

O SENTIDO DE COERÊNCIA  
EM JOVENS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE VIAÇÃO

*Rui Duarte Santos<sup>1</sup> / Sílvia Ciairano<sup>1</sup> /  
Maria de Lourdes Venâncio de Vasconcelos<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Universidade de Turim; <sup>2</sup>Instituto Superior Bissaya Barreto de Coimbra

O ser humano desde o seu nascimento até à situação de velhice é confrontado com uma multiplicidade de acontecimentos que implicam consequências no seu bem-estar psíquico, físico e social (OMS, 2004).

Em Portugal a sinistralidade rodoviária é um tema actual, sendo um dos países da Europa com mais vítimas na sequência de acidentes. No entanto, são poucos os estudos sobre as consequências psicossociais dos acidentes de viação.

A Organização Mundial de Saúde estima que todos os anos morram cerca de 1,2 milhões de pessoas nas estradas mundiais e que aproximadamente 50 milhões fiquem feridas, 70% das quais com menos de 45 anos de idade (OMS, 2004).

Os jovens portugueses constituem-se como um grupo etário de risco no que se refere aos acidentes de viação. Na sua procura de novas experiências, da descoberta do desconhecido, da aventura, do prazer, adoptam frequentemente comportamentos de risco. A tentativa de afirmação e valorização pessoal, leva-os a testar os seus limites e capacidades, desafiando e transgredindo as normas sociais e legais. Desta forma, praticam frequentemente uma condução de risco, sob o efeito de drogas, lícitas ou ilícitas, a velocidades excessivas e com manobras perigosas. A instabilidade emocional, a impulsividade, a agressividade e a procura de sensações intensas, associado muitas vezes com a baixa tolerância à frustração, a insegurança, a baixa auto-estima, a fácil intimidação por parte dos outros e o não conformismo, são características que se enquadram nas vivências de muitos jovens condutores propensos a acidentes (Arnett, Offer, & Fine, 1997).

Mundialmente os acidentes de viação, o suicídio e as doenças durante a gravidez são as principais causas de morte nos jovens dos 10 aos 24 anos (Patton, Coffey, Sawyer, et al., 2009). Segundo as estatísticas da Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária (ANSR, 2007), os jovens com idades compreendidas entre os 16 e os 29 anos foram os mais afectados pelos acidentes de viação representando 26% dos mortos, 32% dos feridos graves e 31% dos feridos leves. Verifica-se que nesta faixa etária a probabilidade de morrer num acidente de viação é maior, sendo esta a principal causa de morte entre os jovens portugueses.

Para além da alta mortalidade, convém realçar que os sobreviventes vêm frequentemente o seu bem-estar afectado para o resto das suas vidas. As consequências destes acidentes (traumatismos, ferimentos e lesões) geram um grande número de situações de deficiência e perda de funcionalidade entre os jovens, cujos custos económicos e psicossociais são elevados, embora difíceis de calcular.

A adaptação psicossocial face ao acidente tem sido minimamente explorada nos jovens. No entanto, alguns estudos sugerem consequências adversas sobre as actividades sociais, as relações com a família e amigos, a capacidade de trabalho, situação económica, as condições de vida e o grau de dependência dos outros (Mayou & Bryant, 2001). Também de acordo com a literatura, as consequências psicológicas dos acidentes de viação incluem transtornos mentais, stress agudo, sofrimento emocional (ansiedade, depressão e diminuição da auto-confiança), síndromes pós-traumáticas (stress pós-traumático e ansiedade fóbica de viagem), abuso de álcool e outras substâncias (Blanchard & Hickling, 1998).

Contudo, perante o mesmo tipo de acontecimento, os indivíduos são afectados de forma diferente, dependendo das suas componentes intrínsecas e extrínsecas. Assim, este estudo pretende analisar o sentido de coerência, conceito que exprime a capacidade que cada indivíduo tem de encontrar a coerência interna na sua vida face a uma situação difícil. Esta característica própria de todos os indivíduos difere de indivíduo para indivíduo e constitui uma variável importante na sua capacidade de lidar com o stress (Antonovsky, 1979).

O sentido de coerência (SCO) envolve a hipótese de que um alto SCO indica que os indivíduos são menos atingidos pelos efeitos do stress ao qual estão sujeitos. Assim, o SCO através da análise de vários aspectos da pessoa humana (afectividade, as redes informais e formais de apoio social, aspectos cognitivos e informacionais) contribui para o desenvolvimento de metodologias de intervenção que visam reforçar a capacidade dos indivíduos gerirem, de modo saudável, a sua exposição a acontecimentos de vida traumáticos de natureza psicossocial (Antonovsky, 1987).

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra é composta por um total de 104 jovens envolvidos em acidentes de viação e hospitalizados inicialmente em dois hospitais da região centro,

com idades compreendidas entre os 16 e 24 anos ( $M=20,83$ ;  $DP=2,73$ ), sendo 65 (62,5%) do sexo masculino e 39 (37,5%) do sexo feminino (Quadro 1).

Quadro 1

*Dados socio-demográficos dos 104 jovens vítimas de acidentes de viação*

|                                   |                                | <i>Média</i> | <i>Desvio Padrão</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Máximo</i> |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------|----------------------|---------------|---------------|
| Idade                             |                                | 20,83        | 2,73                 | 16            | 24            |
| Nº de feridos envolvidos          |                                | 1,47         | 0,70                 | 1             | 3             |
| Avaliação do Estado de Saúde (T1) |                                | 6,03         | 2,08                 | 0             | 10            |
| Grau de Dependência Física (T1)   |                                | 5,05         | 3,42                 | 0             | 10            |
| Impacto Profissional (T1)         |                                | 2,07         | 1,07                 | 1             | 4             |
| Impacto Financeiro (T1)           |                                | 1,87         | 1,09                 | 1             | 4             |
| Sentimento de Culpa (T1)          |                                | 1,88         | 0,99                 | 1             | 4             |
|                                   |                                |              |                      | <i>N</i>      | <i>%</i>      |
| Género                            | Rapazes                        |              |                      | 65            | 62,5          |
|                                   | Raparigas                      |              |                      | 39            | 37,5          |
| Natureza do acidente              | Colisão entre veículos e peões |              |                      | 8             | 7,7           |
|                                   | Colisão entre veículos         |              |                      | 47            | 45,2          |
|                                   | Despiste                       |              |                      | 49            | 47,1          |
| Tipo de ferimentos                | Graves                         |              |                      | 86            | 82,7          |
|                                   | Ligeiros                       |              |                      | 18            | 17,3          |
| Tipo de Veículo                   | Motociclo                      |              |                      | 41            | 39,4          |
|                                   | Veículo Ligeiro                |              |                      | 63            | 60,6          |
| Tipo de utilizador da estrada     | Condutor                       |              |                      | 72            | 69,2          |
|                                   | Passageiro/Peão                |              |                      | 32            | 30,8          |

*Material*

Nas avaliações foi utilizado um Questionário Sócio-Demográfico, que inclui variáveis sobre a idade, género, situação económica entre outros. Fora aplicados o Questionário sobre o Impacto dos Acidentes de Viação (adaptação ao contexto Português do questionário realizado por Mayou e Bryant em 2001), que aborda assuntos tais como a natureza do acidente, o tipo de ferimentos, o tipo de veículo, o impacto na saúde, na profissão, entre outros e a Escala de Avaliação do Sentido de Coerência (Antonovsky, 1979, 1987, 1993). Esta escala, de tipo Likert, de 1 a 7, foi reduzida de 29 para 13 itens abrangendo-se cada uma das dimensões do modelo SCO. Esta escala é definida por três capacidades fundamentais: a “Capacidade de Compreensão” pela qual um indivíduo encara os estímulos como estruturados, predizíveis e explicáveis; a “Capacidade de Gestão” em que o indivíduo utiliza os recursos que tem ao seu alcance para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos; e a

“Capacidade de Investimento” que o indivíduo tem para fazer face a essas exigências que são desafios, capazes de catalisar o empenho do indivíduo. O valor do SCO Global é o resultado da soma de todos os itens relativos às três capacidades.

#### *Procedimentos*

Para este estudo seleccionaram-se jovens que deram entrada em dois hospitais centrais da região centro, após terem sofrido um acidente de viação. Esta investigação decorreu em dois momentos avaliativos, alguns dias após o acidente e 6 meses após a primeira avaliação. Antes de iniciar uma primeira avaliação todos os pacientes foram submetidos a um pré-teste com o objectivo de assegurar um estado mental mínimo. A participação foi voluntária, sendo que a colaboração de médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais foi fundamental em todo o processo. Uma vez que os participantes estavam acamados, estes eram ajudados pelo investigador, que lia as perguntas e/ou explicava o seu significado e assinalava as suas respostas.

## RESULTADOS

Os resultados desta escala revelam um coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,83, o que aponta para uma consistência interna muito boa (cf. Quadro 2).

Quadro 2

*Alfas de Cronbach da escala do Sentido de Coerência (SCO) e respectivas dimensões em ambos os tempos*

|                             | Tipo de medida | Nº de itens | Intervalo | $\alpha$ T1 | $\alpha$ T2 |
|-----------------------------|----------------|-------------|-----------|-------------|-------------|
| Sentido de Coerência Global | Escala         | 13          | 1 – 7     | 0,83        | 0,83        |
| Capacidade de compreensão   | Escala         | 5           | 1 – 7     | 0,63        | 0,60        |
| Capacidade de gestão        | Escala         | 4           | 1 – 7     | 0,60        | 0,61        |
| Capacidade de investimento  | Escala         | 4           | 1 – 7     | 0,71        | 0,75        |

Para compreender as variáveis do sentido de coerência e as variáveis resultantes dos acidentes de viação, utilizou-se a Análise de Variância de Medidas Repetidas ANOVA-MR, considerando-se o efeito do tempo e do género e a interacção entre os dois (tempo \* género).

Os resultados deste procedimento leva-nos a concluir que o sentido de coerência e as suas dimensões apenas apresentam resultados significativos

relativamente à variável tempo (cf. Quadro 3). Assim, da primeira para a segunda avaliação o SCO e respectivas capacidades diminuem significativamente.

Quadro 3

*Resultados da Análise de Variância de Medidas Repetidas ANOVA-MR: interação entre tempo, género e variáveis do sentido de coerência*

| Variáveis dependentes                | ME Tempo                 | ME Género   | ME Tempo * Género |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------|-------------------|
| Sentido de Coerência Global (SCO)    | $F(1,102)=29,37 p<0,001$ | <i>n.s.</i> | <i>n.s.</i>       |
| Capacidade de Compreensão (Ccomp)    | $F(1,102)=9,76 p<0,001$  | <i>n.s.</i> | <i>n.s.</i>       |
| Capacidade de Gestão (Cgest)         | $F(1,102)=20,44 p<0,001$ | <i>n.s.</i> | <i>n.s.</i>       |
| Capacidade de Investimento (Cinvest) | $F(1,102)=30,51 p<0,001$ | <i>n.s.</i> | <i>n.s.</i>       |

Relativamente às variáveis relacionadas com os acidentes de viação (cf. Quadro 4), os resultados sugerem que a avaliação do estado da saúde aumenta de T1 para T2, sendo que as raparigas avaliam mais positivamente a sua saúde em ambos os tempos. No que se refere ao grau de dependência física são os rapazes os mais dependentes, embora que este valor diminua de T1 para T2 em ambos os sexos. O impacto do acidente nos campos profissional e financeiro é maior em T2 que em T1, estando os rapazes numa posição mais vulnerável relativamente às raparigas. O sentimento de culpa face ao acidente foi a única variável que apresentou uma interação entre o efeito do tempo e género, representada na Figura 1. Assim, verifica-se que inversamente às raparigas, o sentimento de culpa aumenta nos rapazes de T1 para T2.

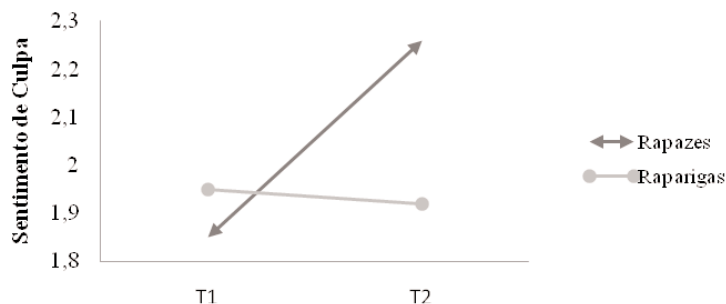


Figura 1. Interação entre o sentimento de culpa, efeito do tempo e do género

## Quadro 4

*Resultados da Análise de Variância de Medidas Repetidas ANOVA-MR: interação entre tempo, gênero e variáveis do acidente de viação*

| Variáveis dependentes   | ME                          | ME                        | ME                       |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|
|                         | Tempo                       | Gênero                    | Tempo * Gênero           |
| Avaliação Estado Saúde  | $F(1,102)=11,72$ $p<0,001$  | $F(1,102)=6,79$ $p<0,01$  | <i>n.s.</i>              |
| Grau Dependência Física | $F(1,102)=176,21$ $p<0,001$ | $F(1,102)=9,62$ $p<0,01$  | <i>n.s.</i>              |
| Impacto Profissional    | $F(1,102)=28,26$ $p<0,001$  | $F(1,102)=10,40$ $p<0,01$ | <i>n.s.</i>              |
| Impacto Financeiro      | $F(1,102)=6,45$ $p<0,01$    | $F(1,102)=5,24$ $p<0,05$  | <i>n.s.</i>              |
| Sentimento de Culpa     | $F(1,102)=7,44$ $p<0,01$    | <i>n.s.</i>               | $F(1,102)=9,53$ $p<0,01$ |

Para avaliar as variáveis que predizem o sentido de coerência e respectivas capacidades, utilizou-se a Regressão Múltipla como método. Deste modo, colocaram-se as variáveis relacionadas com os acidentes de viação em T1, como variáveis independentes, e as variáveis do sentido de coerência em T2, como variáveis dependentes. Os resultados indicam que as variáveis que predizem o sentido de coerência são: idade, gênero, tipo de veículo, tipo de ferimentos, avaliação do estado de saúde e grau de dependência física (cf. Quadro 5).

Relativamente à idade, verifica-se uma influência negativa no que respeita ao SCO Global e à capacidade de investimento. Neste sentido, os jovens mais velhos apresentam menores níveis de SCO Global e de capacidade de investimento.

No que se refere ao gênero, também se verifica uma influência negativa relativamente ao SCO Global, à capacidade de gestão e à capacidade de investimento. Por outras palavras, são os rapazes que demonstram ter um maior SCO Global e maior capacidade de gestão e de investimento.

A variável tipo de veículo tem uma influência positiva no SCO Global e capacidade de compreensão e de investimento. Desta forma, observa-se que as vítimas que circulavam em veículos ligeiros apresentam índices mais elevados de SCO Global e capacidade de compreensão e investimento do que as que circulavam em motocicletas.

Quanto ao tipo de ferimentos, observa-se uma influência negativa com o SCO Global e com todas as capacidades, ou seja, pode-se afirmar que os jovens com ferimentos graves apresentam menores valores de SCO Global e menores capacidades de compreensão, de gestão e de investimento.

No que se refere à avaliação do estado de saúde, verifica-se uma influência positiva no SCO Global, capacidade de gestão e de investimento. Assim, os jovens que avaliam melhor a sua saúde revelam melhores níveis de

SCO Global e melhores capacidades de gestão e de investimento face ao problema.

Por último, o grau de dependência física apresenta uma influência negativa no SCO Global e em todas as capacidades. Deste modo, os jovens mais dependentes fisicamente apresentam menores níveis de SCO Global e menores capacidades de compreensão, de gestão e de investimento.

### Quadro 5

#### *Resultados da regressão que predizem uma mudança no sentido de coerência*

| (T1)                          | Variáveis Dependentes (T2) |      |          |                           |      |          |                      |      |          |                            |      |          |
|-------------------------------|----------------------------|------|----------|---------------------------|------|----------|----------------------|------|----------|----------------------------|------|----------|
|                               | SCO Global                 |      |          | Capacidade de Compreensão |      |          | Capacidade de Gestão |      |          | Capacidade de Investimento |      |          |
|                               | B                          | SE B | $\beta$  | B                         | SE B | $\beta$  | B                    | SE B | $\beta$  | B                          | SE B | $\beta$  |
| Variáveis de controlo         | 0,78                       | 0,04 | 0,78***  | 0,85                      | 0,05 | 0,87***  | 0,76                 | 0,05 | 0,81***  | 0,76                       | 0,06 | 0,69***  |
| Idade                         | -0,34                      | 0,16 | -0,09*   | -0,09                     | 0,08 | -0,05    | -0,07                | 0,07 | -0,06    | -0,17                      | 0,08 | -0,11*   |
| Género                        | -3,84                      | 1,04 | -0,18*** | -0,06                     | 0,51 | -0,01    | -1,57                | 0,43 | -0,23*** | -2,12                      | 0,50 | -0,24*** |
| Tipo de veículo               | 2,79                       | 1,07 | 0,13**   | 1,12                      | 0,52 | 0,12*    | 0,46                 | 0,44 | 0,07     | 1,12                       | 0,52 | 0,13*    |
| Tipo de utilizador da estrada | 0,21                       | 0,97 | 0,01     | -0,66                     | 0,48 | -0,07    | 0,55                 | 0,40 | 0,08     | 0,21                       | 0,47 | 0,02     |
| Tipo de Ferimentos            | -5,50                      | 1,53 | -0,20*** | -2,54                     | 0,75 | -0,21*** | -1,42                | 0,65 | -0,16*   | -1,57                      | 0,74 | -0,14*   |
| Nº de feridos envolvidos      | -0,39                      | 0,61 | -0,03    | -0,16                     | 0,30 | -0,02    | -0,46                | 0,26 | -0,10    | 0,19                       | 0,31 | 0,03     |
| Avaliação do Estado de Saúde  | 0,91                       | 0,22 | 0,18***  | 0,20                      | 0,11 | 0,09     | 0,24                 | 0,09 | 0,15**   | 0,47                       | 0,11 | 0,23***  |
| Gº. Dependência Física        | -1,28                      | 0,17 | -0,42*** | -0,40                     | 0,08 | -0,29*** | -0,35                | 0,07 | -0,36*** | -0,52                      | 0,08 | -0,42*** |

*Nota:* SCO Global:  $R^2=0,87$ , *Adj. R*<sup>2</sup>=0,85,  $F(9,10)=65,05$ ,  $p<0,001$ ; Capacidade de Compreensão:  $R^2=0,84$ , *Adj. R*<sup>2</sup>=0,83,  $F(9,10)=54,55$ ,  $p<0,001$ ; Capacidade de Gestão:  $R^2=0,77$ , *Adj. R*<sup>2</sup>=0,75,  $F(9,10)=34,01$ ,  $p<0,001$ ; Capacidade de investimento:  $R^2=0,81$ , *Adj. R*<sup>2</sup>=0,79,  $F(9,10)=43,87$ ,  $p<0,001$ . \* $p<0,05$ , \*\* $p<0,01$ , \*\*\* $p<0,001$ .

## DISCUSSÃO

Através dos resultados obtidos, podem-se constatar as seguintes conclusões:

A escala de SCO revelou uma consistência interna muito boa, o que significa que os itens que a compõem constituem bons indicadores da representação subjectiva do sentido de coerência nas suas vidas. De acordo com Antonovsky (1993), mais de 35 000 pessoas já preencheram o instrumento de medida SCO e em mais 25 estudos diferentes, os valores de consistência interna mantêm-se elevados, nunca abaixo de 0,80.

A variável tempo (T1 e T2) revelou diferenças estatisticamente significativas. Verifica-se que seis meses depois da primeira avaliação, os jovens avaliam mais positivamente a sua saúde, tendo uma menor dependência física. No entanto, contrariamente, o sentido de coerência e respectivas capacidades adaptativas diminuem, acompanhado por uma crescente dificuldade laboral e financeira e associado a um maior sentimento de culpa face ao acidente, principalmente nos rapazes.

Segundo as estatísticas (ANSR, 2007), os rapazes são mais afectados pelos acidentes de viação, tendo também um maior índice de gravidade relativamente às raparigas. Este estudo não foi excepção, avaliando a sua saúde mais negativamente e com um grau de dependência física maior, tendo também um impacto mais negativo em termos profissional e financeiro. Contudo, através dos resultados, conclui-se que os rapazes, mesmo em condições mais adversas que as raparigas, tendem a desenvolver um maior sentido de coerência nas suas vidas, gerindo melhor os recursos que estão ao seu alcance para satisfazer as exigências requeridas face ao acidente, sentindo-se menos atingidos negativamente pelos acontecimentos. Não se trata de encontrar satisfação em tudo o que acontece nas suas vidas, mas de investir recursos e energias para superar a situação com dignidade (Antonovsky, 1987). O SCO permite aos rapazes negar a aparente desordem que o acidente implica, recuperando ordem e coerência, ao integrar esse acontecimento na sua experiência de vida.

Conclui-se também que os jovens com ferimentos de maior gravidade associado a um maior grau de dependência física e conseqüentemente a uma menor avaliação do estado de saúde, têm mais dificuldades para enfrentar o problema, tendem a desenvolver um menor sentido de coerência e apresentam menores capacidades de compreensão, de gestão e de investimento. Neste sentido, é compreensível que os jovens que tiveram o acidente de motociclo, cujos índices de gravidade são muito maiores, tenham desenvolvido um menor sentido de coerência.

Relativamente à idade, verifica-se que são os jovens mais novos que têm maior sentido de coerência. Este facto não está relacionado com uma melhor compreensão e gestão face à situação geradora de stress, mas sim com um maior investimento da sua energia e interesse a fim de resolver a situação.

Por último, pode-se afirmar que este conceito de Antonovsky constitui uma proposta inovadora no campo da identificação e especificação das características do indivíduo que facilitam uma estratégia que se adapta na

resolução de problemas e gestão do stress da vida, desempenhando uma acção promotora da saúde mental e da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ANRS – Autoridade Nacional Segurança Rodoviária. (2007). *Sinistralidade Rodoviária: Ano de 2007*. Observatório de Segurança Rodoviária.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health – How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Sciences and Medicine*, 36, 725-733.
- Arnett, J., Offer, D., & Fine, M.A. (1997). Reckless driving in adolescence; ‘State’ and ‘trait’ factors. *Accident Analysis & Prevention*, 29(1), 57-63. Consultado em [http://cardweb.swov.nl/swov/website\\_detail.html?Zoek=Zoek&display=1&pg=q&q=arnett%2boffer%2bfine%2breckless%2badolescence&start=0](http://cardweb.swov.nl/swov/website_detail.html?Zoek=Zoek&display=1&pg=q&q=arnett%2boffer%2bfine%2breckless%2badolescence&start=0).
- Blanchard, E., & Hickling, E. (1998). *After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Mayou, R., & Bryant, B. (2001). Outcome in consecutive emergency department attenders following a road traffic accident. *British Journal of Psychology*, 179, 528-534.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. (2004). *World report on road traffic injury prevention*. Geneva: WHO.
- Patton, G.C., Coffey, C., Sawyer, S.M., Viner, R.M., Haller, D.M., Bose, K., et al. (2009). Global patterns of mortality in young people: A systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 374, 881-892.

A SEXUALIDADE NOS SUJEITOS AMPUTADOS  
AO MEMBRO INFERIOR: REVISÃO DE LITERATURA

*Sancha Azevedo e Silva*

A Saúde Sexual tem vindo a ganhar um papel significativo no campo da Psicologia da Saúde. Considerado um factor basilar para a qualidade de vida, é um critério de saúde. O âmbito de acção deixou de ser apenas preventivo, privilegiando também a actuação interventiva, como é exemplo a intervenção ao nível das dificuldades com a sexualidade associadas a uma situação de doença ou incapacidade física (Araújo, 1987). A incidência crescente da Psicologia da Saúde em contextos de saúde, como o da reabilitação física, tem permitido um enfoque em processos de readaptação funcional, bem como em processos de readaptação psicológica.

A amputação consiste na remoção de um membro, as suas causas podem estar relacionadas com factores como, defeitos congénitos, insuficiência vascular, tumores ou acidentes (Oliveira, 2001). Calcula-se que 70% dos casos de amputação se devem a doenças vasculares e os restantes 30% se devem a traumas, tumores ou malformações (Silva, 2006). A amputação de um membro inferior atinge vários aspectos da vida, a imagem corporal, o ajustamento psicossocial e relações interpessoais, podendo causar perturbações no equilíbrio psíquico do sujeito (Oliveira, 2000; Bondenheimer, Kerrigan, Garber, & Monga, 2000).

A investigação refere que a amputação ao membro inferior tem um sério impacto no bem-estar psicológico, contudo pouco se sabe acerca do papel que a vida sexual assume durante o processo de adaptação (Williamson & Walters, 1996). Existe uma lacuna na investigação acerca da vivência da sexualidade nos sujeitos amputados, justificada pelo facto da capacidade sexual ser, habitualmente, preservada (Ide, 2004). Esta justificação parece reduzir a sexualidade à dimensão do desempenho sexual, omitindo a dimensão relacional, onde estão implícitas dimensões emocionais e psíquicas, na maioria das vezes afectadas em situações de amputação.

Numa pesquisa bibliográfica efectuada na internet por Ide (2004), verificou-se que o estudo pioneiro acerca da sexualidade nos sujeitos amputados data de 1978, não aparecendo outra referência ao tema até ao 2000, num estudo de Bodenheimer, Kerrigan, Garber, e Monga.

A amputação implica novas aprendizagens em dimensões como, corporal, psico-afectiva e sexual (Oliveira, 2000). A experiência de perda vivida origina a procura de novas abordagens a conteúdos de vida anteriores (Celkevicius & Ramos, 2004). “O défice criado pela amputação pode

contribuir para a perda de autoconfiança em geral e em particular no desempenho e relacionamento de carácter sexual” (Oliveira, 2001, p. 35). Os estudos referem que a maioria dos indivíduos com incapacidade física adquirida relata um decréscimo na actividade sexual, alterações no padrão de actividade sexual e o declínio da satisfação sexual (Sadoughi, 1971, cit. por Esmail, Esmail, & Munro, 2001). Em situações de amputação, é possível que a vida sexual passe a ser experienciada de forma negativa, como fonte de angústias e inseguranças, reactivas à alteração corporal. O trauma psicológico pode causar danos indirectos no funcionamento sexual (Cardoso, 2003; Ide, 2004).

Na incapacidade física existe o afastamento do ideal de corpo, “(...) a conjugação da doença e deficiência com a sexualidade resulta numa rede de conflitualidades que tendem a gerar turbulência no envolvimento sexual.” (Cardoso, 2004, p. 386). O ajustamento pessoal à incapacidade parece ser mediado através das relações com os outros (Schultz, 1985, cit. por Oliveira, 2000). Em casais que um parceiro sofre de incapacidade física, as dificuldades sexuais são apontadas como o principal problema, aumentando a probabilidade de divórcio (Yim, Yoon, Song, Rah, & Moon, 1998, cit. por Esmail, Esmail, & Munro, 2001).

Na incapacidade física, aparecem manifestações de elevada ansiedade sexual, níveis baixos de satisfação com a sexualidade, de auto-estima sexual e auto-estima corporal (Kedde & van Berlo, 2006). O impacto da amputação, a um membro inferior, na actividade sexual parece ser o maior preditor de sintomatologia depressiva (Williamson & Walters, 1996).

Num estudo de Williamson e Walters (1996) no qual se procurou estudar a relação entre a amputação, factores psicológicos e qualidade de vida verificou-se que a satisfação com a sexualidade está associada a níveis de qualidade de vida elevados. Manifestações de dor estão correlacionadas com uma menor satisfação sexual e menor qualidade de vida. Este estudo indicou que 10% dos sujeitos estavam sexualmente inactivos, um terço estava insatisfeito com a vida sexual, 50% não estavam satisfeitos com a qualidade das relações. Apenas 10% dos participantes afirmam ter tido aconselhamento sexual. As relações íntimas podem ficar ameaçadas após a amputação, com ruptura conjugal frequente (Atherton & Robertson, 2006).

Num estudo realizado por Bondenheimer, Kerrigan, Garber, e Monga (2000), cujo objectivo era descrever o funcionamento psicológico, o funcionamento sexual e o estado de saúde em pessoas com amputação do membro inferior, concluiu-se que a maioria dos participantes (77%) identificava problemas ao nível do funcionamento sexual. Verificou-se que 63% dos

sujeitos tem problemas em atingir o orgasmo, 67% tem dificuldades de erecção. Apesar das dificuldades referidas, 90% dos sujeitos manifesta elevado interesse na vida sexual, 77% têm fantasias com pessoas sexualmente atractivas e partes eróticas do corpo, 63% fantasiam relações sexuais e sexo oral. Alguns factores responsáveis pelo declínio da função sexual são falta de parceiro (23%), ansiedade (17%) e falta de interesse (13%).

Num estudo de Randall et al. (cit. por Bondenheimer, Kerrigan, Garber, & Monga, 2000), com 100 veteranos hospitalizados, verificou-se que 30% manifestam pobre ajustamento sexual. Reinstein e col. (cit. por Bondenheimer, Kerrigan, Garber, & Monga, 2000), num estudo com uma amostra de 60 pessoas amputadas, com prótese, verificaram que, comparativamente à vivência anterior à amputação, 77% dos homens e 38% das mulheres refere um decréscimo significativo da satisfação sexual. O decréscimo é superior para os homens não casados, com amputações acima do joelho e com dor fantasma persistente.

Os aspectos físicos e psicológicos afectam igualmente a performance sexual. A performance do parceiro sexual assume uma forte influência na sexualidade do indivíduo com incapacidade. A vida sexual do sujeito com incapacidade é um indicador da sua reintegração, e a avaliação feita em relação à mesma é significativa para determinar o seu ajustamento (Ide, 2004).

As variáveis que parecem ter maior impacto negativo sobre a sexualidade são, a idade avançada, ser solteiro, experimentar fortes sentimentos de frustração em situações íntimas (Williamson & Walters, 1996). O facto do parceiro sexual ser muitas vezes o cuidador informal da pessoa com incapacidade, coloca-a numa situação de dependência, o que pode ser inibidor do erotismo (Crawford & Cardoso, 2000). A incapacidade pode contribuir para a perda de auto-confiança no desempenho sexual em relação à deseabilidade como parceiro sexual (Labby, 1984, cit. por Williamson & Walters, 1996).

Em relação aos sujeitos amputados protetizados, verifica-se a prótese não substitui o nível funcional em situações de intimidade, observando-se um decréscimo de actividades íntimas no período de reabilitação (Kohl, 1984, cit. por Silva, 2006). A dor parece ser um factor que afecta significativamente o interesse para a actividade sexual. Quando a dor é aliviada parece existir um aumento da actividade sexual (Walters & Williamson, 1998).

Aparentemente, só quando as questões psicológicas estão resolvidas e o ajustamento psicológico se estabiliza, é que os sujeitos amputados são capazes de tirar partido da utilidade da prótese e recuperar a auto-estima (Atherton & Robertson, 2006).

Habitualmente os sujeitos amputados têm uma idade superior a 60 anos (85%), contudo a idade parece não ter impacto no interesse sexual, uma vez que a literatura refere que a maioria dos homens e mulheres mantêm o interesse, a disponibilidade, e actividade sexual com o parceiro, mesmo em idades avançadas. Contudo, a literatura não é consensual no que respeita ao impacto que a idade pode ter no ajustamento sexual, alguns autores defendem que idades avançadas são preditor negativo significativo (Rybarczyk, Edwards, & Behel, 2004).

Parece importante frisar que o principal interesse desta revisão de literatura é compreender qual o impacto da amputação na vida sexual dos sujeitos amputados em relação à forma como a sexualidade era vivida anteriormente. Como defendem López e Fuertes (1989), o principal interesse nesta área é perceber como se pode “dar novas possibilidades relacionais às pessoas” (p. 141), independentemente da idade, mas sempre de forma ajustada, procurando ir ao encontro do que são as capacidades e necessidades de cada um (individualmente e em casal).

A sexualidade, enquanto parte integrante da saúde individual, deve ser um componente a ter em conta no processo de reabilitação (Cardoso, 2003). No processo de reabilitação a maioria dos amputados parecem ser preparados de forma inadequada para os aspectos do dia-a-dia. Os programas de aconselhamento sobre a actividade sexual requerem que os profissionais de saúde se sintam familiarizados com as alterações provocadas pela amputação. As intervenções devem facilitar o ajustamento às dificuldades psicológicas e médicas, e aos problemas práticos (Williamson & Walters, 1996). Prestar apoio aos sujeitos amputados implica que os próprios profissionais de reabilitação se envolvam de forma activa em relação a esta área (Silva, 2006).

Segundo um estudo de Esmail, Esmail, e Munro (2001), os próprios profissionais de saúde não se consideram competentes para prestar apoio em questões relacionadas com a sexualidade. Um dos elementos fundamentais nesta intervenção passa pela negociação de papéis, uma vez que a intimidade está significativamente afectada pelo papel do cuidador, habitualmente o parceiro. O modelo P-LI-SS-IT (Annon, 1974), é referido como modelo valioso para intervir, permitindo determinar as necessidades individuais, e do casal, as suas capacidades e prática para lidar com as dificuldades ao nível da sexualidade.

Rybarczyk et al. (2004) indicam que a sexualidade é negligenciada nos cuidados de saúde em geral, embora seja uma área na qual se evidenciam dificuldades individuais após a amputação.

Williamson e Walters (1996) sugerem que a vida sexual deve ser incluída na lista de actividades abordadas durante o processo de reabilitação. Alguns dos objectivos centrar-se-iam em reduzir sentimentos de insegurança em situações íntimas, ajudar os companheiros a ajustarem-se às mudanças do seu (sua) parceiro(a). A sexualidade, enquanto parte essencial da nossa saúde, deveria ser tida em conta no processo de reabilitação. Cardoso (2003) define esta intervenção como “(...) reabilitação sexual – que poderá contemplar patamares de informação, aconselhamento e/ou terapia sexual propriamente dita – deveria constituir uma das valências do programa reabilitacional, perspectivada (individualmente e/ou na companhia do parceiro sexual) para a promoção de uma nova atitude em relação à sexualidade e para uma redefinição criativa dos interesses, iniciativas e comportamentos sexuais” (p. 508).

Os autores Geertzen, Van Es, e Dijkstra (2009) realizaram, recentemente, um trabalho sobre o estado actual da pesquisa acerca da sexualidade dos sujeitos amputados. Verificaram que de 5 bases de dados apenas 11 estudos eram referentes a esta temática. Dos resultados desses estudos realçam o impacto que as amputações revelam ter na vida sexual, e a indicação de que existe pouco apoio dos profissionais.

O procedimento de pesquisa para este trabalho implicou a recolha de bibliografia em diversas bases de dados, cujos resultados apresentamos no quadro seguinte:

Quadro 1  
*Resultados de pesquisa*

| Base de Dados  | Palavras-chave no título | Limitadores    | Resultados     |
|--|--------------------------|----------------|----------------|
| Ebsco: Psycarticles; Psycinfo                                  | amputation, sexuality    | Ano: 2000/2009 | 3 Resultados   |
| Ebsco: Psycarticles; Psycinfo                                  | sexuality, disability    | Ano: 2000/2009 | 150 Resultados |
| Ebsco: Medline; Psychology and Behavioral Sciences Collections | amputation; sexuality    | Ano: 2000/2009 | 4 Resultados   |
| Ebsco: Medline; Psychology and Behavioral Sciences Collections | sexuality, disability    | Ano: 2000/2009 | 240 Resultados |
| B-on   | amputation, sexuality    | Ano: 2000/2009 | 41 Resultados  |
| Isi web of knowledge   | amputation, sexuality    | Ano:2000/2009  | 18 Resultados  |
| Base de Dados  | Palavras-chave no tópico | Limitadores    | Resultados     |
| Ebsco: Psycarticles; Psycinfo                                  | amputation, sexuality    | Ano: 2000/2009 | 2 Resultados   |
| Ebsco: Psycarticles; Psycinfo                                  | sexuality, disability    | Ano: 2000/2009 | 93 Resultados  |
| Ebsco: Medline; Psychology and Behavioral Sciences Collections | amputation; sexuality    | Ano: 2000/2009 | 1 Resultado    |
| Ebsco: Medline; Psychology and Behavioral Sciences Collections | sexuality, disability    | Ano: 2000/2009 | 10 Resultados  |
| B-on: Ciências da Sociais                                      | amputation, sexuality    | Ano: 2000/2009 | 48 Resultados  |
| B-on: Ciências da Saúde  | amputation, sexuality    | Ano: 2000/2009 | 59 Resultados  |
| Isi web of knowledge   | amputation, sexuality    | Ano: 2000/2009 | 15 Resultados  |

## REFERÊNCIAS

- Araújo, M. (1987). A Sexualidade e a OMS. In F. A. Gomes, A. Albuquerque, & J. S. Nunes (Coord.), *Sexologia em Portugal* (pp. 191-194). Lisboa: Texto.
- Atherton, R., & Robertson, N. (2006). Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. *Disability and Rehabilitation*, 28(19), 1201-1209.
- Bondenheimer, C., Kerrigan, A., Garber, S., & Monga, T. (2000). Sexuality in persons with lower extremity amputations. *Disability and Rehabilitation*, 22(9), 409-415.
- Cardoso, J. (2003). Sexualidade e deficiência física. In L. Fonseca, C. Soares, & J.M. Vaz (coord.), *A sexologia – Perspectiva multidisciplinar*, 1, 504-530. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade na doença crónica e deficiência física. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 20, 385-394.
- Celkevicius, D., & Ramos, R. (2004). Aspectos psicológicos das amputações de membros inferiores. In J.L.P. Ribeiro & I. Leal (Orgs.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 567-571). Lisboa: ISPA.
- Crawford, M., & Cardoso, J. (2000). A dimensão sexual na doença crónica: Que avaliação? Que intervenção?. In J.L.P. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Orgs.), *Actas do 3º Congresso de Psicologia da Saúde* (pp. 521-525). Lisboa: ISPA.
- Esmail, S., Esmail, Y., & Munro, B. (2001). Sexuality and disability: The role of health care professionals in providing options and alternatives for couples. *Sexuality and Disability*, 19(4), 267-284.
- Geertzen, J., Van Es, C., & Dijkstra, P. (2009). Sexuality and amputation: A systematic literature review. *Disability & Rehabilitation*, 31(7), 522-527.
- Ide, M. (2004). Sexuality in persons with limb amputation: A meaningful discussion of re-integration. *Disability and Rehabilitation*, 26(14/15), 939-943.
- Kedde, H., & Van Berlo, W. (2006). Sexual satisfaction and sexual self images of people with disabilities in the Netherlands. *Sexuality and Disability*, 24(1), 53-67.
- López, F., & Fuertes, A. (1989). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: APF.
- Oliveira, R. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, XVIII(4), 437-453.
- Oliveira, R. (2001). *Psicologia clínica e reabilitação física – Uma abordagem psicoterapêutica da incapacidade física adquirida*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Rybarczyk, B., Edwards, R., & Behel, J. (2004). Diversity in adjustment to a leg amputation: Case illustrations of common themes. *Disability and Rehabilitation*, 26(14/15), 944-953.
- Silva, A.P. (2006). *Amputação e Reabilitação. Estudo dos aspectos psico-legais do sujeito com amputação*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: ISPA (não publicado).
- Walters, A., & Williamson, G. (1998). Sexual satisfaction predicts quality of life: A study of adult amputees. *Sexuality and Disability*, 16(2), 103-115.
- Williamson, G., & Walters, A. (1996). Perceived impact of limb amputation on sexual activity: A study of adult amputees. *The Journal of Sex Research*, 33(3), 221-230.

## AUTO-AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS NOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO EM RISCO

*Sandra Rodrigues<sup>1</sup> / Anabela Pereira<sup>2</sup> / Isabel M. Santos<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Hospital Infante D. Pedro, EPE; <sup>2</sup>Universidade de Aveiro

O nascimento de risco e o internamento do recém-nascido desencadeia uma crise difícil para os pais, caracterizada por reacções emocionais intensas, que afectam o seu equilíbrio e dificultam a sua capacidade para assumir o papel parental (Barros, 2001).

Tendo em conta estas dificuldades, cabe aos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intermédios de Neonatologia contribuir para que o internamento seja uma oportunidade de desenvolvimento. A filosofia de cuidados de enfermagem nesta área baseia-se nos cuidados centrados na família, na parceria de cuidados com os pais e nos cuidados atraumáticos. Concretamente, os pais são considerados os melhores prestadores de cuidados para a criança, na medida em que são mediadores entre ela e o mundo (Casey, 1993). Assim, após prévia negociação e educação para a saúde, são progressivamente integrados nos cuidados, o que promove a vinculação entre pais e recém-nascido e o desenvolvimento de competências parentais nos cuidados ao recém-nascido. O objectivo último desta acção é que no momento da alta os pais estejam aptos a cuidar do recém-nascido de forma autónoma e responsável.

Apesar da importância desta temática ser crescente, esta permanece pouco investigada a nível nacional. O estudo exploratório de Mano (2002) revela que os pais nem sempre estão predispostos para a parceria de cuidados, e que por vezes se sentem inseguros nos cuidados no momento da alta. Tendo em conta o problema exposto, pretendemos, com o presente trabalho, contribuir para o estudo das competências parentais nos cuidados ao recém-nascido de risco, com os seguintes objectivos:

- Identificar se os pais se auto-avaliam como competentes na prestação de cuidados ao recém-nascido de risco, próximo da alta clínica.
- Verificar se o género está relacionado com a auto-avaliação de competências parentais.

### MÉTODO

Realizámos um estudo exploratório e quantitativo, tendo por base a hipótese de que: há relação entre o género e a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao recém-nascido de risco.

### *Participantes*

A amostra foi constituída por 101 indivíduos, pais de recém-nascidos internados na Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia do Hospital Infante D. Pedro, entre Abril e Julho de 2009. Relativamente ao género dos pais, verifica-se que 44,6% eram do género masculino e que 56% eram do género feminino.

### *Material*

Como instrumento de avaliação, foi desenvolvida uma escala tipo Likert, com 33 itens, designada Escala de Auto-avaliação de Competências Parentais (EAACP), tendo por base as 14 necessidades fundamentais do modelo clássico de Virgínia Henderson (Phaneuf, 2001). Definimos a competência parental nos cuidados ao recém-nascido de risco como o conjunto de capacidades, comportamentos, conhecimentos, atitudes e intenções que permitem um desempenho adequado ou não a cada situação específica de prestação de cuidados ao recém-nascido. Envolve também a tomada de decisão e os aspectos relacionais (em anexo apresentamos a EAACP).

Para o estudo da validade de constructo recorremos à Análise Factorial de Componentes Principais para os 33 itens da escala. Aplicámos uma rotação ortogonal VARIMAX a 4 factores de modo a tornar interpretável a solução. Os resultados são apresentados no Quadro 1.

Para a constituição de factores considerámos os loadings com um peso de 0,350 com excepção do item 20. A percepção de variância para o total da escala é de 47,78%, considerado um valor razoável.

O factor 1 – Cuidados gerais, inclui os itens 5, 6, 7, 9, 10, 12, 15, 16, 18, 22, 27, 29 e 32 e explica 29,55% da variância. O factor 2 – Vigilância do recém-nascido, engloba os factores 4, 11, 20, 21, 23, 24, 26, 28, 30, 31 e 33 e explica 6,88% da variância. O factor 3 – Técnica e preparação do material, inclui os factores 1, 2, 3, 13, 14 e 25 e explica 5,86% da variância. Por último, o factor 4 – Conhecimento e família, é constituído pelos factores 8, 17 e 19 e explica 5,51% da variância.

Relativamente à fidelidade verifica-se que as correlações item-total variam entre 0,14 e 0,68 e que o valor obtido para o Alfa de Cronbach é bastante elevado ( $\alpha=0,91$ ), o que sugere que a escala é um instrumento fidedigno.

Quadro 1

*Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX com 4 factores da EAACP (N=101)*

| Itens                 | 1      | 2      | 3      | 4     |
|-----------------------|--------|--------|--------|-------|
| EAACP5                | 0,37   |        |        |       |
| EAACP6                | 0,52   |        |        |       |
| EAACP7                | 0,63   |        |        |       |
| EAACP9                | 0,52   |        | (0,39) |       |
| EAACP10               | 0,67   |        |        |       |
| EAACP12               | 0,79   |        |        |       |
| EAACP15               | 0,58   |        | (0,41) |       |
| EAACP16               | 0,63   |        |        |       |
| EAACP18               | 0,58   | (0,42) |        |       |
| EAACP22               | 0,57   | (0,42) |        |       |
| EAACP27               | 0,39   | (0,38) |        |       |
| EAACP29               | 0,51   | (0,42) | (0,39) |       |
| EAACP32               | 0,54   |        |        |       |
| EAACP4                | 0,39   | (0,37) | (0,39) |       |
| EAACP11               |        | 0,76   |        |       |
| EAACP20               |        | 0,30   |        |       |
| EAACP21               |        | 0,62   |        |       |
| EAACP23               |        | 0,66   |        |       |
| EAACP24               |        | 0,52   | (0,39) |       |
| EAACP26               | (0,43) | 0,54   |        |       |
| EAACP28               |        | 0,71   |        |       |
| EAACP30               |        | 0,69   |        |       |
| EAACP31               | (0,36) | 0,62   |        |       |
| EAACP33               | (0,42) | 0,50   |        |       |
| EAACP1                | (0,45) |        | 0,51   |       |
| EAACP2                |        |        | 0,57   |       |
| EAACP3                |        |        | 0,58   |       |
| EAACP13               |        |        | 0,59   |       |
| EAACP14               |        |        | 0,62   |       |
| EAACP25               |        | (0,41) | 0,43   |       |
| EAACP8                | (0,48) |        |        | 0,56  |
| EAACP17               |        |        |        | 0,48  |
| EAACP19               |        |        |        | 0,70  |
| Valores próprios      | 10,05  | 2,34   | 1,99   | 1,87  |
| % Variância explicada | 29,55  | 6,88   | 5,86   | 5,51  |
| % Variância acumulada | 29,55  | 36,43  | 42,28  | 47,79 |

## RESULTADOS

Relativamente ao score final da EAACP este variou entre um mínimo de 94 e um máximo de 165, sendo a média obtida de 140,46 e o desvio-padrão igual a 10,45.

Para o estudo da relação entre o género do progenitor e a auto-avaliação das competências parentais optou-se pelo teste *t* de Student, apresentado no Quadro 2.

Não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). Contudo, em média verifica-se que os pais obtiveram pontuações mais elevadas quer nos factores e total da EAACP, excepto no factor 3 (técnica e preparação de material) em que as mães apresentaram uma média ligeiramente mais elevada, apesar das médias de ambos os géneros serem muito semelhantes.

Quadro 2

*Resultados da aplicação do teste t de student para grupos independentes.  
Factor: Sexo; Variáveis dependente: Factores e total da EAACP*

|             | Sexo      | <i>N</i> | <i>x</i> | <i>s</i> | <i>gl</i> | <i>T</i> | <i>p</i> |
|-------------|-----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|
| Factor 1    | Masculino | 45       | 56,40    | 3,89     | 99        | 0,19     | 0,848    |
|             | Feminino  | 56       | 56,21    | 5,46     |           |          |          |
| Factor 2    | Masculino | 45       | 42,02    | 3,74     | 99        | 0,36     | 0,722    |
|             | Feminino  | 56       | 41,71    | 4,71     |           |          |          |
| Factor 3    | Masculino | 45       | 26,53    | 2,15     | 99        | -1,52    | 0,133    |
|             | Feminino  | 56       | 27,16    | 1,99     |           |          |          |
| Factor 4    | Masculino | 45       | 11,17    | 1,89     | 99        | 0,39     | 0,696    |
|             | Feminino  | 56       | 11,04    | 1,75     |           |          |          |
| Score total | Masculino | 45       | 140,53   | 9,24     | 99        | 0,07     | 0,947    |
|             | Feminino  | 56       | 140,39   | 11,41    |           |          |          |

## DISCUSSÃO

Pela média obtida no score final da EAACP podemos referir que os pais evidenciam uma auto-avaliação de competências nos cuidados ao recém-nascido positiva e elevada, dado que a pontuação máxima possível é de 165. Sendo assim, consideramos que os progenitores se auto-avaliam como competentes na prestação de cuidados ao recém-nascido próximo da alta clínica.

A elevada auto-avaliação dos pais pode estar relacionada com a acção dos profissionais de saúde, que realizam educação para a saúde de forma

sistemática, incentivam os pais e negociam a prestação dos cuidados. É de realçar que os pais de recém-nascidos internados têm que desenvolver a sua identidade enquanto pais e de reconstruir projectos, num contexto de extrema vulnerabilidade e de pouca privacidade. Assim, estes resultados revelam-se positivos, uma vez que evidenciam que o internamento pode tornar-se de facto uma oportunidade positiva para aprendizagem e treino de competências. Também no estudo de Marques e Sá (2004) as mães de recém-nascidos prematuros perceberam elevados níveis de competência cuidativa próximo da alta clínica.

Relativamente à hipótese: há relação entre o género do progenitor e a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao recém-nascido de risco, verifica-se que não existe relação estatisticamente significativa, pelo que rejeitamos a hipótese considerada.

As médias de ambos os géneros são muito semelhantes, o que pode estar relacionado com o papel activo assumido actualmente pelos progenitores nos cuidados ao recém-nascido. De facto, a realidade e organização das famílias, em que ambos os pais trabalham, a licença de paternidade e até o modo de perceber o recém-nascido como um parceiro activo, contribuem para que os pais prestem os cuidados a par com as mães, desenvolvendo competências e sentindo-se progressivamente mais capazes. O horário de entrada nesta unidade é flexível para os pais, sendo que estes podem permanecer durante todo o dia junto do recém-nascido, sendo igualmente alvo de educação para a saúde e incentivados a cuidá-lo. Este trabalho enfatiza a parentalidade, cuja perspectiva mudou ao longo das últimas quatro décadas em função das mudanças sociais, nomeadamente no papel da mulher. De facto, aspectos que eram anteriormente assumidos pela mãe são hoje passados para outros membros da família e da sociedade. Actualmente, a parentalidade é vista como algo que consome muito tempo e esforço, contudo, “*a paternidade constitui um desafio difícil e complexo e também um dos mais importantes da comunidade humana*” (Pires, 2001, p. 11).

A construção do sentido de família é um processo em que cada elemento desempenha um papel único, numa descoberta mútua. As investigações mais recentes demonstram que os acontecimentos do período neonatal influenciam, positiva ou negativamente, as relações entre os elementos da nova família, sendo por isso necessário que os profissionais desta área desenvolvam esforços para tornar estes acontecimentos numa experiência o mais possível positiva (Gomes-Pedro, 2005).

Idealmente, a parceria de cuidados clarifica o papel dos pais na prestação de cuidados à criança, permitindo-lhes uma participação activa. Este estudo permite concluir que o trabalho conjunto entre profissionais de saúde e pais pode transformar o internamento numa oportunidade para partilhar informação e experiências. Conhecer as competências dos pais permite à equipa de enfermagem a preparação para a alta clínica, de forma a reforçar os aspectos relativamente aos quais é expressa maior insegurança.

Futuramente, consideramos que poderá ser útil a realização de estudos longitudinais com a aplicação deste instrumento no domicílio, quando os pais estão totalmente responsáveis pelos cuidados e tomada de decisão, bem como alargar este estudo a outras unidades nacionais, para compararmos resultados, partilhar experiências relativamente à parceria de cuidados e efectuar melhorias na actuação do enfermeiro. O envolvimento de psicólogos, da área da psicologia da saúde, nesta investigação poderá ser um desafio promissor.

## REFERÊNCIAS

- Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 297-316). Coimbra: Quarteto.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Glasper & A. Tucher (Eds.), *Advances in child health nursing*. Middtesex: Scutari Press.
- Gomes-Pedro, J. (2005). A criança no século XXI. In J. Gomes-Pedro, J. Nugent, J. Young, & T. Brazelton (Eds.), *A Criança e a Família no século XXI* (pp. 23-48). Lisboa: Dinalivro.
- Mano, M. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*, 8, 53-61.
- Marques, S., & Sá, M. (2004). Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade. *Referência*, 11, 33-41.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.
- Pires, A. (Ed.). (2001). *Crianças (e pais) em risco*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

## ANEXO

*Escala de Auto-avaliação de Competências Parentais*

Discordo totalmente – 1 ; Discordo – 2; Não concordo, nem discordo – 3;  
Concordo – 4; Concordo totalmente – 5

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1 – Reconheço os sinais de fome do bebé  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 – Preparo o material necessário para o banho do bebé                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 – Coloco o termómetro correctamente no bebé  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 – Sei o que devo fazer no caso de engasgamento do bebé                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 – Acalmo o bebé quando ele chora   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 – Posiciono o bebé correctamente no berço  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 – Mudo a fralda ao bebé quando ele precisa   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 – Identifico quando o bebé tem calor   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 – Identifico quando o bebé quer dormir   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 – Identifico a frequência e a quantidade de urina do bebé                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 – Sei quais são os sinais de infecção a que devo estar atento(a) no bebé              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 – Identifico quando o bebé quer carinho e que “converse” com ele                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 – Posiciono o bebé correctamente para o amamentar ou lhe dar o biberão                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 – Dou banho ao bebé com técnica correcta  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 – Pego o bebé ao colo de forma correcta   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 – Sei quais são os sinais de que o bebé está a mamar a quantidade de leite suficiente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 – Consigo conciliar o internamento do bebé com a restante vida familiar               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 – Em casa sei como devo preparar o ambiente para a temperatura ser adequada ao bebé   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 – Sei como colocar o bebé na cadeira para o transportar de carro                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 – Identifico quando o bebé bolsa ou vomita  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 – Sei quais os sinais de dificuldade respiratória a que devo estar atento(a) no bebé  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 – Identifico as características e a frequência das fezes do bebé                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 – Sei qual é a temperatura a partir da qual o bebé tem febre                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 – Identifico quando o bebé tem a pele seca ou assada                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 – Preparo a roupa adequada para o bebé  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 – Posiciono o bebé de forma correcta para arrotar                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 – Reconheço que falar e acarinhar o bebé ajuda-o a aprender e a desenvolver-se        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 – Se tiver dificuldades em casa sei quem devo contactar para pedir ajuda              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 – Identifico se a temperatura da água do banho é adequada para o bebé                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 – Sei quais as capacidades do bebé que permitem o seu desenvolvimento                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 – Sei como devo preparar o ambiente para o bebé dormir                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 – Identifico o motivo do choro do bebé  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 – Identifico os sinais de frio no bebé  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

BEM-ESTAR E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA  
NA TRANSIÇÃO PARA O ENSINO SUPERIOR:  
DIFERENÇAS DE GÉNERO?

*Sara Monteiro / José Tavares / Anabela Pereira*

Universidade de Aveiro

A transição para o ensino superior representa o confronto directo com um novo espaço institucional, com regras próprias e distintas das vividas anteriormente pelo estudante e com tarefas académicas exigentes, não só ao nível das competências de estudo, mas também da organização, da autonomia e do envolvimento do próprio aluno. Muitos estudantes não estão preparados para a adopção das novas atitudes e responsabilidades requeridas, pelo que, poderão surgir problemas, não só de índole académica, mas também pessoal e social.

O interesse pela problemática da transição e da adaptação ao ensino superior não é um fenómeno recente, no entanto, foi apenas a partir da última década do século XX que a investigação acerca da forma como os estudantes se desenvolvem e adaptam ao contexto de ensino superior ganhou expressão (e.g., Almeida, Soares, & Ferreira, 1999; Diniz, 2001; Pereira, 1999; Tavares, Santiago, & Lencastre, 1998).

O conceito de adaptação ao ensino superior tem sido conceptualizado como um processo complexo e multidimensional, reflectindo a forma como os jovens estudantes se adaptam ao novo contexto e aos desafios, pressões e exigências inerentes a este. Partindo desta conceptualização, uma das grandes áreas consideradas no processo de adaptação do jovem estudante ao ensino superior é a adaptação psicológica, que envolve principalmente aspectos relacionados com o bem-estar e com o equilíbrio físico e emocional dos alunos (Almeida et al., 1999; Baker & Siryk, 1984, 1989; Gerdes & Mallinckrodt, 1994; Russell & Petrie, 1992; Upcraft & Gardner, 1989). Estudos vários documentam as dificuldades pessoais e académicas demonstradas por estudantes do ensino superior, bem como o aumento dos níveis de psicopatologia na população universitária (Herr & Cramer, 1992; Stone & Archer, 1990). Também em Portugal, as dificuldades de ordem pessoal e emocional exibidas pelos estudantes do ensino superior estão documentadas (e.g., Pereira, Motta, et al., 2006; Pereira & Williams, 2001; Ramalho & McIntyre, 2001; Tavares et al., 1998).

No que diz respeito ao papel que as diferenças de género desempenham na adaptação demonstrada na transição para o ensino superior, parece haver

uma tendência para que sejam os estudantes do sexo feminino a demonstrar uma adaptação mais pobre, com um maior número de problemas ao nível da adaptação pessoal e emocional (e.g., Baker & Syrik, 1989; Castro & Almeida, 2000; Gall, Evans, & Bellerose, 2000; Santos, 2000; Soares, 2003).

Assim, com o presente estudo pretendemos verificar a existência de diferenças entre os géneros relativamente à adaptação demonstrada na transição para o ensino superior, avaliada através do bem-estar e da sintomatologia psicopatológica.

## MÉTODO

### *Participantes*

Os participantes deste estudo são 316 estudantes da Universidade de Aveiro, distribuídos por diferentes licenciaturas desta Universidade: licenciaturas de Saúde (42,6%), licenciaturas de Letras (22,3%), licenciaturas de Ciências (6,8%), licenciaturas de Engenharias (9%), licenciaturas de Economia, Turismo e Gestão e Planeamento em Turismo (10%) e Design e Administração Pública (9,4%), sendo que 178 frequentam o Ensino Universitário (57,4%) e 132 frequentam o Ensino Politécnico (42,6%). Dos 316 estudantes que participaram neste estudo, 67 são do género masculino (21,2%) e 245 são do género feminino (77,5%), sendo portanto um grupo maioritariamente feminino. A idade dos participantes varia entre 17 e 38 anos, sendo a média de idades de 18,77 anos, com um desvio-padrão de 2,16. 181 (57,3%) estudantes mudaram de residência e 123 (42,6%) permaneceram na residência anterior à entrada no Ensino Superior, ou seja, a casa dos pais.

### *Material*

O bem-estar psicológico foi avaliado através da versão portuguesa da Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique (Massé et al., 1998) traduzida e adaptada por Monteiro, Tavares e Pereira (2006). Trata-se de uma escala de auto-resposta constituída por 25 itens, numa escala de tipo Likert de 1 (nunca) a 5 (quase sempre), dividida em seis escalas: auto-estima, equilíbrio, envolvimento social, sociabilidade,

controlo de si e dos acontecimentos e felicidade. A soma de todos os itens resulta num índice de bem-estar global (BEG). Os estudos psicométricos efectuados revelaram níveis adequados de consistência interna para a nota global (0,93) e para as seis sub-escalas consideradas, com valores de alfa entre 0,71 e 0,85. No presente estudo, os valores de alfa encontrados foram de 0,94 para a nota global e variaram entre 0,64 (equilíbrio) e 0,88 (felicidade).

A sintomatologia psicopatológica foi avaliada através da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982) traduzida e adaptada por (Canavarro, 1999). É um inventário de auto resposta com 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo Likert que vai desde 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes). Avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (somatização, obsessões compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e três índices globais (Índice Geral de Sintomas – IGS, Total de Sintomas Positivos – TSP e o Índice de Sintomas Positivos – ISP). Estes últimos são avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspectos diferentes de psicopatologia. Os estudos psicométricos efectuados na versão Portuguesa (Canavarro, 1999) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de alfa entre 0,62 (psicoticismo) e 0,80 (somatização) e coeficientes teste-reteste entre 0,63 (ideação paranóide) e 0,81 (depressão). No presente estudo, os valores de alfa variaram entre 0,74 (psicoticismo) e 0,88 (depressão).

### *Procedimentos*

A selecção dos participantes obedeceu aos seguintes critérios: (a) frequentar o primeiro ano do Ensino Superior; (b) nunca ter frequentado nenhuma instituição do Ensino Superior; e, (c) participação voluntária. Após a autorização dos professores, foi efectuado o contacto inicial com os estudantes, momento em que lhes foi explicado o objectivo geral da investigação e se solicitou a sua colaboração para a participação no estudo. Recorreu-se ao programa SPSS (versão 15.0 para Windows) para realizar as análises estatísticas.

## RESULTADOS

*Diferenças de género ao nível da sintomatologia psicopatológica*

No Quadro 1, começamos por apresentar a caracterização da amostra relativamente à sintomatologia psicopatológica, por sexo.

Quadro 1

*Diferenças entre os sexos ao nível da sintomatologia psicopatológica*

|                            | Masculino            |                       | Feminino     |           | Testes <i>t</i><br>para amostras<br>independentes |
|----------------------------|----------------------|-----------------------|--------------|-----------|---|
|                            | <i>Média</i>         | <i>DP</i>             | <i>Média</i> | <i>DP</i> |   |
| Somatização                | <i>N</i> =66<br>0,45 | <i>N</i> =240<br>0,61 | 0,63         | 0,59      | -2,16 <i>n.s.</i>                                 |
| Obsessões-Compulsões       | <i>N</i> =67<br>1,34 | <i>N</i> =237<br>0,74 | 1,54         | 0,69      | -2,05 <i>n.s.</i>                                 |
| Sensibilidade Interpessoal | <i>N</i> =66<br>0,99 | <i>N</i> =239<br>0,92 | 1,09         | 0,78      | -0,89 <i>n.s.</i>                                 |
| Depressão                  | <i>N</i> =66<br>1,07 | <i>N</i> =238<br>0,89 | 1,25         | 0,84      | -1,51 <i>n.s.</i>                                 |
| Ansiedade                  | <i>N</i> =66<br>0,82 | <i>N</i> =241<br>0,77 | 1,18         | 0,71      | -3,55***  |
| Hostilidade                | <i>N</i> =65<br>0,89 | <i>N</i> =242<br>0,78 | 0,98         | 0,73      | -0,93 <i>n.s.</i>                                 |
| Ansiedade Fóbica           | <i>N</i> =67<br>0,54 | <i>N</i> =241<br>0,66 | 0,59         | 0,60      | -0,55 <i>n.s.</i>                                 |
| Ideação Paranóide          | <i>N</i> =65<br>0,98 | <i>N</i> =238<br>0,74 | 1,02         | 0,74      | -0,38 <i>n.s.</i>                                 |
| Psicoticismo               | <i>N</i> =67<br>0,95 | <i>N</i> =238<br>0,78 | 1,00         | 0,72      | 0,51 <i>n.s.</i>                                  |
| Índice Geral de Sintomas   | <i>N</i> =61<br>0,83 | <i>N</i> =214<br>0,61 | 1,02         | 0,58      | -2,22 <i>n.s.</i>                                 |

*Nota.* \*\*\* $p \leq 0,001$ ; *n.s.* não significativo.

Os resultados patentes no Quadro 1 indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos em relação à sintomatologia psicopatológica, com excepção do que se verifica para a dimensão ansiedade, sendo o sexo feminino a apresentar valores mais elevados nesta dimensão.

*Diferenças de género ao nível do bem-estar*

No Quadro 2, apresentamos a caracterização da amostra relativamente ao bem-estar psicológico, por sexo.

Quadro 2

*Diferenças entre os sexos ao nível do bem-estar psicológico*

|                     | Masculino             |                        | Feminino     |           | Testes <i>t</i><br>para amostras<br>independentes |
|---------------------|-----------------------|------------------------|--------------|-----------|---|
|                     | <i>Média</i>          | <i>DP</i>              | <i>Média</i> | <i>DP</i> |   |
| Felicidade          | <i>N</i> =68<br>27,62 | <i>N</i> =237<br>6,71  | 25,91        | 6,02      | 2,01 <i>n.s.</i>                                  |
| Sociabilidade       | <i>N</i> =67<br>15,15 | <i>N</i> =240<br>2,82  | 15,47        | 2,95      | -0,79 <i>n.s.</i>                                 |
| Controlo            | <i>N</i> =68<br>9,56  | <i>N</i> =240<br>2,40  | 9,47         | 2,17      | 0,30 <i>n.s.</i>                                  |
| Envolvimento Social | <i>N</i> =67<br>9,76  | <i>N</i> =236<br>2,24  | 10,27        | 2,13      | -1,70 <i>n.s.</i>                                 |
| Auto-Estima         | <i>N</i> =64<br>13,23 | <i>N</i> =243<br>3,00  | 13,14        | 2,64      | 0,26 <i>n.s.</i>                                  |
| Equilíbrio          | <i>N</i> =62<br>10,56 | <i>N</i> =242<br>2,14  | 11,35        | 2,23      | -2,48 <i>n.s.</i>                                 |
| Bem-Estar Total     | <i>N</i> =57<br>86,28 | <i>N</i> =221<br>16,73 | 85,50        | 14,83     | 0,34 <i>n.s.</i>                                  |

*Nota. n.s.* não significativo.

Os resultados apresentados no Quadro 2 indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos relativamente a nenhuma das dimensões de bem-estar e ao bem-estar total.

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente trabalho sugerem a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os sexos no que se refere à sintomatologia psicopatológica e ao bem-estar psicológico, com exceção do que se verifica para a dimensão de sintomatologia psicopatológica ansiedade, sendo o sexo feminino a apresentar os valores mais elevados.

Este resultado parece estar de acordo com um conjunto de outros estudos que têm vindo a ser realizados, quer em contexto nacional como internacional, que parecem demonstrar que os estudantes do sexo feminino tendem a viver a vida universitária de forma mais ansiógena exibindo, conseqüentemente, mais problemas ao nível da adaptação pessoal e emocional (e.g., Baker & Syrik, 1989; Castro & Almeida, 2000; Gall et al., 2000; Santos, 2000; Soares, 2003). O sexo feminino é aquele em que se verificam expectativas mais elevadas relativamente a diferentes dimensões da vida académica, pessoal e social associadas ao ensino superior (Soares & Almeida, 2002), pelo que, também por este motivo, poderão ser os estudantes do sexo feminino a apresentar maior sintomatologia ansiosa nesta fase, sentida como desafiante e exigente por muitos.

Tendo em conta os resultados referidos, parece ser importante chamar a atenção para a necessidade das instituições de ensino superior se preocuparem com a saúde mental dos seus estudantes, especialmente no que se refere aos estudantes do sexo feminino. Deverão ser feitos esforços no sentido da prevenção da sintomatologia psicopatológica e simultaneamente da promoção do bem-estar psicológico, para que a transição para o ensino superior signifique uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, L.S., Soares, A.P., & Ferreira, J.A. (1999). *Adaptação, rendimento e desenvolvimento dos estudantes do ensino superior: Construção/validação do Questionário de Vivências Académicas*. Braga: Universidade do Minho.
- Baker, R.W., & Siryk, B. (1984). Measuring adjustment to college. *Journal of Counselling Psychology*, 31, 179-189.
- Baker, R.W., & Siryk, B. (1989). *SACQ student adaptation to college questionnaire manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Canavarro, M.C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M.R. Simões, M.M. Gonçalves, & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Castro, S., & Almeida, L. (2000, Maio). *Qualidade de vida e percepção de bem-estar em estudantes universitários*. Comunicação apresentada no Seminário Transição para o Ensino Superior. Braga: Conselho Académico, Universidade do Minho.

- Derogatis, L.R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Diniz, A.M. (2001). *Crenças, escolha de carreira e integração universitária*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Gall, T.L., Evans, D.R., & Bellerose, S. (2000). Transition to first-year university: Patterns of change in adjustment across life domains and time. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19*, 544-567.
- Gerdes, H., & Mallinckrodt, B. (1994). Emotional, social, and academic adjustment of college students: A longitudinal study of retention. *Journal of Counseling and Development, 72*, 281-289.
- Herr, E.L., & Cramer, S.H. (1992). *Career guidance and counseling through the life span systematic approaches*. New York: Harper Collins Publishers.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique: L'É.M.M.B.E.P. *Revue Canadienne de Santé Publique, 89*(5), 352-357.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2006). Estudo das características psicométricas da Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar. In I. Leal, J.L. Ribeiro, & S.N. Jesus (Eds.), *Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp. 53-58). Lisboa: Edições ISPA.
- Pereira, A. (1999). Sucesso versus insucesso: taxonomia das necessidades do aluno. In J. Tavares (Ed.), *Investigar e formar em educação: IV Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação* (vol. 2, pp. 129-136). Aveiro: Universidade de Aveiro
- Pereira, A., Motta, E.D., Vaz, A.L., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A.C., et al. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no ensino superior: Estratégias de intervenção. *Análise Psicológica, XXIV*(1), 51-59.
- Pereira, A., & Williams, D. I. (2001). Stress and coping in helpers on a student "nightline" service. *Counselling Psychology Quarterly, 14*(1), 43-47.
- Ramalho, V., & McIntyre, T. (2001, Outubro). *Unidade de Consulta Psicológica Clínica e da Saúde do SCPDH da Universidade do Minho: Caracterização das utentes estudantes*. Comunicação apresentada no Congresso Percursos no Feminino: Saúde e Psicopatologia da Mulher, Porto.
- Russell, R. K., & Petrie, T. A. (1992). Academic adjustment of college students: Assessment and counselling. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of Counseling Psychology* (pp. 485-511). New York: John Wiley & Sons.
- Santos, L. (2000). Vivências académicas e rendimento escolar: Estudo com alunos universitários do 1.º ano. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.

- Soares, A. P. (2003). *Transição e adaptação ao ensino superior: Construção e validação de um modelo multidimensional de ajustamento de jovens ao contexto universitário*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Soares, A.P., & Almeida, L.S. (2002). *Trajectórias escolares e expectativas académicas dos candidatos ao Ensino Superior: Contributos para a definição dos alunos que entraram na Universidade do Minho*. Braga: Conselho Académico, Universidade do Minho.
- Stone, G.L., & Archer, J. (1990). College and university counselling centers in the 1990s: Challenges and limits. *The Counseling Psychologist*, 18, 539-607.
- Tavares, J., Santiago, R.A., & Lencastre, L. (1998). *Insucesso no 1.º ano do ensino superior: Um estudo no âmbito dos cursos de Licenciatura em Ciências e Engenharia na Universidade de Aveiro*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Upcraft, M., & Gardner, J. (1989). *The freshman year experience: Helping students survive and succeed in college*. San Francisco: Jossey-Bass.

## REPRESENTAÇÕES DE ENVELHECIMENTO, ESTADO DE SAÚDE E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM ADULTOS ACTIVOS

*Sílvia Tavares<sup>1</sup> / Adelaide D. Claudino<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Departamento de Psicologia da Universidade de Évora; <sup>2</sup>Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada, Lisboa

Muitos estudos têm sido realizados no âmbito das percepções de envelhecimento em idosos. Contudo, a literatura vem mostrando cada vez mais a necessidade de se estudar as percepções de envelhecimento a partir da idade adulta, altura em que os indivíduos começam a estabilizar a sua vida, a formar a sua família, a pensar no futuro, a planear a sua velhice e a reforma.

As teorias do envelhecimento saudável vêem os indivíduos como pró-activos, regulando a sua qualidade de vida pela definição de objectivos e lutando para os atingir, servindo-se para tal de recursos que são úteis para a adaptação a mudanças relacionadas com a idade e envolvendo-se activamente na preservação do seu bem-estar. Actualmente, o envelhecimento é encarado como um processo, e não como uma entidade estatística observada num dado momento, a uma dada hora. A forma como cada indivíduo percebe o seu envelhecimento pode ser a chave que indica uma boa ou má adaptação à velhice (Deep & Jeste, 2009).

O estudo do envelhecimento propriamente dito é importante, mas as investigações têm-se direccionado para as percepções que os indivíduos têm acerca deste, pois essas percepções implicam uma avaliação própria, reflectindo formas de pensar e julgamentos do indivíduo relativamente à sua vida, e que podem estar associados à forma como o processo de envelhecimento irá ser vivido (Furstenberg, 2002).

Os indivíduos adultos em idade activa que percebem o seu processo de envelhecimento de forma positiva procuram que a sua velhice vá no sentido de melhorar a sua qualidade de vida e não somente o seu prolongamento através de cuidados médicos (Duarte, Santos, & Gonçalves, 2002).

As dimensões representacionais do Modelo de Auto-Regulação de Howard Leventhal (1985) para a saúde e a doença, foram o suporte teórico para o modelo de envelhecimento proposto por Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, e Conroy (2007) vêm propor sete dimensões do envelhecimento. A identidade (crenças sobre o envelhecimento no contexto de saúde, especificamente as mudanças na saúde que possam estar relacionadas com o envelhecimento), a duração, que pode ser crónica ou cíclica (a crónica relacionada com o facto do indivíduo sempre se considerar velho e a

cíclica relacionada com o facto do indivíduo se considerar velho apenas em algumas fases da sua vida), as consequências, que podem ser positivas ou negativas (positivas quando o indivíduo considera que envelhecer pode trazer coisas boas; negativas quando o indivíduo considera que envelhecer pode ser difícil para ele), o controlo, também positivo ou negativo (o envelhecimento pode ser saudável e positivo quando há um controlo nesse sentido e vice-versa, ou seja, quando o indivíduo percebe que não vai conseguir monitorizar a sua experiência de envelhecimento) e as representações emocionais (relacionadas com as respostas emocionais que os indivíduos dão ao seu próprio envelhecimento) são as dimensões propostas para o modelo de envelhecimento.

Sentir-se jovem e estar satisfeito com a sua própria idade são expressões de percepções positivas de envelhecimento (Levy, 2003). A satisfação com o envelhecimento é, conceptualmente, aquilo que permite avaliar de uma forma mais explícita a idade e o envelhecimento dos indivíduos. As percepções positivas de envelhecimento são vistas como os indicadores de um envelhecimento saudável, de uma identificação com a idade e dos processos de auto-regulação (Sneed & Whitbourne, 2005).

As percepções do estado de saúde são consideradas um método confiável, capazes de expressar vários aspectos da saúde física, cognitiva e emocional dos indivíduos. Muitos estudos ligados a esta temática encontram relação entre as percepções do estado de saúde e as mais diversas variáveis, seja em populações clínicas ou não clínica (Alves & Rodrigues, 2005; Ramos, 2003).

As percepções do estado de saúde têm sido apontadas como intermediárias entre a saúde física, mental e emocional, tendo implicações importantes na promoção do bem-estar em geral e, especificamente, no bem-estar psicológico. É fundamental criar esforços no sentido de promover crenças e atitudes positivas nos indivíduos face à sua saúde e face aos comportamentos promotores de saúde (Jang, Bergman, Schonfeld, & Molinari, 2007).

Investigações realizadas vêm demonstrar que o número de sintomas é um forte preditor da percepção do estado de saúde, seguido da idade, educação e raça (Cockerham, Sharp, & Wilcox, 1983). As percepções positivas dos indivíduos relativamente à sua saúde dependem não apenas da melhoria dos sinais e sintomas da doença, mas também da manutenção do funcionamento físico e mental, do acesso a sistemas de apoio social e protecção contra a perda de controlo (Antonovsky, 1967; Liang, 1986;

Parsons, 1951; Pearlin, 1989; Rickelman, Gallman, & Parra, 1994; cit. por Bryant, Beck, & Fairclough, 2000).

As avaliações do estado de saúde têm mostrado resultados no que respeita à predição da mortalidade, à presença de problemas de saúde, à incapacidade física e biológica e aos factores de risco no estilo de vida do indivíduo. A percepção do estado de saúde está, também, relacionada com o controlo percebido e o uso de estratégias de controlo da dor e com as mudanças relacionadas com a idade. Se essa percepção for positiva ela estará relacionada com um perfil psicológico adaptativo, com a saúde e com o bem-estar psicológico (Idler & Kasl, 1991; Menec, Chipperfield, & Perry, 1999).

As representações de saúde/doença determinam a resposta do indivíduo aos sintomas corporais e ao estado de doente, incluindo o risco e a necessidade percebida de tratamento. Além disso, entender as crenças é fundamental para promover o planeamento e a qualidade dos cuidados de saúde (Haller, Sanci, Sawyer, & Patton, 2008).

Investigações realizadas demonstraram que existem diferenças nos grupos etários relativamente à percepção do estado de saúde. Verificou-se que as percepções do estado de saúde variam com a idade e que essas diferenças influenciam os mecanismos de coping que são utilizados (Keller, Leventhal, Prohaska, & Leventhal, 1989).

O bem-estar psicológico é um construto proposto, na década de 80, por Carol Ryff (1989a). O construto é associado pela autora ao funcionamento psicológico positivo do indivíduo (saúde mental) e a dimensões que possibilitam sentimentos de satisfação e felicidade consigo próprio, com as suas condições de vida nos âmbitos social e relacional, com as suas realizações pessoais passadas e expectativas futuras (Novo, 2003).

De acordo com Ryff (1989), pode ser sugerida a existência de seis dimensões que podem estar por detrás do bem-estar psicológico: a autonomia, o domínio do meio, o crescimento pessoal, as relações positivas, os objectivos de vida e a aceitação de si.

Muitas são as investigações que tentam relacionar o bem-estar psicológico às percepções de envelhecimento. Contudo, esses estudos têm incidido mais sobre a população idosa, pelo que se reveste de toda a importância tentar perceber de que forma o bem-estar psicológico pode ser influenciado pelas percepções de envelhecimento na população adulta em idade activa, sendo esse o objectivo da presente investigação.

## MÉTODOS

Tendo em vista os objectivos traçados, optou-se por um estudo transversal, exploratório, de desenho correlacional, com uma única avaliação, uma vez que se pretende estabelecer relações entre variáveis, analisando a sua magnitude e o sentido dessa mesma relação.

*Participantes*

A população alvo deste estudo foram os indivíduos adultos em idade activa, residentes em Portugal Continental, de nacionalidade portuguesa, de ambos os sexos e sem patologias relevantes que pudessem condicionar a participação no estudo. Os critérios de inclusão na amostra foram a idade dos indivíduos, sendo que esta esteve compreendida entre os 30 e os 64 anos de idade, e a sua disponibilidade de participação nesta investigação. A amostra é constituída por 57,0% de elementos femininos e 43,0% de elementos masculinos. 63,5 % desses elementos estão situados no grupo etário dos 30 aos 45 anos, sendo que o grupo etário seguinte, dos 46 aos 54 anos, está representado por 21,5 % desses elementos, e o último grupo etário que abrange os indivíduos com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos está representado por 15% dos elementos da amostra. A média de idades é de 42,57 anos de idade ( $DP=10,07$ ).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casada ou vive em união de facto (72,5%), sendo o grupo dos divorciados e dos viúvos o menos representativo na amostra (5,0% e 4,0%, respectivamente). Quanto às habilitações literárias, estas encontram-se muito distribuídas pelos vários graus de ensino, não havendo diferenças estatisticamente representativas (1º, 2º e 3º Ciclos com 22,0%, 17,5% e 14,5%, respectivamente; o ensino secundário com 25,5% de elementos; o ensino superior representado por 19,5% dos elementos compõem a amostra).

No que respeita à situação laboral e profissão, os indivíduos que compõem a amostra encontram-se, maioritariamente, em situação activa (74,0%). Seguidamente está a situação de desemprego (15,5%), depois a reforma ou invalidez representada por 8,0% dos elementos. As profissões foram distribuídas por três sectores: primário, secundário e terciário. A análise estatística realizada mostra uma diferença significativa relativamente ao sector onde estão distribuídas as profissões dos indivíduos. Verifica-se que o sector terciário, ligado à prestação de serviços, é o mais representativo dos sectores (71,5%), seguido de sector secundário, ligado às indústrias,

com 24,5%. De referir que, nesta amostra, nenhum elemento mencionou estar ligado ao sector primário, sector relacionado com a agricultura (0,0%).

Verificou-se, também, que a maior parte do elementos da amostra referiram viver com a família restrita (cônjuge e filho/os), tendo este agregado uma representação de 52,5%. De referir que 21,5% dos indivíduos vive com o cônjuge, 9,5% vive com a família alargada, 8,5% vivem sozinhos e 8% vive de uma outra forma que não foi especificada. Por último, salienta-se o facto de 87,0% dos elementos da amostra viverem em meio urbano, enquanto que 13,0% vivem em meio rural.

### *Material*

Numa só aplicação, foram utilizados os cinco instrumentos de avaliação:

- Questionário sócio-demográfico (Baseado em Sousa & McIntyre, 2002);
- Questionário das Percepções de Envelhecimento (*Aging Perceptions Questionnaire*, de Barker, O’Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007. Traduzido e adaptado por Adelaide Claudino, Universidade de Évora, 2007);
- Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida (Scale of Psychological Well-Being, de Ryff, 1989. Traduzido e adaptado por Novo, Silva & Peralta, 2003);
- Questionário de Estado de Saúde – 11 itens (SF-36 Health Survey, de Ware, Snow, Kosinsky, & Gandek, 1993. Traduzido e adaptado por Pais-Ribeiro, Ferreira, Ferreira & Santana, 2003);
- Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory, de Derogatis, 1982. Traduzido e adaptado por Canavarró, em 1995);

### *Procedimentos*

Após contacto prévio e informal com indivíduos que iam sendo convocados a participar neste estudo, e antes de se proceder à recolha de dados, foram tidos em consideração alguns aspectos éticos. Os participantes foram elucidados sobre os objectivos do estudo, assim como a confidencialidade dos dados, para que a sua colaboração fosse voluntária, fornecendo um consentimento autorizado sobre a sua participação. O preenchimento dos questionários foi realizado através do auto-preenchimento, após o esclarecimento daquilo a que cada

questionário se referia, além do esclarecimento de dúvidas pontuais. Os questionários foram administrados na própria casa do indivíduo, somente na presença do investigador, de modo a favorecer um ambiente calmo e de privacidade, tendo obtido uma taxa de resposta de 100%.

## RESULTADOS

Para se analisar o efeito das variáveis predictoras (Percepções de Envelhecimento, Estado de Saúde e Sintomas Psicopatológicos) sobre a variável resultado (Bem-Estar Psicológico), utilizou-se a regressão *stepwise* usando índices (Quadro 1), sendo esta complementada com a regressão *stepwise* utilizando subescalas.

Quadro 1

*Resultados significativos da regressão stepwise usando índices para a relação entre as Percepções de Envelhecimento, Estado de Saúde e Sintomas Psicopatológicos no Bem-Estar Psicológico*

| Variáveis                 | $\beta$ |
|---------------------------|---------|
| Estado de Saúde           | 0,43    |
| Sintomas Psicopatológicos | -0,17   |
| Bem-Estar Psicológico     | 3,31+E  |

*Variável Excluída:* Percepções de Envelhecimento

*Nota.*  $R=0,549$ ;  $R^2=0,302$ ;  $Sig.=0,000^*$ .

É possível verificar que apenas as variáveis estado de saúde e sintomas psicopatológicos têm algum efeito sobre a variabilidade do bem-estar psicológico. A dimensão deste efeito é determinada pelo coeficiente de determinação  $R^2$  e que neste caso é de 0,30. Quer isto dizer que 30,2% da variabilidade do bem-estar psicológico é devida à influência das variáveis estado de saúde e sintomas psicopatológicos. A variável percepções de envelhecimento nada explica porque foi excluída do modelo, uma vez que o seu nível de significância é maior que 0,05 ( $\beta=0,89$ ). O E (erro) trata-se de um valor que corresponde ao resto que não é explicado por aquelas variáveis.

O valor de 3,31 diz respeito ao valor da constante que precisa de ser acrescentada aos efeitos das variáveis para compreender o efeito total da regressão. Os valores 0,43 e - 0,17 correspondem aos valores  $\hat{\beta}$  das

variáveis que entraram no modelo (neste caso estado de saúde e sintomas psicopatológicos, respectivamente). Os valores  $\beta$  indicam o peso da influência da respectiva variável na variável bem-estar psicológico, e o facto da variável sintomas psicopatológicos ter sinal negativo significa que a sua influência é de sinal contrário. Isto é, quanto maior forem os índices sintomas psicológicos (em termos absolutos) menor será o bem-estar psicológico (e vice-versa). Em termos práticos, pode dizer-se que o bem-estar psicológico de uma pessoa varia em função dos indicadores do estado de saúde e dos sintomas psicopatológicos.

Contudo, quando se analisa a hipótese em estudo utilizando as subescalas verificam-se algumas diferenças, pois os resultados indicam que a variabilidade do bem-estar psicológico é melhor explicada (não só  $R$  é maior como  $R^2$  é também maior, como seria de esperar). As quatro subescalas que entraram no modelo resultante (saúde em geral, ansiedade, controlo positivo e saúde mental) explicam 34,7% da variação do bem-estar psicológico. É importante referir que face a este valor, a maior parte do bem-estar psicológico de uma pessoa é determinada por outros factores não conhecidos e que, no seu conjunto, constituem o valor do erro (valor residual da regressão). A explicação global do conjunto das quatro subescalas, embora significativa, é moderada, uma vez que o coeficiente de determinação não chega a 50% e, por outro lado, o coeficiente de correlação múltipla tem apenas o valor de 0,59 (ligeiramente superior ao obtido quando na regressão foram utilizados apenas os índices globais: 0,55).

Além destes resultados obtidos, ao contrário do que acontecia na regressão utilizando apenas os índices globais, na regressão utilizando subescalas é integrada uma subescala do Questionário das Percepções de Envelhecimento (controlo positivo:  $\beta=0,19$ ), o que permite confirmar, de uma forma mais consistente, a hipótese em estudo, já que pelo menos uma dimensão das percepções de envelhecimento contribui para a explicação da variação do bem-estar psicológico.

Esta regressão identifica as sub-dimensões do estado de saúde, dos sintomas psicopatológicos e das percepções de envelhecimento que mais influenciam o bem-estar psicológico. Tal como quando se utilizaram os índices, o estado de saúde tem maior poder explicativo que os sintomas psicopatológicos e as percepções de envelhecimento e identificam as dimensões de onde vem esse poder explicativo.

## DISCUSSÃO

No presente estudo previa-se que as percepções de envelhecimento, conjuntamente com a avaliação que as pessoas fazem do seu estado de saúde e dos seus sintomas psicopatológicos influenciassem, de forma significativa, a percepção do seu bem-estar psicológico. Quando se utilizou a regressão *stepwise* usando índices, esta hipótese foi apenas parcialmente confirmada, uma vez que a percepção que as pessoas têm do seu envelhecimento parece não ter influência significativa na percepção do seu bem-estar psicológico. Isto pode ser justificado pelo facto da população alvo ser uma população jovem e que ainda não tem muita preocupação com a sua velhice.

Mais concretamente, verifica-se que quando um indivíduo percebe positivamente o seu estado de saúde e negativamente os sintomas psicopatológicos, o seu bem-estar psicológico aumenta. Pelo contrário, quando o indivíduo percebe negativamente o seu estado de saúde e positivamente os sintomas psicopatológicos, o seu bem-estar psicológico diminui. Estas conclusões vão ao encontro dos estudos efectuados que mostram que o bem-estar psicológico é bastante sensível ao nosso estado de saúde física e psicológica (Collins, Goldman, & Rodríguez, 2008; Ryan & Willits, 2007; Llewellyn, Lang, Langa, & Huppert, 2008).

No entanto, quando se utilizou a regressão *stepwise* usando subescalas, a hipótese foi melhor confirmada, uma vez que pelo menos uma dimensão do Questionário das Percepções de Envelhecimento também contribuiu para a explicação da variação do bem-estar psicológico dos indivíduos, sugerindo que a monitorização do processo de envelhecimento é algo benéfico para a saúde psicológica dos indivíduos (Barker et al., 2007). Além disso, o uso das subescalas (dimensões) permite perceber melhor que tipo de condições ou estados influenciam (negativa ou positivamente) o bem-estar psicológico de uma pessoa.

Assim, pode-se dizer que quando os indivíduos avaliam positivamente o seu estado mental e a sua saúde em geral, e percebem um controlo positivo do seu processo de envelhecimento, o seu bem-estar psicológico aumenta. No entanto, a existência de um estado de ansiedade em termos de sintomas provoca uma diminuição do bem-estar psicológico. É, pois, a combinação da percepção individual destas quatro condições que determinam nas pessoas deste grupo alvo o valor do seu bem-estar psicológico.

REFERÊNCIAS

- Alves, L.S., & Rodrigues, R.N. (2005). Determinantes da auto-percepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo. *Revista do Panamá Salud Publica*, 5/6(17), 331-341.
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H.M., Hickey, A., & Conroy, R.M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7(9), 1-13.
- Bryant, L.L., Beck, A., & Fairclough, D.L. (2000). Factors that contribute to positive perceived health in older populations. *Journal of Aging and Health*, 2(12), 169-184.
- Cockerham, W.C., Sharp, K., & Wilcox, J.A. (1983). Aging and perceived health status. *Journal of Gerontology*, 3(38), 349-355.
- Collins, A.L., Goldman, N., & Rodríguez, G. (2008). Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 6(63B), 321-327.
- Deep, C.A., & Jeste, D.V. (2009). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Psychiatric Associations*, 7, 137-150.
- Duarte, C.P., Santos, C.L., & Gonçalves, A.K. (2002). A concepção de pessoas de meia-idade sobre saúde, envelhecimento e actividade física como motivação para comportamentos activos. *Revista Brasileira de Ciências e Desporto*, 3(23), 35-48.
- Furstenberg, A.L. (2002). Trajectories of aging: imagined pathways in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 55, 1-24.
- Haller, D.M., Sanci, L.A., Sawyer, S.M., & Patton, G. (2008). Do young people's illness beliefs affect healthcare? A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 5(42), 436-449.
- Idler, E.L., & Kasl, S. (1991). Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality? *Journal of Gerontology*, 2(46), 55-65.
- Jang, Y., Bergman, E., Schonfeld, L., & Molinari, V. (2007). The mediating role of health perceptions in the relation between physical and mental health. *Journal of Aging and Health*, 3(19), 439-452.
- Keller, M.L., Leventhal, H., Prohaska, T.R., & Leventhal, E.A. (1989). Beliefs about aging and illness in a community sample. *Research in Nursing & Health*, 4(23), 247-255.

- Levy, B.R. (2003). Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, 203-211.
- Levy, B.R., Slade, M.D., Kunkel, S.R., & Kasl, S.V. (2002). Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2(83), 261-270.
- Llewellyn, D.J., Lang, I. A., Langa, K.M., & Huppert, F.A. (2008). Cognitive function and psychology well-being: Findings from a population-based cohort. *Age and Aging*, 6(37), 685-689.
- Menec, V.H., Chipperfield, J.P., & Perry, R.P. (1999). Self-perceptions of health: A prospective analysis of mortality, control and health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2(54), 85-93.
- Novo, R.F. (2003). *Para além da Eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ramos, L.R. (2003). Factores determinantes de envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 3(19), 793-798.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6(57), 1069-1081.
- Sneed, J.R., & Whitbourne, S.K. (2005). Models of the aging self. *Journal of Social Issues*, 61, 375-388.

ESTUDO DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA  
NO PERÍODO PERI-GRAVÍDICO EM MULHERES  
SUJEITAS A EPISIOTOMIA/EPISIORRAFIA

*Sílvia de Lourenço<sup>1</sup> / Isabel Leal<sup>1,2</sup> / Ana Carvalheira<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>ISPA – Instituto Universitário, <sup>2</sup>Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D, ISPA – Instituto Universitário

A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns em obstetrícia, sendo apenas superado pelo pinçar e corte do cordão umbilical (Oliveira & Miliquini, 2005) sendo no entanto um dos únicos que é realizado sem qualquer consentimento específico da doente (Borges, Serrano, & Pereira, 2003).

Episiotomia define-se como uma incisão cirúrgica no períneo com o objectivo de aumentar a abertura vaginal durante o parto, favorecendo a libertação do feto (Fernando, 2007; Husic & Hammound, 2009). Rezende (2005) citado por Oliveira e Miquilini (2005) acrescentam que esta incisão tem também como objectivos diminuir o trauma dos tecidos do canal de parto, evitando lesões desnecessárias do pólo cefálico fetal, submetido à pressão sofrida contra o períneo materno.

Não existe actualmente consenso no que concerne à taxa óptima de realização deste procedimento (Graham, Carroli, Davies, & Medves, 2005), no entanto a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) recomenda taxas de episiotomia de 10%. Em Portugal, de acordo com informações fornecidas pela Divisão de Estatísticas de Saúde da Direcção Geral da Saúde, não existem dados estatísticos relativos às taxas de episiotomia praticados em Portugal.

A episiotomia foi introduzida há mais de 250 anos na prática clínica sem uma evidência científica que fundamentasse o seu benefício, tendo como justificação a prevenção de lacerações perineais severas, uma melhor preservação da função sexual posterior, uma redução da incidência de incontinência urinária e fecal e a protecção do recém-nascido (Borges et al., 2003). No entanto, actualmente para muitos autores (Caroli & Belizan, 2008; Hartmann, Viswanathan, Palmieri, Gartlehner, Thorp, & Lohr, 2005) o seu uso rotineiro não é aconselhado e deve ser abandonado, sendo recomendada uma filosofia mais selectiva.

A gravidez, parto e o período que se segue representam uma transição bastante expressiva na vida das mulheres, tendo um impacto significativo no ajustamento sexual das mães e pais (Hyde, DeLamater, Plant, & Byrd, 1996). O funcionamento sexual feminino é um aspecto multidimensional

e muito importante no que concerne à qualidade de vida feminina e é influenciado por inúmeros aspectos de ordem psicológica, relacional e física (Berman, Berman, & Kanaly, 2003). O ciclo de resposta sexual é um processo complexo, que assenta em diversos factores, incluindo vasculares, neurogénicos, musculares, hormonais, psicogénicos, etc. (Berman, Adhikari, & Goldstein, 2000). A maior parte dos estudos que se centraram na avaliação do impacto do parto na vida sexual feminina, centra-se principalmente nas alterações físicas implicadas a curto prazo, mas os seus resultados são díspares (Botros, Abramov, Miller, Sand, Gandhi, Nickolov et al., 2006; Rogers, Borders, Leeman, & Albers, 2009), no entanto a maioria concorda que a vida sexual do casal é inevitavelmente influenciada pelo nascimento de um bebé (Lourenço, 2002). Há, sem dúvida, um decréscimo do tempo e atenção mutuamente disponível entre os membros do casal, com repercussões no seu relacionamento sexual (Walton, 1999).

O objectivo do nosso estudo foi, assim, o de perceber se a presença de episiotomia /episiotomia interfere de alguma forma, nesta amostra, na vivência da sexualidade feminina após o parto.

## MÉTODO

A presente investigação enquadra-se também no tipo quantitativa, descritiva e exploratória, tendo sido realizado em puérperas atendidas no Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo, no período entre 20 de Janeiro e 30 de Junho de 2008. Este projecto foi aprovado pela Comissão de Ética e pelo Conselho de Administração da respectiva instituição.

### *Participantes*

A amostra do presente estudo incidiu sobre um grupo de 120 mulheres de nacionalidade portuguesa, internadas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E, obedecendo ainda a alguns critérios para inclusão, tais como ser:

1 – Puérperas em idade adulta; 2 – Ter parido o seu filho por parto eutócico; 3 – Ter-lhe sido realizada episiotomia médio-lateral e

episiorragia no períneo; 4 – Primíparas ou múltíparas na fase do puerpério precoce; 5 – Mulheres que não tenham tido intercorrências patológicas no decurso da gravidez; 6 – Mulheres sem complicações obstétricas durante a gravidez ou parto; 7 – Mulheres que tiveram companheiro sexual durante a gravidez e ainda o mantêm.

Existiu também um grupo de controlo que englobou 70 mulheres que cumprem todos os requisitos supracitados, à excepção de possuírem episiotomia e episiorragia, possuindo períneo intacto, sem qualquer laceração. Desta forma pretendeu-se comparar ambos os grupos e inferir se a presença de episiotomia /episiorragia interfere de alguma forma, nesta amostra, na vivência da sexualidade feminina após o parto.

### *Material*

Utilizou-se o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) em conjugação com um outro questionário construído para o efeito e na ausência de instrumentos que servissem os objectivos deste estudo.

### *Procedimentos*

As puérperas foram contactadas durante o seu internamento no hospital, onde lhes foi explicado o âmbito do estudo e solicitado o seu consentimento informado. Assim, a cada puérpera foi entregue um envelope com o consentimento informado e com o instrumento de colheita de dados, explicando o objectivo da investigação.

Desta forma, foi assegurada a confidencialidade, o anonimato, o respeito pela autonomia, e a integridade física e psíquica da mulher. Após o seu consentimento em colaborar com o estudo, foi-lhes fornecido o instrumento de colheita de dados para preencherem. Este dizia respeito a diversas variáveis sexuais relativamente ao período gravídico. Posteriormente, foi solicitada novamente a participação dos elementos da amostra que receberam em suas casas, via correio, o mesmo instrumento (FSFI) e um questionário, mas para preencher com dados relativos ao período pós-parto. Estes instrumentos foram acompanhados de um envelope com resposta paga, para que pudessem ser devolvidos. Verificou-se que a taxa de mortalidade do grupo de mulheres com episiotomia foi de 13,89 % e no grupo de controlo foi de 12,09 %.

*Análise de dados*

Para a análise dos dados obtidos foi utilizado o programa de tratamento estatístico SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), para Windows, versão 12.0.

No que respeita à análise do FSFI recorreu-se aos testes paramétricos, nomeadamente ao teste *t*-Student para amostras emparelhadas ou amostras independentes, considerando-se estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo *p*-value do teste foi inferior ou igual a 0,05 e 0,001. Relativamente aos questionários, estes foram analisados seguindo os princípios da estatística descritiva. Com o FSFI compararam-se as seguintes variáveis: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual, dor e grau de função sexual no período gravídico com o período pós parto. Por outro lado, com o questionário caracterizaram-se os comportamentos sexuais 3 meses após o parto, bem como o impacto da episiotomia na sexualidade feminina.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria das mulheres da amostra (81,8%) 8 semanas após o nascimento do bebé, já tinha reiniciado a sua vida sexual. É importante salientar que no grupo com episiotomia grande parte das mulheres reinicia a sua vida sexual por volta da 8ª semana após o parto, enquanto no grupo de controlo, grande parte das mulheres inicia a sua vida sexual mais cedo, por volta da 5ª semana. A bibliografia existente acerca do *timing* de reinício da actividade sexual é bastante díspar, havendo vários estudos que apresentam datas discordantes para este facto. Assim, um estudo efectuado por Dahlen e Homer (2008) às 12 semanas após o parto perto de três quartos já tinha iniciado a sua vida sexual. Num outro estudo realizado em 2009 por Rogers, Borders, Leeman e Albers, aproximadamente metade das mulheres da amostra reiniciaram a sua actividade sexual 6 semanas após o parto (mulheres com laceração perineal). Já num estudo realizado por Wang, Xu, Yao e Zhou (2003) o reinício da actividade sexual verificou-se em média cerca de 8 semanas após o nascimento do bebé.

Constatou-se que mais de metade das mulheres com episiotomia (53,8%) consideram que a realização da episiotomia inibiu de alguma forma a sua actividade sexual. Não foi encontrado nenhum estudo que abordasse

claramente esta temática, no entanto a frequência da actividade sexual pode de alguma forma espelhar este efeito. Assim, no que concerne à frequência de relações sexuais relativas ao mês anterior à resposta do questionário (entre o 2º e 3º mes após o parto) verifica-se uma diferença significativa, pelo que as mulheres com períneo intacto apresentam uma maior frequência na actividade sexual quando comparadas com as mulheres com episiotomia). Assim, num estudo realizado por Woranitak e Taneepanichskul (2007) demonstrou o efeito da episiotomia na sexualidade após o parto, nomeadamente que mulheres sem episiotomia têm maior actividade sexual do que as mulheres com episiotomia.

Três meses após o parto, denotam-se diferenças significativas na forma como a dor interfere nas relações sexuais das mulheres com e sem episiotomia. Assim, as mulheres com períneo intacto apresentam escores elevados nos itens que se referem a pouca ou nenhuma interferência da dor nas relações sexuais, enquanto as mulheres com episiotomia referem uma interferência frequente. Tal como vem descrito num estudo realizado por Paterson, Davis, Khalifé, Amsel, e Binik (2009) a existência de dor no período após o parto pode influenciar negativamente o funcionamento sexual. Por outro lado, os resultados obtidos neste estudo revelam que três meses após o parto, as mulheres com episiotomia apresentam intensidade de dor a nível sexual significativamente maior comparativamente às mulheres com períneo intacto (Figuras 1 e 2).

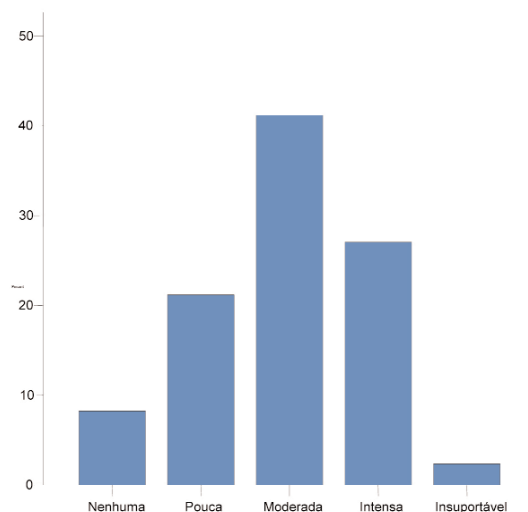
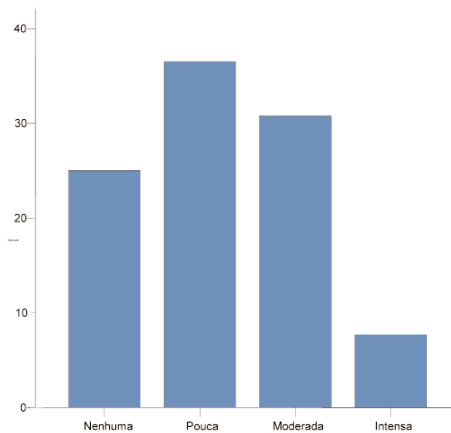


Figura 1. Dor na primeira relação sexual (mulheres com episiotomia)



*Figura 2.* Dor na primeira relação sexual (mulheres sem episiotomia)

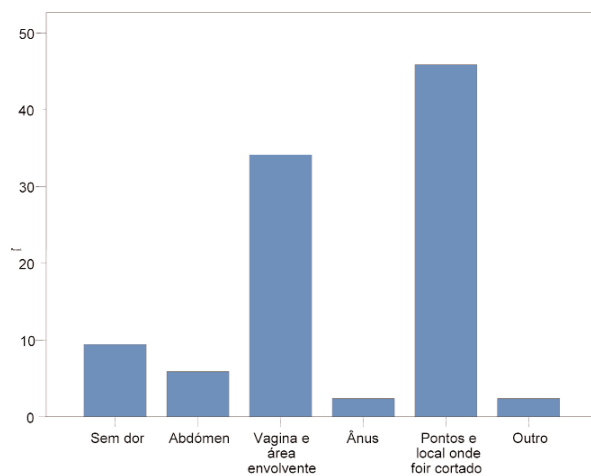
Estes resultados vão de encontro a um estudo Alemão elaborado por Buhling, Schmidt, Robinson, Klapp, Siebert e Dudenhausen (2006) que concluiu que das mulheres com dispareunia 6 meses após o parto eram mulheres com maiores probabilidades de terem sido submetidas a uma episiotomia ou um parto vaginal distócico. Numa outra investigação realizada em 2001 por Signorello, Harlow, Chekos, e Repke é referido que as mulheres com períneo intacto obtiveram os melhores resultados no que concerne aos níveis de dor, apresentando-os mais baixos que todas as outras mulheres.

Relativamente à localização da dor na primeira relação sexual após o parto, os resultados mostram que grande parte das mulheres com episiotomia menciona dor nos pontos e no local onde foi cortada (episiotomia/episiórrafia) e na vagina e área envolvente (Figura 3). Em oposição, a maioria das mulheres com períneo intacto mencionam dor essencialmente no abdómen (Figura 4).

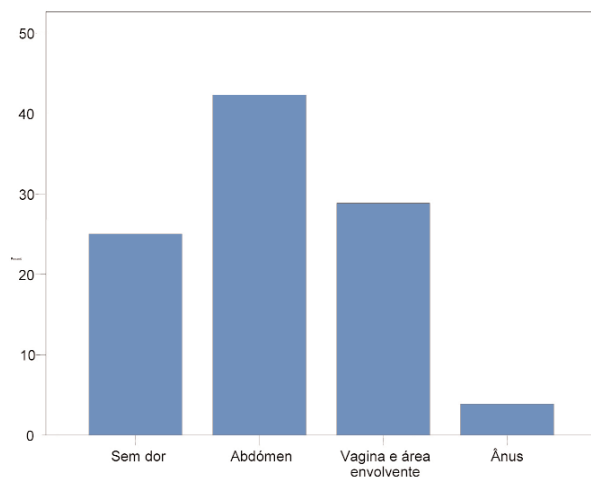
Apesar de haver extensa literatura que se debruça sobre a existência de dor nas relações sexuais após o parto, os estudos que aprofundam a localização da mesma são escassos e pouco específicos como o realizado por Paterson et al (2009) que mencionam que a quase totalidade das mulheres incluídas na sua amostra referiu dor genital no período pós parto, sem no entanto especificar mais a sua localização.

Neste estudo verifica-se que uma grande percentagem de mulheres (42,9%) que menciona que a presença da episiotomia/episiórrafia torna os

parceiros menos receptivos a acariciar a sua vagina. Não foram, no entanto encontrados outros estudos que abordassem esta temática.



*Figura 3. Localização da dor na 1ª relação sexual (mulheres com episiotomia)*



*Figura 4. Localização da dor na 1ª relação sexual (mulheres sem episiotomia)*

## CONCLUSÕES

As conclusões principais apontam para o facto de as mulheres sem episiotomia iniciam a actividade sexual mais cedo (por volta da 5ª semana) do que as mulheres com episiotomia, que reiniciam cerca da 8ª semana. Inclusivamente as mulheres com episiotomia referem explicitamente que a episiotomia afecta o reinício da actividade sexual, começando mais tarde. Relativamente à frequência de relações sexuais no último mês, as mulheres com períneo intacto apresentam maior frequência do que mulheres com episiotomia, pelo que este procedimento parece exercer uma influencia negativa na frequência da actividade sexual.

Por outro lado, os resultados indicam ainda que não se verificam diferenças significativas no que respeita à duração dos preliminares, à prática de sexo oral e às carícias vaginais, no grupo de mulheres com e sem episiotomia, pelo que se pode concluir que a episiotomia não parece influenciar negativamente na realização destas práticas sexuais após o parto. Mais ainda, conclui-se ainda que a episiotomia não interfere na auto-percepção da vagina, pelo que a maioria das mulheres com episiotomia menciona “gostar igualmente da sua vagina”.

É ainda interessante verificar que, grande parte das mulheres deste estudo, mencionam explicitamente que a episiotomia interfere negativamente na sua vida sexual, quer através da inibição da sua actividade sexual, quer pelo facto de ser causadora de dor (essencialmente no local onde foi cortada (episiotomia/episiorragia)), ou de causar diminuição da sensibilidade da vagina. Mais ainda, a episiotomia parece influenciar negativamente a receptividade de alguns parceiros a acariciar a vagina das suas companheiras no período após o parto.

## REFERÊNCIAS

- Berman, J., Adhikari, S., & Goldstein, I. (2000). Anatomy and Physiology of female sexual function and Dysfunction. *European Urology*, 38(1), 20-29
- Berman, J., Berman, L., & Kanaly, K. (2003). Female sexual dysfunctions: New perspectives on anatomy, physiology, evaluation and treatment. *European Association of Urology – Update Series*, 1, 166-177.

- Borges, B. B., Serrano, F., & Pereira, F. (2003). Episiotomia: Uso generalizado versus selectivo. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 447-454.
- Botros, S., Abramov, Y., Miller, J., Sand, P., Gandhi, S., Nickolov, A., & Golberg, R. (2006). Effect of parity on sexual function. *Obstetrics & Gynecology*, 107(4), 765-770.
- Buhling, K., Schmidt, S., Robinson, J., Klapp, C., Siebert, G., & Dudenhausen, J. (2006). Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according do mode of delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 124, 42-46.
- Caroli, G., & Belizan, J. (2008). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Library*, Issue 1.
- Dahlen, H., & Homer, C. (2008). Perineal Trauma and postpartum perineal morbidity in Asian and Non-Asian primiparous women giving birth in Australia. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37,455-463.
- Fernando, R.J. (2007). Risk factors and management of obstetric perineal injury. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 17(8), 238-243.
- Graham, I.D., Carroli, G., Davies, C., & Medves, J.M. (2005). Episiotomy rates around the world: an update. *Birth*, 32(3), 219-223.
- Hartman, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartiehner, G., Thorp, J., & Lohr, K. N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 293(17), 2141-2148.
- Husic, A., & Hammound, M. (2009). Indications for the use of episiotomy in Qatar. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 104, 240-248.
- Hyde, J., DeLamater, J., Plant, E., & Byrd, J. (1996). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Sex Research*, 33, 143-151.
- Lourenço, M.C. (2002). Conjugalidade e parentalidade: Continuar a diade na presença de um terceiro. *Psychologica*, 31, 25-42.
- Oliveira, S.M.J., & Miquilini, E.C. (2005). Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39(3), 288-95.
- Paterson, L., Davis, S., Khalifé, S., Amsel, R., & Binik, Y. (2009). Persistent genital and pelvis pain after childbirth. *Journal of Sex Medicine*, 6, 215-221.
- Rogers, R., Borders, N., Leeman, L., & Albers, L. (2009). Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(2), 98-103.
- Signorello, L.B., Harlow, B.L., Chekos, A.K., & Repke, J.T. (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184, 881-888.

- Walton, I. (1999). Sexuality and Childbearing. In B. Sweet (Ed.), *Mayes' Midwifery: A textbook for Midwives* (12<sup>a</sup> ed., pp. 741-747). UK: Baillière Tindall.
- Wang, H., Xu, X., Yao, Z., & Zhou, Q. (2003). Impact of delivery types on women's postpartum sexual health. *Reproduction & Contraception*, *14*(4), 237-242.
- Woranitat, W., & Taneepanichskul, S. (2007). Sexual Function during the postpartum period, *Journal of Medical Association of Thailand*, *90*(9), 1744-1748.
- World Health Organization. (1996). Care in normal birth: A practical guide. WHO/FRH/MSM/96.24. Geneva: World Health Organization.

INDICADORES DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM  
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS BRASILEIRAS

*Simone Oliveira Melo Paiva<sup>1</sup> / Sebastião Benício da Costa Neto<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>Pontifícia Universidade Católica de Goiás, <sup>2</sup>Universidade Federal de Goiás

Estudos sobre transtornos alimentares (TA's) encontram-se focados nas concepções atuais acerca do funcionamento mental e do contexto social dos pacientes. As descobertas que derivam dessa compreensão têm se refletido em um número significativo de pesquisas realizadas na psicologia, na psiquiatria e na nutrição (Alvarenga & Larino, 2002; Assunção, & Cabral, 2002; Duchesne & Esposito, 2002; Fontenelle, Cordas, & Sassi, 2002). TA's são definidos como distúrbios persistentes do comportamento alimentar ou de comportamentos para controlar o peso, que prejudicam de maneira significativa a saúde física e o funcionamento psíquico, e que não são secundários a qualquer acometimento reconhecido da saúde física em geral ou qualquer outro transtorno psiquiátrico (Fairbun, 2002).

Os atuais sistemas classificatórios de transtornos mentais DSM-IV e CID-10 ressaltam duas entidades nosológicas principais dos TA's: a Anorexia Nervosa – AN e a Bulimia Nervosa – BN (Claudino & Borges, 2005). Tanto a AN, quanto a BN, encontram-se estreitamente relacionadas por apresentarem sintomas comuns em relação à representação da forma corporal, preocupação excessiva com o peso, medo patológico de engordar e, conseqüentemente, alteração negativa da imagem corporal (Amigo, 2005; Nakamura, 2004). A etiologia dos TA's é multifatorial e são considerados como determinantes as predisposições genética, sócio-cultural e as vulnerabilidades biológicas e psicológicas que interagem entre si de modo complexo para produzir e, muitas vezes, perpetuar a doença (Morgan & Claudino, 2005; Nunes, Olinto, Barros, & Comey, 2001).

O contexto sócio-cultural e os fatores psicológicos têm seu lugar na gênese dos TA's, acarretando conseqüências clínicas e psicológicas devastadoras, refletindo em índices importantes de mortalidade e morbidade, matizados, por sua vez, por retardo no desenvolvimento e no crescimento, sobretudo, de adolescentes do sexo feminino e mulheres jovens (Andrade, Viana, & Silveira, 2006; Colverol, Costardi, & Rolim, 2004).

No Brasil, supõe-se que existe uma escassez de inquéritos nacionais sobre estudos epidemiológicos destinados a traçar diagnósticos de TA's (Cordás, 1999; Hay, 2002). Considerando a pouca existência de estudos sobre os indicadores de TA's na população residente no Estado de Goiás/Brasil, a presente investigação objetivou descrever e analisar a prevalência dos transtornos de AN e de BN entre estudantes universitárias goianas e comparar tais resultados com seus dados sócio-demográficos e clínicos.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram no estudo 310 universitárias, de primeiro e segundo semestres, dos cursos de educação física e fisioterapia da Universidade Estadual de Goiás – UEG, e dos cursos de fisioterapia, nutrição, psicologia e enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO, na faixa etária de 18 a 20 anos.

### *Material*

Foram aplicados exemplares do Questionário Sócio-demográfico; do Eating Attitudes Test – EAT 26 (para AN), do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo – BITE (para BN); do Questionário de Saúde Geral, de Goldberg – QSG; e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

### *Procedimentos*

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/GO, iniciou-se a coleta de dados coletivamente (em Outubro e Novembro de 2007). Após a aprovação dos professores contatados em sala de aula, as participantes foram abordadas uma única vez em sala de aula, momento em que foram apresentados os objetivos da investigação e solicitada suas adesões. Não havendo nenhuma recusa em participar do estudo, as participantes assinaram o TCLE e, na seqüência, responderam ao EAT-26, BITE e QSG, em um tempo médio de 60 minutos, não havendo intercorrências durante o período. Após a coleta dos dados, as análises estatísticas foram feitas no Programa SPSS, versão 13,0.

## RESULTADOS

Entre os dados sócio-demográficos, observou-se que na amostra ( $n=310$ ), a faixa etária predominante foi de 18 a 20 anos (77,5%), o estado civil solteira (91,3%), a instituição de ensino com maior quantidade de

participantes foi a PUC/GO (74%), seguida pela UEG (26%). Quanto ao curso de graduação, observou-se que 20,8% eram de fisioterapia, 16,3% de enfermagem, 27,9% de psicologia, 15,7% de nutrição e 18,6% de educação física. Quanto à renda familiar, predominou a faixa de dois a quatro salários mínimos (25,3%); a escolaridade do pai e da mãe demonstrou ser mais freqüente a do ensino médio completo (23,7% do pai; 28,5% da mãe). Na condição conjugal dos pais, de 203 participantes, 65% relataram estabilidade conjugal dos mesmos.

Observou-se que 96,2% ( $n=310$ ) relataram não fazer uso de anorexígenos. O índice de massa corpórea (IMC) de maior incidência situou-se na faixa da normalidade para 71,5% das participantes, porém os dados apontaram também para uma incidência de 17,3% apresentando baixo peso. Por fim, 207 participantes (66,3%) nunca receberam orientação profissional para fazer dietas, enquanto que 33% haviam recebido tal orientação.

Em relação aos escores do EAT (Tabela 1), 86,5% das participantes ( $n=268$ ) encontravam-se dentro da normalidade ( $<21$ ), enquanto que 13,5% ( $n=42$ ) encontravam-se na faixa sugestiva de anormalidade ( $>21$ ). Quanto aos indicadores de BN, os dados apontam que 50% das participantes ( $n=155$ ) encontravam-se dentro dos limites normais de comportamento alimentar (gravidade baixa) e 34,8% ( $n=108$ ) apresentavam padrões alimentares não usuais (gravidade média). Por último, 15,2% ( $n=47$ ) apresentam grau elevado de possibilidade de BN (gravidade elevada).

Na avaliação do QSG, nos fatores morte e desempenho, houve pouca relevância para presença de distúrbios (4,5% e 8,1%, respectivamente). Quanto ao fator sono e fator estresse, os dados apontam um discreto aumento, porém se mantendo ainda pouco sugestivos de anormalidade (11,9% e 16,1%, respectivamente). O fator distúrbios psicossomáticos foi sugestivo de presença de distúrbios em 91,3% das participantes. Por último, o fator saúde geral apontou 18,7% da amostra com indicadores de distúrbios e 81,3% dentro da normalidade.

A freqüência de indicadores de TA's e Saúde Geral, nos respectivos cursos de graduação, sugeriram elevados indicativos de AN entre as estudantes de enfermagem (2,6%,  $DP=0,618$ ) e as de nutrição (2,5%,  $DP=0,577$ ). Quanto às freqüências de indicadores de BN, houve predomínio nos cursos de enfermagem (12,4%,  $DP=5,17$ ) e educação física (10,9%,  $DP=4,22$ ). Em relação ao QSG, os dados sugeriram presença de distúrbios psicossomáticos nos cursos de enfermagem (48,2%,  $DP=14,04$ ) e nutrição (49,1%,  $DP=13,82$ ). Também, no aspecto saúde geral, os cursos de

enfermagem e nutrição obtiveram frequências elevadas em relação aos demais cursos universitários (27,66%,  $DP=39,72$  e 28,56%,  $DP=38,22$ ).

Quadro 1

*Indicadores de AN, BN e saúde geral de universitárias brasileiras (N= 310)*

| Instrumento                      |   | f   | %    |
|----------------------------------|---|-----|------|
| EAT                              | Sugestivo de anormalidade ( $\geq 21$ )   | 42  | 13,5 |
|                                  | Sugestivo de normalidade ( $< 21$ )       | 268 | 86,5 |
| BITE                             | Baixa gravidade ( $< 10$ )                | 155 | 50,0 |
|                                  | Media gravidade ( $\geq 10$ e $\leq 19$ ) | 108 | 34,8 |
|                                  | Elevada gravidade ( $\geq 20$ )           | 47  | 15,2 |
| QSG – Morte                      | Indicador de distúrbio ( $\geq 3$ )       | 14  | 4,5  |
|                                  | Não indicador de distúrbio ( $< 3$ )      | 296 | 95,5 |
| QSG – Desempenho                 | Indicador de distúrbio (?3)               | 25  | 8,1  |
|                                  | Não indicador de distúrbio ( $< 3$ )      | 285 | 91,9 |
| QSG – Sono                       | Indicador de distúrbio ( $\geq 3$ )       | 37  | 11,9 |
|                                  | Não indicador de distúrbio ( $< 3$ )      | 273 | 88,1 |
| QSG – Estresse                   | Indicador de distúrbio ( $\geq 3$ )       | 50  | 16,1 |
|                                  | Não indicador de distúrbio ( $< 3$ )      | 260 | 83,9 |
| QSG – Distúrbios Psicossomáticos | Indicador de distúrbio ( $\geq 3$ )       | 283 | 91,3 |
|                                  | Não indicador de distúrbio ( $< 3$ )      | 27  | 8,7  |
| QSG – Saúde geral                | Indicador de distúrbio ( $\geq 3$ )       | 83  | 26,7 |
|                                  | Não indicador de distúrbio ( $< 3$ )      | 227 | 73,3 |

Nas correlações entre os dados do EAT, BITE e QSG, quando se compara o BITE com o EAT, observou-se que quanto mais presentes estavam os indicadores de BN, também maiores eram os indicadores de AN ( $r=0,633$ ,  $p \geq 0,01$ ). Também, quanto maior era o indicador do QSG Morte, maiores eram os indicadores de BN e de AN ( $r=0,258$  e  $r=0,254$ ;  $p \geq 0,01$ ). No fator desempenho, observou-se que quanto maior era a falta de confiança no desempenho relacionado a saúde geral, maiores eram os indicadores de AN, BN e QSG Morte (respectivamente,  $r=0,310$ ,  $r=0,334$  e  $r=0,704$ ;  $p \geq 0,01$ ). Quanto maiores os indicadores no fator sono do QSG, maiores eram os indicadores de AN, BN e fatores de Morte e Desempenho do QSG (respectivamente,  $r=0,325$ ,  $r=0,301$ ,  $r=0,366$ ,  $r=0,504$ ;  $p \geq 0,01$ ). Quando se compara o fator Psicossomatização do QSG com o EAT, o BITE, e os fatores Morte, Desempenho e Sono do QSG, observam-se correlações positivas ( $r=0,368$ ,  $r=0,339$ ,  $r=0,664$ ,  $r=0,790$ ,  $r=0,612$ ,  $p \geq 0,01$ , respectivamente). Por último, quando se compara QSG Estresse com o EAT, o BITE e o QSG Morte, Desempenho, Sono, Psicossomatização e Saúde geral, as correlações foram positivas (respectivamente,  $r=0,317$ ,  $r=0,329$ ,

$r=0,721$ ,  $r=0,798$ ,  $r=0,578$ ,  $r=0,953$ ,  $r=0,955$ ,  $p \geq 0,01$ ), sugerindo que o estresse tinha um impacto relevante em múltiplos fatores.

Observou-se, também, que, quanto menor o grau de escolaridade do pai, maior a manifestação nas participantes de desejo de morte, de desconfiança no desempenho, psicossomatização, na saúde geral e no estresse (respectivamente,  $r=-0,148$ ,  $p \geq 0,01$ ;  $r=-0,137$ ,  $p \geq 0,05$ ;  $r=-0,141$ ,  $p \geq 0,05$ ;  $r=-0,147$ ,  $p \geq 0,01$ ;  $r=-0,132$ ,  $p \geq 0,05$ ). Quando se compara o grau de escolaridade da mãe, quanto maior era, maior também era o risco para desenvolver AN ( $r=0,123$ ,  $p \geq 0,05$ ). Também, quanto maior o IMC, maior o risco para AN e BN (respectivamente  $r=0,312$ ,  $p \geq 0,01$ ;  $r=0,439$ ,  $p \geq 0,01$ ). Ao se comparar a imagem corporal com o EAT, o BITE e com os fatores do QSG, as correlações foram negativas (respectivamente,  $r=-0,473$ ,  $p \geq 0,01$ ;  $r=-0,460$ ,  $p \geq 0,01$ ; QSG:  $r=-0,118$ ,  $p \geq 0,05$ ;  $r=-0,170$ ,  $p \geq 0,01$ ;  $r=-0,200$ ,  $p \geq 0,01$ ;  $r=-0,161$ ,  $p \geq 0,01$ ;  $r=-0,177$ ,  $p \geq 0,01$ ;  $r=-0,136$ ,  $p \geq 0,05$ ) demonstrando que quanto menos satisfeitas as participantes se encontravam com a imagem corporal, maior eram os riscos para AN, BN e QSG no geral.

## DISCUSSÃO

Tanto os dados sugestivos de TA's quanto os sócio-demográficos e clínicos dos participantes deste estudo, são compatíveis com os encontrados na literatura, sobre rastreamento de TA's em mulheres jovens realizados no Brasil (Fiatesm & Sales, 2001; Nunes et al., 1994, 2001).

A maior incidência de AN foi encontrada nos cursos de enfermagem e de nutrição. Para a BN, os maiores índices foram nos cursos de enfermagem e educação física. Bosi, Luiz, Uchimura, e Oliveira (2008) e Nunes et al. (2001) referem maior risco de TA's em alguns grupos específicos, tais como: atrizes, atletas, modelos e profissionais da saúde que lidam com a imagem corporal. Para Fiates e Salles (2001), pode-se inferir que pessoas preocupadas com o peso e imagem corporal, optem por esta área de estudo, justamente por existir, previamente, interesse pessoal pelo tema.

Martins e Sassi (2004) sugerem que a preocupação com o peso e com a imagem corporal tende a manifestar-se sob formas desadaptativas, podendo evoluir para a síndrome completa dos TA's. Neste estudo, especificamente, isto pode ser apreendido na correlação estabelecida entre o IMC e a imagem corporal com indicadores de AN, BN e comprometimento na Saúde Geral. Assim, tanto o IMC elevado quanto a

imagem corporal negativa podem ser fatores de risco para o desenvolvimento das participantes.

Cerca de 28,7% das participantes apresentaram risco para os TA's. Apesar da relevância destes dados, os resultados não permitiram determinar com exatidão, quantos participantes possuem ou desenvolverão tais transtornos. No entanto, associando-se estes indicadores aos encontrados no QSG, sobretudo nos itens presença de distúrbio psicossomático (97%) e avaliação da saúde geral (26,38%), os dados demonstram escores elevados. Em seu conjunto, pode-se supor que a presença dos indicadores de TA's concomitante as manifestações psicossomáticas, tanto reflete na percepção individual negativa sobre a saúde geral da pessoa, quanto potencializa condições de risco para o seu desenvolvimento. De acordo com Magalhães (2005), o sentimento de negação da própria condição patológica pode levar estas síndromes a se estenderem por um longo período de tempo sem serem diagnosticadas, acarretando o aparecimento de comorbidades e agravos à saúde.

Quanto as correlações estabelecidas entre BITE e EAT, e segundo Ghaderi e Scott (2001), devido ao entrelaçamento dos sintomas presentes nos TA's, não se pode prever qual transtorno alimentar é antecedente do outro, uma vez que, podem-se observar comportamentos e características individuais (tais como, a necessidade de controlar a si mesmo e aos outros e a dificuldade de relacionamento) que são fatores de risco para o desenvolvimento destes transtornos.

Os dados sugerem que existe uma discrepância entre o peso real e o peso ideal. Isto pode levar a um estado de insatisfação com o próprio corpo e a distúrbios relacionados à consciência cognitiva corporal e percepção do controle das funções corporais, comprometendo o desempenho tanto físico, quanto psicológico (Buckroyd, 2000). Os TA's costumam ser acompanhados de várias complicações clínicas em razão de alterações nutricionais e psicológicas e das manobras empregadas pelo paciente para a perda de peso, além do retardo no diagnóstico e no tratamento. O estresse e o conflito criados por sua necessidade biológica de comer, e seu medo de fazê-lo, consomem a maior parte de seu tempo e energia. Esse padrão de comportamento alimentar, estabelecido entre a necessidade de comer e o desejo de negá-lo, tende a comprometer o funcionamento físico em geral e a satisfação com a vida (Buckroyd, 2000; Claudino, & Borges, 2005). Por fim, neste estudo, o aspecto familiar que foi indicador de fator de risco recaiu sobre a escolaridade dos pais, devendo ser objeto de novas investigações.

## CONCLUSÃO

Considerando-se os TA's como epidemia silenciosa e problema que se expressa no campo da saúde pública, faz-se necessário ampliar o número de estudos para que o processo de intervenção preventiva seja efetivo, visando a construção de competências associadas a saúde mental. Finalmente, espera-se que este estudo possa contribuir com o desenvolvimento da Psicologia da Saúde ao evidenciar aspectos que lhe são inerentes, sendo utilizado como ferramenta para a compreensão conceitual, bem como para estimular o ensino e a pesquisa de práticas preventivas, coletivas e comunitárias.

## REFERÊNCIAS

- Alvarenga, M., & Larino, M.A. (2002). Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 39-43.
- Amigo, V.L. (2005). Comorbidades clínicas e psiquiátricas. In M.A. Claudino & M.T. Zanella. (Eds.), *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 89-103). Barueri, SP: Manole.
- Andrade, L.H.S.G., Viana, M.C., & Silveira, C.M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Psiquiatria Clínica*, 33, 43-54.
- Assunção, L.C., & Cabral, M.D. (2002). Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 29-33.
- Bosi, M.L.M., Luiz, R.R., Uchimura, K.Y., & Oliveira, F.P. (2008). Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57, 28-33.
- Buckroyd, J. (2000). Anorexia e bulimia. In J. Buckroyd (Ed.), *Anorexia e bulimia: esclarecendo suas dúvidas* (pp. 53-69). São Paulo, SP: Agora.
- Claudino, A.M., & Borges, M.B.F. (2005). Classificação e diagnóstico. In A.M. Claudino & M.T. Zanella (Eds.), *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 25-38). Barueri, SP: Manole.
- Colverol, A.L., Costradi, A.C., & Rolim, M.A. (2004). Família e doença mental: A difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 38, 197-205.
- Cordás, T.A. (1999). Transtornos Alimentares. In J.F.B. Assunção (Ed.), *Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 291-297). São Paulo, SP: Santos.

- Duchesne, M., & Espósito, P.M. (2002). A Terapia Cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 49-53.
- Faiburn, C.G. (2002). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives Psychiatry*, 57, 659-665.
- Fiates, M.R.G., & Salles, R.K. (2001). Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: Um estudo em universitárias. *Nutrição de Campinas*, 14, 3-6.
- Fontenelle, L.F., Codas, T.A., & Sassi, E. (2002). Transtornos alimentares e os espectros do humor e obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 24-28.
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2001). Prevalence incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 122-30.
- Hay, P.J. (2002). Epidemiologia dos transtornos alimentares: Estado atual e desenvolvimentos futuros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 13-17.
- Martins, C.F., & Sassi, J.E. (2004). A comorbidade entre transtornos alimentares e de personalidade e suas implicações clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 161-163.
- Morgan, M.C., & Claudino, A.M. (2005). Epidemiologia e Etiologia. In A.M. Claudino & M.T. Zanella (Eds.), *Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 15-38). São Paulo, SP: Manole.
- Nakamura, K. (2004). Eating Problems in female japanese high school students: A prevalence study. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 91-95.
- Nunes, M.A., Bagatini, F.L., Abuchaim, A.L., Kuns, A., Ramos, D., Silva, J.A., Somenzi, L., & Pinheiro, A. (1994). Distúrbios da conduta alimentar: Considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação de Psiquiatria da América Latina*, 16, 7-10.
- Nunes, M.A., Olinto, M.T., Barros, F.C., & Camey, S. (2001). Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 21-7.

AVALIAÇÃO DE REPRESENTAÇÕES DE ESTUDANTES  
SOBRE A OCORRÊNCIA DO BULLYING NA UNIVERSIDADE  
E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O BEM-ESTAR PSICOSSOCIAL  
NESTE CONTEXTO EDUCATIVO

*Suely A. do N. Mascarenhas<sup>1</sup> (suelyanm@ufam.edu.br) / Denise Machado Duran Gutierrez<sup>1</sup> / Iolete Ribeiro da Silva<sup>1</sup> / Rosenir de Souza Lira<sup>1</sup> / Antônio Roazzi<sup>2</sup> / Elaine Lucio Loebelin<sup>1</sup> / Eliane Merklein<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Amazonas;

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco

Este trabalho parte de uma investigação mais ampla, tem como objetivo analisar as representações dos universitários sobre a ocorrência do bullying no contexto universitário e seus efeitos sobre o bem-estar psicossocial neste contexto educativo. Compreendemos que bem-estar psicossocial é um conceito multidimensional que abarca a saúde, a segurança, o acesso a condições materiais e sociais suficientes para o atendimento das necessidades individuais de acordo com as características e aspirações das pessoas. A saúde é um direito de todos. No Brasil é um dos direitos sociais ao lado do direito à educação, ao trabalho, ao lazer, à segurança, dentre outros (Brasil, 1988, art. 6). No artigo 196 da CF/1988 a saúde é definida como “um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O fenômeno bullying pode ser entendido como um agravante à saúde. O que tem a universidade com a temática? Entendemos que a universidade é um espaço de educação formal inclusive de educação moral. A exposição de cidadãos a situações de bullying pode ser indicador de risco à sua saúde psicológica, emocional e física podendo daí decorrer o surgimento de doenças como ansiedade, depressão, estresse dentre outras. Por outro lado, a educação para a saúde é uma das responsabilidades do sistema educativo formal. Sabe-se que a educação para a saúde é um tema transversal que permeia os currículos em todas as esferas. De acordo com a literatura especializada revisada, a ocorrência do fenômeno bullying causa danos à saúde de protagonistas tanto os vitimados como observadores, mesmo porque os agressores dependendo de um diagnóstico específico já podem ser considerados de antemão portadores de algum distúrbio psicológico, emocional e mental que demanda tratamento e atenção profissional específica.

*Representações sociais*

Um dos propósitos deste estudo é apresentar representações manifestadas por estudantes universitários acerca da ocorrência do bullying na universidade e seus efeitos sobre o bem-estar psicossocial neste contexto. Segundo fonte especializada a expressão vem do latim *reapaesentare* “*tornar presente*”. Em significado ou em sentido comum poderia ser qualquer “imagem, coisa, ação... destinada a tornar sensíveis coisas, acções..., ausentes ou impossíveis de mostrar tal qual são, no sentido psicológico e filosófico pode ser entendido como acto pelo qual o espírito torna presente os seus objectos, sendo a imagem mental resultante deste ato” (Clément, Demonque, Love, & Kahn, 1994, p. 333). Conceitualmente a palavra tem diversos significados. No interesse deste estudo destacamos: ato ou efeito de representar, coisa que se representa, reprodução daquilo que se pensa (Msocovici, 2007; Vala, 2004). No sentido filosófico seria o conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento (Ferreira, 1998). Para Dorsch (2002), representação é um termo genérico empregado a partir de determinadas concepções teóricas para designar toda a classe de reproduções ou imagens que são realizadas pelo ser humano. Tais reproduções podem ser realizadas ou produzidas em meios distintos tanto por processos externos como por fenômenos vivenciados. As representações duradouras estão disponíveis para uso contínuo em especial os signos ou símbolos de determinada cultura ou sociedade. Em outro sentido, as representações podem ser entendidas como figura, imagem ou idéias que substitua a realidade. Já no sentido psicológico seria o processo pelo qual uma imagem percebida fica armazenada na memória de um sujeito (Martí, 2003). De acordo com a literatura revisada, podemos compreender que a utilização filosófica mais corrente da expressão representação designa a formação pelo espírito de imagens de qualquer natureza que provocam ou acompanham os sentimentos, pensamentos, vontades, e estas próprias imagens. Representação é um termo genérico, podendo ser a sensação ou a percepção acompanhada de consciências (ex. representação da Amazônia), o conceito corresponderia a uma classe de objetos de acordo com as experiências prévias dos sujeitos. As idéias seriam espécies de representações que a cognição humana forma com ou sem suporte direto da experiência sensível (Clément, Demonque, Love, & Kahn, 1994). Neste trabalho são apresentadas algumas representações de universitários acerca da ocorrência do bullying neste contexto educativo, na perspectiva de promoção da saúde e bem-estar psicossocial (Ribeiro, 2009).

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram deste estudo 275 estudantes matriculados nos cursos de engenharia ambiental (60), biologia/química (37), matemática/física (22), pedagogia (94), letras (41) e agronomia (21) matriculados na Universidade Federal do Amazonas, Campus Vale do Rio Madeira, localizado em Humaitá, Sul do Amazonas. Com idades entre 18 e 53 anos ( $M=23,35$ ,  $DP=6,74$ ), sendo 71% do sexo feminino e 29% do sexo masculino.

### *Material e Procedimentos*

Os dados apresentados e analisados neste estudo foram obtidos a partir das respostas escritas de próprio punho pelos estudantes integrantes da amostra às seguintes questões: (i) O bullying afeta o bem-estar das pessoas? e (ii) Você já presenciou a ocorrência do bullying aqui na universidade? Se sim, poderia relatar?

Após a realização de uma palestra sobre o fenômeno bullying, seus efeitos sobre o bem-estar e conseqüentemente, a saúde psicossocial e emocional das pessoas, os participantes responderam em metade de uma folha de papel em branco às questões acima escritas na lousa. Foi solicitado aos estudantes que espontaneamente desejassem participar da atividade ao final da palestra de intervenção preventiva/educativa realizada, que identificassem na folha onde registrariam suas respostas, o nome do curso, a data, a idade e o sexo/gênero. Os dados coletados foram classificados e analisados de acordo com os propósitos de estudo, observando princípios epistemológicos das ciências humanas em especial psicopedagogia universitária e interesses dos autores na análise da temática. Os dados com as representações manifestadas sobre o fenômeno foram transcritas e registradas a partir dos manuscritos realizados pelos estudantes com apoio do Programa Word 2007.

## RESULTADOS

Em seguida registra-se a transcrição de representações de estudantes da UFAM/Humaitá escritas após a apresentação da palestra pelos estudantes

que integram o Projeto em causa. As representações registradas pelos estudantes sobre a ocorrência do bullying na universidade estão organizadas por curso, apresentando os seguintes quantitativos: cursos de Pedagogia e Letras 36 registros cada; cursos de Biologia/Química e Matemática/Física 21 registros cada; curso de Engenharia ambiental 20 registros e curso de Agronomia 12 registros. Em todos os cursos os estudantes relatam a ocorrência do fenômeno seja na condição de vítima/alvo, observador/testemunha ou agressor/ator. Por razão de espaço, citaremos os dez primeiros registros de cada curso.

#### Registros Curso de Pedagogia

(i). *Sim. Exclusão. Citarei o que aconteceu comigo. Entrei em uma equipe de trabalho aqui na sala toda alegre, comecei a pesquisar vários artigos sobre o nosso tema... mas descobri que o meu grupo estava fazendo o trabalho sem minha participação e eu não sabia. Isso foi uma forte decepção em minha vida. Senti vontade até de desistir do curso... saí do grupo, mas até hoje sofro mongofas, como apelidos, xingamentos entre outras agressões pelos mesmos colegas.*(feminino, 21 anos). (ii). *Já testemunhei uma pessoa sendo zoada de modo humilhante por ser gorda (masculino, 22 anos) (iii). Racismo. O que geralmente acontece é a questão da cor. É muito comum aqui mesmo na UFAM dizerem: aquela “pretinha”, tinha que ser preto. Preto só faz merda”* (feminino, 20 anos). (iv). *Aqui na UFAM acontece muitas vezes e em muitos lugares. Temos uma professora que é muito legal e extrovertida, mas ela às vezes fala coisas e faz algumas brincadeiras que magoa as pessoas* (feminino, 18 anos). (v) . *Sim aqui no UFAM vivemos rodeados deste fenômeno inclusive na relação professor-aluno...nós tivemos um professor que sempre dizia que não gostava do curso e certa vez ao dizer que gostaríamos de falar com ele porque nós havíamos pensado... ele respondeu ironicamente: Vocês pensam?* (Feminino, 24 anos). (vi). *Por motivo de meu sotaque na hora de apresentação de seminário em sala de aula algumas pessoas da turma riram de mim. Fiquei incomodada e triste. Dizem que os universitários devem fazer a diferença na sociedade para melhor e não põe em prática um comportamento respeitoso aqui dentro da UFAM* (feminino, 23 anos).(vii). *Presenciei um professor em sala de aula agrediu verbalmente um estudante* (masculino, 20 anos). (viii). *Várias vezes presenciei professor que em sala de aula chama os alunos de burros e ignorantes e diz que quem manda é ele, e se ele quiser reprova todos e pronto* (masculino, 21 anos). (ix). *Já presenciei piadinha contra colegas,*

*tipo: magricela, olho grande, bumbum grande e outros (feminino, 23 anos). (x). Há muita discriminação física: pessoas que zombam de outras por não apresentar um padrão físico de beleza que achavam que seria correto (feminino, 21 anos).*

#### Registros do Curso de Engenharia Ambiental

*(i). É claro que já presenciei até fiz parte desse grupo mas é muito bom saber sobre nossa condição contraditória isso nos ajuda a nos tornar pessoas melhores é claro que refletirmos um pouco mais sobre nossos atos não faríamos isso a ninguém (masculino, 25 anos). (ii). Já testemunhei sim!!! Muitos chamam as pessoas mais dedicadas nos estudos de CDF, que não curtem a vida. Porém acredito que isso além de fazer perder o foco, muda o comportamento e faz com que as pessoas se sintam rejeitadas (masculino, 23 anos). (iii). Sim. Alguns alunos comentando e tirando sarro de alguns professores e até mesmo de colegas em sala de aula (masculino, 19 anos). (iv). Sim de professores que discriminam alunos que estão devendo matérias (masculino, 23 anos). (v). Já presenciei alguns casos de discriminação por parte de algumas pessoas que se acham mais inteligentes (masculino, 20 anos). (vi). Sim algumas vezes. Sempre partindo de pessoas que se acham superiores, mais fortes ou mais inteligentes. Na verdade esse tipo de comportamento só parte de pessoas inseguras e mal educadas (feminino, 23 anos). (vii). Sim. Aqui ainda temos colegas que acham que a universidade é um jardim de infância. Inúmeras vezes aqui na universidade já presenciei colegas apelidando outros. Vamos parar com isso (masculino, 25 anos). (viii). Sim. São fatos que ocorrem quase diariamente. Já fui vítima e autor. Os danos variam de pessoa para pessoa podendo prejudicar ou não a pessoa (masculino, 25 anos). (ix). Sim. Em uma oportunidade presenciei uma pessoa em sala de aula rejeitando explicitamente um colega no seu grupo pois se achava mais inteligente e essa outra colega tinha notas um pouco baixas (masculino, 22 anos). (x). Sim já presenciei principalmente apelido, onde a pessoa que apelida e xinga, pensa que não magoa, mas a pessoa que recebe a agressão se magoa e muito (feminino, 21 anos).*

#### Registros do Curso de Matemática e Física

*(i). Já presenciei como alvo. As pessoas me apelidam de macaco porque eu sou moreno (masculino, 22). (ii). No primeiro período um professor chamou os alunos de burros, incapazes de fazer seus exercícios (masculino, 22). (iii). Sim. Muitas vezes as pessoas ofendem sem saber que estão ofendendo. O preconceito com o sotaque (feminino, 21) (iv). Sim.*

*Apelidos que ofendem as pessoas e assim mesmo continuam até mesmo quando a pessoa pede para parar e diz que não gosta (feminino, 22).(v). Sim. O bullying ocorre frequentemente por alunos e também por professores. Tem pessoas que gostam de humilhar as outras (masculino, 21). (vi). Esse fenômeno acontece constantemente na universidade, muitas pessoas não percebiam que praticavam esta violência. Já fui autor e alvo do bullying (masculino, 25).(vii).Sim. Sou alvo do bullying. Espero que isso acabe (masculino, 20). (viii). Sim acontece muito. Mas nunca é tarde para mudar (feminino, 19). (ix). Sim. Acontece com meu colega chamam ele de macaco e as mulheres de cachorras (masculino, 21). (x). Há discriminação pela forma de falar. Já fui testemunha e também vítima por meu sotaque (feminino, 20).*

#### Representações Curso de Agronomia

*(i). Sim uma colega de aula, mesmo na brincadeira agrediu um outro colega que não esperava essa reação (masculino, 25). (ii). Sim aqui dentro da universidade uma colega minha já me bateu (masculino, 23). (iii).Sim aqui na UFAM também ocorre (masculino, 20). (iv). Sim já fui alvo e autor. Autor por precisar revidar (masculino, 21).(v). Sim como alvo e autor. Mas sem intenção de magoar as pessoas pois não sabia o que era (masculino, 22). (vi). Sim. Mas depois da apresentação sei que mudarei muitas das minhas atitudes (masculino, 22).(vii). Sim. Achei de grande importância a palestra, pois este fenômeno ocorre em nosso dia-a-dia. Já se tornou comum as pessoas zoar e discriminar as outras com este estudo, os autores vão pensar antes de fazer. Aqui na UFAM todo professor tem um apelido (masculino, 20). (viii). Sim o pessoal chama um rapaz de pouca sombra e ele se sente ofendido e não param de chamar (masculino, 25). (xix). Sim. Já na UFAM existem muitos desses casos um dos mais ocorridos é a forma de pessoas que vêm de outros lugares falar (feminino, 22). (x). A palestra foi excelente. Sim. Como vítima e testemunha por ser o melhor aluno da classe (masculino, 19).*

#### Representações de estudantes do curso de Biologia e Química

*I).Sim muitas vezes fui testemunha (masculino, 22). (ii). Os alunos de agronomia forçaram os calouros a pagar uma taxa para a realização de uma festa. Se não pagasse ia para o outro lado da rua e jogavam ovo com trigo. Achei isso falta de respeito (masculino, 19). (iii). Sim. Muitas vezes até pratico (masculino, 23).(iv). Sim. Já presenciei, já fui testemunha e autor. Foi muito bom saber sobre bullying (masculino, 23). (v). Presenciei preconceito racial onde um estudante chamou o outro de macaco*

(feminino, 19). (vi). *Já foi autora de agressões verbais. Agora após esse projeto vou pensar antes de falar ou fazer algo.* (vii). *Já presenciei uma cena de bullying através de violência verbal* (masculino, 22). (viii). *Já presenciei e de certa forma também pratiquei ao colocar certos apelidos não muito legais em amigos* (masculino, 19). (ix). *Sim. Como testemunha. Um aluno que apelidava outro aluno de tripa escorrida. O aluno agredido ficava muito sem graça* (masculino, 20). (x). *Sim com apelidos muito feios que muitas pessoas não gostam, mas para ficar de bem com aquelas pessoas elas acabam aceitando isso* (masculino, 19).

Representações de estudantes do curso de Letras sobre a ocorrência do bullying na universidade

(i). *Certamente. Como testemunha. As pessoas discriminam continuamente o outro pelo jeito se ser ou até mesmo de agir* (masculino, 26). (ii). *Sim. Eu mesma já fiz isso, mesmo sem perceber. E também já presenciei muitas cenas de bullying, mas eu sempre ficava quieta* (feminino, 24). (iii). *Sim. Mas um dia um professor me disse que a causa da agressão pode ser a inveja. A partir daí comecei a ver por outro ângulo* (masculino, 25). (iv). *Sim. Prefiro não comentar* (feminino, 20). (v). *Sim. Pessoas que são gordinhas. Já ouvi dizer: "que gordo feio, será que não se manca e vai fazer um regime". "Aquele gordo só quer "ce" além de gordo é metido"* (masculino, 23). (vi). *Muitas vezes já presenciei ceras atitudes bárbaras* (masculino, 22). (vii). *Sim. Fui excluída do grupo por não tirar notas boas. Me senti tão diminuída que tive vontade de desistir do curso. A agressão psicológica foi tão grande que fiquei três noites sem dormir* (feminino, 21). (viii). *Diversas vezes aqui na sala mesmo. Atitudes de bullying contra gordos, homossexuais, pessoas com menos conhecimentos, etc.* (masculino, 20). (ix). *Sim. São as pessoas obesas as que sofrem mais* (feminino, 21). (x). *Sim. Muitas vezes um colega ofende um outro como se não fosse algo importante. Mas sabe ele que essa pessoa atingida tenda não transparecer sua vergonha e está magoada* (feminino, 19).

## DISCUSSÃO

Tomando em consideração a totalidade das informações registradas a partir dos dados apurados neste estudo, contata-se o mal-estar psicossocial

como efeito da ocorrência do fenômeno bullying no ambiente de convivência sócio-moral da universidade instalado em todos os cursos ofertados. De acordo com representações acerca do fenômeno bullying manifestadas por integrantes da amostra em estudo, se faz necessária uma tomada de atitude individual e coletiva no sentido de estabelecer um clima de convivência interpessoal sustentado em princípios de apreço e respeito mútuo às diferenças tendo em conta a realidade de sociodiversidade que caracteriza a sociedade brasileira e amazônica. Tal iniciativa poderá estar contribuindo para o exercício pelos protagonistas que convivem no ambiente universitário de direitos e garantias jurídicas dos cidadãos do Brasil, estabelecidos pela Carta Magna de 1988 onde em seu preâmbulo determina a instituição de um “Estado democrático destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida (...) com a solução pacífica das controvérsias”. A Universidade, enquanto instituição de liderança social pode tomar como referências as manifestações registradas neste estudo piloto para subsidiar ações intencionais, sistemáticas e organizadas no sentido de promover um processo de reflexão individual e coletivas acerca da ocorrência do bullying em suas dependências no sentido de prevenir sua ocorrência e promover uma educação moral para o respeito aos direitos de cidadania dentre os quais a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e a imagem das pessoas, mesmo porque está assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de tal violação (artigo 5CF, X). Considerando os objetivos deste trabalho introdutório, as dimensões da amostra e limitações do estudo, constata-se que os resultados verificados evidenciam a presença do fenômeno na universidade. Todavia, sinalizam sobre a pertinência da continuidade de estudos neste domínio, uma vez que seus resultados e conclusões poderão contribuir para a ampliação de informações com sustentação empírica sobre a ocorrência do fenômeno bullying em contexto universitário que favoreçam a formatação de políticas e programas de prevenção e intervenção no sentido de otimizar a construção de um clima sócio-moral de convivência ética onde o bem-estar psicossocial possa ser exercido por todos os protagonista que integram a universidade.

REFERÊNCIAS

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Congresso Nacional.
- Clément, E., Demonque, C. Love-Hansen, L., & Kahn, P. (1994). *Dicionário prático de filosofia*. Lisboa; Terramar.
- Dorsch, F. (2002). *Diccionario de psicologia* (8ª ed.). Barcelona: Herder.
- Ferreira, AB. de H. (1998). *Dicionário Básico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Moscovici, S. (2007). *Representações sociais investigações em psicologia social* (5ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Ribeiro, J.L.P. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J.P. Cruz, S.N. Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Vala, J. (2004). Representações sociais e psicologia social do conhecimento do quotidiano. In J. Vala & M. B. Monteiro (Coords.). *Psicologia social* (pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR SUBJETIVO  
DE UNIVERSITÁRIOS DO AMAZONAS

*Suely Mascarenhas*<sup>1</sup> ([suelyanm@ufam.edu.br](mailto:suelyanm@ufam.edu.br)) /  
*Denise Machado Durán Gutierrez*<sup>1</sup> / *Rosenir de Souza Lira*<sup>1</sup> /  
*Luís Sérgio Vieira*<sup>2</sup> / *Saúl Neves de Jesus*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Amazonas, <sup>2</sup>Universidade do Algarve

A OMS – Organização Mundial de Saúde adota como definição de Qualidade de Vida – QdV a “percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupação” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). De acordo com pesquisadores da área da psicologia da saúde, o bem-estar subjetivo – BES é um constructo multidimensional estudado por diversas ciências humanas e sociais (Ribeiro, 2008b) onde as pessoas a partir de critérios próprios analisa, avalia e qualifica a própria vida mantendo uma certa estabilidade em suas representações ao longo de tempo. Nosso interesse é estudar o fenômeno do Bem-estar subjetivo no contexto de suas relações com a educação para a saúde e qualidade de vida (Siqueira, Chiuzi, Padovan, Fonseca, & Santos, 2006; Siqueira, Jesus, & Oliveira, 2007), bem como das relações entre gestão do bem-estar subjetivo em contexto educativo e seus efeitos sobre os indicadores de qualidade educativa expressa no bom rendimento da aprendizagem escolar em suas diversas dimensões (no caso do ensino superior ensino-estudo-pesquisa-extensão).

Nesta análise, não descolamos a constatação de que o ser humano, é um vir a ser, um processo dinâmico e até dialético. O dia de ontem, o passado já passou mas não morreu. O novo dia já chegou e está para acabar, mas o dia de ontem continua a influenciar e até determinar o comportamento de hoje (o que era ontem afeta o que é hoje embora hoje já seja uma pessoa em outra situação diferente da de ontem, com mais dias de vida, mais experiências, mais conhecimentos). Adotamos a compressão do bem-estar como um paradigma holístico que caracteriza a completude ou totalidade da existência, inclusive a humana (Weill, 1993).

De acordo com estudos na área do desenvolvimento humano, verifica-se que a pessoa em sua dimensão social e em muito da sua dimensão psicológica é resultado dos processos e experiências educativas formais ou informais que vivenciou ao longo de sua existência. Nossa perspectiva de análise e avaliação do BES aproxima-se da que compreende a educação para a saúde como processo individual, coletivo e ambiental relacionado

com a educação para a cidadania, uma vez que a cidadania participativa e interventiva e consciente requer novas aprendizagens, conhecimentos e habilidades a serem realizadas em âmbito individual e coletivo (Galinha, & Pais-Ribeiro, 2005; Galinha, 2008; Ribeiro, 2005, 2007, 2008a, 2009; Siqueira, 2009; Vieira, 2009).

A realização do bem-estar subjetivo e até mesmo o objetivo exigem ação direta intencional, sistemática e organizada das pessoas conscientes de sua responsabilidade cidadã. Para tudo é exigida uma certa disciplina. A saúde (hábitos de higiene, alimentação, repouso, exercícios, etc), o trabalho (pontualidade, assiduidade, atualização, motivação), o estudo (saber, querer e poder estudar), as relações interpessoais (respeito mútuo, diálogo, ética) e até intra-pessoais (autoconceito, autorespeito, auto-estima positivos), as finanças (não extrapolar o orçamento disponível) de certa forma estão sempre a exigir procedimentos específicos de responsabilidade direta e individual da pessoa. Do equilíbrio das multidimensões da sua vida depende os níveis de BES das pessoas.

O cidadão tem responsabilidades para consigo e para com a sociedade, como está bem claro na declaração universal dos direitos humanos e no ordenamento jurídico pátrio (Brasil, 1988; ONU, 1948). A cultura amazônica, em certa medida, difere da cultura consumista que caracteriza as demais culturas regionais do Brasil e do mundo atual. O amazônida que habita o interior, as profundezas das florestas, as beiras de rios e lagos vive em uma relação que pode de certa forma, ser considerada harmônica com a natureza, alheio a bens de consumo que movimentam a economia e o mercado (sem energia elétrica, sem água tratada, sem rede de esgoto, sem assistência médica ou odontológica, sem segurança pública, sem estradas, sem telefone, sem casa no padrão urbano tido como normal, sem renda, sem trabalho remunerado fixo, professores que trabalham sob condições de contratos temporários há décadas, sem concurso público dispensados a cada 10 meses sem direito a férias e outros benefícios do servidor público concursado, sem internet, sem supermercado ou shopping center, sem correios regular, sem transporte rodoviário, somente fluvial, sem estradas, sem 1001 outras comodidades do mercado de consumo atual da realidade urbana). Qual a sua concepção de qualidade de vida? Até que ponto o seu padrão e estilo de vida em muitos casos, pode ser ética e ecologicamente correto e quem sabe em alguns aspectos um modelo para a sociedade? Temos percebido em nossa experiência na região que o amazônida, na sua maioria, apesar dos indicadores internacionais de desenvolvimento humanos (IDH) entende que sua vida tem qualidade. Não sente falta dos bens que

caracterizam a sociedade de consumo ansiosa por ter coisas novas e mais coisas novas. Será essa conduta um dos frutos do isolamento regional? Uma das faces da moeda do desenvolvimento seria o abrir mão de sua própria cultura e tecnologia. Até que ponto o desenvolvimento interessa à Amazônia e a seus povos e habitantes tradicionais? O acesso a novos bens de consumo (em grande parte constituído por necessidades criadas pela mídia) compensa o custo pelo desenvolvimento (entendido como o deixar de estar envolvido com) de suas histórias, tradições, línguas, culturas e estilos de vida? Com os professores que estão à frente dessa comunidade específica são afetados por sua cultura e de certa forma a reproduzem e defende?

Com a instalação dos novos campus universitários federais no interior do Amazonas, os jovens que antes não tinham condições de deslocamento para a capital passaram a ter a oportunidade de cursar uma universidade. Estivemos presentes no primeiro dia de aula em 6 de novembro de 2006 onde os estudantes não acreditavam que as aulas estavam começando. Diziam “*hoje começa a minha vida*”. Dada a importância da possibilidade de continuar os estudos sem precisar migrar para os grandes centros do país ou para a capital do estado. Neste cenário, realizamos este estudo para verificarmos os do nível de satisfação com a vida de universitários da Amazônia/Amazonas.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram desta investigação, 425 sujeitos. Sendo 30,4% do sexo masculino e 69,6% do sexo feminino, com idades compreendidas entre 18 a 53 anos ( $M=26,42$ ;  $DP=7,93$ ), matriculados nos cursos de Matemática/Física (14,1%), Pedagogia (33,9%), Biologia/Química (15,3%), Biologia/EAD (5,2%). Letras/Português-Inglês (9,4%), Biologia (1,6%), Técnicas de administração de sistemas (5,2%), Engenharia ambiental (9,6%) e Agronomia (8,9%). Destes, 87,3% são somente estudantes e 12,7% exercem função de professor além da de estudantes universitário.

### *Material*

Os dados foram obtidos por meio da aplicação da Escala de Afetividade Positiva e Negativa (PANAS – Positive and Negative Affect Schedule)

para medir a vertente afetiva do bem-estar subjetivo e a Escala de Satisfação Com a Vida (SWLS – Satisfaction With Life Scale) para avaliar a componente cognitiva do BES.

### *Procedimentos*

Os instrumentos foram aplicados aleatoriamente a estudantes universitários matriculados em cursos de graduação ofertados pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM e Universidade do Estado do Amazonas – UEA em Humaitá, Sul do Amazonas, no segundo semestre acadêmico de 2008 e primeiro semestre de 2009, bem como a professores/estudantes. Os estudantes e professores/estudantes participaram voluntariamente respondendo individualmente aos questionários após a realização dos procedimentos éticos vigentes. O tratamento dos dados foi realizado com a utilização do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 15.0 para Windows. Na verificação das propriedades psicométricas realizou-se a análise de fiabilidade dos dados, calculou-se as médias dos grupos e avaliaram-se as diferenças de gênero entre as amostras de estudantes e professores do sexo masculino e do sexo feminino para os dois instrumentos (PANAS e SWLS).

## RESULTADOS

Da análise da Anova realizada constatamos a ocorrência de diferenças de gênero estatisticamente significativas a partir da escala PANAS na afetividade negativa avaliada pelo item 8, Hostilidade ( $F=5,925$   $p=0,015$ ), favorável ao sexo masculino, e na afetividade positiva avaliada pelo item 21, Emocionado ( $F=3,924$   $p=0,048$ ), favorável ao sexo feminino.

Na escala SWLS, itens 1, *Minha vida parece-se em quase tudo como eu desejo que seja* ( $F=4,143$   $p=0,042$ ) e item 2, *Minhas condições de vida são muito boas* ( $F=4,063$ ;  $p=0,044$ ), foram registradas diferenças de gênero estatisticamente significativas no item 1 favoráveis ao sexo feminino e no item 2 favoráveis ao sexo masculino.

Em seguida realizou-se a análise dos valores indicadores das médias e desvio padrão para a totalidade dos itens que integram os instrumentos, tomando como variável de contraste o gênero como é possível verificar nos Quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1

*Valores indicadores das médias e desvio padrão obtidos em cada um dos itens da PANAS/afetividade positiva (n=425)*

| Itens                 | Sexo | N   | M    | DP   |
|-----------------------|------|-----|------|------|
| 1. Interesse          | Fem. | 296 | 3,58 | 1,03 |
|                       | Mas. | 129 | 3,50 | 0,98 |
| 3. Ânimo, estímulo    | Fem. | 296 | 3,33 | 1,20 |
|                       | Mas. | 129 | 3,48 | 1,05 |
| 5. Força              | Fem. | 296 | 3,10 | 1,26 |
|                       | Mas. | 129 | 3,19 | 1,10 |
| 9. Entusiasmo         | Fem. | 296 | 3,01 | 1,14 |
|                       | Mas. | 129 | 3,22 | 1,16 |
| 10. Orgulho           | Fem. | 296 | 2,87 | 1,39 |
|                       | Mas. | 129 | 2,87 | 1,32 |
| 12. Atenção           | Fem. | 296 | 3,51 | 2,99 |
|                       | Mas. | 129 | 3,58 | 1,10 |
| 14. Inspiração        | Fem. | 296 | 3,14 | 1,21 |
|                       | Mas. | 129 | 3,32 | 1,10 |
| 16. Decisão/confiança | Fem. | 296 | 3,54 | 1,14 |
|                       | Mas. | 129 | 3,42 | 1,10 |
| 17. Atenção           | Fem. | 296 | 3,54 | 1,14 |
|                       | Mas. | 129 | 3,57 | 1,05 |
| 19. Envolvimento      | Fem. | 296 | 2,47 | 1,17 |
|                       | Mas. | 129 | 2,61 | 1,23 |
| 21. Emoção            | Fem. | 296 | 2,81 | 1,33 |
|                       | Mas. | 129 | 2,54 | 1,27 |

Quadro 2

*Valores indicadores das médias e desvio padrão obtidos em cada um dos itens da PANAS/afetividade negativa (n=425)*

| Itens            | Sexo | N   | M    | DP   |
|------------------|------|-----|------|------|
| 2. Aflição       | Fem. | 296 | 2,45 | 1,18 |
|                  | Mas. | 129 | 2,31 | 1,13 |
| 4. Aborrecimento | Fem. | 296 | 2,08 | 1,15 |
|                  | Mas. | 129 | 2,06 | 1,12 |
| 6. Culpa         | Fem. | 296 | 1,69 | 1,01 |
|                  | Mas. | 129 | 1,70 | 1,04 |
| 7. Assustado/a   | Fem. | 296 | 1,94 | 1,08 |
|                  | Mas. | 129 | 1,74 | 0,96 |
| 8. Hostilidade   | Fem. | 296 | 1,46 | 0,91 |
|                  | Mas. | 129 | 1,71 | 1,09 |
| 11. Irritação    | Fem. | 296 | 2,12 | 1,21 |
|                  | Mas. | 129 | 2,03 | 1,18 |
| 13. Vergonha     | Fem. | 296 | 2,05 | 1,21 |
|                  | Mas. | 129 | 2,03 | 1,21 |
| 15. Nervosismo   | Fem. | 296 | 2,72 | 1,27 |
|                  | Mas. | 129 | 2,52 | 1,34 |
| 18. Inquietação  | Fem. | 296 | 2,66 | 1,29 |
|                  | Mas. | 129 | 2,76 | 1,31 |
| 20. Medo         | Fem. | 296 | 1,98 | 1,10 |
|                  | Mas. | 129 | 1,77 | 1,02 |
| 22. Mágoa        | Fem. | 296 | 1,91 | 1,17 |
|                  | Mas. | 129 | 2,03 | 1,24 |

## Quadro 3

*Valores indicadores das médias e desvio padrão obtidos em cada um dos itens da SWLS – satisfação com a vida (n=425)*

| Itens   | Sexo | N   | M    | DP   |
|---|------|-----|------|------|
| 1. A minha vida parece, em quase tudo como eu desejo que seja.                  | Fem. | 296 | 3,28 | 1,23 |
|   | Mas. | 129 | 3,01 | 1,22 |
| 2. As minhas condições de vida são muito boas.                                  | Fem. | 296 | 3,17 | 1,29 |
|   | Mas. | 129 | 3,44 | 1,14 |
| 3. Estou satisfeita com minha vida.   | Fem. | 296 | 3,65 | 1,21 |
|   | Mas. | 129 | 3,77 | 1,18 |
| 4. Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que sempre desejei. | Fem. | 296 | 3,77 | 1,24 |
|   | Mas. | 129 | 3,63 | 1,17 |
| 5. Se eu pudesse recomençar minha vida não mudaria nada.                        | Fem. | 296 | 2,93 | 1,45 |
|   | Mas. | 129 | 2,91 | 1,40 |

Da análise dos valores indicativos das médias e desvio padrão obtidos para os itens das escalas PANAS e SWLS (conforme Quadros 1, 2 e 3), foram verificadas diferenças entre as médias na variável de contraste “gênero” nos itens 8 e 21 da escala PANAS e 1 e 2 da SWLS. Na generalidade dos demais itens que integram os instrumentos em estudo, as diferenças não são estatisticamente significativas, o que sugere uma condição de relativa semelhança nos níveis de afetividade positiva, afetividade negativa e satisfação com a vida dos universitários do sexo masculino e feminino que integram a amostra.

## DISCUSSÃO

Tomando em consideração a totalidade dos dados apurados foram verificadas diferenças com significação estatística de gênero junto à amostra em estudo. As informações apuradas pelos dados em análise, indicam a ocorrência de indicadores de satisfação com a vida aceitáveis pelo conjunto de sujeitos que integram a amostra o que sinaliza um nível de conformidade aceitável de acordo com suas necessidades e aspirações pessoais. Por outro lado, as propriedades psicométricas verificadas junto à amostra em estudo comprovam que os instrumentos são adequados para medir o que se propõe o bem-estar subjetivo.

Considerando que as características e dimensões da amostra não permitem generalizações, outros estudos podem ser realizados no sentido de apoiar a ampliação de dados com sustentação empírica acerca deste domínio da investigação em ciências humanas neste contexto histórico e geográfico da Amazônia.

## REFERÊNCIAS

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Congresso Nacional.
- Galinha, I.C., & Pais-Ribeiro, J.L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5(2), 203-214.
- Galinha, I.C. (2008). *Bem-estar subjectivo factores cognitivos, afetivos e contextuais*. Porto: Porto Editora.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J.L.P. (2008a). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Porto Codex, Livpsic.
- Ribeiro, J.L.P. (2008b). Editorial. *Psicologia, saúde & doença*, 9(1), 3-4.
- Ribeiro, J.L.P. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J.P. Cruz, S.N. Jesus, & C. Nunes (Coords.), *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Siqueira, M.M.M., Chiuzi, R.M., Padovam, V.A.R. Fonseca, F.L.S., & Santos, F.D.G. (2006). Bem-estar subjetivo e otimismo entre universitários. In I. Leal, J.L.P. Ribeiro, & S.N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 37-41). Lisboa: Edições ISPA.
- Siqueira, M.M.M., Jesus, S.N., & Oliveira, V.B. (2007). *Psicologia da Saúde, Teoria e Pesquisa*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo.
- Siqueira, M.M.M. (2009). Bem-estar no trabalho In J.P. Cruz, S.N. Jesus, & C. Nunes (Coords.), *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 249-264). Alcochete: Textiverso.
- The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Weill, P. (1993). *A arte de viver em paz: Por uma nova consciência, por uma nova educação* (5ª ed.). São Paulo: Gente.
- Vieira, L.S. (2009). O trabalho dá saúde? In J.P. Cruz, S.N., Jesus & C. Nunes (Coords.), *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 267-284). Alcochete: Textiverso.

## A RELAÇÃO DE AJUDA NO INDIVÍDUO IDOSO

*Sofia von Humboldt, & Isabel Leal*

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

A valorização que o indivíduo atribui a si próprio, formada pelas percepções que se vão adquirindo, e os juízos de valor relativamente a domínios concretos ou não da sua vida pessoal, indicam o conceito de auto-estima do indivíduo.

A idade e o processo de envelhecimento são factores presentes à vida de todo o indivíduo e por isso constituem excelentes meios de análise de percepção do indivíduo sobre si próprio, da sua percepção dos outros em relação a si, e como estas duas dimensões interferem consigo, directa ou indirectamente, por outras palavras a idade e o processo de envelhecimento são apenas um instrumento, ou se preferirem, um meio que pode permitir aferir o “sentimento de si” do sujeito.

A condição de se ser “idoso” apresenta dimensões socio-cognitivo-emocionais específicas. Sendo já, per se, o envelhecimento, um processo complexo e com stressores próprios, apreender como se processa a relação do idoso como essa realidade, constitui um forte componente do trabalho do técnico de acompanhamento psicológico, na relação de ajuda.

A idade avançada e o envelhecimento, geralmente, trazem consigo uma percepção do indivíduo menos atractiva, menos inteligente, mais assexual e menos útil, o que desafia o sentido do self do indivíduo, e a sua identidade, pelo que uma elevada capacidade de ajustamento disponibilizada pelo idoso permite-lhe melhor lidar com as alterações resultantes desta etapa da vida.

O envelhecimento pode implicar uma ruptura com a continuidade histórica do sujeito que, em alguns casos, leva a uma ruptura no projecto existencial do idoso, e que pode originar a perda de significado da sua vida, se não houver a elaboração de novos projectos em consonância com o modo como o sujeito experiencia a sua existência, de modo a que a descontinuidade existencial não seja vivenciada pelo idoso. Um exemplo frequente é a temática da perda ligada à aposentação: perda da juventude, perda dos amigos e da companhia, perda da saúde, perda da actividade, da distração, da ocupação, perda do poder económico, perda da capacidade para fazer coisas, perda dos objectivos de vida. A aposentação pode representar uma ruptura na continuidade do projecto de vida, porque depois da aposentação é vivenciado o vazio, o nada (Lima, Teixeira, &

Sequeira, 1996). Em alguns idosos, nesta fase da vida tudo perde um significado, até a identidade pessoal, porque toda a identidade e toda a vida estão ligadas aos papéis desempenhados anteriormente (Lima et al., 1996).

A incongruência ou desajustamento psicológico resulta da dissociação entre o self e a experiência; a negação, distorção ou selecção de experiências são mecanismos para preservar o conceito de self, que apresenta uma estrutura rígida e defensiva. Se o olhar ou consideração positivos por que anseia forem condicionais, o indivíduo tende a confiar na avaliação dos outros em vez de acreditar no seu experienciar organísmico.

O encontro de condições desfavoráveis, nomeadamente a ausência de um clima humano seguro e acolhedor, a presença de ameaças ao auto-conceito (self) do indivíduo, a avaliação da sua experiência apoiada em valores que lhe foram inculcados do exterior, actuam no desenvolvimento da personalidade e tornam a estrutura do self incongruente com a sua experiência total, organísmica. O que acontece é que quando há uma dissociação entre a experiência do self e a experiência organísmica na sua totalidade, a capacidade de avaliação fica limitada e externalizada, a pessoa não é capaz de distinguir o que é valorativo do que é regressivo e, por norma, perde o seu sentido de valor pessoal ou, a outro nível, tem uma imagem de si própria desajustada face ao seu campo experiencial. Se as experiências simbolizadas do self reflectirem fielmente as experiências do organismo, a pessoa está ajustada, plena e madura e vive em pleno funcionamento, permitindo um estado de congruência interno ao indivíduo. Em consequência das percepções do indivíduo acerca de si, se tornarem mais realistas e objectivas, melhora o funcionamento psíquico, a congruência entre o self e a experiência e o self ideal torna-se mais realizável e portanto mais próxima da imagem real que a pessoa tem de si. Esta congruência interna manifesta-se pela menor defensividade e ansiedade, pela autonomia, flexibilidade e criatividade (Vieira, 2000).

A relação de ajuda permite o desenvolvimento do cliente como pessoa, facilitando a sua auto-estima, a leitura adequada dos acontecimentos e a utilização dos seus recursos, conduzindo ao funcionamento ajustado e pleno do indivíduo idoso.

O técnico de relação de ajuda tem como papel fornecer-lhe as condições que permitem gerar tais capacidades, de forma a que o indivíduo se sinta ajudado e com meios para se posicionar perante um estado de stress, ansiedade ou angústia devido a um estado de incongruência perante a

idade sentida e percebida ou perante as evidências de um envelhecimento mal interiorizado e conseqüente diminuição da auto-estima, e despoletar meios adaptativos de lidar com o problema, ou seja coping positivo, e manter-se afastado de meios mais defensivos.

A expressão das características do sujeito é tanto mais forte, quanto mais favoráveis forem as condições facilitadas através da relação terapêutica e que podem incluir o meio social e o meio psicológico interior do indivíduo, e que inclui tanto tendências inatas como atitudes adquiridas, convicções, expectativas e as características da auto-imagem do indivíduo. Desta forma, as capacidades pró-sociais de empatia e associação tendem a gerar comportamentos sociais construtivos, sempre que existam as condições adequadas (Brodley, 1998). As atitudes terapêuticas – a compreensão empática, o olhar incondicionalmente positivo e a congruência, facilitam este desenvolvimento pessoal do indivíduo e os princípios de respeito e confiança demonstrados por parte do terapeuta na relação de ajuda, em conjunto com a atitude não-directiva protegem as tendências construtivas do indivíduo ajudado.

O processo de envelhecimento traz consigo alterações físicas, psicológicas e sociais inerentes, que representam um conjunto particular de experiências, que desafiam o sentido do self do indivíduo, ao longo da vida e a sua identidade. A assimilação da identidade refere-se à interpretação das experiências importantes da identidade, em termos dos esquemas cognitivos e afectivos estabelecidos sobre o self. Este processo ajuda o indivíduo a manter um sentido de auto-consistência face a experiências ou informação discrepantes (Sneed & Whitbourne, 2003). A relação de ajuda poderá facilitar a boa gestão destes desafios e o envelhecimento bem sucedido. Um equilíbrio dinâmico entre a acomodação e assimilação da identidade, proporcionado pela relação de ajuda, poderá ser o processo mais correctamente adaptado ao envelhecimento e corresponde ao processo de equilíbrio de identidade. Estes indivíduos mudam em resposta às discrepâncias da identidade mais saliente, mas não têm tanta falta de estrutura que cada nova experiência lhes ponha em causa as assumpções fundamentais, do self. Estes indivíduos tendem a efectuar mudanças favoráveis aos seus auto-conceitos, o que lhes permite reflectir e avaliar eles próprios de uma forma realística. Como resultado, é um processo associado a uma boa auto-estima e ausência de psicopatologias significativas.

Em estado de equilíbrio, o indivíduo está apto para a mudança, quando a sua identidade é desafiada, mas mantém um sentido consistente do self (Sneed & Whitbourne, 2003).

Ao facilitar a auto-estima, o idoso assume uma identidade e um self e concilia as realizações com as suas aspirações. O idoso aproxima-se do que deseja ser, já que a auto-estima está dependente não só dos resultados, mas também dos objectivos definidos e da sua concretização. Ao analisar as percepções que se referem ao modo como se encara, a pessoa leva a cabo um processo avaliativo e afectivo que relaciona as reacções emocionais com as mesmas percepções lhe suscitam.

O idoso vive em ambientes que tanto apresentam recursos e possibilidades, como vê a sua acção limitada por limites e regras. Em paralelo, apresenta as suas características pessoais e vive um ambiente experiencial que determina a sua percepção do que se passa à sua volta e portanto orienta o seu comportamento. Esta articulação pode gerar conflitos, sendo que para os resolver são necessários processos para lidar com pressões externas e internas e com as consequências emocionais tais como, a angústia, a impotência, a frustração e a ansiedade.

A auto-estima está dependente do indivíduo se permitir existir. Se o idoso se auto-reconhecer e responder congruentemente ao seu self, viverá de modo mais autêntico. O idoso tornar-se-á mais ele mesmo, apesar da pressão para negar ou distorcer aspectos do seu ser. Podem ser considerados alguns indicadores de ajustamento deficiente, a incongruência entre o Eu e o potencial, as condições de valoração, o viver na defensiva, os planos rígidos e pré-concebidos, a desconsideração pelo organismo, os sentimentos de manipulação e o conformismo. Inversamente o indivíduo poderá apresentar após uma intervenção terapêutica indicadores de realização tais como: a abertura à experiência, o viver existencial, a confiança no organismo, a liberdade experiencial, a criatividade, a orientação realística, a aceitação do Eu, dos outros e do mundo, e a espontaneidade (Leal, 2005).

O ajustamento constitui um processo pelo qual o indivíduo dá resposta às alterações que ocorrem em seu redor, de forma a manter-se convenientemente adaptado à mudança (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Estar satisfeito com a vida actual é ter expectativas positivas em relação ao futuro, que se traduzem num bom ajustamento pessoal e social e que proporcionam um bom envelhecimento. Em momentos de crises de natureza biológica, psicológica e social, o “envelhecer bem” é determinante, sendo que a actividade, a satisfação com a vida, a integração

da personalidade e a autonomia física e mental são valiosos, num contexto de envelhecimento activo (Fonseca & Paúl, 2002; Paúl, Fonseca, Cruz, & Cerejo, 2001).

Para Rogers (1961), quanto maior for a diferença entre o self real e o self ideal, maior é a imagem negativa que a pessoa tem acerca de si mesma e mais distante está a possibilidade de se tornar naquilo que deseja, pois este espaço entre os dois selves é um espaço de incongruência e de não aceitação. A congruência existirá no momento em que as condições reunidas são semelhantes à vivência da pessoa. A facilitação da mudança terapêutica do cliente traz modificações relativamente estáveis na personalidade do cliente, nomeadamente, um maior sentido de congruência, percepções mais diferenciadas e objectivas, a flexibilização do indivíduo, menor tensão física e psíquica, consideração positiva em relação a si próprio e maior amplitude e variabilidade comportamental (Leal, 2005).

O processo terapêutico poderá produzir alterações ao nível do self, já que as percepções que o indivíduo tem de si próprio se tornam amplas, realistas e coerentes com o organismo, e mais congruentes com o self ideal. Rogers e Kinget (1977), enfatizam o papel do experienciar organísmico no ajustamento ou desajustamento psicológico. Porque as percepções se tornam mais realistas e objectivas, melhora o funcionamento psíquico, a congruência entre o self e a experiência e o self ideal torna-se mais realizável e portanto mais próxima da imagem real que a pessoa tem de si. Esta congruência interna manifesta-se pela menor defensividade e ansiedade, pela autonomia, flexibilidade e criatividade. A consciência do próprio valor e a auto-estima acompanham a consciência de que o poder da escolha, de dissociação e avaliação residem em si. Neste sentido, o indivíduo aproxima-se do funcionamento pleno da personalidade.

A relação de ajuda facilita a aceitação da mudança inerente à condição humana, por parte do idoso, e tem como resultado a facilitação ao cliente de idade avançada, um processo de maturação e aprendizagem contínuo, que o leva a ter uma percepção clara dos desafios que se colocam deste período de vida, no sentido da sua realização e desenvolvimento pessoal. A compreensão empática presente no diálogo ao longo da relação de ajuda permite que o indivíduo exprima emocionalmente as ambiguidades e as contradições da sua experiência e lhes dê um sentido, à luz de uma narrativa reconstruída, que simultaneamente preserve um sentido de

continuidade histórica com o passado e projecte investimentos emocionais no futuro (Matos & Costa, 2004).

O idoso poderá sentir uma mudança terapêutica duradoura com uma congruência interna estável, onde a idade percebida e a idade real convivem saudavelmente e a com a conseqüente aceitação do envelhecimento como característico integrante daquilo que a pessoa é hoje, da sua vivência passada e do que no futuro se tornará.

## REFERÊNCIAS

- Brodley, B. (1998). O conceito de tendência actualizante na teoria centrada no cliente. *A Pessoa como Centro – Revista de Estudos Rogerianos*, 2, 37-49.
- Fonseca, A., & Paúl, C. (2002). Adaptação e validação do “Inventário de Satisfação com a Reforma” para a população Portuguesa, *Psychologica*, 29, 169-180.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Lima, M., Teixeira, J., & Sequeira, A. (1996). Notas de investigação. O projecto de vida no idoso. Idosos em centro de dia e na Universidade Internacional para a terceira idade. *Análise Psicológica*, 14(2/3), 387-394.
- Matos, P., & Costa, M. (2004). Significações de perda e processo de luto no divórcio. *Psychologica*, 35, 11-14.
- Paúl, M., Fonseca, A., Cruz, F., & Cerejo, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 6(2), 415-426.
- Rogers, C.R. (1961). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C.R., & Kinget, G. (1977). *Psicoterapia e Relações Humanas* (vol. I e II). Belo Horizonte: Interlivros.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Sneed, J.R., & Whitbourne, S.K. (2003). Identity processing and self-consciousness in middle and later adulthood. *The Journals of Gerontology*, 58B, 313-319.
- Vieira, I. (2000). O Self no centro do processo de tornar-se pessoa. *A Pessoa como Centro – Revista de Estudos Rogerianos*, 6, 78-89.

A PROMOÇÃO DO GRAU DE AUTO-ESTIMA DOS IDOSOS: O  
EFEITO DA RELAÇÃO DE AJUDA

*Sofia von Humboldt / Isabel Leal*

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

O grau de Auto-Estima é a medida pela qual o indivíduo gosta, valoriza e se aceita (Rogers, 1951). Este está, em conjunto com o self, implicado nos processos de regulação da conduta.

A auto-estima está associada à auto-associação do olhar sobre o próprio, sendo que o nível de incongruência entre o self real e o self ideal funciona como medida operacional da auto-estima e da organização saudável da personalidade. O self constitui por sua vez, a matéria-prima que permanece e que fornece a base para a continuidade e repetição comportamental no tempo (Betz, Wohlgemuth, Serling, Harshbarger, & Klein, 1995).

Neste contexto concreto, que é o idoso e o envelhecimento, uma presença de maior auto-estima andarà em paralelo com uma maior consistência do self, o que contribui para uma convivência tranquila do indivíduo com a idade e envelhecimento. Estes, mais facilmente são integrados, com o seu respectivo valor percebido, sem pôr em acção mecanismos de defesa, tais como a recusa ou o retraimento. Noutra perspectiva, o envelhecimento objectivo pode condicionar os níveis de auto-estima e de congruência interna do indivíduo idoso, influenciando, por sua vez, a percepção da idade e os comportamentos e atitudes do sujeito daqui consequentes. Quando a incongruência existente é mal gerida, o indivíduo poderá caminhar para a doença e para a descontinuidade (Heiman, 2004).

O processo de acompanhamento psicológico permite a facilitação do desenvolvimento do cliente como pessoa, facilitando a sua congruência, a sua auto-estima, a sua interpretação dos acontecimentos e a utilização dos seus recursos, no sentido de um processo facilitador para o indivíduo se tornar plenamente funcionante. Através de uma mudança terapêutica duradoura e que permita uma estável congruência interna, passa a existir uma saudável convivência entre a idade percebida e a idade real e a consequente aceitação do envelhecimento como característico integrante daquilo que a pessoa é, e do que a sua vida foi até então, e no que potencialmente se tornará no futuro. O carácter empático do diálogo ao longo da relação de ajuda permite que o indivíduo exprima emocionalmente as ambiguidades e as contradições da sua experiência de vida e lhes

dê um sentido, à luz de uma narrativa reconstruída, que simultaneamente preserve um sentido de continuidade histórica com o passado e projecte investimentos emocionais no futuro (Matos & Costa, 2004). Este processo ajuda o indivíduo a manter um sentido de auto-consistência face a experiências ou informação discrepantes (Sneed & Whitbourne, 2003). O equilíbrio dinâmico entre a acomodação e assimilação da identidade, proporcionado pela relação de ajuda, é um processo correctamente adaptado à realidade do envelhecimento. Em estado de equilíbrio, o indivíduo está apto para a mudança, quando a sua identidade é desafiada, mas mantém um sentido consistente do self, não considerando o percurso futuro de vida como um declínio inevitável (Lang, Rieckmann, & Baltes, 2002; Sneed & Whitbourne, 2003). Estar bem não implica necessariamente a ausência da patologia, mas sim, que a boa saúde pode ser sustentada por factores positivos (Schnyder, Büchi, Sensky, & Klaghofer, 2000).

A facilitação da mudança terapêutica do cliente traz modificações relativamente estáveis na personalidade do cliente, nomeadamente, um maior sentido de congruência, percepções mais diferenciadas e objectivas, a flexibilização do indivíduo, menor tensão física e psíquica, consideração positiva em relação a si próprio e maior amplitude e variabilidade comportamental (Leal, 2005).

O terapeuta deverá tentar actuar ao nível do grau de auto-estima do idoso, para proporcionar condições para desenvolver o seu bem-estar psicológico e fomentar a sua integração social, úteis num momento da vida de prováveis dúvida e inconstância sobre a imagem de si e das suas expectativas futuras. Desta forma também, ao facilitar a auto-estima, o idoso assume uma identidade e um self e concilia as realizações com as suas aspirações. O idoso aproxima-se do que deseja ser, já que a auto-estima está dependente não só dos resultados, mas também dos objectivos definidos e da sua concretização.

## MÉTODO

### *Participantes*

Esta investigação teve como objectivo principal explorar se existe um efeito da relação de ajuda no grau de Auto-Estima de 40 indivíduos idosos com mais de 65 anos, tendo estes sido submetidos a um processo de aconselhamento psicológico (counselling) de oito sessões segundo a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) e, em segundo lugar, averiguar se

existe uma relação entre as características socio-demográficas destes indivíduos e o grau de Auto-Estima apresentado.

Na amostra recolhida, 42,5 % dos indivíduos são do sexo masculino e 57,5 % do sexo feminino. Os idosos da amostra são maioritariamente casados (37,5%), seguidos de viúvos (35%), 17,5 % de divorciados e 10% de solteiros, com uma média de idades de 71,73 anos. A maioria dos idosos encontra-se ocupada (60%) embora seja sobretudo com actividades não profissionais (companhia de familiares e tarefas de casa). 42,5% dos idosos vive só devido à morte do cônjuge ou devido ao abandono ou distância da família dependente.

### *Material*

O material utilizado para a investigação foi i) o questionário de dados pessoais e clínicos e ii) a Escala de Estima de Si – EES Rogers. No primeiro esteve contida a informação para os parâmetros demográficos (sexo, idade, estado civil, área de residência, ocupação profissional ou de actividades e agregado familiar). A Escala de Estima de Si – EES Rogers pretende avaliar a discrepância entre o self real e o self ideal e indica que a discrepância entre o self real e ideal é a medida de ajustamento ou desajustamento psicológico, e logo, indicativa da estima de si ou da auto-estima. Desta forma, quanto maior esta medida, menor a auto-estima do indivíduo. É composta por um conjunto de 74 afirmações de auto-referência de diferencial semântico de cinco pontos (tipo Likert), que são apresentadas ao indivíduo e que este vai utilizar para (i) se descrever a si próprio e (ii) para se descrever como gostaria de ser, correspondendo o valor um à descrição “totalmente em desacordo” e cinco “totalmente em acordo”. O apuramento dos resultados nesta escala, é obtido através da correlação entre o self real e o self ideal. Aqui foi confrontada a auto-estima global, e não somente uma área específica da auto-estima.

### *Procedimentos*

Os elementos da amostra efectuaram acompanhamento psicológico durante os meses de Março de 2006 e Junho de 2006 de modo a que todos os elementos incluídos na amostra, completassem oito sessões de acompanhamento psicológico. Considerámos dois momentos de avaliação distintos, o primeiro anterior ao acompanhamento psicológico (A) e o segundo posterior (B) no sentido de permitir a análise exploratória do efeito da relação de ajuda no grau de Auto-Estima do idoso.

## RESULTADOS

Os resultados revelaram uma alteração positiva do grau de Auto-Estima, que passou de negativo a positivo, e por conseguinte, o aumento da congruência interna do idoso, após o acompanhamento psicológico efectuado, tendo este resultado derivado da diminuição do valor absoluto dos valores de self ideal e real, entre o momento A e o momento B.

No momento A, o grau de Auto-Estima apresentou o valor médio de -0,057, ou seja, os dados indicam-nos um valor de auto-estima negativo, como resultado da diferença entre o self ideal e o self real destes idosos. Podemos portanto afirmar, que embora esta discrepância apresente um valor relativamente reduzido, do ponto de vista absoluto, o que indica um elevado grau de congruência interna e de auto-estima, este apresenta-se negativo, derivado do facto de o self ideal dos idosos apresentar valores mais reduzidos que o self real. Ou seja, os idosos possuíam uma imagem futura acerca de si, em relação ao seu self pouco elevada, tão pouco elevada que era inferior ao valor que realmente se atribuíram a si no self real, o que pode denunciar uma ausência de perspectiva de futuro e de crença nas suas capacidades de realização e projecção futuras. É também visível que a diferença entre os dois indicadores é bastante reduzida do ponto de vista de intervalo absoluto, o que revela uma grande proximidade do self ideal, em relação ao self real. Já no momento B, o grau de Auto-Estima apresenta um valor médio 0,042 e portanto um maior índice de auto-estima e de congruência interna. Nota-se um aumento do valor absoluto do grau de Auto-Estima entre os dois momentos, o que indica que houve uma alteração positiva do valor total do grau de Auto-Estima de 0,099, no momento B. De notar que não só se verificou um aumento do valor, como também este se manifestou positivo, o que significa que o self ideal apresentou valores mais elevados que o self real, ou por outras palavras, que a imagem que os idosos possuem de si próprios, como ideal, tornou-se superior à imagem real que possuem de si, no momento B.

Não foi observada qualquer correlação com as variáveis socio-demográficas antes ou depois do acompanhamento terapêutico realizado. No entanto, com excepção do Agregado Familiar em que se verificou uma maior proximidade de correlação antes do início da relação de ajuda, todos os outros indicadores: género, idade, estado civil e ocupação/actividade, apresentaram uma maior proximidade de interdependência no momento após o término das sessões.

## DISCUSSÃO

Esta investigação contribuiu de uma forma exploratória, para a distinção da importância do grau de Auto-Estima do idoso, e na potencial optimização das condições para apoiar o idoso a desenvolver as suas dimensões intelectual, afectiva, emocional e, social, e por conseguinte, o seu bem-estar subjectivo, na fase mais avançada da vida. Os resultados indicaram um efeito positivo da relação de ajuda, pelo que o idoso, de facto, pode ser ajudado através do aconselhamento psicológico em relação ao seu grau de Auto-Estima.

O grau de Auto-Estima, obteve um valor negativo, no primeiro momento, e bastante próximo de zero, o que revela uma auto-estima negativa por parte do idoso, mas com um elevado nível de congruência, dado o seu valor absoluto reduzido. O seu cariz negativo é consequência de uma avaliação de self ideal inferior ao self real, o que revela que estes idosos detinham uma imagem de si desejada pouco idealizada e com reduzidas esperanças em relação ao futuro e com poucas perspectivas de melhoria, em conjugação com uma perspectiva real de si exigente e sem alternativa futura de melhoria, na direcção de um self ideal imaginado. Após as sessões, estes idosos continuaram a apresentar um elevado nível de congruência, que inclusivamente aumentou ligeiramente, indicado ao reduzido valor absoluto do indicador, e com a alteração do sinal para positivo, ou seja, o Grau de Auto-Estima é positivo, o que indica que o self ideal passou a ser mais elevado que o self real, passando para uma situação normal e expectável, através desta escala. Ou seja, os idosos após o acompanhamento psicológico, ajustaram o seu self ideal reduzindo-o ligeiramente, em paralelo com o self real, reduzindo este mais fortemente, de forma a que o seu nível de congruência aumentasse, implicando com isto uma maior correspondência entre o que sentem em relação a si na realidade e que desejariam para si, num plano ideal. Daqui resulta numa melhor associação entre o self e o seu experienciar organísmico, e que conduz a um maior ajustamento, de forma a permitir ao idoso um estado de congruência interno, com reduzidos níveis de defensividade. Com uma visão de si mais realista e objectiva, o funcionamento psíquico dos idosos melhora, e é proporcionada a congruência entre o self e a experiência, e o self ideal. Desta forma, o idoso revela uma perspectiva de futuro e de acreditação nas suas capacidades de realização e projecção futuras. Com isto resulta uma menor ansiedade, e maior autonomia, flexibilidade e criatividade, de forma a melhor lidar com as vicissitudes características

desta fase da vida, nomeadamente a solidão, a desintegração social e a marginalização como pessoa capaz e válida aos olhos dos restantes indivíduos.

## REFERÊNCIAS

- Betz, N.E., Wohlgemuth, E., Serling, D., Harshbarger, J., & Klein, K. (1995). Evaluation of a measure of self-esteem based on the concept of unconditional self-regard. *Journal of Counseling and Development, 74*, 76-88.
- Heiman, T. (2004). Examination of the salutogenic model, support resources, coping style and stressors among Israeli university students. *The Journal of Psychology, 138*, 505-520.
- Lang, F.R., Rieckmann, N., & Baltes, M.M. (2002). Adapting to aging losses: Do resources facilitate strategies of selection, compensation, and optimization in everyday functioning. *The Journals of Gerontology, 57B*, 501-509.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Matos, P., & Costa, M. (2004). Significações de perda e processo de luto no divórcio. *Psychologica, 35*, 11-14.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Schnyder, U., Büchi, S., Sensky, T., & Klaghofer, R. (2000). Antonovsky's sense of coherence: Trait or state? *Psychotherapy and Psychosomatics, 69*, 296-302.
- Sneed, J.R., & Whitbourne, S.K. (2003). Identity processing and self-consciousness in middle and later adulthood. *The Journals of Gerontology, 58B*, 313-319.

ESTUDO DE DIFERENÇAS MOTIVACIONAIS  
ENTRE GÊNEROS, NUMA POPULAÇÃO OBESA

*Sónia Mestre / José Pais Ribeiro*

FPCE, Universidade do Porto

Apesar do acto de comer ser considerado como essencial à sobrevivência, muitas pessoas manifestam dificuldade em conseguir controlar a quantidade e qualidade de comida que ingerirem, conduzindo à obesidade. Neste contexto, os investigadores tentam perceber que mecanismos psicológicos condicionam tais comportamentos, sendo consensual que a motivação é um desses factores. As teorias de Auto-Regulação salientam a importância do objectivo na mobilização e organização de um comportamento, pelo que sujeitos que conseguem atingir os objectivos a que se propõem, sentem mais satisfação pessoal, do que aqueles sujeitos que não conseguem. Isto por sua vez irá condicionar o comportamento que o sujeito adopta no futuro, de aproximação ou evitamento, para atingir os objectivos. Baseando-se nestas premissas a Teoria do Foco Regulador de Higgins e colaboradores (2001) identifica dois sistemas motivacionais: a promoção que está associado com a esperança e realização de ganhos (aproximação), e a prevenção que se baseia na responsabilidade e obrigação de não fracassar (evitamento). De acordo com aquele autor, sabendo o foco motivacional do sujeito, podemos prever o seu comportamento. Do ponto de vista da pesquisa empírica, estes pressupostos têm sido comprovados (Lieberman, Idson, Camacho, & Higgins, 1999; Shah, Higgins, & Fridman, 1998). Por exemplo, numa investigação cujo objectivo era manter uma dieta, Higgins e colaboradores (2001), verificaram que os sujeitos focalizados na promoção utilizavam estratégias que aceleravam o objectivo (aproximação), enquanto que pessoas focalizadas na prevenção evitavam a utilização de táticas que impediam a realização do objectivo (evitamento).

Sabendo que os sujeitos agem de acordo com a sua história subjectiva, mais focalizada na promoção ou na prevenção, se soubermos o foco motivacional do sujeito, podemos prever o seu comportamento, em termos de força, persistência e sucesso na realização de uma tarefa (Spiegle, Grant-Pillow, & Higgins, 2004).

Assim, o nosso objectivo é perceber numa população obesa qual o foco motivacional mais prevalente entre o sexo masculino e feminino e de que forma este se relaciona com a perda de peso dos indivíduos, ao longo do tratamento.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra deste estudo foi constituída por 70 sujeitos com diagnóstico de obesidade, que iniciaram tratamento médico/psicológico/nutricional para perda de peso, num hospital da área de Lisboa. A maioria dos participantes era do sexo feminino (80%), com idades compreendidas entre os 15 e os 62 anos. O tempo médio de doença era de  $M=18,10$  anos ( $DP=11,04$ ), com uma escolaridade média de  $M=8,55$  ( $DP=4,22$ ).

### *Material*

O instrumento utilizado nesta investigação foi o Regulatory Focus Questionnaire (RFQ) de Higgins e colaboradores (2001), que avalia de forma individual a partir de 11 itens, a história subjectiva do indivíduo nos dois sistemas motivacionais: a promoção e a prevenção. Numa validação efectuada por nós previamente, o questionário demonstra possuir uma consistência interna moderada num alfa de Cronbach de 0,66 para a escala da promoção e 0,68 para a escala de prevenção.

Paralelamente foi utilizado um questionário de dados demográficos, com informação relativa à idade, sexo, peso, altura, tempo de doença e escolaridade.

### *Procedimentos*

Os dados foram recolhidos individualmente através da aplicação dos questionários, em 3 momentos: no início do tratamento, ao fim de 3 meses de tratamento e aos 6 meses de tratamento. Foi explicada a natureza da investigação e referido que a participação no estudo era voluntária e que os resultados obtidos seriam confidenciais. Foi-lhes igualmente comunicado que não existiam respostas certas nem erradas e que se não tivessem a certeza sobre a resposta a dar, para nos dar a que achassem a mais apropriada.

## RESULTADOS

Os resultados mostram a existência simultânea dos 2 focos motivacionais: promoção e prevenção. No início do tratamento, globalmente os sujeitos

apresentavam um foco mais centrado na prevenção ( $M=3,68$ ;  $DP=0,71$ ), do que na promoção ( $M=3,49$ ;  $DP=0,53$ ). Aos 3 meses de tratamento parece haver uma inversão na prevalência do foco motivacional, onde a prevenção começa a diminuir ( $M=3,29$ ;  $DP=0,80$ ), e a promoção a aumentar ( $M=3,77$ ;  $DP=0,59$ ). No final do tratamento esta tendência parece manter-se: motivação ( $M=3,99$ ;  $DP=0,80$ ); prevenção ( $M=3,04$ ;  $DP=1$ ).

Por outro lado, e de um modo geral, constatamos que no início do estudo o peso parece não influenciar o tipo de motivação do sujeito obeso. Porém, aos 3 e 6 meses de tratamento, um maior valor de IMC encontra-se correlacionado positivamente com um comportamento evitante, e negativamente correlacionado com um comportamento de aproximação em relação aos objectivos do tratamento (Quadro 1).

Quadro 1

*Correlações e consistências internas entre as variáveis em estudo*

| Variáveis    | 1       | 2      | 3      | 4       | 5       | 6       | 7       | 8       | 9      |
|--------------|---------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| Tempo 1      |         |        |        |         |         |         |         |         |        |
| 1. IMC       | 1       |        |        |         |         |         |         |         |        |
| 2. Promoção  | -0,05   | (0,50) |        |         |         |         |         |         |        |
| 3. Prevenção | 0,02    | 0,21   | (0,61) |         |         |         |         |         |        |
| Tempo 2      |         |        |        |         |         |         |         |         |        |
| 4. IMC       | 0,95**  | -0,05  | -0,01  | 1       |         |         |         |         |        |
| 5. Promoção  | -0,39** | 0,55** | 0,20   | -0,41** | (0,73)  |         |         |         |        |
| 6. Prevenção | 0,24*   | 0,10   | 0,59** | 0,26*   | -0,20   | (0,74)  |         |         |        |
| Tempo 3      |         |        |        |         |         |         |         |         |        |
| 7. IMC       | 0,95**  | -0,01  | -0,02  | 0,97**  | -0,40** | 0,28*   | 1       |         |        |
| 8. Promoção  | -0,54** | 0,36** | 0,04   | -0,56** | 0,85**  | -0,40** | -0,58** | (0,87)  |        |
| 9. Prevenção | 0,42**  | -0,11  | 0,41** | 0,43**  | -0,45** | 0,81**  | 0,45**  | -0,65** | (0,83) |

*Nota.* Tempo 1: início tratamento; Tempo 2: 3 meses de tratamento; Tempo 3: 6 meses de tratamento; A diagonal apresenta os valores de alfa de Cronbach; \* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$ .

A diferença entre géneros nos dois focos foi medida usando-se o teste  $t$  para amostras independentes com variância de  $p<0,05$ . Os resultados mostram diferenças significativas entre géneros, onde os homens exibem maior tendência a terem um foco motivacional centrado na promoção. Globalmente ocorreu uma diminuição de peso, e apesar de estatisticamente a diferença não ser significativa, constatamos que as mulheres têm um maior índice de massa corporal que os homens ao longo do tratamento (Quadro 2).

Quadro 2

*Diferenças de médias entre sexos nos três tempos em estudo*

| Variável |           | Média Homens | Média Mulheres | <i>t</i>  | <i>p</i> |
|----------|-----------|--------------|----------------|-----------|----------|
| Tempo 1  | IMC       | 41,48        | 43,61          | <i>ns</i> |          |
|          | Promoção  | 3,72         | 3,43           | <i>ns</i> |          |
|          | Prevenção | 3,32         | 3,76           | -2,36     | 0,02     |
| Tempo 2  | IMC       | 40,52        | 42,34          | <i>ns</i> |          |
|          | Promoção  | 4,07         | 3,70           | 2,23      | 0,03     |
|          | Prevenção | 2,95         | 3,38           | -2,04     | 0,05     |
| Tempo3   | IMC       | 39,06        | 41,23          | <i>ns</i> |          |
|          | Promoção  | 4,40         | 3,89           | 2,56      | 0,01     |
|          | Prevenção | 2,55         | 3,16           | 2,07      | 0,05     |

*Nota.* Tempo 1: Início tratamento; Tempo 2: 3 meses de tratamento; Tempo 3: 6 meses de tratamento; IMC: Índice de massa corporal; *ns*: não significativo.

## DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) estabelece como limites normais de Índice de Massa Corporal valores entre 18,5 e 25 Kg/m<sup>2</sup>. Na população estudada verificamos que os sujeitos têm peso fora dos parâmetros normais. Isto constitui uma ameaça para a saúde e um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças, requerendo portanto esforços continuados para ser controlada. Comparando a proporção de homens e mulheres neste estudo, constatamos que a preocupação com o peso parece ser mais saliente nas mulheres, uma vez que estas recorrem em maior número à consulta. O Regulatory Focus Theory (Higgins, 1987, 1997) preconiza que o indivíduo adopta um comportamento, com base na motivação que tem em relação ao objectivo a que se propõe. Uma orientação mais positiva e direccionada para a concretização do objectivo caracteriza um tipo de comportamento dirigido por uma motivação de promoção. Uma posição mais receosa/evitante em relação à realização da tarefa caracteriza um comportamento motivado pela prevenção, que na população estudada se demonstrou ser mais característico da população feminina. De acordo com esta teoria, isto significa que os homens parecem ter uma maior discrepância entre o seu peso ideal e o peso actual, reflectindo o desejo de perderem peso, enquanto que as mulheres parecem reflectir o desejo de evitar ganhar peso.

Estudos empíricos revelam que as pessoas mais focalizadas na prevenção iniciam mais rapidamente uma tarefa do que pessoas com o foco na promoção (Pennington & Roese, 2003). A explicação é simples: as pessoas preferem fazer uma tarefa que requer menos esforço e qualificada como menos importante, do que fazer uma tarefa que requer o máximo de esforço, com vista a alcançar um resultado ideal (Freitas, Liberman, Salovey, & Higgins, 2002). Isto parece ir de certa forma contra os resultados deste estudo. Pois, uma vez que as mulheres eram inicialmente mais motivadas de forma preventiva, seria de esperar que perdessem mais peso aos 3 meses de tratamento do que os homens. No entanto, isto não se verificou, pois independentemente da motivação, não houve perda de peso estatisticamente significativa entre géneros. Ainda assim, os homens perderam mais peso que as mulheres, o que vai de encontro com a Teoria de Higgins e colaboradores (2001). Tal como os autores defendem, uma motivação mais centrada na promoção, faz com que o sujeito persista no objectivo a que se propõe, que neste caso foi a perda de peso. Mediante estes resultados, concluímos que o estudo do foco motivacional deveria ser um meio auxiliar no estudo do indivíduo obeso, com particular atenção às características próprias de cada género.

## REFERÊNCIAS

- Freitas, A.L., Liberman, N., Salovey, P., & Higgins, E.T. (2002). When to begin? Regulatory focus and initiating goal pursuit. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 121-130.
- Higgins, E.T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340.
- Higgins, E.T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52, 1280-1300.
- Higgins, E.T., Friedman, R.S., Harlow, R.E., Idson, L.C., Ayduk, O.N., & Taylor, A. (2001). Achievement orientations from subjective histories of success: Promotion pride prevention pride. *European Journal of Social Psychology*, 31, 3-23.
- Liberman, N., Idson, L.C., Camacho, C.J., & Higgins, E.T. (1999). Promotion and prevention choices between stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1135-1145.

- Pennington, G.L., & Roese, N.J. (2003). Regulatory focus and temporal distance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39, 563-576.
- Shah, J., Higgins, E.T., & Fridman, R. (1998). Performance incentives and means: How regulatory focus influences goal attainment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 447-458.
- Spiegle, S., Grant-Pillow, H., & Higgins, E.T. (2004). How regulatory fit enhances motivational strength during goal pursuit. *European Journal of Social Psychology*, 34, 39-54.
- WHO. (2005). Retrieved January 25, 2006, from <http://www.who.int/topics/obesity/en/>

## A IMPORTÂNCIA DA MOTIVAÇÃO AUTÓNOMA NA PREDIÇÃO DE RESULTADOS NO TRATAMENTO DO SUJEITO OBESO

*Sónia Mestre / José Pais Ribeiro*

FPCE, Universidade do Porto

A obesidade assume na actualidade uma proporção epidémica (WHO, 2005) e em Portugal estudos recentes revelam que 35% da população tem excesso de peso e 14% são obesos (Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade, 2001). Porém, apesar da importância deste tópico, pouco se sabe acerca da importância da motivação no comportamento do indivíduo obeso. Neste estudo propomo-nos estudar este tema, sob um ponto de vista da Teoria de Auto-Determinação (Deci & Ryan, 1985). A Teoria de Auto-Determinação avalia diferentes formas de motivação, ao longo de um continuum de menos (regulação controlada) para mais motivação (regulação autónoma). Os autores preconizam que, quando o sujeito é autonomamente determinado tem maior propensão para atingir os objectivos terapêuticos, adere mais facilmente ao tratamento (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008) e tem melhor saúde mental. De acordo com Ribeiro (2001) a avaliação da saúde mental, é bastante importante, pois permite avaliar globalmente a saúde, revelando as dificuldades sentidas pelo sujeito ao longo do tratamento.

A adesão é geralmente definida como a capacidade do sujeito agir de acordo com as recomendações dos profissionais de saúde (Haynes, 1979). Os estudos revelam que certas características individuais, como a idade, o sexo e a presença de doença crónica, estão associados com a adesão a estilos de vida mais saudáveis (Pronk, 2004). O inverso ocorre quando se analisa o peso dos sujeitos. De facto, tem sido reportado que os indivíduos obesos adoptam comportamentos evitantes no que respeita a adopção de comportamentos saudáveis e procuram menos ajuda médica (Drury & Louis, 2002; Hebl, Xu, & Mason, 2003).

Mediante estes pressupostos, pretendemos perceber qual a associação dos diferentes tipos de regulação com a saúde mental e a adesão, numa população de indivíduos obesos.

### MÉTODO

#### *Participantes*

Os dados foram recolhidos num hospital da área de Lisboa e um total de 90 indivíduos de ambos os sexos com diagnóstico de obesidade, completaram

os diferentes questionários. Os sujeitos tinham idades compreendidas entre os 15 e os 62 anos, e eram predominantemente do sexo feminino (81,1%). Cerca de 43,3% encontrava-se no momento do estudo não activo profissionalmente, com um tempo médio de doença de  $M=16,22$  anos ( $DP=10,61$ ), e uma escolaridade média de  $M=8,63$  ( $DP=4,27$ ).

### *Material*

Nesta investigação foram utilizados 4 questionários: a versão portuguesa do Treatment Self Regulation Questionnaire (TSRQ), concerning entering the weight loss program (Mestre & Ribeiro, 2008), a versão reduzida de 5 itens do Mental Health Inventory (MHI-5), a Escala de Adesão Geral (EAG) do Medical Outcome Study, e um questionário demográfico.

### *Procedimentos*

Todos os sujeitos em estudo estavam em início de tratamento médico/psicológico/nutricional, para perda de peso. Para integrarem o estudo os sujeitos tinham ainda que obedecer aos seguintes critérios: ter um IMC superior ou igual a  $30 \text{ Kg/m}^2$  e não tomar medicação que pudesse interferir com o peso. O preenchimento dos questionários foi voluntário e realizado em meio hospitalar em 3 momentos: no início, aos 3 meses e 6 meses de tratamento. Ao longo da investigação, os indivíduos foram primeiro informados do seu peso, e só posteriormente responderam aos questionários propostos.

## RESULTADOS

A análise estatística foi realizada através de diversos procedimentos do Statistical Package For Sciences (SPSS for Windows, versão 14.0).

Para quantificar a intensidade e a direcção de associação entre as variáveis, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. Assim, comparando os resultados obtidos entre sujeitos obesos para os diferentes questionários, constatou-se a existência de algumas correlações estatisticamente significativas no início do tratamento. Nesta fase em estudo, a saúde mental encontrou-se positivamente correlacionada com a saúde mental aos 3 meses  $r(90)=0,67$ ,  $p<0,01$ , e aos 6 meses  $r(90)=0,58$ ,  $p<0,01$ . A mesma

associação se verificou entre esta variável e a adesão: aos 3 meses  $r(90)=0,42$ ,  $p<0,01$  e aos 6 meses de tratamento  $r(90)=0,26$ ,  $p<0,05$ .

Ainda no início do tratamento e relativamente à regulação autónoma, constatou-se que esta apenas se encontrava correlacionada de forma negativa com a adesão  $r(90)=-0,21$ ,  $p<0,05$ . De salientar ainda a correlação positiva entre a regulação controlada e a saúde mental no início do estudo  $r(90)=0,22$ ,  $p<0,01$ .

Analisando as correlações entre as variáveis em estudo, aos 3 meses e no final do programa para perda de peso, verificou-se correlações estatisticamente significativas (Quadro 1), excepto para algumas dimensões. Com efeito, aos 3 meses a saúde mental parece não se ter correlacionado com os diferentes tipos de motivação, e a adesão ao tratamento médico, parece também não se ter associado com a regulação controlada. No final do tratamento, todas as variáveis se encontraram positivamente correlacionadas entre si, excepto para a motivação do tipo controlada.

Quadro 1

*Correlações para as diferentes escalas em estudo aos 3 e 6 meses*

| Variáveis               | 1       | 2       | 3      | 4      | 5       | 6       | 7      | 8      |
|-------------------------|---------|---------|--------|--------|---------|---------|--------|--------|
| 3 Meses de Tratamento   |         |         |        |        |         |         |        |        |
| 1. Regulação Autónoma   | (0,78)  |         |        |        |         |         |        |        |
| 2. Regulação Controlada | -0,54** | (0,89)  |        |        |         |         |        |        |
| 3. Saúde Mental         | 0,20    | -0,13   | (0,89) |        |         |         |        |        |
| 4. Adesão Tratamento    | 0,31**  | -0,12   | 0,43** | (0,88) |         |         |        |        |
| 6 Meses de Tratamento   |         |         |        |        |         |         |        |        |
| 5. Regulação Autónoma   | 0,63**  | -0,58** | 0,31** | 0,13   | (0,82)  |         |        |        |
| 6. Regulação Controlada | -0,41** | 0,78**  | -0,27* | -0,13  | -0,71** | (0,95)  |        |        |
| 7. Saúde Mental         | 0,24*   | -0,21*  | 0,79** | 0,42** | 0,37**  | -0,34** | (0,91) |        |
| 8. Adesão Tratamento    | 0,21*   | -0,32** | 0,40** | 0,59** | 0,44**  | -0,45** | 0,59** | (0,91) |

Nota. A diagonal apresenta os valores de alfa de Cronbach; \*  $p<0,05$ ; \*\*  $p<0,01$ .

Uma vez que o objectivo do programa era a perda de peso, procedeu-se ainda à análise do IMC com as restantes variáveis. Curiosamente, o IMC inicial apresentou-se positivamente correlacionado com a regulação autónoma  $r(90)=0,37$ ,  $p<0,01$ , e negativamente com a regulação controlada  $r(90)=-0,27$ ,  $p<0,01$ . Aos 3 meses de tratamento o IMC correlacionou-se de forma positiva com a regulação controlada  $r(90)=0,25$ ,  $p<0,05$  e negativamente com a saúde mental  $r(90)=-0,28$ ,  $p<0,01$ . E no final do programa médico o IMC associou-se de forma negativa com todas as variáveis (regulação autónoma  $r(90)=-0,35$ ,  $p<0,01$ ; saúde mental  $r(90)=-0,34$ ,  $p<0,01$ ; adesão  $r(90)=-0,48$ ,  $p<0,01$ ), excepto com a regulação controlada  $r(90)=0,51$ ,  $p<0,01$ .

## DISCUSSÃO

Os objectivos da maioria dos programas de saúde centrados no tratamento da obesidade são estabelecidos principalmente em 3 pilares: dieta, actividade física e alteração comportamental. Se os 2 primeiros objectivos são facilmente monitorizados, o mesmo não acontece com a modificação de comportamento, não existindo portanto, uma prescrição universal. Com efeito, o sucesso do tratamento do indivíduo obeso requer também a compreensão de factores como a motivação (Lang & Froelicher, 2006), que geralmente é díspar entre sujeitos.

Neste estudo, com base na Teoria de Auto-Determinação, foi estudado de que forma o tipo de motivação prediz o sucesso terapêutico, numa população de sujeitos com diagnóstico de obesidade.

Os nossos resultados sugerem uma associação negativa entre os dois tipos de motivação (autónoma e controlada), o que vai de encontro com a Teoria de Auto-Determinação. De uma forma geral, os sujeitos manifestaram ao longo do tratamento uma maior motivação autónoma associada a um aumento da saúde mental e maior adesão à terapêutica. A saúde mental parece estar fortemente associada com a adesão, em todas as fases do estudo. Verificamos ainda que quando os sujeitos são regulados de forma autónoma no início do tratamento, tendem a ter menor adesão no final do tratamento. Por outro lado, uma maior motivação controlada no início do tratamento pressupõe uma melhor avaliação da saúde mental aos 6 meses de tratamento. Este resultado indica, que num tratamento a longo prazo, coexistem ambas as regulações, e que inicialmente uma regulação baseada no incentivo externo, parece predizer melhor sucesso terapêutico.

Constatamos ainda ao longo do tratamento uma perda de peso, dos sujeitos. De salientar que esta variável, no início do programa, expressou-se de forma negativa com a regulação controlada e de forma positiva com a regulação autónoma. Isto demonstra que os indivíduos com mais peso tinham uma motivação mais intrínseca (autónoma), o que os levou a procurar ajuda para perda de peso.

Estes resultados revelam a importância em distinguir dois tipos de motivação na aquisição de comportamentos de saúde a longo prazo. Isto significa, e tal como defendem os autores da Teoria de Auto-Determinação (Deci & Ryan, 2002; 2008), no tratamento médico, a qualidade de motivação é mais importante que a quantidade de motivação. Por outro lado, a avaliação que o sujeito faz da sua saúde mental é crucial durante o tratamento, pois usualmente os programas de alterações comportamentais

não são encarados como actividades agradáveis (Valerand, Pelletier, & Koestner, 2008).

Neste trabalho sugere-se assim, que a motivação autónoma é uma promissora variável no tratamento a longo prazo do sujeito obeso.

## REFERÊNCIAS

- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester: The University of Rochester Press.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49(1), 14-23.
- Drury, C.A., & Louis, M. (2002). Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *Journal American Academic Nurse Practice*, 14, 554-561.
- Haynes, R.B., Taylor, D.W., & Sackett, D.L. (Eds.). *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hebl, M.R., Xu, J., & Mason, M.F. (2003). Weighing the care: Patients' perceptions of physician care as a function of gender and weight. *International Journal Obesity Related Metabolism Disorder*, 27, 269-275.
- Lang, A., & Froelicher, E.S. (2006). Management of overweight and obesity in adults: Behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 102-114.
- Mestre, S., & Pais Ribeiro, J.L. (2008). Adaptação de três questionários para a população portuguesa baseados na Teoria de Auto-Determinação. In I. Leal, J.L.P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 623-625). Lisboa: ISPA.
- Pronk N.P. (2004). Meeting recommendations for multiple healthy lifestyle factors. Prevalence, clustering, and predictors among adolescent, adult, and senior health plan members. *American Journal Preventive Medicine*, 27(2 Suppl), 25-33.
- Ribeiro, J.L.P. (2001). Mental Health Inventory: Um Estudo de Adaptação. Retrieved May 25, 2006, from <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/mhi.htm>

- Ryan, R.M., Patrick, H., Deci, E.L., & Williams, G.C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10, 2-5.
- Sociedade Portuguesa para o estudo da Obesidade: Obesidade e a sua terapêutica. Relatório de Consenso. (2001). *Obesidade, Diabetes e Complicações*, 1, 33-51.
- Valerand, R.J., Pelletier, L.G., & Koestner, R. (2008). Reflections on Self-Determination theory. *Canadian Psychology*, 49(3), 257-262.
- WHO. (2005). Retrieved January 25, 2006, from <http://www.who.int/topics/obesity/en/>

OS CONFLITOS INTERPESSOAIS NA ESCOLA:  
CONCEPÇÕES, INTERVENÇÕES E POSSIBILIDADES

*Telma P. Vinha / Luciene Regina P. Tognetta / Adriana de Melo Ramos*

Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Brasil

O aumento da violência, da indisciplina e dos conflitos interpessoais nas escolas brasileiras tem sido percebido por muitos educadores, alunos e pais, sendo tema recorrente na mídia e em momentos de reuniões de estudo coletivo e de formação de professores. De fato, inúmeras pesquisas indicam a frequência cada vez maior nas escolas brasileiras de situações como agressões físicas e verbais, furtos, insultos, desobediência às normas, *bullying*, entre outros (La Fábrica do Brasil, 2001; Nakayma, 1996; Vasconcelos, 2005). Ao investigar os conflitos em escolas públicas e privadas de São Paulo, Leme (2006) obteve respostas que indicam que 52% dos alunos da 6ª e 46,9% de 8ª séries acreditam que os conflitos aumentaram nos últimos anos.

Outros estudos (Vinha, 2003; Tognetta & Vinha, 2007) demonstram que os educadores se sentem intimidados e desmotivados diante das constantes situações de conflitos. Em algumas escolas, os professores utilizam de 15 a 20 minutos na organização dos alunos antes de iniciar a aula que tem a duração total de 50 minutos. Essa informação é coerente com resultados encontrados em estudo realizado por Fante (2003), em que 47% dos professores dedicaram entre 21 e 40% do seu dia escolar aos problemas de indisciplina e de conflitos entre alunos. Constatou-se ainda que os profissionais da instituição escolar acreditam que as desavenças entre os estudantes estão sendo resolvidas de formas cada vez mais violentas. Quando se deparam com tais situações, esses docentes afirmam que se sentem despreparados e inseguros para intervir de forma mais construtiva. Assim, cada um a seu modo utiliza qualquer estratégia que acredita ser útil para conter o problema como, por exemplo, dar notas baixas, ameaçar, punir, conversar, gritar, advertir, acusar, censurar, excluir, ou mesmo ignorar... Todavia, na prática, tais ações têm surtido pouquíssimos efeitos e, diante disso, há uma busca por alternativas específicas e pontuais que possam ser efetivas e imediatas. Essa crença foi também identificada em estudo realizado por Campos (2008) com 8773 docentes da educação básica. A autora constatou que 83% dos professores propõem a adoção de medidas mais duras, como solução para os problemas disciplinares, inclusive com a utilização de expulsões, se necessário (67,4%). O emprego de punições rigorosas aos alunos infratores, tais como a

comunicação ao Juizado da Infância e da Juventude, também foi defendido por 34% dos professores que fizeram parte de uma pesquisa realizada pela UDEMO (2001). Como forma de minimizar a violência, os conflitos e a indisciplina, 47% dos professores propuseram a contratação de mais funcionários como inspetores e psicólogos; 52% defendem o policiamento intensivo e permanente e 55% sugerem a implantação de projetos de conscientização e valorização da escola envolvendo pais, alunos e comunidade em geral. Constata-se, portanto, que diante dos conflitos interpessoais, muitos professores acabam por agir de maneira intuitiva e improvisada, pautando suas intervenções principalmente no senso comum.

Além da insegurança, frustração e sensação de impotência, essa situação tem contribuído para o aumento do estresse e do adoecimento dos docentes e, conseqüentemente, ampliam-se as taxas de absenteísmos. Em pesquisa realizada pela CNTE (2003) constatou-se que 22,6% dos professores pediram afastamento por motivo de saúde. Ressalta-se que cada licença médica significa, em média, cerca de três meses fora da sala de aula. Em 2007 foram registradas, diariamente, 30 mil faltas de professores na rede de ensino estadual de São Paulo, a maior do país, com cerca de 250 mil professores. No ano anterior, foram quase 140 mil licenças médicas, com duração média de 33 dias. Outro exemplo é o das escolas públicas do Distrito Federal, situado na região centro-oeste do Brasil, em que 46% dos professores solicitam licenças médicas durante o ano letivo. Essa realidade ocorre de forma ampla e generalizada, independentemente do estado ou região do país. Em Santa Catarina, no Sul, em 2006, de um total de 40 mil professores, 15 mil estavam afastados por licença. Estudos realizados a partir da década de 80 parecem indicar que as principais causas de adoecimento dos professores têm sido os distúrbios vocais, lombalgias, estresse e esgotamentos mental e físico (síndrome de Burnout).

O aumento do estresse dos professores também tem sido constatado por outros estudos. O Sindicato dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo (Apeoesp) divulgou que 46% dos professores das escolas públicas paulistas sofrem de elevados níveis de estresse. A síndrome de Burnout, que é o stress crônico laboral, é uma das causas do grande número de absenteísmo. O professor que sofre dessa síndrome, além de apresentar sintomas semelhantes aos da depressão (irritabilidade, ceticismo, indiferença e despersonalização), pode também apresentar outros sintomas físicos, como fadiga sem causa aparente, enxaquecas,

dores no corpo que mudam de lugar, prisão de ventre ou diarreia constantes, alteração do sono e queda na libido. De acordo com Codo (2002) a incidência de burnout em professores brasileiros tem sido de 43%. Em decorrência do esgotamento generalizado, muitos docentes têm menor qualidade de vida também em outras esferas, tais como na vida familiar, conjugal, acadêmica e social.

Estudo realizado pela UNESCO (2008) indica que 30% dos afastamentos dos docentes em escolas da rede pública no Brasil são motivados pela violência direta ou indiretamente ou pelo sentimento de vitimização. Tendo como base informações de questionários respondidos por diretores de todo o Brasil, Biondi (2008) alerta que a indisciplina dos alunos foi apontada como um sério problema por 64% dos diretores das escolas estaduais, 54% das municipais e 47% das instituições particulares. O comportamento indisciplinado dos alunos, os resultados muitas vezes contrários aos pretendidos nas intervenções feitas pela escola, os sentimentos de vitimização, frustração e incapacidade decorrentes, têm contribuído para aumento do desânimo e do desestímulo no trabalho. Em investigação realizada com professores de ensino médio, Tardeli (2003) encontrou um elevado índice (77,7%) de participantes desmotivados com a profissão devido ao comportamento indisciplinado dos alunos. Conscientes do impacto desses fenômenos no cotidiano das instituições escolares 85,5% dos diretores paulistas consideram a gestão dos conflitos entre os alunos como um aspecto muito importante para garantir o bom funcionamento e convívio escolar (Leme, 2006).

A concepção sobre os conflitos do professor e, conseqüentemente, o tipo de intervenção realizada por ele frente às desavenças entre os estudantes, interfere nas interações entre os alunos e no desenvolvimento socioafetivo dos mesmos, transmitindo mensagens que dizem respeito à moralidade. Em uma pesquisa (Vinha, 2003) acompanhamos inúmeras escolas visando compreender quais eram as concepções que os professores têm sobre conflitos e quais as intervenções decorrentes. Foi constatado que os conflitos eram vistos como negativos e danosos ao bom andamento das relações entre os alunos pela maioria dos professores, refletindo uma visão tradicional. Esses educadores concebiam harmonia ou paz como ausência de conflitos e não compreendiam que estes sempre estarão presentes, não podendo ser interpretados como ocorrências antinaturais. Assim se sentiam aflitos, angustiados ou irritados quando se deparavam com situações como furtos, danos ao patrimônio, agressões. Provavelmente em vista de suas concepções e dos sentimentos decorrentes, seus esforços

diante dos conflitos tomavam três direções. A primeira era evitá-los. Para isso, elaboravam-se regras e mais regras, controlavam-se os comportamentos por meio de filmadoras ou de vigilância sistemática sobre os alunos, trancavam-se armários e salas de aula para evitar furtos, ocupavam os estudantes com atividades de pouco valor pedagógico como cópias de conteúdos em lousa e exercícios de repetição, eram tomadas atitudes preventivas (como “mapeamentos”, pré-determinando os lugares em que os alunos sentarão), ameaçava-se, coagia-se. Desta forma, a escola promove a regulação exterior, esquecendo-se de que é uma instituição educativa, que visa formar os futuros cidadãos de nossa sociedade... Onde precisamos de controle, de vigilância, significa que não há educação.

A segunda era ignorar os conflitos quando ocorriam entre os alunos. Várias pesquisas (Leme, 2005; Tognetta & Vinha, 2008; Vinha, 2009) mostraram que quando o conflito ocorre entre aluno e autoridade, a escola atribui maior gravidade; quando acontece entre os pares, o incidente é minimizado, sendo considerado como “brincadeiras da idade”. Sem se dar conta das consequências, crianças e jovens são deixados à própria sorte quando a autoridade (adulto) não está envolvida no conflito. Com isso, transmitem a mensagem subliminar de que o respeito e a justiça devem ser dedicados às autoridades e não a qualquer ser humano. Essa atitude resulta em um ambiente propício para a ocorrência de situações de *bullying*, de *cyberbullying*, de maus tratos ou de intimidações entre eles.

A terceira direção encontrada foi a contenção. Desse modo, os educadores “terceirizavam” a intervenção no problema, transferindo-o para a família ou para um especialista; davam soluções prontas; utilizavam mecanismos de contenção e punições; incentivavam a delação; culpabilizavam; admoestavam; associavam a obediência à regra ao temor da autoridade, ao medo da punição, da censura e da perda do afeto. São mecanismos de controle utilizados cotidianamente nas escolas, que “funcionam” temporariamente, mas que, além de reforçar a heteronomia, não raro, agravam o problema.

Esta forma de lidar com os conflitos em longo prazo contribui para formar jovens que possuem baixo índice de habilidade social, apresentando dificuldades para emitir opiniões, argumentar e ouvir perspectivas diferentes sem que se sintam ameaçados, tomar decisões, expor e discutir seus sentimentos e coordenar perspectivas em ações efetivas. Na resolução de seus próprios conflitos, empregam mecanismos ainda primitivos, entre os quais as reações impulsivas, submissas ou agressivas, a não interação, as soluções unilaterais, a mentira. Como são privados de entender as

justificativas para os valores e normas nas relações, esses jovens tendem a orientar suas ações para receber gratificações, evitar castigos ou por mero conformismo, demonstrando que os valores morais foram pobremente interiorizados.

Utilizando os instrumentos elaborados por Deluty (que avaliam os estilos de resolução em situações de conflitos, categorizando-os em submisso, agressivo, assertivo ou mistos) pesquisas realizadas com estudantes brasileiros de 2ª à 7ª séries do ensino fundamental mostraram que a maior tendência dos jovens é empregar estratégias de resolução consideradas submissas, seguidas das agressivas (Carina, 2008; Leme, 2004; Leme, 2006; Vicentin, 2008). Estes resultados são coerentes com os encontrados em pesquisa realizada por La Taille (2006) com mais de cinco mil jovens brasileiros em que cerca de 90% disseram que os conflitos de hoje são resolvidos mais com agressão do que com diálogo. Alguns dados, como a crença presente na maioria dos participantes de que no mundo de hoje tem-se mais adversários do que amigos, parecem indicar que o “outro” é visto com desconfiança, como adversário, sendo necessário, portanto, precaver-se.

Constata-se que adolescentes, aparentemente afáveis, agem de forma impulsiva e violenta longe dos olhos dos adultos e que outros empregam formas submissas para resolver seus problemas, curvando-se à vontade de terceiros, desconsiderando os próprios sentimentos, valores e perspectivas. Muitos utilizam os meios de comunicação eletrônica para insultar, vingar-se ou intimidar colegas. Pesquisas internacionais (Li, 2005, 2006) indicam que por volta de 23% dos alunos de 11 a 19 anos já foram intimidados ou ameaçados pela internet (em 2000 eram apenas 6%). Deste modo, fica evidente a grande dificuldade de alguns jovens resolverem seus conflitos de forma não violenta, de chegarem à soluções que beneficiem pelo menos em parte os envolvidos e de expressarem seus sentimentos sem causar dano aos outros.

Apesar de constatarem cotidianamente tais dificuldades presentes em seus alunos, os educadores que possuem uma concepção mais tradicional acreditam que os conflitos não fazem parte do currículo, de seu trabalho como docente. Consideram a administração das situações conflituosas entre os estudantes como sendo algo desviante da função de professor, fazendo com que o trabalho com o conteúdo fique atrasado. Por conseguinte, além de terceirizarem a resolução dos conflitos ao transferirem-no para os especialistas na escola ou para a família, acreditam que não são também responsáveis por essa formação, isentando-se de responsabilidade

nesse processo, assim como das consequências dessa omissão. Contudo ressalta-se que auxiliar na aprendizagem dos alunos e ao mesmo tempo favorecer seu desenvolvimento sociomoral, são dimensões aparentemente diferentes, mas não o são. Esta dissociação é equivocada, pois são sistemas solidários, visto que os eventos de desavenças pessoais e os de aprendizagem estão incorporados, fundem-se.

Na perspectiva construtivista os conflitos são compreendidos como naturais em qualquer relação e necessários ao desenvolvimento da criança e do jovem. São vistos como oportunidades para que os valores e as regras sejam trabalhados, oferecendo pistas sobre o que precisam aprender. Suas intervenções não enfatizam a resolução do conflito em si, o produto (“como resolver?”), mas sim o processo, ou seja, a forma com que os problemas serão enfrentados (“o que eles poderão aprender com o ocorrido?”).

Piaget (1932/1977) concebe o conflito, tanto o que ocorre no interior do sujeito como entre os indivíduos, como necessários ao desenvolvimento. Quando ocorre um conflito na interação com o outro, o indivíduo é motivado por esse desequilíbrio a refletir sobre maneiras distintas de restabelecer a reciprocidade. Uma resolução de conflito considerada como positiva implica em um equilíbrio entre a capacidade de persuasão do outro e a satisfação de si mesmo, sendo necessário para isto operar considerando os sentimentos e perspectivas próprias e de uma outra pessoa (resolução cooperativa). Assim, por reconhecer a importância de favorecer a atividade no interior do sujeito, o professor que pauta suas intervenções nessa concepção reconhece que o conflito vivido pelos alunos não lhe pertence, assim sendo, não lhe cabe resolvê-lo retirando-os do mesmo. Frequentemente, o que ocorre é o contrário, ou seja, o professor ou especialista retira os alunos do controle do próprio conflito ou problema, atribuindo a terceiros ou a si próprio a resolução dessas situações vividas pelos alunos, dizendo-lhes o que deve ser feito (ou induzindo). Todavia, o fato de não solucionar por eles não é sinônimo de largá-los a própria sorte. Em situações de conflito, o educador poderá intervir explicitando o problema de tal forma que eles possam entender, ajudá-los a verbalizar seus sentimentos e desejos, promovendo uma interação, e auxiliá-los a escutar uns aos outros, convidando-os para colocar suas sugestões e propor soluções.

De acordo com esta perspectiva, ao invés de o professor utilizar sua energia para fazer com que os estudantes não tenham conflito, poderá empregá-la de forma a contribuir para que eles aprendam por meio dos

conflitos, aproveitando-os como oportunidades para auxiliar os alunos a reconhecer as próprias perspectivas e as dos outros, assim como aprender, aos poucos, como buscar soluções aceitáveis e respeitadas para todas as partes envolvidas. Ao agir assim, o adulto demonstra reconhecer a importância do desenvolvimento de habilidades que auxiliem na resolução de conflitos interpessoais e, conseqüentemente, em favorecer a formação de pessoas autônomas. Por exemplo: situações de mentira constituem-se em oportunidades para refletir sobre a necessidade da veracidade para manter o elo de confiança; circunstâncias em que há agressões físicas ou verbais entre os alunos podem ser aproveitadas para trabalhar o reconhecimento dos sentimentos e a resolução das desavenças de forma não violenta e mais eficaz, por meio do diálogo; e assim por diante.

Por serem concebidos como inerentes às relações e necessários ao crescimento individual ou de um grupo, e que lidar com eles não é algo “desviante” da função de educador, modificam-se, inclusive, os sentimentos diante dessas situações. Desta forma, lida-se com os conflitos de forma mais tranquila, controlam-se reações mais precipitadas ao perceber a necessidade de, muitas vezes, planejar o processo de resolução dos mesmos (“O que o conflito está indicando? Por quê? Como trabalhar o que os alunos precisam aprender?”). Nos procedimentos que serão empregados, nas situações promovidas ou nas regras que serão elaboradas busca-se não mais atuar sobre as conseqüências de um problema, mas sim sobre as causas, posto que uma resolução considerada eficaz em um conflito é aquela que minimiza ou elimina as causas que o gerou. Ressalta-se que o fato de um conflito não ser resolvido, não significa que o que o gerou não foi trabalhado.

É preciso refletir sobre a manutenção deste modelo de educação que, além de gerar desgastes nas relações entre professores e alunos, em nada contribui para que os jovens aprendam a se relacionar de forma mais respeitadas e satisfatórias, além de não favorecer o desenvolvimento da capacidade de expressar suas perspectivas sem causar dano aos outros e de buscarem soluções não violentas e cooperativas para seus conflitos. Até quando serão ignoradas estas questões nos cursos de formação, deixando o professor despreparado e inseguro para lidar com essas situações tão presentes em qualquer escola?

Apesar de todos os dados anteriormente mencionados indicarem a forte presença dos conflitos nas escolas brasileiras e da importância deste fenômeno para a qualidade das relações, da saúde e da educação, raramente se encontram cursos de formação de professores que estudam

estas questões, preparando o futuro profissional em educação para lidar com mais competência e segurança. Nas palavras de Dubet (1998) “deveria haver cursos sobre a violência porque a gente deveria aprender a responder a isto como se aprende as matemáticas”. E completa: “... é um absurdo. Esta formação deveria ser mais ágil, muito mais longa e muito menos ideológica” (p. 230).

Para a promoção de relações mais justas, respeitosas e solidárias, é necessário tomar consciência de que a ética está presente nas mais diversas dimensões da escola, tais como: na relação da equipe de especialistas com os integrantes da instituição e também no trabalho docente, ou seja, na postura, nos juízos emitidos, na qualidade das relações que são estabelecidas, no tipo, quantidade, conteúdo, forma de elaboração e legitimação das regras; na maneira pela qual o conhecimento é concebido, trabalhado e avaliado; na relação e nas ações com a comunidade. Sabendo da importância de vivenciar a moral, mas de refletir, discutir e analisar as atitudes, além de se trabalhar conteúdos éticos de forma transversal e por projetos interdisciplinares, é também necessário que os alunos (e adultos) tenham experiências vividas efetivamente com os valores morais, propiciando uma atmosfera sociomoral cooperativa no contexto educativo. E, é preciso, ainda, oferecer sistematicamente oportunidades para que a construção de valores morais aconteça como um objeto do conhecimento que depende da tomada de consciência e, portanto, de momentos em que se possa pensar sobre o tema.

A obtenção de relações equilibradas e satisfatórias (o que não significa que os conflitos estarão ausentes) não é fruto de um dom gratuito ou de desenvolvimento maturacional; mas sim, decorrentes de um processo de construção e aprendizagem. Porém, raramente se percebe a preocupação das instituições escolares com as possibilidades pedagógicas dos conflitos. Os esforços nesta área estão mais voltados para conseguir um bom comportamento do aluno (muitas vezes por medo ou conformismo) e para a contenção do conflito do que para a aprendizagem. Entretanto, ressalta-se que todo projeto pedagógico que tenha por finalidade favorecer o desenvolvimento de relações mais justas, respeitosas e solidárias, visando a autonomia do aluno, deve conceder um lugar relevante para as relações interpessoais e para a formação contínua e atualizada dos professores. Há necessidade constante de identificação dos problemas vivenciados na instituição educativa e por meio da contínua cooperação entre os integrantes na reflexão sobre as causas, nas discussões dos estudos visando conhecê-los, no planejamento e na avaliação das intervenções.

Ações assertivas como estas são necessárias quando se pretende construir na instituição educativa um ambiente cooperativo em que a qualidade das relações e a convivência respeitosa são de fato priorizadas.

## REFERÊNCIAS

- Biondi, R. (2008). *Sistema de Avaliação da Educação Básica – SAEB*. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)/Ministério da Educação e do Desporto. Brasília: MEC/SEF. Recuperado em 12 de Março de 2008, em <http://www.inep.gov.br/basica/saeb/>
- Carina, S.C. (2008) *O processo de resolução de conflitos entre os pré-adolescentes: O olhar do professor*. Tese de Doutorado em Educação. Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil.
- CNTE – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação. (2003). *Relatório de pesquisa sobre a situação dos trabalhadores (as) da educação básica*. Recuperado em 20 de Setembro de 2006, em [http://www.cnte.org.br/images/pdf/pesquisa\\_retrato\\_da\\_escola\\_3.pdf](http://www.cnte.org.br/images/pdf/pesquisa_retrato_da_escola_3.pdf)
- Codo, W. (2002). *Educação, carinho e trabalho: Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar a falência da educação*. Petrópolis: Vozes.
- Dubet, F. (1998). A formação dos indivíduos: A desinstitucionalização. *Contemporaneidade e Educação*, 3, 27-33.
- Fante, C. (2003). *Fenômeno bullying: Estratégias de intervenção e prevenção da violência entre escolares*. São José do Rio Preto: Ativa.
- La Fabrica do Brasil. (2001). *Escola e família: Instituições em conflito*. Observatório do Universo Escolar e Ministério da Educação. Recuperado em 10 de Outubro, 2002, em [www1.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/sonosso/pesquisa%20s%F3%20nosso.ppt](http://www1.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/sonosso/pesquisa%20s%F3%20nosso.ppt)
- La Taille, Y. (2006). *Moral e ética: Dimensões intelectuais e afetivas*. Porto Alegre: Artmed.
- Leme, M.I.S. (2004). Educação: O rompimento possível do círculo vicioso da violência. In M.R. Maluf (Org.), *Psicologia educacional: Questões contemporâneas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Leme, M.I.S. (2006) *Convivência, conflitos e educação nas escolas de São Paulo*. São Paulo: ISME.
- Li, Q. (2005). New bottle but old wine: A research on cyberbullying in schools. *Computer and Human Behavior*. Recuperado em 15 de Julho de 2006, de [http://www.ucalgary.ca/~qinli/publication/cyber\\_chb2005.pdf](http://www.ucalgary.ca/~qinli/publication/cyber_chb2005.pdf)

- Li, Q. (2006) Cyberbullying in schools: A research of genders Differences. *School Psychology International*, 27. Recuperado em 15 de julho, 2006, de <http://www.ucalgary.ca/~qinli/publication/cyberGender2005SPIJ.pdf>
- Campos, M.M. (2008). *A qualidade da educação sob olhar dos professores*. São Paulo: FSM/OEA.
- Nakayama, A.M.A. (1999). *Disciplina na escola: o que pensam os pais, professores e alunos de uma escola de 1º Grau*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Piaget, J. (1977). *O julgamento moral na criança*. São Paulo: Mestre Jou (obra original publicada em 1932).
- Tardeli, D.A. (2003). *O respeito na sala de aula*. Petrópolis: Vozes.
- Tognetta, L.R.P., & Vinha, T.P. (2007). *Quando a escola é democrática: Um olhar sobre a prática das regras e assembléias na escola*. Campinas: Mercado de Letras.
- 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. In J.L. Cunha & L.S.C. Dani (Orgs.), *Escola, conflitos e violência*. Santa Maria: UFSM.
- UDEMOM – Sindicato de Especialistas de Educação do Magistério Oficial do Estado de São Paulo. (2001). *Violência nas escolas: Incidência, causas, conseqüências e sugestões*. Recuperado em 23 de Agosto de 2005, em de <http://www.siraque.com.br/site/pdf/viol-escola.pdf>
- UNESCO, Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura. (2008). *Relatório de monitoramento de educação para todos, Brasil 2008: educação para todos em 2015; alcançaremos a meta?* Brasília: UNESCO. Recuperado em 12 de Junho de 2008, em <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001592/159294por.pdf>
- Vasconcelos, M.S. (2005). *Indisciplina no contexto escolar: Estudo a partir de representações de professores do ensino fundamental e médio*. Apresentação de trabalho. ANPEP: Florianópolis, SC.
- Vicentin, V. (2008). *Condições de vida e estilos de resolução de conflito entre adolescentes*. Tese de em psicologia escolar e do desenvolvimento humano, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Vinha, T.P. (2003). *Os conflitos interpessoais na relação educativa*. Tese de doutorado. Faculdade de Educação, Unicamp, Campinas, SP, Brasil.
- Vinha, T.P. (2009). Autoridade autoritária. *Revista Nova Escola*, 10(226). Recuperado em 20 de Outubro de 2009, de <http://revistaescola.abril.com.br/crianca-e-adolescente/comportamento/autoridade-autoritaria-504466.shtml?page=0>

ESTUDO EXPLORATÓRIO DAS REPRESENTAÇÕES  
DOS TÉCNICOS DE SAÚDE SOBRE OS MOTIVOS  
DE RECURSO À IVG E O PROCESSO DE ACONSELHAMENTO

*Vanda Beja / Isabel Leal*

ISPA – Instituto Universitário

A Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, veio permitir em Portugal a interrupção voluntária da gravidez (IVG) a pedido da mulher até às dez semanas. Existem ainda poucos dados sobre esta nova realidade, tornando-se fundamental explorá-la. A investigação que aqui se apresenta pretende ser um contributo nesse âmbito, consistindo num estudo qualitativo, descritivo e exploratório que visa conhecer as representações de técnicos de saúde que disponibilizam aconselhamento na IVG sobre os motivos de recurso e sua frequência, em que consiste e como decorre o aconselhamento e em que medida e em que aspectos o consideram útil. É de notar que por aconselhamento entendemos a interação ocorrida durante todo o processo de IVG (consulta prévia, período de reflexão e consultas de IVG, *follow-up*, psicologia, serviço social e contraceção e planeamento familiar – C&PF) entre os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social) e a utente e seus acompanhantes.

## MÉTODO

Os participantes foram 16 técnicos de saúde que realizavam aconselhamento na IVG. Foram seleccionados de modo não-aleatório, por conveniência e heterogeneidade, tratando-se de uma amostra não representativa da população em estudo (i.e., os profissionais de saúde que realizam aconselhamento na IVG em instituições portuguesas). Maioritariamente feminina, a amostra incluía técnicos entre os 24 e 55 anos de idade de diferentes categorias profissionais (enfermeiros, médicos, psicólogos, técnicos de serviço social) e instituições (centros de saúde, hospitais, maternidades, clínicas privadas, ONGs) da zona de Lisboa e Vale do Tejo. A maior parte realizava aconselhamento generalista e alguns, intervenção psicológica ou social. Todos atendiam as mulheres presencialmente, excepto um que o fazia via telefone.

A recolha de dados ocorreu entre Outubro de 2007 e Maio de 2008 através de entrevistas individuais em profundidade de carácter semi-directivo, tendo-se usado um guião criado para o efeito com quatro questões que reflectiam os objectivos do estudo. Os encontros decorreram face-a-face e tiveram 30 a 90 minutos de duração, tendo sido gravados em áudio e depois transcritos na íntegra. Os dados foram sujeitos a análise de conteúdo com base nas orientações de Bardin (1979) e Vala (1999). Na codificação do material, utilizou-se um processo misto (*a priori* e *a posteriori*) de definição de categorias/subcategorias e respeitaram-se os critérios de exaustividade, exclusividade, reprodutibilidade e estabilidade. A grelha de codificação final inclui 48 categorias e 133 subcategorias distribuídas por três temas: (1) Motivos de Recurso à IVG, (2) Aconselhamento na IVG e (3) Outros Temas de IVG (reúne todos os aspectos ligados à IVG citados pelos participantes que não cabem nos outros temas). Além da análise temática, fez-se uma análise frequencial em que se contabilizaram, quer o número total de ocorrências de cada categoria/subcategoria no conjunto das entrevistas, quer o número de entrevistas com registo de cada categoria/subcategoria. Face ao carácter descritivo e exploratório do estudo, a análise temática assumiu maior importância do que a frequencial que funcionou apenas como um indicador do peso de uns conteúdos em relação ao de outros. Por motivo de economia de espaço, só são apresentados aqui os resultados mais relevantes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *Motivos de IVG*

A análise temática permitiu identificar os seguintes motivos de recurso à IVG: situação socioeconómica (i.e., situação financeira/laboral percebida como insuficiente para ter um filho); inoportunidade da gravidez/ausência de projecto de maternidade naquele momento ou no futuro; interferência da gravidez noutros projectos de vida (i.e., académicos/profissionais); situação conjugal (i.e., insatisfação/instabilidade, separação, risco de abandono, ausência de desejo de ter um filho daquele homem); saúde física da mulher e/ou do feto (i.e., situações de risco que não são suficientemente graves para se considerarem interrupções terapêu-

ticas da gravidez). Os motivos citados por um único participante foram agrupados na subcategoria “Outros Motivos” e incluem gravidez resultante de violação, preocupações da mulher com a imagem corporal e “pressões várias” (*sic.*).

Os motivos mais referidos e considerados muito frequentes pela maioria dos entrevistados foram, em primeiro lugar, a situação socioeconómica e, em segundo lugar, a inoportunidade da gravidez/ausência de projecto de maternidade. Entre os participantes que mencionaram a frequência do motivo interferência da gravidez noutros projectos de vida (25% da amostra), metade considerou-o muito frequente e a outra metade medianamente frequente. A situação conjugal foi classificada como um motivo medianamente frequente pela maioria dos técnicos que o citaram (50% da amostra). Os factores ligados à saúde física da mulher e/ou do feto foram percebidos como pouco frequentes, tal como a maior parte dos “Outros Motivos”.

Os resultados referentes à descrição e à frequência dos motivos de IVG não apresentam surpresas, indo ao encontro, quer da literatura internacional (Bankole, Singh, & Haas, 1998; Finer & Henshaw, 2006; Helström et al., 2003; Larsson, Aneblom, Odling, & Tidén, 2002; Santelli, Speizer, Avery, & Kendall, 2006; Törnblom, Ingelhammar, Lilja, Svanberg, & Möller, 1999), quer dos dados portugueses pré-referendo de 2007 (APF & Consulmark, 2006; Tomé, 1998).

Alguns entrevistados referiram existir uma grande diversidade de motivos de IVG e dois alertaram para o facto de as mulheres tenderem a apresentar mais do que um. Estes resultados estão em concordância com os de outros estudos (Bankole et al., 1998; Ehrlich, 2003; Finer et al., 2006; Larsson et al., 2002; Santelli et al., 2006) e revelam que os técnicos estão cientes da complexidade e multidimensionalidade do processo de tomada de decisão de IVG.

Houve participantes que referiram que o número de utentes com motivos socioeconómicos era inferior ao que esperavam antes da entrada em vigor da nova Lei. Um deles acrescentou que, ao contrário do que esperava, recebia mais mulheres de estatuto socioeconómico (ESE) médio ou elevado do que de ESE baixo. Apesar de alguns técnicos afirmarem ver mulheres que assumiam claramente a inexistência de um projecto de maternidade como principal razão de IVG, outros referiram ter recebido utentes renitentes em assumir esta situação por temerem a reacção de terceiros, apresentando outros motivos que consideravam ser socialmente mais aceitáveis. O conjunto destes dados leva-nos, por um lado, a pensar

que a decisão de IVG pode ser mais determinada pela ausência de um projecto de parentalidade do que por factores económicos ou conjugais, o que, aliás, está em concordância com os resultados obtidos por Costa, Hardy, Osís e Faúndes (1995). Por outro lado, estes resultados sugerem que os motivos verbalizados pelas mulheres podem não reflectir o que elas realmente sentem mas constituir uma tentativa de ir ao encontro do socialmente esperado, sobretudo, se tivermos em conta as representações sociais vigentes sobre feminilidade, maternidade e aborto. Esta interpretação dos resultados é congruente com a visão de autoras como Boyle (2002), Lattimer (1997) e Murphy (1997).

### *Aconselhamento na IVG*

Em relação àquilo em que consiste o aconselhamento na IVG realizado pela amostra, foram identificadas oito dimensões/áreas de intervenção que passamos a descrever.

- 1) Acolhimento da Mulher e Compreensão/Enquadramento do Pedido – Envolve receber a mulher, compreender o contexto em que surgiu a gravidez, identificar a desejabilidade e o significado que a gravidez tem para ela e averiguar quais os motivos de IVG.
- 2) Disponibilização de Informação – Remete para a partilha de informação/esclarecimento de dúvidas sobre aspectos clínicos (procedimentos, riscos, sintomas habituais, sinais de alerta e cuidados antes, durante e após a IVG), legais (i.e., acesso, prazos e circunstâncias de IVG) e práticos (i.e., organização do serviço, dinâmica do processo, locais e técnicos a que recorrer) do processo de IVG. Era a dimensão mais praticada pelos técnicos (apenas um não a referiu) e a informação clínica tendia a ser a mais abordada (46% das ocorrências da categoria) e por um maior número de participantes (87,5% da amostra).
- 3) Apoio à Tomada de Decisão de IVG – Traduz-se, quer na promoção de um espaço de escuta, reflexão e clarificação para a tomada de decisão, quer numa actuação que visa garantir que a decisão é ponderada, envolve o menor nível de ambivalência possível, é tomada pela própria e a mulher sente ser a que faz mais sentido naquele momento da sua vida. A primeira vertente desta dimensão era mais praticada pela amostra (62,5%) do que a segunda (37,5%).

- 4) Gestão de Aspectos Psicológicos e Emocionais – Remete, sobretudo, para a contenção/ securização emocional da mulher (77% do total de ocorrência da categoria) mas também para a monitorização do seu estado emocional (citada por 25% da amostra), a abordagem dos seus projectos futuros de gravidez e parentalidade e o despiste de psicopatologia prévia (cada um destes dois aspectos foi mencionado por um participante). Foi a dimensão menos referida pela amostra (50%).
- 5) Abordagem de Aspectos Ligados à C&PF – Inclui averiguar acerca da C&PF pré-IVG, sensibilizar/promover a mudança comportamental a este nível, dar informação sobre C&PF, negociar, seleccionar e prescrever/entregar um método contraceptivo (MC), promover a escolha de um MC adequado ao perfil da mulher, monitorizar a adesão à C&PF ao longo do processo de IVG e encaminhar para serviços de C&PF pós-IVG. Foi a categoria referente à descrição do aconselhamento mais citada pela amostra, tendo surgido em todas as entrevistas.
- 6) Envolvimento de Terceiros no Aconselhamento – Passa por identificar/gerir situações de pressão/coerção ou de discordância no casal em relação à decisão de IVG e disponibilizar aconselhamento aos acompanhantes (individual ou com a mulher).
- 7) Apresentação do Aconselhamento Psicológico – Referida por 87,5% da amostra, seguia procedimentos distintos consoante as instituições onde os técnicos trabalhavam. Em quatro, o aconselhamento psicológico era apresentado pelo técnico que fazia o acolhimento a algumas mulheres que solicitavam IVG, de acordo com as suas características/circunstâncias. Em duas, era esse técnico que o fazia mas a todas as mulheres. Numa, seguia-se este procedimento com mulheres adultas e havia um protocolo específico para adolescentes em que todas tinham uma consulta inicial de Psicologia. Numa outra instituição, era o psicólogo que apresentava este serviço numa consulta inicial de Psicologia para todas as mulheres que solicitavam IVG.
- 8) Apresentação do Aconselhamento Social/Abordagem dos Apoios Sociais do Estado – Dimensão praticada por 87,5% da amostra, verificando-se, porém, que na grande maioria das instituições só se realizava perante mulheres que os técnicos considerassem estar em situações que o justificavam. Numa instituição, estas questões eram abordadas com todas as mulheres.

No que se refere à utilidade do aconselhamento, todos os participantes o consideraram útil, relevante ou importante mas por diferentes motivos. Metade valorizou a sua função informativa por permitir a obtenção do consentimento informado da mulher e a diminuição da sua ansiedade. Também metade achou que a principal mais-valia era o facto de envolver a abordagem da C&PF e, portanto, contribuir para prevenir nova IVG. A vertente de contenção/ securização emocional da mulher foi apontada por 44% da amostra como determinante da utilidade do aconselhamento, enquanto 37,5% achava que o apoio à tomada de decisão era o factor que o tornava relevante. No entanto, os entrevistados só consideraram esta última dimensão útil em duas situações: ou quando não havia ambivalência mas a intervenção permitia à mulher tomar uma decisão informada e sentir-se apoiada nesse processo; ou nos raros casos de ambivalência em que o aconselhamento podia garantir que a mulher tomava, de facto, a decisão que lhe fazia mais sentido. Metade da amostra considerou o aconselhamento pouco útil ao nível da formação ou alteração da decisão de IVG visto que a maioria das mulheres já sabia o que queria quando chegava aos serviços e não reavaliava ou mudava a sua decisão por ser exposta a aconselhamento. O facto de poder constituir uma oportunidade para a utente resolver outros aspectos da sua vida foi um aspecto do aconselhamento considerado importante por 25% dos participantes. Houve ainda dois entrevistados que valorizaram o facto de poder potenciar a aproximação das mulheres aos serviços de saúde e um considerou-o relevante por actuar ao nível da prevenção de reacções emocionais negativas pós-IVG.

Os resultados relativos, quer à descrição do aconselhamento na IVG, quer à sua utilidade, revelam que a actuação e as representações da amostra estão em concordância com os dados da literatura sobre o assunto (Baker, Beresford, Halvorson-Boyd, & Garrity, 1999; Bruyn & Packer, 2004; Corbett & Turner, 2003; Ely, 2007; Fisher, Castle, & Garrity, 1998; Hyman, & Castleman, 2005; Tabbutt-Henry & Graff, 2003; Terki, Malhotra, & Pawlson, 2004; WHO, 1998, 2003). Verifica-se que o aconselhamento realizado pelos participantes se aproxima mais de uma abordagem centrada no cliente que coloca o enfoque na disponibilização de informação e na contenção/securização emocional da mulher do que numa intervenção focada na prevenção de respostas emocionais negativas pós-IVG e no apoio à decisão, mais praticada até ao final da década de 70 e actualmente menos praticada (Boyle, 1998; Everett, 1997; Fisher et al., 1998; Holden, Russell, & Paterson, 1997; Lattimer, 1997; Lee, 2003). No entanto, há resultados que sugerem que, ao nível da gestão de aspectos

psicológico e emocionais, a actuação dos participantes apresenta lacunas que devem ser colmatadas e que, a nosso ver, exigem um investimento na promoção da qualidade da interacção técnico-utente que se constitui como um factor-chave para uma boa prestação de cuidados na IVG. Como recomendado na literatura (Goodman et al., 2007; NAF, 2005; Stewart & Darney, 2003), há que realizar formação inicial e contínua específica sobre aconselhamento na IVG aos técnicos que actuam neste âmbito que cubra aspectos técnicos e conhecimento do tipo declarativo mas, sobretudo, o saber-fazer e o saber-estar. A monitorização contínua do trabalho desenvolvido é também crucial, podendo ser feita através de supervisão, *feedback* de colegas e avaliações anónimas por parte dos utentes.

## CONCLUSÃO

Apesar de nos dar uma primeira ideia do que se está a passar no terreno, o presente estudo tem óbvias limitações. A amostra é reduzida e não representativa da população. Dando-nos a conhecer a visão dos técnicos, não permite aceder às experiências das mulheres e os dados podem não reflectir o que, de facto, ocorre no terreno já que os técnicos podem ter descrito a sua actuação de uma forma que não corresponde totalmente ao real. Sendo uma investigação qualitativa de carácter descritivo e exploratório, o seu objectivo não era medir o fenómeno em estudo, motivo pelo qual não se realizou tratamento estatístico. No entanto, isto significa que os resultados não são generalizáveis.

Ao nível da investigação futura, há que desenvolver em Portugal estudos de larga escala que cubram aspectos patentes na literatura internacional mas desconhecidos no nosso país e fundamentais para se guiar a intervenção na IVG, nomeadamente: motivos de IVG e sua relação com as características sociodemográficas das mulheres; IVG de repetição; satisfação dos utentes com os serviços; eficácia de diferentes modelos de prestação de cuidados de IVG; epidemiologia da IVG clandestina, morbidade e mortalidade associadas, motivos de recurso e características das mulheres que o praticam. Em relação a questões às quais a literatura ainda não deu resposta, são de salientar as seguintes áreas de investigação: o impacto da aceitabilidade social e das representações sociais vigentes nos motivos de IVG verbalizados pelas mulheres; as determinantes da adesão à C&PF e da recidiva de IVG e o papel do aconselhamento neste âmbito; a objecção de consciência e suas implicações no acesso à IVG.

## REFERÊNCIAS

- APF – Associação para o Planeamento da Família & Consulmark. (2006). A situação do aborto em Portugal: Práticas, contextos e problemas. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 42/43, 5-23.
- Baker, A, Beresford, T., Halvorson-Boyd, G., & Garrity, J.M. (1999). Informed consent, counseling, and patient preparation. In M. Paul, E.S. Lichtenberg, L. Borgatta, D.A. Grimes, & P.G. Stubblefield (Eds.), *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Washington, DC: National Abortion Federation. Consultado a 25 de Março de 2008 através de <http://www.prochoice.org/education/resources/textbook.html>
- Bankole, A., Singh, S., & Haas, T. (1998). Reasons why women have induced abortions: Evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives*, 24(3), 117-127.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Boyle, M. (1998). Decision making for contraception and abortion. In M. Pitts & K. Phillips (Eds.), *The psychology of health: An introduction* (pp. 169-186). London: Routledge.
- Boyle, M. (2002). Reflections on abortion and psychology: the hidden issues. Consultado a 15 de Março de 2008 através de [http://www.prochoiceforum.org.uk/psy\\_ocr6.asp](http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_ocr6.asp)
- Bruyn, M., & Packer, S. (2004). *Adolescents, unwanted pregnancy and abortion: Policies, counseling and clinical care*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Corbett, M., & Turner, K. (2003). Essential elements of postabortion care: Origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29(3), 106-111.
- Costa, R.G., Hardy, R., Osis, M.J.D., & Faúndes, A. (1995). A decisão de abortar: Processo e sentimentos envolvidos. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(1), 97-105.
- Ehrlich, J.S. (2003). Grounded in the reality of their lives: Listening to teens who make the abortion decision without involving their parents. *Berkeley Women's Law Journal*, 18, 61-180.
- Ely, G. (2007). The abortion counseling experience: A discussion of patient narratives and recommendations for best practices. *Best Practices in Mental Health*, 3(2), 62-74.
- Everett, H. (1997). *Aims in termination counselling*. Comunicação apresentada na conferência “Issues in Pregnancy Counselling: What do Women Need and Want?”, organizada pelo Pro-Choice Forum, Oxford. Consultado a 15 de Março de 2008 através de [http://www.prochoiceforum.org.uk/psy\\_coun4.asp](http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_coun4.asp)

- Finer, L., & Henshaw, S. (2006). Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 38*(2), 90-96.
- Fisher, B., Castle, M., & Garrity, J. (1998). A cognitive approach to patient-centered abortion care. In L.J. Beckman, & S.M. Harvey (Eds.), *The civil war: The psychology, culture, and politics of abortion* (pp. 301-328). Washington, DC: APA.
- Goodman, S., Wolfe, M., & The TEACH Trainers Collaborative Working Group. (2007). *Early abortion trainer's workbook* (2nd ed.). San Francisco, CA: University of California San Francisco Bixby Center for Reproductive Health Research & Policy.
- Helström, L., Od Lind, V., Zätterström, C., Johansson, M., Granath, F., Correia, N., et al. (2003). Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health, 31*, 405-410.
- Holden, G., Russell, D., & Paterson, C. (1997). *Abortion counselling: issues and approaches*. Comunicação apresentada na conferência “Issues in Pregnancy Counselling: What do Women Need and Want?” organizada pelo Pro-Choice Forum, Oxford. Consultado a 25 de Março de 2008 através de [http://www.prochoiceforum.org.uk/psy\\_coun6.asp](http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_coun6.asp)
- Hyman, A.G., & Castleman, L. (2007). *Woman-centered abortion care: Reference manual*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Larsson, M., Aneblom, G., Od Lind, V., & Tidén, T. (2002). Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 81*, 64-71.
- Lattimer, M. (1997). *The construction of women in abortion services*. Comunicação apresentada na conferência “Issues in Pregnancy Counselling: What do Women Need and Want?” organizada pelo Pro-Choice Forum, Oxford. Consultado a 15 de Março de 2008 através de [http://www.prochoiceforum.org.uk/psy\\_coun7.asp](http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_coun7.asp)
- Lee, E. (2003). Tensions in the regulation of abortion in Britain. *Journal of Law and Society, 30*(4), 532-553.
- Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, Diário da República N.º 75, Série I.
- Murphy, C. (1997). *Distance or control: Abortion and counselling in Germany*. Comunicação apresentada na conferência “Issues in Pregnancy Counselling: What do Women Need and Want?” organizada pelo Pro-Choice Forum, Oxford. Consultado a 15 de Março de 2008 através de [http://www.prochoiceforum.org.uk/psy\\_coun5.asp](http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_coun5.asp)
- NAF – National Abortion Federation (2005). *The abortion option: A values clarification guide for health care professionals*. Washington, DC: Author.

- Santelli, J., Speizer, I., Avery, A., & Kendall, C. (2006). An exploration of the dimensions of pregnancy intentions among women choosing to terminate pregnancy or to initiate prenatal care in New Orleans, Louisiana. *American Journal of Public Health, 96*(11), 2009-2015.
- Stewart, F.H., & Darney, P.D. (2003). Abortion: teaching why as well as how. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 35*(1), 37-39.
- Tabbutt-Henry, J., & Graff, K. (2003). Client-Provider communication in post-abortion care. *International Family Planning Perspectives, 29*(3), 126-129.
- Terki, F., Malhotra, U., & Pawlson, M. (2004). *Medical and service delivery guidelines for sexual and reproductive health services* (3rd ed.). London: IPPF.
- Törnborn, M., Ingelhammar, E., Lilja, H., Svanberg, B., & Möller, A. (1999). Decision-making about unwanted pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 78*, 636-641.
- Tomé, M.T. (1998). *Contributo para o estudo da epidemiologia da interrupção voluntária da gravidez*. Tese de Mestrado em Saúde Pública, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Vala, J. (1999). A análise de conteúdo. In A.S. Silva & J.M. Pinto (Eds.), *Metodologia das ciências sociais* (10ª ed., pp. 101-128). Porto: Editora Afrontamento.
- WHO – World Health Organization. (1998). *Post-abortion family planning: A practical guide for programme managers*. Geneva: Author.
- WHO. (2003). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*. Geneva: Author.

RELAÇÃO ENTRE OPTIMISMO, ESPERANÇA E BEM-ESTAR  
SUBJECTIVO COM O MEDO DO CANCRO DA MAMA EM  
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS

*Vera Melo / José Luís Pais Ribeiro*

FPCE, Universidade do Porto

O cancro da mama constitui uma doença crónica que apresenta uma elevada prevalência e incidência, maioritariamente em indivíduos do sexo feminino. O cancro da mama é o cancro feminino mais comum no mundo ocidental (Absetz, Aro, Rehnberg, & Sutton, 2000), constituindo a segunda causa de morte por cancro, a seguir ao cancro do pulmão (Salehi et al., 2008). Em termos psicológicos, Ogden (2004) considera que as mulheres com esta doença podem atravessar as fases de choque (incredulidade, negação), de angústia aguda (sentimentos de perda, luto, raiva, ansiedade, desamparo, desespero), de procura de significado, de procura de mestria e de melhoria da auto-estima. Consedine, Magai, Krivoshekova, Ryzewicz, e Neugut (2004) revelam que parece existir, por parte das mulheres, um medo muito maior relativamente ao desenvolvimento do cancro da mama, comparativamente com outro tipo de cancro ou doença. Apesar disto, os estudos na psicologia debruçam-se pouco sobre o medo do cancro da mama ou, mesmo, sobre o medo do cancro em geral.

O medo do cancro pode ocorrer em duas situações: no caso de um indivíduo que já foi diagnosticado e tratado, o qual pode sofrer uma recorrência ou no caso de nunca ter sido atribuído um diagnóstico de cancro. O medo do cancro pode, então, definir-se como sendo uma ansiedade presente de vir a desenvolver o cancro no futuro (Berlin, 2004). O fenómeno da preocupação com o cancro da mama tem vindo, também, a ganhar relevo na literatura sobre o cancro (Loescher, 2003). O termo “preocupação” pode ser visto como um construto cognitivo ou emocional e reporta, neste contexto, para uma das muitas emoções negativas, tais como a ansiedade, as quais se conectam às percepções de risco do cancro da mama (Lipkus, Klein, Skinner, & Rimer, 2005).

Trunzo e Pinto (2003) definem o optimismo como sendo um traço mais ou menos estável da personalidade, o qual se caracteriza pela expectativa de que, em geral, os acontecimentos futuros possuirão uma natureza positiva. Pelo contrário, Sweeny, Carroll, e Shepperd (2006) defendem que o optimismo ou o pessimismo referem-se a expectativas relativas acerca do futuro, num determinado momento, não constituindo, por isso, uma tendência disposicional para ver o futuro de uma perspectiva particular.

No que toca ao cancro da mama, os indivíduos optimistas sobrestimam menos o seu risco de virem a desenvolver a doença, comparativamente com as pessoas pessimistas (McGregor et al., 2004). Do mesmo modo, Seligman e Csikszentmihalyi (2000) referem que indivíduos com altos níveis de optimismo e esperança fornecem a si mesmos informação não favorável à sua doença, facto que lhes confere uma melhor preparação para enfrentar as realidades.

A esperança trata-se de uma expectativa em relação ao futuro, mais ou menos justificada, que atende a um acontecimento agradável ou favorável (Oliveira, 2004). Este conceito pode ser definido como um processo de pensamento sobre os objectivos de um indivíduo, ao qual se junta a motivação de actuar nesse sentido (*agency*) e de encontrar os meios (*pathways*) para os alcançar (Snyder & Lopez, 2002). O bem-estar subjectivo (BES) pode definir-se, por sua vez, como a avaliação emocional e cognitiva que as pessoas fazem das suas vidas (nesse momento e por períodos mais longos), incluindo o que se designa por felicidade, paz, realização e satisfação com a vida (Pais-Ribeiro & Cummins, 2008).

O objectivo da presente investigação é perceber a relação existente entre o medo do cancro da mama e as variáveis positivas optimismo, esperança e BES.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participam 127 mulheres da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, com idades entre os 17 e os 45 anos ( $M=21,82$ ,  $DP=4,19$ ); 95% eram solteiras, 5% casadas e 1% divorciadas. Os critérios de inclusão seguidos quanto à amostra foram: (1) participantes do sexo feminino a frequentar o ensino superior; (2) bom entendimento da língua portuguesa; (3) não existência de problemas de comunicação que pudessem impedir a concretização da intervenção.

### *Material*

As escalas utilizadas na presente investigação foram o Índice de Satisfação, a Escala de Orientação para a Vida-Revista, a Escala de

Esperança e uma escala que avalia o medo do cancro da mama. Estas escalas foram precedidas de um questionário de caracterização sócio-demográfica (idade e estado civil).

O Índice de Satisfação ou Índice de Bem-Estar Pessoal (IBP) propõe-se avaliar o BES e inclui sete itens/domínios (satisfação com o nível de vida, saúde, realização pessoal, relações pessoais, sentimento de segurança, ligação à comunidade e segurança com o futuro) que constituem um primeiro nível de desconstrução da avaliação geral que consiste num item “satisfação com a vida em geral”. Existe ainda um outro item de satisfação pessoal com a espiritualidade ou religião. Os sujeitos respondem às 8 questões, explicitando quanto satisfeitas estão com cada item/domínio numa escala de “0” (extremamente insatisfeito) a “10” (extremamente satisfeito), com uma posição intermédia neutra (Pais-Ribeiro & Cummins, 2008).

A Escala de Orientação para a Vida-Revista (Revised Life Orientation Test-LOT-R) apresenta como objectivo avaliar o optimismo disposicional como característica estável (ou seja, visa avaliar a expectativa geral relativamente estável de que resultados positivos acontecerão em domínios importantes da vida) e está destinada a adultos. Esta escala é constituída por 10 itens, nos quais existem 4 distractores e 6 que avaliam o optimismo. Os itens são de auto-resposta numa escala ordinal de 5 pontos, os quais vão desde “discordo totalmente” até “concordo totalmente” (Ribeiro, 2007). Este instrumento apresenta uma boa consistência interna e é estável ao longo do tempo (Carver & Scheier, 2003).

A Escala de Esperança ou Escala de Futuro (Future Scale) pretende avaliar a esperança em adultos, a qual aponta para um conceito disposicional, sendo alterável ao longo do tempo através de intervenção. Este conceito releva o cognitivo, mas também as emoções. A qualidade das emoções manifesta o nível de percepção do indivíduo numa dada situação. A Escala de Esperança é composta por dois componentes: um motivacional e outro de competência (possibilita a criação de caminhos ou vias para chegar ao que se pretende). Este instrumento possui 12 itens, os quais se subdividem em 8 que avaliam a esperança (4 dos quais reflectem o sentido – *agency* – enquanto que os outros 4 reportam para a percepção de meios – *pathways*) e 4 distractores. Os sujeitos devem posicionar-se numa escala de 4 ou 8 pontos, entre “totalmente falso” e “totalmente verdadeiro”. Neste caso, a escala utilizada foi a de 8 pontos (Ribeiro, 2007).

A escala destinada a avaliar o medo do cancro da mama, da nossa autoria, foi construída para uma população adulta e é constituída por 12 itens, os quais são de auto-resposta, numa escala ordinal de 5 pontos (de “total-

mente falso” a “totalmente verdadeiro”). O sujeito deve posicionar-se, relativamente ao que sente face ao cancro da mama, sendo que quanto mais perto responder dos 5 pontos, maior será o seu medo desta doença. Na validação deste instrumento participaram 127 mulheres. Depois da elaboração dos itens, da inspeção da validade de conteúdo com dois psicólogos e da reflexão falada com dez pessoas, recorremos à análise factorial exploratória que mostra um componente, o qual explica 34,57% da variância total. Inicialmente, esta escala era composta por 13 itens, dos quais se retirou um, tendo-se obtido um Alpha de Cronbach de 0,82.

### *Procedimentos*

O instrumento foi aplicado na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto em Outubro de 2008 em dois momentos num mesmo dia, sendo que responderam ao questionário, no primeiro momento, 86 sujeitos e, num segundo, 41 participantes. Em ambas as fases, o instrumento foi aplicado no início de uma aula que estava a ser leccionada na faculdade. O tratamento dos dados foi realizado mediante a utilização do programa SPSS, versão 15,0, e recorreu à estatística paramétrica. Utilizou-se a correlação de Pearson, para identificar a relação existente entre o medo do cancro da mama e o optimismo, a esperança e o BES.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 1 apresenta a relação entre o medo do cancro da mama e as variáveis optimismo, esperança e BES.

Quadro 1  
*Relação entre o Medo do Cancro da Mama,  
o Optimismo, a Esperança e o BES*

|                     | Optimismo | Esperança | BES      |
|---------------------|-----------|-----------|----------|
| Medo cancro da mama | -0,03     | -0,09     | -0,11    |
| Optimismo           |           | -0,08     | 0,06     |
| Esperança           |           |           | 0,52(**) |

*Nota.* \*\* $p < 0,01$ .

O medo do cancro da mama não apresenta correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) com as variáveis optimismo, esperança e BES. Verifica-se que níveis mais elevados de optimismo, esperança e BES não originam níveis mais baixos de medo do cancro da mama na amostra utilizada nesta investigação.

McGregor et al. (2004) referem um estudo, realizado com 1366 mulheres sem história pessoal de cancro da mama, o qual concluiu que o optimismo encontra-se inversamente associado à preocupação com o cancro da mama, ou seja, mulheres mais optimistas reportam níveis mais baixos de preocupação. Assim como o optimismo, ou a expectativa de bons resultados, leva frequentemente a um misto de emoções que é geralmente positivo, baixos níveis de optimismo podem levar a uma crescente tendência para uma preocupação negativa como é a preocupação com o cancro. Este estudo foi o único encontrado que procurou relacionar especificamente o medo do cancro da mama com o optimismo, numa amostra com características similares à da presente investigação. Refira-se que raramente o medo do cancro da mama é apontado na literatura, sendo que o termo “preocupação” é mais frequente e utilizado muitas vezes como sinónimo de medo.

As conclusões retiradas de outros estudos focam mais outros conceitos que, embora não sejam necessariamente o medo do cancro da mama, estão, de alguma forma, interligados com este construto. Do mesmo modo, a maior parte das investigações debruça-se mais sobre população doente, ao contrário do presente estudo, o que não significa que esses dados não devam ser apresentados, já que existem evidências de que a população não doente pode mostrar atitudes, pensamentos e crenças semelhantes à população com doença.

Num estudo de Pedro e Pais-Ribeiro (2008) com 280 indivíduos com esclerose múltipla, concluiu-se que tanto a esperança como o optimismo são características positivas da personalidade, as quais podem minimizar a percepção de stresse com a saúde. Os mesmos autores enfatizam que a esperança facilita a implementação de estratégias de *coping*, perante situações de stress com a saúde.

Snyder e Lopez (2002) referem que altos níveis de esperança estão relacionados com mais pensamentos positivos e menos pensamentos negativos no dia-a-dia. Os autores defendem, também, que enquanto pessoas com baixos níveis de esperança tendem a catastrofizar o futuro, pessoas com altos níveis de esperança encontram-se preparadas para pensar efectivamente acerca daquele, com o conhecimento de que poderão vir a enfrentar grandes stressores na sua vida.

Relativamente à relação entre o BES e o medo do cancro da mama, Diener e Fujita (1997) esclarecem que indivíduos que possuem elevados níveis de BES, apresentam uma tendência global para experimentar os eventos de uma forma positiva. Num estudo longitudinal realizado com mulheres em estágio inicial de cancro da mama concluiu-se que as optimistas demonstravam menos distúrbios de humor e mais satisfação com a vida, comparativamente com as pessimistas (Friedman et al., 2005).

Apesar dos dados apresentados, existem evidências de que, para a maior parte das mulheres, a preocupação com a possibilidade de virem a ser vítimas de cancro no futuro representa mais uma preocupação realista do que uma ansiedade mórbida (Hopwood, Shenton, Lalloo, Evans, & Howell, 2001). Assim, considera-se a possibilidade de que ter medo desta doença pode não ser apenas uma consequência de certas variáveis psicológicas existentes nos indivíduos. Logicamente, outras variáveis estão na base do medo, não se sabendo ao certo se os efeitos devastadores desta doença podem só por si, desencadeá-lo. Deste modo, assume-se que talvez por estas razões a hipótese do presente estudo não tenha sido confirmada.

Em suma, os benefícios clínicos em entender os medos ou as preocupações dos indivíduos (mesmo os não doentes) acerca do seu futuro são óbvios. A identificação efectiva e apropriada da natureza destas preocupações é, por isso, necessária. Este estudo tentou, de facto, perceber se as variáveis positivas avaliadas estariam inseridas nessa natureza, embora se reconheça que muitas outras variáveis podem influenciar o medo do cancro da mama. A investigação da natureza destes medos serve, também, um propósito teórico mais geral, na medida em que permite um melhor entendimento do  *coping*  e do ajustamento no contexto de doenças que põem em causa a vida dos indivíduos.

A replicação deste estudo com uma amostra menos homogénea e a exploração mais aprofundada da escala do medo do cancro da mama são necessárias em futuros estudos.

## REFERÊNCIAS

- Absetz, P., Aro, A.R., Rehnberg, G., & Sutton, S.R. (2000). Comparative optimism in breast cancer risk perception: Effects of experience and risk factor knowledge. *Psychology, Health & Medicine*, 5, 367-376.
- Berlin, L. (2004). Malpractice issues in radiology. Fear of cancer. *American Journal of Roentgenology*, 183, 267-272.

- Carver, C.S., & Scheier, M. (2003). Optimism. In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 75-89). Washington: American Psychological Association.
- Consedine, N.C., Magai, C., Krivoshekova, Y.S., Ryzewicz, L., & Neugut, A.I. (2004). Fear, anxiety, worry, and breast cancer screening behavior: A critical review. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, *13*, 501-510.
- Diener, E., & Fujita, F. (1997). Social comparisons and subjective well-being. In B.P. Buunk, & F.X. Gibbons (Eds.), *Health, coping, and well-being. Perspectives from social comparison theory* (pp. 329-257). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Friedman, L.C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M.F., & Liscum, K.R. (2005). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *15*, 595-603.
- Hopwood, P., Shenton, A., Lalloo, F., Evans, D.G.R., & Howell, A. (2001). Risk perception and cancer worry: An exploratory study of the impact of genetic risk counselling in women with a family history of breast cancer. *Journal of Medical Genetics*, *38*, 139-142.
- Lipkus, I.M., Klein, W.M.P., Skinner, C.S., & Rimer, B.K. (2005). Breast cancer risk perceptions and breast cancer worry: What predicts what? *Journal of Risk Research*, *8*, 439-452.
- Loescher, L.J. (2003). Cancer worry in women with hereditary risk factors for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, *30*, 767-772.
- McGregor, B.A., Bowen, D.J., Ankerst, D.P., Andersen, M.R., Yasui, Y., & McTiernan, A. (2004). Optimism, perceived risk of breast cancer, and cancer worry among a community-based sample of women. *Health Psychology*, *23*, 339-344.
- Odgen, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, J.H.B. (2004). *Psicologia positiva* (1ª ed.). Porto: Edições ASA.
- Pais-Ribeiro, J., & Cummins, R. (2008). O bem-estar pessoal: Estudo de validação da versão portuguesa da escala. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 505-508). Lisboa: ISPA.
- Pedro, L., & Pais-Ribeiro, J. (2008). A influência do optimismo e esperança na percepção de distress com a saúde em indivíduos com esclerose múltipla. In I. Leal, J.L.P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde: Intervenção em psicologia da saúde* (pp. 363-366). Porto: ISPA.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto.

- Salehi, F., Turner, M.C., Phillips, K.P., Wigle, D.T., Krewski, D., & Aronson, K.J. (2008). Review of the etiology of breast cancer with special attention to organochlorines as potential endocrine disruptors. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part B, 11*, 276-300.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.
- Snyder, C.R., & Lopez, S.J. (2002). *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Sweeny, K., Carroll, P.J., & Shepperd, J.A. (2006). Is optimism always best? Future outlooks and preparedness. *Association for Psychological Science, 15*, 302-306.
- Trunzo, J.J., & Pinto, B.M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 805-811.