, surge, em primeiro plano, a “adaptação”, ou seja, uma atividade de segunda ordem, uma reatividade; chegou-se mesmo a definir a vida como uma adaptação interna, cada vez mais apropriada a circunstâncias externas. Mas com isto se desconhece a essência da vida, a sua vontade de poder... (Nietzsche, 1887/1998, p. 67).

Com a retirada da possibilidade de luta, de atividade, admite-se uma paz, um sossego. O que esperam as mulheres quando desistem de afirmar, em atos, sua vontade de poder? Guardariam a esperança de que o castigo gere culpa e que a justiça seja feita? Guardariam a crença de que, mantendo “bons” os seus atos e vontades, teriam a justiça? Que “adaptação” ocorreria nessas mulheres para encontrar a paz e o sossego?

Com a genealogia do não-egoísmo, do altruísmo ou da boa vontade na má consciência, é que podemos voltar à mulher que afirma “peguei SIDA do meu marido, em quem confiei cegamente”, uma mulher real, apresentada pela imprensa, representando o discurso moral em defesa da saúde das mulheres. Perguntamo-nos, então: qual o valor de tal verdade? Que ideal defende? Supomos que o que ela defende é um ideal transcendente, que exige, para ser afirmado, o desprezo do próprio corpo: para Nietzsche (1987/1998), o ideal ascético. O resultado apenas poderia ser o desinteresse pela vida, a abnegação e o sacrifício em nome de um prazer vivido na crueldade exercida sobre si mesma: a vida ascética. Grande doença, decadência da humanidade!

No campo da arte, da filosofia e da religião, o ideal ascético é sustentado a partir de três personagens: o artista, o filósofo e o sacerdote ascetas. Para o filósofo, tal ideal é, antes, a possibilidade de sobrevoar a vida do que nela pousar e penetrar no seu fluxo; é a negação do seu corpo. Por sua vez, o sacerdote asceta está no mundo, entre os homens; quer poder; indica a vida como um caminho errado que se deve refutar com atos; exige que se vá com ele e impõe a sua valoração da existência e, assim, faz deste mundo o seu reino. O sacerdote exige de seu rebanho a negação do corpo e até da razão. O que faz surgir e alastrar tais espécies hostis à vida? É que a vida ascética parece uma contradição: vida contra vida. Para Nietzsche (1987/1998), é uma necessidade de primeira ordem, um interesse da própria vida, que tal personagem contraditório não se extinga porque é ainda a vida que degenera em seu instinto de cura, que luta por sobrevivência. É ainda vontade de poder, permanecida intacta, que “incessantemente combatem com novos meios e invenções. O ideal ascético é um tal meio...a vida luta nele e através dele com a morte, contra a morte, o ideal ascético é um artifício para a preservação da vida” (p. 102). Então, a contradição é aparente: não há duas forças; a vontade de poder volta-se contra si. É ainda a vida que há, que nega o corpo e o desejo. O desejo é adiado: não quer mais esta vida e espera por outra vida. O sacerdote, atento à busca do sofredor, impõe a ousada resposta: somente

você é culpado de si! Assim, a direção do ressentimento é mudada: se torna culpa.

Os representantes da ciência moderna poderiam retrucar, afirmando a oposição e a superação de tal ideal; afinal, a ciência, sustentada em si mesma, tem prescindido de recorrer a Deus, ao além ou a virtudes negadoras. Nietzsche (1987/1998) recusa tal posição, argumentando que a ciência não tem qualquer fé em si mesma, ainda que não reconheça nenhum ideal acima dela. Por requerer um ideal de valor, um poder criador de valores em que possa se sustentar para crer em si mesma, a ciência jamais cria valores. Considerando a lei natural da vida, em que tudo tende, necessariamente, à auto-superação, pereceu a fé no ideal ascético como dogma e, também, o ideal ascético como moral deve perecer. Depois de todos os deslocamentos apontados na veracidade cristã, anuncia-se mais um, agora, contra si mesma, quando se coloca a questão: o que significa toda vontade de verdade? O que quer essa mulher, quando busca a verdade de pegar SIDA? Uma vontade de verdade: do meu marido é a verdade. O que expressa todo esse querer orientado pelo ideal ascético? Uma vontade de nada é o que significa o ideal ascético: “e, para repetir em conclusão o que afirmei no início: o homem preferirá ainda querer o nada a nada querer...” (p. 149). “Peguei SIDA do meu marido, em quem confiei cegamente”. Qual o valor de tal verdade? Talvez insinue uma vingança imaginária, ou espere justiça, ou encontre em si mesma uma explicação para seu sofrimento... Mas, acima de tudo, há, aí, uma vontade de verdade sustentada pelo ideal ascético. Por conta das forças que atuam na mais violenta sutileza, aquela mulher assumiu uma forma ressentida ou culpada. Uma pergunta final: em que “medida” a psicologia tem contribuído para dotar a vida de uma atitude ascética?

REFERÊNCIAS

- Berer, M., & Ray, S. (1997). *Mulheres e HIV/AIDS: Um livro sobre recursos internacionais: informação, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/AIDS, saúde reprodutiva e relações sexuais*. São Paulo: Brasiliense.
- Czeresnia, D., Moreira dos Santos, E., Barbosa, R.H.S., & Monteiro, S. (Orgs.). (1995). *AIDS: ética, medicina e biotecnologia*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.

- Foucault, M. (1997). *História da sexualidade 1: A vontade de saber* (12ª ed.). Rio de Janeiro: Graal. Originalmente publicado em 1988.
- Nietzsche (1998). *Genealogia da moral*. São Paulo: Companhia das Letras. Originalmente publicado em 1887.
- Parker, R. (1994). *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ. (Col. História Social da AIDA, nº. 3).
- Traumann, T., & Monteiro, K. (1998). Dormindo com o inimigo. *Revista Veja*, nº 43, 28 de Outubro, pp. 114-121.

SAÚDE DOS IMIGRANTES BRASILEIROS EM PORTUGAL

Lyria Reis^{1,2} (lyria_reis@hotmail.com) / *Natália Ramos*²

¹Investigadora CEMRI; ²Universidade Aberta

Os processos migratórios sempre fizeram parte dos caminhos percorridos pela humanidade. Por motivos diversos, homens e mulheres mudam de um espaço para outro, dentro do seu próprio país e entre os países do mundo, muitas vezes motivados pela busca por melhores condições de vida. O fenómeno migratório é uma realidade no mundo globalizado e tem assumido importância e complexidade crescentes. Actualmente, aproximadamente 200 milhões de pessoas vivem fora dos seus países, sendo imigrantes legais, ilegais e refugiados (Ramos, 2007, 2008).

A globalização, a mobilidade das populações e a multiculturalidade trouxeram novas problemáticas individuais e grupais que colocam novas questões à sociedade e demandam soluções por parte das populações e pelas suas diferentes instituições. Os processos migratórios actuais são complexos e envolvem diversos aspectos como as questões ligadas às condições socioeconómicas de alguns países em desenvolvimento, ao envelhecimento populacional dos países desenvolvidos, aos aspectos de segurança e também ao respeito pelos direitos humanos dos indivíduos migrantes, entre outros.

Historicamente, Portugal foi um país predominantemente de emigrantes até a década de 60 do século passado. A partir dos anos 70 esta tendência alterou-se, com o retorno de grande quantidade de cidadãos provenientes das antigas colónias africanas. No início dos anos 80, houve um aumento do número de estrangeiros residentes em Portugal. Os anos 90 caracterizam-se pelo crescimento e consolidação da população imigrante residente em Portugal, principalmente por cidadãos procedentes de países africanos de expressão portuguesa. Nessa altura também houve um aumento do fluxo de cidadãos brasileiros.

Sempre houve trânsito de indivíduos entre Portugal e Brasil (Machado, 2007). Brasileiros e portugueses sempre atravessaram o oceano Atlântico pelos mais diversos motivos. Em alguns momentos foram mais portugueses para o Brasil, noutros momentos e como tem ocorrido nas últimas três décadas, o movimento mais intenso tem se verificado no sentido Brasil-Portugal. A comunidade brasileira é hoje a maior população estrangeira vivendo em situação regular em Portugal, com 106 961 indivíduos corresponde a 24% da população estrangeira residente no país (SEF, 2008). Segundo o mesmo relatório, a distribuição da população por

sexo apresenta um total de 49 467 indivíduos do sexo masculino (46%) e 57 494 do sexo feminino (54%).

Quando um indivíduo migra, está sujeito a um processo de adaptação a uma nova cultura, a outra língua e a regras culturais diferentes da conhecida. Os imigrantes em geral são considerados como um grupo vulnerável por diversos factores que podem influenciar a sua saúde tais como o desconhecimento de hábitos e costumes locais, a ignorância do modo de funcionamento dos serviços sociais e de saúde do país de acolhimento, a mudança de comportamentos relacionados à saúde e estilos de vida e a adaptação social e cultural. Conhecer a saúde e seus determinantes nas populações imigrantes é de fundamental importância para se verificar de que modo as pessoas vivenciam a experiência da migração e quais os possíveis efeitos, tanto positivos como negativos, que a mesma pode ter sobre os indivíduos e, dessa forma contribuir para que possam se adaptar e integrar melhor à sociedade de acolhimento.

Diversos autores relatam que os processos migratórios e principalmente as migrações internacionais podem influenciar a saúde dos indivíduos de diversas formas (Dias, 2007; Ramos, 2004, 2008,). O processo migratório é um fenómeno que causa rupturas espaciais e temporais nos indivíduos, faz com que os mesmos experimentem transformações diversas, nomeadamente modificações ao nível psicológico, físico, biológico, social, cultural, familiar, político, o que implica a necessidade de adaptação psicológica e social dos indivíduos e das famílias no contexto da nova realidade vivenciada (Ramos, 2004, 2006, 2008). Segundo Ramos (2006) a migração constitui um processo complexo que pode ter consequências ao nível da saúde física e psíquica dos indivíduos e também ao nível do stress psicológico e social.

A saúde é um bem importante para todo e qualquer indivíduo e é determinada por vários factores, dentre eles os biológicos (idade, sexo e factores hereditários), os comportamentais, os estilos de vida adoptados pelos indivíduos, as condições de vida e de trabalho, as condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais. Os aspectos culturais e as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham podem apresentar um impacto directo na saúde, tanto individual, como colectiva. Alguns factores, tais como a pobreza e a exclusão estão ligados e interferem directamente com as condições de saúde das pessoas e das comunidades, afectando profundamente o potencial de desenvolvimento físico e psicológico dos indivíduos.

As características do meio e as condições sociais, habitacionais, de escolarização, sanitárias e de trabalho em que as pessoas vivem influenciam directa e indirectamente o seu desenvolvimento e a sua saúde. A pobreza e a degradação das condições sociais e habitacionais em que vivem muitas pessoas no mundo influenciam a sua saúde e estão na origem de diversas doenças (Ramos, 2004, 2006). Os imigrantes que têm dificuldade de adaptação e integração nos mais diversos aspectos (cultural, social, laboral, educacional) podem ter a sua saúde comprometida. Outros factores importantes a serem observados são os hábitos, os comportamentos e os estilos de vida relacionados à saúde nos diferentes grupos sociais e regionais tendo em vista o impacto desses nas estratégias de promoção da saúde. Importantes também são os factores determinantes da saúde ao longo da vida e do ciclo de vida e seus efeitos intergeracionais. Factores estes biológicos, culturais, sociais, económicos, educacionais e de integração dos indivíduos.

Um comportamento de saúde é um comportamento com objectivo de impedir o aparecimento de uma doença. Segundo McKeown, citado por Ogden (1999) as doenças contemporâneas são causadas por “influências”, a saúde dum indivíduo é determinada pelo seu comportamento e depende, em primeiro lugar da modificação de hábitos como, por exemplo, fumar e levar uma vida sedentária. Indivíduos migrantes que alteram seus hábitos e comportamentos por passar e viver em uma outra realidade social e cultural também podem apresentar alterações na sua saúde.

Os determinantes da saúde são factores sociais, económicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos, comportamentais que influenciam o bem-estar e a ocorrência de problemas de saúde e seus factores de risco nos indivíduos e populações. Por meio de investigação empírica procura-se relacionar os mecanismos de ligação entre diversos factores tais como a posição sócio-económica, os comportamentos relacionados à saúde e os hábitos e estilos de vida adoptados pelos indivíduos e a sua saúde.

O processo saúde-doença, para além do contexto biológico e individual é determinado por e manifesta-se de forma decisiva no contexto socioeconómico e cultural em que nascem, crescem, vivem e morrem as pessoas. Dessa forma, é importante também conhecer o contexto em que vivem os migrantes, visto que viviam num contexto onde conheciam a sua cultura, a ordem natural dos acontecimentos e o modo de resolução dos seus problemas nos diversos níveis e, num momento das suas vidas, passaram a viver num outro contexto cultural, diferenciado do seu, com

outras normas estabelecidas culturalmente e que, de alguma forma, podem influenciar na sua saúde.

O impacto que o processo migratório vai causar na saúde das pessoas vai depender de diversos factores e principalmente das situações de migração em que os indivíduos se encontram. Desse modo, os efeitos (positivos ou negativos) que a migração vai causar na saúde dos indivíduos vai depender de diversos factores individuais (quem é a pessoa, qual a sua relação com o mundo que o rodeia, qual a sua capacidade de resiliência frente aos estímulos que recebe); factores locais (de onde emigra e para onde, país de origem e país de acolhimento); factores temporais (quando e como emigra) e jurídicos (imigrantes com situação regularizada ou não no país de acolhimento).

Os estudos sobre os fenómenos migratórios e os seus efeitos sobre a saúde das populações migrantes têm grande importância e relevância no mundo globalizado e contribuem para aumentar o conhecimento sobre a realidade dos imigrantes com o objectivo de melhorar a adaptação e a sua integração contribuindo para o aumento da coesão social. O conhecimento sobre as populações migrantes, sobre os seus costumes, as suas crenças, os seus hábitos e comportamentos, a sua cultura, o seu modo de inserção junto à nova realidade e país de acolhimento, sobre os determinantes da saúde e estado de saúde são fundamentais para a resolução das problemáticas decorrentes do processo de aculturação experimentado por estes indivíduos e, também, pelo contacto e integração com a comunidade autóctone.

Esta pesquisa tem como objectivo principal conhecer e compreender a situação de saúde de imigrantes brasileiros de ambos os sexos, maiores de 18 anos, residentes na região da grande Lisboa e aborda diversos aspectos relacionados ao processo migratório, às condições habitacionais, laborais, de saúde e ainda hábitos e estilos de vida.

MÉTODO

O estudo é exploratório, descritivo e transversal com metodologia multi-método (quantitativa e qualitativa). Trata-se de um estudo empírico mais alargado, apresentando-se aqui, apenas alguns dos resultados dos inquéritos por entrevista realizados a 59 brasileiros e brasileiras que aceitaram colaborar com a pesquisa.

RESULTADOS

Dos resultados já analisados podemos concluir o seguinte: a amostra estudada é composta por 59% de indivíduos do sexo feminino e 41% do sexo masculino e constitui-se como uma amostra jovem situando-se, a maioria (60%) na faixa etária dos 25 aos 34 anos.

A percepção sobre o estado de saúde citado pelos indivíduos entrevistados foi de 20% para “Muito boa”; 65% para “Boa” e apenas 15% dos indivíduos considerou a própria saúde como “Regular”. Nenhum indivíduo entrevistado considerou a sua saúde como má ou muito má.

A amostra estudada é saudável com 85% de indivíduos indicando não terem problemas crónicos de saúde e apenas 8,5% relataram ter algum problema. Cerca de um terço (32%) da amostra estudada sentiu alterações na sua saúde com a vinda para Portugal enquanto 68% relataram não sentirem a sua saúde alterada. Aproximadamente 63% dos indivíduos consideram que sua saúde em Portugal está igual à situação vivida no Brasil, enquanto 24% sentem a sua saúde em pior condição em Portugal. Também há 13% de entrevistados que consideram que a sua saúde está melhor em Portugal comparativamente ao período em que viviam no Brasil.

Também foram verificadas alterações nos comportamentos relativamente à saúde, nomeadamente, nos aspectos de prevenção em saúde com os indivíduos imigrantes recorrendo menos aos serviços de saúde.

Os resultados preliminares apontam para a necessidade da prevenção em saúde neste grupo de imigrantes e, também, para a necessidade de aumentar a informação sobre aspectos relacionados aos direitos e formas de acesso dos imigrantes aos serviços públicos, nomeadamente, ao acesso aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ACIDI (2007). Imigração e Saúde. *Migrações: Revista do Observatório da Imigração*. Lisboa: nº1.
- Dias, S., & Gonçalves, A. (2007). *Migração e Saúde*. In ALTO COMISSARIADO PARA A Imigração e Diálogo Intercultural – ACIDI (2007), *Imigração e Saúde – Migrações – Revista do Observatório da Imigração*. Lisboa nº1.

- Machado, I. R. (2007). “Reflexões sobre a imigração brasileira em Portugal”. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. 7. Disponível em <http://nuevomundo.revues.org/document5889.html> (17/03/08)
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, stresse e saúde. Perspectivas de investigação e intervenção. *Psychologica*, 41, 329-350.
- Ramos, N. (2007). Comunicação e Interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, 45, 147-169.
- Ramos, N. (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade*. João Pessoa: EdUFPB.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras – SEF. (2008). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2008*. Disponível em <http://www.sef.pt/documentos/56/RIFA%202008%20out.pdf#1> **ÉXITO ESCOLAR**

DESENVOLVIMENTO DE UMA INTERVENÇÃO DESTINADA À
PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE GESTÃO EMOCIONAL EM
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Márcia Cruz / Lígia Lima

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Na prestação de cuidados de saúde os aspectos emocionais afiguram-se como cruciais, dado que influenciam as decisões clínicas sobre os utentes, o estabelecimento de relações profissionais e o próprio bem-estar dos profissionais (Smith, Profetto-McGrath, & Cummings, 2009).

Aos futuros profissionais de enfermagem é exigida uma atenção sensorial, intelectual e emocional que lhes permita identificar as emoções da pessoa que cuidam, demonstrar que a compreendem, ajudando-a a lidar com o seu estado de saúde. A empatia, considerada como uma competência chave no exercício de relações terapêuticas no domínio da enfermagem, envolve assim uma capacidade de reconhecimento dos estados emocionais do outro, o que só será possível a partir de um esforço de descentração que parte também de um processo de auto-conhecimento.

O exercício profissional da enfermagem, centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e um indivíduo, família ou grupo de pessoas, pelo que lhe é exigida a utilização de competências comunicacionais e interpessoais adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2004). Segundo Llandaff e Castledine a “enfermagem é, essencialmente, uma relação de mudança recíproca e dinâmica entre o doente e o enfermeiro. As actividades de enfermagem dão ajuda ou assistência, com a intenção de promover e aumentar as capacidades de autocuidado do indivíduo ou da comunidade” (1988, p. 21). Por outro lado, Collière considera a relação em enfermagem “a fonte de informação para discernir a necessidade de cuidados não técnicos, avaliando a ajuda a prestar, enquanto contribui também para revitalizar os cuidados técnicos e para facilitar a sua compreensão ou mesmo a sua aceitação.” (1989, p. 152). Assim, no decorrer da formação do enfermeiro, este deve desenvolver competências que lhe permitam estabelecer uma relação efectiva e identificar as emoções presentes no indivíduo, família ou grupo de pessoas, ajudando-o a clarificar as necessidades, e a implementar intervenções de modo a contribuir para a melhor adaptação às transições com que os indivíduos se deparam.

Não menos importante será a capacidade de auto-regulação emocional para a manutenção de um equilíbrio psicológico, essencial para a saúde e qualidade de vida do próprio enfermeiro (Landa, López-Zafra, Aguilar-

Luzon & Ugarte, 2009), dado que grande parte do desempenho profissional do enfermeiro decorre em ambientes emocionalmente desafiantes (Smith et al., 2009), que poderão inclusive promover situações de *burnout*.

Um construto que está subjacente a todas estas competências é o de alexitimia. Etimologicamente, o termo alexitimia (do grego a – sem, lexis – palavra e thymus – ânimo ou emoção) significa “sem palavras para as emoções” As definições mais frequentes de alexitimia destacam os seus aspectos afectivos e cognitivos, definindo-a como um défice na representação mental das emoções que se reflecte numa dificuldade em identificar e expressar verbalmente sentimentos (Kaplan et al., 1997; Taylor et al., 1991, in Lopes, 2006). Prazeres (2000) defende que a alexitimia inclui também uma dimensão relacional, que se traduz num comportamento formal e rígido, que compromete a capacidade de ser sensível aos sinais e símbolos que dão significado aos relacionamentos interpessoais.

Se considerarmos a alexitimia não como um traço mas enquanto um estado, e por isso passível de ser alterado, podemos reconhecer a sua importância no processo ensino-aprendizagem de futuros profissionais que terão que reconhecer estados emocionais no outro, ao mesmo tempo que necessitarão de aprender a reconhecer em si próprios as emoções que emergem face a situações desafiantes e a lidar com as mesmas.

No decorrer da experiência de docência em enfermagem, temos vindo a constatar as dificuldades com que os estudantes se deparam nestes domínios. Num primeiro momento, na transição para o ensino superior, as manifestações de mal – estar são associadas, entre outras razões, às dificuldades na gestão emocional e relacionamento interpessoal, e mais tarde, no confronto com o mundo real através dos estágios, os estudantes ressentem-se face à dificuldade em compreender as emoções dos doentes e em lidar com as suas próprias emoções. Estas dificuldades, no caso concreto da instituição em análise, muitas vezes acarretam problemas no domínio sócio-afectivo com implicações no insucesso e abandono académico.

Deste modo, face à constatação de que os estudantes do 1º ano da licenciatura em enfermagem manifestavam algumas dificuldades ao nível da gestão dos afectos e das competências interpessoais, demos início a esta investigação. Através da realização de algumas actividades inseridas na disciplina de opção de Desenvolvimento Pessoal e Social, nomeadamente a partir da administração de um Inventário de Competências de Vida, foi possível verificar que o domínio em que os estudantes se perceberam como menos satisfeitos relativamente ao seu grau de competência era o

dos sentimentos, e a dimensão relativa às competências relacionais era também avaliada como sendo uma daquelas em que apresentavam algumas dificuldades (Lima & Cruz, 2009). Num estudo realizado, também com estudantes de um curso de licenciatura em enfermagem, constatou-se que uma percentagem bastante significativa, ou seja, na ordem dos 48%, apresentava características alexitimicas (Lopes, 2006). O presente estudo propôs-se assim a avaliar a existência de dificuldades na representação e gestão de estados emocionais em estudantes do 1º ano da Licenciatura em Enfermagem, com o objectivo de orientar o desenvolvimento de uma intervenção destinada a promover o desenvolvimento pessoal e social destes estudantes.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 74 estudantes do 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, com idades compreendidas entre os 17 e os 29 anos (média de 18,34 anos), dos quais 85% eram do sexo feminino. Os estudantes foram abordados durante a realização de aulas teórico-práticas da disciplina de opção de desenvolvimento pessoal e social.

Material

A *Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens* (TAS-20) foi originalmente desenvolvida por Bagby, Parker e Taylor (1994, in Prazeres, Parker & Taylor, 2000) e adaptada para a população portuguesa por Prazeres e colaboradores (2000) e por Veríssimo (2001). Neste estudo foi utilizada a versão de Prazeres, Parker e Taylor (2000) cuja avaliação das suas propriedades psicométricas revelou tratar-se de um instrumento que apresenta uma consistência interna adequada e uma excelente fiabilidade, medida através do método teste-reteste. No presente estudo, o *alfa de Cronbach* situou-se nos 0,74.

Trata-se de um instrumento de auto-avaliação dos défices cognitivos e afectivos englobados no construto de alexitimia. A TAS-20 possui 20 itens relativamente aos quais o sujeito deve indicar o seu grau de concordância, numa escala de tipo Likert de cinco pontos (1:“discordo totalmente”;

5:“concordo totalmente”). A cotação é realizada atribuindo a cada item um valor de 1 a 5, podendo obter-se uma nota total de alexitimia, expressa numa escala de 20 a 100. Para a interpretação dos resultados da nota total da TAS-20, foram definidos os seguintes pontos de corte: (a) igual ou inferior a 51, não alexitímico; (b) igual ou superior a 61, alexitímico (Taylor et al., 1997, in Torres, 2005). Os resultados entre 52 e 60 são interpretados de forma pouco clara e em geral como correspondendo a uma zona fronteira.

Os estudos de análise factorial da TAS-20 revelam a presença, quer na versão original (Parker, Bagby, Taylor, Endler, & Schmitz, 1993) quer na portuguesa (Prazeres, Parker, & Taylor, 2000; Veríssimo, 2001), de uma estrutura com três factores, coerentes com o construto de alexitimia: factor 1 (dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais decorrentes da activação emocional), factor 2 (dificuldade em comunicar os sentimentos aos outros) e factor 3 (estilo de pensamento orientado para o exterior). Neste estudo apenas serão analisados os valores totais da escala, dado que não foi possível encontrar valores de referência para cada um dos factores anteriormente descritos.

RESULTADOS

Como se pode observar na Figura 1, a maioria dos estudantes obteve valores totais que se situaram abaixo do ponto de corte, ou seja, que são claramente não alexitímicos (62%). Dos restantes, 7% obteve valores que são indicadores da presença de alexitimia e 31% apresentou valores totais que se situam na zona de fronteira.

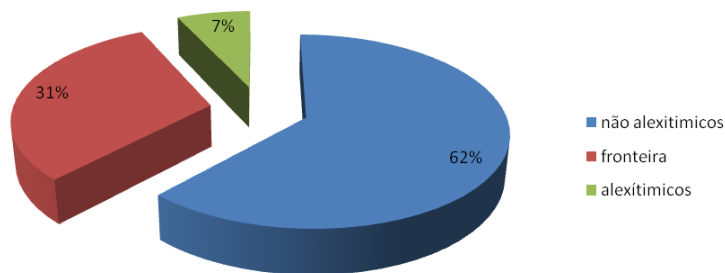


Figura 1. Distribuição dos estudantes em função da categorização da alexitimia

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo vão de encontro aos encontrados a estudos anteriores, nomeadamente o realizado por Lopes (2006) com uma amostra de estudantes do mesmo curso de licenciatura. Perante resultados que apontam para uma percentagem de 38% de estudantes com dificuldades ao nível da representação e regulação das emoções e tendo em conta os resultados de investigação que tem mostrado que diversas competências emocionais e sociais são preditoras do sucesso académico (Parker, Austin, Hogan, Wood & Bond, 2005) e considerando ainda que, o ensino de enfermagem, apesar das grandes mudanças que tem sofrido, continua a confrontar-se com dificuldades ao nível da promoção e desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal nos estudantes e de gestão das emoções, tornava-se evidente a necessidade de intervir o mais precocemente no desenvolvimento destes estudantes.

Sabemos que, por si só, a transição para o ensino superior leva o estudante a confrontar-se com um conjunto de tarefas desenvolvimentais, considerados por Chickering e Reisser (1993) como os sete vectores de desenvolvimento, e entre os quais se encontram a gestão das emoções e o desenvolvimento de relações interpessoais maduras. E atendendo aos resultados obtidos na TAS-20 pelos estudantes inscritos na unidade curricular opcional de Desenvolvimento Pessoal e Social, afigurava-se da maior importância intervir junto destes estudantes, pelo que foram delineadas um conjunto de intervenções no domínio do desenvolvimento do auto-conhecimento e gestão das emoções.

A unidade curricular de opção Desenvolvimento Pessoal e Social pretende funcionar como uma oportunidade de conhecimento pessoal, na qual as sessões lectivas funcionam sob a forma de um grupo de desenvolvimento ou sensibilização (Guerra & Lima, 2005). Através de dinâmicas activas e de reflexão, pretende-se proporcionar o crescimento e conhecimento pessoal ao mesmo tempo que se potencia o futuro exercício profissional do estudante. Deste modo, as sessões lectivas assentam, para além do suporte informativo (necessário ao reconhecimento das problemáticas e essenciais enquanto ponto de partida para uma discussão participada e reflexiva), em exercícios de dinâmicas de grupo procurando proporcionar experiências práticas, seguidas de reflexão.

As temáticas seleccionadas para desenvolver competências nas dimensões dos sentimentos e relacionamentos foram: o conhecimento do eu (auto-conceito e auto-estima e o funcionamento do self no funcionamento

cognitivo), o conhecimento dos outros (os processos de atribuição causal, a construção de impressões, estereótipos e preconceitos), os afectos (comunicação verbal e não-verbal, reconhecer e expressar emoções, dar e receber feed-back, formar, manter e cessar relacionamentos interpessoais) e a sexualidade (o desenvolvimento psico-sexual; o desenvolvimento da intimidade nos relacionamentos interpessoais).

A referida unidade curricular para além de opcional é semestral, pelo que não é possível intervir sobre todo o grupo de estudantes do 1º ano, embora possa constituir um ponto de reflexão sobre futuras possibilidades de intervenção, através da criação de espaços de experimentação e reflexão, aos quais os estudantes possam aceder voluntariamente e através deles potenciar o desenvolvimento de competências emocionais e sociais.

REFERÊNCIAS

- Chickering, A.W., & Reisser, L. (1993). *Education and Identity* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Collière, M.F. (1989). *Promover a Vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Guerra, M.P., & Lima, L.M. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Landa, J., López-Zafra, Aguilar-Luzón, M.C., & Ugarte, M. (2009). Predictive validity of perceived emotional intelligence on nursing students' self-concept. *Nurse Education Today*, 29(7), 801-808.
- Lima, L., & Cruz, M. (2008). O desenvolvimento de uma disciplina de desenvolvimento pessoal e social segundo o modelo das competências de vida. In J. Bonito (Ed.). *Educação para a saúde no século XXI: Teorias, modelos e práticas* (pp. 559-566). Évora: CIEP.
- Llandaff, M., & Castledine, G. (1988). *Guia para a prática de enfermagem*. Lisboa: E. Comunicação.
- Lopes, R.C. (2006). Alexitimia e empatia: Implicações para a prática de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 13, 37-43.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Divulgar.
- Parker, J., Bagby, R., Taylor, G., Endler, N., & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-232.

- Parker, P., Austin, E. Hogan, M., Wood, L., & Bond, B. (2004). Alexithymia and academic success: Examining the transition from high school to university. *Personality and Individual Differences, 38*, 1257-1267.
- Prazeres, N. (2000). Alexitimia: Uma forma de sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 2*(1), 109-121.
- Prazeres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20). *Revista Oficial de la Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP), 9*(1), 7-21.
- Smith, K., Profetto-McGrath, J., & Cummings, G. (2009). Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies, 46*(12), 1624-1636.
- Torres, S. (2005). *O corpo e o silêncio das emoções: Estudo da alexitimia na anorexia nervosa*. Tese de doutoramento (não publicada). Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Veríssimo, R. (2001). Versão Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20-itens. Adaptação linguística, validação semântica e estudo da fiabilidade. *Acta Médica Portuguesa, 14*, 529-536.
- Veríssimo, R. (2005). Inteligência emocional, apoio social e regulação afectiva. *Acta Médica Portuguesa, 18*, 345-352.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: É PROBLEMA?

Margarida Abreu

Escola Superior de Enfermagem do Porto

A adolescência é uma das etapas da vida humana que se tem constituído como objecto privilegiado de atenção dos profissionais de saúde, da educação e das ciências humanas em geral. Trata-se de uma etapa da biografia humana onde se estruturam valores, afirmam identidades e se desenvolvem atitudes e comportamentos, segundo uma lógica de transição para a vida adulta.

Em Portugal os adolescentes representam 12.3% da população, repartidos pelos dois sexos (INE, 1999). Segundo a definição da OMS, a adolescência compreende o período de vida entre os dez e os dezanove anos. Em termos genéricos, os adolescentes são considerados um grupo etário saudável (Comissão Nacional de Saúde Infantil, 1993). Esta afirmação no entanto só é admissível do ponto de vista estritamente médico e não em termos de saúde global (Cordeiro, 1997).

Na verdade os problemas de saúde com que se deparam hoje os adolescentes não são tanto de ordem biológica mas sim de ordem psicossocial (Cordeiro, 1997; Tursz, Souteyrand & Salmi, 1993). Sabe-se que a atracção pelo risco é uma manifestação comum do adolescente, explicável pelo gosto que este tem pelo desconhecido e também pelo desejo de se exceder a si próprio. Estes comportamentos podem conduzir a estilos de vida perigosos. Assim, tem sido dada uma atenção crescente aos “comportamentos problemáticos” dos adolescentes, nomeadamente o abuso de álcool, drogas, consumo de tabaco, insucesso escolar e actividade sexual prematura.

Sabemos que muitos adolescentes iniciam a sua actividade sexual entre os catorze e os dezasseis anos (Schvaneveldt, Miller & Berry, 2001; Academia Americana de Pediatria, 1999), e que nestas idades a primeira relação sexual está associada a múltiplos e graves riscos como a multiplicidade de parceiros, o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, o risco de gravidez e abortamento. É precisamente sobre a problemática da gravidez na adolescência que incidirá este nosso estudo.

Em Portugal, a incidência da gravidez na adolescência aumentou até ao final da década de 70, iniciando uma descida na década de 80, tendência que continua a manter-se (GIP/ACS, 2009; Aroso, 2004). Actualmente, a taxa de nascimentos em mulheres adolescentes é de 4,2% (GIP/ACS, 2009).

A gravidez na adolescência tem sido identificada pela literatura especializada como um problema com implicações a nível médico, social,

educacional, económico e político. No entanto, pouca atenção tem sido dada à perspectiva das adolescentes sobre o assunto. Alguns estudos efectuados sobre esta temática, revelaram que as adolescentes encaravam a sua situação de vida de uma forma flexível e não consideravam que a gravidez interferisse negativamente nos seus projectos para o futuro (Spear, 2001; Raeff & Bakken, 1994).

Assim, a análise de vários trabalhos de investigação permitiu-nos verificar que as grávidas/mães adolescentes constituem um grupo variado e multiforme, no seio do qual se encontram adolescentes capazes de respostas adaptadas e de percursos desenvolvimentais bem sucedidos (Kalil & Spindel, 2003; Spear, 2001).

Este trabalho tem como objectivos: (1) Conhecer as atitudes das adolescentes sobre contracepção e gravidez e (2) Identificar o processo de adaptação das adolescentes face à gravidez.

MÉTODO

Participantes

O presente estudo faz parte de um estudo de âmbito mais alargado, em que participaram voluntariamente 209 grávidas adolescentes, seleccionadas nas consultas de vigilância de gravidez em três hospitais do Porto. A idade das adolescentes estava compreendida entre os 17 e os 19 anos, a maioria possuía escolaridade inferior ao 9º ano (56%), encontrava-se desempregada (52,2%) e era casada ou vivia maritalmente com o companheiro (51,2%). A maioria destes (39,2%) possuía apenas o 9º ano de escolaridade e exercia uma profissão semi-qualificada (31,5%).

Material

Entrevista: trata-se de uma entrevista semi- estruturada com a qual se pretendeu colher dados objectivos e subjectivos. O guião da entrevista incluiu três partes distintas: uma primeira parte destinada a colher dados sobre a identificação e dados sócio-demográficos; uma segunda parte destinada a colher dados sobre o comportamento sexual das adolescentes; uma terceira parte destinada a colher dados sobre o processo gravídico.

Questionário de Avaliação da Gravidez (QAG; Schaefer e Manheimer, 1960; adaptado à população portuguesa por Marques, Martins e outros, 2001): Este instrumento tem como objectivo avaliar as reacções e os sentimentos da adolescente face à gravidez (considerados como dimensões relevantes na adaptação parental). É constituído por 37 itens agrupados em seis escalas separadas (Medos em relação ao self; Medos em relação ao bebé; Dependência; Desejo de gravidez, Sentimento maternal e Irritabilidade).

RESULTADOS

Nos resultados iremos abordar a idade de início da actividade sexual, as atitudes das adolescentes face à contracepção e o processo gravídico (desejo de gravidez; medo em relação ao self; dependência; irritabilidade; sentimento maternal e medo em relação ao bebé).

Quadro 1

Idade de início da actividade sexual e atitudes face à contracepção

Início da actividade sexual	nº	%
≤14 anos	35	16,7
15-17 anos	142	67,9
≥18 anos	30	14,4
Não sabe/Não refere	2	1,0
Total	209	100
Recurso aos métodos anti-concepcionais		
Sim	92	44,0
Não	117	56,0
Total	209	100,0
Razões da não utilização dos métodos		
Desejo de engravidar	48	41,0
Informação deficiente	46	39,3
Achava-se muito nova	10	8,5
Imprevisto (o acto não foi planeado)	8	6,8
Não sabe / Não refere	5	4,3
Total	117	100,0

Como se pode observar no Quadro 1, a maioria (67,9%) das adolescentes da nossa amostra iniciou a actividade sexual entre os 15 e os 17 anos; 16,7% iniciou a actividade sexual com idade inferior ou igual a 14 anos e 14,4% com idade igual ou superior a 18 anos. As tendências a nível da actividade sexual dos adolescentes portugueses acompanham as

tendências dos adolescentes de muitos países desenvolvidos. Segundo a Academia Americana de Pediatria (1999) a maioria dos adolescentes americanos inicia a sua vida sexual entre o período médio e o final da adolescência, situando-se a idade média da primeira relação sexual entre os 15 e os 17 anos. Pacheco, Figueiredo, Costa e outros (2003) constataram que mais de metade das adolescentes do seu estudo (67,3%) teve a primeira relação sexual com idade igual ou inferior a 15 anos. Também como se pode verificar no quadro 1, das adolescentes que participaram no nosso estudo apenas 44% utilizavam um método contraceptivo. No entanto, estes resultados, comparativamente com o estudo de Santos (1999) e o de Abreu (1998), revelam um aumento da utilização de métodos contraceptivos. Das adolescentes que utilizavam métodos contraceptivos, a maioria (53,3%) utilizava o preservativo; 44,5% utilizava a pílula. Uma (1,1%) das adolescentes ainda utilizava o coito interrompido como método de contracepção e outra utilizava métodos naturais. Relativamente às adolescentes do nosso estudo que referiram não utilizar qualquer método contraceptivo ($N=117$), 41% referiu que foi por desejo de engravidar; 39,3% das adolescentes manifestaram informação deficiente; 8,54% referiu que foi por se considerar muito nova e 6.8% referiu que o acto não foi planeado. Para Le Van (1998) o desejo de gravidez é multiforme: certas gravidezes são programadas e resultam de uma vontade clara e declarada; outras são atribuídas ao acaso ou a acidente, mesmo que tendo sido desejadas (neste último caso, existe um desejo implícito de gravidez). Ainda segundo Le Van, muitas adolescentes adoptam conscientemente um comportamento contraceptivo de alto risco, mas declaram que desconheciam que pudessem engravidar.

Quadro 2

Reacções e sentimentos face à gravidez

Questionário de avaliação das reacções e sentimentos face à gravidez		
<i>Escalas</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Desejo de gravidez	14,4	4,6
Medos em relação ao self	6,7	8,9
Dependência	8,9	1,3
Irritabilidade	28,3	4,3
Sentimento maternal	11,8	2,1
Medos em relação ao bebé	22,5	2,8

Nota. A escala do Desejo de gravidez vai no sentido de quanto mais elevada a pontuação obtida menor o desejo de gravidez; Uma pontuação elevada na escala Sentimento maternal significa um menor sentimento maternal da grávida.

Pela observação do Quadro 2 verifica-se, em relação à dimensão “Desejo de gravidez”, que a média dos valores é de 14,4. O desvio padrão de 4,6, o mais elevado dos calculados para as escalas constituintes do QAG, deixa entender a heterogeneidade das respostas. No entanto, o valor médio obtido situa-se abaixo do ponto médio da escala (20,5), o que traduz a tendência para um elevado desejo de gravidez. Estes dados estão em consonância com a literatura que refere a gravidez na adolescência pode resultar do desejo consciente ou inconsciente da adolescente (Le Van, 1998).

Relativamente à dimensão “Medos em relação ao self”, o valor médio obtido (6,7), situa-se abaixo do ponto médio da escala (7,5), o que denota uma tendência para um baixo nível de medos em relação a si própria. O desvio padrão de 1,7, um dos mais baixos calculados, deixa entender uma uniformidade de respostas. Nesta dimensão os nossos resultados são semelhantes aos obtidos por Soares, Marques, Martins e outros (2001): o valor médio obtido situou-se abaixo do ponto médio da escala.

Em relação à dimensão “Dependência”, o valor médio é de 8,9 (situando-se acima do ponto médio da escala: 7,5). O desvio padrão de 1,3, o mais baixo calculado para as escalas do QAG, deixa entender uma uniformidade de respostas. Estes resultados são convergentes com a literatura do desenvolvimento psicológico da gravidez na adolescência, a qual tem enfatizado que este acontecimento parece aumentar a dependência da adolescente face aos adultos, especialmente em relação aos membros da sua família (Trad, 1999; Oliveira, 1998; Spikes & Drapp, 1991).

Quanto à dimensão “Irritabilidade”, o valor médio é de 28,3. e o desvio padrão é de 4,3, um dos mais elevados calculados nas escalas do QAG, deixa entender a heterogeneidade das respostas. Sendo o ponto médio da escala igual a 32, os resultados da escala de irritabilidade sugerem que a vivência emocional da gravidez não parece ter assumido contornos negativos para estas adolescentes.

No que se refere à escala “Sentimento maternal”, a média é de 11,8, sendo o ponto médio 15. O desvio padrão é de 2,1, trata-se de um valor baixo relativamente às escalas constituintes do QAG. Estes resultados revelam elevados sentimentos maternos, o que se tem revelado determinante no ajustamento à gravidez precoce (Jongenelen, 1998). A maternidade implica amar e ter capacidade para atender às necessidades da criança.

Relativamente à escala “Medos em relação ao bebé”, o valor médio encontrado foi de 22,5, situando-se acima do ponto médio da escala (17,5). O desvio padrão de 2,8, um valor relativamente baixo face às restantes escalas do QAG. Estes resultados revelam, assim, níveis elevados de medos

em relação ao bebé, particularmente uma elevada preocupação quanto à integridade física do feto e ao subsequente bem-estar físico e desenvolvimento do bebé. Estes elevados níveis de medos em relação ao bebé, poderão ser reflexo dos escassos conhecimentos da adolescente acerca da evolução da gravidez e do desenvolvimento da criança, que poderão advir do seu baixo nível de escolaridade, pela falta de interesse pela leitura deste tipo de livros e até da pouca experiência com crianças. Soares, Marques, Martins e outros (2001), verificaram que as adolescentes da sua amostra demonstraram níveis baixos de medos em relação ao bebé: os valores médios encontrados situaram-se abaixo do ponto médio da escala.

DISCUSSÃO

O fenómeno da gravidez na adolescência não é novo, embora actualmente tenha maior visibilidade, uma vez que nas sociedades industrializadas é considerado um grave problema social, muitas vezes associado à baixa escolaridade, desemprego ou emprego precário e pobreza. Este estudo corrobora a literatura existente sobre gravidez na adolescência, segundo a qual este fenómeno está geralmente associado à rara utilização de métodos anticoncepcionais pelos adolescentes e ao seu desejo de gravidez (consciente ou inconsciente). O estudo demonstra ainda a importância de ter em consideração a perspectiva das adolescentes quando se planeiam sessões de educação sexual e consultas de planeamento familiar. Os investigadores concordam que a gravidez constitui um período de transição dramática: a gravidez proclama a modificação do estatuto de mulher para o de mãe (Meleis, 2007; Machado, 2004; Trad, 1999). O presente estudo revela também que a preparação adequada das adolescentes para o papel maternal é importante e os enfermeiros podem contribuir para esta preparação através do envolvimento e do apoio das adolescentes e das respectivas famílias.

REFERÊNCIAS

- Abreu, M. (1998). *Gravidez na adolescência: atitudes e representações*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

- Academia Americana de Pediatria. (1999). Gravidez na adolescência: Questões actuais e tendências-1998. *Pediatrics* (Ed. Port.), 7(3), 169-173.
- Aroso, A. (1994). Adolescência no feminino: Gravidez e maternidade. In *Maternidade precoce: Que perguntas? Que respostas? Actas dos Encontro Internacional da Fundação da Juventude*. Porto: Fundação da Juventude.
- Cordeiro, M. (1997). *Dos 10 aos 15 – Adolescentes e adolescência* (vol. 1). Lisboa: Quatro Margens Editora.
- Gabinete de informação e prospectiva, Alto comissariado da saúde. (2009). Indicadores e metas do Plano Nacional de Saúde. In *Estatísticas de 1999* do INE. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2000). *Estatísticas demográficas, 1999*. Lisboa: INE.
- Jongenelen, I.M. (1998). *Gravidez na adolescência: Universalidade e diversidade no desenvolvimento*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Porto: Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto.
- Kalil, A., & Spindel, L.J. (2003). *Multiple roles of teenage mothers during the transition of adulthood*. Paper presented at the meeting of the Society for Research on Adolescence. New Orleans.
- Le Van, C. (1998). *Les grossesses à l'adolescence: Normes sociales, réalités vécues*. Paris: L'Harmattan.
- Machado, M.V.P. (2004). *A transição do ser adolescente puérpera ao papel materno sob o enfoque do cuidado de enfermagem*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Curitiba: Universidade do Paraná.
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical Nursing development and progress* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Margarinho, R. (2003). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade de Júlio Dinis no ano 2000. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34(4), 227-238.
- Raef, C., & Bakken, L. (1994). Viewing adolescent mothers in their own terms: Linking self-conceptualization and adolescent motherhood. *Developmental Review*, 14, 215-244.
- Santos, J.O. (1999). Preocupações dos adolescentes e algumas práticas dos seus estilos de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 17(2), 27-42.
- Schvaneveldt, P.L., Miller, B.C., & Berry, E.H. (2001). Academic goals, achievement, and age at first sexual intercourse: Longitudinal, bidirectional influences. *Adolescence*, 36(144), 767-787.
- Soares, I., Marques, M.C., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I., & Matos, R. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Um estudo longitudinal.

In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 360-407). Coimbra: Quarteto Editora.

Spear, H.J. (2001). Teenage pregnancy: Having a baby won't affect me that much. *Paedriatic Nursing*, 27(6), 574-580.

Spikes, J. M., & Drapp, L. A. (1991). Adolescent pregnancy and parenthood. In I.M. Bobak & M. Duncan (Eds.), *Essentials of maternity nursing* (3rd ed.). St Louis: Mosby Yearbook.

Trad, P.V. (1999). Assessing the patterns that prevent teenage pregnancy. *Adolescence*, 34(133), 221-340.

Tursz, A., Souteyrand, Y., & Salmi, R. (1993). *Adolescence et risque*. Paris: Syros.