

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

EXPLORANDO A MISOGINIA ONLINE: SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS QUALITATIVAS DOS DISCURSOS DE ÓDIO¹

André Villela de Souza Lima-Santos² (✉ andvillela@gmail.com), Carolina de Souza², Elaine Campos Guijarro Rodrigues², & Manoel Antônio dos Santos²

¹ Financiamento: CNPq, processo 160741/2021-1

² Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, FFCLRP-USP, Brasil

A misoginia *on-line* cada vez mais se torna um problema conforme as tecnologias digitais se desenvolvem. O Pew Research Center (2017), em uma pesquisa, apontou que 21% de mulheres participantes já sofreram algum tipo de violência sexual *on-line*, mais que o dobro dos homens participantes do mesmo estudo. O termo “misoginia” foi adotado em razão de sua amplitude entre diferentes terminologias citadas pela literatura para se referir a fenômenos semelhantes (Ging & Siapera, 2018). Embora seja um termo que não pressuponha, necessariamente, atos violentos, o termo invariavelmente envolve algum tipo de dano à mulher; seja de forma psicológica, profissional ou até em relação à sua reputação – e acaba por tornar a Internet um lugar menos inclusivo e mais desigual. Tão grande é a frequência com que mulheres sofrem algum tipo de ataque virtual que a misoginia *on-line* passou a ser normalizada, se tornando parte do cotidiano feminino (Jane, 2016).

É imprescindível que, ao se refletir sobre a misoginia *on-line*, se fale na *manosphere*, nome dado ao conjunto de diversos grupos, páginas *on-line* ou comunidades de redes sociais caracterizados pelo teor hipermasculino e com frequente conteúdo antifeminista. Podemos citar os *Men Going Their Own Way* (MGTOW), os *Incel* e os *Pick-Up Artists* (PUAs). (Van Valkenburgh, 2018). O primeiro grupo corresponde a homens que abdicaram de qualquer relacionamento com mulheres em nome do autodesenvolvimento, decidiram “tomar o próprio caminho”, embora frequentemente falem sobre mulheres em suas comunidades. Os *Incel* são homens que embora desejem se relacionar

com mulheres, se sentem constantemente rejeitados e acabam levando uma vida de “celibatários involuntários” (daí a origem do termo *incel*). Os *Pick-up Artists* são homens que desenvolvem técnicas manipulativas para tentar conquistar mulheres, muitas vezes apelando para o assédio, mas que mesmo assim se percebem como “artistas da pegação”, daí o termo *pick-up artist*.

O objetivo da presente revisão foi reinterpretar os achados dos estudos científicos primários qualitativos sobre a perspectiva da misoginia online cometida por homens.

MÉTODO

Foi utilizada a ferramenta SPIDER (Methley et al., 2014) acrônimo para designar *Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation, Research type*, e o protocolo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) para recuperação das evidências nas bases de dados SOCIndex, PsycINFO, Web of Science, SCOPUS e Pubmed.

Os descritores e palavras-chave estavam relacionados à misoginia on-line, redes sociais e estudos qualitativos, e foram elencados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), do *Medical Subject Headings* (MeSH), do APA Thesaurus e do SciVal – *Topics & Topic Clusters* com os operadores Booleanos (*AND, OR*), respeitando-se as especificidades de cada base de dados. A partir da questão norteadora “Quais são as evidências qualitativas existentes na literatura sobre a perspectiva ou vivência da misoginia online cometida por homens misóginos?”, dois revisores triaram os artigos e avaliaram, de forma independente, a qualidade metodológica dos estudos, extraíram os dados e elaboraram uma síntese (Sandelowski & Barroso, 2007).

RESULTADOS

Caracterização dos estudos

Os 17 artigos incluídos nesta revisão sistemática (Alvares, 2018; Chang, 2020; Easpaiç, 2018; Flores, 2016; Fowler, 2021; Ging, 2017; Jones et al.,

2019; Krendel, 2020; Lawson, 2018; Marwick et Caplan, 2018; Maxwell et al., 2020; O'Malley et al., 2020; Prazmo, 2020; Preston et al., 2021; Salter & Blodgett, 2012; Ribeiro et al., 2018; Semenzin & Bainotti, 2020) foram publicados entre 2012 e 2021 e derivam de estudos conduzidos em 7 países diferentes: Estados Unidos ($n=6$), no Reino Unido ($n=3$), na Austrália ($n=2$), Itália ($n=1$), Irlanda ($n=1$), Polônia ($n=1$) e Portugal ($n=1$)

No que se refere à questão metodológica, eles foram desenvolvidos a partir da análise temática ($n=3$), do método etnográfico ($n=2$) da teoria fundamentada nos dados ($n=2$), da análise crítica de discurso ($n=3$), da análise de discurso psicossocial ($n=1$), método indutivo ($n=3$), da análise linguística cognitiva ($n=1$) e da linguística sistêmico funcional ($n=1$). Um dos artigos (Marwick & Caplan, 2018) apresenta tanto a teoria fundamentada nos dados quanto o método etnográfico, o que resulta na soma dos artigos supracitados ser maior do que a quantidade de artigos coletados.

É importante salientar a impossibilidade de se fazer um levantamento quantitativo dos dados obtidos devido à variação destes. A heterogeneidade dos resultados abarca desde a observação de trinta e oito websites alinhados à misoginia (Ging, 2017), até 526 posts da rede-social Instagram (Ribeiro et al., 2018) ou 214.269 palavras coletadas de um fórum on-line (Krendel, 2020).

Síntese dos achados

A partir dos 17 artigos incluídos no trabalho, elaborou-se um tema analítico denominado: “Sujeitos mascarados: o anonimato e a agressão impune” e três temas descritivos: (1) Como os homens imaginam as mulheres, (2) Práticas de violência de gênero digital e (3) A visão de mundo do agressor. Todos os temas se relacionam entre si.

De acordo com os estudos selecionados, a violência cometida contra mulheres na Internet envolve diversos fatores, como os relatos de rejeição sentida pelos homens heterossexuais, não apenas em relação às mulheres, mas de toda a sociedade, associadas a um sentimento de “ter o direito” ao sexo, mesmo que através da força. A violência, então, se dá através de diversas práticas, como por exemplo o compartilhamento de nudes sem autorização, a perseguição de mulheres na Internet, a ofensa verbal, entre outras (Ging, 2017; Marwick & Caplan, 2018; Prazmo, 2020; Semenzin & Bainotti, 2020). É importante ressaltar como a própria estrutura da Internet

é promotora desses tipos de práticas, como aponta Álvares (2018), ao mencionar que o cultivo do anonimato incentiva comportamentos pouco civilizados.

Como os homens imaginam as mulheres

O que chama a atenção desde o início da análise dos resultados coletados é como a figura da mulher ocupa lugares ambíguos nas percepções dos homens autores de violência na Internet, embora essas posições sejam sempre de aspecto negativo (Chang, 2020; Fowler, 2021; Krendel, 2020; Lawson, 2018; Prazmo, 2020). Por um lado, são repudiadas, como o relato coletado por Prazmo (2020, p. 22) (*mulheres são menos que insetos*), e por outro lado são desejadas (*A moral da história é que se você for muito feio, você só pode ser retardado de ir atrás de meninas atraentes, muito menos bonitas*) (Maxwell et al., 2020, p. 8).

A ambiguidade em relação às características atribuídas às mulheres varia de adjetivos que as desqualificam, como detentoras de menor intelecto (Chang, 2020), ou como inaptas a exercer cargos importantes, como funções políticas (Alvares, 2018) e, por outro lado, muitos dos relatos ressaltam um suposto aspecto de esperteza, oportunismo e astúcia, além da hipersexualização e sedução (Krendel, 2020).

Os atributos físicos femininos não passam despercebidos, e enfatizam o tradicional ideal de beleza branco e magro. Um dos artigos resgatou *tweets* onde mulheres denunciavam sistemáticos ataques de grupos misóginos e racistas, se solidarizando a *‘todas as mulheres negras que são atacadas [no Twitter] diariamente simplesmente por existir’* (Lawson, 2018).

Práticas de violência de gênero digital

Em relação às práticas de violência, diversos modos de exercer a violência de gênero na Internet foram abordados nos trabalhos coletados (Easpaig, 2018; Ging, 2017; Semenzin & Baianotti, 2020). Entre os diversos grupos da *manosphere* descritos nos trabalhos coletados, as comunidades de jogos on-line são conhecidas por promoverem intensa desigualdade de gênero através de práticas como o *“trash talk”*, a ponto de sua *“toxicidade”* ser compreendida como normal, ou até esperada (Easpaig, 2018).

O *non-consensual dissemination of intimate images (NCII)*, relatado no trabalho de Semenzin e Bainotti (2020), traz excertos de diálogos onde usuários do aplicativo de mensagens Telegram negociam o compartilhamento das imagens íntimas, exigindo uma espécie de “taxa” de adesão ao grupo (*a taxa de entrada no grupo é uma foto da sua ex!*). Há também práticas que visam o ataque direto e público a mulheres, seja através de hackeamentos, edições de imagens, alteração de artigos da Wikipédia, *doxing* (isso é, obtenção e distribuição de informações pessoais na Internet) ou até a gravação do ato de se masturbar e ejacular em imagens de mulheres para posterior compartilhamento on-line. Essa prática também é conhecida como “*Cum tribute*” (Ging, 2017; Hess & Flores, 2016; Ribeiro et al., 2018; Semenzin & Bainotti, 2020).

As referências à prática de estupro também foram recorrentes nos resultados (Alvares, 2018; Chang, 2020; Jones et al., 2019; Marwick & Caplan, 2018; Maxwell et al., 2020; Salter & Blodgett, 2012; Thompson, 2018). As agressões, porém, encontram resistência. No trabalho de Hess e Flores (2016), que realizou sua coleta na mesma página de *Instagram*, é possível ver a resposta das mulheres agredidas. Uma das mensagens expostas era a de um homem perguntando a uma mulher “*você bateria no seu namorado?*” ela respondeu “*Não, mas eu baterei na sua garganta com meu punho se você continuar mandando mensagens assim.*”.

Visão de mundo

O sentimento de rejeição é uma das principais características que marcam os relatos encontrados nos artigos coletados (Chang, 2020; Fowler, 2021; Maxwell et al., 2020; Preston et al., 2021). No vocabulário da *manosphere*, pode-se dizer que essa dificuldade em estabelecer vínculos é justamente o que os diferencia das pessoas “normais” (*normies*). (*Até estabelecer conversas comuns é extremamente difícil (...). As pessoas se tornam IMEDIATAMENTE frias e fechadas.*) (Maxwell et al., 2020). A aparência física, baseada em prescrições relacionadas à masculinidade, desempenha papel central, embora não exclusiva, na sensação de rejeição destes homens. Até outros homens – os que obtêm sucesso com mulheres – são culpabilizados pela lógica do “mercado sexual” na perspectiva da *manosphere*: *O Chad que nasceu e foi criado em uma família amorosa consegue tudo o que eu quero e busco de graça, como se o universo tivesse*

sido criado puramente para agradá-lo. Só existem Chad e a Stacy se divertindo no palco enquanto eu sento na plateia (Fowler 2021).

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo, como a forma como a misoginia se manifesta nas comunidades virtuais atualmente, além de suas práticas e sua visão de mundo, se mostraram informações valiosas para os estudos sobre a misoginia *on-line*. Por ser um campo relativamente recente, é preciso que pesquisas continuem a ser feitas para que as práticas de violência, assim como as políticas de gênero concernentes à socialização em rede sejam melhor compreendidas a fim de se pensar em políticas e práticas necessárias visando uma mudança do paradigma masculino e machista da Internet. É importante que profissionais treinados também sensibilizem sua escuta para compreender esse fenômeno que apesar de novo, possui grande penetração social. É esperado que queixas concernentes ao fenômeno aqui estudado se façam cada vez mais presente em consultórios psicoterapêuticos e, portanto, é necessário que os profissionais da psicologia estejam preparados para lidar tanto com as mulheres que sofrem pela violência de gênero que se manifesta *on-line* quanto com os homens que apresentem discursos alinhados aos aqui identificados.

REFERÊNCIAS

- Alvares, C. (2018). Online staging of femininity: Disciplining through public exposure in Brazilian social media. *Feminist Media Studies*, 18(4), 657-674. <https://doi.org/10.1080/14680777.2018.1447336>
- Chang, W. (2020). The monstrous-feminine in the incel imagination: Investigating the representation of women as “femoids” on/r/Braincels. *Feminist Media Studies*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/14680777.2020.1804976>
- Easpaig, B. N. G. (2018). An exploratory study of sexism in online gaming communities: Mapping contested digital terrain. *Community Psychology in Global Perspective*, 4(2), 119-135. <https://doi.org/10.1285/i24212113v4i2p119>

- Flores, E. C. (2016). Brasil, presente: Política, ódio de classe e golpe racializado. In J. S. Bezerra, M. G. S. Neto, & P. G. A. Nunes (Eds.), *Anais do II Encontro de História Política: História, rupturas institucionais e revoluções* (pp. 1-15). Universidade Estadual do Ceará.
- Fowler, K. (2021). From Chads to Blackpills, a discursive analysis of the Incel's gendered spectrum of political agency. *Deviant Behavior*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/01639625.2021.1985387>
- Ging, D. (2017). Alphas, betas, and incels: Theorizing the masculinities of the manosphere. *Men and Masculinities*, 22(4), 638-657. <https://doi.org/10.1177/1097184X17706401>
- Ging, D., & Siapera, E. (2018). Special issue on online misogyny. *Feminist Media Studies*, 18(4), 515-524. <https://doi.org/10.1080/14680777.2018.1447345>
- Hess, A., & Flores, C. (2016). Simply more than swiping left: A critical analysis of toxic masculine performances on Tinder Nightmares. *New Media & Society*, 20(3), 1085-1102. <https://doi.org/10.1177/1461444816681540>
- Jane, A. (2016). Online misogyny and feminist digilantism. *Continuum*, 30(3), 1-15. <https://doi.org/10.1080/10304312.2016.1166560>
- Jones, C., Trott, V., & Wright, S. (2019). Sluts and soyboys: MGTOW and the production of misogynistic online harassment. *New Media & Society*, 22(10), 1903-1921. <https://doi.org/10.1177/1461444819887141>
- Krendel, A. (2020). The men and women, guys and girls of the 'manosphere': A corpus-assisted discourse approach. *Discourse & Society*, 31(6), 607-630. <https://doi.org/10.1177/0957926520939690>
- Lawson, C. E. (2018). Platform vulnerabilities: Harassment and misogynoir in the digital attack on Leslie Jones. *Information, Communication & Society*, 21(6), 818-833. <https://doi.org/10.1080/1369118X.2018.1437203>
- Marwick, A. E., & Caplan, R. (2018). Drinking male tears: Language, the manosphere, and networked harassment. *Feminist Media Studies*, 18(4), 543-559. <https://doi.org/10.1080/14680777.2018.1450568>
- Maxwell, D., Robinson, S. R., Williams, J. R., & Keaton, C. (2020). "A short story of a lonely guy": A qualitative thematic analysis of involuntary celibacy using Reddit. *Sexuality & Culture*, 24(6), 1852-1874. <https://doi.org/10.1007/s12119-020-09724-6>
- Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R., & Cheraghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: A comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0>
- O'Malley, R. L., Holt, K., & Holt, T. J. (2020). An exploration of the involuntary celibate (incel) subculture online. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-28. <https://doi.org/10.1177/0886260520959625>
- Pew Report on Online Harassment 2017. <http://www.pewinternet.org/2017/07/11/onlineharassment-2017>

- Pražmo, E. (2020). Foids are worse than animals. A cognitive linguistics analysis of dehumanizing metaphors in online discourse. *Topics in Linguistics*, 21(2), 16-27. <https://doi.org/10.2478/topling-2020-0007>
- Preston, K., Halpin, M., & Maguire, F. (2021). The black pill: New technology and the male supremacy of involuntarily celibate men. *Men and Masculinities*, 24(5), 823-841. <https://doi.org/10.1177/1097184X211017954>
- Ribeiro, S. P. V., Santos, J. S., & Thompson, E. R. (2018). Políticas sociais no enfrentamento a violência contra mulher. In E. M. B. Keys (Ed.), *Anais do 6º Encontro Internacional e 13º Nacional de Política Social* (pp. 6-9). Universidade Federal do Espírito Santo.
- Salter, A., & Blodgett, B. (2012). Hypermasculinity & dickwolves: The contentious role of women in the new gaming public. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 56(3), 401-416. <https://doi.org/10.1080/08838151.2012.705199>
- Sandelowski, M. & Barroso, J. (2007). *Handbook for synthesizing qualitative research* (2nd ed.). Springer Publishing Company Inc.
- Semenzin, S., & Bainotti, L. (2020). The use of telegram for non-consensual dissemination of intimate images: Gendered affordances and the construction of masculinities. *Social Media+Society*, 6(4), 1-17. <https://doi.org/2056305120984453>
- Van Valkenburgh, S. P. (2018). Digesting the red pill: Masculinity and neoliberalism in the manosphere. *Men and Masculinities*, 24(1), 84-103. <https://doi.org/10.1177/1097184X18816118>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

CRENÇAS ALIMENTARES PREVINEM UM TIPO DE CANCRO? ESTUDO EXPLORATÓRIO NA POPULAÇÃO ONCOLÓGICA

Andrea Costa¹ (✉ ac20.5.92@gmail.com), Sofia von Humboldt², & Isabel Leal²

¹ ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

² William James Research Center, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

O número de pessoas diagnosticadas com cancro continua a aumentar diariamente, estimando mais de 20 milhões de novos casos por ano em todo o mundo até 2025 (Carneiro et al., 2014; Ferlay et al., 2015; von Humboldt et al., 2017, 2019). Com o aumento do número de sobreviventes, devido à deteção precoce e a melhores condições de tratamentos (Maddams et al., 2012), existe um grande interesse no desenvolvimento de um melhor estilo de vida, com a adoção de uma melhor alimentação, de forma a reduzir a mortalidade por cancro (Beeken et al., 2016).

Existem boas evidências a nível científico de que adotar uma dieta saudável pode ajudar a prevenir o cancro (Cancer Research UK, 2015; Marmot et al., 2007).

A relação entre uma alimentação saudável e o cancro não é recente, e na literatura constatamos que as numerosas populações em todo o mundo que adotam uma alimentação pobre em leguminosas, fibras e vegetais encontram-se mais suscetíveis a desenvolver cancros do que as populações que adotam uma alimentação saudável (Barnard, 2013).

O cancro da mama representa a doença maligna mais popular entre as mulheres dos países Ocidentais (Bernardi et al., 2008). Vários são os fatores que podem desencadear e contribuir para o aparecimento do cancro da mama, mas um dos principais é o envelhecimento, sendo que é mais comum em pessoas com mais de 50 anos, seguido por causas ambientais e comportamentais, como obesidade e sobrepeso após a iniciação da menopausa, o sedentarismo, o consumo de bebidas ilícitas e a exposição frequentes a radiações ionizantes. A literatura mostra-nos também que a parte genética,

reprodutora e hormonal da mulher são fatores predisponentes para o aparecimento do cancro da mama (Souza et al., 2021).

Wrosch e Sabiston (2013) referem que o cancro da mamã é o mais frequente entre a população feminina, e a principal causa de morte entre este género.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, no Brasil, cerca de 30% dos cancros da mamã poderiam ser evitados através do consumo de uma alimentação saudável, da monitorização do peso e consequentemente da prática de exercício físico e do não consumo de bebidas alcoólicas.

Por sua vez, o cancro da próstata é o segundo tipo de cancro mais comum entre os homens, e é a quinta causa mais comum de morte relacionada ao cancro masculino em todo o mundo. Estudos mostram que em 2018, foram diagnosticados 1,2 milhão de novos casos de cancro da próstata, e que quase 360.000 homens morreram deste carcinoma em todo o mundo (Bray et al., 2018). Constitui-se assim, como um problema de saúde pública a nível mundial (Oliveira et al., 2019).

A adoção de uma alimentação saudável em indivíduos com cancro de próstata recebeu atenção considerável por parte dos investigadores, após comparações entre dietas ocidentais típicas, e dietas tradicionais asiáticas. Estas últimas, estão associadas a uma menor incidência de cancro de próstata na população masculina (Grant, 2004).

O Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física elaborado pelo Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável em Portugal, entre 2015 e 2016, mostra-nos que segundo as recomendações da Roda dos Alimentos Portuguesa, a população portuguesa tem uma percentagem de consumo de fruta e hortícolas abaixo dos valores recomendados (13% vs. 20% e 14% vs. 23%, respetivamente) e que, pelo contrário, o consumo de Carne, pescado e ovos encontra-se acima dos valores recomendados (17% vs. 5%). Os produtos alimentares como os bolos, doces, bolachas, snacks salgados, pizzas, refrigerantes, néctares e bebidas alcoólicas, representam cerca de 21% do consumo total. Assim, a alimentação é um dos fatores que exerce maior influência no aparecimento ou não de cancro, já que estudos nos mostram que adotar uma alimentação inadequada é considerada o segundo maior fator de causa de cancro, que pode ser modificável (Nemer et al., 2019). Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo avaliar se

as crenças sobre a alimentação influenciam a prevenção do cancro na população oncológica.

MÉTODO

Participantes

A amostra constituiu-se por 35 participantes, 85,7% mulheres e 14,3% homens, com idades compreendidas entre os 32 e os 89 anos ($M=55$; $DP=14,4$), apresentando cancros da mama e próstata.

Material

O presente estudo de natureza quantitativa exploratória, foi realizado através da passagem de um questionário sociodemográfico e a escala das Crenças de Doença e Alimentação, que tem como objetivo avaliar as crenças sobre a alimentação prevenir o cancro, na população oncológica, sendo constituída por 7 itens categorizados numa escala de *Likert* em 5 pontos – Discordo Bastante a Concordo Bastante e é constituída por 3 dimensões, “Estilo de vida”, “Ideologia Alimentar” e “Alimentação e Doenças Crónicas”. A presente escala foi validada com boas qualidades psicométricas (Costa et al., 2018), onde se analisaram as crenças referentes ao estilo de vida, à ideologia alimentar e à alimentação e doenças crónicas (Costa et al., 2018).

Procedimento

A divulgação do protocolo de investigação, realizou-se por via online e presencialmente. Foi entregue a cada participante o consentimento informado seguido do protocolo de investigação que inclui um Questionário sociodemográfico, que permite recolher informação acerca do género, da idade, das habilitações literárias e do rendimento social. Foi pedido aos participantes que declarem se são portadores de uma doença e se a mesma é crónica. De seguida, foi entregue a Escala das Crenças de Doença e Alimentação.

A Recolha de dados concretizou-se com a deslocação a locais públicos, e instituições como a Liga Portuguesa contra o Cancro (LPCC), à Universidade da Terceira Idade no concelho de Azambuja (UTICA) e na Instituição Movimento Vencer e Viver.

Foi realizada uma análise de diferenças, através do teste t-Student entre o género masculino e feminino e entre as idades (32-55; 56-89). A análise dos dados foi realizada através da utilização da aplicação informática de tratamento e análise estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 28.0.1. A realização do presente estudo foi autorizada pelo ISPA – Instituto Universitário.

RESULTADOS

Inicialmente, procedeu-se à recodificação dos itens invertidos da Escala das Crenças de Doença e Alimentação (Costa et al., 2018). Para testar a normalidade da escala, realizou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, e, seguidamente avaliou-se a homogeneidade das variâncias através do teste de *Levene* (Mâroco, 2014).

Para avaliar o objetivo do estudo, realizou-se um teste t-Student, para amostras independentes. De acordo com o teste t-Student, 74,8% dos participantes acreditam que as crenças alimentares podem influenciar a prevenção do cancro. Relativamente à variável *Género* [$t(33)=-,310; p=,759$] (Tabela 1), à variável *Idade* [$t(33)=-,396; p=,695$] (Tabela 2) e ao tipo de cancro [$t(33)=-,310; p=,759$] (Tabela 3). Como tal, é possível concluir que não existem diferenças significativas para as variáveis género, idade e cancro.

Tabela 1

Teste de Levene e t-student para o género

	Teste Levene		Teste t-student		
	z	Sig	t	gl	p
Variâncias iguais assumidas	,105	,748	,310	33	,759

Tabela 2

Teste de Levene e t-student para a idade

	Teste Levene		Teste t-student		p
	z	sig	T	gl	
Variâncias iguais assumidas	,952	,336	-,396	33	,695

Tabela 3

Teste de Levene e t-student para o cancro

	Teste Levene		Teste t-student		p
	z	sig	T	gl	
Variâncias iguais assumidas	,105	,742	-,310	33	,759

DISCUSSÃO

As crenças populacionais acerca dos alimentos poderem prevenir doenças como o cancro são reais (Silva et al., 2007), e segundo a direção geral de saúde, a promoção de uma alimentação saudável na população é essencial para prevenir o desenvolvimento de doenças crónicas, nomeadamente o cancro (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016).

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar se as crenças alimentares previnem um tipo de cancro na população oncológica, quanto ao género, idade e cancro. Foi possível verificar que em relação às crenças por parte dos participantes, 74,8% acredita que as crenças alimentares podem influenciar a prevenção do cancro, contudo, relativamente às variáveis género, idade e cancro, não se verificaram diferenças significativas.

A nível das crenças em relação à alimentação prevenir o cancro, foram encontrados na literatura dois estudos. No primeiro, de Ngune et al. (2007), pode-se verificar que a maioria dos participantes acredita que a adoção de uma alimentação saudável, desempenha um papel importante na prevenção do cancro. No segundo estudo, foram encontrados dados que em ambos os sexos os participantes acreditam que alimentarem-se de forma correta e saudável pode diminuir e prevenir o avanço da doença oncológica (Rodrigues et al., 2020).

Já no estudo de (Beeken et al., 2016) os participantes mencionaram comidas específicas que acham que possam contribuir para o desenvolvimento do cancro na população e em específico para o desenvolvimento do seu cancro “It could be the result of eatin too many crisps... I’m a bit of a crispaholic [Pode ser o resultado de comer muitas batatas fritas... eu sou um pouco viciado em batatas fritas]”; “When the barbecue’s black, that seems to be a big no-no, is it carcinogenic or something, and I think the cancer develops on it or something [Quando o churrasco é preto, isso parece ser um grande não-não, é cancerígeno ou algo assim, e acho que o câncer se desenvolve nele ou algo assim]”. Também mencionaram a crença de que alguns alimentos podem ajudar a não desenvolver cancro “Certain nuts, apparently the high fibre in it’s supposed to help stop you getting the cancer [Certas nozes, aparentemente, a alta fibra existentes nelas, deve ajudar a impedir que você tenha cancro]”. No estudo de Bovell-Benjamin e Elmubarak (2013), a maioria dos participantes, homens (88,0%) e mulheres (87,0%), acreditavam que existe relação entre o que as pessoas comem e alguns tipos de cancro.

No estudo de Palmquist et al. (2011), verificam-se diferenças significativas entre o género, onde a população feminina afirma que existe uma relação entre a alimentação saudável prevenir o cancro com maior incidência que os homens ($p<0.01$). Já no estudo de Harnack et al. (1998), verifica-se que os homens apresentaram níveis de crenças sobre a alimentação e o cancro mais baixos do que as mulheres. Estes dois resultados vêm contrariar os resultados do presente estudo.

No estudo de Morse et al. (2014), podemos verificar que mais da metade dos participantes do sexo feminino, acreditam que a alimentação (36,9%) é um fator de risco para desenvolver cancro da mama. Na investigação de Cowan e colegas (2008), verifica-se que os participantes masculinos (73%) acreditam que a alimentação influencia o risco de desenvolver cancro da próstata.

Com o presente estudo exploratório, podemos verificar que por parte da população oncológica, existe uma relação entre as crenças alimentares prevenirem o cancro, contudo não existem diferenças significativas a entre o género, a idade e o tipo de cancro.

Este estudo apresenta algumas limitações tais como, uma reduzida dimensão da amostra, pois foram selecionados apenas dois tipos de cancro, o da mama e o da próstata. Existe ainda o fator limitativo da existência de um único

instrumento. Este estudo destaca a importância de uma alimentação e hábitos de vida saudáveis, bem como a exploração da crença associada à prevenção e redução do cancro da mama e próstata na população, contribuindo assim, para o aumento do acrescento conhecimento dos profissionais de saúde de diversas áreas.

Em conclusão, as pessoas encontram-se cada vez mais cientes de que existe uma possível relação entre as crenças a nível alimentar prevenirem o cancro. Assim, estas crenças são possíveis fatores preditores de comportamentos alimentares saudáveis.

REFERÊNCIAS

- Barnard, M. D. (2013). Healthy eating for life. Retirado a 10 de Junho de 2022. <https://www.pcrm.org/sites/default/files/pdfs/health/HealthyEatingForLife.pdf>
- Beeken, R. J., Williams, K., Wardle, J., & Croker, H. (2016). “What about diet?” A qualitative study of cancer survivors’ views on diet and cancer and their sources of information. *European Journal of Cancer Care*, 25, 774-783. <https://doi.org/10.1111/ecc.12529>
- Bernardi, D., Errante, D., Galligioni, E., Crivellari, D., Bianco, A., Salvagno, L., & Fentiman, I. (2008). Treatment of breast cancer in older women. *Acta Oncologica*, 47, 187-198. <https://doi.org/10.1080/02841860701630234>
- Bovell-Benjamin, A., & Elmubarak, E. (2013) Diet-nutrition-related cancer prevention knowledge and beliefs of Sudanese in Khartoum: A descriptive study. *Open Journal of Preventive Medicine*, 3, 320-328. <https://doi.org/10.4236/ojpm.2013.33043>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424. <https://doi.org/https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Cancer Research UK. (2015). *How healthy eating prevents cancer* [Online]. <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/diet-and-cancer/how-healthy-eating-prevents-cancer>
- Carneiro, F., von Humboldt, S., & Leal, I. (2014). Bem-estar subjetivo em idosas com e sem cancro da mama em remissão [Subjective well-being in older women with breast cancer in remission]. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15, 192-201. <https://doi.org/10.15309/14psd150116>
- Costa, A., Coelho, C., Silva, S., & Leal, I. (2018). Crenças sobre a alimentação e prevenção do cancro. In I. Leal, S. von Humboldt, C. Ramos, A. Ferreira-Valente, & J. L. Pais-

- Ribeiro (Eds.), *12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 127-135). ISPA – Instituto Universitário.
- Cowan, R., Meiser, B., Giles, G. G., Lindeman, G. J., & Gaff, C. L. (2008). The beliefs, and reported and intended behaviors of unaffected men in response to their family history of prostate cancer. *Genetics in medicine: Official journal of the American College of Medical Genetics*, *10*(6), 430-438. <https://doi.org/10.1097/gim.0b013e31817701c1>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2016). *Portugal Doenças Oncológicas em Números – 2015. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. https://www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/Doencas_Oncologicas.pdf
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D. M., Forman, & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int. J. Cancer*, *136*, 359-386. <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>
- Grant, W. B. (2004). A multicountry ecologic study of risk and risk reduction factors for prostate cancer mortality. *European Journal of Urology*, *45*, 271-279.
- Harnack, L., Block, G., Suber, A., & Lane, S. (1998). Cancer prevention-related nutrition knowledge, beliefs, and attitudes of U.S. Adults: 1992 NHIS cancer epidemiology supplement. *Journal of Nutrition Education*, *30*, 131-138.
- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Acedido a 10 de Junho de 2022. <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>
- Maddams, J., Utley, M., & Møller, H. (2012). Projections of cancer prevalence in the United Kingdom, 2010-2040. *British Journal of Cancer*, *107*, 1195-1202.
- Marmot, M., Atinmo, T., Byers, T., Chen, J., Hirohata, T., Jackson, A., James, W., Kolonel, L., Kumanyika, S., Leitzmann, C., Mann, J., Powers, H., Reddy, K., Riboli, E., Rivera, J. Á., Schatzkin, A., Seidell, J., Shuker, D., Uauy, R., Willett, W., & Zeisel, S. (2007). *Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: A global perspective*. AICR.
- Mároco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações* (2ª ed.). ReportNumber.
- Morse, E. P., Maegga, B., Joseph, G., & Miesfeldt, S. (2014). Breast cancer knowledge, beliefs, and screening practices among women seeking care at district hospitals in Dar es Salaam, Tanzania. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, *8*, 73-79. <https://doi.org/10.4137/BCBCR.S13745>
- Nemer, B. C. Carvalho, M. S. B. (2019). The vegetarian diet in cancer prevention: A review of the literature. *Revista Ciências Nutricionais Online*, *3*(1), 5-13.
- Nguyen, D. X., & Massagué, J. (2007). Genetic determinants of cancer metastasis. *Nature Reviews Genetics*, *8*(5), 341-352. <https://doi.org/10.1038/nrg2101>
- Oliveira, P. S. D., Fernandes Queiroz, P. S., Lima, C. C. M., Rocha, R. M. B., Barbosa, H. A., & Vieira, I. B. (2019). Percepção de homens sobre a influência da alimentação no câncer

- de próstata. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 90(28). <https://doi.org/10.31011/raid-2019-v.90-n.28-art.568>
- Palmquist, A. E. L., Upton, R., Lee, S., Panter, A. T., Hadley, M. S., & Koehly, L. M. (2011). Beliefs about cancer and diet among those considering genetic testing for colon cancer. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 43(3), 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2009.12.009>
- Programa Nacional de promoção da alimentação saudável. Acedido a 10 de Junho de 2022. <http://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-em-numeros/consumo-alimentar/>
- Rodrigues, M., Koning, L., Coupland, S., Jochemsen, A., Marais, R., Stern, M.-H., Valente, A., Barnhill, R., Cassoux, N., Evans, A., Galloway, I., Jager, M. J., Kapiteijn, E., Romanowska-Dixon, B., Ryll, B., Roman-Roman, S., Piperno-Neumann, S., & UM Cure 2020 Consortium. (2020). So Close, yet so Far: Discrepancies between Uveal and Other Melanomas. A Position Paper from UM Cure 2020. *Cancers*, 11(7), 1032-1040. <https://doi.org/10.3390/cancers11071032>
- Silva, D. G., Bezerra, A. L. Q., Barbosa, M. A., Siqueira, K. M., & Fonseca, K. C. (2007). Diet beliefs as life habits. *Revista Enfermagem UERJ*, 15(2), 255-260.
- Souza, M. C., Zastrow, P. K., & Coser, M. P. (2021). Nutritional assessment and eating behavior among women undergoing breast cancer treatment. *Research, Society and Development*, 10(13), 1-15. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21169>
- von Humboldt, S., Carneiro, F., & Leal, I. (2019). A structural model for adjustment to aging among older women in breast cancer remission. *Applied Research in Quality of Life*, 1-19. <https://doi.org/10.1007/s11482-018-9622-3>
- von Humboldt, S., Carneiro, F., & Leal, I. (2017). Beyond breast cancer in later life: Subjective well-being in older women with breast cancer in remission. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), 167-174. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1018>
- Wrosch, C., & Sabiston, C. (2013). Goal adjustment, physical and sedentary activity, and well-being and health among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22, 581-589. <https://doi.org/10.1002/pon.3037>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DA ESCALA DE SOBRECARGA DE STRESSE – VERSÃO CURTA: ESTUDOS PSICOMÉTRICOS INICIAIS

Bárbara Nazaré^{1,2} (✉ barbara.nazare@ucp.pt)

¹ Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, Portugal

² CRC-W – Católica Research Center for Psychological, Family and Social Wellbeing, Portugal

As diferentes perspetivas teóricas sobre stresse atribuem a sua origem à conjugação de níveis elevados de exigências e baixos níveis de recursos, o que pode resultar em sobrecarga e, conseqüentemente, em doença. No entanto, este pressuposto não se reflete nas medidas de avaliação do stresse, que tendem a focar sintomas físicos ou acontecimentos indutores de stresse, excluindo os construtos acima referidos (Amirkhan, 2012).

Amirkhan (2012) desenvolveu uma medida composta por duas escalas, referentes às exigências e aos recursos, aplicável a populações com características demográficas diversas (e.g., idade, género, etnia). A Escala de Sobrecarga de Stresse partiu de um conjunto de mais de 500 itens, provenientes de outras medidas de stresse, grupos focais e outras fontes. Para chegar à versão final de 30 itens, a maior parte dos itens iniciais foi excluída com base no parecer de avaliadores independentes (que identificaram itens redundantes, pouco compreensíveis e/ou que referiam sintomas de doença física ou mental) e critérios psicométricos (e.g., foram excluídos itens com pesos fatoriais elevados em ambos os fatores).

Como a Escala de Sobrecarga de Stresse pode ser demasiado exigente para os respondentes, Amirkhan (2018) construiu uma versão mais curta da medida. Assim, com base em critérios psicométricos (e.g., pesos fatoriais, fiabilidade) e na compreensibilidade, selecionou os 10 melhores itens da versão longa. Embora a versão curta demonstre menor sensibilidade do que a longa na deteção de sintomas somáticos, é igualmente adequada do ponto

de vista da fiabilidade e da validade, e apresenta a mesma estrutura bifatorial.

O objetivo deste estudo foi avaliar a validade, sensibilidade, fiabilidade e capacidade de discriminação da versão portuguesa da Escala de Sobrecarga de Stresse – Versão Curta (ESS-VC).

MÉTODO

Participantes

Os critérios de inclusão no estudo foram: ser adulto, ter nacionalidade portuguesa e dominar a língua portuguesa. Dos 303 respondentes que cumpriram estes critérios, foram selecionados aleatoriamente 200 participantes, dado que esta dimensão viabiliza as análises estatísticas realizadas (Meyers et al., 2017). A amostra incluiu 41 homens (20,5%) e 159 mulheres (79,5%), com idades entre 18 e 71 anos ($M=32,17$, $DP=4,96$). A maior parte estava numa relação conjugal ($n=108$, 54%) e empregada ($n=108$, 54%). As habilitações literárias foram do ensino básico ($n=3$, 1,5%) ao doutoramento ($n=3$, 1,5%), sendo a mais frequente a licenciatura ($n=84$, 42,2%). Cinquenta e duas pessoas (26%) referiram ter problemas psicológicos e 39 (20,5%) tinham acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

Material

Questionário sociodemográfico e clínico: usado para recolher dados demográficos (e.g., idade, estado civil, habilitações literárias) e clínicos (e.g., história médica).

ESS-VC (Amirkhan, 2018): composta por 10 itens que focam a intensidade (de 1 – *Nada* a 5 – *Muito*) de alguns sentimentos (e.g., desadequação, pressão para fazer as coisas depressa) na última semana. As pontuações variam entre 10 e 50, com valores mais elevados a indicar níveis superiores de sobrecarga de stresse.

Índice de Bem-Estar da OMS WHO-5 (versão original: WHO Regional Office for Europe, 1998): composto por cinco itens com seis opções de resposta (de 0 – *Nunca* a 5 – *Todo o tempo*) sobre a experiência de bem-estar (e.g., energia, tranquilidade) nas duas semanas anteriores. Pontuações mais elevadas traduzem uma percepção de maior bem-estar, podendo variar de 0 a 25. A consistência interna nesta amostra foi de 0,89.

Escala de Sintomas Somáticos (versão original: Gierk et al., 2014; versão portuguesa: Gonçalves, 2017): composta por oito itens que avaliam o incómodo associado a diferentes sintomas (e.g., problemas de estômago ou intestinos, dores de cabeça) na última semana. Inclui uma escala de intensidade (de 0 – *Nenhum* a 4 – *Muitíssimo*), sendo que pontuações superiores significam maior sobrecarga associada aos sintomas somáticos. A pontuação total varia entre 0 e 32, com valores iguais ou superiores a 12 a representar níveis elevados de incómodo associado aos sintomas. Neste estudo, foi utilizado apenas o fator total, que apresentou uma consistência interna de 0,81.

Procedimentos

Este estudo teve um desenho quantitativo, transversal e não-experimental. A investigadora pediu autorização ao autor da versão original da ESS-VC para a traduzir e adaptar para português. Posteriormente, a escala foi traduzida para português, de forma independente, por duas psicólogas clínicas e da saúde experientes na adaptação de medidas. As versões daqui resultantes foram posteriormente comparadas e, após análise das diferenças existentes, chegou-se à versão final da medida.

O protocolo de avaliação descrito acima foi disponibilizado digitalmente, na plataforma Qualtrics, em conjunto com o consentimento informado (explicitando os objetivos do estudo, o papel e os direitos dos participantes e os deveres da investigadora). O *link* do protocolo de avaliação foi divulgado através de *email* pelos contactos da investigadora e partilhado através de redes sociais em abril e maio de 2022.

RESULTADOS

Validade fatorial

O teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$) e o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (0,92) sustentaram a adequação dos 10 itens da ESS-VC a uma análise fatorial (Meyers et al., 2017). Foi realizada uma análise de componentes principais com rotação Promax. O critério de Kaiser (valor próprio > 1) e o gráfico de declividade indicaram uma solução de dois fatores, cuja variância total explicada foi de 71,74%. Ambos os fatores incluem cinco itens com pesos fatoriais adequados: Excesso de Exigências (itens pares; 58,07% da variância) e Percepção de Vulnerabilidade (itens ímpares; 13,66% da variância; cf. Tabela 1). Os fatores correlacionaram-se positivamente ($r = 0,64$, $p < 0,001$).

Tabela 1

Pesos fatoriais dos itens

Item	F1	F2
2. Sentiu-se inundado/a de responsabilidades?	0,91	-0,13
10. Sentiu-se muito sobrecarregado/a?	0,88	0,02
4. Sentiu que não havia tempo suficiente para chegar a tudo?	0,88	-0,04
6. Sentiu-se pressionado/a a fazer as coisas depressa?	0,85	0,01
8. Sentiu que as coisas estavam a acumular-se?	0,74	0,18
1. Sentiu-se desadequado/a?	-0,26	0,93
9. Sentiu-se com vontade de desistir?	-0,01	0,87
5. Sentiu que nada corria bem?	0,11	0,79
7. Sentiu que não tinha saída?	0,17	0,72
3. Sentiu que o mais provável era não conseguir atingir os seus objetivos?	0,18	0,70

Validade convergente

A ESS-VC associou-se a medidas de construtos teoricamente relacionados: correlacionou-se positivamente com a Escala de Sintomas Somáticos ($r = 0,53$, $p < 0,001$) e negativamente com o WHO-5 ($r = -0,57$, $p < 0,001$).

Sensibilidade

O valor médio das respostas aos itens situou-se em torno da alternativa de resposta média (i.e., 3), variando de 2,07 a 3,43. Os valores do desvio-padrão rondaram 1,5. Em todos os itens, houve pelo menos um participante a selecionar as opções mais extremas da escala de resposta. Os valores de assimetria situaram-se no intervalo normal (-1 a 1; Meyers et al., 2017). Relativamente à curtose, o valor mais afastado deste intervalo foi -1,51 (cf. Tabela 2).

Tabela 2

Características distribucionais e fiabilidade dos itens e da escala total

Item	<i>M</i> (Min-Max)	<i>DP</i>	Assimetria	Curtose	Alfa de Cronbach (excluindo o item)	Correlação item-total corrigida
1	2,07 (1-5)	1,23	0,77	-0,63	0,92	0,50
2	3,40 (1-5)	1,39	-0,45	-1,08	0,91	0,64
3	2,87 (1-5)	1,50	0,06	-1,45	0,91	0,71
4	3,43 (1-5)	1,43	-0,42	-1,18	0,91	0,70
5	2,49 (1-5)	1,44	0,50	-1,15	0,91	0,73
6	2,98 (1-5)	1,47	-0,02	-1,38	0,91	0,71
7	2,13 (1-5)	1,44	0,95	-0,60	0,91	0,73
8	2,98 (1-5)	1,56	0,03	-1,51	0,91	0,77
9	2,26 (1-5)	1,57	0,74	-1,09	0,91	0,70
10	3,15 (1-5)	1,53	-0,21	-1,44	0,91	0,77
Total	27,74 (10-50)	11,11	0,22	-1,00	0,92	-

Fiabilidade

Os alfas de Cronbach das subescalas foram 0,88 (Percepção de Vulnerabilidade) e 0,91 (Excesso de Exigências). Todos os valores do alfa de Cronbach excluindo cada item corresponderam ou ficaram muito próximos do valor de alfa para a escala total (0,92), contribuindo para a elevada consistência interna do instrumento. As correlações item-total corrigidas excederam largamente o mínimo de 0,20, demonstrando a homogeneidade da escala (Streiner & Norman, 2015; cf. Tabela 2).

Capacidade de discriminação

Os participantes foram classificados em quatro categorias de risco, de acordo com os seus valores nas subescalas Excesso de Exigências ($M=15,93$, $DP=6,33$) e Percepção de Vulnerabilidade ($M=11,81$, $DP=5,96$; Amirkhan, 2018): Risco Baixo (valores abaixo da média da amostra em ambas as subescalas; $n=75$, 37,5%), Situação de Desafio (valores acima da média da amostra em Excesso de Exigências e abaixo da média da amostra em Percepção de Vulnerabilidade; $n=39$, 19,5%), Situação de Fragilidade (valores abaixo da média da amostra em Excesso de Exigências e acima da média da amostra em Percepção de Vulnerabilidade; $n=20$, 10,0%) e Risco Elevado (valores acima da média da amostra em ambas as subescalas; $n=66$, 33,0%).

Para os sintomas somáticos, verificou-se um efeito principal, de magnitude grande, da categoria de risco ($F=16,85$, $p<0,001$, $\eta^2_p=0,21$). Nos testes *post-hoc* de Bonferroni, foram identificadas diferenças significativas entre o grupo Risco Elevado ($M=14,71$, $DP=6,17$) e os grupos Risco Baixo ($M=7,80$, $DP=5,34$, $p<0,001$), Situação de Desafio ($M=10,41$, $DP=5,88$, $p=0,002$) e Situação de Fragilidade ($M=10,85$, $DP=5,83$, $p=0,057$).

Relativamente ao bem-estar, a magnitude do efeito principal da categoria de risco foi ainda mais acentuada ($F=36,61$, $p<0,001$, $\eta^2_p=0,36$). Ao comparar pares de grupos com testes de Bonferroni, verificaram-se quatro diferenças significativas: o grupo Risco Baixo ($M=16,33$, $DP=4,17$) apresentou valores superiores aos grupos Situação de Fragilidade ($M=9,80$, $DP=4,55$, $p<0,001$) e Risco Elevado ($M=9,21$, $DP=4,79$, $p<0,001$); também o grupo Situação de Desafio ($M=14,87$, $DP=4,01$) indicou maior bem-estar do que os grupos Situação de Fragilidade ($p<0,001$) e Risco Elevado ($p<0,001$).

DISCUSSÃO

Neste estudo, foram avaliadas algumas características psicométricas da versão portuguesa da ESS-VC, que se revelaram adequadas. A estrutura bifatorial da medida traduz os dois construtos mais relevantes para a concetualização do stresse: a percepção de sobrecarga associada a responsabilidades e pressões externas (subescala Excesso de Exigências) e sentimentos de impotência e incapacidade (subescala Percepção de Vulnerabilidade; Amirkhan, 2012). Esta estrutura corresponde à da versão

original (Amirkhan, 2018) e à das adaptações chinesa (Mu & Duan, 2020) e setsuana (Wilson et al., 2018).

Relativamente à validade convergente, a associação positiva entre sobrecarga de stresse e sintomas somáticos vai ao encontro de investigações anteriores (Amirkhan, 2018; Amirkhan et al., 2022). Esta correlação tende a apresentar maior magnitude para queixas como ritmo cardíaco acelerado, alterações no apetite, corrimento nasal e fadiga (Amirkhan et al., 2018). Considerando categorias de sintomas (e.g., problemas respiratórios), Amirkhan et al. (2018) identificaram as queixas gastrointestinais como os sinais mais representativos de sobrecarga de stresse, podendo constituir respostas não imediatas a um nível de stresse patológico. De forma consistente, as pessoas com maior risco de sobrecarga de stresse, devido à presença simultânea de exigências externas e vulnerabilidade interna, apresentaram maior incómodo associado a sintomas somáticos, o que também se verificou previamente (Amirkhan, 2018; Amirkhan et al., 2015).

Relativamente ao bem-estar, a associação negativa com a sobrecarga de stresse que encontramos já tinha sido identificada em amostras da África do Sul (Wilson et al., 2018) e da China (Duan & Mu, 2018). No segundo estudo, o grupo Risco Elevado apresentou bem-estar significativamente inferior aos dos restantes três grupos; por seu lado, o grupo Risco Baixo apresentou mais bem-estar que todos os outros. Este padrão não é totalmente consistente com os resultados do presente estudo, em que não se verificaram diferenças entre os grupos Risco Elevado e Situação de Fragilidade. Adicionalmente, este último grupo diferenciou-se, de forma negativa, dos grupos Risco Baixo e Situação de Desafio. Estes resultados sugerem que a exposição a exigências externas não comporta uma ameaça para o bem-estar; no entanto, verifica-se o oposto para a perceção de vulnerabilidade.

Além das boas características psicométricas, a ESS-VC caracteriza-se pela facilidade de aplicação e cotação. Estando disponível em diferentes idiomas (e.g., inglês, chinês), possibilita comparações entre estudos com participantes de nacionalidades diversas. Adicionalmente, a escala tem demonstrado ser fiável e válida em diferentes populações, incluindo grupos expostos a situações indutoras de stresse, como estudantes que são os primeiros na família a frequentar a universidade (Amirkhan et al., 2022). No

entanto, Amirkhan (2018) alerta para a vulnerabilidade da ESS-VC à desejabilidade social e à afetividade negativa.

Do ponto de vista clínico, salientamos duas implicações principais da utilização da ESS-VC. A primeira é o facto de permitir identificar pessoas com níveis acentuados de vulnerabilidade percebida, cujo bem-estar está em risco. A este respeito, a reestruturação cognitiva poderá ser utilizada para modificar pensamentos de desamparo, recorrendo a registos de pensamentos e experiências comportamentais para obter evidências (Mandel et al., 2021). Em segundo lugar, perante pessoas identificadas como tendo sobrecarga de stresse, as estratégias terapêuticas devem focar, além da modificação cognitiva, a diminuição dos sintomas somáticos, através de técnicas como psicoeducação, treino de gestão do stresse, ativação comportamental e técnicas de mudança do foco atencional (Hennemann et al., 2022).

Em conclusão, a ESS-VC pode ser usada para avaliar a sobrecarga de stresse em contextos de investigação e clínicos. Futuramente, é pertinente dar continuidade aos estudos psicométricos da versão portuguesa (e.g., estabilidade temporal, validade divergente).

REFERÊNCIAS

- Amirkhan, J. H. (2012). Stress overload: A new approach to the assessment of stress. *American Journal of Community Psychology, 49*(1-2), 55-71. <https://doi.org/10.1007/s10464-011-9438-x>
- Amirkhan, J. H. (2018). A brief stress diagnostic tool: The Short Stress Overload Scale. *Assessment, 25*(8), 1001-1013. <https://doi.org/10.1177/1073191116673173>
- Amirkhan, J. H., Landra, I., & Huff, S. (2018). Seeking signs of stress overload: Symptoms and behaviors. *International Journal of Stress Management, 25*(3), 301-311. <https://doi.org/10.1037/str0000066>
- Amirkhan, J. H., Manalo, R., Jr., & Velasco, S. E. (2022). Stress overload in first-generation college students: Implications for intervention. *Psychological Services, in press*. <https://doi.org/10.1037/ser0000650>
- Amirkhan, J. H., Urizar, G. G., & Clark, S. (2015). Criterion validation of a stress measure: The Stress Overload Scale. *Psychological Assessment, 27*(3), 985-996. <https://doi.org/10.1037/pas0000081>

- Duan, W., & Mu, W. (2018). Validation of a Chinese version of the Stress Overload Scale-Short and its use as a screening tool for mental health status. *Quality of Life Research*, 27, 41-421. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1721-3>
- Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E., & Löwe, B. (2014). The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 399-407. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12179>
- Gonçalves, D. S. (2017). *Sintomas somáticos, sintomatologia depressiva e ansiedade em pessoas idosas* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/7983/2/5690_12359.pdf
- Hennemann, S., Böhme, K., Kleinstäuber, M., Baumeister, H., Küchler, A.-M., Ebert, D. D., & Witthöft, M. (2022). Internet-based CBT for somatic symptom distress (iSOMA) in emerging adults: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(4), 353-365. <https://doi.org/10.1037/ccp0000707>
- Mandel, A. A., Jager-Hyman, S., & Brown, G. K. (2021). Suicide prevention. In A. Wenzel (Coord.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: Vol. 2. Applications* (pp. 361-388). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000219-011>
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2017). *Applied multivariate research: Design and interpretation* (3rd ed.). SAGE.
- Mu, W., & Duan, W. (2020). Evaluating the construct validity of Stress Overload Scale-Short using exploratory structural equation modeling. *Journal of Health Psychology*, 25(7), 913-921. <https://doi.org/10.1177/1359105317738322>
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2015). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (5th ed.). Oxford University Press.
- WHO Regional Office for Europe. (1998). *Wellbeing measures in primary health care/The DepCare Project: Report on a WHO meeting*. WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf
- Wilson, A., Wissing, M. P., & Schutte, L. (2018). Validation of the Stress Overload Scale and Stress Overload Scale-Short Form among a Setswana-speaking community in South Africa. *South African Journal of Psychology*, 48(1), 21-31. <https://doi.org/10.1177/0081246317705241>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE COPING NUMA AMOSTRA DE DOENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Bárbara Resende¹ (✉ barbararesende.21@gmail.com), Paula Carvalho¹, Cláudia Silva¹, & Jorge Gama¹

¹Universidade da Beira Interior, Portugal

A hipertensão arterial, uma doença crónica bastante prevalente no mundo, é uma condição clínica caracterizada por níveis de pressão arterial elevados e está diretamente associada ao desenvolvimento de complicações como o acidente vascular cerebral, o enfarte agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca, a doença renal crónica, entre outras (Weber et al., 2014). As doenças crónicas como a hipertensão arterial originam adaptações e mudanças específicas no funcionamento pessoal, social e profissional do doente (Ferreira et al., 2019) e, por isso, é necessário desenvolver um conjunto de esforços que permitam lidar com a doença de forma eficaz (Gonçalves et al., 2015), esses esforços são denominados de estratégias de *coping*. Lazarus e Folkman (1984) definiram *coping* como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, usados para lidar com as exigências internas e externas provenientes de situações adversas, diferenciando as estratégias de *coping* focadas na emoção e focadas no problema. O *coping* focalizado no problema inclui estratégias de definição do problema, o encontro de soluções alternativas, a comparação de custos e benefícios e a seleção e implementação da alternativa escolhida, de forma a permitir a mudança da situação, ao tentar remover o problema ou diminuir o impacto do mesmo (Lazarus & Folkman, 1984). Por outro lado, o *coping* focalizado na emoção, dirigido a processos cognitivos (Dias & Pais-Ribeiro, 2019), tem como objetivo desenvolver ações para controlar o estado emocional, assim como impedir que as emoções negativas afetem a solução dos problemas. O objetivo geral do presente estudo foi avaliar as estratégias de *coping* numa amostra de doentes diagnosticados com hipertensão arterial. Além do referido, pretendeu-se também avaliar as diferenças nas estratégias de

coping utilizadas em função das características sociodemográficas e das características clínicas.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo, não probabilística e de conveniência, foi constituída por 146 doentes com diagnóstico de Hipertensão Arterial. Os 146 participantes, com um intervalo de idades entre 47 e 95 anos, apresentaram uma média de idades de 68.79 anos ($DP=10.31$). Em relação ao sexo, 74 pertenciam ao sexo masculino e 72 ao sexo feminino. No que diz respeito ao estado civil, 111 participantes eram casados/as, 21 eram viúvos/as, 9 eram divorciados/as, 4 solteiros/as e 1 participante vivia em união de facto. Maioritariamente, os participantes estavam reformados (69.2%), e relativamente às habilitações literárias a maioria dos participantes (72.6%) completou os estudos até ao 4º ano. Ao nível clínico, a amostra apresentou uma média de tempo de diagnóstico de hipertensão de 16.03 anos ($DP=10.62$), sendo que 106 dos participantes assumiram ter outros problemas de saúde crónicos. É importante referir que a totalidade dos participantes fazia medicação oral para controlo da doença.

Material

O questionário sociodemográfico foi realizado com o objetivo de recolher informações relativas ao doente e ao seu diagnóstico de hipertensão. Foi constituído por questões de cariz sociodemográfico incluindo dados gerais relacionados com o doente e por informações sobre a sua condição clínica.

O BriefCOPE, adaptado e validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004), foi desenvolvido com o objetivo de permitir uma melhor avaliação das qualidades psicológicas relacionadas com o *coping*. O questionário é constituído por 28 itens organizados em 14 subescalas sendo elas *Coping* ativo, Planear, Utilização de suporte instrumental, Utilização de suporte social emocional, Religião, Reinterpretação positiva, Auto-culpabilização, Aceitação, Expressão de sentimentos, Negação, Auto-

distração, Desinvestimento comportamental, Uso de substâncias e Humor. As 14 subescalas são cotadas separadamente, não existindo uma pontuação da escala total (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Procedimento

De forma a efetuar o tratamento dos dados recolhidos foi utilizado o programa estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), na versão 27, de forma a realizar as estatísticas descritivas e inferenciais, tendo como referência para um teste significativo um valor de prova (p) não superior a um nível de significância de 5%. Foram testadas as diferenças entre os grupos, formados por alguma variável categórica, com testes não paramétricos (testes *Mann-Whitney* ou *Kruskal-Wallis*). Também foram calculadas medidas descritivas (médias, desvios padrões, entre outros) de cada uma das variáveis para complementar a análise inferencial.

RESULTADOS

Em relação ao instrumento BriefCOPE, para uma melhor compreensão do comportamento do mesmo na amostra em estudo, procedeu-se à comparação das médias de cada subescala. Desta forma, foi possível observar que a estratégia de *coping* mais utilizada pela população em estudo foi a Aceitação ($M=3.36$; $Mdn=3.50$; $DP=.60$) e as menos utilizadas foram o Desinvestimento comportamental ($M=1.03$; $Mdn=1.00$; $DP=.17$; $AIQ=0.0$) e o Uso de substâncias ($M=1.03$; $Mdn=1.0$; $DP=.18$).

No que diz respeito à diferença entre as faixas etárias consideradas (<65 anos, entre os 65 e os 74 anos e >75 anos), optou-se pela utilização do teste *Kruskal-Wallis H*, tendo-se detetado a existência de pelo menos uma diferença estatisticamente significativa para a subescala Utilização do suporte instrumental ($p=.03$) (Tabela 1). É de salientar que, das comparações aos pares, somente a subescala Utilização do suporte instrumental das faixas etárias <65 anos e >75 anos se mostraram significativamente diferentes ($p=.04$). Desta forma, foi possível inferir que os indivíduos com menos de 65 anos usaram mais a estratégia referida do que os restantes grupos (Tabela 2).

Tabela 1

Análise da diferença em cada escala do BriefCOPE entre as faixas etárias –
Teste *Kruskal-Wallis*

	Idade			<i>H</i>	<i>p</i>
	<65 anos (<i>n</i> =52) Posto médio	Entre 65 e 74 anos (<i>n</i> =45) Posto médio	>75 anos (<i>n</i> =49) Posto médio		
<i>Coping</i> ativo	73.04	73.56	73.94	.01	.99
Planear	74.42	72.44	73.49	.06	.97
Utilização do suporte instrumental	85.34	68.67	65.38	6.80	.03*
Utilização do suporte social emocional	75.13	74.38	70.97	.28	.87
Religião	66.79	78.03	76.46	2.22	.33
Reinterpretação positiva	69.45	79.26	72.51	1.46	.48
Auto-culpabilização	79.67	74.70	65.85	2.91	.23
Aceitação	64.10	80.53	77.02	4.49	.11
Expressão de sentimentos	71.48	76.03	73.32	.30	.86
Negação	77.62	67.32	74.81	3.10	.21
Auto-distração	63.10	80.34	78.26	5.42	.07
Desinvestimento comportamental	73.32	72.10	74.98	.93	.63
Uso de substâncias	75.21	72.62	72.49	1.34	.51
Humor	78.36	72.06	69.67	1.18	.55

Nota. * $p < .05$.

Tabela 2

Comparação da subescala Utilização do suporte instrumental entre grupos
etários – Teste *Kruskal-Wallis*

		<i>z</i>	<i>p</i> ^b	<i>H</i>	<i>p</i> ^a	
Utilização do suporte instrumental	>75 anos	65 e 74 anos	.39	1.00	6.80	.03*
	>75 anos	<65 anos	2.43	.04*		
	65 e 74 anos	<65 anos	1.99	.15		

Nota. * $p < .05$; ^a*Kruskal-Wallis*; ^bteste de *Dunn* com correção de *Bonferroni*.

Relativamente ao género, é possível constatar que apenas nas subescalas Religião ($p=.01$) e Uso de substâncias ($p=.03$) foi encontrada alguma diferença estatisticamente significativa, ao nível das estratégias de *coping*. Verificou-se, assim, que as mulheres utilizaram mais vezes a estratégia de *coping* Religião do que os homens ($U=3315.00$, $p=.01$) e que os homens usaram mais vezes a estratégia de *coping* Uso de substâncias do que as mulheres ($U=2484.00$, $p=.03$).

Relativamente ao tempo de diagnóstico foi possível constatar a existência de pelo menos uma diferença estatisticamente significativa ao nível da

subescala Humor ($p=.02$) (Tabela 3). Das comparações aos pares, encontrou-se somente uma diferença estatisticamente significativa ao nível da subescala Humor entre as classes >22 anos e <10 anos ($p=.02$). Desta forma, foi possível inferir que as pessoas com um tempo de diagnóstico inferior a 10 anos recorreram mais ao Humor quando comparadas com os restantes grupos que possuem a doença há mais tempo (Tabela 4).

Tabela 3

Análise das diferenças em cada escala do BriefCOPE entre as classes do tempo de diagnóstico – *Teste Kruskal-Wallis*

	Tempo de diagnóstico				H	p
	<10 anos (n=38) Posto médio	Entre 10 e 15 anos (n=43) Posto médio	Entre 16 e 21 anos (n=28) Posto médio	>22 anos (n=37) Posto médio		
Coping ativo	72.66	70.67	88.80	866.07	5.585	.13
Planear	66.28	82.05	83.88	63.14	7.18	.07
Utilização do suporte instrumental	87.18	70.07	72.80	63.96	6.463	.09
Utilização do suporte social emocional	73.95	69.05	83.13	70.93	2.143	.54
Religião	71.78	66.06	89.21	72.03	5.702	.13
Reinterpretação positiva	73.47	77.43	81.59	62.84	4.086	.25
Auto-culpabilização	76.41	75.43	72.39	69.11	.728	.87
Aceitação	66.22	75.51	81.79	72.36	2.511	.47
Expressão de sentimentos	68.42	73.81	83.14	71.05	2.284	.52
Negação	71.13	74.19	69.14	78.43	1.924	.59
Auto-distração	76.68	72.38	82.98	64.35	3.709	.30
Desinvestimento comportamental	74.36	73.93	73.07	72.45	.388	.94
Uso de substâncias	71.00	76.09	73.61	72.97	3.027	.39
Humor	87.96	69.16	79.66	59.03	10.190	.02*

Nota. * $p<.05$.

Tabela 4

Comparação da subescala Humor entre as classes do tempo de diagnóstico – *Teste Kruskal-Wallis*

			z	p^b	H	p^a
Humor	>22 anos	10 e 15 anos	1.09	1.00	10.19	.02*
	>22 anos	16 e 21 anos	1.98	.28		
	>22 anos	<10 anos	3.02	.02*		
	10 e 15 anos	16 e 21 anos	-1.04	1.00		
	10 e 15 anos	<10 anos	2.03	.25		
	16 e 21 anos	<10 anos	.80	1.00		

Nota. * $p<.05$; ^aKruskal-Wallis; ^bteste de Dunn com correção de Bonferroni.

No que diz respeito à existência de outro problema de saúde crónico, é possível inferir, através das estatísticas de grupo, apenas a existência de uma diferença estatisticamente significativa ao nível da subescala Aceitação ($p=.00$). Assim, analisando as médias obtidas, conclui-se que as pessoas que não apresentaram outra condição crónica, para além da hipertensão, utilizaram mais vezes a estratégia de *coping* mencionada do que as pessoas que possuíam outro problema de saúde crónico (Tabela 5).

Tabela 5

Análise da diferença em cada escala do BriefCOPE devida à existência de outro problema de saúde crónico – *Teste Mann-Whitney*

	Existência de outro problema de saúde crónico		<i>U</i>	<i>p</i>
	Não (<i>n</i> =40) Média (<i>DP</i>)	Sim (<i>n</i> =106) Média (<i>DP</i>)		
<i>Coping</i> ativo	76.91	72.21	1983.00	.53
Planear	75.95	72.58	2022.00	.66
Utilização do suporte instrumental	73.93	73.34	2103.00	.94
Utilização do suporte social emocional	73.90	73.35	2104.00	.94
Religião	78.79	71.50	1908.50	.34
Reinterpretação positiva	77.89	71.84	1944.50	.42
Auto-culpabilização	74.64	73.07	2074.50	.84
Aceitação	90.15	67.22	1454.00	.00*
Expressão de sentimentos	68.19	75.50	2332.50	.33
Negação	71.45	74.27	2202.00	.61
Auto-distração	74.30	73.20	2088.00	.88
Desinvestimento comportamental	75.99	72.56	2020.50	.20
Uso de substâncias	72.83	73.75	2147.00	.71
Humor	80.50	70.86	1840.00	.21

Nota. * $p<.05$.

DISCUSSÃO

Relativamente às estratégias de *coping*, a literatura sugere que as pessoas com doenças crónicas, nomeadamente a hipertensão arterial, utilizam com mais frequência estratégias de *coping* focadas na emoção do que as estratégias de *coping* focadas no problema (Ariff et al., 2011). Este aspeto foi verificado no presente estudo, com os doentes a referirem que a estratégia mais utilizada é a Aceitação. No que diz respeito à idade verificou-se uma

diferença estatisticamente significativa das faixas etárias na subescala Utilização do suporte instrumental, que se baseia na procura de conselhos e ajuda sobre o que fazer perante a situação stressante. Este aspeto pode estar relacionado com o facto de as pessoas mais velhas terem, por natureza, uma diminuição gradual das suas capacidades funcionais que englobam dificuldades na execução de funções e atividades relacionadas com a vida diária, traduzindo-se, assim, numa maior necessidade de apoio e ajuda na resolução de problemas (Freitas et al., 2006). Relativamente ao género, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível das subescalas Religião que foi maior para as mulheres e Uso de substâncias que foi maior para os homens. Desta forma, este estudo corrobora os resultados verificados na literatura, que indica a utilização de estratégias de *coping* com base em crenças religiosas por mulheres com doença crónica, sendo que o recurso à religião serve como uma forma de apoio e conforto perante a doença (Gall et al. 2009). São vários os autores que defendem que as mulheres tendem a adotar preferencialmente estratégias de *coping* focadas na emoção (Bertolin et al., 2011), pelo facto de assumirem uma postura mais sentimental perante as adversidades, expressando mais facilmente as emoções e atuando de forma dependente (Kaiseler et al., 2012). Em relação ao uso de substâncias, é importante referir que, de acordo com a literatura, há uma maior prevalência e consumo de substâncias nos homens, nomeadamente no que diz respeito ao álcool, que pode ser uma estratégia de *coping* desadaptativa que objetiva a fuga dos problemas e das emoções negativas (Vaughan et al., 2009).

No que diz respeito às diferenças observadas nas estratégias de *coping* em função das características clínicas, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao tempo de diagnóstico, apenas para a subescala do Humor, com maior utilização por parte dos doentes com o diagnóstico da doença há menos de 10 anos, que representam uma pequena parte da amostra. São várias as investigações que indicam que o uso do humor como estratégia de *coping* permite que a situação ameaçadora seja reavaliada, que o impacto desta seja diminuído, que se gerem emoções positivas à volta do problema, possibilitando, também, o distanciamento do mesmo (Cann & Etzel, 2008). Num estudo realizado com sujeitos com uma média de tempo de diagnóstico de 10 anos de doença, observou-se o uso das estratégias de *coping* relacionadas com o humor, sendo que isso se reper-

cutia numa melhoria do bem-estar (Sánchez Espinar et al., 2016) e, assim, numa melhor adaptação à situação que vivenciam. Relativamente à influência da existência de outro problema de saúde crónico, encontrou-se apenas uma diferença estatisticamente significativa ao nível da subescala da Aceitação, sendo que os indivíduos que não apresentaram comorbidades aceitam mais a existência da doença que possuem, adotando, assim, estratégias de *coping* focalizadas na emoção. O diagnóstico de outras doenças crónicas juntamente com a falta de conhecimento sobre alguns aspetos da sua saúde pode agravar o prognóstico, levando a que os doentes não realizem o tratamento adequado (Chaves et al., 2018). Acrescente-se que é referido, também, que as pessoas que se deparam com a existência de outras patologias, procuram cuidados de saúde para as várias doenças, o que exacerba as preocupações relativas às mesmas (Starfield et al., 2003).

REFERÊNCIAS

- Ariff, F., Suthahar, A., & Ramli, M. (2011). Coping styles and lifestyle factors among hypertensive and non-hypertensive subjects. *Singapore Medical Journal*, 52(1), 29-34.
- Bertolin, D. C., Pace, A. E., Kusumota, L., & Haas, V. (2011). Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1070-1076. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000500006>
- Cann, A., & Etzel, K. (2008). Remembering and anticipating stressors: Positive personality mediates the relationship with sense of humor. *Humor: International Journal of Humor Research*, 21(2), 157-178. <https://doi.org/10.1515/HUMOR.2008.008>
- Chaves, A. E., Morais, G. A., Gurgel, K. d., Reis, M. C., Geraldo, P. F., & Quintão, T. M. (2018). Avaliação do autoconhecimento sobre comorbidades em pacientes tratados ambulatoriamente. *Revista Médica de Minas Gerais*, 28(4), 19-26. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20180020>
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). Modelo de coping de Folkman e Lazarus: Aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Ferreira, P. A. A., Bodevan, E. C., & Oliveira, L. C. (2019). Características sociodemográficas associadas à prevalência de hipertensão arterial sistêmica. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 17, 1-11. <https://doi.org/10.5892/ruvrd.v17i1.5003>
- Freitas, E. V., P. L., Cançado, F. A., Doll, J., & Gorzoni, M. L. (2006). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Koogan: Rio de Janeiro.

- Gall, T. L., Guirguis-Younger, M. G., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psychology of Women Quarterly*, 33(3), 90-93. <https://doi.org/10.1002/pon.1495>
- Gonçalves, L., Ferreira, C. B., Zanini, D. S., Vasconcelos, C. L., & Gonçalves, S. S. (2015). Coping em pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde. *Revista da SPAGESP*, 16(1), 107-121.
- Kaiseler, M., Polman, R., & Nicholls, A. (2012). Gender differences in appraisal and coping: An examination of the situational and dispositional hypothesis. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 4, 1-14. <https://doi.org/10.7352/IJSP.2012.43.001>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do BriefCOPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Sánchez-Espinar, S., Ramírez-Maestre, C., Correa-Guerra, M., Ruiz-Párraga, G. T., Ibañez, E. S., López-Martínez, A. E., & Esteve, R. (2016). El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(1), 93-129. <https://doi.org/10.21134/pssa.v4i1.703>
- Starfield, B., Lemke, K. W., Bernhardt, T., Foldes, S. S., Forrest, C. B., & Weiner, J. P. (2003). Comorbidity: Implications for the importance of primary care in 'case' management. *Annals of Family Medicine*, 1(1), 8-14. <https://doi.org/10.1370/afm.1>
- Vaughan, E. L., Corbin, W. R., & Fromme, K. (2009). Academic and social motives and drinking behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(3), 132-138. <https://doi.org/10.1037/a0017331>
- Weber, M., Shiffrin, E., White, W., Mann, S., Lindholm, L., Kenerson, J., Flack, J., Carter, B., Materson, B., Ram, C., Cohen, D., Cadet, J., Jean-Charles, R., & Harrap, S. B. (2014). Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: A statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, 32(1), 3-15. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000065>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

TRANSTORNOS ALIMENTARES: PERCEÇÃO DA MELHORA DOS SINTOMAS E AJUSTAMENTO AO TRATAMENTO

Bruna Bortolozzi Maia¹ (✉ b.bortolozzimaia@gmail.com), Érika Arantes de Oliveira-Cardoso¹, & Manoel Antônio dos Santos^{1,2}

¹Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, USP, Ribeirão Preto, Brasil

²Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-FFCLRP-USP)

Conhecer o conceito de saúde compartilhado pelos profissionais é relevante na medida em que pode direcionar a maneira de cuidar e de olhar para a população atendida, inclusive para a tomada de decisões técnicas e subsidiar a formulação de políticas públicas para as instituições de saúde (Moretto, 2019). A concepção de saúde influencia a percepção dos profissionais sobre a melhora dos sintomas e o ajustamento ao tratamento, funcionando como um indicador de adesão dos pacientes ao plano terapêutico. Assim, o conceito compartilhado de saúde exerce influência sobre a maneira de oferecer cuidados, o que fica evidente quando delineamos o panorama histórico deste constructo.

O modelo biomédico era a visão dominante no século XX. Nessa perspectiva, as causas do adoecimento eram entendidas como limitadas a fatores ambientais ou biológicos do indivíduo. Congruente com essa concepção, as intervenções com vistas à promoção de saúde buscavam corrigir as falhas ambientais ou biológicas, baseada no modelo de causa-efeito. A mudança de orientação veio com a proposta de um novo paradigma – modelo biopsicossocial, baseado na ideia de que a saúde é influenciada pela interação de fatores biológicos, processos psicológicos e influências sociais e culturais. A partir desse modelo, a promoção de saúde emerge como uma prática de cuidado integral, que inclui a perspectiva interseccional de gênero, classe e pertencimento étnico-racial, sem deixar de levar em consideração os aspectos biológicos e a construção das relações na história de vida do sujeito (Straub, 2005).

No Brasil, o trabalho em equipes multi e interdisciplinares que atuam no contexto do sistema público de saúde (Sistema Único de Saúde – SUS) requer a adoção de estratégias que tornam necessário o conhecimento dos critérios classificatórios, de forma que o diagnóstico funcione para a equipe como um elemento organizador (Moretto, 2019). Um dos tipos de sofrimento que mais tem demandado atenção multidisciplinar é constituído pelas pessoas diagnosticadas com Transtornos Alimentares (TAs) (Oliveira-Cardoso & Santos, 2019).

De acordo com o Manual Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (American Psychological Association [APA], 2014), os TAs são caracterizados por uma perturbação persistente no comportamento alimentar, que compromete física, psíquica e socialmente a pessoa diagnosticada. Dentre os subtipos de maior visibilidade social figuram a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN). Em ambas há distorção significativa da imagem corporal, preocupação excessiva com o próprio peso e alimentação, e atitudes alimentares restritivas e/ou purgativas (APA, 2014).

O intenso sofrimento psíquico e as consequências orgânicas dos jejuns prolongados e/ou dos episódios de compulsão alimentar, como desnutrição e falta de vitaminas essenciais, fazem com que os casos de TAs demandem acompanhamento rigoroso por parte de uma equipe de saúde multidisciplinar (Santos et al., 2020). A tenacidade com que as(os) pacientes resistem ao plano terapêutico instituído e a tendência à cronificação dos sintomas constituem barreiras que dificultam a compreensão do que seria “sucesso” no tratamento dos TAs (Miller, 1996). Para este autor, muitas definições do que seria a melhora dos sintomas e o ajustamento do paciente ao tratamento, ingredientes fundamentais para que se alcance um resultado exitoso, são baseadas nos resultados de medidas antropométricas, como o índice de massa corporal, medidas médicas de eutrofia e fatores relacionados à saúde mental.

Tendo em vista a importância de problematizar algumas das noções relacionadas ao construto de saúde compartilhadas pela equipe multidisciplinar, e considerando a complexidade envolvida nessas definições no campo dos TAs, desenvolvemos um estudo com o objetivo de explorar as concepções de profissionais de uma equipe multidisciplinar quanto ao ajustamento ao tratamento e à melhora dos sintomas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de corte transversal e abordagem qualitativa (Flick, 2019). O estudo tem como cenário um serviço público interdisciplinar de atendimento especializado em TAs em regime ambulatorial, que se situa em um hospital público universitário vinculado ao SUS, localizado no interior do estado de São Paulo, Brasil. A equipe é composta por psicólogos, psiquiatras, médicos/nutrólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais. São oferecidas estratégias de intervenção individuais e grupais, e realizam-se reuniões de equipe para discussão dos casos clínicos, planejamento de condutas e apresentação de resultados de pesquisas.

Participaram do estudo 23 profissionais de saúde (Tabela 1) que integraram essa equipe no período de março de 2020 a maio de 2022, recrutados no próprio serviço, mediante convite formulado durante as reuniões da equipe. O número de participantes foi definido segundo o critério de representatividade, de modo a assegurar que as visões de profissionais das diferentes áreas tenham sido incluídas.

Tabela 1

Caracterização do número de participantes segundo especialidade, tempo de experiência profissional e vínculo institucional

<i>N</i>	<i>Especialidade</i>	<i>Tempo de experiência profissional – mínimo e máximo (anos)</i>	<i>Vínculo institucional</i>
12	Psicologia	<1 a 24	Oito estagiárias(os), três voluntárias(os)/pesquisadoras(es) e uma professora/pesquisadora
2	Psiquiatria	2 e 5	Dois médicos residentes
3	Nutrologia	3 a 30	Dois médicos residentes e uma professora/pesquisadora
4	Nutrição	2 a 34	Três voluntárias/pesquisadoras e uma professora/pesquisadora
2	Terapia Ocupacional	2 e 17	Um TO residente e uma TO contratada

Nota. Elaborada pelos autores.

A pesquisadora estava imersa no campo desde julho de 2021. A coleta de dados foi realizada de maneira online entre abril e maio de 2022, escolhida

em observância aos protocolos sanitários e à conveniência dos participantes, seguindo as recomendações preconizadas (Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2020). Foram realizados dois grupos focais, com a participação de nove e oito profissionais em cada um e duração de 60 minutos. Todos os participantes do grupo foram posteriormente convidados para participar de uma entrevista individual com objetivo de complementar os dados. Essas entrevistas também foram realizadas com uso de plataforma digital e mediadas por um roteiro semiestruturado, com duração média de 30 minutos. Dos 17 profissionais que participaram dos grupos focais, 15 foram entrevistados. Outros seis outros membros da equipe que não puderam participar também foram entrevistados individualmente, totalizando 21 entrevistas.

Os grupos focais foram escolhidos como estratégia metodológica por serem uma ferramenta interessante na área da saúde para obter informações sobre as opiniões da(os) participantes a respeito de um assunto pré-determinado. As entrevistas semiestruturadas têm como objetivo apurar mais profundamente as opiniões de cada participante (Flick, 2019). A questão do que os profissionais de saúde definem como sendo um “bom ajustamento ao tratamento” e como entendem a “melhora dos sintomas” do(a) paciente em tratamento para TAs foram alguns dos tópicos abordados tanto nos grupos focais quanto nas entrevistas individuais

Os dados obtidos foram transcritos na íntegra e literalmente, e analisados na perspectiva da Análise Temática Reflexiva (Braun & Clarke, 2013), que permitiu organizar o material obtido. As transcrições totalizaram 147 páginas, digitadas em fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaçamento simples. Após a transcrição de cada excerto de fala, identificamos os participantes por meio de um código que destaca a área de atuação do profissional. Foram atribuídos códigos para identificar cada participante: Psi1, Psi2... para profissionais da psicologia. Psiq1, Psiq2, para profissionais da psiquiatria. Nutri1, Nutri2... nutrição. Nutro1, Nutro2... nutrologia. TO1, TO2... terapia ocupacional. A análise forneceu uma visão sistemática dos padrões de significado (temas) identificados no conjunto de dados.

Foram resguardados os cuidados éticos preconizados pela Resolução nº 466/12, que regula a pesquisa envolvendo seres humanos (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2012) e seguidas as diretrizes

estabelecidas pelo Conselho Federal de Psicologia [CFP] (nº 016/2000, de 20/12/2000). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP (CAAE nº 54292821.4.0000.5407).

RESULTADOS

A análise dos dados permitiu organizar o material em dois eixos temáticos (Tabela 2).

Tabela 2

Temas, definições e exemplos

Tema	Aspectos explorados	Excertos de falas
Concepções de bom ajustamento ao tratamento	Assiduidade nas consultas Reconhecimento do TA como problema	<i>[...] uma participação ativa e comprometida com o que é proposto pelos profissionais da equipe (Psiq1). Aceitar que ela precisa de tratamento, que aquilo é importante, né (Psi1).</i>
Concepções de melhora dos sintomas	Bem-estar integral Aspectos biopsicossociais	<i>Tem que estar com as questões com a alimentação mais recuadas, mas com capacidade funcional para trabalhar; com relacionamentos efetivos, né? É... com uma capacidade de relacionamento familiar, com suporte social, tendo aí atividade de lazer; então aí é pensar na vida dele nas diferentes esferas (Psi3).</i>

Nota. Elaborada pelos autores.

Tema 1: Concepções de bom ajustamento ao tratamento

Esta primeira categoria versa sobre a compreensão do que seria, na ótica dos profissionais, um bom ajustamento das(os) pacientes ao tratamento. A compreensão mais comum entre os participantes deste estudo associa o bom ajustamento à participação e interesse da(o) paciente no tratamento. Essa perspectiva foi mencionada por diferentes profissionais de todas as especialidades: “que esse bom ajustamento se traduziria numa adesão ao tratamento, uma participação ativa e comprometida com o que é proposto pelos profissionais da equipe” (Psi7).

Profissionais da equipe da Nutrição, Psicologia, Psiquiatria e TO relacionaram a dificuldade de adesão com o não reconhecimento do TA como problema. “Eu considero um bom ajustamento quando elas estão... Acho que, para começo de história, quando elas minimamente aceitam o tratamento, porque boa parte ali chega não aceitando, né, ou não achando que precisa daquilo” (Psi3).

Essa questão é importante porque são encontrados, na literatura, reiterados indícios de baixa adesão e elevada taxa de abandono do tratamento (Oliveira-Cardoso & Santos, 2019). Pacientes com TAs são muitas vezes reconhecidas(os) por profissionais de saúde como “refratárias(os)” ao tratamento e “resistentes” a mudanças, o que costuma ser relacionado a aspectos de sua dinâmica de funcionamento psicológico e às suas dificuldades na manutenção de vínculos e de regulação emocional. Características de personalidade, tais como introversão patológica e deficiência de regulação emocional, são apontadas como fatores que resultam em intensa reatividade afetiva e sentimentos de desconfiança nas relações, além de perfeccionismo e impulsividade (Oliveira-Cardoso & Santos, 2019).

Para os membros da equipe (Psicologia, TO, Nutrologia e Psiquiatria), a participação ativa e compromissada das(os) pacientes depende da qualidade do vínculo estabelecido com os profissionais e a possibilidade de que as(os) usuárias(os) do serviço se sintam confortáveis para expressar com franqueza o que estão sentindo, especialmente quando se tratam de sentimentos negativos ou a intensificação de comportamentos alimentares disfuncionais (restrição, purgação, compulsão). Esta ideia transparece de forma clara na narrativa de um residente de Psiquiatria: “um grande fator de ajustamento que eu sinto aí é a aliança terapêutica. [...] Quando está rolando essa aliança, eu [a paciente] sinto que posso sim dizer que está piorando” (Psiq2). Este resultado é consistente com a literatura especializada, que aponta a importância estratégica da atenção à aliança terapêutica como uma dimensão central de sustentação do vínculo entre equipe e usuária(o) do serviço (Souza & Santos, 2015).

Participantes de todas as áreas ressaltaram a importância do engajamento da família no tratamento. “Difícilmente eu consigo imaginar uma abordagem sem a participação da família que funcione para transtorno alimentar. Na

minha experiência prática eu não vi nada que deu certo sem a família” (Psiq1). Essa ideia também vai ao encontro da literatura, que aponta que padrões rígidos de interação familiar e prejuízos na comunicação são fatores de risco para a manutenção dos sintomas de TAs (Siqueira et al., 2020).

Tema 2: Concepções de melhora dos sintomas

Na segunda categoria exploramos as concepções das(os) profissionais a respeito da melhora dos sintomas em um caso de transtorno alimentar. Para construir a definição do que poderia ser considerado “melhora” todos os participantes incluíram em suas respostas aspectos biopsicossociais. “Ele estar no peso, para mim, isso não é melhora, estar dentro do IMC, sei lá, que eles colocam, isso para mim não é melhora. Agora, se a gente consegue ver progresso, evolução em todas essas áreas do ser humano, aí sim, esse paciente está melhorando!” (Psi2). Apenas dois participantes, da psicologia e da psiquiatria, indicaram maior estabilidade e menor gravidade da sintomatologia como um sinal de melhora: “É... ter remissão dos sintomas, assim, se possível, então, uma distorção de imagem corporal menor, uma alimentação mais regular e equilibrada, não apresentar tanto mais alguns comportamentos do tipo se pesar com uma caloria” (Psi3).

Tendo em vista as múltiplas consequências do TA na vida de uma pessoa, os participantes apontaram diversos fatores que indicaram uma evolução. Profissionais da Psicologia, Nutrição, Nutrologia e TO salientaram como critério de melhora o bom estabelecimento de relações interpessoais, seja na escola, na família ou no trabalho. “É um paciente que volta a ter uma vida, um cotidiano mais rico em termos de convívio familiar, social, na escola ou no trabalho, né? É... são muitas coisas” (Nutri2).

Participantes das áreas de Psicologia e Psiquiatria também consideraram um indício de progresso a capacidade de expressar sentimentos: “Essa melhora do paciente, para mim, ela é considerada, por exemplo, quando o paciente começa a conseguir pensar, né, e expressar emoções e sentimentos” (Psi7). Aparece, também, a capacidade de lidar melhor com questões da vida cotidiana e a conquista de maior autonomia, mencionadas por psicólogas, nutricionistas e terapeutas ocupacionais: “para mim, melhora é quando a pessoa consegue se engajar nas atividades, quando ela, é... Ela consegue fazer as atividades significativas delas, sem que seja uma fuga” (TO1).

Outra questão valorizada pelos participantes, especialmente profissionais da Psicologia, Nutrição e Psiquiatria, é alcançar uma relação mais harmônica da(o) paciente com a alimentação, independentemente da melhora dos indicadores antropométricos “é ter uma relação menos persecutória com a comida. É isso que eu consideraria uma melhora [...] Um pouco menos de de, sei lá, assim, de dor psíquica, né, envolvendo a alimentação” (Psiq1).

Os resultados dão sustentação para a hipótese de que a concepção de saúde que perpassa as narrativas dos profissionais entrevistados envolve a consideração de um entrelaçamento complexo de dimensões subjetivas, vinculares, sociais e culturais, que interagem com os aspectos biológicos. Vai, portanto, muito além das dimensões do funcionamento orgânico que podem ser mensuradas, sem que se desconsidere a relevância desses aspectos na produção do sofrimento. Essa valorização dos aspectos de saúde mental está presente inclusive entre os profissionais da área médica, como psiquiatras e nutrólogos. Este achado denota que a ideia de sucesso no tratamento relacionada à pura remissão de sintomas descritos pelo DSM-5, que se faz predominante nas áreas da medicina geral e dos TAs, em particular (Miller, 1996), vêm sendo questionada nas novas gerações de profissionais. Esse ponto de vista amplia as possibilidades de compreensão do papel das diferentes categorias de profissionais de saúde na produção das condições favorecedoras da “melhora” e da promoção do bem-estar das pessoas em situação de sofrimento.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa aportou dados qualitativos originais que promovem uma aproximação do conceito de saúde no contexto dos TAs, na ótica dos profissionais de saúde que atuam em um ambulatório especializado. Constatamos que o serviço incorporou o modelo biopsicossocial que informa a política pública vigente no SUS. À vista do que foi descrito, é possível reiterar a importância de conhecer como os profissionais incorporam as ideias de melhora dos sintomas e bom ajustamento na prática clínica, já que este vai circunscrever os modos de proporcionar cuidado à população atendida. Sem ter pretensão de generalização dos resultados

obtidos, o conhecimento gerado por este estudo contribui com reflexões que permitem balizar o planejamento de políticas e ações preventivas e interventivas nos diversos serviços. Sugerem-se mais estudos que abordem a temática abarcando outros serviços especializados, a fim de proporcionar maior abrangência nacional e/ou internacional.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *DSM: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed., Claudia Dornelles Trad.). Artmed.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, *26*(2), 120-123.
- Flick, U. (2019). *An introduction of qualitative research* (6th ed.). Sage.
- Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz]. (2021). Comitê de Ética em Pesquisa. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. *Orientações sobre ética em pesquisa em ambientes virtuais*. ENSP/Fiocruz.
- Miller, P. M. (1996). Redefining success in eating disorders. *Addictive Behaviors*, *21*(6), 745-754.
- Ministério da Saúde. (2012). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. Zagodonì.
- Oliveira-Cardoso, É. A., & Santos, M. A. (2019). Avaliação psicológica no contexto dos transtornos alimentares. In S. M. Barroso, F. Scorsolini-Comin, & E. Nascimento (Orgs.), *Avaliação psicológica: Contextos de atuação, teoria e modos de fazer* (pp. 165-186). Sinopsys.
- Santos, M. A., Valdanha-Ornelas, E. D., Leonidas, C., & Oliveira-Cardoso, E. A. (2020). *Adolescentes intransigentes: Revisitando as psicoterapias no contexto da anorexia e bulimia*. In D. M. Amparo, R. A. O. Morais, K. T. Brasil, & E. R. Lazzarini (Orgs.), *Adolescência: Psicoterapias e mediações terapêuticas na clínica dos extremos* (pp. 51-74). TechnoPolitik.
- Siqueira, A. B. R., Santos, M. A., & Leonidas, C. (2020). Confluências das relações familiares e transtornos alimentares: Revisão integrativa da literatura. *Psicologia Clínica*, *32*(1), 123-149. <http://doi.org/10.33208/PC1980-5438v0032n01A06>

- Souza, L. V., & Santos, M. A. D. (2015). Histórias de sucesso de profissionais da saúde no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 528-542. <https://doi.org/10.1590/1982-370300132013>
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde* (Ronaldo Cataldo Costa Trad.). Artmed.

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

APOIOS RECEBIDOS POR MULHERES LÉSBICAS COM CÂNCER DE MAMA E SUAS PARCEIRAS*

Carolina de Souza¹ (✉ carolina2.souza@usp.br), André Villela de Souza Lima Santos¹, Elaine Campos Guijarro Rodrigues¹, & Manoel Antônio dos Santos¹

¹Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, FFCLRP-USP, Brasil

Ao receber o diagnóstico de câncer de mama, a mulher acometida enfrenta uma mudança radical em seu cotidiano, sobretudo no decorrer de sua longa e exaustiva jornada de tratamento. As barreiras e dificuldades enfrentadas no longo deste percurso são consideráveis e requerem ajustamentos no estilo de vida e adaptações no modo de pensar e agir, que impactam física e emocionalmente o convívio familiar e social (Bervian & Girardon-Perlini, 2006; Moura et al., 2010). Dispor de recursos financeiros adequados, ter suporte do(a) companheiro(a), ter melhor percepção do seu estado de saúde e a história de recorrência do câncer são fatores relacionados à percepção de apoio por parte de pacientes com câncer (Forsythe et al., 2014).

Ainda que o apoio social percebido possa favorecer a autoeficácia na tomada de decisões durante o desenrolar do tratamento, estudos mostram que outros fatores, como a satisfação conjugal, parecem ter marcada influência sobre o uso dos cuidados oncológicos (Ambrósio & Santos, 2015; Forsythe et al., 2014). Assim, observa-se que o apoio social desempenha um papel importante no agenciamento e na tomada de decisões relacionadas ao tratamento e na coordenação das ações de cuidado essenciais para o adequado acompanhamento. Nesse contexto, apoio social e estado marital despontam como fatores relevantes a serem considerados no planejamento da assistência à sobrevivência oncológica (Forsythe et al., 2014).

A literatura elenca como principais fontes de suporte para pacientes com câncer: a família, os amigos e os serviços de saúde e assistência social, articulando sua rede pessoal de apoio (Bervian & Girardon-Perlini, 2006;

Financiamento: FAPESP, processo número 2016/26212-2.

Sanchez et al., 2010). Por outro lado, quando o suporte recebido é precário, o(a) cuidador(a) familiar vivencia um desgaste pessoal ainda maior e crescente, à medida que a doença progride. Assim, é necessário que haja uma preocupação com o bem-estar do(a) cuidador(a) e que se ofereçam programas educacionais com foco cuidado tanto da mulher acometida como do(a) cuidador(a) (Ambrósio & Santos, 2011; Sanchez et al., 2010). Quando a paciente está em um relacionamento lésbico, há nuances que precisam ser consideradas nesse cenário (Boehmer et al., 2013).

A fim de aliviar a carga emocional das esposas/namoradas, que permanecem na maior parte do tempo ao lado de suas mulheres, profissionais de saúde devem oferecer oportunidades de inclusão dessas figuras de apoio nos serviços de saúde. É preciso ter abertura para incluir mulheres solteiras ou casadas, com parceiras em relacionamentos estáveis, independentemente de orientação sexual. Eles também podem ser proativos no sentido de fornecer informações sobre serviços de apoio para mulheres homo e bissexuais que tiveram câncer, evitando colocar uma carga adicional sobre as sobreviventes, que podem se sentir desconfortáveis em declarar suas necessidades (Boehmer et al., 2013). Considerando tais pressupostos, este estudo tem por objetivo explorar as fontes de apoio identificadas por mulheres lésbicas com câncer de mama e suas parceiras íntimas ao longo do tratamento oncológico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, de corte transversal. Participaram da pesquisa quatro mulheres lésbicas diagnosticadas com câncer de mama (neste estudo renomeadas como Débora, Nina, Frida e Yele) e três parceiras (renomeadas como Fernanda, Helena e Marília). As participantes foram selecionadas a partir dos seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 18 anos, ter tido o diagnóstico de câncer mamário ou ser parceira afetiva da mulher acometida e aceitar o convite de participação. Para construção dos dados, foram realizadas entrevistas narrativas episódicas (Flick, 2009), focadas em questões relacionadas aos apoios percebidos pelas participantes ao longo do tratamento oncológico.

A pesquisadora teve acesso às participantes e suas parceiras a partir de seus contatos pessoais e indicações do grupo de pesquisa. Preliminarmente, a pesquisadora entrou em contato pessoal com as mulheres elegíveis, explicando os objetivos da pesquisa e solicitando sua colaboração. Havendo anuência, agendou-se um encontro, de acordo com a conveniência da participante. Todas as entrevistas foram conduzidas em situação face a face e audiogravadas mediante prévia anuência. As entrevistas foram transcritas e analisadas na perspectiva da análise de conteúdo temático reflexivo (Clarke et al., 2019). Foram realizadas leituras exaustivas do material transcrito, que possibilitaram a identificação de categorias temáticas e unidades de significado, que subsidiaram a interpretação dos dados e a construção dos resultados. Como produto da análise, os resultados foram interpretados com base no referencial teórico dos estudos sobre gênero e interseccionalidade.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), CAAE nº 65391517.4.0000.5407. Foram seguidos os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2012).

RESULTADOS

A análise temática permitiu construir cinco eixos temáticos: profissionais de saúde, amizades, família, religião e trabalho. As quatro participantes que tiveram o câncer de mama relataram ter encontrado **profissionais de saúde** que as auxiliaram de diversas formas:

Sim, [a médica] tinha conhecimento [da orientação sexual de Débora], a gente conversava bastante sobre isso [...]. (Débora, SCM*, 37 anos, namorada da Helena).

Aí ele [médico] falou, “Ah, quer saber? Cê tá com a ‘doctor’ Silvia?”, eu falei, “É, tô”, ele falou, “Ah, conheço ela”, pegou o telefone, ligou pra ela e falou, “Ó, ela tá [...] com um monte de dor [...], cê tem que fazer alguma coisa”. [...] Ele fez essa ponte, eu achei muito legal, muito legal (Nina, SCM, 53, esposa da Érika).

Olha, a Ana [enfermeira] foi uma delas. Ela me acolheu demais, me apoiou demais [...]. (Yele, SCM, 38, namorada da Fernanda).

Nossa, ele [ginecologista] é um amor, ele é um amor (Frida, SCM, 51, namorada da Marília).

* Abreviação para indicar as participantes que são Sobreviventes do Câncer de Mama.

As participantes do estudo reportaram experiências positivas com profissionais de saúde, que se mostraram sensíveis para a questão do respeito à diversidade e abertos a processos e condições favorecedoras da integralidade do cuidado. Débora, Nina, Yele e Frida compartilharam alguns episódios que evidenciam que foram atendidas por profissionais acolhedores e respeitosos com relação à sua orientação sexual. Frente a esse dado pode-se indagar até que ponto as equipes oncológicas têm contado com melhor preparo para lidar com essas questões. A identificação de tais profissionais pode se tornar também uma estratégia para planejar a capacitação, na qual os que já estão mais sensibilizados podem se transformar em agentes multiplicadores de uma perspectiva de respeito à dignidade das pessoas, podendo assim fortalecer a importância da equidade nas políticas de saúde (Guimarães et al., 2017).

Quatro participantes contaram que seus **amigos** estiveram próximos e presentes, de diversas maneiras, para auxiliá-las, pacientes e parceiras, no percurso do tratamento:

A minha rede de amigos que trabalham, aí eles mandam cartão, eles arrecadam dinheiro, te mandam dinheiro, mandam flores (Nina, SCM, 53, esposa da Érika).

E os amigos, os amigos nem se fala! A minha casa vivia lotada, gente entrando e saindo. É... nossa, não tem do que reclamar (Yele, SCM, 38, namorada da Fernanda).

[apoiada] Pelos meus amigos, pelos meus amigos. Pelo pessoal da [área onde trabalha] aqui também (Frida, SCM, 51, namorada da Marília).

Não, não falava [sobre seu sofrimento] pra ela [Frida], mas conversava muito com os meus amigos, com as minhas amigas, sabe? (Marília, parceira, 59, namorada da Frida).

A valorização do suporte recebido do círculo de amizades é reconhecida como uma faceta significativa do apoio social, especialmente para indivíduos LGBTQIA+, que nem sempre contam com o apoio de suas famílias. Funciona como uma estratégia de enfrentamento dos problemas e como uma possibilidade para encontrar amparo na rede de relações sociais. Dessa maneira, muitas vezes recorrer às pessoas amigas é percebido como mais exequível do que esperar a ajuda de familiares, o que permite questionar a efetividade da atuação da família no suporte aos indivíduos LGBTQIA+ (Albuquerque et al., 2016). As quatro mulheres acometidas relataram que verdadeiramente se sentiram amparadas por seus amigos, mas, diferentemente dos achados anteriores, Yele, Frida e Marília também perceberam apoio efetivo da parte de suas famílias, conforme descrito na categoria seguinte.

Seis das sete participantes mencionaram que receberam apoio de suas **famílias** durante o tratamento oncológico e que sentiam satisfeitas com a qualidade do suporte recebido:

A Helena, sempre foi comigo [no hospital], né, e também... a Helena e minha mãe. Então, as duas foram assim, [...] parceironas, né? (Débora, SCM, 37, namorada da Helena).

Eu tenho uma tia que vinha só para ir nas quimioterapias comigo, é... minha mãe, a ex-namorada... e quem continua sempre no páreo é a família, né? (Yele, SCM, 38, namorada da Fernanda).

Então, eu fui muito apoiada pela minha família e pela família da Marília (Frida, SCM, 51, namorada da Marília).

Eu falei para ela [madrinha] “[...] a Débora tá passando por um período difícil”, e de lá para cá minha madrinha mudou completamente, ela manda mensagem, ela liga, ela pergunta, ela quer saber como está (Helena, parceira, 22, namorada da Débora).

Então... eu tinha que ficar bem lá na Frida e bem com a minha mãe. Então [...] eu tinha que conversar com alguém. Era quando eu conversava com os meus irmãos (Marília, parceira, 59, namorada da Frida).

Olha, a família inteira da Yele sabe da gente. [...]. Eu vejo que eles têm muita preocupação com a Yele, eles ficam sempre em cima, sempre cuidando e tal (Fernanda, parceira, 43, namorada da Yele).

O período que se sucede ao diagnóstico do câncer de mama é descrito como desafiador, uma vez que diversos estressores mobilizam a mulher e afetam diferentes dimensões de seu viver, comprometendo sua integridade física, emocional e social. Assim, é importante que, diante da realidade complexa do adoecer, as mulheres acometidas e suas parceiras íntimas recebam apoio familiar e social, a fim de se fortalecerem para enfrentarem/acompanharem o tratamento e se engajarem na reabilitação (Bervian & Girardon-Perlini, 2006; Boehmer et al., 2013; Caetano et al., 2012). De fato, assim como aponta a literatura que focalizou mulheres engajadas em relacionamentos heterossexuais, a maior parte das entrevistadas destacou a importância do apoio familiar (Ambrósio & Santos, 2011, 2015; Sanchez et al., 2010).

Débora, Nina e Frida comentaram sobre colegas de **trabalho** que as ajudaram durante o tratamento e Marília referiu que ter continuado a trabalhar foi uma resolução que a ajudou a manter seu equilíbrio emocional durante o tratamento de Frida:

E quando eu fui fazer a cirurgia [mastectomia], eu precisava de dez doadores de sangue [...]; apareceram 30. Então foram as pessoas do trabalho que foram. Então eles ficaram tão ali... é, vivendo aquilo ali comigo (Débora, SCM, 37, namorada da Helena).

Mas quando você precisa, elas [colegas de trabalho] estão lá. Então, uma das coisas que eles... que eles cuidam muito é a comida. [...] Eles mandavam comida (Nina, SCM, 53, esposa da Érika).

Toda vez que eu estava no ambulatório [local de trabalho da participante], sempre o pessoal descia [para vê-la] (Frida, SCM, 51, namorada da Marília).

Porque ele [trabalho] dá força pra você, né? [...]. Você tira um pouco a atenção dessa... dessas coisas, né, da doença, né? (Marília, parceira, 59, namorada da Frida).

No retorno ao trabalho, após concluírem a maior parte do tratamento do câncer de mama, as mulheres se sentem vulneráveis, mas ainda capazes e aptas a trabalharem e, por conseguinte, têm necessidade aumentada de receber apoio em seus empregos. O suporte é experienciado como adequado quando expressa o reconhecimento genuíno das vulnerabilidades particulares de cada paciente (Tiedtke et al., 2015). Débora, Nina e Frida vivenciaram o apoio de seus colegas de trabalho durante o tratamento para o câncer, e não somente depois de retornarem à ativa e reassumirem seus cargos. Marília apontou um outro aspecto interessante, ao explicitar que trabalhar era uma atividade que a ajudava a não pensar tanto na doença da companheira.

Um outro apoio considerado por Marília foi a **religião**, que a ajudou a caminhar durante o tratamento de sua parceira:

Mas eu acredito muito que a religião é uma coisa que segura muito a gente, me ajudou muito a caminhar, você entendeu? (Marília, parceira, 59, namorada da Frida).

A espiritualidade e as crenças religiosas são partes integrantes do conceito ampliado de saúde e, portanto, também têm impacto marcado quando o indivíduo está adoecido. Para algumas mulheres que vivenciaram o câncer de mama, o cultivo da espiritualidade as auxiliou a ter uma sensação de alívio e conforto durante o tratamento oncológico e a enfrentar os novos desafios que apareceram com a doença (Moura et al., 2010). Porém, é importante olhar também para a religiosidade dos familiares de pessoas com câncer, pois a religião oferece acolhimento e auxilia no enfrentamento dos cuidadores (Sanchez et al., 2010). Interessante apontar que, neste estudo, nenhuma das mulheres com câncer de mama destacou a religião como fonte de apoio no decorrer do tratamento, porém uma das companheiras, Marília, sinalizou que a religiosidade teve papel relevante para que ela pudesse caminhar (seguir em frente) enquanto acompanhava a parceira com câncer de mama.

DISCUSSÃO

Considerando o *corpus* de pesquisa, pode-se afirmar que, para as sete participantes, o diagnóstico do câncer de mama foi significado como um divisor de águas e recebido como um choque, em maior ou menor grau, tanto pelas mulheres que tiveram a doença como por suas mulheres e namoradas. Nesse cenário de intensas transformações no cotidiano, a percepção de apoio recebido de amigos e familiares se reveste de especial importância para que esses casais se sentissem amparados durante a longa e árdua jornada de tratamento.

Conclui-se que o suporte social se mostra imprescindível não apenas para as mulheres que tiveram câncer, mas também para suas companheiras – que muitas vezes necessitam compartilhar seus medos e angústias em relação ao tratamento com outras pessoas. As participantes destacaram que a relação estabelecida com os profissionais de saúde, o ambiente e os colegas de trabalho e a religião foram outras fontes de apoio social que elas consideraram fundamentais para superar os desafios colocados pelo enfrentamento do câncer de mama.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, G. A., Parente, J. S., Belém, J. M., & Garcia, C. L. (2016). Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil. *Saúde em Debate*, 40(109), 100-111. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610908>
- Ambrósio, D. C. M., & Santos, M. A. (2011). Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: Uma compreensão fenomenológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 475- 484. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400011>
- Ambrósio, D. C. M., & Santos, M. A. (2015). Apoio social à mulher mastectomizada: Um estudo de revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 851-864. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.13482014>
- Bervian, P. I., & Girardon-Perlini, N. M. O. (2006). A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(2), 121-128. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2006v52n2.1884>

- Boehmer, U., Glickman, M., Winter, M., & Clark, M. A. (2013). Long-term breast cancer survivors' symptoms and morbidity: Differences by sexual orientation?. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(2), 203-210. <https://doi.org/10.1007/s11764-012-0260-8>
- Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. (2012). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 30 de outubro, 2016, em <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Caetano, E. A., Panobianco, M. S., & Gradim, C. V. C. (2012). Análise da produção científica nacional sobre a utilização de grupos na reabilitação de mastectomizadas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(4), 965-973. <https://doi.org/10.5216/ree.v14i4.17112>
- Clarke, V., Braun, V., & Hayfield, N. (2019). Análise temática. In J. A. Smith (Ed.), *Psicologia qualitativa. Um guia prático para métodos de pesquisa* (pp. 295-327). Vozes.
- Flick, U. (2009). *Qualidade na pesquisa qualitativa*. Artmed.
- Forsythe, L. P., Alfano, C. M., Kent, E. E., Weaver, K. E., Bellizzi, K., Arora, N., Aziz, N., Keel, G., & Rowland, J. H. (2014). Social support, self-efficacy for decision-making, and follow-up care use in long-term cancer survivors. *Psychooncology*, 23(7), 788-796. <https://doi.org/10.1002/pon.3480>
- Guimarães, R. C. P., Cavadinha, E. T., Mendonça, A. V. M., & Sousa, M. F. (2017). Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: O que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 11(1), 121-139. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2327>
- Moura, F. M. J. S. P., Silva, M. G., Oliveira, S. C., & Moura, L. J. S. P. (2010). Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Escola Anna Nery*, 14(3), 477-484. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300007>
- Sanchez, K. O. L., Ferreira, N. M. L. A., Dupas, G., & Costa, D. B. (2010). Apoio social à família do paciente com câncer: Identificando caminhos e direções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 290-299. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200019>
- Tiedtke, C., Casterlé, B. D., Donceel, P., & Rijk, A. (2015). Workplace support after breast cancer treatment: Recognition of vulnerability. *Disability and rehabilitation*, 37(19), 1770-1776. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.982830>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal

8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

ABORDANDO A SEXUALIDADE DE MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO: SÍNTESE DE ESTUDOS QUALITATIVOS

Carolina de Souza¹ (✉ carolina2.souza@usp.br), André Villela de Souza Lima Santos¹, Elaine Campos Guijarro Rodrigues¹, & Manoel Antônio dos Santos¹

¹ Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, FFCLRP-USP, Brasil

As respostas das mulheres que tiveram algum tipo de câncer ginecológico e os efeitos que essa doença têm em suas vidas são diversos e não excludentes entre si. Elas vivenciam uma experiência-limite que suscita emoções intensas, associadas à tristeza, medos, perdas e dificuldade de conviver com as mudanças corporais provocadas pelo tratamento oncológico. Por outro lado, durante a trajetória do adoecimento e por meio do árduo aprendizado de conviver com as vicissitudes do câncer ginecológico, a mulher pode se assumir como a pessoa que vai se empenhar para tratar não apenas a doença, mas o seu ser em processo de transformação. O risco de extinção se torna mais palpável pela ameaça que o câncer representa à dimensão da corporeidade, mas é importante que a mulher acometida tenha oportunidade de receber ajuda psicológica e apoio de sua rede social para que possa entender que as terapias utilizadas fazem parte de seu processo de melhora (Akyüz et al., 2008; Silva & Merighi, 2006). A literatura mostra que os potenciais contribuintes para a saúde psicosexual entre pacientes com câncer ginecológico incluem: alterações físicas nas regiões vaginais, terapia adjuvante ao câncer, desenvolvimento de um estado de dor relacionado com o câncer e sintomas depressivos. A presença de quaisquer desses fatores de risco pode ser indicativa de disfunções sexuais subjacentes. O tratamento para o câncer ginecológico implica uma série de dificuldades físicas e sofrimentos psicológicos, o que denota a necessidade de um rastreamento psicológico, independentemente da progressão da doença (Barros & Labate, 2008; Cassedy et al., 2018).

Assim, é importante que os profissionais da saúde permaneçam atentos às suas preocupações psicológicas e sociais relacionadas à sexualidade, quando cuidam das sobreviventes do câncer ginecológico. Para tanto, é necessário destacar a sexualidade como dimensão essencial do ser feminino e, por conseguinte, como temática a ser valorizada durante as consultas nos serviços de saúde, inclusive – e principalmente – na experiência de uma doença grave e potencialmente fatal como o câncer. Os profissionais de saúde só podem prestar cuidados eficazes e abrangentes a pacientes com câncer ginecológico e suas famílias se compreenderem plenamente as experiências físicas, emocionais, sociais e espirituais das mulheres acometidas (Akyüz et al., 2008; Ferreira et al., 2015).

Este estudo teve como objetivo realizar uma metassíntese dos estudos primários qualitativos a respeito de como a questão da sexualidade tem sido abordada pelos profissionais de saúde na assistência a mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico.

MÉTODO

Trata-se de uma metassíntese baseada nos passos preconizados por Sandelowski e Barroso (2007). Foi utilizada a ferramenta SPIDER (Methley et al., 2014) para a elaboração da estratégia de busca e da questão norteadora da metassíntese. As buscas foram realizadas por dois revisores independentes (CS; AVSLS) em março de 2020, em seis bases de dados: LILACS, PsycINFO, PubMed, CINAHL, Scopus e Web of Science. Não houve limite de tempo para as publicações. As buscas foram circunscritas a artigos publicados em português, inglês ou espanhol, devido à fluência dos pesquisadores.

Foram incluídos nesta revisão: (a) estudos qualitativos primários; (b) estudos realizados apenas com mulheres cisgênero (>18 anos) que tiveram algum tipo de câncer ginecológico; (c) estudos que descreveram como a sexualidade dessas mulheres foi abordada pelos profissionais de saúde, sob a perspectiva das próprias pacientes, em qualquer momento do tratamento e independentemente do estadiamento da doença. Excluíram-se: (a) estudos quantitativos, mistos, secundários ou de revisão; (b) que versassem sobre câncer masculino (câncer de mama) ou mulheres transgênero; (c) literatura

cinzenta; (d) que contemplassem outros tipos de câncer/comorbidades; (e) que não abordassem a questão da sexualidade como uma categoria de análise. O software *Rayyan for Systematic Reviews*® (Ouzzani et al., 2016) foi utilizado para organizar, retirar duplicações e triar artigos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos. A triagem e seleção dos artigos foi realizada de modo independente pelos dois revisores (CS; AVSLS) e, posteriormente, calculou-se o índice Kappa (Viera & Garrett, 2005), cujo resultado foi de 0,84, o que indica concordância quase perfeita entre os pesquisadores. O fluxograma preconizado pela estratégia PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) sistematiza o processo de busca e seleção dos estudos elegíveis para a elaboração desta síntese temática (Moher et al., 2009). O *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP *Qualitative Checklist*) foi utilizado para avaliação crítica. A aferição da qualidade dos estudos foi examinada por dois revisores (CS; AVSLS), de forma independente, e as divergências encontradas foram discutidas até a obtenção de consenso entre os avaliadores. A análise temática (Thomas & Harden, 2008) foi utilizada para a extração dos dados e realizada de acordo com os seguintes passos: (1) Leitura dos estudos qualitativos primários para a identificação e criação de códigos relacionados aos objetivos da síntese temática; (2) Agrupamento sistemático dos códigos, por áreas relacionadas, para a construção de temas descritivos; (3) Desenvolvimento do tema analítico. Enquanto o desenvolvimento de temas descritivos permanece “próximo” dos estudos primários, os temas analíticos representam uma etapa de interpretação em que os revisores “vão além” dos estudos primários e geram novas construções interpretativas, explicações ou hipóteses. O software MAXQDA™ foi utilizado para auxiliar na organização dos códigos e temas. Os dois revisores (CS; AVSLS) realizaram todas as fases da análise de dados. A síntese temática final foi submetida à apreciação e validada por dois outros pesquisadores experientes nesse tipo de análise (MAS; ECGR).

RESULTADOS

Foram capturados 879 estudos nas bases de dados selecionadas. Desses, 194 foram excluídos por estarem duplicados, restando 685 artigos. Na

seqüência, após a leitura dos títulos e resumos e seguindo-se os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, mais 610 referências foram excluídas. Os 75 artigos restantes foram lidos na íntegra, sendo que, deste total, 62 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Dois artigos não declararam a aprovação ética em seus estudos e foram excluídos por conta disso. Desse modo, a amostra se constituiu de 11 artigos. A partir dos artigos incluídos na metassíntese, elaborou-se um tema analítico denominado: “(Des)conversando sobre sexualidade” e três temas descritivos: (1) Percepção da falta de suporte; (2) Não compreensão das informações fornecidas sobre a doença; (3) Necessidade de ampliar o diálogo. Todos os temas se relacionam entre si.

Percepção da falta de suporte

As participantes das pesquisas revisadas relataram que os profissionais de saúde não tinham fornecido todas as informações sobre os efeitos colaterais da quimio e da radioterapia, nem educaram as pacientes sobre maneiras de lidar com esses e outros efeitos do tratamento. As participantes não foram avisadas sobre as mudanças sexuais que poderiam ocorrer com o tratamento oncológico e tampouco receberam informações, por exemplo, sobre como lidar com os desconfortos da menopausa precoce (Ak et al., 2018; Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2013, 2015; Wilmoth, 2001; Wilmoth et al., 2011). As mulheres diagnosticadas também apontaram que receberam poucas informações sobre o uso e a importância dos dilatadores vaginais no pós-cirúrgico, que não receberam nenhuma recomendação sobre lubrificantes vaginais e que não foram avisadas sobre quando poderiam retomar as relações sexuais (Ak et al., 2018; Juraskova et al., 2003; Wilmoth et al., 2011). As pacientes relataram que sentiam vergonha ou desconforto de conversar com os profissionais de saúde sobre questões envolvendo a sexualidade e perceberam que, para eles, esse tópico não era relevante para ser discutido nas consultas ou simplesmente não era abordado (Ak et al., 2018; Cleary et al., 2013; Lloyd et al., 2014; McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2015; Vieira et al., 2014). A fala a seguir, extraída do estudo de Wilmoth (2001), exemplifica o que foi discutido nesse tema descritivo: “[...] Ela [médica] pareceu desconfortável e [...] não disse nada sobre como lidar com a secura vaginal”.

Não compreensão das informações fornecidas sobre a doença

Muitas mulheres sentiram que os(as) médicos(as) presumiram que elas tinham um conhecimento muito mais amplo da anatomia feminina do que realmente era o caso, o que levou a diversas incompreensões com relação aos órgãos envolvidos no tratamento do câncer e aos efeitos colaterais da doença, principalmente no domínio da sexualidade (Juraskova et al., 2003). As participantes também relataram terem recebido informações conflitantes de diferentes profissionais, o que fez com que elas não soubessem como agir (Lee et al., 2015), e destacaram que seria importante que existissem serviços que fornecessem tais informações de maneira acessível (McCallum et al., 2012). A seguinte fala exemplifica a não compreensão das informações: “[depois da primeira consulta médica] Eu fui para casa e eu não fazia a menor ideia do que eu realmente tinha me proposto a fazer” (Juraskova et al., 2003).

Necessidade de ampliar o diálogo

As participantes dos estudos revisados pontuaram que são os profissionais de saúde que deveriam assumir a iniciativa do diálogo sobre sexualidade e que essa conversa poderia ser retomada nas diversas etapas do tratamento oncológico (Sekse et al., 2015; Wilmoth et al., 2011). As pacientes relataram também que seria importante que os profissionais conversassem mais sobre a temática da sexualidade e que estivessem abertos e melhor preparados para abordar essa questão (Ak et al., 2018; Cleary et al., 2013; McCallum et al., 2012; Vieira et al., 2014). Uma fala, extraída de Cleary et al. (2013), exemplifica tal tema descritivo: “[...] Eu com certeza acho que você iria precisar dessa informação [sobre os efeitos do tratamento na sexualidade]”.

(Des)conversando sobre sexualidade

O diálogo entre pacientes e profissionais da saúde a respeito da sexualidade após o tratamento para o câncer ginecológico parece inexistente ou, quando acontece, as mulheres não conseguem compreender o que os profissionais estão dizendo, uma vez que eles usam jargões e termos específicos da medicina que não são conhecidos pela maior parte da população. De uma forma ou de outra, a comunicação entre profissionais e usuárias dos serviços

de saúde não acontece, o que levou os autores de um dos estudos a pensarem no tema analítico “(Des)conversando sobre sexualidade”. Essa “não conversa” faz com que as mulheres diagnosticadas sintam a necessidade de ampliação do diálogo pacientes-profissionais.

DISCUSSÃO

Os efeitos colaterais do tratamento para o câncer ginecológico, que influenciam na sexualidade das pacientes, devem ser discutidos com elas desde a primeira consulta médica. A paciente deve sentir que o profissional está interessado e disposto a discutir essas questões e se sentir encorajada a falar, sabendo que será ouvida e cuidada. Por outro lado, se as informações da equipe de saúde não forem suficientes ou se forem superficiais, isso pode impactar no funcionamento psicosssexual das mulheres que vivenciaram algum tipo de câncer ginecológico (Boz & Teskereci, 2020; Santos et al., 2016). Os estudos revisados indicaram que as equipes de saúde não pareciam dispostas, nem estavam aptas a conversar com as pacientes sobre as questões envolvendo sua sexualidade, o que fez com que muitas mulheres se sentissem desconfortáveis em abordar esse assunto durante as consultas com os(as) profissionais (Ak et al., 2018; Cleary et al., 2013; Vieira et al., 2014).

Além disso, foi visto na literatura que o câncer ginecológico é experienciado de diferentes maneiras, pois as emoções e sentimentos experimentados são influenciados pelo contexto no qual as mulheres estão inseridas, o que pode fazer com que o cuidado com essas pacientes seja considerado um desafio para os(as) profissionais (Akyüz et al., 2008; Boz & Teskereci, 2020; Silva & Merighi, 2006). As participantes dos estudos revisados trouxeram a dificuldade que profissionais de saúde demonstram em falar sobre sexualidade nas consultas e passar informações adequadas e compreensíveis sobre esse assunto (Juraskova et al., 2003; Lee et al., 2015; McCallum et al., 2012), o que pode ser considerado uma barreira para as equipes.

Com base nos estudos revisados, observa-se que a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes com câncer ginecológico é falha no que diz respeito à sexualidade das mulheres após o tratamento. Profissionais não

consideram imprescindível que essa temática seja abordada durante os atendimentos realizados e as pacientes se sentem desconfortáveis em tomar a iniciativa e introduzir a conversa sobre sua sexualidade. Essa invisibilização do assunto pode trazer prejuízos para a saúde sexual das mulheres diagnosticadas e, por isso, é importante que as pesquisas sobre comunicação na saúde abarquem também o diálogo sobre a sexualidade.

REFERÊNCIAS

- Ak, P. S., Günüşen, N. P., Türkcü, S. G., & Özkan, S. (2018). Sexuality in Muslim women with gynecological cancer. *Cancer Nursing, 43*(1), E47-E53. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000667>
- Akyüz, A., Güvenç, G., Üstünsöz, A., & Kaya, T. (2008). Living with gynecologic cancer: Experience of women and their partners. *Journal of Nursing Scholarship, 40*(3), 241-247. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00232.x>
- Barros, G. C., & Labate, R. C. (2008). Repercussões psicológicas relacionadas ao tratamento de braquiterapia em mulheres com câncer ginecológico: Análise da produção de 1987-2007. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16*(6), 1049-1053. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000600018>
- Boz, İ., & Teskereci, G. (2020). Experiences of gynecologic oncology nurses regarding caring behaviors: A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 42*(1), 29-39. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000600018>
- Cassedy, H. F., Tucker, C., Hynan, L. S., Phillips, R., Adams, C., Zimmerman, M. R., Pitts, S., Miltenberger, P., & Stringer, C. A. (2018). Frequency of psychological distress in gynecologic cancer patients seen in a large urban medical center. *Proceedings, 31*(2), 161-164. <https://doi.org/10.1080/08998280.2018.1440857>
- Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice, 12*(1), 32-37. <https://doi.org/10.7748/cnp2013.02.12.1.32.e648>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Qualitative Research Checklist. <https://casp-uk.net/#!casp-tools-checklists/c18f8>
- Ferreira, S. M. A., Gozzo, T. O., Panobianco, M. S., Santos, M. A., & Almeida, A. M. (2015). Barreiras na inclusão da sexualidade no cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e mamário: Perspectiva das profissionais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23*(1), 82-89. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3602.2528>

- Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C., & Hacker, N. (2003). Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight. *Psycho-Oncology*, 12(3), 267-279. <https://doi.org/10.1002/pon.639>
- Lee, J. T., Lin, H. H., Tsai, J. L., Chen, C. P., Huang, K. G., & Lien, A. S. (2015). Transformation of sexual expression in Taiwanese women after treatment for gynecological cancer. *Cancer Nursing*, 38(6), 475-483. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000224>
- Lloyd, P. A., Briggs, E. V., Kane, N., Jeyarajah, A. R., & Shepherd, J. H. (2014). Women's experiences after a radical vaginal trachelectomy for early stage cervical cancer: A descriptive phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 362-371. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.03.014>
- McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C., & Lebel, S. (2012). Sexual health and gynecological cancer: Conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 33(3), 135-142. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.709291>
- Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R., & Cheraghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: A comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 14, 579. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2007). *Handbook for synthesizing qualitative research*. Springer.
- Santos, D. B., Santos, M. A., Cesnik-Geest, V. M., & Vieira, E. M. (2016). Interruption and re-start of sex life after breast cancer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), e324219. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324219>
- Sekse, R. J. T., Gjengedal, E., & Råheim, M. (2013). Living in a changed female body after gynecological cancer. *Health Care for Women International*, 34(1), 14-33. <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.645965>
- Sekse, R. J., Råheim, M., & Gjengedal, E. (2015). Shyness and openness-common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer. *Health Care for Women International*, 36(11), 1255-1269. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436>
- Silva, A. R. B., & Merighi, M. A. B. (2006). Compreendendo o estar com câncer ginecológico avançado: Uma abordagem heideggeriana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(2), 253-260. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000200014>

- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Viera, A. J., & Garrett, J. M. (2005). Understanding interobserver agreement: The Kappa statistic. *Family Medicine*, 37(5), 360-363. https://fammedarchives.blob.core.windows.net/imagesandpdfs/fmhub/fm2005/May/Anth_ony360.pdf
- Vieira, E. M., Santos, D. B., Santos, M. A., & Giami, A. (2014). Experience of sexuality after breast cancer: A qualitative study with women in rehabilitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 408-414. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3258.-2431>
- Wilmoth, M. C. (2001). The aftermath of breast cancer: an altered sexual self. *Cancer Nursing*, 24(4), 278-286. <https://doi.org/10.1097/00002820-200108000-00006>
- Wilmoth, M. C., Hatmaker-Flanigan, E., LaLoggia, V., & Nixon, T. (2011). Ovarian cancer survivors: Qualitative analysis of the symptom of sexuality. *Oncology Nursing Forum*, 38(6), 699-708. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.699-708>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

EXPERIÊNCIAS SEXUAIS ONLINE, SATISFAÇÃO COM A RELAÇÃO AMOROSA E DEPENDÊNCIA DO SMARTPHONE

Caroline Leal¹ (✉ carolineleal3@gmail.com), Ivone Patrão^{1,2,3}, & Isabel Leal^{1,4}

¹ ISPA – Instituto Universitário, Portugal

² Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, Portugal

³ William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Portugal

⁴ Geração Cordão, Portugal

A tecnologia faz parte da vida contemporânea, o que leva os indivíduos a ter de se adaptar a este recurso. O acesso a internet está a alterar os hábitos diários, em especial na forma como acedemos à informação e nos comunicamos, a internet permite a comunicação com qualquer parte do mundo a qualquer momento. Em Portugal o acesso à internet tem vindo a aumentar consideravelmente levando à alteração dos interesses dos indivíduos e das suas atividades (Patrão & Sampaio, 2016).

Na sociedade atual o smartphone faz parte da vida dos indivíduos, em particular nos países mais ricos, em 2018 os utilizadores dos serviços moveis atingiram os 7.6 milhões de pessoas em 2018, o que representa um crescimento de 6.4% comparativamente ao ano anterior. Apesar do grande crescimento verificado, Portugal ocupa apenas o 27º lugar no ranking da União Europeia (Barrosa, 2019).

Contudo a utilização excessiva do telemóvel promove comportamentos problemáticos, os indivíduos sentem-se dependentes e vêm a sua utilização como viciante segundo o estudo de (Billieux et al., 2007). Os resultados do estudo de (Thomé et al., 2011) revelaram que o uso elevado do telemóvel pode-se relacionar com sintomatologia depressiva e com perturbações no sono.

No estudo de (Lapierre & Custer, 2020) é analisado se o uso do smartphone (normal e dependente) afeta a satisfação com a relação, para tal recorreram

a uma amostra de 433 jovens adultos americanos com relações amorosas presenciais, os resultados do estudo demonstram que uma utilização dependente do smartphone esta associada a uma comunicação menos afetuosa e por consequência a uma satisfação com a relação inferior.

Quando se abordam os relacionamentos amorosos não se pode limitar aos relacionamentos amorosos presenciais é preciso considerar os ciberrelacionamentos, que podem ter ou não cibersexo. Os comportamentos de cibersexo e de sexo virtual surgem associados a uma grande utilização da internet, contudo as suas definições ainda são vagas, o cibersexo inclui o uso de pornografia, muito associado à masturbação, procura de parceiro online para relações offline, pode incluir sexting (troca de mensagens/imagens de cariz sexual) e interações sexuais pela webcam (Patrão & Sampaio, 2016).

O contacto com o outro é muito importante, segundo (Andrade et al., 2009) a satisfação com a relação amorosa é um fator relevante na forma como o indivíduo percebe o seu bem-estar psicológico e a qualidade de vida no geral, sendo que uma relação amorosa percebida como positiva levará os indivíduos a perceberem o seu bem-estar psicológico como mais positivo.

Apesar dos indivíduos poderem sentir prazer orgástico nas experiências sexuais online a falta do contacto físico defendido na teoria da seleção natural faz com que estas experiências não sejam vividas plenamente, a falta do contacto físico nas experiências sexuais online pode levar os indivíduos a sentirem-se sozinhos mesmo quando têm um parceiro com o qual têm relações sexuais satisfatórias fora do mundo online (Patrão & Sampaio, 2016).

Os dados portugueses de utilização de aplicações de online dating com conta ativa eram de 530 000, 73.5% dos utilizadores eram do sexo masculino, a idade dos utilizadores variava entre os 18 e os 54, sendo que a maioria dos utilizadores tinham idades compreendidas entre os 25-34 anos (39.5%) (Sepúlveda & Vieira, 2020).

Apesar de haver divergências nos resultados dos estudos que abordam a pornografia os estudos parecem estar a convergir para a noção de que a pornografia tem efeitos negativos para as relações amorosas dos indivíduos do sexo masculino pois este comportamento terá impacto na autoestima, na satisfação sexual e na satisfação com a própria relação, contudo ainda não

se compreende os efeitos da pornografia nas mulheres um dos motivos apontados para esta dificuldade é o facto das mulheres terem níveis muito inferiores de consumo de pornografia quando comparados com o sexo masculino (Willoughby et al., 2015).

Quando os utilizadores de pornografia são questionados diretamente sobre o impacto deste comportamento referem que este é positivo pois leva ao aumento dos seus conhecimentos sexuais que posteriormente levou a melhoria da satisfação sexual, referem melhorias na eficácia, mais habilidade. Contudo é preciso de ter atenção a estes resultados uma vez que podem estar a ser influenciados pela necessidade de os indivíduos reduzirem a dissonância cognitiva uma vez que estes resultados surgem de estudos em que os próprios indivíduos respondem as questões diretamente, todavia não se pode anular a hipótese de que a pornografia poderá por vezes ser benéfica para o individuo pela hipótese de que ao consumirem pornografia os sujeitos melhoram os seus conhecimentos e consequentemente o seu desempenho sexual (Mulya & Hald, 2014).

A crescente importância das novas tecnologias na vida dos indivíduos torna o estudo do seu impacto pertinente, em particular nas questões das experiências sexuais online que têm vindo a crescer, é importante perceber o impacto que estes comportamentos representam para os indivíduos que estão numa relação.

Este estudo pretende compreender o impacto das experiências sexuais online na qualidade da relação amorosa e perceber como é que a dependência do smartphone influencia a adesão às experiências sexuais online.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo é composta por 351 participantes portugueses que responderam que estavam numa relação, os participantes tinham idades compreendidas entre os 18 e os 71 anos, com uma média de idade de (\bar{x} =30.26 anos; σ =10.405), sendo que 64.4% são mulheres. Relativamente à

orientação sexual 87.2% refere que apenas tem relações sexuais com indivíduos do sexo oposto, 5.4% refere que tem principalmente com o sexo oposto, 4% refere que tem aproximadamente tantas relações sexuais com o sexo oposto como com o mesmo sexo, 1.7% revela ter maioritariamente com o mesmo sexo e 1.7% refere ter relações sexuais apenas com o mesmo sexo. As habilitações literárias concentram-se no Ensino Secundário com 46.2%.

Materiais

Questionário Sociodemográfico: Os dados sociodemográficos recolhidos neste estudo foram a nacionalidade, género, idade, habilitações literárias, orientação sexual e estado da relação amorosa.

Escala de Satisfação Relacional: A satisfação com a relação foi medida através da Escala de Satisfação Relacional de (Murray et al., 2015) a escala é composta por 4 itens, respondidos através de uma escala tipo likert de 8 pontos (de 0 nada verdade até a 8 completamente verdade) a escala tem como objetivo medir a qualidade global da relação amorosa. Segundo o estudo de (Água, 2017) no qual foi utilizada a escala de Satisfação Relacional de (Murray et al., 2015) a escala apresentou propriedades psicométricas que permitiram a sua utilização para a população portuguesa uma vez que ao ser realizada a análise fatorial confirmatória (AFC) a escala apresentou uma boa validade fatorial ($\chi^2/df=2.398$, RMSEA=0.063, NFI=0.998, CFI=0.999; GFI=0.997) e que o alfa de cronbach ($\alpha=0.916$) indica que a escala apresenta consistência interna, no presente estudo verificou-se uma consistência interna ($\alpha=0.86$).

Smartphone Addiction Scale – Short Version (SAS-SV): Este instrumento foi criado originalmente para ser aplicada a adolescentes, é a versão resumida da Smartphone Addiction Scale (SAS) de (Kwon et al., 2013) esta versão possui 10 itens que deverão ser preenchidos pelo próprio numa escala de likert de 6 pontos (1 – discordo fortemente até 6 – concordo fortemente). Esta escala já possui a sua validação para a população portuguesa por (Água et al., 2017) tendo apresentado boas capacidades psicométricas para a população no geral. A análise fatorial confirmatória (AFC) assegura a estrutura unidimensionalidade da escala original, a validação da escala

apresentou uma boa validade fatorial ($\chi^2/df=3,291$, RMSEA=0,069, NFI=0,938, CFI=0,956; GFI=0,956). A escala tem pontos de corte, para o sexo masculino é de 31 enquanto para o sexo feminino é de 33, valores superiores aos pontos de corte indicam dependência do smartphone. A escala apresentou boas propriedades psicométricas apresentado uma consistência interna com um o alfa de que permitem a aplicação desta escala para a população de referência ($\alpha=0.86$), no presente estudo verificou-se uma consistência interna ($\alpha=0.89$).

Escala Experiências Sexuais Online: A escala que avalia as experiências sexuais online (Costa et al., submetido) é composta por 15 itens, 5 itens referentes ao sexting, 4 itens referem-se à procura de parceiros online, 3 itens referem-se à utilização de pornografia e 3 aos comportamentos de cibersexo, a escala é preenchida numa escala tipo likert de 6 pontos (de 1 nunca a 6 várias vezes por dia). No presente estudo na subescala de sexting verificou-se uma consistência interna ($\alpha=0.87$), na subescala de procura por parceiros sexuais online verificou-se uma consistência interna ($\alpha=0.87$) na subescala de pornografia verificou-se uma consistência interna de ($\alpha=84$), na subescala de cibersexo verificou-se uma consistência interna de ($\alpha=0.71$)

Procedimento

Foi criado um protocolo no Google Forms, que posteriormente foi partilhado online, no Facebook e no Instagram e difundido por mensagem privada no Messenger, no Instagram, no WhatsApp e no Discord. A amostra recolhida é do tipo não probabilístico de propagação geométrica (Marôco, 2014) todos os participantes deram o seu consentimento informado para a participação no estudo.

Os critérios de seleção foram: estar numa relação amorosa, ser de nacionalidade portuguesa e ter pelo menos 18 anos. Após recolhida a amostra iniciou-se a análise dos dados através do programa de estatística o IBM SPSS – IBM Analytics versão 28. Confirmadas as qualidades psicométricas dos instrumentos procedeu-se à análise dos dados recorrendo as Correlações de Person.

RESULTADOS

As correlações de Pearson encontraram uma correlação positiva significativa entre a dependência do smartphone e as experiências sexuais online ($r=-.127$; $p<.05$), sendo possível afirmar que a dependência do smartphone fez aumentar a adesão às experiências sexuais online. Relativamente à correlação entre a procura por parceiros sexuais online e a satisfação com a relação amorosa esta apresenta uma correlação significativa negativa ($r=-.146$; $p<.01$) sendo possível concluir que a procura por parceiros sexuais online afeta de modo negativo a satisfação com a relação. As restantes experiências sexuais online (sexting, pornografia e cibersexo) não apresentaram uma correlação significativa com a satisfação com a relação.

DISCUSSÃO

O principal objetivo do presente estudo era compreender o impacto das experiências sexuais online na qualidade da relação amorosa e perceber como é que a dependência do smartphone influencia a adesão às experiências sexuais online.

Os resultados parecem ir parcialmente ao encontro dos estudos revistos como os de (Schade et al., 2013) que defendem que a dependência do smartphone é um fator de risco para a satisfação nas relações.

Os resultados relativos aos comportamentos de sexting, pornografia e cibersexo não parecem ir de encontro com os estudos revistos. Nos estudos revistos os resultados parecem convergir para os efeitos negativos da pornografia nos relacionamentos amorosos, contudo estes resultados são apenas para o sexo masculino. Os estudos mais recentes como os de (Mulya & Hald, 2014) têm encontrado efeitos positivos do uso de pornografia, nestes estudos os indivíduos são questionados diretamente sobre os efeitos da pornografia, estes estudos têm resultados concordantes com os encontrados no presente estudo. Relativamente ao sexting e ao cibersexo, segundo (Laier et al., 2013) a informação reduzida e a falta de consenso tornam este um tema de estudo pertinente. Esta investigação pretende promover o desenvolvimento de literatura acerca destas temáticas pouco abordadas.

O presente estudo apresenta algumas limitações como uma amostra não representativa da população, por ser muito jovem e constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino.

Seria interessante os estudos futuros apresentarem amostras mais representativas. Também seria interessante a recolha de amostra que permita a análise por orientação sexual.

REFERÊNCIAS

- Água, J. (2017). *Relação entre a dependência do smartphone, os traços de personalidade e a satisfação na relação amorosa*. Dissertação de Mestrado, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa.
- Água, J., Patrão, I. & Leal, I. (2017). SAS-SV: Estudo da validação da escala de dependência do smartphone numa amostra da população portuguesa. In *Actas do II Congresso Ibérico de Psicologia Clínica e da Saúde* (pp. 101-111). ISPA – Instituto Universitário.
- Andrade, A. L., Garcia, A., & Cano, D. S. (2009). Preditores da satisfação global em relacionamentos românticos. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(3), 143-156.
- Barrosa, M. (2019). *Cerca de 73 habitantes em cada 100 têm internet no telemóvel*. Retrieved 3 May 2022, from <http://expresso.pt/economia/2019-05-21-Cerca-de-73-habitantes-em-cada-100-tem-internet-no-telemovel>
- Billieux, J., Van der Linden, M., d'Acromont, M., Ceschi, G., & Zermatten, A. (2007). Does impulsivity relate to perceived dependence on and actual use of the mobile phone?. *Applied Cognitive Psychology*, 21(4), 527-537. <https://doi.org/10.1002/acp.1289>
- Costa, I., Sobral, P., & Leal, C. (Submetido). Estudo da validação da escala de experiências sexuais online numa amostra da população portuguesa. *Sexual Health*.
- Kwon, M., Kim, D., Cho, H., & Yang, S. (2013). The Smartphone Addiction Scale: Development and validation of a short version for adolescents. *Plos ONE*, 8(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083558>
- Laier, C., Pawlikowski, M., Pekal, J., Schulte, F., & Brand, M. (2013). Cybersex addiction: Experienced sexual arousal when watching pornography and not real-life sexual contacts makes the difference. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(2), 100-107. <https://doi.org/10.1556/jba.2.2013.002>
- Lapierre, M., & Custer, B. (2020). Testing relationships between smartphone engagement, romantic partner communication, and relationship satisfaction. *Mobile Media & Communication*, 9(2), 155-176. <https://doi.org/10.1177/2050157920935163>
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Report Number.

- Murray, S., Holmes, J., Griffin, D., & Derrick, J. (2015). The equilibrium model of relationship maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology, 108*(1), 93-113. <https://doi.org/10.1037/pspi0000004>
- Patrão, I., & Sampaio, D. (2016). *Dependências online: O poder das tecnologias* (1ª ed). Factor.
- Schade, L., Sandberg, J., Bean, R., Busby, D., & Coyne, S. (2013). Using technology to connect in romantic relationships: Effects on attachment, relationship satisfaction, and stability in emerging adults. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 12*(4), 314-338. <https://doi.org/10.1080/15332691.2013.836051>
- Sepúlveda, R., & Vieira, J. (2020). Motivações para o uso de aplicações de online dating no contexto português: A relevância dos turning points. *Análise Social, 55*(2), 300-330. <https://doi.org/10.31447/as00032573.2020235.04>
- Thomé, S., Harenstam, A., & Hagberg, M. (2011). Mobile phone use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults – A prospective cohort study. *BMC Public Health, 11*, 66-77. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-66>
- Mulya, T. W., & Hald, G. (2014). Self-perceived effects of pornography consumption in a sample of Indonesian university students. *Media Psychology, 17*(1), 78-101. <https://doi.org/10.1080/15213269.2013.850038>
- Willoughby, B., Carroll, J., Busby, D., & Brown, C. (2015). Differences in pornography use among couples: Associations with satisfaction, stability, and relationship processes. *Archives of Sexual Behavior, 45*(1), 145-158. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0562-9>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal

8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

A EXPERIÊNCIA DE PAIS DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR DURANTE A PANDEMIA COVID-19

Daniela Pereira¹ (✉ daniela-pereira@hotmail.com), Ana Isabel Cunha², & Sofia Major^{3,4}

¹ Universidade da Beira Interior, Portugal

² CIDESD, Universidade da Beira Interior, Portugal

³ CINEICC, FPCE, Universidade de Coimbra, Portugal

⁴ FCSH, Universidade dos Açores, Portugal

As medidas de contingência implementadas, em Portugal e no resto do mundo, para a contenção da pandemia COVID-19, provocaram mudanças drásticas no quotidiano das famílias. A investigação tem procurado analisar o(s) impactos(s) da pandemia COVID-19 na vida das famílias com crianças. Por exemplo, alguns estudos sugerem que os pais percecionaram um aumento de *stress* parental (Balenzano et al., 2020; Orgilés et al., 2020), altos níveis de exaustão e *burnout* (Aguiar et al., 2021) ou alterações no comportamento dos seus filhos (Orgilés et al., 2020), mas também uma melhoria na qualidade das relações entre os membros da família, ao nível da coesão, expressividade e parentalidade positiva (Balenzano et al., 2020). Egan et al. (2021) investigaram o impacto do encerramento das escolas, revelando que os pais consideravam que os filhos não estavam a desenvolver aprendizagens, não brincavam tanto e perderam rotinas importantes durante o confinamento, nomeadamente em contexto escolar e com os amigos. No entanto, destacaram a oportunidade de criar uma nova rotina familiar, com maior tempo de interação e relacionamento entre os membros da família, como um aspeto positivo do confinamento.

Menos frequentes são os estudos de natureza qualitativa que procuram aprofundar a experiência das famílias, com crianças em idade pré-escolar, durante o período de pandemia. Neece et al. (2020) entrevistaram pais de crianças (3-5 anos), revelando que os maiores desafios se prenderam com o ficar fechados em casa, equilibrar o trabalho com o cuidar das crianças, gerir

as mudanças de rotinas, as preocupações financeiras, a incerteza ao nível da saúde, e lidar com a preocupação perante as necessidades educativas e de desenvolvimento não atendidas das crianças. No estudo de Toran et al. (2021), com pais de crianças entre 3 e 6 anos, se por um lado os pais descreveram uma melhoria nas relações familiares, por outro, referiram grandes dificuldades em conciliar o teletrabalho, as atividades domésticas e cuidar dos filhos, e consideraram o confinamento, como uma experiência negativa, associada a um estado de ansiedade e medo.

As mudanças que as famílias têm vivido ao longo da pandemia COVID-19 justificam a relevância de uma investigação, com base numa metodologia qualitativa. Este estudo procura explorar as experiências vividas por pais portugueses de crianças em idade pré-escolar (entre os 3 e os 5 anos), durante o período de pandemia, procurando dar resposta a duas questões de investigação: (1) Como é que os pais percecionam o impacto negativo da pandemia na vida da família?; (2) Quais os aspetos que, na perspetiva dos pais, auxiliaram a família a ultrapassar as exigências da pandemia?

MÉTODO

Participantes

Participaram nesta investigação 10 pais (nove mães e um pai), tendo as mães idades compreendidas entre os 33 e os 42 anos e o pai 48 anos. Todos os participantes são casados ou vivem em união de facto. Apesar de nove dos participantes se encontrarem profissionalmente ativos à data das entrevistas, a pandemia COVID-19 alterou a situação económica familiar de quatro das 10 famílias. No que diz respeito às crianças, estas têm idades entre os 3 e os 5 anos ($M=3.90$; $DP=0.83$), sendo que seis são do sexo feminino. Sete crianças têm irmãos e a maioria frequentava a creche ou o jardim de infância, aquando do aparecimento da pandemia COVID-19.

Material

Recorreu-se a uma entrevista semiestruturada, tendo sido construído um guião sob a forma de folheto, dividido em três períodos temporais e contendo

tópicos orientadores que permitiam aos pais descrever livremente a sua experiência: (I) Confinamento (e.g., mudanças familiares, desafios vividos e como os ultrapassaram), (II) Pós-Confinamento (e.g., regresso ao trabalho/escola, meses de verão, mudanças e desafios) e (III) Momento atual (e.g., mudanças e desafios atuais, o que os tem ajudado, como olham para o futuro).

Procedimentos

O foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior. Foi estabelecido o contacto com uma Instituição Particular de Solidariedade Social, solicitando a colaboração para a recolha de dados do estudo. Os critérios de inclusão foram ser pai/mãe de pelo menos uma criança entre os 3 e os 5 anos de idade, ter mais de 18 anos e ter assinado o consentimento informado. Atendendo à situação pandémica, foi dada a possibilidade de escolha da modalidade de entrevista: presencial ou online. As entrevistas foram realizadas entre novembro de 2020 e fevereiro de 2021, foram gravadas em áudio e transcritas integralmente pela investigadora. Os dados foram analisados recorrendo a uma análise temática, de acordo com as cinco etapas propostas por Braun e Clarke (2006).

RESULTADOS

Da análise temática emergiram temas (e subtemas) que procuram refletir por um lado, as principais dificuldades e o impacto negativo da pandemia na vida das famílias, e por outro, os aspetos que auxiliaram as famílias a lidar com estas exigências.

Mudanças na vida familiar

O aparecimento da pandemia alterou o dia-a-dia das famílias. As rotinas sofreram alterações, principalmente, com o encerramento das escolas e a permanência dos vários elementos da família em casa. Para prevenir o contágio, os pais desenvolveram novas rotinas preventivas (e.g., momentos de sair de casa diminuíram, utilização da máscara, desinfeção das mãos, das

compras, troca de calçado antes de entrar em casa). Na maioria das famílias, ocorreram alterações na vida profissional (e.g., teletrabalho, *lay-off*), que levaram a crescentes preocupações financeiras: “*Agora a dificuldade é mais monetária, mas é o que eu digo tudo se resolve, haja saúde.*” (Mãe C). A escassez de convívio entre os vários membros da família (e.g., avós, tios, primos), e ainda a impossibilidade de se estabelecer contacto presencial regularmente, foi algo significativo para estes pais, tendo resultado na percepção de um grande afastamento da família de origem/extensa. Em alguns casos houve também alterações nos planos familiares (e.g., impossibilidade de se realizarem viagens, adiamento de planos de construção de uma nova casa, plano de um outro filho adiado).

Impacto na criança

A principal alteração nas rotinas das crianças surgiu com o encerramento dos estabelecimentos de ensino: “*Relativamente à M. foi uma luta, foi tudo alterado, o horário de acordar, o horário do almoço, o horário da sesta, tudo foi alterado*” (Mãe I). Ao longo do tempo, vários pais foram percebendo algumas alterações comportamentais e emocionais (e.g., aumento dos momentos de birras, choros e de maior irritação). O período de confinamento teve também repercussões nos relacionamentos das crianças, tendo sido um dos impactos negativos a perda de contacto entre pares e com pessoas da família mais significativas (e.g., avós, tios, primos, amigos).

Desafios à parentalidade

Foi possível perceber preocupações com a criança, em relação seu ao bem-estar emocional e à felicidade e ainda relacionadas com o impacto futuro que a situação pandémica poderia trazer. A principal preocupação em termos futuros passou pela privação dos afetos e do convívio entre pares, bem como, a necessidade de ensinar aos filhos uma nova forma de relacionamento. Os pais viveram também o grande desafio de conciliar multitarefas, revelando dificuldades em dar resposta a todas as necessidades inerentes à criança e outros membros da família, com a vida profissional e ainda com a gestão das rotinas associadas ao cuidado da casa, no mesmo local e em simultâneo. Em alguns casos, o período de confinamento teve impacto nas relações pais-filhos, que levou a uma maior dependência da criança em

relação à figura parental com quem despndia o maior número de horas diárias, ou pelo contrário, contribuiu para uma aproximação na relação pai-filho/a criando-se uma ligação mais forte entre eles, que previamente não existia: “(...) *ela criou uma relação com o pai que ela não tinha, (...), o confinamento trouxe ali um aspeto positivo.*” (Mãe H). A necessidade de gerir todas as mudanças, bem como o prolongar no tempo destas exigências, trouxe para alguns dos pais um estado de grande cansaço e desgaste emocional.

Suporte dos sistemas

Os pais identificaram positivamente o apoio da família alargada, dos amigos e dos vizinhos durante este período desafiante, tendo o recurso às tecnologias (e.g., videochamadas, *zoom*) permitido a manutenção das relações familiares. Durante o confinamento, o apoio entre o casal e a união da família nuclear tornaram-se fundamentais, sobretudo a nível emocional: “*O que é que me ajudou, ia falando com o meu marido, ia expondo os meus pontos de vista sobre a pandemia, sobre os meus medos.*” (Mãe F).

Avaliação da experiência

No discurso dos pais é possível perceber uma comparação com outras famílias que viveram uma experiência semelhante, que lhes permitiu interpretar a sua própria experiência de forma mais positiva, adotando uma postura de compreensão e empatia por outras famílias com maiores dificuldades: “*Eu compreendo muitos pais, que via na televisão, muitos pais e revejo-me em muitos pais que expressaram as suas mágoas...*” (Pai A). Para alguns pais, o passar do tempo e a experiência vivida, permitiu-lhes ter o distanciamento e o conhecimento necessários para exercerem uma reflexão retrospectiva sobre as suas próprias ações e decisões e hoje, teriam escolhido uma solução alternativa (e.g., desvinculação com as responsabilidades profissionais).

Visão positiva

A partir do relato dos pais, foi possível perceber que existe uma esperança do impacto reduzido da pandemia a longo prazo, quer para a criança, quer

para a família: “*Se a gente a continuar a explicar-lhe a situação eu acho que ela vai compreender o dia de amanhã. Não lhe irá trazer problemas.*” (Mãe D). Depois de viverem um período de mudanças tão desafiante, é notório no discurso dos pais o desejo do regresso à normalidade, descrevendo a necessidade do contacto mais próximo com familiares, de voltar a sair de casa e passear. Apesar da necessidade de organização de uma nova dinâmica familiar e de todos os desafios vividos, os pais foram capazes de reenquadrar de uma forma positiva esta experiência, reforçando a importância da aproximação das relações com os filhos e família, e ainda o peso do significado dos afetos.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo compreender as experiências vividas por pais de crianças em idade pré-escolar, durante o período de pandemia. A análise destes relatos permitiu destacar seis grandes temas, que demonstram, por um lado, as mudanças na vida das famílias, os impactos na criança e os desafios à parentalidade, mas também a importância do suporte dos sistemas, da avaliação da experiência e manutenção de uma visão positiva.

Um tema central foram as múltiplas mudanças na vida destas famílias, também encontradas noutros estudos, que reportaram alterações das rotinas e do estilo de vida das famílias (Fontanesi et al., 2020; Spinelli et al., 2020), novas condições de trabalho difíceis de gerir para muitos pais (Neece et al., 2020; Toran et al., 2021) e uma maior instabilidade financeira, o que levou os pais a desenvolverem níveis de *stress* elevados, associado a uma diminuição do bem-estar da família (Spinelli et al., 2020). Na percepção dos pais, todas estas mudanças na vida da família, e o longo período de confinamento, tiveram impacto nas crianças, nomeadamente a nível comportamental e emocional. Resultados semelhantes foram encontrados em vários estudos, em que os pais descreveram mudanças percebidas no comportamento e no estado emocional das crianças (e.g., aumento da solidão, ansiedade e maior dependência das crianças relativamente aos progenitores) (Morgül et al., 2020). O período de confinamento proporcionou grandes desafios à parentalidade, espelhadas nas dificuldades

e receios vividos por vários pais do nosso estudo. Com efeito, a investigação tem sugerido que muitos pais se sentiram pouco preparados para dar resposta a todas as exigências (Marchetti et al., 2020; Sethy & Mishra, 2020), menos capazes de organizar a rotina da família, criando a sensação de pouca autoeficácia parental (Morelli et al., 2020), e que a sobrecarga parental levou ao esgotamento e à exaustão emocional de vários pais (Prihidko et al., 2020).

Apesar de todas as exigências vivenciadas pelas famílias, o reconhecimento da importância da rede de apoio foi evidente no nosso estudo. Com efeito, tem sido demonstrado que, em momentos de crise, a rede de apoio social é essencial na adaptação e criação de condições de vida favoráveis (Cunha, 2011). Também estratégias centradas na avaliação da experiência, nomeadamente a comparação com outras famílias que vivem circunstâncias semelhantes, no entanto, menos favoráveis (Cunha 2011; Ray, 2002), bem como a reavaliação, de resoluções previamente adotadas (Barton et al., 2005), têm sido destacadas noutros estudos. Finalmente, foi notória a tentativa dos pais de adotar uma visão positiva sobre o futuro. Neste sentido, também Silva et al. (2020) referiram que algumas famílias perceberam este período de tempo como positivo, sendo que todas as famílias têm capacidade de se adaptar a momentos de crise, e um dos fatores chave para promover a resiliência familiar é manter uma visão positiva sobre determinada situação (Walsh, 1998).

Esta investigação possui algumas limitações, nomeadamente o facto de os participantes serem sobretudo mães e pertencerem todos a famílias nucleares intactas. Acresce que as entrevistas foram realizadas em duas modalidades diferentes: presencial ou *online*. Atendendo à escassez de estudos nesta área, e sendo a maioria dos existentes de natureza quantitativa, o presente estudo representa um contributo para o estudo do impacto da pandemia COVID-19 em pais de crianças mais novas, possibilitando compreender a forma como estas famílias viveram o período de pandemia. Neste sentido, estes resultados devem ser considerados como um ponto de partida, quer para a realização de outros estudos que procurem perceber o impacto desta pandemia na vida das famílias, quer para a intervenção com famílias mais vulneráveis a esta crise inesperada.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, J., Braz, A. C., César, F., Coimbra, S., Gaspar, M. F., & Fontaine, A. M. (2021). Parental burnout and the COVID-19 pandemic: How Portuguese parents experienced lockdown measures. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Science*, 1-12. <https://doi.org/10.1111/fare.12558>
- Balenzano, C., Moro, G., & Girardi, S. (2020). Families in the pandemic between challenges and opportunities: An empirical study of parents with preschool and school-age children. *Italian Sociological Review*, 10(3), 777-800. <https://doi.org/10.13136/isr.v10i3S.398>
- Barton, C., Sulaiman, N., Clarke, D., & Abramson, M. (2005). Experiences of Australian parents caring for children with asthma: It gets easier. *Chronic Illness*, 1, 303-314. <https://doi.org/10.1177/17423953050010041201>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cunha, A. I. (2011). Histórias e trajetórias de adaptação e resiliência familiar na doença crônica pediátrica (Dissertação de Doutorado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/20310>
- Egan, S. M., Pope, J., Moloney, M., Hoyne, C., & Beatty, C. (2021). Missing early education and care during the pandemic: The socio-emotional impact of the COVID-19 crisis on young children. *Early Childhood Education Journal*, 49, 925-934. <https://doi.org/10.1007/s10643-021-01193-2>
- Fontanesi, L., Marchetti, D., Mazza, C., Giandomenico, S., Roma, P., & Verrocchio, M. C. (2020). The effect of the COVID-19 lockdown on parents: A call to adopt urgent measures. *American Psychological Association*, 12(1), 79-81. <https://doi.org/10.1037/tra0000672>
- Marchetti, D., Fontanesi, L., Mazza, C., Giandomenico, S. D., Roma, P., & Verrocchio, M. C. (2020). Parenting-related exhaustion during the Italian COVID-19 lockdown. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(10), 1114-1123. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa093>
- Morelli, M., Cattelino, E., Baiocco, R., Trumello, C., Babore, A., Candelori, C., & Chirumbolo, A. (2020). Parents and children during the COVID-19 lockdown: The influence of parenting distress and parenting self-efficacy on children's emotional well-being. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.584645>
- Morgül, E., Kallitsoglou, A., & Essau, C. A. (2020). Psychological effects of the COVID-19 lockdown on children and families in the UK. *Revista de Psicologia Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 42-48. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2049>
- Neece, C., McIntyre, L. L., & Fenning, R. (2020). Examining the impact of COVID-19 in ethnically diverse families with young children with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 64(10), 739-749. <https://doi.org/10.1111/jir.12769>

- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *Frontiers in Public Health, 11*, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>
- Prikhidko, A., Long, H., & Wheaton, M. G. (2020). The effect of concerns about covid-19 on anxiety, stress, parental burnout, and emotion regulation: The role of susceptibility to digital emotion contagion. *Frontiers in Public Health, 8*, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.567250>
- Ray, L. D. (2002). Parenting and childhood chronicity: Making visible the invisible work. *Journal of Pediatric Nursing, 17*(6), 424-438. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2002.127172>
- Sethy, M., & Mishra, R. (2020). An integrated approach to deal with mental health issues of children and adolescent during COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical and Diagnostic Research, 14*(9), 1-3. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2020/45418.14002>
- Silva, I. M., Lordello, S. R., Schmidt, B., & Mietto, G. S. M. (2020). Brazilian families facing the COVID-19 outbreak. *Journal of Comparative Family Studies, 51*(3-4), 324-336. <https://doi.org/10.3138/jcfs.51.3-4.008>
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology, 11*(1713), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713>
- Toran, M., Sak, R., Xu, Y., Şahin-Sak, İ. T., & Yu, Y. (2021). Parents and children during the COVID-19 quarantine process: Experiences from Turkey and China. *Journal of Early Childhood Research, 19*(1), 21-39. <https://doi.org/10.1177/1476718X20977583>
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience* (3rd ed.). The Guilford Press.

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

SAÚDE PÚBLICA E ENVELHECIMENTO NO BAIXO ALENTEJO DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19

Eunice Santos^{1,2} (✉ deunice.santos@ulsba.min-saude.pt) & Jorge Rosário^{2,3}

¹ Departamento do Agrupamento dos Cuidados de Saúde Primários do Baixo Alentejo, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Portugal

² Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento do Alentejo do Instituto Politécnico de Beja, Portugal

³ Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Portugal

O mundo enfrenta um dos maiores desafios, o envelhecimento populacional. Assume-se como um desafio, pois o envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida tem tido um aumento exponencial. A Organização para as Nações Unidas em 2019, alertou que existiam 703 milhões de pessoas com 65 e mais anos em todo o mundo e as projeções para 2050 é que de que vão existir o dobro: 1,5 bilião (UN, 2019).

As projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE), entre 2018 e 2080, indicam que Portugal perderá população (passará de 10,3 milhões para 8,2 milhões de pessoas), diminuirá o número de jovens (passará de 1,4 milhões para 1 milhão), o número de idosos (pessoas com 65 e mais anos) passará de 2,3 para 3 milhões e o índice de envelhecimento, em 2080, passará de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, como resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa (INE, 2020).

No ano 2018, o Alentejo era a região do país mais envelhecida, com 25,5% da população com 65 e mais anos comparada com a média nacional de 21,7% (INE, 2020).

Face à situação demográfica e epidemiológica portuguesa (Lopes, 2021) depois de analisar o índice de envelhecimento em 2019 (163,2), a esperança média de vida aos 65 anos (20,3 anos em 2020) conclui que “os portugueses vivem, aproximadamente, os mesmos anos que os habitantes de alguns

países de referência, porém com muito menos saúde e, conseqüentemente, com muito menor qualidade de vida” (Lopes, 2021).

A par destas divulgações o mundo conheceu desde 2019, uma transformação em vários níveis, dada a ameaça à saúde global provocada por um vírus até então desconhecido (novo coronavírus), hoje denominado SARS-CoV-2, que provocava no ser humano um quadro de doença com características ainda por explorar. Havia nessa altura a necessidade de compreender melhor a origem do vírus, as suas características, a sua transmissão, a manifestação de doença no hospedeiro (COVID-19), para que se conseguisse criar uma vacina, criar estratégias de prevenção da disseminação do vírus e um tratamento.

Esta ocorrência com origem na China, em pouco tempo tornou-se uma preocupação para os serviços de saúde pública do mundo inteiro, não só pela gravidade da doença, principalmente em pessoas de mais idade, mas também pela velocidade de transmissão do vírus, preparação dos serviços de saúde para responder a um aumento da procura de cuidados de saúde e a criação de estratégias de comunicação que fossem eficazes para evitar o pânico social.

Em 2022, depois de dois anos de pandemia, a ciência mostrou o seu valor para a saúde no mundo, criaram-se e administraram-se milhões de vacinas, compreendeu-se melhor as características do vírus, melhorou-se a abordagem no tratamento e aprendeu-se a interpretar a informação sobre a doença. Todavia que impacto provocou a pandemia por COVID-19 na vida em sociedade? Que emoções e sentimentos sobressaem quando se recorda o início? Que memórias surgem por parte dos profissionais de saúde que desde sempre procuraram contribuir para a segurança da comunidade, não só pela transmissão de informação útil à contenção do vírus e prevenção da disseminação, como para a vacinação em massa? Em que lugar de destaque surgem um dos grupos mais frágeis, os idosos?

Tendo como ponto de partida estas interrogação propomo-nos a apresentar uma reflexão sobre a experiência vivida, de um membro de uma equipa de saúde pública, com a missão de gestão da pandemia por COVID-19, com foco principal na dimensão da promoção da saúde e prevenção da infeção em pessoas idosas.

Promoção da saúde – Um desígnio da saúde pública

Em Portugal a Promoção da Saúde é um Direito Fundamental e está contemplado no ponto nº 1 do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa desde 1976 que refere que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” (República Portuguesa, 2005). Em 1986 a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a promoção da saúde como um processo com o qual “visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar.” Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (OMS, 1986).

A educação para a saúde definida em 1969 pela OMS, operacionaliza-se como “uma acção exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis”. O Conceito de promoção da saúde tem evoluído desde a carta de Ottawa, publicada após a conferência mundial sobre promoção da saúde promovida pela OMS depois da participação de países de todo o mundo (OMS, 1986). Ao longo dos anos foram realizadas conferências mundiais para perspetivar a promoção da saúde. A mais recente conferência foi em 2016 em Shangai sob o lema “Saúde para todos e todos pela saúde, ninguém fica para trás”.

Ao refletirmos sobre a importância da promoção da saúde e da educação para a saúde em contexto pandémico, em especial para pessoas idosas, temos que relacionar o nosso enquadramento com os determinantes sociais da saúde. A vulnerabilidade do grupo estudado é uma das nossas preocupações pois os idosos, estão sujeitos a vários riscos dada a fase do desenvolvimento em que se encontram. Os serviços de saúde pública devem atender a esta particularidade no planeamento das intervenções a desenvolver, respeitando as perspetivas sobre a saúde e a sua promoção.

A partir de 1970 emergiu internacionalmente uma “nova perspetiva sobre a saúde” depois de uma análise da determinação social e económica na saúde e pelo desenvolvimento de uma ideia de saúde não centrada na doença, conforme a publicação referência nesta área, o Relatório Lalonde, intitulado “uma nova perspetiva sobre a saúde dos canadianos” (Lalonde, 1974).

Segundo Setti et al. (2021), a partir desse momento, a saúde passou a ser um produto social, sendo encarada como a consequência dos fatores associados à qualidade de vida, da adequação dos standards para a alimentação e nutrição, habitação, saneamento e educação, sendo a base do paradigma da promoção da saúde.

Sobre o conceito de educação para a saúde, Nutbeam (1997) releva o papel do indivíduo e das comunidades no controlo dos determinantes e eventuais mecanismos causais do estado de saúde. Segundo Pereira (2004) a educação para a saúde, como disciplina, tem as suas raízes nas ciências do comportamento, na saúde pública e na educação. Pode-se definir como a principal estratégia metodológica para a capacitação e desenvolvimento das habilidades individuais, assim como indutora de uma participação efetiva, consciente, responsável e ética na vida social.

Ao compreendermos a promoção da saúde enquanto objeto de estudo, destacando as suas inter-relações e assumindo a promoção da saúde como um processo multidimensional, a mesma necessita de um olhar complexo para ser compreendida.

Ao realizarem uma pesquisa escopo para analisar o conhecimento sobre a utilização do paradigma da complexidade em pesquisas no campo da saúde as publicações científicas, Viana et al. (2020) concluíram que existe uma “tímida utilização” do paradigma da complexidade em estudos da saúde pois neste referencial ainda é necessário um maior aprofundamento, uma vez que o referencial teórico da complexidade “incita a reflexões substanciais no que diz respeito a entender a saúde como um fenômeno complexo, percebendo-a como uma rede formada por diversos atores sociais, que interagem entre si e com o meio ambiente”.

Neste paradigma da complexidade, o caos surge como sinónimo de “desordem”, para descrever sistemas regidos por relações não lineares. Segundo Filho (2006) “a sociedade, a população, o ambiente, a espécie, tudo isso se concentra no sujeito” e o processo saúde-doença é o processo central desse integral, sendo necessário outros elementos para se conceber a integralidade do objeto saúde-doença.

Partilhamos da opinião de Setti (2019) quando refere que a promoção da saúde deve dialogar com várias áreas no campo da saúde e integrar diferentes formas de conhecimento e de práticas entre governos e sociedade,

para que cada uma das partes, possam cuidar da vida, desenvolver redes de trabalho e de coresponsabilidade, mas respeitando os aspetos culturais, sociais, políticos e as especificidades económicas de cada território.

Refletindo sobre a realidade demográfica e epidemiológica do Baixo Alentejo, sobre a vulnerabilidade dos idosos, importa relacionar essas dimensões com a pandemia por COVID-19 e a inerente intervenção de saúde pública desenvolvida.

COVID-19 – Memórias e sentimentos

Os profissionais de saúde pública tiveram que preparar-se desde cedo, não só sobre o conhecimento da informação científica divulgada hora a hora e dia-a-dia, sobre a transmissão do vírus e manifestação da doença, como também sobre a forma de capacitação da população para a adoção de comportamentos protetores e seguros em relação ao vírus SARS-CoV-2. Ao mesmo tempo que se vislumbrava a melhor forma de transmitir informação à população, qual informação a transmitir e em que momento, verificámos que à medida que a informação ia sendo divulgada, pelos meios de comunicação social e redes sociais, digitais ou não, o medo, a incerteza, dominavam os sentimentos de população e profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, a esperança e o sentimento de união crescia para fazer frente à propagação do vírus. Essa união em torno da coesão social, verificou-se posteriormente, quando surgiu a necessidade de confinamento que obrigou milhares de pessoas a ficarem retidas em suas casas com restrições à sua livre circulação.

Importa referir, no meio de todas estas mudanças, que há destaque nas nossas memórias, para a vulnerabilidade dos idosos nos seus domicílios ou em estruturas residenciais. Sabemos da fragilidade do seu estado imunitário, das comorbilidades que apresentam, que aumentam a fragilidade em superar uma infeção por um vírus desconhecido, da importância de apoio emocional e do suporte familiar. Surge com a pandemia o querer fazer bem a prevenção da infeção na comunidade, sem querer ferir sentimentos, a necessidade de mostrar presença com distanciamento físico, como mostrar afeto sem o toque e a proximidade exigida. Aprendemos que é possível “estar junto” numa vista a um familiar numa estrutura residencial através de um vidro de uma janela, através de um acrílico transparente, que o som da voz de um

familiar apesar de fisicamente distante é reconfortante para amenizar a saudade, mesmo que essa voz surja num telefone ou num dispositivo que permita a videochamada.

Dos casos de COVID-19 que surgiram em estruturas residenciais, associados ou não a surtos, dos casos de idosos que viviam sozinhos e que se infetaram, das famílias que viviam com idosos e em que todos se infetaram, leva-nos a pensar que no processo de capacitação da pessoa idosa, é essencial a necessidade de melhoria do seu nível de literacia em saúde, surgindo essa necessidade, lado a lado do satisfação das suas necessidades, da compreensão das suas emoções e dos seus sentimentos, pois numa fase de crise em que impera o desconhecido, na nossa experiência verificámos que o estar próximo e estar alerta, fez a diferença para a melhoria da saúde e bem-estar.

Do contacto que estabelecemos com os idosos e suas famílias, o que sobressai é a confiança dos utentes nos profissionais de saúde, o querer saber o que cumprir para não infetar terceiros e o que é que podiam ser sinais de alarme da doença para os quais tinham de estar despertos para evitar sofrimento e morte. Ao longo da pandemia, comprovado pela evidência das estatísticas, foram os idosos que antes ou depois das imunizações, foram os mais afetados em termos de mortalidade. A doença tornou-se mais forte na batalha, ficando a sensação que a transmissão das mensagens de contenção e prevenção, repetidas várias vezes, transmitidas de diversas formas, não prevaleceram para evitar que o vírus chegasse aos mais frágeis.

Nos dias de maior pressão, nos dias em que a curva que traduzia a subida diária de casos de COVID-19, assumia a forma exponencial, lembramo-nos que a angústia de querer fazer mais e mais rápido era uma utopia. A velocidade de transmissão do vírus acompanhava a interação social, a vida na sociedade, acompanhava todas as interações das pessoas e pensávamos, capacitar? Sim, de que forma com este tempo tão curto? Como explicar e como esclarecer? As respostas surgiram pela criação de redes, redes que surgiram entre entidades da saúde e outras entidades da comunidade. Aprendemos que só em rede e num cenário de colaboração, conseguimos chegar mais depressa a quem precisa. Conseguimos encurtar distâncias, conseguimos reduzir tempo. O uso da tecnologia de informação e comunicação foi potenciado, procurámos melhorar a literacia em saúde

através da transmissão de mensagens em frases curtas e com linguagem adequada aos destinatários.

Experienciámos que em cenários de complexidade, de incerteza na saúde, as soluções não surgem pelo aumento da resposta de atendimento em hospitais e centros de saúde para pessoas doentes, surge também da articulação entre os serviços de saúde e as entidades que na comunidade estão mais próximas das pessoas.

Os sentimentos na gestão de uma pandemia surgem associados em polos opostos, que sem linearidade, procuram alguma estabilidade entre o medo aliado à esperança, a procura da ordem quando há desordem, a incerteza quando o mais certo está por conhecer e quantificar.

A comunicação entre os seres humanos, a compreensão do seu comportamento, o afeto, o carinho, a atenção e o querer melhorar cada dia um pouco mais, são os ingredientes que podem fazer a diferença em cada dia, independentemente do seu lugar numa estratégia.

REFERÊNCIAS

- Filho, N. A. (2006). *A saúde e o paradigma da complexidade*. Cadernos IHU: São Leopoldo.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020). Projeções da população residente, 2018-2080. http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_displa%20y=n&att_download=y
- Lalonde, M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Department of National Health and Welfare: Ottawa. <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v12n3/12867.pdf>
- Lopes, M. J. (2021). *Desafios de inovação em saúde, repensar os modelos de cuidados*. Imprensa Universidade de Évora.
- Nutbeam, D. (1997). Promoting health and preventing disease: An international perspective on youth health promotion. *Journal of Adolescent Health*, 20(5), 396-402. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(97\)00009-8](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(97)00009-8)
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1986). *Health promotion glossary*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>

- Pereira, A. (2004). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas Ciências da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(5), 1527-1534. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500031>
- República Portuguesa. (2005). Constituição da República Portuguesa – VII Revisão Constitucional. <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Setti, A. F. F. (2019). Climate Change, Human Health, and Sustainable Development. In W. L. Filho, A. M. Azul, L. Brandli, P. G. Özuyar, & T. Wall (Eds.), *Climate action. Encyclopedia of the UN sustainable development goals*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-71063-1_41-1
- Setti, A. F. F., Gallo, E., Cruz, R., & Santana, F. A. (2021). Territórios sustentáveis, promoção da equidade e da saúde em comunidades tradicionais do mosaico da Bocaina. In M. M. Rodrigues, G. C. Machado, A. C. Cortines, G. V. Lobato, & J. S. Zancul (Eds.), *Territórios sustentáveis e saudáveis: Experiências de saúde ambiental territorializadas* (pp. 19-40). Fundação Nacional de Saúde.
- United Nations [UN]. (2019). *World population ageing 2019*. Department of economics and social affairs. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>
- Viana, A., Gontijo, D., & Cabral, M. (2020). Use of the complexity paradigm in the field of health: Scope review. *Escola Anna Nery*, 24(3), 1-10. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0235>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal

8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

ATTENTIONAL BIAS TOWARD FOREST FIRES-RELATED STIMULI AMONG FIREFIGHTERS AND GENERAL POPULATION

Fabiana Rodrigues¹ (✉ rodrigues.fabiana@ua.pt), Ana Bárto², Isabel M. Santos^{1,2}, Anabela Pereira³, & Carlos F. Silva^{1,2}

¹ William James Center for Research (WJCR), Department of Education and Psychology, University of Aveiro, Portugal

² Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Department of Education and Psychology, University of Aveiro, Portugal

³ CIDTFF – Research Centre on Didactics and Technology in the Education of Trainers, University of Aveiro, Portugal

Firefighters are first responders in emergencies, being repeatedly exposed to traumatic events and extreme conditions, much more so than the general population (Berger et al., 2012; Meda et al., 2012). There seems to be a relationship between emotions, cognitions and trauma, with critical incidents inducing more traumatic symptoms (Hayes et al., 2012; Pinto et al., 2015). Emotional reactions are organized by motivational systems – namely appetitive and defensive – that engage processes facilitating attention allocation to specific cues (Bradley et al., 2001; Lang & Bradley, 2013).

Attentional bias is the phenomenon of hyper-attention to stimuli with enhanced saliency or relevance (Fadardi et al., 2016). Specifically, a systematic tendency to direct attention toward stimuli that are perceived as dangerous in the environment (increased vigilance toward threatening stimuli), most notably trauma reminders, resulted in biased processing of trauma-related stimuli, at the expense of trauma-unrelated cues (Buodo et al., 2018). Attentional bias has commonly been examined using a dot-probe experimental paradigm (MacLeod et al., 1986). This has been widely applied among clinical samples involving emotional stimuli (Buodo et al., 2018; Greinacher et al., 2019). The methodological assumption of the task is that participants will respond more quickly to probes that appear in the

position of the stimulus with greater emotional salience, that is, faster responses to a probe that replaces a threatening rather than a neutral stimulus are interpreted as indicating preferential attention toward threatening information (Buodo et al., 2018). Attention biases for threat cues can manifest as either selective attention toward threat, which indicates attentional hypervigilance (MacLeod et al., 1986), or a bias away from threatening material, indicating avoidance (Koster et al., 2004).

Attention biases have been found to occur with various mental illnesses including depression, anxiety, and trauma- and stressor-related disorders (Khoury- Malhame et al., 2011; Lebeaut et al., 2020). A growing number of studies have examined PTSD and its relation to attention bias (Bryant & Harvey, 1997; Herzog et al., 2019; Iacoviello et al., 2014; Khoury-Malhame et al., 2011; Naim et al., 2017; Thomas et al., 2013).

Firefighters play an important role in emergencies and are exposed to potentially traumatic situations, increasing the risk of developing traumatic symptoms (Berger et al., 2012; Meda et al., 2012; Skeffington et al., 2017). The forest fires in Portugal in 2017 and 2018 were particularly devastating and challenging. Firefighters who fought these fires interpreted them as emotionally traumatic events. However, each individual had their own personal perception of the same event and evaluation of trauma, even if not necessarily formally diagnosed with PTSD (Carvalho & Maia, 2009a, 2009b; Maia & Fernandes, 2003).

So far, nothing is known about how cognitive processing of firefighters' practice-related information occurs, depending on levels of trauma. More specifically, there is no evidence of how the perception of trauma related to forests fires in Portugal in 2017 and 2018 (i.e., fire-related or fire unrelated stimuli) affects attentional processes, and how these relate with specific psychological variables. Thus, the present study aimed to explore the possible association between basic attentional processes in perception of trauma in firefighters and the general population, and its relation with psychopathological symptomatology and empathy. Considering the influence of approach and avoidance behaviors on cognitive performance, specifically, on visual selective attention (Memmert & Cañal-Bruland, 2009), this study explored whether there was a bias in the allocation of attention toward forest fires-related visual stimuli among firefighters with

low perceived trauma, firefighters with high perceived trauma and controls from the general population.

We expected that a natural approach to forest fire-related content would produce a prioritization of these specific stimuli at the cost of other information. Therefore, we hypothesized that all people, whether they are firefighters or not, would have a bias toward the fire-related cues. Nonetheless, we expected firefighters with high perceived trauma to have a greater bias toward fire-related cues than firefighters with low trauma, and to the control group without trauma.

METHOD

Participants

This study included firefighters and people from the general population. Eligibility criteria were: being of Portuguese nationality, over 18 years old, and not having any cognitive or physical inability that would prevent participants from independently replying to the self-report measures.

Taking into account the sum of the scores obtained in the IES-R specifically in the firefighter group, the participants were divided into two groups, low trauma and high trauma. Participants whose scores on the trauma scale corresponded to the lowest tercile (33.3 percentile), with a cutoff point lower than or equal to 8 points, belonged to the group of firefighters with low trauma ($N=65$) and those with scores in the highest tercile (66.7 percentile), with a cutoff point equal to or greater than 25 points, became part of the group of firefighters with high trauma ($N=66$). Thus, the final sample of 194 participants consisted of three groups: firefighters with low trauma (FLT, $N=65$), firefighters with high trauma (FHT, $N=66$) and control group ($N=63$).

Materials

Visual Dot-Probe Task: Attentional bias was examined using a dot-probe experimental paradigm to investigate the attentional processes (van Rooijen et al., 2017). This task, involving emotional stimuli, has been widely applied among traumatized samples (Naim et al., 2017; Schäfer et al., 2018). Each

trial in the dot-probe task consisted of the simultaneous presentation of two pictures, on the left and right side of the screen, with a resolution of 500x400 pixels. In baseline trials, the images consisted of two control stimuli. In the experimental condition, the picture pair contained a fire-related stimulus and a matched picture without fire-related content. A fixation cross was initially presented in the center of the screen for 500ms followed by presentation of the paired images for 300ms (van Rooijen et al., 2017). Afterwards, a small asterisk appeared for 100ms in the position previously occupied by one of the images. Participants were instructed to press the Z or M response key as quickly and accurately as possible, corresponding to left or right location, respectively, to indicate the position of the asterisk (probe detection). A trial was considered to be congruent when the dot emerged on the location of the fire-related image and incongruent when the dot emerged on the location of the neutral image. Response times (RT) were recorded for all trials. The baseline trials allowed comparison with congruent and incongruent RTs. Participants completed 8 practice trials and a total of 216 experimental trials (72 trials for each type: congruent, incongruent and baseline) without a break, presented in randomized order. The right or left position of the fire-related images in the experimental trials was counterbalanced across trials. Subjects did not receive feedback on their responses. The dot-probe task was run on a 15.4 inch monitor using EPrime 2.0 Professional (Psychology Software Tools, Inc.).

Sociodemographic Questionnaire: This questionnaire was divided into three blocks: (i) Sociodemographic Characterization; (ii) Firefighter Experience, only to be answered by firefighters, there were also several questions regarding the firefighter work, such as the regional location of the fire brigade, firefighter career (volunteer or professional), category or position in the fire brigade, and years of working as a firefighter; (iii) Trauma Experience, there were questions about fighting or knowledge forest fires in 2017 and/or 2018 and the traumatic exposure to them.

Impact of Event Scale-Revised (IES-R): IES-R assesses the subjective suffering for a specific life event. It contains 22 items distributed over three subscales: intrusion (8 items), avoidance (8 items), and hyperarousal (6 items) (Matos et al., 2011). The Cronbach alpha of our sample (0.98) reveals excellent internal consistency, as well as for each subscale with 0.96, 0.95 and 0.94 respectively in intrusion, avoidance and hyperarousal (Matos et al., 2011).

When completing the questionnaire, participants had to take into account the emotionally traumatic event previously described, related to the 2017 or 2018 fires, or other non-related event, regarding their firefighting action in the group of firefighters, or regarding their direct exposure to the event in the control group.

Brief Symptom Inventory (BSI): BSI is a self-report measure that assesses psychopathological symptoms across nine symptom dimensions and 53 items (somatization, obsession-compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism) and three global indices (global severity index, positive symptom distress index, and positive symptom total) (Derogatis, 1982). The Cronbach's alpha of the sample for the nine symptom dimensions ranges from 0.79 (psychoticism) to 0.90 (depression) (Canavarro, 2007).

Interpersonal Reactivity Index (IRI): IRI is a measure of empathy consisting of 24 statements about feelings or thoughts that a person may or may not have experienced (Davis, 1980, 1983). It has four subscales (perspective taking, fantasy, empathic concern, and personal distress), each with six items. The Cronbach alphas for the four subscales range from 0.60 (empathic concern) to 0.70 (personal discomfort) (Limpo et al., 2013).

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): TAS-20 is a self-report instrument with 20 items distributed over three factors: difficulty in identifying feelings and distinguishing them from the bodily sensations of emotions, difficulty in describing feelings to others, and externally oriented cognitive style of thinking (Bagby, Parker, et al., 1994; Bagby, Taylor, et al., 1994). The Cronbach alpha of our sample (0.85) shows appropriate internal consistency (Praceres et al., 2000).

Procedures

This study was approved by the Ethics and Deontology Council of the University of Aveiro. The commanders of 193 Portuguese Fire Departments across the country were initially contacted to obtain authorization to administer the questionnaires to the firefighters at the beginning or end of an instruction/meeting or another time, or asked to disseminate the study. Cultural and recreational associations were contacted to recruit the sample for the control group. The aims of the study were explained to the commanders

and firefighters, and the control group, emphasizing that their cooperation was voluntary, and confidentiality was ensured. Of the total of commanders contacted, 40 agreed to their corporation collaborating in the study. Paper-and-pencil questionnaires were the main data-collection method adopted in this study. Informed consent was obtained from all participants.

Statistical analyses were performed using SPSS Version 26.0 (IBM Corp. Released 2019). Descriptive statistics (means, standard deviation, frequencies) were used to summarize the sociodemographic information of the participants included in the three groups.

Comparisons of sociodemographic characteristics between groups were performed with one-way analysis of variance (ANOVA), independent *t*-tests and chi-square tests (χ^2) of independence. Specifically, ANOVA for age as continuous variable; independent *t*-tests for continuous variables in comparison of firefighters such as average time working, weekly hours of work; and chi-square tests (χ^2) of independence, considering categorical variables, such as gender, marital status, level of education, firefighter category and participants' region.

Univariate ANOVA was used to compare the attentional bias index of the three experimental groups (firefighters with low trauma *vs.* firefighters with high trauma *vs.* general population controls). When necessary, significant results were further explored with multiple comparisons with Bonferroni correction. Additionally, the following formula was used to determine the attentional bias index: Attentional bias index = $[(trpl - tlp) + (tlpr - trpr)] / 2$ (MacLeod et al., 1986; Mogg et al., 1992), where *t*=fire-related stimulus; *p*=probe location, *r*=right, *l*=left. Attentional bias is interpreted as a lower RT in the congruent condition than in the incongruent condition and greater accuracy in the congruent condition compared to the incongruent condition.

As recommended in the review study by van Rooijen et al. (2017), mean RTs and ACCs for valid trials were computed separately for congruent, incongruent and baseline trials for better understanding of the underlying attentional mechanisms. RTs and ACCs were analyzed using a mixed-design 3x3 analysis of variance with group (firefighters with low trauma *vs.* firefighters with high trauma *vs.* general population controls) as the between-subjects factor, and trial type (congruent *vs.* incongruent *vs.* baseline) as the within-subjects factor.

Pearson's correlations were used to evaluate the bivariate relations between the task performance of each group in each condition with BSI and IRI variables. The correlations were classified as weak (0-0.3), moderate (0.3-0.7) and strong (>0.7-1.0) (Ratner, 2009).

RESULTS

Sociodemographic characteristics

Overall, 194 participants completed the protocol. The sample included 131 firefighters (63 FLT and 66 FHT) and 63 controls from the general population. Table 1 presents socio-demographic characteristics for the FLT, FHT and control groups. Differences were found between the three groups when analyzing age, sex, marital status and level of education.

Table 1

Sample characteristics according to age, sex, marital status and level of education of samples

			Low trauma (n=65)	High trauma (n=66)	Control (n=63)
Age (years)		Mean (SD)	35.92 (11.02)	38.98 (11.54)	31.98 (13.17)
Gender	Woman	n (%)	7 (10.8)	14 (21.2)	32 (50.8)
	Man	n (%)	58 (89.2)	52 (78.8)	31 (49.2)
Marital status	Not married	n (%)	30 (46.2)	25 (37.9)	35 (55.6)
	Married/partnership	n (%)	29 (44.6)	33 (50.0)	28 (44.4)
	Widowed/separated/divorced	n (%)	6 (9.2)	8 (12.1)	0 (0.0)
Level of education	Basic education	n (%)	20 (30.8)	16 (24.2)	9 (14.3)
	High school	n (%)	36 (55.4)	40 (60.6)	33 (52.4)
	University education	n (%)	9 (13.8)	10 (15.2)	21 (33.3)

There were significant group differences for age [$Z(2,193)=5.570, p=.004$], gender [$\chi^2(2,194)=27.69, p<.001$], marital status [$\chi^2(4,194)=9.57, p=.048$] and level of education [$\chi^2(2,194)=11.54, p=.021$]. As for the category in the firefighter corporation, most of the firefighters recruited were 3rd class (40.5%) and 2nd class (20.6%) firefighters. In decreasing order, the firefighter sample is distributed in chief/sub-chief (16.0%), command team (10.0%), 1st class firefighters (9.2%), official (3.1%), with missing (.8%). There were no significant group differences for category of firefighter

$[\chi^2(6,122)=2.65, p=.85]$. Despite finding non-significant differences between the groups, the average time working as a firefighter, in years, was greater in FHT ($M=17.15, SD=10.76$) than in FLT ($M=14.78, SD=10.26$), $[t(129)=-.093; p=.200]$, and FHT reported a greater number of weekly hours of work as a firefighter ($M=37.31, SD=25.70$), compared to FLT ($M=31.24, SD=17.00$), $[t(118)=2.670; p=.128]$.

As for participants' region, groups differed statistically $[\chi^2(2,194)=22.75, p<.001]$, with 52.3% of FLTs, 45.5% of FHTs and 84.1% of participants in the control group belonging to the north, and 47.7% of FLTs, 54.5% of FHTs and 15.9% of the control group to the south.

Attentional bias toward fire-related stimuli

The bias, RT and ACCs for the FLT, FHT and controls are shown in Table 2.

Table 2

Bias, RT and ACC for each group

	FLT <i>M (SD)</i>	FHT <i>M (SD)</i>	Control <i>M (SD)</i>
Bias	3.75 (21.99)	5.30 (17.01)	-7.1 (16.05)
RT	262.37 (62.09)	263.20 (62.80)	265.88 (63.33)
ACC	.969 (.005)	.960 (.005)	.973 (.005)

Regarding the attentional bias index, no significant group differences were observed, $F(2,193)=1.811, p=.166$. Positive values indicated biased cognitive processing toward fire-related images for all firefighters, with firefighters with low trauma showing, in absolute terms, a smaller degree of bias towards fire-related stimuli than firefighters with high trauma. Negative values indicated withdrawal from fire-related images, shown by the control group. However, the difference did not reach statistical significance.

Regarding RTs, the 2-way ANOVA revealed a significant main effect of trial type $[F(2,382)=3.84, p<.022, \eta^2p=.20]$ indicating that all participants responded faster in the baseline ($M=262.36, SD=62.09$) than incongruent trials ($M=265.88, SD=63.33$) $[p=.023$ for incongruent vs. baseline; $p=.149$ for congruent vs. baseline]. There was no significant main effect of group $[F(2,191)=.087, p=.917, \eta^2p=.001]$, that is, firefighters with low and high

trauma presented overall similar RTs to the control group. Nor was the interaction effect between trial type and group statistically significant [$F(4,382)=1.71, p=.147, \eta^2p=.018$].

Concerning accuracy, the ANOVA revealed a significant main effect of trial type [$F(1.86, 356)=13.15, p<.001, \eta^2=.064$] indicating that all participants had higher accuracy in the baseline trials ($M=.972, SD=.038$) and congruent trials ($M=.970, SD=.038$) than in the incongruent trials ($M=.960, SD=.051$) [$p=.001$ for congruent vs. incongruent; and $p<.001$ for baseline vs. incongruent]. There was no significant main effect of group [$F(2,191)=1.98, p=.141, \eta^2p=.020$] on accuracy. Nor was the interaction effect between trial type and group statistically significant [$F(3.728, 356)=.920, p=.447, \eta^2p=.010$]. The mean RTs and accuracy for the FLT, FHT and controls are shown in Figures 1 and 2, respectively.

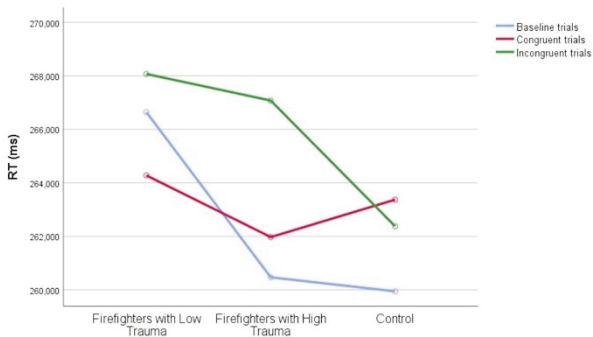


Figure 1. Mean RTs for the firefighters with low trauma, firefighters with high trauma and control

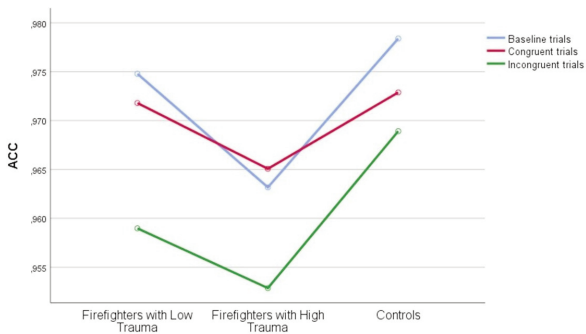


Figure 2. Mean accuracy for the firefighters with low trauma, firefighters with high trauma and control

Correlations between bias and self-report questionnaires for each group

In the group of firefighters with low trauma, there was a moderate positive correlation between bias and the BSI subscales, specifically with the anxiety subscale ($r=.355, p=.004$) and paranoid ideation subscale ($r=.290, p=.020$) (see Table 4). Bias was also positively associated with two subscales of Alexithymia, in particular, difficulty finding feelings ($r=.357, p=.004$) and externally oriented thinking style ($r=.261, p=.037$). In turn, moderate positive correlations were found between bias and Personal Discomfort subscale of IRI, in the group of firefighters with high trauma ($r=.321, p=.012$).

DISCUSSION

To the best of our knowledge, this is the first study to examine attentional biases toward fire-related stimuli among firefighters. To summarize, the current study used a dot-probe task to address the question of fire-related attentional bias in firefighters with low and high trauma, and controls without trauma, and the relation with psychosocial variables, such as symptomatology and empathy.

Overall, the results suggest biased attention toward fire-related specific stimuli using the dot-probe paradigm. Consistent with our predictions, higher vigilance regarding fire-related visual cues was observed, namely in firefighters. When analyzed individually for each of the trial types, it was found that firefighters showed a positive bias to fire-related stimuli, that is, they have a longer reaction time in the incongruent condition, when the asterisk appears on the other side of the emotional image related to forest fires. The control group, on the other hand, presented a negative bias score, indicating a departure from the incongruent condition, which means there is no attention bias. Furthermore, we found an increase in the attentional bias index of firefighters with high trauma compared to firefighters with low trauma and to the controls. However, all group differences failed to reach statistical significance. The faster RTs on baseline trials can likely be explained by the lower arousal level of these images. The general direction of the results is consistent with the literature, since attention is allocated

more rapidly to a location containing emotional stimuli than to a location containing neutral stimuli (van Rooijen et al., 2017), and attentional bias is the phenomenon of hyper-attention to stimuli with enhanced saliency or relevance (Fadardi et al., 2016). In addition, attention biases for threat cues can manifest as either selective attention toward threat, indicating attentional hypervigilance (MacLeod et al., 1986), which was verified in firefighters, or on the other hand, a bias away from threatening material, indicating avoidance (Koster et al., 2004) found in the control group (although no differences reached statistical significance).

In general, statistically significant differences for accuracy were found, with a higher percentage of correct answers (i.e., fewer errors), and therefore better performance, in the congruent and baseline conditions compared to the incongruent condition. Higher accuracy in congruent trials, i.e., trials where the probe replaced the fire-related image, than in incongruent trials. This is not surprising since biologically significant stimuli modulate attention. Pictures involving forest fires and survival scenes elicit activation of the motivational system (Bradley et al., 2001) that prepares the organism for responses to those events, increasing attention allocation. The results seem to indicate that the paradigm worked, as we found this bias towards emotionally relevant stimuli, but the effect, in this study, will not be specific to firefighters.

Despite the non-significant results between the groups regarding the attentional bias, the hypervigilance can be related to the state of alert and immediate preparation for the action that firefighters must undertake in emergency situations, including forest fires, when they have to react quickly and with the minimum performance failures (Berger et al., 2012).

The attentional bias, with the threat-related stimuli more salient and an estimate of danger biased, results in a subsequent rise of anxiety and emotional disturbances (Bryant & Harvey, 1997; Herzog et al., 2019; Iacoviello et al., 2014; Khoury-Malhame et al., 2011; MacLeod et al., 1986; Mogg & Bradley, 2004; Mogg et al., 2000; Naim et al., 2017; Sipos et al., 2014; Thomas et al., 2013). In our study, exploring correlations between bias and self-report questionnaires, we found that, among firefighters with low trauma, a greater bias is associated with greater anxiety, and among firefighters with high trauma, a greater attentional bias is related to more

personal distress. At the time of presenting fire-stimuli, anxiety symptoms can be naturally triggered, and individuals with lower trauma perception may be especially sensitive to anxiety symptoms and feel them with more intensity. However, these anxiety symptoms are not sufficient for the diagnosis of PTSD, but only to perceive to low trauma. On the other hand, firefighters who perceive themselves as having more traumatization, experience these triggers with greater personal distress (Lebeaut et al., 2020), which is related with “self-oriented” feelings of personal anxiety and unease in tense interpersonal settings (Limpo et al., 2013). As for the group of firefighters with low trauma and the correlations found between the bias and the paranoid ideation subscale of the BSI and between the bias and the two alexithymia scales, there are no explanations for the results found.

Nevertheless, a number of methodological limitations of the current study need to be addressed. First, due to the small sample size, the power to detect small to moderate differences between groups was limited. Furthermore, a larger sample would have allowed examination of additional predictors and/or moderators of symptoms and empathy. Second, this study used a cross-sectional design, and could not establish how attentional bias may contribute to the development and maintenance of fire-related trauma and symptoms among firefighters. Longitudinal studies should be conducted to evaluate attentional bias at various moments, namely immediately after the traumatic event, and in the short and long term. Lastly, future research should use other methodologies, e.g. eye-tracking methodology, to assess other more objective indicators of attention allocation and bias toward the various types of stimuli.

The findings of the present study contribute to better understanding of the cognitive processing of fire-related information and its relationship with trauma symptomatology reported by firefighters who experienced traumatic events and the general population. Overall, the results support the idea of hypervigilance to fire-related visual cues, which negatively influences anxiety and personal distress in individuals with perception of trauma. While more research is needed to validate the current results, interventions promoting goal-oriented attention self-regulation and emotional management strategies may improve the ability to cope with trauma situations among those involved in emergencies.

REFERENCES

- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-X)
- Berger, W., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Neylan, T. C., Marmar, C. R., & Mendlowicz, M. v. (2012). Rescuers at risk: A systematic review and meta- regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 1001-1011. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0408-2.Rescuers>
- Bradley, M. M., Codispoti, M., Cuthbert, B. N., & Lang, P. J. (2001). Emotion and motivation I: Defensive and appetitive reactions in picture processing. *Emotion*, 1(3), 276-298. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.3.276>
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1997). Attentional bias in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4). <https://doi.org/10.1002/jts.2490100409>
- Buodo, G., Patron, E., Benvenuti, S. M., & Palomba, D. (2018). Single-session attention bias modification training in victims of work-related accidents. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01619>
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) – Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III, pp. 305-330). Quarteto Editora.
- Carvalho, C., & Maia, A. (2009a). Perturbação Pós-Stress Traumático e indicadores de (in)adaptação em bombeiros portugueses. In *Actas 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa*, 277-290. <https://hdl.handle.net/1822/11328>
- Carvalho, C., & Maia, A. C. (2009b). Exposição adversa, psicopatologia e queixas de saúde em bombeiros portugueses. *Actas do 1º Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 1047-1067). <https://hdl.handle.net/1822/11200>
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 85–103.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126. <https://doi.org/110.1037/0022-3514.44.1.113>
- Derogatis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). National Computers Systems.

- Fadardi, J. S., Cox, W. M., & Rahmani, A. (2016). Neuroscience of attentional processes for addiction medicine. In M. F. Chernov, J. A. Rzaev, & R. Martinez-Alvares (Eds.), *Progress in Brain Research* (pp. 223-277). <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2015.08.002>
- Greinacher, A., Derezza-Greeven, C., Herzog, W., & Nikendei, C. (2019). Secondary traumatization in first responders: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562840>
- Hayes, J. P., VanElzakker, M. B., & Shin, L. M. (2012). Emotion and cognition interactions in PTSD: A review of neurocognitive and neuroimaging studies. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, *6*, 89-103. <https://doi.org/10.3389/fnint.2012.00089>
- Herzog, S., D'Andrea, W., & DePierro, J. (2019). Zoning out: Automatic and conscious attention biases are differentially related to dissociative and post-traumatic symptoms. *Psychiatry Research*, *272*, 304-302. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.110>
- Iacoviello, B. M., Wu, G., Abend, R., Murrough, J. W., Feder, A., Fruchter, E., Levinstein, Y., Wald, I., Bailey, C. R., Pine, D. S., Neumeister, A., Bar-Haim, Y., & Charney, D. S. (2014). Attention Bias Variability and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *27*(2), 232-239. <https://doi.org/10.1002/jts.21899>
- Khoury-Malhame, M., Lanteaume, L., Beetz, E. M., Roques, J., Reynaud, E., Samuelian, J., Blin, O., Garcia, R., & Khalifa, S. (2011). Attentional bias in post-traumatic stress disorder diminishes after symptom amelioration. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(11), 796-801. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.08.006>
- Koster, E. H. W., Crombez, G., Verschuere, B., & de Houwer, J. (2004). Selective attention to threat in the dot probe paradigm: differentiating vigilance and difficulty to disengage. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(10). <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.001>
- Lang, P. J., & Bradley, M. M. (2013). Appetitive and defensive motivation: Goal-directed or goal-determined?. *Emotion Review*, *5*(3), 230-234. <https://doi.org/10.1177/1754073913477511>
- Lebeaut, A., Zegel, M., Leonard, S. J., Bartlett, B. A., & Vujanovic, A. A. (2020). Examining transdiagnostic factors among firefighters in relation to trauma exposure, probable PTSD, and probable alcohol use disorder. *Journal of Dual Diagnosis*, *17*(1), 52-63. <https://doi.org/10.1080/15504263.2020.1854411>
- Limpo, T., Alves, R. A., & Castro, S. L. (2013). Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia*, *8*(2), 171-184. <https://doi.org/10.14417/lp.640>
- MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *95*(1), 15-20. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.95.1.15>
- Maia, Â., & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da perturbação pos-stress traumático (PTSD) e avaliação de resposta ao trauma. In M. G. Pereira & J. M. Ferreira (Cords.), *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção* (pp. 35-54). Climepsi.

- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (2011). O Impacto Traumático de Experiências de Vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale – Revised. *Psycologica*, *54*, 413-438.
- Meda, R., Moreno-Jiménez, B., Palomera, A., Arias, E., & Vargas, R. (2012). La Evaluación del Estrés Traumático Secundario. Estudio Comparado en Bomberos y Paramédicos de los Servicios de Emergencia de Guadalajara, México. *Terapia Psicológica*, *30*(2), 31-41. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000200003>
- Memmert, D., & Cañal-Bruland, R. (2009). The influence of approach and avoidance behavior on visual selective attention. *Journal of General Psychology*, *136*(4), 374-386. <https://doi.org/10.1080/00221300903266648>
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (2004). A cognitive-motivational perspective on the processing of threat information and anxiety. In J. Yiend (Ed.), *Cognition, Emotion and Psychopathology* (pp. 68-85). Cambridge University Press.
- Mogg, K., Bradley, B. P., Dixon, C., Fisher, S., Twelftree, H., & McWilliams, A. (2000). Trait anxiety, defensiveness and selective processing of threat: An investigation using two measures of attentional bias. *Personality and Individual Differences*, *28*, 1063-1077. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00157-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00157-9)
- Mogg, K., Mathews, A., & Eysenck, M. (1992). Attentional bias to threat in clinical anxiety states. *Cognition & Emotion*, *6*(2), 149-159. <https://doi.org/10.1080/02699939208411064>
- Naim, R., Abend, R., Wald, I., Eldar, S., Levi, O., E, F., Ginat, K., Halpern, P., Sipos, M. L., Adler, A. B., Bliese, P. D., Quartana, P. J., Pine, D. S., & Bar-Haim, Y. (2017). Threat-related attention bias variability and posttraumatic stress. *Physiology & Behavior*, *176*(12), 139-148. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- Pinto, R. J., Henriques, S. P., Jongenelen, I., Carvalho, C., & Maia, A. C. (2015). The strongest correlates of PTSD for firefighters: Number, recency, frequency, or perceived threat of traumatic events?. *Journal of Traumatic Stress*, *28*(5), 434-440. <https://doi.org/10.1002/jts.22035>
- Praceres, N., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (2000). Adaptação portuguesa da escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). *Revista Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, *9*(1), 9-21.
- Ratner, B. (2009). The correlation coefficient: its values range between +1/-1, or do they? *Journal of Targeting Measurement and Analysis for Marketing*, *17*(2), 139-142. <https://doi.org/10.1057/jt.2009.5>
- Schäfer, J., Zvielli, A., Höfler, M., Wittchen, H. U., & Bernstein, A. (2018). Trauma, attentional dysregulation, and the development of posttraumatic stress: An investigation of risk pathways. *Behaviour Research and Therapy*, *102*, 60-66. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.01.004>
- Sipos, M. L., Bar-Haim, Y., Abend, R., Adler, A. B., & Bliese, P. D. (2014). Postdeployment threat-related attention bias interacts with combat exposure to

- account for PTSD and anxiety symptoms in soldiers. *Depression and Anxiety*, 31(2), 124-129. <https://doi.org/10.1002/da.22157>
- Skeffington, P. M., Rees, C. S., & Mazzucchelli, T. (2017). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder within fire and emergency services in Western Australia. *Australian Journal of Psychology*, 69(1), 20-28. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12120>
- Thomas, C. L., Goegan, L. D., Newman, K. R., Arndt, J. E., & Sears, C. R. (2013). Attention to threat images in individuals with clinical and subthreshold symptoms of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(5), 447-455. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.05.005>
- van Rooijen, R., Ploeger, A., & Kret, M. E. (2017). The dot-probe task to measure emotional attention: A suitable measure in comparative studies? *Psychonomic Bulletin and Review*, 24(6), 1686-1717. <https://doi.org/10.3758/s13423-016-1224-1>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal

8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

MEDIATING ROLE OF COMPASSION FATIGUE IN THE RELATIONSHIP BETWEEN TRAUMA AND QUALITY OF LIFE

Fabiana Rodrigues¹ (✉ rodrigues.fabiana@ua.pt), Ana Bárto², Isabel M. Santos^{1,2}, Anabela Pereira³, & Carlos F. Silva^{1,2}

¹ William James Center for Research (WJCR), Department of Education and Psychology, University of Aveiro, Portugal

² Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Department of Education and Psychology, University of Aveiro, Portugal

³ CIDTFF – Research Centre on Didactics and Technology in the Education of Trainers, University of Aveiro, Portugal

Due to the emotional and traumatic nature of disasters and other critical incidents, there is a high demand for effective disaster responders (Cicognani et al., 2009; Gonzalez et al., 2019). Professionals in this field are called upon to provide assistance and critical care to individuals who have experienced trauma directly. However, the psychological consequences of traumatic events tend to have a “ripple effect” which can also affect the professionals involved, as is the case of firefighters (Gonzalez et al., 2019). Even though firefighters do not experience trauma directly and are not directly affected by the impact of events themselves, their experience of trauma comes from helping suffering people, i.e., indirect exposure (Gonzalez et al., 2019). Therefore, as a result of their work with highly distressed individuals who have experienced trauma, firefighters are at risk of developing Compassion Fatigue (CF) (Figley, 1995b). CF is characterized by physical and emotional exhaustion and a pronounced reduction in the ability to feel empathy and compassion for others (Gonzalez et al., 2019; Stamm, 2002; Turgoose & Maddox, 2017). CF is positively correlated with, and predicted by, negative life events, lifetime traumatic events, or trauma history (Gonzalez et al., 2019; Thomas & Otis, 2010), namely suffering a negative life event in the past 12 months (Gonzalez et al., 2019).

These critical situations can cause both physical and mental impairment in firefighters as well as diminishing their Quality of life (QoL) (Oliveira et al., 2018) and being related to higher risk of mental health problems (Cicognani et al., 2009). It should be emphasized that QoL is a subjective, multidimensional concept and establishes relationships between different domains: physical, psychological, social, and environmental (The WHOQOL Group, 1998). Thus, firefighters' QoL should not be reduced to the absence of negative consequences, and the focus should also be on the positive effects of a caring profession (Cicognani et al., 2009). It is known that a good work ability is related to better perception of various domains of QoL (Oliveira et al., 2018). Even though firefighter workgroups may have harmonious relationships, throughout the profession emotional and psychological problems may arise and negatively affect good co-existence, as well as interfering with the individual's work and QoL (Oliveira et al., 2018; Santos & Almeida, 2016).

For this reason, study and understanding of the effect of trauma on firefighters' QoL is a subject of interest, with a view to seeking improvements in their working conditions and psychosocial environment, promoting health and developing each professional's competence in the work context. Although we also know that trauma is related to CF, it is unclear how much the meaning of trauma influences psychosocial outcomes such as QoL, through CF, among firefighters. Thus, we explored the association between trauma, CF, and QoL. Based on the emergent literature, we hypothesized that the relation between these variables is likely to be complex, that is, more trauma experienced in firefighters' lives may be associated with lower QoL through greater CF.

METHOD

Participants

The sample included 488 Portuguese firefighters, over the age of 18, without any cognitive or physical inability preventing them from independently replying to the self-report measures.

Material

All participants completed a sociodemographic questionnaire that collected information about age, sex, partnership status and level of education. The firefighters also completed a protocol questionnaire that included questions related to their category in the firefighter corporation and years of experience.

Impact of Event Scale-Revised (IES-R) (Matos et al., 2011): The IES-R assesses the subjective suffering from a specific life event. It contains 22 items distributed over three subscales: intrusion (8 items), avoidance (8 items), and hyperarousal (6 items). Each item is answered using a 5-point Likert scale ranging from 0 (not at all) to 4 (extremely). The Cronbach alpha of the sample studied (0.97) and original (0.96) reveals excellent internal consistency.

Compassion Fatigue-Short Scale (Pt-CF-Short Scale) (Rodrigues et al., 2021): The Pt-CF-Short Scale is a scale to evaluate CF in situations of work as a firefighter. It includes 13 items distributed over two dimensions: secondary trauma (5 items) and job burnout (8 items). The respondent should indicate the number that best reflects their experiences using a rating scale ranging from 1 (never/rarely) to 10 (very frequently). The Cronbach alpha of our sample is 0.89, confirming a good internal consistency.

World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) (Serra et al., 2006): The WHOQOL-BREF is an instrument that measures QoL. It is organized in four domains: physical, psychological, social relationships, and environment. This instrument comprises 26 items, answered on a 5-point Likert scale, in which 2 correspond to general perception of QoL and the remaining 24 correspond to the four domains. The Cronbach alpha confirms good internal consistency when considering the set of 26 items of full scale (0.84).

Procedures

This cross-sectional study included firefighters recruited from fire departments in Portugal. The study was approved by the Ethics and Deontology Council of the University of Aveiro. Those in charge of 41 Portuguese Fire Departments were initially contacted to obtain authorization to administer the questionnaires to firefighters at the beginning or end of an instruction/meeting or another time, or asked to disseminate the study.

The aims of the study were explained to the leaders and firefighters, emphasizing that their cooperation was voluntary, and confidentiality was ensured. Paper-and-pencil questionnaires were the preferential data-collection method adopted in this study. The entire protocol was also available via the online server of the University of Aveiro to increase the sample size since there is extensive evidence that the two forms of data collection are equivalent (Gwaltney et al., 2008).

Data analysis was performed with IBM SPSS software, version 26, and IBM Amos software, version 26. Pearson's correlations were used to evaluate the bivariate relations between trauma, CF, and psychosocial aspects. The correlations were classified as weak (0-0.3), moderate (0.3-0.7) and strong ($>0.7-1.0$) (Ratner, 2009). To test the mediating effect of CF, a path analysis was conducted using AMOS. Trauma was defined as an exogenous variable and psychological distress and QoL as endogenous variables. Bootstrap procedures using 5000 samples were used to obtain the confidence intervals and significance of the indirect effects (Hayes, 2009) The bias-corrected 95% bootstrap confidence intervals that do not include zero determined a significant mediation effect. To assess the overall model fit, the chi-square statistics (χ^2), comparative fit index (CFI), standardized root mean residual (SRMR), and root mean square error of approximation (RMSEA) were used. Non-significant χ^2 values and CFI equal to or greater than 0.95, SRMR value below 0.08, and RMSEA below 0.06 were required for a well-fitting model (Hu & Bentler, 1999).

RESULTS

Descriptive statistics

Participants had an average age of 35.58 years (standard deviation [*SD*]=11.40). Of the 488 respondents, 73.4% were men and 26.6% were women, of whom 48% were married or living in a cohabitation relationship, 46% were single and 8.4% were widowed, divorced/separated, and the majority of firefighters belonged to the Fire Department of the North (54.1%), followed by the Center (42.4%) and South (3.5%). Regarding the level of education, half the sample (50.4%) had secondary education, 29.1%

had basic education and 20.5% had higher education. More than half the participants were volunteer firefighters (54.1%) or employees of a fire association (34.4%). As for their category in the firefighter corporation, most of the firefighters recruited were 1st class firefighters (9.9%), 2nd class firefighters (22.6%), or 3rd class firefighters (39.7%). In decreasing order, the firefighter sample is divided into chief/sub-chief (11.1%), command team (7.4%), intern (6.2%), official (2.1%), and specialist driver (1.0%). The mean number of years of work experience was 13.79 ($SD=10.68$), ranging between zero and 47 years.

Relationship between trauma, compassion fatigue and quality of life

There was a moderate positive correlation between trauma and CF. CF was weak and negatively associated with all sub-scales of QoL – physical, psychological, social relationships, and environmental. Trauma was also negatively associated with all sub-scales of QoL. In turn, higher levels of trauma were associated with lower QoL (see Table 1).

Table 1

Pearson correlations between trauma, Compassion Fatigue and quality of life

Variables	Mean (SD)	1	2	3	4	5	6
1. Trauma	14.04 (17.61)	1					
2. Compassion Fatigue	36.25 (19.69)	.457*	1				
3. Physical	28.52 (4.00)	-.199*	-.289*	1			
4. Psychological	24.63 (3.92)	-.203*	-.259*	.532*	1		
5. Social relationships	12.01 (2.07)	-.197*	-.197*	.516*	.595*	1	
6. Environment	29.61 (4.27)	-.272*	-.279*	.608*	.543*	.620*	1

Path analysis: The role of Compassion Fatigue

A path model examining the indirect effect of trauma on QoL through CF is shown in Figure 1. Trauma and CF were represented by single indicators, while physical, psychological, social relationships, and environment were specified as indicators of a single latent variable (unobserved) designated

QoL. Direct paths were controlled, and dependent errors were correlated. The fit indexes indicated the good fit of the model [$\chi^2(8)=25.731$, $p<.001$; CFI=.981, SRMR=.0254, RMSEA=0.067].

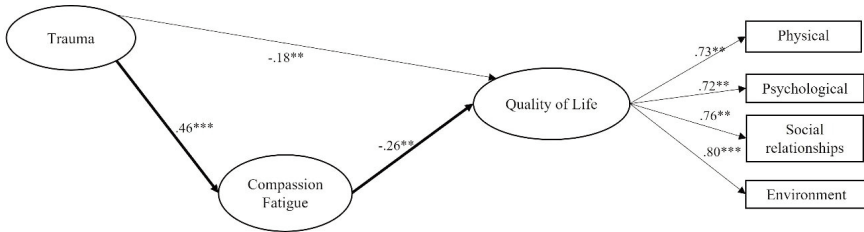


Figure 1. Path model examining the mediating role of Compassion Fatigue. *Note.* *** $p<0.001$; ** $p<0.01$; * $p<0.05$. Thick lines illustrate the mediation effect.

As hypothesized, the positive direct effect of trauma on QoL assessed through physical, psychological, social relationships, and environment (-0.457 BC 95% CI: 0.365 to 0.542, $p<0.01$) indicated that higher trauma levels were associated with worse QoL. Then there was the effect of trauma on QoL partially mediated by CF (-0.176 BC 95% CI: -0.174 to -0.067, $p<0.01$), that is, higher levels of trauma in firefighters were associated with increased CF, and consequently, they reported a poorer QoL.

DISCUSSION

Firefighters, who are exposed to traumatic events, may feel that they will be immune to the cumulative stress of trauma. It is known that firefighters are exposed to emergencies and critical situations, and to individuals who have directly experienced a traumatic event. However, this exposure can cause PTSD and lead to emotional exhaustion and work limitations (Gonzalez et al., 2019). Thus, in this study explored the association between trauma, CF, and QoL, and corroborating with literature, we known trauma are correlation positively with CF (Gonzalez et al., 2019; Thomas & Otis, 2010), and negatively with QoL (Oliveira et al., 2018), as well as CF are

negatively associated with QoL (Gonzalez et al., 2019; Thomas & Otis, 2010). By exposition to trauma that firefighters are subjected in their work, they are vulnerability to develop mental health problems (Cicognani et al., 2009).

CF is a useful and more general term to describe the emotional and physical fatigue experienced by professionals due to their chronic use of empathy in helping others in distress (Figley, 1995a; Stamm, 2002). CF refers therefore to psychological and emotional exhaustion, associated with feelings of hopelessness and difficulties in dealing with work or in doing one's job effectively, sometimes in the context of high workloads or a non-supportive work environment (Gonzalez et al., 2019; Stamm, 2002; Turgoose & Maddox, 2017). It is also associated with a reduced sense of professional accomplishment (Turgoose & Maddox, 2017). In this turn, we found an evidence that, beyond a positive direct effect of trauma on QoL CF plays a partially mediating role in relationship between trauma and QoL, which in other words means that greater levels of trauma in firefighters were associated with increased CF, and consequently, worse of QoL. The factors influencing the development of CF are numerous and the relationships between them complex. It is known that past traumas in professionals, empathy, and exposure to trauma, and the distress of others are factors commonly associated with higher CF (Turgoose & Maddox, 2017).

These critical events can have consequences such as post-traumatic stress, which directly jeopardizes health, as well as affecting the firefighter's QoL (Oliveira et al., 2018). The type of traumatic events, especially those most vividly remembered, are related to work limitations in firefighters, i.e., the more severe the traumatic event a firefighter has experienced, the greater the level of work-related stress. Previous trauma history is also related to higher CF (Gonzalez et al., 2019). It is also important to mention that the lack of leisure associated with a lack of health care, in addition to work environment problems and performance of other work activities, can compromise the firefighter's work ability and health (Rodrigues et al., 2018). Although professionals can have strategies to adopt in the case of trauma, it is important to note that problems can arise in the work environment, such as the appearance of occupational risks, problems in interpersonal relationships with colleagues, and stress. All these factors influence individuals' QoL and their work ability (Oliveira et al., 2018).

It can be assumed that the work-related trauma experience of firefighters alone may cause work limitations and reduced QoL (Kim et al., 2019). Good psychological preparation is of great importance for firefighters' work, since experiencing emergencies requires a high degree of commitment and swift action. Those with the capacity to adapt and maintain psychological and emotional balance, and good social support networks, who feel satisfied and competent in their work, tend to be less susceptible to the negative effects of indirect exposure to trauma (Gonzalez et al., 2019). Because professionals' trauma history is associated with CF, we suggest that firefighter organizations should provide services to help firefighters to process personal traumas and protect against CF. Other programs should include resiliency and mindfulness training strategies and programs that strengthen workers' effectiveness and well-being (Gonzalez et al., 2019).

The major contribution of this study is to show the psycho-social impact of trauma on the life of firefighters working with emergencies. This study provided better understanding of the psychological mechanisms involved in responding to the challenges in a firefighter's life, highlighting the mediating role of CF. Therefore, it is extremely important to allocate more psychologists to fire brigades, to support and equip firefighters with mechanisms and skills to deal with the challenges of their professional and personal lives, meaning that firefighters will provide better assistance in emergencies. These findings provide further evidence for greater understanding of firefighters' personal growth.

Our study has the following limitations. As this is a cross-sectional study, it is not easy to deduce causality. Additional follow-up studies are needed. In the future, longitudinal research on how trauma at work affects firefighters' QoL in the medium and long term is needed. Additionally, our research was limited by self-reported survey data from all our participants. Because these surveys asked participants to think back on potentially traumatic events occurring in the past 12 months, their recollection of these events may have been biased or incomplete. For future study, it could be interesting to explore how the severity of traumatic events and frequency of exposure may also be a factor affecting trauma, and consequently QoL, in firefighters.

REFERENCES

- Cicognani, E., Pietrantonio, L., Palestini, L., & Prati, G. (2009). Emergency workers' quality of life: The protective role of sense of community, efficacy beliefs and coping strategies. *Social Indicators Research*, *94*(3), 449-463. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9441-x>
- Figley, C. R. (1995a). *Compassion Fatigue/Satisfaction Self-Test (CFS)*. <http://nwdrugtaskforce.ie/wp-content/uploads/2013/01/Compassion-Fatigue-Handout-6.pdf>
- Figley, C. R. (1995b). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). Brunner-Routledge.
- Gonzalez, T. C., Burnett, H. J., Helm, H., & Edwards, L. (2019). An examination of resilience, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction between men and women among trauma responders. *North American Journal of Psychology*, *21*(1), 1-20.
- Gwaltney, C. J., Shields, A. L., & Shiffman, S. (2008). Equivalence of electronic and paper-and-pencil administration of patient-reported outcome measures: A meta-analytic review. *Value in Health*, *11*(2), 322-333. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00231.x>
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, *76*(4), 408-420. <https://doi.org/10.1080/03637750903310360>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Kim, W., Bae, M., Chang, S.-J., Yoon, J.-H., Jeong, D. Y., Hyun, D.-S., Ryu, H.-Y., Park, K.-S., Kim, M.-J., & Kim, C. (2019). Effect of burnout on post-traumatic stress disorder symptoms among firefighters in Korea: Data from the Firefighter Research on Enhancement of Safety & Health (FRESH). *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, *52*(6), 345-354. <https://doi.org/10.3961/jpmph.19.116>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (2011). O impacto traumático de experiências de vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale – Revised. *Psicologica*, *54*, 413-438.
- Oliveira, B. G. de, Bonfím, E. S., Ribeiro, Í. J. S., Almeida, P. J. R. F., Boery, R. N. S. O., & Boery, E. N. (2018). Influence of work ability on the quality of life of military firefighters. *Cogitare Enfermagem*, *23*(4), 4-13. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i4.55419>
- Ratner, B. (2009). The correlation coefficient: Its values range between +1/-1, or do they?. *Journal of Targeting Measurement and Analysis for Marketing*, *17*(2), 139-142. <https://doi.org/10.1057/jt.2009.5>

- Rodrigues, F., Bartolo, A., Pacheco, E., Pereira, A., Silva, C. F., & Oliveira, C. (2018). Psycho-Education for Anxiety Disorders in Adults: A Systematic Review of its Effectiveness. *Journal of Forensic Psychology*, 3(1). <https://doi.org/10.4172/2475-319X.1000142>
- Rodrigues, F., Bártolo, A., Sabino, D., Santos, I. M., Pereira, A., Silva, C. F., & Boscarino, J. A. (2021). Validation of the Compassion Fatigue Short Scale among Portuguese firefighters. *American Journal of Emergency Medicine* (submitted).
- Santos, M., & Almeida, A. (2016). Principais riscos e fatores de risco ocupacionais associados aos bombeiros, eventuais doenças profissionais e medidas de proteção recomendadas. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 11, 1-17.
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, 41-49.
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion fatigue and satisfaction test. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 107-119). Brunner-Routledge.
- The WHOQOL Group. (1998). World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46(12), 1569-1585. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)
- Thomas, J. T., & Otis, M. D. (2010). Intrapsychic correlates of professional quality of life: Mindfulness, empathy, and emotional separation. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 1(2), 83-98. <https://doi.org/10.5243/jsswr.2010.7>
- Turgoose, D., & Maddox, L. (2017). Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review. *Traumatology*, 23(2), 172-185. <https://doi.org/10.1037/trm0000116>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

AMIZADE COMO COMPONENTE DA REDE DE APOIO NO CENÁRIO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Fernanda Chencchi Marques^{1,2} (✉ fernanda.chencchi@usp.br) & Manoel Antônio dos Santos^{1,2}

¹ Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, USP, Ribeirão Preto, Brasil

² Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-FFCLRP-USP), Brasil

A sociedade contemporânea privilegia cada vez mais o “ter” em detrimento do “ser”, o que se manifesta por meio da ênfase excessiva no consumo e no culto da imagem. Assim, o valor atribuído a cada indivíduo depende de sua posição no mercado de consumo e recai sobre o que as pessoas ostentam em detrimento do que de fato elas são ou do que representam em sua coletividade (Nunes & Holanda, 2008). Na passagem para a contemporaneidade, houve uma transformação da visão de homem e de mundo da era industrial para uma valorização crescente do corpo e da aparência física. Isso se intensificou nas últimas décadas com a expansão das tecnologias digitais, instituindo-se padrões culturalmente estabelecidos a partir da década de 1960, como o corpo magro e a gordofobia. Esse movimento cultivou um ambiente cada vez mais propício ao aparecimento de sintomas relacionados a disfunções do comportamento alimentar (Siqueira et al., 2020).

Os TAs são quadros estreitamente vinculados ao ideal estético (cultura da magreza) supervalorizado nos últimos tempos (Nunes & Holanda, 2008; Souza, Valdanha-Ornelas, Santos & Pessa, 2019). No que concerne às suas origens, reconhece-se atualmente a etiologia multifatorial do quadro psicopatológico. Apesar de ainda não existir um consenso a respeito da sua origem, estima-se que resulta da interação de diversos fatores, tanto intrínsecos quanto extrínsecos ao indivíduo, que se combinam de modo singular na história de vida de cada indivíduo acometido (Leonidas & Santos, 2020; Morgan et al., 2002). Tais fatores se organizam e dão início, precipitam e/ou perpetuam o que pode se configurar como um transtorno mental, suscitando alterações e prejuízos em vários aspectos da vida da pessoa, dentre eles os relacionamentos interpessoais e amorosos, uma vez

que a vulnerabilidade emocional do sujeito acometido dificulta o estabelecimento de vínculos (Leonidas, 2012).

As diversas teorias do desenvolvimento reconhecem que as interações que os indivíduos vivenciam ao longo da vida contribuem decisivamente para o seu desenvolvimento, levando à aquisição e aperfeiçoamento de competências e habilidades sociais que impactam seu estado de saúde, qualidade de vida e longevidade (Desousa & Cerqueira-Santos, 2012). Partindo-se da hipótese de que os indivíduos com TAs apresentam dificuldades no estabelecimento e manutenção de relacionamentos interpessoais e afetivos (Leonidas, 2012), e considerando que esses relacionamentos são cruciais para a preservação da qualidade de vidas das pessoas em geral, acredita-se que essas dificuldades podem estar relacionadas com a predisposição, perpetuação e/ou manutenção dos sintomas do quadro psicopatológico (Leonidas, 2012).

As boas relações de amizade têm sido associadas a incremento apreciável da qualidade de vida das pessoas em geral, além de serem consideradas fundamentais para a remissão dos sintomas em indivíduos com diagnóstico de TAs. Dessa forma, a utilização da concepção de rede social dentro do contexto dos TAs pode contribuir para o desenvolvimento de uma visão mais complexa e não essencialista do indivíduo e de suas relações, auxiliando na construção de um cuidado em saúde mais sensível à importância dos significados construídos pelas pessoas sobre suas interações no decorrer da vida e ao contexto social e histórico em que elas estão inseridas (Rorty et al., 1999).

Investigar a natureza e o papel das amizades em pessoas diagnosticadas com TAs torna-se particularmente relevante porque, na maior parte dos casos, a psicopatologia eclode na adolescência. Essa é uma etapa do ciclo vital especialmente sensível à formação dos laços de amizade, sendo estes um dos esteios para a transição psicossocial para a vida adulta. Desse modo, o presente estudo considera a importância de lançar um olhar diferenciado para os significados atribuídos à presença de amigos e amigas como uma faceta particularmente singular da rede pessoal das pessoas com diagnóstico de TAs.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, de corte transversal, tendo como delineamento metodológico o estudo de caso coletivo e como referencial teórico-conceitual sistêmico. O estudo tem como cenário

um serviço público interdisciplinar de atendimento especializado em TAs em regime ambulatorial, que se situa em um hospital público universitário vinculado ao SUS, localizado no interior do estado de São Paulo, Brasil. A equipe é composta por psicólogos, psiquiatras, médicos/nutrólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais. São oferecidas estratégias de intervenção individuais e grupais, e realizam-se reuniões de equipe para discussão dos casos clínicos, planejamento de condutas e apresentação de resultados de pesquisas.

Participantes

Participaram do estudo sete colaboradores com idades entre 14 e 37 anos, sendo 6 do gênero feminino e um do gênero masculino, vinculados a esse serviço especializado. Este último participante é um jovem que se auto-declara do gênero masculino, tendo sido designado no nascimento como pertencente ao gênero feminino. O número de participantes será determinado a partir do critério de saturação dos dados, proposto por Fontanella e colegas (2008).

Tabela 1

Caracterização dos participantes do estudo

Participante	Diagnóstico	Idade	Tempo de tratamento no serviço (anos)
Marília	BN	35	6
Alice	AN do tipo compulsão alimentar purgativa	14	4
Laura	BN	18	5
Nina	BN	24	6
Roberta	AN do tipo restritivo	37	8
Luna	AN do tipo restritivo	18	4
Lucas	AN do tipo restritivo	20	2

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada de maneira online entre os meses de agosto e dezembro de 2020, escolhida em observância aos protocolos sanitários e à conveniência dos participantes, seguindo as recomendações preconizadas (Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2021). Foram escolhidos, de forma consecutiva, os sete primeiros pacientes da lista e que preencherem os critérios de elegibilidade definidos pelo estudo. No primeiro contato com potenciais participantes, a pesquisadora delimitou os objetivos do estudo e esclareceu dúvidas sobre o convite à participação, assim como o procedimento de coleta de dados. Foram agendados os encontros com os partici-

pantes, de acordo com suas disponibilidades. As entrevistas foram mediadas por um roteiro semiestruturado, com duração média de 40 minutos.

Os dados obtidos foram transcritos na íntegra e literalmente, e analisados na perspectiva da Análise Temática Reflexiva (Braun & Clarke, 2013), que permitiu organizar o material obtido. As transcrições totalizaram 146 páginas, digitadas em fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaçamento simples.

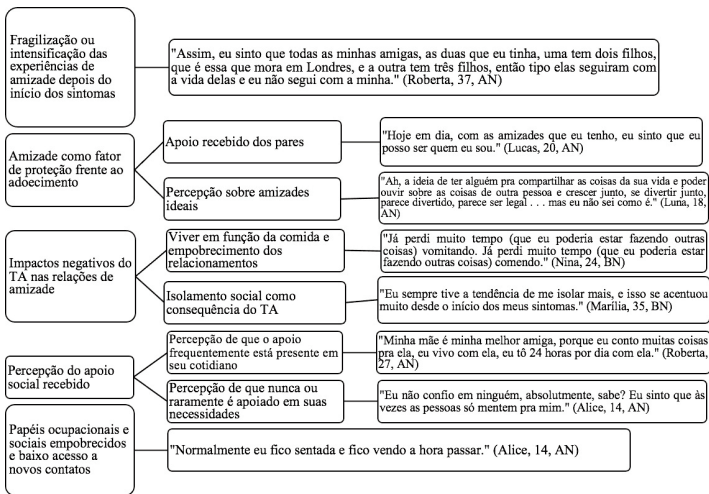
Foram resguardados os cuidados éticos preconizados pela Resolução nº 466/12, que regula a pesquisa envolvendo seres humanos e seguidas as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Psicologia [CFP] (nº 016/2000, de 20/12/2000). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, sob parecer número 3.995.641 (CAAE 26829519.9.0000.5407).

RESULTADOS

A Tabela 2 sintetiza as categorias e subcategorias elaboradas a partir das entrevistas.

Tabela 2

Categorias e subcategorias elaboradas a partir da análise temática das entrevistas



Categoria 1: Fragilização ou intensificação das experiências de amizade depois do início dos sintomas

Nesta categoria foram agrupados os relatos que descrevem se houve intensificação ou, pelo contrário, fragilização das experiências de amizade depois do início dos sintomas. Por exemplo, pode ser que para uma participante tenha ocorrido os dois movimentos: pode ser que a participante tenha se afastado de alguns/algumas amigas logo que começou a ter sintomas mais característicos e frequentes, e que ao longo do tempo tenha adquirido novas relações de amizade (por exemplo, pessoas que conheceu nas redes sociais relacionadas ou não ao transtorno, ou por frequentar o grupo de apoio do serviço de tratamento, ou graças a um familiar ou parente de quem se aproximou mais depois que a participante ficou “doente”, ou um profissional com a qual ela desenvolveu um vínculo estreito). Isso significa construir “redes alternativas”. Reservaremos uma atenção especial para possíveis dificuldades de criar redes de apoio alternativas, que possam “compensar” aquelas fontes de apoio que não se mantiveram preservadas. Exemplos de redes de apoio “alternativas” seriam o grupo de apoio psicológico do serviço, grupos de WhatsApp, psicoterapia e demais tratamentos com profissionais do GRATA ou de outros serviços, grupos de convivência, grupos comunitários (inclusive religiosos), entre outras possibilidades.

Sintetizando os achados, nota-se uma variedade de movimentos: quatro participantes (Roberta, Luna, Nina e Alice) relataram fragilização, duas mencionaram que não houve mudanças (Marília e Laura) e um participante (Lucas) relatou ambos os movimentos, com um primeiro momento de fragilização, seguido por uma intensificação.

Categoria 2: Amizade como fator de proteção frente ao adoecimento

Esta categoria se concentra nos relatos dos participantes que descrevem as relações de amizade como tendo caráter positivo e protetivo frente aos seus agravos de saúde mental. Os relatos foram agrupados em duas subcategorias, a saber: apoio recebido dos pares e percepção sobre amizades ideais.

Na primeira subcategoria foram agrupados os relatos obtidos acerca do apoio recebido pelos pares, tanto dentro do contexto dos TAs, quanto fora dele. Apenas dois (Luna e Lucas) dos sete participantes relataram receber de fato apoio de amigos, enquanto que os demais relataram não confiar em

ninguém que seja de fora do meio familiar, além de não se sentirem acolhidos e apoiados em outros meios sociais.

Já no que abarca a segunda subcategoria, nota-se nos relatos de alguns participantes, que a amizade é vista como algo distante na experiência deles, algo ausente em seu cotidiano. Alice relata sentir como se as amizades fossem uma fantasia, algo que só existe na televisão, que não pertence ao mundo real. Nina, ao refletir sobre o tema e tentar definir as relações de amizade, respondeu que não sabe o que é, uma vez que nunca experienciou algo semelhante.

Categoria 3: Impactos negativos do TA nas relações de amizade

Esta categoria se concentra nos relatos dos participantes que descrevem as relações de amizade como tendo uma correlação negativa com o TA. Os relatos foram agrupados em duas subcategorias, a saber: viver em função da comida e empobrecimento dos relacionamentos e isolamento social como consequência do TA.

Nota-se, no discurso dos participantes, que a comida ocupa um papel central em suas vidas, estando presente não apenas nos momentos destinados à alimentação, mas também nos eventos sociais, interações com amigos e familiares, no pensamento durante o dia e em várias outras atividades. Cinco participantes (Nina, Luna, Alice, Roberta e Marília) relataram sentir que o TA já impediu que elas fizessem muitas coisas na vida, principalmente por estarem sempre ocupadas pensando na alimentação.

Outras participantes (Alice, Laura e Marília) relataram que evitam sair de casa para eventos sociais, pois sentiam medo de precisarem comer na frente de outras pessoas ou terem de criar táticas para vomitar sem que ninguém notasse. Observa-se, portanto, um comprometimento considerável na realização de atividades de lazer que envolvem outras pessoas. Em geral, são ambientes e contextos mais propícios para conhecer pessoas novas e estabelecer vínculos de amizade. O desconforto que sentem ao entrarem em contato com outras pessoas e se exporem em público pode ser entendido como uma das causas das redes de amizade se mostrarem tão esvaziadas entre os participantes do estudo.

A solidão foi um tema recorrente nas entrevistas. Os participantes, ao descreverem suas rotinas, raramente mencionavam outras pessoas envolvidas

em suas atividades cotidianas. Muitos dos participantes relacionaram o início dos sintomas de TA com suas tendências em se isolarem. Alice contou que, quando era mais nova, era extrovertida e tinha muitos amigos, porém, com a chegada do TA, foi se isolando de todos. Hoje, se ver algum colega, não saberia nem como dizer “oi”, dado que não conversa com ninguém há muito tempo. Outras participantes (Nina, Laura e Marília) relataram que sempre foram mais reservadas, porém foram se tornando cada vez mais fechadas após o TA. Tais relatos evidenciam o impacto negativo que o transtorno tem na vida social dos indivíduos acometidos, criando um ciclo vicioso, uma vez que as relações sociais empobrecidas podem ser entendidas como fator de risco para o desencadeamento e perpetuação dos TAs.

Categoria 4: Percepção do apoio social recebido

Ao se analisar a forma com que a pessoa sente que o apoio social está presente na sua vida, pretende-se investigar seus recursos para lidar com situações estressoras, compreendendo melhor os fatores de risco e os fatores protetivos frente ao enfrentamento do TA e suas repercussões na vida dos participantes. Essa categoria foi dividida em duas subcategorias, a saber: (a) a pessoa com TA sente que o apoio frequentemente está presente em seu cotidiano; (b) a pessoa com TA nunca ou raramente sente-se apoiada em suas necessidades.

O ambiente familiar foi o mais mencionado pelos participantes como fonte de apoio e acolhimento. A figura materna é central na vida da participante, tendo sido mencionada em diversos contextos durante toda a entrevista. Além dos familiares, os profissionais de saúde também foram relacionados como figuras de apoio e cuidado. Todos os participantes mencionaram algum profissional do serviço de saúde (GRATA) como pertencendo à sua rede de apoio significativa. Psicólogos e nutricionistas foram os profissionais mais mencionados, assumindo um papel visto como importante no processo de recuperação dessas pessoas.

A falta de confiança em outras pessoas foi um ponto que apareceu no relato de quatro participantes (Laura, Alice, Luna e Nina). Todas relataram já terem experienciado alguma decepção traumática e, atualmente, não contavam com o apoio de ninguém. Arelado ao sentimento de solidão e desamparo agravado pelo isolamento social, os participantes se sentem emocionalmente sozinhos, vivendo em um mundo particular e privado. Experienciar um TA,

por si só, já é algo sofrido e angustiante, como mencionado por Nina e Luna, e não poder contar com o apoio de ninguém durante esse processo, torna tudo ainda mais difícil, como afirma o participante Lucas, ao definir a sua experiência com a anorexia como “solitária”.

Categoria 5: Papéis ocupacionais e sociais enfraquecidos e acesso restrito a novos contatos

A última categoria de análise diz respeito aos papéis ocupacionais desempenhados pelos participantes do estudo. Com o adoecimento, acredita-se que prejuízos psicossociais na vida cotidiana aparecem, como relatado em diversas psicopatologias (Moll & Saeki, 2009). Dentre esses prejuízos estão, por exemplo, deixar de realizar papéis ocupacionais e dificuldades no relacionamento social.

Lucas é o único que desempenha uma atividade ocupacional fora de casa, o que contribuiu para conhecer pessoas e estabelecer uma rede de apoio mais ampla. As demais participantes, ou não desempenhavam qualquer atividade ocupacional (Nina, Marília, Laura e Luna), ou estudavam em formato à distância, Alice cursando o fundamental II e Roberta um curso superior. Observou-se baixo grau de acesso a novos contatos pelos participantes, dado que não frequentam ambientes de convívio com outras pessoas e não se colocam em situações sociais que possibilitem criar vínculos com indivíduos externos ao contexto familiar.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos neste estudo, levanta-se a necessidade de os profissionais de saúde conhecerem bem a rede social e o apoio percebido pelos(as) pacientes ao planejarem suas estratégias de acolhimento e cuidado em saúde às pessoas em sofrimento. Os dados mostram que o envolvimento de outras pessoas no cuidado e apoio ao indivíduo durante o processo saúde-doença pode favorecer melhoras no quadro clínico e, portanto, os profissionais de saúde devem atuar encorajando-o a manter comunicações abertas com seus amigos, de modo a compartilhar os problemas relacionados ao transtorno do comportamento alimentar.

REFERÊNCIAS

- Braun, V., & Clarke, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26(2), 120-123. <http://uwe-repository.worktribe.com/output/937596>
- Desousa, D. A., & Cerqueira-Santos, E. (2012). Intimate friendship relationships between young adults. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 325-333. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300004>
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz]. (2021). Comitê de Ética em Pesquisa. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. *Orientações sobre ética em pesquisa em ambientes virtuais*. ENSP/Fiocruz.
- Leonidas, C. (2012). *Redes sociais e apoio social no contexto dos transtornos alimentares*. (Dissertação de mestrado não publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Leonidas, C., & Santos, M. A. (2020). Percepção do apoio social e configuração sintomática na anorexia nervosa. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003207693>
- Moll, M. F., & Saeki, T. (2009). A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 17(6), 995-1000. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600011>
- Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R., & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: Aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Supl. 3), 18-23. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700005>
- Nunes, A. L., & Holanda, A. (2008). Compreendendo os transtornos alimentares pelos caminhos da Gestalt-terapia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 14(2), 172-181.
- Rorty, M., Yager, J., Buckwalter, J. G., & Rossotto, E. (1999). Social support, social adjustment, and recovery status in bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 1-12. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1008x\(107\)26:1<1::aideat1>3.0.i](https://doi.org/10.1002/(sici)1008x(107)26:1<1::aideat1>3.0.i)
- Siqueira, A. B. R., Santos, M. A., & Leonidas, C. (2020). Confluências das relações familiares e transtornos alimentares: revisão integrativa da literatura. *Psicologia Clínica*, 32(1), 123-149. <https://doi.org/10.33208/PC1980-5438v0032n01A06>
- Souza, A. P. L., Valdanha-Ornelas, É. D., Santos, M. A., & Pessa, R. P. (2019). Significados do abandono do tratamento para pacientes com transtornos alimentares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e188749, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003188749>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

BATERIA DE AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DESPORTIVO: PSICO, TÉCNICO-TÁTICO (BADD.PT)

Filipa Batista¹ (✉ filipabaptista97@hotmail.com), João Valinho¹, Jorge Valinho¹,
João Vigário¹, & Isabel Souto²

¹ Associação Artística de Avanca, Avanca, Portugal

² Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro, Portugal

A Psicologia do Desporto está em expansão no mercado atual. No entanto, ainda tem um longo caminho a percorrer, no que toca à sua acessibilidade, conhecimento e valorização. Podemos concluir que, ainda que com algumas ofertas disponíveis em Portugal, os atletas continuam a carecer de diversos apoios, principalmente no que diz respeito à gestão equilibrada da performance desportiva, algo crucial para o seu bem-estar psicológico e físico (Azevedo, 2011; Massuça et al., 2014; Póvoas et al., 2017; Serpa, 2016; Teques, 2009). Por outro lado, verifica-se um aumento notável no investimento feito a diferentes federações de diferentes modalidades ao longo dos últimos 10 anos. Cumulativamente, os dados estatísticos nacionais dizem existir 45.394 atletas de Andebol inscritos na Federação de Andebol de Portugal (FAP), estando entre os desportos mais populares em Portugal (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021; Rosado & Sigrad, 2016). A maioria dos Clubes inclui equipas de diferentes faixas etárias, que competem em diferentes divisões (regionais à primeira liga nacional, e competições internacionais). Neste âmbito, o processo de análise do desempenho desportivo constitui-se como um fator fulcral para regular o treino e as competições, permitindo a recolha de informação relevante para potenciar o rendimento desportivo (Neves et al., 2017; Póvoas et al., 2017; Santos et al., 2017; Serpa, 2016; Silva, 2009). Desde sempre que os

A realização deste trabalho só foi possível graças ao contributo e colaboração de Associação Artística de Avanca (AAA), entidade promotora, sempre representada por Carlos Valente e Lúcia Souto, bem como o Centro de Investigação e Intervenção no Stress (StressLab) do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro (DEP-UA), representada pela Professora Doutora Anabela Pereira; Treinador José Diaz, a todos os atletas da AAA e respetivos representantes legais que, voluntariamente, se disponibilizaram para a recolha dos dados – sem eles este trabalho nunca teria sido possível.

treinadores observam e analisam o desempenho dos atletas de forma subjetiva, tomando importantes decisões consubstanciadas nessa subjetividade. Neste sentido, surge a necessidade de recorrer a sistemas de análise dos dados organizados, capazes de melhorar a qualidade do treino e da competição. A intervenção profissional no processo de treino requer que se conheçam profundamente a atividade e o desportista, com aplicação de processos com elevado rigor, recolhendo informação e transformando-a em conhecimentos e competências. É essencial recolher dados que devem medir aquilo a que se propõe medir (validade), com o mínimo possível de erro (fiabilidade), independentemente da apreciação de quem mede (objetividade). Depois da recolha de dados, há que interpretar a informação produzida, dando-lhe sentido adequado, ou seja, transformar a informação em conhecimento (Neves et al., 2017). O andebol do futuro é uma adaptação clara à velocidade criada na transição defesa-ataque e vice-versa. Exige-se uma combinação perfeita entre domínio técnico, a cultura tática e a conjugação exemplar entre as diferentes qualidades físicas aliadas a um bem-estar psicológico. No entanto, há falta de literatura que aborde os aspetos físicos e psicológicos deste desporto (Póvoas et al., 2017).

O presente trabalho tem como objetivo apresentar a versão preliminar e dados do estudo piloto da Bateria de Avaliação de Desenvolvimento Desportivo: Psico, Técnico-Tático (BADD.PT), especificamente das componentes técnico-táticas e psicológicas dos atletas, na modalidade de avaliação pelo treinador. Pretendemos contribuir com evidências científicas que permitam a recolha de informação relevante para potenciar o rendimento desportivo, de acordo com as necessidades, num sistema multinível, numa perspetiva holística e multidisciplinar.

MÉTODO

Participantes

O presente estudo contou com uma amostra de conveniência, composta por 67 atletas da formação de Andebol da Associação Artística de Avanço, do género masculino, tendo entre 1 e 11 anos de prática ($M=4.05$, $DP=2.766$). Os participantes tinham idades compreendidas entre 5 e 17 anos ($M=11.67$,

$DP=3.628$), sendo divididos em grupos correspondentes a escalões etários. A distribuição dos participantes pelos escalões pode ser verificada na Tabela 1.

Tabela 1

Distribuição dos participantes pelos escalões e respetivos intervalos etários

	Total (n=72)		Idades				Anos de prática			
	N	%	Min.	Máx.	M	DP	Min.	Máx.	M	DP
Sub 8 (Manitas)	13	19.4	5	8	6.69	1.032	1	3	1.85	0.801
Sub 10 (Bambis)	9	13.4	8	9	8.78	0.441	1	5	2.78	1.787
Sub 12 (Minis)	16	23.9	10	12	10.75	0.683	1	6	4.31	1.580
Sub 14 (Infantis)	5	7.5	13	14	13.20	0.447	2	7	4.40	1.949
Sub 16 (Iniciados)	13	19.4	14	16	15.00	0.707	1	8	3.46	2.537
Sub 18 (Juvenis)	11	16.4	16	17	16.64	0.505	1	11	7.82	3.188

Materiais

Foi utilizada a BADD.PT, corresponde a uma ferramenta de avaliação do desenvolvimento desportivo de Andebol, que se encontra em fase de desenvolvimento. Na sua composição preliminar, especificamente no que concerne à modalidade de avaliação pelo respetivo treinador, a BADD.PT compreende 131 itens distribuídos por três dimensões: Técnica Individual no Ataque (TeI_A, com cinco subescalas), Técnica Individual de Defesa (TeI_D, com 6 subescalas), Tática Individual de Ataque (TaI_A, com 8 subescalas), Tática Individual de Defesa (TaI_D, com 3 subescalas), Tática Grupal de Ataque (TaG_A, com 2 subescalas) Tática Grupal de Defesa (TaG_D, com 3 subescalas), e Identificação das Fases e Regras de Jogo (IFRJ, com 3 subescalas). A avaliação é reportada através de uma escala de Likert de 4 níveis, com ponderação do conhecimento ou domínio/frequência de execução do respetivo conteúdo (0=Realiza Muito Mal/Não Sabe/Nunca Executa, 1=Realiza Mal/Realiza Poucas Vezes; 2=Realiza Bem, mas pode Melhorar/Realiza Muitas Vezes; 3=Realiza Muito Bem/Domina Totalmente/Realiza Sempre).

A composição preliminar da componente psicológica dos atletas, na modalidade de avaliação pelo treinador, inclui 35 itens distribuídos por 3 dimensões: Componente Individual (CI, com 11 subescalas), Apoio Parental Observado (APO, com 2 subescalas), e Atitudes e Valores (AV). A avaliação

é reportada em escala de Likert de 4 níveis, correspondentes à ponderação descritiva do comportamento observado.

Procedimento

A criação da BADD.PT compreende cinco etapas: (1) Fundamentação teórica; (2) Construção da versão preliminar; (3) Análise dos itens por juízes especialistas (4) Estudo piloto (5) Validação e aferição da versão final ao nível nacional (Eignor, 2013; Pasquili, 1999). As primeiras quatro etapas foram realizadas entre outubro de 2021 e junho de 2022. Após a revisão da literatura, foram considerados as componentes Técnico-Táticas e Psicológicas, como importantes e potencialmente sensíveis para avaliar o desenvolvimento desportivo na modalidade de Andebol, numa abordagem de avaliação integrada e holística.

Para a recolha de dados do estudo piloto foi efetuada gravação em vídeo dos treinos, tendo a equipa técnica efetuado a avaliação de forma padronizada a cada participante, através deste recurso. Ressalva-se que todos os participantes/representantes legais (de atletas menores) foram informados dos objetivos e da natureza voluntária da participação, bem como da utilização subsequente dos dados, através do consentimento informado recolhido no início da época desportiva. No entanto, os atletas não tiveram conhecimento de quando estariam a ser alvo de avaliação, adotando-se uma abordagem de recolha naturalista e ecológica.

Análise estatística

Todas as análises foram feitas utilizando IBM SPSS Statistics® (versão 28). Numa fase inicial, para além da estatística descritiva, foi avaliada a normalidade da distribuição. Para testar a consistência interna, o Alfa de Cronbach (α) foi usado. Foram também realizadas correlações de Spearman para explorar a relação entre as variáveis em teste. As comparações entre grupos (escalões) foram feitas com o teste não paramétricos para amostras independentes Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

Verifica-se que a BADD.PT apresenta boa consistência interna, com Alpha de Cronbach (α) entre o máximo de .990 na subescala Cruzamento, da dimensão TaG, e o mínimo de $\alpha=.365$, na subescala Finta, da dimensão TaI.

Relativamente à componente psicológica dos atletas, verifica-se igualmente uma boa consistência interna, com $\alpha=.792$ máximo (CI) e $\alpha=.638$ de mínimo na componente APO.

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre todas as dimensões da componente técnico-tática, bem como com as respetivas subescalas. Por sua vez, na componente psicológica, verifica-se que a dimensão CI apresenta com as dimensões APO e AV. No entanto, não são encontradas correlações estatisticamente significativas entre APO e AV. Verifica-se ainda que as dimensões apresentam muitas correlações estatisticamente significativas com os itens que as compõem. Na variável Escalão não se verifica correlações estatisticamente significativas com nenhuma das dimensões, no entanto quando analisado a relação com os itens, verifica-se correlações com itens da dimensão AP e AV.

Relativamente à análise das relações entre as componentes Técnico-Tática e Psicológica, verifica-se a dimensão CI apresenta correlações estatisticamente significativas com todas as dimensões técnico-tática, exceto a subescala de ataque da dimensão TaG. Já as dimensões APO e AV não apresentam correlações estatisticamente significativas com as dimensões técnico-táticas.

Verifica-se uma tendência para discriminação entre grupos escalão, sendo que o teste de Kruskal-Wallis mostrou que há um efeito do escalão sobre os resultados obtidos nas componentes técnico-táticas. Na dimensão TeI_A verifica-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Sub8-Sub 12, Sub 8-Sub 18, Sub 10-Sub 18 e Sub 16-Sub 18.

Na dimensão TeI_D verifica-se diferenças estatisticamente significativas para o grupo Sub 8-Sub 12 todos os restantes, exceto Sub10, no entanto, comparação Sub10-Sub18 é verificado diferença significativa.

Na dimensão TaI_A verifica-se diferenças nas comparações dos grupos Sub8-Sub12, Sub8-Sub18, Sub10-Sub18.

Na dimensão TaI_D verifica-se diferenças entre os grupos Sub8-Sub12, Sub8-Sub14, Sub8-Sub18, bem como os grupos Sub10-Sub12, Sub10-Sub18.

Ao nível da TaG_A as diferenças são encontradas entre os grupos Sub8-Sub12, Sub8-Sub18, Sub10-Sub12, Sub10-Sub18, Sub16-Sub18. Já a dimensão TaG_D encontra-se diferenças em Sub8-Sub12, Sub8-Sub16, Sub8-Sub18, Sub10-Sub12, Sub10-Sub18. Por fim na dimensão IFRJ verifica-se diferenças entre Sub8-Sub12, Sub8-Sub14, Sub8-Sub18 e Sub10-Sub18.

Já nas componentes psicológicas, apenas foram encontradas diferenças entre a subescala Apoio parental [$\chi^2(5)=14.078$, $p \leq 0.05$], especificamente na comparação dos grupos Sub12-Sub16.

DISCUSSÃO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar a versão preliminar e dados do estudo piloto da BADD.PT, especificamente das componentes Técnico-Táticas e Psicológicas dos atletas, na modalidade de avaliação pelo treinador. Na avaliação preliminar, as componentes avaliadas apresentam boa consistência interna. Verificou-se ainda correlações estatisticamente significativas entre todas as dimensões da componente técnico-tática e respectivas subescalas. Por sua vez, na componente psicológica, verificou-se ainda que as dimensões apresentam muitas correlações estatisticamente significativas com os itens que as compõem. Relativamente à análise das relações entre as componentes Técnico-Tática e Psicológica, verifica-se que a dimensão CI apresenta correlações estatisticamente significativas com as dimensões da componente técnico-tática, exceto a subescala de ataque da dimensão TaG. As dimensões APO e AV não apresentam correlações estatisticamente significativas com as dimensões técnico-táticas. Foram também realizadas comparações entre grupos (escalões), verificando-se que a componente técnico-tática poderá contribuir para tornar os processos de transição de escalão mais eficientes, uma vez que permite distinguir competências *core* de desenvolvimento desportivo, em função do escalão. Os presentes resultados permitem verificar que a combinação entre domínio

técnico, tático e a conjugação entre as diferentes qualidades físicas e psicológicas do atleta constitui-se como um fator fulcral para regular o treino e as competições, permitindo a recolha de informação relevante para potenciar o rendimento desportivo, de acordo com as necessidades num sistema multinível. Ressalva-se que uma abordagem multinível permite ao treinador uma visão compreensiva e holística, através da estruturação dos conteúdos a abordar ao longo da época desportiva, do plano de treino de forma integrada de acordo com as necessidades de desenvolvimento da equipa em geral, dos diferentes grupos de desenvolvimento dentro da equipa, bem como necessidades individuais específicas dos atletas (Response to Intervention & Instruction – RTI). Para além disso, permite uma atuação proativa, preventiva e objetiva na estruturação de processos de tomada de decisão em função dos dados (e.g., transição de escalão, especialização de posições). Adicionalmente, a conceção e aplicação de um instrumento de avaliação de desenvolvimento desportivo, fiável, que obedece a conteúdos de aprendizagem e de desenvolvimento formativo válidos e a avaliação dos respetivos resultados, constitui-se como a base principal de apreciação da qualidade da intervenção formativa das entidades desportivas assim como lhes permite assegurar que a sua atividade se desenvolva de forma coerente e que os projetos formativos a desenvolver se focalizem em necessidades efetivas dos seus utilizadores, identificadas de forma credível e sustentada. Ao alinhar a atividade formativa com a sua missão, vocação e estratégia as entidades desportivas asseguram uma atuação orientada por objetivos de desenvolvimento desportivo e evita atuações de circunstância decorrentes, por exemplo, da contratação de novos treinadores.

Ressalva-se que, tratando-se de um estudo piloto, os resultados apresentados não se constituem como representativos, nem generalizáveis. Mais investigação deve ultrapassar esta limitação: aumentar o número da amostra. São necessários mais dados para construir um modelo preditivo, precisa diversificação de recolha junto de outras entidades desportivas da modalidade de Andebol para estas variáveis e testar algumas das hipóteses apresentadas, devem ser o foco de estudos futuros. Outro tema para estudos futuros seria a relação entre estas variáveis e o desempenho competitivo: Motivação, Cooperação e Coping apresentaram-se temas de elevada relevância. É igualmente importante o desenvolvimento de *guidelines* de desenvolvimento dos conteúdos, numa perspetiva holística e multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

- Azevedo, N. (2011). *Futebol de paixão e a psicologia do desporto*. Relatório de estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia do Desporto e do Exercício. Instituto Politécnico de Santarém: Escola Superior de Desporto de Rio Maior. <http://hdl.handle.net/10400.15/1106>
- Eignor, D. R. (2013). The standards for educational and psychological testing. In K. F. Geisinger, B. A. Bracken, J. F. Carlson, J.-I. C. Hansen, N. R. Kuncel, S. P. Reise, & M. C. Rodriguez (Eds.), *APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol. 1. Test theory and testing and assessment in industrial and organizational psychology* (pp. 245-250). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14047-013>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021). *Desporto em números*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=10570344&PUBLICACOESmodo=2
- Massuça, L. M., Fragoso, I., & Teles, J. (2014). Attributes of top elite team-handball players. *Journal of Strength and Conditioning Research, 28*(1), 178-186. <https://doi.org/10.1519/JSC.0b013e318295d50e>
- Neves, A., Mesquita, I., & Sampaio, J. (2017). *Manual de curso de treinadores de desporto: Grau III*. Instituto Português do Desporto e da Juventude (IPDJ). <https://www.researchgate.net/publication/321527230>
- Pasquili, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. LabPAM/IBAP, Brasília. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-20014>
- Póvoas, S. C. A., Castagna, C., Resende, C., Coelho, E. F., Silva, P., Santos, R., Seabra, A., Tamames, J., Lopes, M., Randers, M. B., & Krstrup, P. (2017). Physical and physiological demands of recreational team handball for adult untrained men. *BioMed Research International, 1-10*. <https://doi.org/10.1155/2017/6204603>
- Rosado, I., & Sigrad, S. (2016). *O top 5 dos desportos com mais federados em Portugal tem uma surpresa*. Expresso.
- Santos, L., Guimaraes, M., Sá, P., & Leite, P. (2017). *Manual do treinador: Grau 3*, 1-59.
- Serpa, S. (2016). *Psicologia do Desporto – Manual de Curso de Treinadores: Grau I*, 35-56.
- Silva, R. (2009). *Modelos de detecção de talentos no andebol: Diferentes perspectivas*, 114. <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/21586>
- Teques, P. (2009). *A importância da Psicologia no Desporto*, 1-6. <https://docplayer.com.br/5691799-A-importancia-da-psicologia-no-desporto.html>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

A EXPRESSÃO EMOCIONAL, O SUPORTE SOCIAL E O AJUSTAMENTO DIÁDICO NO CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO EM DOENTES ONCOLÓGICOS

Francisca Figueiroa¹ (✉ franciscafig@hotmail.com), Catarina Antunes¹, Inês Carixas¹, Raquel Rocha¹, Catarina Ramos², & Isabel Leal³

¹ ISPA – Instituto Universitário, Portugal

² LabPSI – Laboratório de Psicologia Egas Moniz, CiiEM – Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz, Egas Moniz, CRL, Portugal

³ WJCR – William James Center for Research; ISPA – Instituto Universitário, Portugal

O cancro é um acontecimento inesperado com uma grande intensidade reativa (com sintomas de medo e ansiedade, culpa, vergonha, depressão, entre outros) que abala o sistema de crenças do indivíduo. O diagnóstico pode ser considerado pelo paciente oncológico como um acontecimento traumático, uma vez que coloca em risco o bem-estar e a vida do próprio e o paciente apresenta reações psicológicas de confronto com o trauma, neste caso o cancro (Holland, 1989). Contudo, as experiências traumáticas podem desencadear, não apenas angústia e emoções negativas fortes, mas também mudanças positivas na vida do sujeito (i.e., Crescimento Pós-Traumático; CPT). Tedeschi e Calhoun (1996, 2004) definem o CPT como uma experiência subjetiva de mudanças psicológicas positivas que resultaram de um conjunto de esforços realizados para lidar com eventos de vida altamente ameaçadores.

Numa nova narrativa de vida, é esperado que o sujeito adquira um conjunto de benefícios, que podem ocorrer em cinco principais domínios (Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004): (1) Relações Interpessoais (“*Relating to Others*”); (2) Novas Possibilidades (“*New Possibilities*”); (3) Competências Pessoais (“*Personal Strength*”); (4) Mudança Espiritual (“*Spiritual Change*”); e (5) Apreciação da Vida (“*Appreciation of Life*”).

Crescimento pós-traumático, expressão emocional, suporte social e ajustamento diádico em doentes oncológicos

O modelo teórico de CPT (Tedeschi et al., 2018) sugere que a capacidade de expressão emocional, caracterizada por atitudes de abertura em ambientes sociais como a partilha de emoções e diálogos relacionados com o evento stressante, facilita a aquisição de crescimento psicológico. Existe evidência de que uma maior capacidade e oportunidade de expressão emocional, ao lidar com situações traumáticas, está intimamente associada a uma maior propensão ao CPT (Hassija & Turchik, 2016). Um estudo realizado com estudantes universitários japoneses apontou que os indivíduos que contaram a outros a própria experiência de eventos altamente stressantes reportaram maiores níveis de CPT do que aqueles que não partilharam a sua experiência (Taku et al., 2009). Em relação à experiência oncológica, a expressão emocional facilita a adaptação à doença, proporcionando o CPT, particularmente, em pacientes com cancro de mama (Low et al., 2006), mas também noutros tipos de cancro (Arden-Close et al., 2013). No mesmo sentido, num estudo realizado com sobreviventes de cancro, Schroevers e colaboradores (2010) verificaram uma correlação positiva entre a existência de expressão emocional e a perceção de alterações positivas. Em mulheres com cancro de mama, a expressão emocional poderá conduzir à diminuição do *distress*, enquanto que a falta de oportunidade para a expressão emocional tem um efeito adverso (Iwamitsu et al., 2003).

Ainda, de acordo com modelo teórico de CPT (Tedeschi et al., 2018), o contexto social apresenta um papel importante no desenvolvimento pós-traumático, na medida em que, proporcionando oportunidades de expressão emocional, estimulando o processamento cognitivo e oferecendo novas perspetivas, os membros da rede de suporte podem ajudar o outro a encontrar um significado positivo e a perceber crescimento após o trauma (Schroevers et al., 2010). O suporte prestado pela família e pelos amigos mais próximos, através de tranquilização, proteção e auxílio na resolução de problemas, mantém a atividade do processamento da experiência da doença oncológica, o que facilita o desenvolvimento pós-traumático (Schroevers & Teo, 2008). O modelo de processamento sociocognitivo de Lepore (2001) enfatiza o contexto interpessoal na recuperação do cancro, propondo que respostas sociais negativas dadas à partilha das preocupações relacionadas

com a doença podem inibir o processamento cognitivo da experiência e, consequentemente, impedir o CPT. No mesmo sentido, a falta de suporte social ou uma rede de suporte inadequada pode intensificar o sofrimento e facilitar o desenvolvimento de sintomas de stress pós-traumático (Lepore, 2001).

A satisfação com a rede de suporte e a percepção de suporte recebido, em termos de diálogo e discussão sobre a experiência de cancro, aparecem associados a um maior desenvolvimento pós-traumático (Cordova et al., 2001). Um estudo de Harper e colaboradores (2007) concluiu que o suporte social percebido não está relacionado com mudanças psicológicas positivas, enquanto um outro estudo de Kinsinger e colaboradores (2006) verificou uma associação significativa entre o suporte emocional e o encontro de benefícios em 250 homens com cancro da próstata.

O CPT em casal é um fenómeno representativo de uma forma de *coping* diádico. Após o trauma, os pacientes e os parceiros parecem desenvolver crescimento pós-traumático individual e também em díade, dependendo do género e da ameaça (Künzler et al., 2014). Kausar e Saghir (2010) realçam, no seu estudo, a importância do ajustamento diádico e da satisfação marital no processo de descoberta de benefícios (i.e., CPT) após o diagnóstico oncológico, verificando associações positivas e significativas entre as variáveis. O ambiente em casal, ao oferecer um espaço aberto à expressão emocional, funciona como um facilitador da ruminação deliberada nos indivíduos, de suporte emocional e, consequentemente, promove também o CPT (Weiss, 2004a,b).

O estudo do CPT ainda é recente em Portugal. Com base na revisão de literatura, identifica-se a falta de estudos que clarifiquem a relação destas três variáveis (i.e., expressão emocional, suporte social percebido e ajustamento diádico) com o CPT no contexto oncológico. É fundamental aprofundar o conhecimento do papel destes fatores psicossociais no desenvolvimento pós-traumático.

Este estudo pretende analisar as relações entre as variáveis: expressão emocional, suporte social, e ajustamento diádico na explicação do processo de CPT numa amostra de doentes oncológicos.

MÉTODO

Participantes

A amostra inicial foi de 246 participantes. Foram excluídos 18 participantes (7.3%), o que resultou numa amostra final de 228 participantes, maiores de 18 anos e com o diagnóstico de cancro. Os restantes critérios de inclusão foram os seguintes: (1) Estar em fase de tratamento, de vigilância ou sob alta médica; e (2) Ler e escrever fluentemente em língua portuguesa.

Relativamente às características sociodemográficas, esta é uma amostra maioritariamente feminina ($n=191$; 83,8%) com uma média de idades de 53,09 anos ($DP=15,00$). A maioria dos participantes completou o ensino secundário ($n=61$; 26,8%) ou apresenta uma licenciatura concluída ($n=61$; 26,8%). Atualmente, 169 (74,1%) dos sujeitos mantêm uma relação amorosa.

No que diz respeito às características clínicas, os três diagnósticos oncológicos mais frequentes nesta amostra são, respetivamente: o cancro de mama ($n=147$; 64,5%), o cancro da cabeça e pescoço ($n=21$; 9,2%) e o cancro do cólon e do reto ($n=13$; 5,7%). O tempo médio desde o diagnóstico é de 74,33 meses ($DP=117,80$). Apenas 5 (1,8%) participantes da amostra ainda não tinham iniciado o tratamento. Uma grande parte dos sujeitos assume que tem ou teve alguém próximo com cancro ($n=174$; 76,7%).

Material

Para realizar a presente investigação, foram aplicados: o Questionário Sociodemográfico; o Questionário Clínico; o Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT; Ramos et al., 2016; Silva et al., 2009; Tedeschi & Calhoun, 1996) para avaliar o CPT; o *Distress Disclosure Index* (DDI; Kahn & Hessling, 2001) e a *Opener Scale* (Miller et al., 1983), para avaliar a expressão emocional e a expressão emocional com outro significativo, respetivamente; a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS; Carvalho et al., 2011; Zimet et al., 1988), para avaliar o suporte social percebido; e a Escala de Ajustamento Diádico (DAS; Gomez & Leal, 2008; Spanier, 1976), para avaliar o ajustamento diádico.

Procedimento

A presente investigação é quantitativa, observacional, transversal e correlacional. O processo de amostragem foi não-probabilístico por conveniência do tipo bola de neve. Os participantes foram recolhidos presencialmente nos movimentos Vencer e Viver, MAPO e MOVAPLAR da Liga Portuguesa Contra o Cancro localizados no IPO de Lisboa, através do questionário online (*Google Forms*) e através da rede de contactos pessoal. Em todos os meios de recolha de dados, foi providenciado o consentimento informado e foram explicados os objetivos e os procedimentos do estudo, antes do preenchimento dos questionários. A recolha de dados ocorreu de 14 de Janeiro de 2020 a 1 de Abril de 2020.

Inicialmente, foi efetuada uma análise descritiva e psicométrica das variáveis psicossociais em estudo, incluindo os valores de mínimo, máximo, média, desvio-padrão, assimetria e curtose e o alfa de *Cronbach*. Possíveis associações entre as variáveis psicossociais em estudo foram testadas através de correlações bivariadas de *Pearson*. De seguida, foram realizados diversos modelos de regressão linear múltipla para compreender quais as variáveis em estudo (Expressão Emocional; Suporte Social Percebido; e Ajustamento Diádico) explicam significativamente o CPT. Os modelos de regressão linear múltipla foram realizados se os seus pressupostos forem verificados, como o caso da independência dos erros, onde é necessário verificar se a autocorrelação entre os erros é nula, isto através da Estatística de Durbin-Watson (~ 2) e o pressuposto da multicolinearidade, onde é necessário, as variáveis independentes não serem colineares, ou seja, não estarem fortemente correlacionadas, assegurado através do valor de VIF (≤ 5) (Marôco, 2011).

A análise estatística realizada neste presente estudo foi feita através do programa *IBM SPSS Statistics v.26*, utilizando níveis de significância de *p-value* $\leq 0,001$.

RESULTADOS

Análise descritiva

No âmbito da análise descritiva, identificou-se que todas as variáveis revelaram uma distribuição normal e uma boa fiabilidade com valores próximos ou superiores a 0,7 (Tabela 1).

Tabela 1

Análise descritiva, normalidade e consistência interna das variáveis psicossociais

Variáveis	Min	Max	M	DP	Assimetria	Curtose	α
Crescimento pós-traumático (Total)	0	105	66,98	24,12	-0,71	-0,20	0,95
Relação com os outros	0	35	22,86	8,74	-0,81	-0,10	0,90
Novas possibilidades	0	25	14,62	6,90	-0,50	-0,78	0,88
Força pessoal	0	20	13,90	4,84	-0,87	0,17	0,82
Mudança espiritual	0	10	4,83	3,38	-0,07	-1,26	0,77
Apreciação da vida	0	15	10,76	3,89	-0,87	-0,04	0,81
Expressão emocional (DDI)	12	60	34,23	8,86	0,26	0,87	0,81
Expressão emocional com outro significativo (<i>Opener scale</i>)	5	25	13,56	5,89	0,19	-1,02	0,87
Ajustamento diádico (Total)	32	146	107,61	23,65	-0,99	0,50	0,93
Consenso	2	65	47,46	13,74	-1,60	2,18	0,96
Satisfação	8	49	37,32	7,05	-0,84	1,46	0,73
Coesão	2	24	14,38	4,78	-0,18	-0,22	0,78
Expressão de afeto	0	12	8,45	3,20	-0,95	-0,14	0,67
Suporte social percebido (Total)	1	7	5,65	1,24	-1,48	2,55	0,94
Família	1	7	5,71	1,54	-1,40	1,23	0,95
Amigos	1	7	5,40	1,45	-1,15	1,20	0,95
Outros significativos	1	7	5,84	1,41	-1,75	2,93	0,92

Nota. M – Média; DP – Desvio-Padrão; α – Coeficiente de Alfa de Cronbach.

Para analisar as correlações entre as variáveis em estudo, realizou-se um teste de coeficiente de correlação de Pearson (r). Verificam-se relações estatisticamente significativas e positivas entre o CPT e expressão emocional ($r=0,273$; $p\leq 0,001$), entre o CPT e expressão emocional com outro significativo ($r=0,453$; $p\leq 0,001$), entre o CPT e o suporte social percebido ($r=0,256$; $p\leq 0,001$). No entanto, não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre CPT e o ajustamento diádico.

Modelos de regressão linear múltipla

Para todos os modelos de regressão linear múltipla, os pressupostos foram verificados, mais especificamente a multicolinearidade e a independência dos erros. Os modelos têm estas condições de aplicação verificadas através da estatística de Durbin-Watson (~ 2) e a estatística *VIF* (≤ 5) (Marôco, 2011).

Relação entre a expressão emocional e o suporte social percebido no crescimento pós-traumático

Os resultados obtidos dos diferentes modelos de regressão linear múltipla do CPT e, cada um dos seus domínios, demonstraram que a expressão emocional com outro significativo ($\beta=0,38$; $p\leq 0,001$) e a expressão emocional ($\beta=0,11$; $p=0,071$) explicam a variância do CPT total em 22,3%, com um modelo significativo [$F(5,222)=14,053$; $p\leq 0,001$]. Os resultados referentes às restantes sub-escalas do CPT estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Modelo explicativo de CPT, com as variáveis expressão emocional e suporte social percebido (N=228)

Variáveis	Modelo									
	Modelo 1a CPT (Total)		Modelo 1b CPT (Relação com os outros)		Modelo 1c CPT (Novas possibilidades)		Modelo 1d CPT (Força pessoal)		Modelo 1e CPT (Mudança espiritual)	
	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>
Expressão emocional (DDI)	0,11	1,81*	0,17	2,72***	0,07	1,07	0,09	1,33	0,09	1,34
Expressão emocional com outro significativo (Opener scale)	0,38	5,87***	0,29	4,50***	0,42	6,60***	0,29	4,36***	0,23	3,24***
Suporte social percebido (Família)	0,01	0,12	0,11	1,40	-0,10	-1,23	-0,00	-0,02	0,02	0,28
Suporte social percebido (Amigos)	0,11	1,45	0,08	1,03	0,15	2,06**	0,06	0,72	0,01	0,07
Suporte social percebido (Outros significativos)	0,05	0,59	0,01	0,16	0,06	0,72	0,08	0,91	-0,01	-0,12
<i>F</i> (5,222)	14,053***		12,186***		15,043***		7,853***		3,721***	
<i>R</i> ² ajust	0,22		0,20		0,24		0,13		0,06	

Nota. *** $p<0,01$; ** $p<0,05$; * $p<0,10$.

Relação entre o ajustamento diádico e o crescimento pós-traumático

A variável ajustamento diádico apresenta uma condição no tipo de sujeitos no qual esta deve ser aplicada, esta condição é de que os sujeitos têm de manter uma relação amorosa. Assim sendo, foi necessária a criação de uma subamostra com os participantes que, de facto, têm uma relação amorosa ($n=168$).

Os resultados obtidos dos diferentes modelos de regressão linear múltipla do CPT e, cada um dos seus domínios, demonstraram um modelo estatisticamente significativo [$F(9,158)=5,084$; $p\leq 0,001$], com uma variância explicada de CPT da escala total de 18%, sendo que a expressão emocional com outro significativo é a única variável associada significativamente ao CPT ($\beta=0,39$; $p\leq 0,001$), nesta sub-amostra de participantes que se encontram numa relação amorosa. Os resultados referentes às restantes sub-escalas do CPT estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Modelo explicativo de CPT, com ajustamento diádico, expressão emocional e suporte social percebido (N=168)

Variáveis	Modelo									
	Modelo 2a CPT (Total)		Modelo 2b CPT (Relação com os outros)		Modelo 2c CPT (Novas possibilidades)		Modelo 2d CPT (Força pessoal)		Modelo 2e CPT (Mudança espiritual)	
	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t
Expressão emocional (DDI)	0,11	1,40	0,16	2,00**	0,07	0,86	0,11	1,30	0,09	1,0
Expressão emocional com outro significativo (<i>Opener scale</i>)	0,39	4,72***	0,35	4,20***	0,40	4,76***	0,31	3,63***	0,21	2,3
Suporte social percebido (Família)	-0,01	-0,07	0,12	1,11	-0,09	-0,81	-0,14	-1,19	0,05	0,3
Suporte social percebido (Amigos)	0,04	0,45	0,03	0,36	0,05	0,50	0,10	1,00	-0,06	-0,6
Suporte social percebido (Outros significativos)	0,11	0,98	0,00	0,01	0,11	0,96	0,24	2,01**	-0,01	-0,1
Ajustamento diádico (Consenso)	-0,11	-0,88	-0,10	-0,83	-0,13	-1,01	0,04	0,31	-0,23	-1,7
Ajustamento diádico (Satisfação)	0,05	0,51	0,10	0,97	0,04	0,39	-0,05	-0,42	0,08	0,7
Ajustamento diádico (Coesão)	-0,10	-1,11	-0,14	-1,45	-0,05	-0,54	-0,07	-0,74	-0,08	-0,7
Ajustamento diádico (Expressão de afeto)	0,08	0,65	0,11	0,88	0,13	1,01	-0,07	-0,53	0,11	0,8
$F(9,158)$	5,084***		4,975***		4,523***		3,903***		1,599	
R^2 ajust	0,18		0,18		0,16		0,14		0,03	

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo confirmam que a expressão emocional e, especificamente a tendência de debater e partilhar determinados temas com outro significativo, prediz significativamente do CPT e das suas dimensões nesta amostra. Este resultado pode confirmar que falar sobre o cancro e outros assuntos significativos para o próprio reflete uma oportunidade para ocorrerem processos cognitivos, afetivos e interpessoais que promovem a percepção de benefícios por parte do doente ou sobrevivente.

A expressão emocional de informações perturbadoras para o indivíduo é uma variável que prediz marginalmente o CPT. O aumento do CPT é assegurado por uma maior capacidade de expressão emocional, o que já tinha sido verificado em alguns estudos com populações que experienciaram situações traumáticas, entre as quais, o cancro (Arden-Close et al., 2013; Henderson et al., 2002; Low et al., 2006; Manne et al., 2004). Um dos componentes que Tedeschi e colaboradores (2018) apontam como potenciador de CPT é a autorrevelação, principalmente quando o sujeito que experienciou o trauma percebe a partilha de informações difíceis como bem-recebida por parte dos outros.

A expressão emocional, através de autorrevelação, pode influenciar o processamento cognitivo, o qual desempenha um papel importante no processo de CPT. Os eventos traumáticos, frequentemente, implicam a ruminação acerca da vivência. Neste processo, a expressão sobre os próprios pensamentos, emoções e sentimentos relacionados com o trauma, através do debate com o outro, promove mudanças qualitativas no processamento cognitivo, como a significação da experiência, especialmente quando as respostas sociais à revelação são positivas (Tedeschi et al., 2018).

A expressão emocional com outro significativo foi considerada o principal preditor do CPT total e das suas dimensões, nomeadamente, com a amostra total e na sub-amostra com os participantes com relação amorosa, o que vem confirmar o sugerido pelo modelo de CPT (Tedeschi et al., 2018).

A dimensão Amigos do suporte social percebido prediz, de forma estatisticamente significativa, a dimensão Novas Possibilidades e marginalmente a dimensão Apreciação da Vida, no modelo explicativo que engloba a amostra total. No modelo explicativo com participantes que

mantêm uma relação amorosa, é de salientar que a dimensão Outros Significativos prediz significativamente as dimensões Força Pessoal e Apreciação da Vida (CPT). Ambos os resultados vêm corroborar que apenas o suporte social percebido de amigos ou outros significativos (e não o suporte social percebido da família) é que predizem três das dimensões do CPT. Assim, o suporte social por amigos ou outros significativos providencia um contexto de tranquilização e de securização para a partilha de informação acerca do evento stressante, o que parece promover o CPT, em particular uma maior valorização de si próprio e uma reestruturação dos objetivos de vida.

Tal como explicado anteriormente, esta amostra é maioritariamente constituída por mulheres que podem assumir um papel de cuidadoras perante a família, procurando, por isso, um maior suporte emocional e partilhando as suas preocupações relativas à doença com amigos e outros significativos (e não com a família). Estes resultados também podem ser justificados pelo facto de grande parte da amostra (i.e., 76,7%) apresentar alguém próximo com cancro. Ao partilhar informações relacionadas com a doença e as suas consequências com alguém próximo que também tem ou teve cancro, o sujeito identifica pensamentos, sentimentos e emoções idênticos aos seus, sentindo-se mais escutado e compreendido num ambiente de validação externa, empatia e inclusão. Estas ações de suporte, tanto ajudam na gestão das emoções negativas, como contribuem para a atribuição de novas alternativas de significado à adversidade, facilitando a emergência de CPT.

O ajustamento diádico não prediz o CPT na amostra de população oncológica que mantém uma relação amorosa ou conjugal. Este resultado refuta os resultados de vários estudos com população clínica (Senol-Durak & Ayvasik, 2010) e com doentes com cancro (Cordova et al., 2001; Weiss, 2004a,b).

Ao longo da presente investigação, foram detetadas algumas limitações que podem influenciar os resultados do estudo. Não se verifica uma homogeneidade de género nem do tipo de cancro, visto que se obteve um maior número de respostas de mulheres do que de homens e que grande parte dos participantes terem sido diagnósticos com cancro de mama. A presente amostra apresenta uma grande média de tempo desde o

diagnóstico, o que pode ser limitante no sentido em que os participantes podem ter experienciado CPT num período de tempo mais próximo ao diagnóstico, comprometendo as respostas dadas acerca da percepção de CPT. Estas características comprometem a representatividade da amostra e a generalização dos resultados para a população portuguesa de doentes oncológicos. Apenas parte da amostra mantinha uma relação amorosa ou conjugal, tratando-se de uma sub-amostra mais reduzida, o que limitou a obtenção e análise de resultados acerca da relação entre o ajustamento diádico e o CPT.

Ao nível teórico, os resultados obtidos nesta investigação corroboram o modelo de CPT (Tedeschi et al., 2018), o que significa que, indubitavelmente, a expressão emocional e a percepção de suporte social são aspetos fundamentais no processo de percepção de benefício após um diagnóstico oncológico. No mesmo sentido, ao percecionarem um maior apoio de amigos e de outros significativos, os doentes parecem mais propícios a experienciar o CPT, do que quando percecionam suporte por parte da família. Ao nível de intervenção clínica em psico-oncologia, é expectável que este estudo saliente a importância dos profissionais de saúde facilitarem um processamento cognitivo e emocional mais adequado aos pacientes e utilizarem uma perspetiva sistémica que envolva a rede de suporte mais próxima do doente, para além da família, de forma a promover a mudança de perspetiva sobre a doença e, conseqüentemente, a percepção de mudanças positivas (i.e., CPT).

REFERÊNCIAS

- Arden-Close, E., Gidron, Y., Bayne, L., & Moss-Morris, R. (2013). Written emotional disclosure for women with ovarian cancer and their partners: Randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2262-2269. <https://doi.org/10.1002/pon.3280>
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS). *Psychologica*, (54), 331-357. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_13

- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology, 20*(3), 176. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176>
- Gomez, R., & Leal, I. (2008). Ajustamento conjugal: Características psicométricas da versão portuguesa da Dyadic Adjustment Scale. *Análise Psicológica, 26*(4), 625-638. <https://doi.org/10.14417/ap.522>
- Harper, F. W., Schmidt, J. E., Beacham, A. O., Salsman, J. M., Averill, A. J., Graves, K. D., & Andrykowski, M. A. (2007). The role of social cognitive processing theory and optimism in positive psychosocial and physical behavior change after cancer diagnosis and treatment. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 16*(1), 79-91. <https://doi.org/10.1002/pon.1068>
- Hassija, C. M., & Turchik, J. A. (2016). An examination of disclosure, mental health treatment use, and posttraumatic growth among college women who experienced sexual victimization. *Journal of loss and trauma, 21*(2), 124-136. <https://doi.org/10.1080/15325024.2015.1011976>
- Henderson, B. N., Davison, K. P., Pennebaker, J. W., Gatchel, R. J., & Baum, A. (2002). Disease disclosure patterns among breast cancer patients. *Psychology and Health, 17*(1), 51-62. <https://doi.org/10.1080/08870440290001520>
- Holland, J. C. (1989). Clinical course of cancer. In J. C. Holland & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer* (pp. 75-100). Oxford University Press.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Kodama, M., & Okawa, M. (2003). Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57*(3), 289-294. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2003.01119.x>
- Kahn, J. H., & Hessling, R. M. (2001). Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*(1), 41-65. <https://doi.org/10.1521/jscp.20.1.41.22254>
- Kausar, R., & Saghir, S. (2010). Posttraumatic growth and marital satisfaction after breast cancer: Patient and spouse perspective. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology, 8*(1), 3.
- Kinsinger D. P., Penedo F. J., Antoni M. H., Dahn J. R., Lechner S., & Schneiderman N. (2006). Psychosocial and sociodemographic correlates of benefit-finding in men treated for localized prostate cancer. *Psycho-Oncology, 15*(11), 954-961. <https://doi.org/10.1002/pon.1028>
- Künzler, A., Nussbeck, F. W., Moser, M. T., Bodenmann, G., & Kayser, K. (2014). Individual and dyadic development of personal growth in couples coping with cancer. *Supportive care in Cancer, 22*(1), 53-62. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1949-6>
- Lepore, S. J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B. L. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99-116). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10402-006>

- Low, C. A., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2006). Expressive disclosure and benefit finding among breast cancer patients: mechanisms for positive health effects. *Health Psychology, 25*(2), 181. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.2.181>
- Manne, S., Ostroff, J., Sherman, M., Heyman, R. E., Ross, S., & Fox, K. (2004). Couples' support-related communication, psychological distress and relationship satisfaction among women with early stage breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(4), 660. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.4.660>
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics [Statistical analysis using SPSS Statistics]* (5ª ed.). ReportNumber, Lda.
- Miller, L. C., Berg, J. H., & Archer, R. L., (1983). Openers: Individuals who elicit intimacy self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 1234-1244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.6.1234>
- Ramos, C., Leal, I., Marôco, A. L., & Tedeschi, R. G. (2016). The posttraumatic growth inventory: Factor structure and invariance in a sample of breast cancer patients and in a non-clinical sample. *The Spanish Journal of Psychology, 19*, E64. <https://doi.org/10.1017/sjp.2016.65>
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology, 19*(1), 46-53. <https://doi.org/10.1002/pon.1501>
- Schroevers, M. J., & Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: Relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-oncology, 17*(12), 1239-1246. <https://doi.org/10.1002/pon.1366>
- Senol-Durak, E., & Ayvasik, H. B. (2010). Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: Perceived social support, perception of the event and coping. *Journal of clinical psychology in medical settings, 17*(2), 150-158. <https://doi.org/10.1007/s10880-010-9192-5>
- Silva, S., Moreira, H., Pinto, S. & Canavarro, M. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 28*(2), 105-133. <https://www.researchgate.net/publication/234164878>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 15*-28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Taku, K., Tedeschi, R. G., Cann, A., & Calhoun, L. G. (2009). The culture of disclosure: Effects of perceived reactions to disclosure on posttraumatic growth and distress in Japan. *Journal of Social and Clinical Psychology, 28*(10), 1226-1243. <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.10.1226>

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress, 9*(3), 455-471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge.
- Weiss, T. (2004a). Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 13*(4), 260-268. <https://doi.org/10.1002/pon.735>
- Weiss, T. (2004b). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(5), 733-746. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.733.50750>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment, 52*(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

CONSEQUÊNCIAS DA RECLUSÃO EM FILHOS E FILHAS DE PAIS E MÃES ENCARCERADOS: UM ESTUDO NO CONTEXTO BRASILEIRO

Glória Jóluskin¹ (✉ gloria@ufp.edu.pt), Bárbara Bervian¹, & Isabel Silva¹

¹ Universidade Fernando Pessoa, Portugal

O encarceramento em massa tem interfaces significativas com a profunda desigualdade social que acompanha historicamente os países da América Latina, com consequências que ultrapassam em muito as pessoas encarceradas (Saavedra et al., 2015). Essa realidade se apresenta decorrente de opções políticas e sociais, das quais tende-se a encarcerar mais pessoas pobres, verificadas disfuncionais, em termos de segurança pública, com vistas a diminuição dos números da criminalidade, e, supostamente, à ressocialização dos apenados (Madrid & Prado, 2014).

Mas esse panorama extrapola seus afeitos para além das pessoas diretamente afetadas pela pena. Os efeitos do encarceramento são sofridos também pela sua família, especialmente seus filhos e filhas. Essas famílias, muitas vezes, já se constituem enfrentando as dificuldades causadas pela exclusão social e, com a prisão, especialmente de um adulto referente, imporá barreiras ainda maiores para o seu desenvolvimento e transformação social (Cabral & Medeiros, 2014). Contudo, O Comitê de Direitos da Criança das Nações Unidas manifestou no seu Dia de Debate Geral de 2011 um “baixo nível de conhecimento geral sobre a situação de filhos com pais reclusos”.

Após percorrer a contextualização teórica sobre a matéria, embora também não existam dados acerca do número de filhos e filhas da população reclusa, a pesquisa realizada vem para dar visibilidade a este fenómeno, pretendendo ser um ponto de reflexão a ter em consideração para a reformulação de premissas sociais e culturais acerca do encarceramento, desigualdade social, infância e construção de redes de apoio e assistência.

O objetivo geral do presente estudo consiste em analisar a percepção dos profissionais sobre os efeitos que a aplicação da pena de prisão sobre um ou ambos progenitores pode ter nas crianças. Com o intuito de responder a este objetivo, foram identificados os seguintes objetivos específicos: (1) Analisar a percepção dos profissionais em relação às consequências da reclusão do/s progenitor/es a nível comportamental e emocional; (2) Identificar problemas relacionadas com a exposição a fatores de risco decorrentes da situação de vulnerabilidade na qual se encontra a família; e (3) Buscar estratégias centradas na atenuação os efeitos do encarceramento dos progenitores na vida dos seus filhos e filhas.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo foi construída por 15 (quinze) profissionais, que atuam como professores, psicólogos, médicos psiquiatras e conselheiros tutelares, que trabalham ou já trabalharam diretamente com crianças cujo pai ou mãe cumpriram uma pena privativa de liberdade. O 66,34% dos entrevistados eram mulheres, sendo que 8 profissionais exercem suas funções como professores; 4 dos entrevistados exercem funções agentes de Conselhos Tutelares; 2 são psicólogos e 1 psiquiatra. Todos eles desenvolvem funções no sistema público durante mais de 2 anos.

Instrumentos

Na presente investigação utilizou-se um questionário sociodemográfico, no qual foram incluídas questões relacionadas com o sexo, profissão, e experiência profissional dos participantes. A seguir, foi utilizado um guião de entrevista semiestruturada, composto de 25 perguntas relacionadas com as experiências vividas pela criança no ambiente familiar, escolar, comunitário, conforme a percepção dos profissionais sobre as mesmas, assim como sobre os efeitos emocionais e comportamentais. Finalmente, inquiriu-se sobre a sugestão de medidas alternativas para atenuar os efeitos do encarceramento em relação às crianças.

Procedimento

Após parecer positivo da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Plataforma Brasil, iniciou-se em agosto de 2020, tendo esta sido finalizada em julho de 2021. Durante o primeiro contato com os participantes, foram esclarecidos os cuidados éticos envolvidos na realização do estudo. Devido à situação pandêmica na qual nos encontrávamos durante o período de levantamento de dados, as entrevistas foram realizadas online, sendo posteriormente solicitado o assentimento informado para a participação e gravação da entrevista. Após a realização da entrevista, as respostas dos participantes foram transcritas e, em seguida, realizada uma análise de categorias, seguindo o procedimento proposto por Bardin (1977).

RESULTADOS

A partir do procedimento anterior, foi possível identificar algumas categorias de análise como: (1) Percepção quanto aos efeitos comportamentais e emocionais das crianças; (2) Percepção quanto à exposição a fatores de risco; e (3) Identificação de estratégias e medidas alternativas para atenuar os impactos causados nesse contexto.

Em relação à percepção do profissional sobre os efeitos emocionais causados nas crianças, as verbalizações dos participantes não se centraram no comportamento da criança em contexto familiar ou escolar, mas sim nos efeitos que a realização de visitas ao progenitor em contexto prisional pode ter nas crianças. Do ponto de vista dos profissionais, para algumas crianças as visitas são motivo de alegria e o ambiente do cárcere ocupa a ideia de um local lúdico, porque, muitas vezes lá, os pais brincam com filhos e filhas. Contudo, os participantes acreditam que estas visitas geram nas crianças uma sensação de descomprometimento com as tarefas do dia-a-dia, sendo, portanto, negativas para as crianças.

“As crianças? Sim, eles vão. Ah... havia um tempo que... a mãe levava essas três crianças junto porquê... de certo o pai pedia, mas todas as famílias visitam. Os filhos vão também. Ah... o mais velho diz que a cadeia é bonita, que não é um lugar ruim, que lá tem comida, que lá tem... sol pra tomar. É... pra ti ver como ele tá assim ó... ele é... ele hoje já é um problema, né? E que ele não se, ele não vê o, a, a prisão como um lugar

ruim, sabe? Os outros dois são diferentes, né? Mas ãh... eu acho que com certeza sim eles sabem que ali não é um lugar adequado, que não é um lugar bonito de estar, é um lugar triste. Mas o mais velho ele mostra isso sabe? Assim... um lado bem oposto do que se espera” (Participante 1).

“As crianças já tavam se encaminhando pra um lado mais rebelde pra poder ficar onde o pai tá, sabe? Foi uma experiência incrível essa que fizemos, porque a gente achou que levar pra visitar o pai ia melhorar 100%, aí a gente trabalhou o outro lado da questão, que era pra eles não ser igual. Porque daí o pai não faz nada, o pai joga bola, o pai joga carta, às vezes até ganha dinheiro, porque eles ganhavam um dinheirinho do pai pra levar pra casa... e como é que o pai ganhava dinheiro? Era vida fácil, né?” (Participante 7)

A maioria dos entrevistados entendem que a criança sente mais a falta da mãe. Pese que admitem haver bons pais, a falta da figura materna seria mais prejudicial.

“Obviamente, sem dúvida nenhuma, a mãe faz muito mais falta na vida de uma criança, ã... sendo ela do sistema carcerário ou sendo ela por algum motivo... a ausência dela. A ausência dela é muito mais sentida pela criança e até pelo próprio depois adolescente, né?, mas o pai não. O pai é uma figura que ... são raras as situações, né?, dos atendimentos... pelo conselho tutelar aonde vê uma afetividade gigante assim entre filho e paternidade. A maternidade, na nossa área ela tem muito mais, mas muito mais importância do que o pai com certeza” (Participante 2).

“Acho que sim, porque eu remeteria mais pras funções mesmo, nas questões das funções, do cuidado, da proteção. Geralmente, nos grupos familiares, a mãe para a criança, faz uma falta maior, acho que tem um impacto maior, considerando que cuide da criança. Tem pais também que são exemplares cuidam muito bem dos filhos, assumem, participam da escola” (Participante 3).

Em relação a esta questão, um dos entrevistados afirmou que algumas vezes até era melhor a não convivência com o pai.

“Muitas vezes o pai, em situações onde o pai vai preso, acaba sendo um alívio pra aquela família, agora quando a mãe vai presa é é uma certa desestrutura toda aquela família ali. Porque a mãe era que segurava a questão de afinidade tudo e o pai acaba sendo o cara que joga tudo e não dá muita afetividade pra criança” (Participante 5).

Contudo, dois participantes referiram que não percebem diferença quanto à separação ser do pai ou da mãe. Segundo um entrevistado, hoje, é preciso considerar as diversas composições familiares há, especialmente os vínculos que as permeiam.

“É difícil tu afirmar algo com certeza se esse pai ou mãe, no geral a gente até supõe que seja com a mãe, mas eu não poderia lhe afirmar com certeza se for, porque as famílias... As configurações familiares atuais são muito diferenciadas hoje em dia, né?”

Então não é... Elas vão suprir de forma diferente do que em gerações passadas. Por isso que eu acredito que vá depender mais do vínculo e como foi a criação e o contato dessa criança com aquela pessoa. Não é mais aquela família com pai, mãe, filhinho, né? Existem diferentes configurações familiares né? Formações familiares. Cada um com sua necessidade. Cada um com a sua realidade” (Participante 8).

A totalidade dos entrevistados referiu entender que os filhos e filhas de pais presos estão sujeitos a diversos fatores de risco, tais como a violência a toxicod dependência ou falta de atenção às necessidades básicas.

“Eu acho que a primeira porta de entrada é a questão das drogas, né? Porque são crianças vulneráveis, são crianças que quando não obedecem os seus pais eles são alvos muito fáceis para, para... as questões da sociedade que estão ali como as drogas, a violência, né?” (Participante 1).

“Elas ficam mais expostas, tem a questão do desleixo. A falta de uma atenção básica, elas ficam mais expostas, nesse sentido, né... À drogadição, eu penso que... ah... não é, não é... os jovens em qualquer classe social estão expostos a isso, é uma coisa que é comum, aos espaços que convivem” (Participante 3).

“Acho que assim, a questão dos riscos é o risco iminente à falta de duas coisas: falta de Estado, né, naquela... naquela comunidade, a falta de Estado e a falta da figura de referência, ou, como eu te falei, a referência torpe, né? Então tudo isso vai ter implicação. Obviamente, vai ter implicação social no sentido de que são crianças com menor escolaridade, maior taxa de evasão, tá? Vão ser crianças que vão aprender que pra se resolver as coisas têm que usar a violência, então elas vão replicar a violência, tá?” (Participante 5).

É possível perceber que os profissionais observaram que os filhos e filhas de pai e/ou mãe reclusos, em sua maioria, sofrem estigmatização nos diversos contextos em que convive, na comunidade, na escola e, em alguns casos até mesmo na própria família.

“Eu acho que a própria família começa a fazer isso. “Ela é igual a mãe dela”, esse tipo de coisa assim. “Eu nunca consegui dominar a mãe dela” (Participante 11).

Sim, ficam rotulados, ficam taxados, ah, é o filho do fulano que tá preso, ah, é a filha daquela mulher que matou aquela mulher; sabe? São. São discriminados muito e infelizmente pelos próprios colegas, amigos na escola principalmente, porque lá que é o convívio diário, né? E a própria sociedade em si também. Não, não vou deixar meu filho brincar com aquele lá porque o pai dele tá lá, preso (Participante 13).

Os participantes também identificaram estratégias e medidas alternativas para atenuar os efeitos que o cumprimento da pena privativa de liberdade no pai e/ou na mãe tem em relação a seus filhos e filhas. Nesse sentido, primeira e infelizmente, verifica-se o desconhecimento quanto a existência de políticas públicas sendo desenvolvidas objetivando a proteção e assistência da popu-

lação objeto desta pesquisa. De fato, a maioria dos entrevistados relatou que não recebe orientações prévias quanto à forma de abordagem às crianças cujo pai e/ou mãe se encontram em prisão, nem tem conhecimento quanto à existência de diretrizes governamentais nesse sentido.

“Não, não tem nenhum documento oficial, assim, é muito de cada um. É claro que estando em vários colegas, no serviço a gente procura conversar sobre e estabelecer, a partir do bom senso, né?, uma linha de trabalho, mas não tem um documento oficial sobre isso (...) Olha, o que eu conheço é esse respaldo financeiro do Auxílio-Reclusão pra... pras famílias em que os pais tinham contribuição previdenciária, eh... mas no geral, não conheço nada, assim, que seja muito específico pra isso. Aqui a gente tem demandas e acolhe, mas é sempre no mesmo influxo das demais demandas (Participante 9).

Quando solicitado aos participantes que sugerissem medidas para combater a vulnerabilidade social desta população, estes indicaram medidas como o acompanhamento escolar sem discriminação diante da sua situação, na inserção e investimentos em projetos comunitários locais, políticas públicas de natureza afirmativa, acompanhamento das famílias ou o funcionamento eficiente de instituições de assistência.

“(...) dentro da escola a gente tem que agir o mais naturalmente possível, né? (...) é necessário assim que a gente cuide pra que dentro da escola, eles não sejam discriminados” (Participante 1).

“(...) A assistência social tem (que) trabalhar a família no todo. É muito fácil, você vem aqui, eu te dou uma sacola, ãhn, um saco, uma sacola econômica, tu vai pra casa, leva uma sacola, tu ganha o Bolsa Família dentro, não é isso. E depois que ele voltar, né, ou a mãe voltar do presídio. A família tem que tá estruturada, tem que ter um grupo de apoio pra atender esse pai, atendendo a família, o pai voltou pra casa, você tenha recebido e voltar ao convívio de todos, né? (Participante 7).

No mesmo sentido, os entrevistados sugeriram formas de sensibilizar a sociedade para que a discriminação em relação a esse grupo diminua. Nesse sentido, infere-se que o debate sobre essa problemática é fundamental, campanhas esclarecedoras podem auxiliar, e, fundamentalmente, a abordagem desta problemática como um processo coletivo e social e não individualizado.

“O problema que to colocando aqui é imenso, mas... acho que campanhas de natureza esclarecedora possam auxiliar, e que o trabalho da rede de atendimento seja cada vez mais reforçado. As redes são um momento em que todas as políticas se reúnem, para discutir os problemas, o funcionamento, o que tá sendo oferecido, aonde que tem serviços que possam dar apoio... Eu entendo isso como um processo coletivo, ele não é individualizado. A educação deve ser colocada assim, e aí, não so a educação formal, né?... a educação de cidadania, que de consciência dos direitos” (Participante 3).

DISCUSSÃO

Em relação à percepção do profissional sobre os efeitos emocionais causados nas crianças, chama, em primeiro lugar, a atenção o fato dos profissionais centrarem as suas respostas no momento da realização de visitas ao progenitor em contexto prisional. As percepções dos profissionais parecem assim centradas apenas na influência que os progenitores podem ter como modelos diretos de aprendizagem, esquecendo a possibilidade de as crianças sentirem a ausência do pai ou da mãe como uma perda, como acontece nos casos de divórcio dos pais (cf., Serrano, 2006) ou de morte de um dos progenitores (cf., Anton & Favero, 2011). Parece assim subjacente uma certa preocupação, por parte dos profissionais de que os progenitores possam exercer uma influência negativa nos filhos, embora esta não se reconheça abertamente. Ao mesmo tempo, os profissionais parecem manifestar uma certa incompreensão de que a visita ao progenitor seja vivenciada pela criança como um momento positivo. Contudo, os profissionais são capazes de identificar o estigma social que estas crianças sofrem em contexto escolar e comunitário, e até no contexto familiar.

A separação da figura materna é percebida pela maioria dos profissionais como mais prejudicial do que a separação do pai, seguindo o discurso dos profissionais entrevistados uma perspetiva tradicional da família, e possivelmente, uma visão da criminalidade masculina como comportamento mais grave e violento.

Estes efeitos relacionam-se com os fatores de risco mais identificados pelos profissionais, que se centram sobretudo na falta de supervisão parental, na baixa escolaridade e elevado absentismo escolar, na vulnerabilidade para ser captado por grupos criminais, assim como a toxicod dependência, embora no caso deste último não exista um grande acordo entre os profissionais. A identificação destes fatores parece congruente com as medidas que consideram necessárias aplicar, que se centram, fundamentalmente com estratégias a aplicar em contexto escolar, mas também com a aplicação de programas comunitários e políticas públicas, passando igualmente pela sensibilização da sociedade para evitar a estigmatização.

REFERÊNCIAS

- Anton, M., & Favero, E. (2011). Morte repentina de genitores e luto infantil: Uma revisão da literatura em periódicos científicos brasileiros. *Interação em Psicologia, 15*(1). <https://doi.org/10.5380/psi.v15i1.16992>
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Cabral, Y. T., & Medeiros, B. A. de. (2014). A família do preso: Efeitos da punição sobre a unidade familiar. *Revista Transgressões, 2*(1), 50-71.
- Madrid, F. de M. L., & Prado, F. R. de. (2014). A função ativa do cárcere no sistema penal brasileiro. *Revista da Seção Judiciária de Rio de Janeiro, 21*(41), 107-122.
- Saavedra, E., Lappado, P., Bango, M., & Mello, F. (2015). *Invisíveis: Até quando?* <https://www.nnapes.org/docs/Invisiveis-ate-quando.pdf> [Consultado em 10/05/2021].
- Serrano, J. A. (2006). Impacto psicológico del divorcio sobre los niños [en línea]. *Revista de Psicología, 2*(3). <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/6130>
- United Nations Committee on the Rights of the Child [UNCRC]. (2011). *Report of recommendations of the day of general discussion on children of incarcerated parents*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CRC/Discussions/2011/DGD2011ReportAndRecommendations.pdf>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

TROLLING E DEPENDÊNCIA ONLINE: QUE RELAÇÃO?

Inês Borges^{1,2,3} (✉ ines.reis.borges@gmail.com), Ivone Patrão^{2,3,4}, & Patrícia Sobral^{2,3}

¹ WJCR – William James Center for Research, Ispa – Instituto Universitário, Portugal

² Ispa – Instituto Universitário, Portugal

³ Geração Cordão, Portugal

⁴ APPsyCI – Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, Ispa – Instituto Universitário, Portugal

O *trolling* define-se como uma tentativa intencional de causar conflitos e situações de stress online, através de acções maliciosas e provocatórias (e.g., comentários públicos, em grupos privados) (Gylfason et al., 2021).

Desta forma, as redes sociais estão a tornar-se a plataforma preferida para os trolls, uma vez que permite que coloquem material negativo ou ofensivo, devido ao amplo alcance e potencial anonimato (Cambria et al., 2010). Neste sentido, têm sido utilizados os quatro principais tipos de crítica ao comportamento dos *trolls*: (a) tóxico, (b) abusivo, (c) ameaçador e (d) repetitivo (Coles & West, 2016). Assim, os *trolls* tendem a repetir o comportamento destrutivo enviando várias mensagens com conteúdo negativo (Seah et al., 2015), uma vez que podem até ser destrutivos quando estão envolvidos não apenas em ações repetitivas, mas também em comportamentos intencionais e prejudiciais para com as vítimas (Shachaf & Hara, 2010).

Neste sentido, na atualidade as redes sociais são as plataformas online mais utilizadas pelos adolescentes e jovens adultos, sendo que a literatura defende que as mesmas apresentam problemáticas que podem ser nefastas para a saúde mental dos jovens, nomeadamente o *trolling* (Brubaker et al., 2021).

Assim, este estudo tem como objetivo explorar as relações entre dependência online, empatia, praticar *trolling* (ser agressor e/ou vítima).

MÉTODO

O presente estudo é de carácter quantitativo, transversal, exploratório e com um delineamento empírico (Marôco, 2011).

Participantes

A amostra é constituída por $N=264$ participantes, com uma média de idade de 21 anos ($M=21$; $DP=4,91$), em que a maioria (874,2%) são raparigas/mulheres.

Material

Utilizou-se um protocolo de avaliação que se organizava em 4 secções, sendo que a primeira contém questões sociodemográficas e as restantes os seguintes instrumentos:

Global Assessment of Internet Trolling – GAIT (Buckels et al., 2014): A escala é constituída por 4 itens ($\alpha=.85$), sendo que para a presente investigação foram traduzidos os itens para a população portuguesa, bem como acrescentados mais 2 itens. Neste sentido, a escala contempla tem 2 dimensões: ponto de vista de possíveis agressores (e.g., “*Apesar de algumas pessoas ficarem tristes ou aborrecidas com os comentários que faço, eu acho que os devo continuar a fazer porque tem graça?*”), e de possíveis vítimas (e.g., “*No meu grupo online sinto que há sempre um membro a fazer piadas/ comentários ofensivos sobre mim sem pensar como me sinto ao ler aqueles comentários*”). Todos os itens são categorizados numa escala tipo *likert* de 6 pontos (1 – Discordo Totalmente; 2 – Discordo; 3 – Discordo em parte; 4 – Concordo em Parte; 5 – Concordo; 6 – Concordo Totalmente).

Internet Addiction Test – IAT (Pontes et al., 2014; Young, 1998): Este instrumento é constituído por 20 itens, com uma escala de seis pontos (0 – Não se aplica; 1 – Raramente; 2 – Ocasionalmente; 3 – Muitas vezes; 4 – Frequentemente; 5 – Sempre). Com o intuito de se calcular um *score* final, os *scores* obtidos terão de ser somados para cada resposta. Posteriormente, verifica-se em que intervalo é que cada participante se encontra, sendo que quanto maior o score obtido, maior o nível de dependência. Deste modo, por

definição, o uso normal varia entre 0-30 pontos; a utilização suave/baixa entre 31-49 pontos; a moderada entre 50-79 pontos e o uso severo/alto entre os 80-100 pontos (Young, 2011).

Basic Empathy Scale – BES (Jolliffe & Farrington, 2006; Pechorro et al., 2015): Esta escala, que diz respeito à versão reduzida da BES, é constituída por 7 itens, com uma escala de 5 pontos (1 – Totalmente falso, 2 – Em parte falso, 3 – Em parte verdade, 4 – Muitas vezes verdade, 5 – Totalmente verdade). O BES foi desenvolvido como uma escala concisa e coerente com o objectivo de medir dois factores distintos: empatia afectiva e empatia cognitiva. As pontuações são calculadas através da marcação inversa dos itens com palavras positivas e depois somando os itens para obter a pontuação total e as pontuações dos factores. As pontuações mais elevadas indicam um aumento da presença das características associadas.

Procedimento

Num momento inicial, elaborou-se um questionário online através de um formulário da plataforma *Google Forms*, que incluía um consentimento informado, sendo que no caso de crianças e adolescentes menores de idade, foi necessária que os seus encarregados de educação autorizassem a sua participação. Quanto ao questionário, incluem-se: questões sociodemográficas, acerca dos comportamentos online, e ainda as escalas citadas anteriormente. Esta investigação foi desenvolvida no âmbito do projeto Geração Cordão (validado e aprovado pela Comissão Ética do ISPA e pelo Ministério da Educação), em parceria com a APAV.

A divulgação do questionário realizou-se maioritariamente pelas redes sociais, onde foi solicitada a participação voluntária dos participantes, sendo que o método de amostra usado foi uma amostragem não-probabilística por conveniência (Marôco, 2011).

Para a análise de resultados, utilizou-se o IBM SPSS – *IBM Analytics*, versão 28. Posteriormente, foi feita a análise da estatística descritiva da amostra e foi testada as qualidades psicométricas dos instrumentos. Seguidamente, realizou-se a análise dos dados, onde foram feitas correlações com o coeficiente de *Pearson*, assim como regressões lineares múltiplas.

RESULTADOS

Seguidamente, são apresentadas as correlações entre as variáveis de interesse (Tabela 1). Os níveis de dependência online elevados estão positiva e significativamente correlacionados com ser vítima de *trolling*, ser agressor e empatia. Relativamente às variáveis sociodemográficas idade e sexo, foi encontrada uma correlação negativa e significativa entre a idade e ser vítima, ser agressor, bem como entre o sexo dos participantes, ser agressor e empatia. Além disso, foi também encontrada uma correlação negativa e significativa entre ser agressor e empatia.

Tabela 1

Correlações entre as variáveis em estudo e variáveis sociodemográficas

	1	2	3	4	5	6
1. Idade	-					
2. Sexo ¹	-0,10	-				
3. Dependência Online	-0,09	-0,05	-			
Vítima (<i>Trolling</i>)	-0,26**	-0,01	0,26*	-		
Agressor (<i>Trolling</i>)	-0,13*	0,29	0,19**	0,20**	-	
6. Empatia	-0,07	-0,13	0,24**	0,07**	-0,15**	-

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ¹Sexo: Feminino=1; Masculino=2.

A Tabela 2, mostra as regressões múltiplas que indicaram que a dependência online está significativamente e independentemente associada à prática de *trolling* (ser agressor) e empatia.

Tabela 2

Regressão múltipla com modelo de preditores da dependência online.

	β (p)	R
Agressor (<i>Trolling</i>)	0,20 (<0,001)	0,36
Empatia	0,26 (<0,001)	

DISCUSSÃO

O objetivo principal do presente estudo visou analisar as relações entre a dependência online, praticar *trolling* (ser agressor e/ou ser vítima) e empatia.

Os resultados da investigação em causa, verificam que a dependência online está presente em vítimas e agressores, contudo apenas foram encontrados estudos que verificam uma associação positiva e significativa entre um elevado uso da Internet e ser agressor (Blackwell et al., 2017). Corroborando com estudos anteriores, o *trolling* mostrou também uma correlação positiva com a frequência de utilização do *Facebook* (Craker & March 2016; Phillips, 2011). Como salientado por Marwick e Ellison (2012), o facto de que o *Facebook* permite uma fácil manipulação de informação que pode ser utilizada para benefício pessoal, facilita a ocorrência de comportamentos de *trolling*. Da mesma forma, a relação positiva e significativa entre o *trolling* e a utilização do *Twitter* é coerente com a literatura anterior, uma vez que esta rede social recebe várias críticas pelos seus problemas na gestão do *trolling* (McVittie et al., 2021). Assim, é possível observar que para compreender o *trolling* não é suficiente analisar apenas o agressor, ou seja, o perpetuador do comportamento, mas também o funcionamento e as orientações dos meios de comunicação online, utilizados por estes sujeitos.

Concomitantemente, os agressores que praticam *trolling* apresentam menores níveis de empatia, o que vai ao encontro da investigação de Melchers et al. (2016), que refere que os comportamentos de online *trolling* estão associados a uma baixa empatia, sendo que uma baixa ou falta empatia, também é considerado um dos traços de psicopatia que podem existir em indivíduos agressores (Buckels et al., 2013).

Adicionalmente, foi também verificada uma relação negativa e significativa entre idade, ser vítima e ser agressor, o que leva a levantar a hipótese de que quanto mais velhos os indivíduos são, menos pré-disposição têm para serem alvos ou agressores de *trolling*. Este resultado vai parcialmente no sentido da literatura existente, uma vez que Klempka e Stimson (2014) verificam que, o *trolling* estava frequentemente associado a um comportamento que embora provoque consequências substanciais e negativas para as vítimas, variava em certas manifestações deste comportamento e nas próprias definições de *trolling*, entre diferentes faixas etárias.

As limitações deste estudo predem-se com: a utilização de uma escala não validada para a população portuguesa, no que concerne ao *trolling* uma vez que, sendo este um tema ainda recentemente estudado na literatura; e com a amostra ser constituída maioritariamente por raparigas/mulheres (74,2%).

Neste sentido, em investigações futuras torna-se relevante a validação da escala de *trolling* para a população portuguesa, tanto por parte do agressor, como da vítima, bem como torna-se essencial controlar e equilibrar o número de sujeitos de cada um destes dois grupos (feminino e masculino), uma vez que, Todd e Melancon (2019), consideram que o género é um factor determinante e que pode ser variável, entre rapazes/homens e raparigas/mulheres, quanto à forma de comunicação online.

Finalmente, sendo esta uma área de investigação recente, os resultados alertam para a necessidade de intervenção numa linha preventiva, de forma a desenvolver competências socio-emocionais.

REFERÊNCIAS

- Blackwell, D., Leaman, C., Tramposch, R., Osborne, C., & Liss, M. (2017). Extraversion, neuroticism, attachment style and fear of missing out as predictors of social media use and addiction. *Personal and Individual Differences, 116*(1), 69-72.
- Brubaker, P. J., Montez, D., & Church, S. H. (2021). The power of schadenfreude: Predicting behaviors and perceptions of trolling among reddit users. *Social Media and Society, 7*(2). <https://doi.org/10.1177/20563051211021382>
- Buckels, E. E., Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2013). Behavioral confirmation of everyday sadism. *Psychological Science, 24*(11), 2201-2209. <https://doi.org/10.1177/0956797613490749>
- Buckels, E., & Trapnell, P., & Paulhus, D. (2014). Trolls just want to have fun. *Personality and Individual Differences, 67*, 97-102. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.016>
- Cambria, E., Chandra, P., Sharma, A., & Hussain, A. (2010). "Do not feel the trolls," *ISWC, Shanghai*.
- Coles, B. A., & West, M. (2016). Trolling the trolls: Online forum users constructions of the nature and properties of trolling. *Computers in Human Behavior, 60*, 233-244. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.02.070>
- Craker, N., & March, E. (2016). The dark side of Facebook: The dark tetrad, negative social potency, and trolling behaviours. *Personality and Individual Differences, 102*, 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.043>
- Gylfason, H. F., Sveinsdottir, A. H., Vésteinsdóttir, V., & Sigurvinsdottir, R. (2021). Haters gonna hate, trolls gonna troll: The personality profile of a Facebook troll. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(11), 5722. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115722>

- Jolliffe, D., & Farrington, D. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29, 589-611. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.08.010>
- Klempka, A., & Stimson, A. (2014). Anonymous communication on the internet and trolling. *Concordia Journal of Communication Research*, 1, 12-22. <https://doi.org/10.54416/OHQP4384>
- Marôco, J. (2011). *Variáveis, populações e amostras*. In J. Marôco (Ed.), *Análise estatística com o SPSS Statistics* (pp. 21-29). ReportNumber.
- Marwick, A., & Ellison, N. B. (2012). “There isn’t Wi-Fi in heaven!” Negotiating visibility on facebook memorial pages. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 56(3), 378-400. <https://doi.org/10.1080/08838151.2012.705197>
- McVittie, C., Sambaraju, R., & Bain, F. (2021). ‘I love James Blunt as much as I love herpes’ – ‘I love that you’re not ashamed to admit you have both’: Attempted insults and responses on Twitter. *Language & Communication*, 76, 23-34. <https://doi.org/10.1016/j.langcom.2020.10.001>
- Melchers, M. C., Eli, M. Haas, B. W., Ereuter, M., Ebischoff, L., & Emontag, C. (2016). Similar personality patterns are associated with empathy in four different countries. *Frontiers in Psychology*, 7, 290. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00290>
- Pechorro, P., Ray, J. V., Salas-Wright C. P., Maroco, J., & Gonçalves, R. A. (2015). Adaptation of the Basic Empathy Scale among a Portuguese sample of incarcerated juvenile offenders. *Psychology, Crime & Law*, 21(7), 699-714. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2015.1028546>
- Phillips, W. (2011). LOLing at tragedy: Facebook trolls, memorial pages and resistance to grief online. *First Monday*, 16(12), 1-14. <https://doi.org/10.5210/fm.v16i12.3168>
- Pontes, H., Patrão, I., & Griffiths, M. (2014). Portuguese validation of the internet addiction test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 107-114. <https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.2.4>
- Shachaf, P., & Hara, N. (2010). Beyond vandalism: Wikipedia trolls. *Journal of Information Science*, 36(3), 357-370. <https://doi.org/10.1177/0165551510365390>
- Seah, C. W., Chieu, H. L., Chai, K. M. A., Teow, L.-N., & Yeong, L. W. (2015). Troll detection by domain-adapting sentiment analysis. *18th International Conference on Information Fusion* (pp. 792-799).
- Todd, P. R., & Melancon, J. (2019). Gender differences in perceptions of trolling in livestream video broadcasting. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(7), 472-476. <http://doi.org/10.1089/cyber.2018.0560>
- Young, K. (1998). *Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery*. Wiley.
- Young, K. (2011). *Internet Addiction Test (IAT)*. Stoelting.

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

DESEMPREGO, SAÚDE E SONO: O DESEMPREGO AFETA O SONO? REFLEXÃO EXPLORATÓRIA

Isabel Marcano¹ (✉ marcano.isabel@gmail.com)

¹ CRIA / CICS-Nova, Portugal

O desemprego é um fenómeno socioeconómico das sociedades industriais e pós-industriais; inquieta a vida pessoal e familiar de quem o sofre e perturba a vida económica. Os tempos de incerteza da globalização e do acesso ao mercado de emprego foram agravados pela pandemia Covid-19.

A relação complexa entre desemprego e saúde tem merecido muita investigação, sobretudo, nas ciências da saúde, bem como a relação sono e saúde. Porém, a díade sono e desemprego tem sido objeto de menor atenção. O sono tem sido estudado, maioritariamente, pelas ciências da saúde.

Este trabalho tenta responder à questão inicial “O desemprego afeta o sono?” a partir da exploração de literatura recente quanto à relação complexa “desemprego, saúde e sono”.

Primeiro, abordamos a relação trabalho, emprego e desemprego e a pertinência do debate. Posteriormente, tratamos a sua conexão com a saúde de quem vive situações de desemprego. A discussão final, a partir da parca literatura sobre a relação entre desemprego e sono, visa contribuir para o avanço da Psicologia da Saúde e das Ciências Sociais na consolidação de conhecimento e na resposta às necessidades psicossociais, com investigação e intervenções de ajuda.

MÉTODO

Estratégia de pesquisa

Revisão de literatura científica publicada em língua inglesa entre janeiro de 2015 e julho de 2021 em revistas indexadas. Foram feitas as seguintes

associações de pesquisa em língua inglesa: “Desemprego”+“Saúde”; “Desemprego”+“Sono”; “Desemprego”+“Saúde”+“Sono”. Foram analisados na totalidade 50 artigos, com um total de 15 artigos na redação final deste trabalho, incluindo um Working Paper.

Crítérios de inclusão/exclusão

O tema de investigação era o “trabalho” e não o “desemprego”; o tema de investigação era o “desemprego” sem considerar o sono.

RESULTADOS

Trabalho, emprego e desemprego: Três conceitos complexos

Na civilização humana ocidental, a noção de trabalho foi sendo construída como elemento fundamental da condição humana, com atitudes culturais variadas e contraditórias em relação ao seu valor, finalidade e formas de organização, desde a mais remota Antiguidade.

A noção de desemprego depende da ideia que cada sociedade tem de trabalho. Para Freud (1929/2002) o trabalho integra o princípio da vida e do amor; nele se joga necessidade e sublimação. O trabalho é o cimento da vida coletiva (1929/2002).

A expressão “desemprego”, historicamente recente, inventada na transição do séc. XIX para o séc. XX, emerge com o peso do trabalho assalariado na atividade produtiva; acarreta a conceção moderna que separa local de trabalho e local de habitação, bem como organizações burocráticas, e industriais e a institucionalização de um “mercado de emprego”; implica também o reconhecimento de direitos sociais nos Estados modernos que permitem compensações aos sujeitos em idade de trabalhar e que, desejando emprego não o encontram. O desemprego depende também da aceitação social da ideia de emprego como critério de repartição da prosperidade. É com o nascimento dos Estados-Providência que se consagram direitos e deveres à condição de desempregado.

O desemprego de longa duração (DLD)¹ foi um grande problema na Europa nas décadas de 1980 e 1990, quando o mesmo aumentou drasticamente em países europeus e na maioria dos principais países da OCDE, com exceção do Japão e dos Estados Unidos.

Em Portugal e em outros países, o confinamento, devido à pandemia Covid-19, provocou um choque no mercado de trabalho: o desemprego aumentou e o emprego diminuiu. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) prevê o perigo de que a COVID-19 deixe o mercado de trabalho com maior desigualdade geográfica e demográfica, mais pobreza e menos empregos decentes.

A expansão do teletrabalho, em algumas atividades, foi a resposta socioeconómica ao prolongamento da pandemia Covid-19. Porém, o desemprego aumentou mundialmente, nos países membros da EU, nomeadamente em Portugal².

O tema desemprego tem atraído a atenção de economistas (Pipper, 2016) na tentativa de esclarecer origens, tendências e equações para o controlar; sociólogos³ interessados em conhecer a experiência do desemprego; psicólogos⁴ querendo esclarecer o seu impacto na vida mental e psicológica. A norma social dominante “trabalho” e “emprego” tem consequências na vida daqueles a quem trabalho remunerado e emprego estável escapam.

O quotidiano da vida muda quando o desemprego chega. O estatuto social do indivíduo e a sua dignidade são feridos pela perda de emprego, com impacto na sua sociabilidade e organização do tempo. Porém, as formas de não emprego têm diferentes sentidos e existe uma hierarquia de estatutos sociais em função da sua distância ao emprego. Assim, trabalho, emprego e desemprego, suas consequências e vivências não são únicos, mas plurais (Marçano, 2015).

¹ Igual ou superior a um ano.

² Em Portugal o aumento foi de 6,5% em 2019 para 6,9% em 2020, mas ficou abaixo da média da União Europeia (7,1%). A região do Algarve foi a que registou a maior taxa no País (Eurostat, 2021).

³ Paul Lazarsfeld e seus colaboradores, em equipa multidisciplinar, constituem uma referência clássica e pioneira ao estudar a vida de desempregados e suas famílias em uma pequena cidade alemã, durante a crise dos anos 1930. Mais tarde, nos anos 1960, sociólogos franceses avançaram com estudos quando o desemprego se instalou, profusa e duradouramente, na sociedade francesa.

⁴ Na história da investigação em psicologia assinala-se que, nos anos 1930, Hall já abordava a relação entre atitudes e desemprego e, nos anos 1970, Harrison concluía pela desmoralização, quando a experiência de desemprego é prolongada, enquanto Hayes tentava compreender o desempregado e a necessidade de gerir a mudança pessoal quando o emprego se perde.

Desemprego e saúde

É abundante a literatura científica quanto ao impacto do desemprego e da perda de emprego na saúde individual, na dor e no bem-estar (Afolalu et al., 2018). Blanchflower e Bryson (2020) afirmam “o desemprego dói” e justificam os motivos pelos quais nos preocupamos com o desemprego⁵: “aumenta a suscetibilidade à má nutrição, doença, stress mental, e perda de auto-estima como caminho para a depressão”.

Outros estudos assinalam os efeitos negativos do desemprego na saúde, diminuição do nível salarial (enquanto o tempo de desemprego aumenta) e enfraquecimento da força moral dos indivíduos. Um estudo aprofundado e prolongado no tempo, estatístico e qualitativo, com a mesma coorte populacional de homens e mulheres, permitiu identificar matizes nas fases psicossociais do desemprego (Marçano, 2016) a partir da exploração da curva de Harrison (1976): choque (não necessariamente para todos); pessimismo (I); otimismo; pessimismo (II). Porém, as fases identificadas não são, necessariamente, uma cronologia de etapas sucessivas. Outras variáveis ambientais e pessoais podem mediar a percepção do desemprego e influenciar a reação ao desemprego: obtenção rápida de um novo emprego ou não; nível de sustentabilidade financeira; repetição da situação de desemprego; ocupação do tempo “vazio” com atividades satisfatórias de substituição do emprego; grau de integração e apoio familiar; redes sociais independentes do trabalho; valor pessoal e familiar atribuído ao trabalho; oportunidade de transição para a aposentação; idade e características psicológicas pessoais (Marçano, 2015). A análise das histórias de vida no desemprego constitui uma fonte de informação crucial para melhor compreender as experiências no desemprego por quem o vive e as suas percepções em relação a temas como a organização da vida quotidiana, sono, ocupação do tempo e vida familiar.

Segundo Hahn et al. (2015) o desemprego é um acontecimento marcante na vida humana e provoca uma enorme queda na satisfação com a vida; tendência que, no seu estudo, persistiu por, pelo menos, 3 anos após o evento. Além disso, concluem que, em média, os indivíduos não voltaram a atingir o nível de satisfação anterior, mesmo para aqueles que conseguiram um emprego. A variabilidade no enfrentamento do desemprego pode ser

⁵ Estudo a partir da série de pesquisas do Sistema de Vigilância do Fator de Risco Comportamental (BRFSS).

explicada em parte por traços de personalidade, mas também pela duração do desemprego. Um nível mais alto de “consciência,” em pessoas com curtos períodos de desemprego, reforçou o efeito negativo do desemprego, enquanto a “extroversão” abrandou o efeito.

Sono e saúde

O sono é uma função fundamental de sobrevivência humana e da saúde física e mental. Involuntário, complexo, biologicamente enraizado e dependente de fatores internos do organismo (genes e hormonas), o sono também necessita de fatores externos. A luz solar é basilar à sincronização dos ritmos circadianos para o sono e para a manutenção do equilíbrio fisiológico do organismo humano. A melhor forma de estudar as funções do sono é avaliar o impacto da sua privação. O sono é também sensível aos eventos que ocorrem em tempo de vigília. Assim, a forma como decorre o dia influencia o sono; e o bom ou mau sono (em quantidade e qualidade) também influencia o dia.

Consequentemente, perguntamos se a vivência involuntária da experiência de desemprego influencia o sono.

A relação entre sono e saúde tem sido bastante estudada. A curta duração do sono (inferior a 7 horas por noite) está associada a uma maior probabilidade de doenças: por exemplo, diabetes (Shan et al., 2015), doença cardíaca coronária (Wang et al., 2016), depressão, (Zhai et al., 2015) e hipertensão (Wang et al., 2015), entre outros.

Além disso, sono insuficiente também é prejudicial ao bem-estar social com a queda do PIB e menor produtividade (Hafner et al., 2017).

A fase de pandemia Covid tem merecido bastante atenção académica, ao considerar o sono particularmente relevante para enfrentar situações estressantes (Paiva et al., 2021) e de calamidade.

Desemprego e sono

A literatura quanto à relação entre desemprego e sono é magra e centra-se no impacto do mercado de trabalho macroeconómico. Além disso, os resultados nem sempre são congruentes. Análises estatísticas ao nível macro

sobre o uso do tempo no desemprego apresentam resultados contraditórios, apesar da exploração da mesma fonte. Antillón et al. (2015) concluíram que o aumento na taxa de desemprego apresentava correlação estatística com o aumento na duração do sono. Porém, Ásgeirsdóttir e Ólafsson (2015) não encontraram relação consistente entre desemprego e duração do sono. Os autores usaram metodologias diferentes e nenhum dos estudos examinou, explicitamente, a duração do sono de cidadãos desempregados.

Maeda et al. (2019), no Japão, concluíram que homens e mulheres desempregados tinham uma probabilidade maior de insônia do que os empregados. Para Knabe et al. (2010) os desempregados alemães dormem quase uma hora a mais do que os empregados. Não obstante, existe pouca evidência quanto ao impacto do desemprego no sono. Blanchflower e Bryson (2020) em estudo robusto nos EUA concluem que: “os desempregados de curta duração têm mais sono curto e longo do que os empregados”; e que os desempregados têm maior propensão para sofrer de distúrbios do sono. Tais problemas são ampliados para os desempregados de longa duração e para os desempregados que se dizem incapazes de trabalhar.

DISCUSSÃO

Este trabalho explora o “estado da arte” quanto ao papel do desemprego no sono, considerando também a variável saúde.

Como abordamos ao longo do texto, o desemprego ataca o cotidiano de vida pessoal e familiar; perturba a organização do tempo e do espaço; enfraquece o estatuto social de quem o sofre, enquanto se desenha a aprendizagem de um novo papel social, possível pela criação de direitos sociais nos Estados modernos: o papel social de desempregado.

Consequentemente, é provável que a situação de desempregado, com todas as mudanças que acarreta na vida individual e familiar cotidiana perturbe também o sono. Tal mecanismo vital e involuntário de sobrevivência do ser humano afeta a saúde e resulta, biologicamente, de complexos processos neuro químicos envolvendo centros cerebrais promotores do sono e do despertar. Mas o sono também é afetado por eventos quer positivos, quer

adversos do nosso tempo de vigília e da vida quotidiana. Na sua complexidade, nem sempre evidente, o sono também influencia funções diversas do nosso organismo e das nossas reações, i. e., do modo como interagimos com o ambiente externo.

Os estudos revistos não são concordantes nos resultados e usam metodologias diferentes que dificultam a comparabilidade. O estudo de Blanchflower e Bryson⁶ (2020) nos EUA considera o desemprego disruptivo em relação ao sono e merece análise com atenção especial às diferenças culturais e sociais, nomeadamente, quanto às políticas públicas de proteção no desemprego.

É possível que o desemprego seja uma variável cuja relação com o sono implique a avaliação de outras variáveis (género, idade, saúde, estado conjugal, local de residência, escolaridade e nível socioeconómico, entre outras).

O desemprego é um problema social e económico com impacto no bem-estar psicológico. Identificadas fases no processo de quebra psicológica de pessoas desempregadas, pensamos as reações ao desemprego como um processo dinâmico na transição entre fases, em contraste com uma abordagem estática ou onde contrasta a mera oposição simplista choque versus otimismo, proposta por alguns autores. Os poucos resultados de investigação relativos à relação desemprego e sono estimulam o nosso interesse em prosseguir investigação cuidada em Psicologia da Saúde e do Sono sobre o que parece emergir como relação complexa. Nomeadamente, planeamos um projeto de investigação-ação no sentido da educação para o sono e empoderamento psicossocial, a partir de um modelo ambiental e cognitivo-comportamental facilitador do treino de competências a partir da exploração da história pessoal, familiar e sociocultural de cada um. Enfatizar a importância do sono na vida e da vida no sono permitirá enfatizar a saúde e treinar a resiliência e a capacidade de cada pessoa desempregada se adaptar aos desafios do ambiente físico, económico e social.

⁶ Os autores analisaram dados de mais de 3,5 milhões de indivíduos nos EUA (2006-2019) e revelam padrões de interrupção do sono que variam de acordo com a situação no mercado de trabalho. Eles observaram o sono medido por horas em um dia e por dias em um mês; e mediram se o sono é perturbado ao longo de quinze dias, a par da percepção de problemas para adormecer ou dormir demais.

REFERÊNCIAS

- Afolalu, E. F., Ramlee, F., & Tanga, K. Y. (2018). Effects of sleep changes on pain related health outcomes in the general population: A systematic review of longitudinal studies with exploratory meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 39, 82-97. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.08.001>
- Antillón, M., Lauderdale, D. S., & Mullahy, J. (2015). Sleep behavior and unemployment conditions. *Economics & Human Biology*, 14, 22-32. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2014.03.003>
- Ásgeirsdóttir, T. L., & Ólafsson, S. P. (2015). An empirical analysis of the demand for sleep: Evidence from the American time use survey. *Economics and Human Biology*, 19, 265-274. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2015.10.002>
- Blanchflower, D. G., & Bryson, A. (2020). *Unemployment disrupts sleep*. <https://www.nber.org/papers/w27814>
- Eurostat. (2021). Taxa de desemprego – Eurostat. <https://www.gee.gov.pt/pt/indicadores-diarios/ultimos-indicadores/31884-taxa-de-desemprego-eurostat-7>
- Freud, S. (1929/2002). *O mal-estar da civilização*. Imago.
- Hahn E., Specht J., Gottschling, J., & Spinath, F. M. (2015). Coping with unemployment: The impact of unemployment duration and personality on trajectories of life satisfaction. *European Journal of Personality*, 29(6), 635-646. <https://doi.org/10.1002/per.2034>
- Harrison, R. (1976). *The demoralising experience of prolonged unemployment*. Great Britain: Department of Employment Gazette.
- Knabe, A., Rätzl, S., Schöb, R., & Weimann, J. (2010). Dissatisfied with life but having a good day: Time-use and well-being of the unemployed. *The Economic Journal*, 120, 867-889. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.2009.02347.x>
- Maeda, M., Filomeno, R., Kawata, Y., Sato, T., Maruyama, K., Wada, H., Ikeda, A., Iso, H., & Tanigawa, T. (2019). Association between unemployment and insomnia-related symptoms based on the comprehensive survey of living conditions: A large cross-sectional Japanese population survey. *Industrial Health*, 57(6), 701-710. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2018-0031>
- Marçano, I. (2016, June). *What about feelings? Psychological well-being and unemployment in Portugal* [Paper presentation], European Society for Health and Medical Sociology, 16th Congress, Genève, Switzerland. <https://www.unige.ch/sciences-societe/socio/fr/recherche/irs/thematiques/risque/healthy-lives-technologies-policies-and-experiences/>
- Marçano, I. (2015). *Amantes do Sr. Trabalho – Desemprego(s) em Portugal*. Edições Colibri.
- Paiva, T., Reis, C., Feliciano, A., Canas-Simião, H., Machado, M. A., Gaspar, T., Tomé, G., Branquinho, C., Silva, M. R., Ramiro, L., Gaspar, S., Bentes, C., Sampaio, F., Pinho,

- L., Pereira, C., Carreiro, A., Moreira, S., Luzeiro, I., Pimentel, J., . . . Matos, M. G. (2021). Sleep and awakening quality during COVID-19 confinement: Complexity and relevance for health and behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3506-3523. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073506>
- Piper, A. T. (2016). Sleep duration and life satisfaction. *International Economic Review*, 63, 305-325. <https://doi.org/10.1007/s12232-016-0256-1>
- Shan, Z., Ma, H., Xie, M., Yan, P., Guo, Y., Bao, W., Rong, Y., Jackson, C. L., Hu, F. B., & Liu, L. (2015). Sleep duration and risk of type 2 diabetes: A meta-analysis of prospective studies. *Diabetes Care*, 38(3), 529-537. <https://doi.org/10.2337/dc14-2073>
- Wang, D., Li, W., Cui, X., Meng, Y., Zhou, M., Xiao, L., Ma, J., Yi, G., & Chen, W. (2016). Sleep duration and risk of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *International Journal of Cardiology*, 219, 231-239. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.06.027>
- Wang, Y., Mei, H., Jiang, Y. R., Sun, W. Q., Song, Y. J., Liu, S. J., & Jiang, F. (2015). Relationship between duration of sleep and hypertension in adults: A meta-analysis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(9), 1047-1056. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5024>
- Zhai, L., Zhang, H., & Zhang, D. (2015). Sleep duration and depression among adults: A metaanalysis of prospective studies. *Depression and Anxiety*, 32(9), 664-670. <https://doi.org/10.1002/da.22386>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

GHOSTING E DEPENDÊNCIA ONLINE: QUE RELAÇÃO?

Ivone Patrão^{1,2,3} (✉ gloria@ufp.edu.pt), Inês Borges^{2,3,4}, & Patrícia Sobral^{2,3}

¹ APPsyCI – Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, Ispa – Instituto Universitário, Portugal

² ISPA – Instituto Universitário, Portugal

³ Geração Cordão, Portugal

⁴ WJCR – William James Center for Research, Ispa – Instituto Universitário, Portugal

As investigações em psicologia verificaram a influência de teorias implícitas no desempenho académico (Blackwell et al., 2007), na imagem corporal (Burnette & Finkel, 2012) e nos relacionamentos românticos (Knee et al., 2003). Contudo, menor ênfase tem sido dada na explicação de como essas teorias implícitas estão ligadas a estratégias de término de relacionamentos (e.g., tipicamente sociais, amorosos, amizade), como o ghosting.

O ghosting é distinto de outras formas de terminar relacionamentos, uma vez que ocorre quando um parceiro amoroso, um amigo ou um conhecido, ignora o outro, sendo que o impacto imediato é simplesmente uma falta de comunicação repentina e ambígua (LeFebvre, 2017). Neste sentido, embora a ideia de término do contacto num relacionamento já exista há muito tempo, as formas atuais de tecnologia estão a tornar o ghosting uma estratégia de ruptura de relacionamentos mais proeminente (LeFebvre, 2017).

Desta forma, nos dias de hoje, a iniciação, o desenvolvimento e a manutenção de relacionamentos românticos e de pares, geralmente ocorrem por meio de comunicação mediada por tecnologia (e.g., SMS, redes sociais, etc.), o que nos pode levar a colocar a hipótese de até que ponto este fenómeno não quase dependência online à vítima, que está constantemente online, stressada e ansiosa, a verificar constantemente o telemóvel, com esperança no feedback do outro (Coyne et al., 2011).

Assim, a presente investigação tem como objetivo analisar a associação entre dependência online, ghosting (vítimas e agressores), depressão, ansiedade e stress.

MÉTODO

Esta investigação tem um delineamento empírico, correlacional (Marôco, 2011) e exploratório (D'Oliveira, 2007), de cariz transversal (Hill & Hill, 2002), uma vez que a recolha de dados se realiza num só momento específico, e de carácter quantitativo (Marôco, 2011).

Participantes

A presente investigação é composta por $N=264$ participantes, com uma média de idades de $\bar{x}=21$ anos ($\sigma=4,91$), sendo que a maioria (74,2%) pertencem ao sexo feminino.

Material

Utilizou-se um protocolo de avaliação que se organizava em 4 secções, sendo que a primeira contém questões sociodemográficas e as restantes os seguintes instrumentos:

Comportamentos de Ghosting (Ponte & Batista, 2019): A partir do relatório EU Kids – 2018, foram realizadas várias questões, tanto para possíveis agressores (e.g., “*Como te sentes, quando encontras uma pessoa na rua que deixaste de falar sem qualquer explicação por via online?*”), sendo a classificação realizada a partir de uma escala tipo likert de 5 pontos (“*Fico muito aborrecido*”; “*Fico um bocado aborrecido*”; “*Fico bastante aborrecido*”; “*Não fico nem contente nem aborrecido*”; “*Fico contente*”), como para possíveis vítimas (e.g., “*Deixam de conversar/responderem-me online sem me darem qualquer explicação*”), categorizada numa escala tipo likert de 5 pontos (“*Nunca*”; “*Raramente*”; “*Às vezes*”; “*Muitas vezes*”; “*Diariamente*”).

Internet Addiction Test – IAT (Pontes et al., 2014; Young, 1998): Este instrumento é constituído por 20 itens, com uma escala de tipo *likert* de seis pontos (0 – *Não se aplica*; 1 – *Raramente*; 2 – *Ocasionalmente*; 3 – *Muitas vezes*; 4 – *Frequentemente*; 5 – *Sempre*). Com o intuito de se calcular um score final, os scores obtidos terão de ser somados para cada resposta. Posteriormente, verifica-se em que intervalo é que cada participante se encontra, sendo que quanto maior o score obtido, maior o nível de dependência. Deste modo, varia entre: 0-30 pontos – Normal; 31-49 pontos – Médio; 50-79 pontos – Moderado; e 80-100 pontos – Severo. Este instrumento foi ainda adaptado para a população portuguesa por Pontes et al. (2014). A consistência interna alcançada nesta versão é alta ($\alpha=0.9$).

Depression Anxiety and Stress Scale – DASS (Lovibond & Lovibond, 1995) validada para a população portuguesa (EADS-21; Pais-Ribeiro et al., 2004) e adaptada ao presente estudo. Os sujeitos são questionados a escolher a resposta que mais se adequa a ele, tendo em conta a última semana. Numa escala tipo *likert* de 5 pontos (0 – Nunca; 1 – Poucos dias; 2 – Alguns dias; 3 – Muitos dias; 4 – Quase todos os dias; 5 – Todos os dias). Posteriormente são feitas 3 questões: “*Quão frequentemente sentes níveis elevados de humor deprimido/de depressão?*”; “*Quão frequentemente sentes níveis elevados de ansiedade?*”; “*Quão frequentemente sentes níveis elevados de stress?*”.

Procedimento

Esta investigação insere-se no âmbito do projeto Geração Cordão (aprovado pela Comissão Ética do ISPA e pelo Ministério da Educação), em parceria com a APAV.

Desenvolveu-se um questionário online, a partir de um formulário *Google Forms*, onde consta o consentimento informado (no caso de jovens com menos de 18 anos, foi solicitada a autorização por parte dos pais), questões sociodemográficas, questões sobre os comportamentos online dos jovens, bem como as escalas anteriormente citadas.

A divulgação do questionário foi realizada essencialmente através das redes sociais (e.g., Facebook, Instagram, Whatsapp), onde foi solicitada a participação voluntária. Foi realizada uma amostragem não-probabilística

por conveniência, que muitas vezes é o escolhido por ter diversas vantagens, como economia de recursos, mais especificamente a nível de tempo e de custos para a obtenção de amostras (Marôco, 2011). Posteriormente, foi considerado um número aceitável estatisticamente para a realização de investigações nas Ciências Sociais, começou-se a testar os resultados. Para esse efeito, utilizou-se o IBM SPSS – IBM *Analitycs*, versão 28. Seguidamente, realizou-se a análise da estatística descritiva da amostra e das qualidades psicométricas (sensibilidade e fiabilidade) dos instrumentos. Adicionalmente, procedeu-se à análise dos dados recorrendo-se a correlações através do coeficiente de Pearson, bem como regressões múltiplas.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as intercorrelações entre as variáveis de interesse. Neste sentido, níveis de dependência online superiores estão positiva e significativamente correlacionados com ser vítima de ghosting, bem como ter níveis de depressão, ansiedade e stress, mais elevados. Além disso, como se observa na Tabela 1, foram também encontradas intercorrelações significativas e positivas entre ser vítima, depressão, ansiedade e stress, e também uma correlação significativa e positiva entre ser agressor, depressão, ansiedade e stress.

Tabela 1

Correlações entre as variáveis em estudo e variáveis sociodemográficas

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Idade	-							
2. Sexo ¹	-0,10	-						
3. Dependência Online	-0,09	-0,05	-					
4. Vítima (Ghosting)	-0,04	-0,02*	0,16**	-				
5. Agressor (Ghosting)	0,15	-0,11	0,12	0,44**	-			
6. Depressão	0,08	-0,42**	0,42**	0,20**	0,18**	-		
7. Ansiedade	0,08	-0,36**	0,36**	0,16**	0,22**	0,70**	-	
8. Stress	0,08	-0,30**	0,23**	0,15*	0,16*	0,56**	0,60**	-

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. ¹Sexo: Feminino=1; Masculino=2.

A Tabela 2, mostra as regressões múltiplas que indicam que a dependência online está significativamente e independentemente associada a ser vítima de *ghosting*, maiores níveis de depressão, ansiedade e stress.

Tabela 2

Regressão múltipla com modelo de preditores da dependência online

	$\beta(p)$	R
Vítimas de <i>Ghosting</i>	0,10 (<0,001)	0,45
Depressão	0,22 (<0,001)	
Ansiedade	0,08 (<0,001)	
Stress	0,029 (<0,001)	

DISCUSSÃO

A presente investigação tinha como principal objetivo compreender as relações entre as variáveis: dependência online, *ghosting* (vítima e agressor), ansiedade, depressão e stress. Adicionalmente, focava-se em explorar quais os preditores de dependência online (*ghosting*, depressão, ansiedade, stress), uma vez que este é um tema ainda pouco explorado pela literatura. Inicialmente, esperou-se encontrar: (1) diferenças entre dependência online e ser vítima de *ghosting*; (2) diferenças entre dependência online e ser agressor; (3) diferenças entre ser vítima de *ghosting* e ansiedade, depressão e stress. Contudo, estas hipóteses foram apenas parcialmente confirmadas.

Deste modo, os resultados do presente estudo verificam que níveis elevados de dependência online estão presentes em vítimas de *ghosting*, o que pode indicar um comportamento de tempo de espera online continuado, por uma resposta de quem está a praticar o *ghosting*, que não responde. Neste sentido, a escassa literatura existente nesta área é congruente com os resultados da presente investigação, referindo que o *ghosting* pode funcionar de uma forma semelhante a comportamentos aditivos (Navarro et al., 2020). Assim, de acordo com a teoria do incentivo (Navas & Perales, 2014), há um motivador básico do comportamento na antecipação da recompensa, sendo que neste caso o *ghosting* poderia funcionar como um sistema de reforço. Assim, é possível que a expectativa gerada anteriormente, pelo agressor na vítima, antes da prática de *ghosting* (e.g., envio de mensagens privadas,

likes, comentários nas redes sociais), possa provocar, a *posteriori*, este comportamento de espera e de dependência por parte da vítima. Paralelamente, outras investigações referem ainda o impacto na saúde mental das rupturas de relacionamentos (Shulman et al., 2017) sendo, neste caso, o ghosting um “*trigger*” para esse término.

Também foram verificadas relações positivas e significativas entre ser vítima e/ou agressor, depressão, ansiedade e stress. Estes resultados podem ser suportados por literatura que refere que, muitas vezes, os agressores também foram e/ou são vítimas daquele fenómeno e, por isso, acabam por projectar as suas angústias e frustração noutra relação (Valera-Pozo et al., 2021).

Adicionalmente, é importante salientar a existência de algumas limitações no estudo. A destacar, o facto de não se ter utilizado uma escala construída e validada para a população portuguesa no que concerne ao ghosting.

Em estudos futuros sugere-se a construção e validação de uma escala para a população portuguesa direccionada para o ghosting, tanto do ponto de vista da vítima, como do agressor. A investigação futura, deve ainda analisar em que medida as rupturas foram ultrapassadas ou explorar como é que situações semelhantes poderiam contribuir para desenvolver estratégias de coping, que minimizem os efeitos negativos deste fenómeno, cada vez mais presente no mundo online.

Como não foram encontradas relações significativas entre dependência online e ser agressor, ou seja, praticar ghosting, este estudo levanta a necessidade de se analisar em futuras investigações outras variáveis associadas a estes comportamentos (e.g., empatia).

O presente estudo torna-se pertinente e atual neste campo de investigação uma vez que contribui para aumentar e reflectir acerca do conhecimento sobre as estratégias digitais utilizadas para terminar relações, através da comunicação mediada pela Internet. Suporta também a compreensão acerca do impacto na saúde psicológica das vítimas.

Em suma, torna-se crucial a contribuição da psicologia, numa óptica preventiva e de investigação-ação, para que práticas como o ghosting, sejam mitigadas, reduzindo deste modo o impacto na saúde mental, bem como outras possíveis consequências para o sujeito (e.g., isolamento).

REFERÊNCIAS

- Blackwell, L. S., Trzesniewski, K. H., & Dweck, C. S. (2007). Implicit theories of intelligence predict achievement across an adolescent transition: A longitudinal study and an intervention. *Child Development, 78*, 246-263. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.00995.x>
- Burnette, J. L., & Finkel, E. J. (2012). Buffering against weight gain following dieting setbacks: An implicit theory intervention. *Journal of Experimental Social Psychology, 48*, 721-725. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2011.12.020>
- Coyne, S. M., Stockdale, L., Busby, D., Iverson, B., & Grant, D. M. (2011). “I luv u!”: A descriptive study of the media use of individuals in romantic relationships. *Family Relations, 60*, 150-162. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2010.0>
- D’Oliveira, T. (2007). *Teses e dissertações – Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos* (2ª ed.). Editora RH.
- Hill, M. M., & Hill, A. B. (2002). *Investigação por questionário*. Edições Sílabo.
- Knee, C. R., Patrick, H., & Lonsbary, C. (2003). Implicit theories of relationships: Orientations toward evaluation and cultivation. *Personality and Social Psychology Review, 7*, 41-55.
- LeFebvre, L. (2017). Ghosting as a relationship dissolution strategy in the technological age. In N. M. Punyanunt-Carter & J. S. Wrench (Eds.), *The impact of social media in modern romantic relationships* (pp. 219-235). Lexington Books.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Marôco, J. (2011). Variáveis, populações e amostras. In J. Marôco (Ed.), *Análise estatística com o SPSS Statistics* (pp. 21-29). ReportNumber.
- Navarro, R., Larrañaga, E., Yubero, S., & Villora, B. (2020). Psychological correlates of ghosting and breadcrumbing experiences: A preliminary study among adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(3), 1116. <https://doi.org/10.3390/ijerph17031116>
- Navas, F. J., & Perales, C. J. (2014). Comprensión y tratamiento del juego patológico: Aportaciones desde la Neurociencia del Aprendizaje. *Clínica y Salud, 25*, 157-166.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*(2), 229-239.
- Ponte, C., & Batista, S. (2019). *EU Kids Online Portugal. Usos, competências, riscos e mediações da internet reportados por crianças e jovens (9-17 anos)*. EU Kids Online e NOVA FCSH.

- Pontes, H., Patrão, I., & Griffiths, M. (2014). Portuguese validation of the internet addiction test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions, 3* (2), 107-114. <https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.2.4>
- Shulman, S., Seiffge-Krenke, I., Scharf, M., Lev-Ari, L., & Levy, G. (2017). Adolescent depressive symptoms and breakup distress during early emerging adulthood: Associations with the quality of romantic interactions. *Emerging Adulthood, 5*(4), 251-258. <https://doi.org/10.1177/2167696817698900>
- Valera-Pozo, M., Flexas A., Servera M., Aguilar-Mediavilla, E., & Adrover-Roig, D. (2021). Long-term profiles of bullying victims and aggressors: A retrospective study. *Frontiers in Psychology, 12*, 631276. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.631276>
- Young, K. (1998). *Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery*. Wiley.

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

PERSONALIDADE AUTOTÉLICA E ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS: POTENCIALIDADES PARA A SAÚDE MENTAL

Joana Santos¹ (✉ 35350@ufp.edu.pt) & Carla Fonte¹

¹ Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Portugal

O *flow* é descrito por Csikszentmihalyi (1997, 1999, 2002) como o estado subjetivo ideal, em que o indivíduo se sente cognitivamente eficiente, profundamente envolvido, altamente motivado e experiencia um alto nível de prazer (Asakawa, 2004). Esta experiência tem sido associada a um modo próprio de funcionamento designada de personalidade autotélica. Csikszentmihalyi (2002), enumera oito elementos essenciais para vivenciar a experiência de *flow*: (a) Equilíbrio entre o desafio e as competências, ou seja, o desafio que é apresentado ao indivíduo precisa de estar de acordo com as suas capacidades pois, para atingir o estado de *flow* é preciso clareza sobre o objetivo da tarefa, as regras e os passos necessários à sua realização; (b) Concentração na atividade e no momento presente pois, a energia não pode ser gasta em estímulos exteriores à realização da tarefa; (c) Fusão entre a ação e a consciência, ou seja, a intensidade do envolvimento na atividade faz com que as ações ocorram de forma espontânea e natural; (d) Sensação de controlo pois tem de haver controlo sobre si e sobre a atividade; (e) Alteração do tempo, as horas parecem passar mais rápido; (f) Atenuação da consciência, quando se está completamente envolvido na tarefa pode ter-se um sentimento de união com os componentes da mesma; (g) Experiência autotélica, um dos elementos fundamentais para que ocorra o *flow*. As atividades são realizadas sem recompensa extrínseca e dão um sentimento de satisfação. Um indivíduo é autotélico quando, de uma forma geral, faz as coisas para o seu bem e não para alcançar um objetivo externo. Ninguém consegue ser totalmente autotélico, porque existem atividades que não são do agrado do indivíduo, mas têm de ser feitas ou por dever ou por necessidade (Csikszentmihalyi, 1997). Existem dois modelos explicativos

da personalidade autotélica. O primeiro, designado de “metaskills” descreve este tipo de personalidade como possuindo vários atributos que permitem aos indivíduos que os possuem entrar no estado de *flow* com mais facilidade e permanecer nele. São eles: (a) Curiosidade geral e interesse pela vida; (b) Persistência; (c) Baixo egocentrismo, que resulta na capacidade de ser motivado por recompensas intrínsecas (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). Um outro modelo, o ativo-recetivo, sugere que os sujeitos altamente autotélicos têm a capacidade de identificar e procurar novos desafios, como para se envolverem e persistirem nos mesmos (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). Csikszentmihalyi (1997), evidenciou que o controlo atencional, a capacidade que um sujeito tem para se concentrar numa determinada tarefa e de procurar novos desafios no meio envolvente, é uma característica importante da personalidade autotélica. Tendo em conta o *flow* e a literatura existente da personalidade autotélica, Tse et al. (2020), referem que a personalidade autotélica é uma estrutura multifacetada que contém sete atributos: (a) Curiosidade e interesse pela vida; (b) Persistência; (c) Baixo egocentrismo; (d) Motivação intrínseca; (e) Prazer e transformação do aborrecimento; (f) Prazer e transformação de desafios; (g) Atenção. A personalidade autotélica é um constructo recente e apesar de muitos investigadores se interessarem sobre este tema, ainda existe pouca informação sobre ela. Em Portugal os estudos sobre este constructo ainda são escassos, a curiosidade sobre este conceito é recente e ao longo do tempo os investigadores têm mostrado maior interesse. Segundo alguma investigação, o *flow* e a personalidade autotélica podem contribuir para o melhoramento da saúde mental (Lynch & Troy, 2021; Seok & Park, 2021). De forma a aprofundar o conhecimento científico sobre este tema e com o intuito de perceber a relação entre a personalidade autotélica e os níveis de ansiedade, stress e depressão foi realizado este estudo.

O principal objetivo da investigação que se apresenta é identificar de que forma a personalidade autotélica se relaciona com a ansiedade, com o stress e com a depressão. De forma mais específica pretende-se caracterizar os níveis de personalidade autotélica e níveis de ansiedade, stress e depressão; analisar a relação entre os níveis da personalidade autotélica e os de ansiedade, depressão e stress e, analisar as diferenças entre o género, a idade, o estado civil, a situação profissional, e entre as pessoas com filhos e sem filhos.

MÉTODO

Participaram 455 indivíduos, 115 sexo masculino, 339 sexo feminino, com idades entre os 17 e os 67 anos de idade (Média=29,62 e DP=11,52). Os instrumentos utilizados foram as versões portuguesas do Questionário da Personalidade Autotélica (curiosidade, persistência, baixa-autocentração, motivação intrínseca, envolvimento e transformação dos desafios, envolvimento e transformação do aborrecimento e controlo atencional) (Tse et al., 2020 – Versão portuguesa para investigação) e da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Ribeiro et al., 2004). A recolha de dados foi realizada online, pelo método snowball.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos níveis de personalidade autotélica e os níveis de ansiedade, depressão e stress nos participantes

Analisando os resultados obtidos pelos participantes, em relação à personalidade autotélica tendo em conta o máximo possível de ser atingido, os participantes revelaram valores relativamente altos. No que diz respeito aos níveis de ansiedade depressão e stress, tendo em consideração as pontuações máximas que é possível atingir, verifica-se que os participantes pontuam relativamente baixo, ou sejam apresentam baixos níveis de patologia. De realçar que o constructo onde obtiveram a pontuação mais alta foi o stress.

Relação entre os níveis da personalidade autotélica e os níveis de ansiedade, depressão e stress

Verifica-se uma correlação negativa e significativa entre a maioria das subescalas da personalidade autotélica e a ansiedade, depressão e stress (cf. Tabela 1). Quer isso dizer que quando as dimensões da personalidade autotélica estão mais presentes, os níveis de psicopatologia diminuem e vice-versa (cf. Tabela 1). Estes resultados vão de encontro à literatura que

tem vindo a salientar que o *flow* pode ser considerado um ingrediente importante na prevenção e promoção da saúde mental (Lynch & Troy 2021; Seok & Park, 2021). Indivíduos com maior tendência para experienciar o *flow* no quotidiano, são considerados altamente autotélicos (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). Sendo que indivíduos com características de funcionamento mais autotélicas terão menos propensão para desenvolver psicopatologia.

Tabela 1

Correlações entre a personalidade autotélica e a ansiedade, depressão e stress

Amostra (N=455)	Depressão	Ansiedade	Stress
	<i>R</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
PA – Curiosidade	-.175**	-.017	-.062
PA – Persistência	-.307**	-.142**	-.153**
PA – Baixa autocentração	-.233**	-.202**	-.223**
PA – Motivação intrínseca	-.123**	-.016	.005
PA – Satisfação desafio	-.249**	-.141**	-.174**
PA – Satisfação aborrecimento	-.110*	-.028	-.080
PA – Controlo atenção	-.382**	-.218**	-.253**
PA – Score total	-.370**	-.192**	-.233**

Nota. * $p < .05$, ** $p < .0$.

Análise das diferenças entre o género, a idade, o estado civil, a situação profissional, diferenças entre as pessoas com filhos e sem filhos

Em relação à personalidade autotélica não existem diferenças significativas entre o género feminino e masculino. No que diz respeito à psicopatologia, existem diferenças significativas entre os géneros: o feminino revela sentir mais stress do que o masculino. Em relação à depressão e à ansiedade, apesar de não serem valores significativos as mulheres revelam valores médios superiores aos dos homens. O facto de as mulheres obterem resultados mais elevados em relação ao stress pode estar relacionado com os papéis que a sociedade espera que desempenhem e com a pressão que lhes é colocada, como ser mãe, esposa, mulher, dona de casa (Michael et al., 2009). Estes valores vão de encontro com os estudos de Oliveira et al. (2006), que referem que a perturbação de humor é muito comum em

mulheres. Segundo Needham e Hill (2010), as mulheres apresentam níveis mais altos de perturbações de internalização, como as perturbações de humor e ansiedade. No respeitante à idade, existe uma correlação positiva e significativa entre as subescalas da personalidade autotélica e a idade. Quer isto dizer que quando maior a idade do sujeito mais autotélico ele será. No entanto não foi encontrada literatura que apoie estes resultados. Em relação à psicopatologia, os indivíduos mais velhos revelam níveis menos elevados de depressão e stress e níveis mais altos de ansiedade apesar de estes resultados não serem significativos. O estudo desenvolvido por Pinto et al. (2015), afirma que não foram encontradas diferenças na depressão, na ansiedade e no stress em função da idade. Não foram encontradas diferenças significativas entre o estado civil e a personalidade autotélica, nem entre o estado civil e a ansiedade, a depressão e o stress. Contudo a literatura diz que os sujeitos solteiros têm níveis de depressão superiores aos casados (Wu & DeMaris, 1996). Analisando as diferenças entre a situação profissional e personalidade autotélica, não existem diferenças significativas ao nível da subescala motivação intrínseca do QPA, e da subescala satisfação e envolvimento do aborrecimento do QPA. No entanto as restantes subescalas apresentam valores significativos. O teste de Bonferroni revelou que: (a) Os indivíduos empregados têm níveis mais elevados de curiosidade do que os desempregados; (b) Os indivíduos empregados têm valores mais elevados de persistência do que os estudantes; (c) Os indivíduos empregados, desempregados e reformados tem mais capacidade para se centrarem no que os rodeia do que os estudantes; (d) Os sujeitos empregados têm uma capacidade superior aos sujeitos desempregados para enfrentar desafios; (e) Os sujeitos empregados têm um maior controlo de atenção do que os estudantes; (f) Os sujeitos empregados apresentam níveis de personalidade autotélica superiores aos estudantes. Não foram encontrados estudos que corroborem esta afirmação. Os resultados conseguidos dizem que os sujeitos empregados têm mais probabilidade de desenvolver personalidade autotélica do que os restantes. Isto pode dever-se ao facto de os empregados estarem mais seguros a nível económico e por consequência a uma vida melhor. Tendo em conta a diferenças entre a situação profissional e os níveis de psicopatologia, a ansiedade e o stress, não apresentam valores significativos em função da situação profissional. A depressão apresenta valores significativos em função da situação profissional. O teste Bonferroni revelou que os indivíduos desempregados e estudantes apresentam níveis

mais elevados de depressão do que os indivíduos empregados. As dificuldades económicas podem despoletar ansiedade nos indivíduos desempregados e por isso estes revelam valores mais altos que os empregados (Westmanet al., 2004). Os resultados do estudo de Linnet al. (1985), sugerem que o desemprego tem um forte impacto nos indivíduos. Estes tornam-se mais ansiosos e deprimidos.

No respeitante às diferenças entre os indivíduos com filhos e sem filhos em relação à personalidade autotélica não foram encontradas diferenças significativas. Em contrapartida, foram encontradas diferenças significativas entre os indivíduos com filhos e sem filhos em relação à ansiedade, depressão e stress. Os indivíduos com filhos pontuam mais alto na ansiedade e stress, enquanto os indivíduos sem filhos pontuam mais alto na depressão, embora estes valores não sejam significativos. Alguma literatura indica que os indivíduos com filhos apresentam níveis de depressão superior aos indivíduos sem filhos, o que é comprovado com o estudo de Feeney et al. (2003), o que contraria os resultados obtidos nesta investigação.

DISCUSSÃO

Verificou-se uma correlação negativa e significativa entre a maioria das subescalas da personalidade autotélica e a ansiedade, depressão e stress, sugerindo quanto mais características da personalidade autotélica estiverem presentes nos indivíduos, menores são os níveis de ansiedade, depressão e stress. Se tivermos em conta as características da personalidade autotélica estes resultados fazem sentido, pois uma pessoa autotélica tem capacidades que lhe permitem ser mais curiosa, persistente, menos focada em si, tenta transformar as coisas mais aborrecidas em algo que a motive e coloca-se constantemente à prova. Tudo isto são características contrárias às da depressão, ansiedade e stress. Pode então dizer-se, que futuramente a personalidade autotélica pode funcionar como um fator protetor em relação à ansiedade, à depressão e ao stress, contudo são necessários mais estudos que corroborem esta afirmação. Para isto, é importante que ao longo do desenvolvimento sejam estimuladas competências da personalidade autotélica. Ou seja, se os pais, os educadores estimularem nas crianças

características da personalidade autotélica à medida que vão crescendo, a probabilidade de estas não serem propensas a sofrer de psicopatologia é superior. Foram obtidos resultados significativos em relação ao género e à situação profissional, em função da ansiedade, depressão e stress. As restantes variáveis não apresentaram resultados significativos. Em relação à personalidade autotélica as variáveis que apresentaram resultados significativos foram a idade e a situação profissional. Apesar de este estudo contribuir para aumentar o conhecimento sobre a personalidade autotélica, existem algumas limitações que devem ser referidas. A primeira limitação centra-se na amostra que por ser reduzida não permite a generalização dos resultados. Outra limitação é o facto de as escalas serem de autorrelato, onde os participantes podem responder o que desejam e não o que corresponde à realidade. O facto de haver pouca informação sobre este tema dificultou a análise dos resultados. Futuramente, seria importante fazer-se adaptações que permitam fazer regressões com amostras mais alargadas para ser possível concluir se a PA funciona com um fator de proteção. Pelo facto de o *flow* ser considerado uma experiência de fatores externos, não será fácil chegar a constructo interno fixo da personalidade. Apesar de alguns autores afirmarem que também depende de características internas, ninguém tem capacidade para ser totalmente autotélico, assim como alguns indivíduos serão mais persistentes, outros mais curiosos o que também dificulta a conclusão de um constructo fixo.

REFERÊNCIAS

- Asakawa, K. (2004). Flow experience and autotelic personality in Japanese college students: How do they experience challenges in daily life. *Journal of Happiness Studies*, 5, 123-154.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding flow – The psychology of engagement with everyday life*. Basic Books.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). *A descoberta do fluxo: A psicologia do envolvimento com a vida cotidiana*. Rocco.
- Csikszentmihalyi, M. (2002). *Flow – The classic work on how to achieve happiness*. Rider.
- Feeney, J., Alexander, R., Noller, P., & Hohaus, L. (2003). Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 10, 475-493.

- Linn, M., Sandifer, R., & Stein, S. (1985). Effects of unemployment on mental and physical health. *American Journal Public Health*, 75(5), 502-506.
- Lynch, J. M., & Troy, A. S. (2021). The role of nonduality in the relationship between flow states and well-being. *Mindfulness*, 12, 1639-1652. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01627-3>
- Michael, G., Anastasios, S., Helen, K., Catherine, K., & Christine, K. (2009). Gender differences in experiencing occupational stress: The role of age, education and marital status. *Stress and Health*, 25, 397-404. <https://doi.org/10.1002/smi.1248>
- Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of flow. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 89-105). Oxford University Press.
- Oliveira, K., Santos, A., Cruvinel, M., & Neri, A. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 351-359. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200014>
- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e stress: Um Estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 148-163. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36242128002>
- Seok, B. G., & Park, H. S. (2021). Analyzing the effects of body image on college students esteem, exercise flow, and psychological well-being. *Elementary Education Online*, 20(3), 687-693. <https://doi.org/10.17051/ilkonline.2021.03.71>
- Tse, D. C. K., Lau, V. W.-y., Perlman, R., & McLaughlin, M. (2020). The development and validation of the Autotelic Personality Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 102(1), 88-101. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1491855>
- Westman, M., Etzion, D., & Horovitz, S. (2004). The toll of unemployment does not stop with the unemployed. *Human Relations*, 57(7), 823-844.
- Wu, X., & DeMaris, A. (1996). Gender and marital status differences in depression: The effects of chronic strains. *Sex Roles*, 34(5/6), 299-319.

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

ADAPTAÇÃO DAS ESCALAS DE SENTIDO DE HUMOR DE MCGHEE PARA O BRASIL

Karina Saboya¹ (✉ 37801@ufp.edu.pt), Isabel Silva¹, Filipe Saboya Santos², & Leonardo Saboya Santos²

¹Universidade de Fernando Pessoa, Portugal

²Unichristus, Brasil

Mais pesquisas em saúde positiva são necessárias. Na psiquiatria clínica a avaliação dos sintomas e do comprometimento funcional precisa ser complementada pela avaliação de fatores psicossociais positivos ou ativos de saúde. Para realizar uma mudança efetiva na prática psiquiátrica, precisamos desenvolver uma infraestrutura de treinamento e administrativa para apoiar avaliações e intervenções psiquiátricas positivas (Messias et al., 2020).

As intervenções positivas de saúde envolvem desenvolvimento pessoal, controle das emoções e engajamento social. Paul McGhee (2010a) ressalta a importância do papel do humor nessa revolução. Para isso desenvolveu o Programa Sete Hábitos de Humor em seu livro *“Humor as Survival Training for a Stressed-out World”* (Humor como Treinamento de Sobrevivência para um Mundo Estressante e Estressado). McGhee (2010b) verificou que o humor ajuda o indivíduo a gerenciar suas próprias emoções, assim como a emoção dos outros, propiciando um estado mental que leva ao pensamento divergente e criativo, ajudando com isto na solução de problemas, no enfrentamento do estresse e na saúde dos relacionamentos, habilidades relacionadas fortemente com a inteligência emocional e saúde positiva. Para Martin et al. (2003), a maneira de usar o humor, com a presença de estilos de humor mais adaptativos (afiliativo e auto enaltecedor) e a ausência de estilos de humor agressivo e autodepreciativo contribuem sobremaneira para a competência emocional e social e para o senso de maestria.

A literatura sobre riso e humor é cada vez maior e as pesquisas recentes apontam para uma ampla gama de benefícios para a saúde. Os hábitos de

vida, com a modulação dos genes, são responsáveis por 80% das doenças crônicas. A medicina do estilo de vida visa treinar a habilidade de cuidado consigo mesmo, com os outros e com o mundo. Os costumes sociais influenciam enormemente os hábitos individuais. O baixo risco e a alta acessibilidade do riso e do humor os tornam atraentes para terapias complementares e de autocuidado. Hábitos mentais mais positivos e relaxados são um terreno propício para brotar esse cuidado. Esta relação entre hábitos saudáveis e inteligência emocional é cada vez mais reconhecida e faz parte dessa perspectiva mais ampla chamada revolução positiva (Gonot-Schoupinsky et al., 2020). É, pois, chegada a hora de medir o QH – Quociente de humor.

MÉTODO

Participantes

Foi avaliada uma amostra de conveniência com 354 pessoas, com idade média de $44,7 \pm 0,7$ anos, 66,7% do sexo feminino, 50,3% com pós-graduação, 25,9% que trabalham entre 20 e 40 horas semanais e 60,4% que se sentem seguros(as) e à vontade com o trabalho.

Material

Os instrumentos utilizados foram:

O conjunto de instrumentos do Modelo McGhee de senso de humor: (a) *Playful/Serious Attitude Test*; (b) *Positive/Negative Mood*; (c) *The Sense of Humor Scale*. O *Playful/Serious Attitude Test* (Teste de Atitude Divertida) e *Positive/Negative Mood* (Teste do Afeto Positivo). Pré-testes que fazem uma avaliação preparatória das condições básicas que favorecem o desenvolvimento do senso de humor. A Escala de Senso de Humor avalia o senso de humor propriamente dito. São 24 itens subdivididos em 6 subescalas: Enjoyment of Humor (Apreciação do Humor), Laughter (Riso), Verbal Humor (Humor Verbal), Finding Humor in Everyday Life (Humor no Cotidiano), Laughing at Yourself (Rindo de Si) e Humor Under Stress (Humor sob Estresse). Escala tipo Likert, 7 opções de resposta. O *score*

geral ou Quociente de Humor – QH é obtido por meio do somatório das respostas dos 24 itens contidos no instrumento, pontuação mínima de 52, máxima 164, valor desejado acima de 140 (McGhee, 2010a).

Escala de Satisfação com a Vida: Escala desenvolvida por Diener e colegas, em 1985.

Positive Mental Health Scale – Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF).

Bancos de Itens Distúrbio do Sono do Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) (Costa et al., 2020).

Procedimento

Adaptamos e validamos para a população brasileira os instrumentos do Programa 7 Hábitos de Humor de Paul McGhee que formam um modelo de compreensão e avaliação do senso de humor. Foi obtida autorização do autor da versão original do instrumento e parecer positivo da Comissão de Ética da Plataforma Brasil. Os instrumentos em inglês foram vertidos para o português brasileiro passando por etapas de adaptação semântica e validade de conteúdo e aplicados de forma online.

RESULTADOS

Teste de Atitude Divertida (Playful/Serious Attitude Test)

Não se observou diferenças estatisticamente significativas para o escore geral do Teste de Atitude Divertida entre sexo, *status* de relacionamento, escolaridade, tempo de trabalho e relacionamento com o trabalho atual ($p>0,05$). Pontuação geral maior para indivíduos até 25 anos e entre 26 e 65 anos em comparação com os maiores de 65 anos ($F=6,947$; $p<0,05$). Observa-se uma fraca correlação negativa entre a faixa etária e o resultado geral do Teste de Atitude Divertida ($r=-0,10$; $p<0,04$). Quanto à correlação entre o escore geral do Teste de Atitude Divertida e o escore geral do Teste do Afeto Positivo (as bases do senso de humor) observa-se moderada correlação positiva ($r=0,42$; $p<0,001$).

Teste do Afeto Positivo (Positive/Negative Mood Test)

Não houve diferença significativa entre os sexos, níveis de escolaridade ou tempo de trabalho ($p>0,05$). Escore geral maior para os indivíduos que estão em um relacionamento do que para aqueles que não estão ($t=3,139$; $p<0,05$), para os seguros e à vontade com o trabalho do que para aqueles que consideram o trabalho complicado ou sofrível ($t=7,650$; $p<0,05$) e para aqueles com idade até 25 anos do que para os entre 26 e 65 anos ($F=4,163$; $p<0,05$). Observa-se correlação positiva significativa entre o Teste do Afeto Positivo e a Escala Geral de Senso de Humor e suas subescalas.

Escala de Senso de Humor (Sense of Humor Scale)

A média do escore geral foi de $112,90\pm 1,16$, pontuação mínima de 52 e máxima 16, mediana foi de 116,00 e os valores de percentis 25% e 75% foi de 98,50 e 129,00. Não houve diferença estatisticamente significativa com os distintos status de relacionamento ou escolaridade. Aqueles com idade até 25 anos e entre 26 e 65 anos apresentaram score maior do que aqueles com idade maior que 65 anos ($F=6,353$; $p<0,05$). Indivíduos do sexo masculino apresentaram score maior geral do que aqueles do sexo feminino ($t=3,954$; $p<0,05$). Entre os participantes do sexo masculino observamos score maior entre aqueles que relataram trabalhar 40 horas ou mais ($t=2,509$; $p<0,05$).

Subescalas

Apreciação do Humor (Enjoyment of Humor). Escore médio $18,35 \pm 0,24$. Pontuação maior para os até 25a e entre 26 e 65a do que os acima de 65a ($F=8,863$; $p<0,05$). Escore maior também para os que trabalham 40 horas ou mais ($U=11.297,500$; $p<0,05$), diferença observada apenas no sexo masculino. Correlação moderada positiva com as outras subescalas.

Riso (Laught). Escore médio $17,94\pm 0,26$. Escore maior para o sexo masculino do que feminino ($t=-1,967$; $p<0,05$), para os até 25a e entre 26 e 65a do que aqueles acima de 65a ($F=8,660$; $p<0,05$) assim como para os que trabalham 40 horas ou mais ($t=1,373$; $p<0,05$). Correlação moderada positiva com as outras subescalas.

Humor Verbal (Verbal Humor). Escore médio 16,84±0,31. Escore maior para o sexo masculino ($U=18.518,500$; $p<0,05$). Não há correlação significativa com a idade ($p>0,05$) e há moderada correlação positiva com a Escala Geral de Senso de Humor ($r=0,77$; $p<0,001$) e subescalas Humor no Cotidiano ($r=0,52$; $p<0,001$), Rindo de Si Mesmo ($r=0,43$; $p<0,001$) e Humor sob Stress ($r=0,54$; $p<0,001$).

Humor no Cotidiano (Finding Humor in Everyday Life). Escore médio 21,03±0,21. Pontuação maior para os até 25a e entre 26 e 65a do que os acima de 65a ($\chi^2=9,278$; $p<0,05$). Os indivíduos do sexo masculino que trabalham 40 horas ou mais apresentaram *score* maior do que aqueles que trabalham menos de 40 horas ($U=1131,000$; $p<0,05$). Correlação positiva com a Escala Geral ($r=0,76$; $p<0,001$) e subescalas Rindo de Si Mesmo ($r=0,49$; $p<0,001$) e Humor sob Stress ($r=0,54$; $p<0,001$).

Rindo de Si Mesmo (Laughing at Yourself). Escore médio 20,93±0,25. Pontuação maior para os até 25a e entre 26 e 65a do que os acima de 65a ($\chi^2=8,954$; $p<0,05$). Maior para os indivíduos do sexo masculino que trabalham 40 horas ou mais ($U=1117,500$; $p<0,05$). Moderada correlação com a Escala Geral de SH ($r=0,71$; $p=0,001$) e a subescala Humor sob Stress ($r=0,51$; $p<0,001$).

Humor sob Estresse (Humor under Stress). Escore médio 17,82±0,28. Pontuação maior para o sexo masculino ($U=17107$; $p<0,05$), para aqueles entre 26 e 65a do que os acima de 65a ($\chi^2=7,620$; $p<0,05$) e para os que trabalham 40 horas ou mais ($U=11740$; $p<0,05$). Moderada correlação positiva com a Escala Geral de Senso de Humor ($r=0,77$; $p<0,001$).

Consistência Interna e Validade

O valor do coeficiente alfa de Cronbach para o Teste de Atitude Divertida foi 0,70; para o teste Afeto Positivo 0,84 e para a Escala de Senso de Humor 0,91.

A Tabela 1 mostra a validade de critério convergente e divergente obtidos entre a correlação do Teste de Atitude Divertida (*Playful /Serious Attitude Test*), Teste do Afeto Positivo (*Positive/Negative Mood Test*) e para a Escala de Senso de Humor (*Sense of Humor Scale*) com os seguintes instrumentos:

PROMIS – Distúrbio do Sono, Escala de Satisfação com a Vida e Escala de Saúde Mental Positiva.

Tabela 1

Correlação entre o *Playful/Serious Attitude Test*, *Positive/Negative Mood Test* e a *Sense of Humor Scale* com o PROMIS – Distúrbio do Sono, Escala de Satisfação com a Vida e Escala de Saúde Mental Positiva

PROMIS	Distúrbio do sono	Escala de Satisfação com a Vida	Escala de Saúde Mental Positiva
<i>Playful/Serious Attitude Test</i>	-0,083	0,245*	0,327*
<i>Positive/Negative Mood Test</i>	-0,364*	0,592*	0,633*
<i>Sense of Humor Scale</i>	-0,139*	0,248*	0,351*
<i>Subescalas da Sense of Humor Scale</i>			
<i>Enjoyment of Humor</i>	-0,028	0,090*	0,120*
<i>Laught</i>	-0,104	0,184*	0,358*
<i>Verbal Humor</i>	-0,020	0,117*	0,167*
<i>Finding Humor in Everyday Life</i>	-0,118*	0,281*	0,349*
<i>Laughing at Yourself</i>	-0,121*	0,255*	0,342*
<i>Humor under Stress</i>	-0,191*	0,216*	0,357*

Nota. * $p < 0,05$ (teste de correlação de Spearman).

A satisfação com a vida e a saúde mental positiva, revelaram estar correlacionadas de forma estatisticamente significativa, ainda que fracas a moderadas, com todos os domínios do senso de humor avaliados. Da mesma forma a escala PROMIS de distúrbio do sono se relacionou com a Escala Geral de Senso de Humor, o Teste de Afeto Positivo e as subescalas mais avançadas do programa de humor – Humor no Cotidiano, Rindo de Si Mesmo e Humor sob Stress.

DISCUSSÃO

A versão desenvolvida da *Sense of Humor Scale* e dos *Playful Serious Attitude Test* e *Positive Negative Mood Test* para o português brasileiro, demonstrou apresentar uma boa consistência interna, revelando boa confiabilidade, assim como boa validade.

Investigou-se ainda a correlação das seis habilidades de humor com a medida geral de senso de humor. Cada habilidade de humor e o coeficiente geral de humor correlacionam-se significativa e positivamente com atitude

divertida e afeto positivo, apoiando a ideia de McGhee (2010a) de uma constituição básica para o sentido de humor. É importante ressaltar que avaliar as habilidades de humor individualmente, permite avaliar a eficácia da prática de cada uma delas no programa de hábitos de humor de McGhee.

Como esperado, todas as habilidades de humor e a pontuação de ESH correlacionam-se positivamente com a Saúde Mental Positiva e Satisfação com a Vida, exceto apreciação de humor, como também ocorreu com o fator prazer do humor na Escala de Humor Situacional segundo Martin et al. (2003), confirmando validade externa convergente. Verificou-se a existência de uma relação positiva entre senso de humor e qualidade do sono, o que confirma validade externa divergente do instrumento. É digno de nota o fato de que as correlações no nosso estudo aconteceram com o escore geral e com as três últimas subescalas da Escala de Senso de Humor que conforme o modelo são hierarquicamente as habilidades mais difíceis de desenvolver.

O instrumento revela discriminar os níveis de sentido de humor entre homens e mulheres, comprovando a sua sensibilidade. Discrimina igualmente grupos etários, confirmando os resultados científicos anteriores, que demonstraram uma redução do humor a partir da terceira década de vida (McGhee, 2010a,b). Discrimina, ainda, pessoas que trabalham mais e as que trabalham menos de 40 horas. Ao contrário do que poderia esperar o senso comum, este resultado parece confirmar a teoria subjacente de que o senso de humor não acontece como recompensa por uma vida mais tranquila e relaxada, ele é a criatividade que vem da necessidade, surge como competência de coping, como uma habilidade para lidar com o estresse.

A versão traduzida para o português do Brasil da Escala de Senso de Humor (ESH) possui boas propriedades psicométricas. Estudos futuros deverão explorar a possibilidade da criação de pontos de corte, que potenciem a sua utilização na avaliação de necessidades e resultados em programas de promoção do humor, assim como a estabilidade temporal do instrumento.

REFERÊNCIAS

- Costa, Z. M. S. S., Pinto, R. M. C., Mendonça, T. M. da S., & Silva, C. H. M. da. (2020). Validação brasileira dos bancos de itens Distúrbio do Sono e Distúrbio da Vigília do

- Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). *Cadernos de Saúde Pública*, 36(6). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00228519>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Gonot-Schoupinsky, F. N., Garip, G., & Sheffield, D. (2020). Laughter and humour for personal development: A systematic scoping review of the evidence. *European Journal of Integrative Medicine*, 37(2), 101144. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2020.101144>
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the humor styles questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37(1), 48-75. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00534-2](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00534-2)
- Mcghee, P. (2010a). *Humor as survival training for a stressed-out world: The 7 humor habits program*. Author House.
- Mcghee, P. (2010b). *Humor The Lighter Path to Resilience and Health*. Author House.
- Messias, E., Peseschkian, H., & Cagande, C. (Eds.). (2020). *Positive psychiatry, psychotherapy and psychology clinical application*. Springer.
- Messias, N. K., Martins, M. H. M., & Castro, C. B. (2020). Versões de usuários sobre a internação psiquiátrica involuntária. *Revista Polis e Psique*, 10(1), 123-143. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.84713>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

SENTIDOS ATRIBUÍDOS À HORMONIZAÇÃO NA EXPERIÊNCIA TRANSMASCULINA

Leticia Carolina Boffi¹ (✉ leticiaboffi@gmail.com) & Manoel Antônio dos Santos^{1,2}

¹Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil

²CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Brasil

Com o desenvolvimento dos hormônios artificiais, a partir de 1920, abrem-se novas perspectivas para se pensar gênero e as identidades transexuais (transidentidades). A produção de hormônios sintéticos em laboratório passou a ser intensificada a partir de 1926, quando ginecologistas alemães comprovaram que era possível encontrar grande quantidade destas substâncias na urina humana (Preciado, 2018). A partir de 1930, os hormônios sexuais passam a ser definidos como agentes químicos geradores de masculinidade e feminilidade e, desde então, a testosterona é utilizada em terapias de substituição hormonal e em intervenções que visam à obtenção de alterações corporais pelos homens cisgêneros. Nesses casos, para fins de masculinização. Portanto, do ponto de vista da cultura, há muito tempo os corpos cis vêm fazendo uso desses recursos farmacológicos para adequarem seu fenótipo à sua identidade de gênero (Lerri et al., 2017).

Segundo Medrado et al. (2019), ainda que os hormônios se localizem nas esferas de moléculas atuantes no fenótipo humano, têm assumido importância crescente nas formas como os agentes se relacionam consigo mesmos (“relação consigo”), o que resulta na produção de novas conformações de “eus”. Os hormônios integram uma rede complexa que subverte as normas e regras que determinados saberes, como o biomédico, tentam impor. Integram também essa rede os sujeitos que administram essas substâncias, pois as utilizam de diferentes modos, resistindo às prescrições instituídas, a despeito de uma possível intencionalidade subversiva. Nesse sentido, os hormônios se configuram como elementos importantes na rede

de produção de modos de subjetivação na nossa sociedade, provocando efeitos diversos (Medrado et al., 2019, p. 2).

Nesse contexto, os homens transexuais também entenderam esse fenômeno como uma oportunidade de agenciarem estratégias de modificação corporal, uma vez que perceberam em tais tecnologias a possibilidade de construir o corpo que permitisse ser reconhecido a partir do gênero desejado (Ávila, 2014). Lima e Cruz (2016, p. 178) afirmam:

Assim, toma-se em consideração a ideia de que a testosterona foi e é produzida num âmbito de dispositivos maiores, como os processos de medicalização nos quais a descoberta e o uso dos hormônios têm papéis importantes. Os hormônios, de uma maneira geral, destacam-se pela capacidade de produzir discursos e práticas, revelando um mecanismo potente de controle dos corpos e das sexualidades.

A possibilidade de reconhecimento social da identidade masculina é posta, principalmente, na produção do gênero masculino baseada no padrão da identidade de gênero cisgênera, binária e heterossexual. Entendendo que esse reconhecimento se dá, inicialmente, pela aparência dos sujeitos e sua materialidade corporal, é esperado que a aparência do sujeito seja o *locus* mais recorrente de afirmação do gênero, seja para homens cis ou trans. Nesse sentido, é impossível descolar as discussões subjetivas na transmasculinidade da utilização das tecnologias biomédicas, visto que os medicamentos à base de hormônios sintéticos acompanharão os sujeitos por toda a vida, haja vista a necessidade constante da manutenção das taxas hormonais, independentemente de processos cirúrgicos.

Tais premissas normatizadoras instituem determinados modos de subjetivação que tentam restringir a diversidade de modos de ser e viver, reduzindo a gama de possibilidades. Aqueles que resistem aos padrões de feminilidade e masculinidade – e heterossexualidade – instituídos são submetidos a sanções. Uma delas é a patologização das existências que não estão alinhadas à cisheteronormatividade, o que reforça estereótipos e processos de re-essencialização identitária do que é ser “homem” e “mulher”. As biotecnologias têm sido importantes referências para os modos de subjetivação na contemporaneidade. Os hormônios, como moléculas que orbitam em torno de uma rede de (re)significação, dão inteligibilidade aos novos modos de se relacionar consigo e com os outros (Santos et al., 2019). Considerando essa perspectiva, muitas vezes na transexualidade a utilização dos hormônios é determinante para a construção de discursos e a produção

de subjetivação dos sujeitos em uma relação inseparável com a materialidade corporal:

O modo como nosso corpo cresce e funciona é influenciado pela distribuição de comida, costumes sociais, guerras, trabalho, esporte, urbanização, educação e medicina, para citar apenas as influências mais óbvias. Todas as influências são estruturadas pelo gênero. Então, não podemos pensar os arranjos sociais de gênero como mero efeito que flui de propriedades do corpo. Eles também precedem o corpo formando as condições em que este se desenvolve e vive (Connel & Pearse, 2015, p. 93).

Da mesma forma, as resistências podem ser entendidas como fissuras que as engrenagens do biopoder não conseguiram capturar na grande roda da normatização dos corpos. Assim, as substâncias se configuraram também como uma estratégia de poder, na medida em que o corpo se constitui em ferramenta de gerenciamento que se exacerba com a administração de hormônios (Preciado, 2018). A literatura é escassa em relação à investigação de como homens trans constroem significados sobre o uso de hormônios e a hormonização. Nessa perspectiva, este estudo objetivou compreender os sentidos atribuídos ao processo de hormonização por homens trans.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, do qual participaram 15 homens trans, com idades entre 20 e 41 anos. Todos os participantes estavam em processo de hormonização, iniciado entre cinco meses a cinco anos, tendo ou não se submetido concomitantemente a cirurgias de redesignação de gênero. Foram realizadas 13 entrevistas semidirigidas na modalidade online, por meio do recurso de videochamada, e duas entrevistas presenciais, em decorrência da pandemia de COVID-19. Foram utilizados para a coleta de dados: Formulário de Dados Sociodemográficos, Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) e Roteiro de Entrevista Semidirigida. Os dados foram analisados de acordo com a Análise Temática Reflexiva (Braun & Clark, 2019) e discutidos à luz dos estudos das transmasculinidades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constatou-se que o processo de hormonização é significado pelos homens trans como necessário para o reconhecimento do outro e de si mesmos, para afirmar seu pertencimento ao gênero masculino. A testosterona é uma molécula química que, em contato com as leituras sociais binárias da cisgeneridade, é associada à obtenção de modificações corporais atreladas no imaginário coletivo à masculinidade. A força simbólica do hormônio masculino vem de seu poder de desenhar corpos masculinos. Para os participantes, experimentá-la se assemelha a um bote salva-vidas, pois permite alcançar a masculinização do fenótipo proporcionando um senso de coerência entre a subjetividade e a imagem corporal.

Eu iniciei a testosterona muito junto quando eu fiz a troca do nome, eu pensei: Eu já tenho que começar a tomar hormônio, porque eu pensava: as pessoas vão me chamar de Marcos, só que elas não vão ver o Marcos [...] então eu ter a fisionomia e os aspectos masculinos, pra mim era necessário essas duas coisas se juntarem porque, apesar das pessoas falarem, eu ainda me olhava no espelho e me sentia triste, mal, então era muito das pessoas falarem e pra eu mesmo (Marcos, 20 anos, 1 ano em T).

Dentre as alterações corporais almeçadas, a mais valorizada é o aparecimento de pelos faciais (barba), seguida pelo desejo de adquirir uma tonalidade grave de voz, a redistribuição de gordura corporal, diminuição dos seios e a hipertrofia dos músculos. Peter (24 anos, 1 ano e 6 meses em T) comenta que o ponto principal de sua transição repousa na possibilidade de ostentação dos pelos faciais e, assim como visto em outros participantes, a utilização de outros aparatos tecnológicos que se unem à testosterona para alcançar mais rapidamente esse desejo material da masculinidade, como conta Christopher (33, 2 anos e 7 meses em T): “tem que passar Minoxidil, é muita ansiedade e tu quer que apareça já detalhes, assim, e que saia os traços de menina”.

Outros participantes enfatizam a importância da modificação da voz para sustentar e complementar a imagem corporal lida como masculina, porquanto, também é uma modificação almejada com frequência. Na ânsia de suprir tais desejos, cinco participantes iniciaram a hormonização sem nenhum tipo de acompanhamento médico, alguns por meio da “compra” de receitas e outros pela aquisição de hormônio origem ilícita, corroborando resultados obtidos por outros estudos (Braz, 2019; Lima & Cruz, 2016).

As alterações corporais têm efeitos de reconhecimento social imediatos, ou seja, a combinação de pelos faciais e timbre de voz grave reproduzem os aspectos corporais caracterizados como símbolos da masculinidade e, conseqüentemente, localizam imediatamente tais sujeitos na lógica binária, ao menos do ponto de vista do reconhecimento visual, que é muito valorizado. De acordo com Preciado (2018), a testosterona *per si*, enquanto molécula química, não é sinônimo de masculinidade, entretanto, seus resultados correspondem à materialidade do gênero quando interpretados por uma sociedade generificada, em especial binária e cisnormativa.

Os resultados deste estudo confirmam que homens trans não desejam ter acesso ao processo de hormonização sem apresentarem qualquer significado investido em seus resultados. Pelo contrário, eles almejam obter a leitura social e individual da masculinidade decorrente das características físicas aparentes e visíveis a olho nu.

A despeito do sentido individual e subjetivo associado inicialmente a esse recurso biomédico, a hormonização acaba por ser absorvida pelos modos sociais de normatização, cujo (cis)tema apropria-se de seus significados simbólicos e os gerencia como modelo e estereótipo de transmasculinidade. A fixação desse “modelo” estabelece uma hierarquia na própria comunidade trans, que regula um sistema de dominação entre os pares, como relata Humberto (21 anos, 1 ano e 3 meses em T), que se sentiu pressionado pelo amigo (também trans) a se submeter à mamoplastia masculinizadora: “[...] um amigo meu, que é trans e já tinha feito a mastectomia, começou a falar: “Você tem que fazer, você tem que fazer, se olhar bem dá pra perceber”, em referência ao volume dos seios.

Outro participante, Yoasi (41 anos, 5 anos em T), compartilhou uma reflexão sobre a hormonização como um processo simultaneamente de liberdade e aprisionamento:

[...] a gente se submete a essas violências em nome das tecnologias de gênero, [...] isso é uma dor, e ao mesmo tempo é uma delícia. Ao mesmo tempo que você se sente pesaroso de estar naquele ambiente e ser protocolado dentro de um hospital mental e de um núcleo de parafilia e de um CID F64/0, tudo isso, que é uma dor muito grande ter isso porque isso vai respingando nos outros espaços, aí você também vai vivenciando ao mesmo tempo a sensação deliciosa, que é toda essa “sensação” que é real – não vou dizer que ela é uma ilusão, porque ela é real, mas que ela é também processo de escravidão, no sentido de que a gente se torna escravizados pelo sistema.

A “engrenagem” a que Yoasi se refere é particularmente perversa e desumana quando se considera a vulnerabilização da população transmasculina devido às barreiras encontradas em termos de educação, empregabilidade, acesso à saúde e condições de sustentar modificações corporais em termos financeiros e psicológicos. Ao refletir sobre os homens trans que não sentem necessidade de se submeterem à hormonização, Hugo (29 anos, 4 anos em T) afirma sua admiração, mas confessa que não conseguiria:

Eu considero eles os mais fodas porque você se entender como homem e ainda assim aceitar o corpo que tem e ficar tranquilo com isso, eu queria ser esse tipo de pessoa, porém não consigo [...] eu preciso morrer e nascer de novo pra chegar aonde você está porque eu não consigo, ainda mais depois que a gente já começou, [...], mas eu preciso dos hormônios [risos]. Porque o psicológico nunca ajuda. Meu psicológico, ele é bem perturbado, então eu preciso do hormônio.

A partir de tais resultados pode-se refletir acerca da aplicação do termo passabilidade – uma tradução literal do termo da língua inglesa *passing* – em seu uso restrito enquanto objetivo final de homens trans. A passabilidade é, segundo Guilherme Almeida (2012, p. 519),

[...] utilizada para referir-se a uma capacidade pessoal de ser reconhecido/a como pertencente a um gênero que não era o assignado no sujeito ao nascer. Essa capacidade pessoal envolve tanto certa manipulação de alguns cuidados físicos característicos do gênero pretendido quanto atributos de comportamento que sejam culturalmente associados a tal gênero.

Para alguns ativistas, acadêmicos e pessoas trans, trata-se de um termo que se reveste de uma conotação normatizadora quando pretende reiterar as exigências sociais em torno do binarismo de gênero e o retorno à cisgeneridade, representando o alinhamento entre expressão de gênero, orientação sexual e identidade de gênero (Duque, 2020; Ferreira & Natansohn, 2019; Pontes & Silva, 2017; Porto et al., 2021). Além disso, a utilização pragmática do conceito de passabilidade desconsidera a legitimidade subjetiva, desejos e necessidades individuais que possibilitam a apropriação de um processo que também resulta em satisfação pessoal, fortalecimento da autoestima e maior conforto consigo mesmo. Por essa razão tal conceito é questionado, ao se considerar que a transição de gênero é mais do que “passar por”, como algo que “se finge” ser em um processo de constante imitação de algo. Se é imitação de algo, não é verdadeiro ou

originário. É preciso fazer uma consideração entre a expectativa subjetiva e a materialização corporal.

Conclui-se que o processo de hormonização vivenciado pelos homens trans corresponde à materialização das características atribuídas ao gênero masculino, de forma a garantir o reconhecimento visual pretendido. Esse processo é responsável pelo alívio psicológico de se conectar materialmente com sua própria subjetividade por meio das modificações corporais adquiridas pelo uso regular da testosterona. Apesar do sentido positivo, o mecanismo da cisnormatividade subverte a hormonização transmasculina e dilui sua potência contranormativa ao elegê-la como o ideal e objetivo final de validação da transição de gênero. Contudo, deve-se destacar a proeminência de necessidades subjetivas e individuais, assim como a especificidade de cada narrativa que perpassa questões concernentes ao desenvolvimento da identidade de gênero. As alterações necessariamente correspondem a transformações cuja percepção é, predominantemente, visual e material. O visual indica o reconhecimento pelo outro e o material é a prova incontestável que classificará o sujeito em uma leitura feminina ou masculina. O processo de hormonização torna-se central na jornada de muitos homens trans justamente porque pode fornecer a senha de acesso a tais realizações.

REFERÊNCIAS

- Almeida, G. (2012). “Homens trans”: Novos matizes na aquarela das masculinidades?. *Revista Estudos Feministas*, 20(2), 513-523. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200012>
- Ávila, S. N. (2014). *FTM, transhomem, homem trans, trans, homem: A emergência de transmasculinidades no Brasil contemporâneo* [Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina]. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/129050/329117.pdf?sequence=1>
- Braun, V., & Clarke, V. (2014). What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers?. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, 9(1), 1-2. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>
- Braz, C. (2019). Vidas que esperam? Itinerários do acesso a serviços de saúde para homens trans no Brasil e na Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(4), e00110518. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110518>

- Connel, R., & Pearse, R. (2015) *Gênero: Uma perspectiva global*. Nversos.
- Duque, T. (2020). A epistemologia da passabilidade: Dez notas analíticas sobre experiências de (in)visibilidade trans. *História Revista – Revista UFG*, 25(3), 32-50. <https://doi.org/10.5216/hr.v25i3.66509>
- Ferreira, S. R. da S., & Natansohn, L. G. (2019). Objetos de aparecer e de desaparecer de Anastacia: Diálogos sobre passabilidade trans* e o direito ao manejo dos próprios dados on-line a partir de um estudo de caso. *Cadernos de Comunicação*, 23(1), 1-22. <https://doi.org/10.5902/2316882X36709>
- Lerri, M. R., Romão, A. P. M. S., Santos, M. A., & Lara, L. A. S. (2017). Transsexual people's experiences of childhood, adolescence, and adulthood: Understanding their stories. *Journal of Sexual Medicine*, 14(12), e383-e384. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.10.050>
- Lima, F., & Cruz, K. T. D. (2016). Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), (23), 162-186. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.07.a>
- Medrado, B., Mélo, R. P., & Sampaio, J. V. (2019). “Hormônios em ação”: Articulando conceitos da teoria ator-rede. *Revista Polis e Psique*, 9(3), 43-52.
- Pontes, J. C., & da Silva, C. G. (2017). Cisnormatividade e passabilidade: Deslocamentos e diferenças nas narrativas de pessoas trans. *Revista Periódicus*, 1(8), 396-417. <https://doi.org/10.9771/peri.v1i8.23211>
- Porto, R. K. D., da Silva, M. A., & Gugelmin, S. (2021). Narrativas de passabilidade e a segurança para transitar: Transmasculinidades e saúde. *ACENO: Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 8(16), 219-230. <https://doi.org/10.48074/aceno.v8i16.12039>
- Preciado, P. B. (2018). *Testo Junkie: Sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica* (M. P. G. Ribeiro, Trad.). Editora n-1.
- Santos, M. A., Souza, R. S., Lara, L. A. S., Risk, E. N., Oliveira, W. A., Alexandre, V., & Oliveira-Cardoso, E. A. (2019). Transexualidade, ordem médica e política de saúde: Controle normativo do processo transexualizador no Brasil. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 10(1), 3-19. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n1p03>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

PROMOVER A CAPACIDADE DE PERDOAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Lilian Wittmann¹ (✉ 39924@ufp.edu.pt), Joana Marques¹, & Isabel Silva¹

¹Universidade Fernando Pessoa, Portugal

O perdão como força de caráter representa um conjunto de mudanças pró-sociais/psicológicas que ocorrem dentro de um indivíduo que foi ofendido ou prejudicado por um transgressor (Haslip et al., 2019). O perdão é muitas vezes confundido com o ato de tolerar, de desculpar, de reconciliar ou de esquecer, no entanto estes últimos pressupõem que as ações do ofensor foram justas ou desculpáveis (Graham et al., 2012). Para McCullough (2000), o perdão é uma motivação pró-social, que se expressa através da diminuição do desejo de evitar a pessoa transgressora e de prejudicar ou procurar vingança para com essa pessoa e do aumento do desejo de agir positivamente para com a mesma pessoa.

O perdão demonstrou ser uma força psicológica que pode facilitar a saúde pessoal e relacional (Ji et al., 2016), estando relacionada com a temperança, estabilidade, níveis mais baixos de ansiedade, de hostilidade e de depressão, e maior amabilidade e comportamento pró-social (Haslip et al., 2019). Perdoar manifesta-se em níveis significativamente mais baixos de raiva, de depressão e de ansiedade e melhora também, significativamente, a autoestima, o bem-estar psicológico e a saúde mental do indivíduo.

O perdão tem sido definido como uma disposição do indivíduo de abandonar atos de ressentimentos, julgamentos negativos e comportamentos de indiferença e proceder com imerecidos atos de compaixão, generosidade e até amor com quem o tratou injustamente (Lin et al., 2013). Também tem sido entendido como um processo de mudança de “anti-social” para “pró-social” – ou seja, uma pessoa que relata ter perdoado o seu ofensor não mais buscará o afastamento ou qualquer tipo de vingança, mas, pelo contrário,

tentará reconstruir um relacionamento saudável com o agressor (Zhang et al., 2014).

Parece ser consensual considerar que o ato de perdoar envolve um movimento de pensamentos, comportamentos e emoções negativas para pensamentos, comportamentos e emoções positivas em relação ao ofensor. Portanto, o desenvolvimento desta competência não é somente benéfico ao próprio indivíduo ofendido, que possui a oportunidade de se libertar de mágoas dentro de si, mas também é uma maneira de ir contra as nossas reações “primitivas” de vingança. Quebra-se, assim, uma corrente de emoções negativas ressentidas e acrescenta-se significado para aquela experiência dolorosa que ao aprender pode perdoar a quem o ofendeu.

A presente revisão sistemática da literatura procura responder à questão: *É Possível Promover a Capacidade de Perdoar?*

MÉTODO

A pesquisa foi realizada na plataforma B-On: Biblioteca de Conhecimento Online, tendo sido utilizadas as seguintes palavras-chave: “forgiveness” – TI Título; “intervention or stimulation” – TI Título; “young adults” – TX Todo o Texto. Foram apenas selecionados textos revistos por pares, disponíveis em texto integral, desde janeiro de 2010 a janeiro 2022, que dissessem respeito a participantes jovens adultos e a estudos experimentais ou quase-experimentais, que incluíssem intervenções com vista à promoção do perdão nesta população. Foram identificados 17 artigos, sendo que após exclusão de duplicados e aplicados os critérios de inclusão, foram selecionados 6 para inclusão na revisão.

RESULTADOS

A análise dos artigos foi realizada com auxílio do método PICO (Santos et al., 2007), podendo encontrar-se uma síntese dos mesmos no Quadro 1.

Quadro 1

Artigos alvo de revisão sistemática

Autores, Título, País de origem do estudo	População	Estudo	Tipo de Intervenção	Resultados
Lin et al. (2013). A forgiveness intervention for Taiwanese young adults with insecure attachment. Taiwan	36 participantes entre 18-23 anos de idade dentre os quais 4 são homens (11%) e 32 são mulheres (89%) divididos em 2 grupos – GE e GComp (sujeito a outra intervenção).	Experimental	12 sessões de 150 minutos cada uma com frequência de 1 vez por semana segundo o modelo “The Forgiveness Process Model” (FPM: Enright & Fitzgibbons, 2000) dividido em 5 unidades.	Os participantes do GE mostraram maior melhoria no que respeita a segurança do apego, perdão, ansiedade, traço, esperança e auto-estima.
Graham et al. (2012). An educational forgiveness intervention for young adult children of divorce. Costa Oeste dos Estados Unidos da América.	12 participantes com idades entre 20-40 anos, dentre os quais 2 são homens e 10 são mulheres ($M=27.25$, $DP=5.88$). Divididos aleatoriamente: 6 no GE e 6 no GComp.	Experimental	Intervenção baseada na leitura e estudo pessoal de um livro ao longo de 12 semanas. Ao Grupo Experimental foi designado o livro “Forgiveness is a Choice: The Step-by-Step Process of Resolving Anger and Restoring Hope” (tradução livre: Perdão é uma Escolha: Processo Passo a Passo para Solucionar a Raiva e Restaurar a Esperança) (Enright, 2001), escrito especificamente para ajudar pessoas no processo de perdão fora do contexto de aconselhamento e utiliza o Forgiveness Process Model (tradução livre: Modelo de Processo de Perdão) (FPM; Enright & Fitzgibbons, 2000) que consiste em 20 guias distribuídos em 4 fases.	Entre o GE e o GComp, as diferenças foram poucas; os participantes do GE apresentaram mudanças significativas e positivas ao nível do perdão, relações pai-filho e ansiedade.
Maier et al. (2018). Forgiveness and cognitive control – Provoking revenge via theta-burst-stimulation of the DLPFC. Alemanha.	19 participantes com idades entre 19 e 31 anos, dos quais 14 são mulheres e 5 são homens ($M=23.63$, $DP=3.48$).	Quase-experimental	O experimento foi feito por meio dos “jogos” conhecidos como Ultimato Game (UG) e Dictator Game (DG) com a aplicação da estimulação Theta-Burst contínua inibitória (CBTS) entre a mudança de dois “jogos” para análise das suas capacidades de “perdoar”. Para essa estimulação transcraniana inibitória do DLPFC (córtex dorso-lateral pré-frontal direito) foi utilizado o protocolo theta-burst stimulation (TBS; Huang et al., 2005) e uma versão placebo (Sham) equivalente nos participantes. Ambos os jogos (UG e DG) tiveram 40 rodadas de aproximadamente 9 minutos cada. O objetivo dessa intervenção foi estimular o DLPFC, responsável pelo controlo cognitivo, pois, segundo estudos, os comportamentos de perdão e as ações pró-sociais dependem do seu nível de ativação.	Os resultados do importante papel do sistema de controlo cognitivo (DLPFC) para o comportamento de perdão. A intervenção provou alterar as tendências de Resposta dos participantes contra adversários injustos, mas não contra adversários justos.

Quadro 1 (cont.)

Autores, Título, País de origem do estudo	População	Estudo	Tipo de Intervenção	Resultados
Zhang et al. (2014) The application of group forgiveness intervention for courtship-hurt college students: a Chinese perspective . China.	31 estudantes femininas com idades entre os 21 e os 24 anos ($M=22.1$, $DP=0.98$) Divididos aleatoriamente – 10 para o GE no perdão, 10 para o grupo geral e 11 para o GC.	Experimental	O GE recebeu a versão Chinesa do Programa baseado no Modelo de Enright com 6 sessões que tiveram como objetivo aumentar o nível de bem-estar dos participantes e reduzir o nível de ansiedade e depressão ao promover o perdão. O GC foi sujeito a psicoterapia interpessoal realizada em 6 sessões, com o objetivo de ensinar aos participantes, estratégias para regular a emoção e crenças irracionais.	O GE e GC em geral apresentaram melhoria significativa na ansiedade, depressão e bem-estar no final do tratamento, mas só o GE mostrou uma melhoria significativa no perdão. A eficácia do tratamento para o GE durou mais tempo do que para o Grupo da população geral.
Ji et al. (2016). Effects of a culture-adaptive forgiveness intervention for Chinese college students. China.	28 participantes, 3 do sexo masculino e 25 do sexo feminino. $M=20.20$; $DP=1.35$; $GE=16$; $GC=12$.	Experimental	O grupo Experimental recebeu uma intervenção baseada no modelo "Forgiveness Process Model" com 10 sessões divididas em 4 unidades com o objetivo de ajudar os participantes a passar pelas quatro fases do perdão descritas no modelo. A intervenção foi adequada culturalmente para a população, integrando provérbios, normas e valores da cultura chinesa.	A intervenção aumentou as atitudes de perdão no CE. Não foi relatado qualquer efeito significativo na empatia, autoestima e ansiedade.
Baskin et al. (2011). Supporting special needs adoptive couples: Assessing an intervention to enhance forgiveness, increase marital satisfaction, and prevent depression. EUA.	112 pais com pelo menos um filho adotivo com necessidades especiais (total de 98 filhos adotivos com necessidades especiais). $GE: n=54$; $GC: n=58$.	Experimental	Grupo educacional de perdão com 36 horas de contato, durante 3 meses com discussões orientadas pelo líder. As sessões também incluíam definir o perdão e distinguir o perdão de esquecer, tolerar, reconciliar e justificar.	O perdão, a satisfação conjugal e os sintomas depressivos foram medidos em ambos os grupos. GE mostrou ganhos estatisticamente significativos em relação ao perdão, satisfação conjugal e sintomas depressivos quando comparado com relação ao GC. Todos os ganhos foram mantidos no follow up de 3,5 meses.

Nota. GC – Grupo de controle; GE – Grupo Experimental; GComp – Grupo de Comparação.

Entre os seis estudos analisados desenvolvidos em diversos países como Taiwan, Alemanha, China e Estados Unidos da América o número de participantes variou entre 6 (Graham et al., 2012) e 16 (Ji et al., 2016) no grupo experimental.

Encontramos nestes estudos o perdão definido na lógica apresentada por Enright, que o concebe enquanto disposição do sujeito de substituir os atos de ressentimentos, julgamentos negativos e comportamentos de indiferença por imerecidos atos de compaixão, generosidade e até amor com quem o

tratou injustamente (Lin et al., 2013) e a de McCullough, que descreve o perdão como um processo de mudança de uma atitude “anti-social” para “pró-social” – ou seja, uma pessoa que relata ter perdoado o seu ofensor não mais buscará o afastamento ou qualquer tipo de vingança, mas, pelo contrário, tentará reconstruir um relacionamento saudável com o agressor (Zhang et al., 2014).

Entre os instrumentos de medida utilizados, contam-se os seguintes: Enright Forgiveness Inventory (Graham et al., 2012; Ji et al., 2016; Lin et al., 2013); Tendency to Forgive Scale; Willingness to Forgive Scale (Graham et al., 2012); Scale of Courtship Forgiveness (Zhang et al., 2014); Enright Forgiveness Inventory (Enright & Rique, 2004).

Todos os estudos analisados obedeceram a um desenho experimental, com exceção do estudo apresentado por Baskin et al. (2011).

Maier et al. (2018) realizou a experiência com o protocolo de estimulação Theta-Burst (TBS) contínua de inibição do Córtex Dorsolateral Pré-Frontal Direito (DLPFC) no intervalo do paradigma dos “jogos” Ditador e Ultimato, que avalia atitudes de vingança de um jogador em relação ao oponente previamente injusto, baseado em estudos que indicam que o DLPFC é responsável pelo controle cognitivo e os comportamentos de pró-sociais e de perdão dependem do nível de ativação dessa região do cérebro. Os resultados confirmaram uma redução significativa na ativação do DLPFC direito seguido à estimulação inibitória durante a condição crítica da tarefa (oponentes justos face aos oponentes previamente injustos), que resultou num aumento do “comportamento de perdão”. O DLPFC revelou interferir apenas em situações de elevado conflito, em que a resposta emocional automática (vingança) precisa ser suprimida para dar lugar ao perdão (“*to act in a forgiving manner*”). As avaliações de simpatia e justiça (assim como o desejo subjetivo de vingança) não foram significativamente afetados pelo protocolo de estimulação, ou seja, as manipulações no sistema de controle cognitivo mostraram modificar apenas os comportamentos visíveis (as respostas automáticas), mas não as tendências de respostas afetivas/motivacionais subjacentes. Estudos experimentais desta natureza, conduzidos em contexto de laboratório, colocam dificuldades a uma generalização e transferência de conclusões para as situações e relacionamentos do dia-a-dia.

Por sua vez, Lin et al. (2013), Ji et al. (2016) e Zhang et al. (2014) realizaram intervenções baseadas no modelo Enright “*Forgiveness Process Model*” nos grupos experimentais, ainda que as operacionalizassem em programas com um número de sessões muito diverso que variaram entre 8 e 12 sessões. Os três estudos obtiveram resultados positivos, tendo-se verificado um aumento de valores nas escalas de perdão e de comportamentos de perdão, assim como uma melhoria nas escalas de ansiedade, depressão e bem-estar psicológico.

Lin et al. (2013), implementaram um programa criado para ajudar os participantes a desenvolver uma melhor comunicação baseado na teoria do role-taking para promoção de competências de empatia. Os resultados apontam para uma melhora no ajuste psicológico negativo, como ansiedade, e em indicadores de saúde psicológica positiva, como autoestima e esperança presentes no grupo experimental, comparativamente ao grupo de controlo, ainda que não permitissem comprovar a superioridade desta intervenção em relação à intervenção alternativa proposta aos indivíduos do grupo de controlo.

Graham et al. (2012) implementaram uma intervenção baseada na leitura e estudo individual do livro “*Forgiveness Is a Choice: The Step-by-Step Process of Resolving Anger and Restoring Hope*” de autoria de Enright, escrito especificamente para ajudar pessoas no processo de perdão fora do contexto de aconselhamento e o próprio livro guia o participante dentro do modelo teórico desenvolvido pelo seu autor. O grupo de comparação também teve um trabalho de leitura e estudo pessoal, porém este do livro “*Difficult Conversations: How to Talk About What Matters Most*” de autoria de Stone et al. (1999), que é baseado no *Harvard Negotiation Project* e que tem por objetivo ajudar os participantes a comunicarem entre si de maneira eficaz. Os dados de comparação entre os grupos não revelaram diferença significativa entre os dois grupos – ambos demonstraram obter ganhos positivos no que toca ao bem-estar psicológico e à relação com os outros.

Nos estudos de Lin et al. (2013) e Graham et al. (2012), foram adotados grupos de comparação de desenvolvimento de competências sociais e interpessoais, o que impediu de avaliar exclusivamente a eficácia da intervenção no perdão. Porém, é interessante ressaltar o fato de ambos estudos focados nessas competências terem obtido resultados positivos

similares. Isto demonstra que o perdão não está somente relacionado com a motivação individual, tampouco somente com as nossas atitudes e comportamentos externos, estando também associado às competências sócio-afetivas do indivíduo.

No estudo de Zhang et al. (2014), a comparação do grupo experimental (modelo Enright) com o grupo geral (intervenção em psicoterapia interpessoal com o objetivo de ensinar os participantes, estratégias para regulação emocional e crenças irracionais) demonstrou resultados positivos em ambos os grupos. O grupo geral comparado com o grupo de controle não obteve diferença significativa nas subescalas do perdão, mas sim na de vingança que teve resultado melhorado. No que toca ao pós-teste (*follow-up*), o grupo experimental obteve resultados mais duradouros do que o grupo geral, demonstrando uma maior eficácia do programa de intervenção focado no perdão a longo prazo, quando comparado com a psicoterapia individual.

Ji et al. (2016) conjugaram o modelo Enright com o uso de provérbios, normas e valores da cultura chinesa e os resultados gerais dessa intervenção sugerem que as atitudes de perdão dos participantes do grupo experimental aumentaram mais do que no grupo de comparação, ainda que estas conclusões não permitam generalizações dado o reduzido número de participantes. O estudo acabou por enfatizar mais a variável da empatia e não expôs os resultados relativos aos outros instrumentos de medida, o que impediu mais possíveis conclusões.

Baskin et al. (2011) optaram também por uma intervenção educacional, porém sob o formato de encontros de grupo para pais adotivos com foco na definição do perdão e da distinção do esquecer, tolerar, reconciliar e justificar. Foi sugerida a escolha de um indivíduo específico que os tenha magoado para que pudessem experimentar esse processo em relação a ele. Esta intervenção pretendeu mostrar que a preparação de um casal para adotar um filho com necessidades especiais deve incluir ferramentas/programas relacionados com o aumento do perdão, com a satisfação conjugal e com a prevenção da depressão. Em relação à cura dessas mágoas passadas e à liberação do perdão, pôde-se concluir que esses participantes foram capazes de aumentar sua capacidade de perdoar por situações passadas em que seus filhos foram maltratados das mais diversas maneiras, explícitas ou implícitas.

DISCUSSÃO

Os programas não partem de uma definição única de perdão e avaliam esta variável através da administração de diferentes instrumentos, dificultando a comparação de resultados. Para além disso, o número de participantes alvo de cada um deles é bastante reduzido, impossibilitando qualquer generalização de resultados.

Apesar de não ser possível declarar que um único programa de intervenção pode aumentar imediata ou completamente a atitude de perdão de alguém, pode-se afirmar que os participantes de todos os estudos puderam experimentar benefícios ao nível do processo de libertação da raiva, aquisição de perspetiva, criação de empatia e compaixão pelo ofensor ou atribuição de significado à experiência. Mas, uma vez mais, qualquer generalização para o contexto de vida de cada participante seria abusiva.

Apesar destas limitações e da necessidade de aprofundar a investigação neste domínio, concluiu-se que o desenvolvimento desta competência parece ser possível. Sendo uma competência sócio-afetiva, acreditamos que deve ser trabalhada desde cedo, seja em contexto escolar ou familiar, com vista a uma construção contínua desta força de carácter.

REFERÊNCIAS

- Baskin, T. W., Rhody, M., Schoolmeesters, S., & Ellingson, C. (2011). Supporting special-needs adoptive couples: Assessing an intervention to enhance forgiveness, increase marital satisfaction, and prevent depression. *The Counseling Psychologist, 39*(7), 933-955. <https://doi.org/10.1177/0011000010397554>
- Enright, R. D. (2001). *Forgiveness is a choice: A step-by-step process for resolving anger and restoring hope*. American Psychological Association.
- Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2000). *Helping clients forgive*. American Psychological Association Press.
- Graham, V. N., Enright, R., & Klatt, J. (2012). An educational forgiveness intervention for young adult children of divorce. *Journal of Divorce & Remarriage, 53*(8), 618-638. <https://doi.org/10.1080/10502556.2012.725347>

- Haslip, M. J., Allen-Handy, A., & Donaldson, L. (2019). How do children and teachers demonstrate love, kindness and forgiveness? Findings from an early childhood 10 strength-spotting intervention. *Early Childhood Education Journal*, 47, 531-547. <https://doi.org/10.1007/s10643-019-00951-7>
- Ji, M., Hui, E., Fu, H., Watkins, D., Tao, L., & Lo, S. K. (2016). Effects of a culture-adaptive forgiveness intervention for Chinese college students. *British Journal of Guidance & Counseling*, 44(3), 335-346. <https://doi.org/10.1080/03069885.2015.1130798>
- Lin, W. N., Enright, R. D., & Klatt, J. S. (2013). A forgiveness intervention for Taiwanese young adults with insecure attachment. *Contemporary Family Therapy*, 35(1), 105-120. <https://doi.org/10.1007/s10591-012-9218-2>
- Maier, M. J., Rosenbaum, D., Haeussinger, F. B., Brüne, M., Enzi, B., Plewnia, C., Fallgatter, A. J., & Ehrlis, A.-C. (2018). Forgiveness and cognitive control – Provoking revenge via theta-burst-stimulation of the DLPFC. *NeuroImage*, 183, 769-775. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.08.065>
- McCullough, M. E. (2000). Forgiveness as human strength: Theory, measurement, and links to well-being. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 19, 43-55. <https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000342>
- Santos, C. M., Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000300023>
- Stone, D., Patton, B., & Heen, S. (1999). *Difficult conversations: How to discuss what matters most*. Penguin Books.
- Huang, Y. Z., Edwards, M. J., Rounis, E., Bhatia, K. P., & Rothwell, J. C. (2005). Theta burst stimulation of the human motor cortex. *Neuron*, 45(2), 201-206. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2004.12.033>
- Zhang, T., Fu, H., & Wan, Y. (2014). The application of group forgiveness intervention for courtship-hurt college students: A Chinese perspective. *International Journal of Group Psychotherapy*, 64(3), 298-320. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2014.64.3.298>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE EM PACIENTES HEMATOLÓGICOS CRÔNICOS, NA PANDEMIA DE COVID-19

Luciene Ferreira Garcez De Mello¹ (✉ garcezu@hotmail.com) & Sebastião Benício da Costa Neto²

¹Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – EBSEH, Brasil

²Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

Pacientes com doenças hematológicas crônicas convivem com diferentes estressores ligados ao diagnóstico e tratamento, por vezes, se sobrepondo momentos de estresse, ansiedade e/ou de depressão em distintos períodos da vida pessoal e dos contextos nos quais estão inseridos. Adicionalmente, desde 2020, têm convivido com outros estressores associados às fases inicial, de mitigação, de supressão e de recuperação da pandemia da COVID-19 (Faro et al., 2020; Werneck & Carvalho, 2020), uma vez que é abismal a diferença social, educacional e econômica da população brasileira e, portanto, do seu enfrentamento à pandemia.

Wang et al. (2020), que estudaram o impacto psicológico da COVID-19 na população geral, encontraram que: 53,8% dos participantes perceberam o impacto psicológico como moderado ou severo; 16,5% apresentaram sintomas depressivos; 28,8% sintomas de ansiedade; e, 8,1% relataram níveis de estresse. Os dados indicam a severidade em que uma pandemia pode impactar as pessoas em geral, podendo gerar sofrimento psicológico.

Diante do exposto, pode-se supor que a pandemia da COVID-19 trouxe um conjunto de ameaças e de restrições que aumentou a percepção de risco das pessoas e gerou um quadro de sofrimento psíquico em doentes hematológicos crônicos, que precisa ser melhor compreendido. A ansiedade é um estado emocional desagradável, que gera queixas e desconforto, comum a todos os seres humanos e necessária para a proteção e sobrevivência das pessoas. Porém, sentida em alta intensidade e frequência, passa a prejudicar as mesmas (Barlow, 1999; Roman & Savoia, 2003). Já

depressão é uma doença psiquiátrica crônica e recorrente que altera o estado de ânimo, motivação, gera sentimento de culpa, ideação e tentativa de suicídio (Méndez et al., 2005). Por fim, o estresse é uma reação fisiológica e psicológica natural do organismo, que ocorre com a vivência de situações de ameaça ou perigo, concretas ou imaginárias, que deixa a pessoa em estado de alerta ou alarme, provocando alterações físicas e emocionais (Vignola & Tucci, 2014).

De acordo com Filgueiras e Stults-Kolehmainen (2020), na população geral brasileira, a prevalência de estresse agudo subiu de 6,9% para 9,7%; de depressão de 4,2% para 8%; e, de ansiedade de 8,7% para 14,9%. Tais dados sugerem a pertinência de se produzir novas evidências sobre o tema, sobretudo considerando as poucas informações relativas aos doentes hematológicos.

Compreende-se que este estudo poderá ser útil por trazer contribuições para o trabalho dos profissionais que lidam com pacientes hematológicos crônicos em sofrimento psíquico ao fornecer elementos que subsidiarão a compreensão dos estados emocionais diante de um evento pandêmico e fundamentar estratégias no âmbito institucional para responder as necessidades dos utentes.

Desta forma, objetiva-se com o estudo: analisar os indicadores de ansiedade, depressão e estresse em doentes hematológicos crônicos, atendidos em um Hospital Escola de Goiânia, na segunda fase (mitigação) da pandemia da COVID-19; construir um perfil sociodemográfico e clínico dos participantes; e, descrever e correlacionar os indicadores de ansiedade, depressão e estresse e sociodemográficos entre si.

MÉTODO

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG-EBSERH) e aprovado sob o certificado de Apreciação Ética (CAAE) nº 50763821.0.0000.5078.

Trata-se de uma pesquisa correlacional, de corte transversal, desenvolvida no HC/UFG – EBSEH, na cidade de Goiânia. Os participantes foram 60 pacientes hematológicos crônicos de 18 a 60 anos de idade, de ambos os sexos, atendidos na instituição de outubro de 2020 a outubro de 2021.

Dentre os instrumentos, foi utilizado o Inventário de Ansiedade Beck/BAI e o Inventário de Depressão Beck/BDI (Beck et al., 1988; Cunha, 2001), ambos adaptados e validados para a população brasileira (Cunha, 2001; Gorenstein & Andrade, 1998).

Para avaliar a sintomatologia de estresse, foi utilizado o Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL). O ISSL avalia a presença de estresse nas fases de alerta, resistência, quase exaustão e exaustão e o tipo de sintoma mais frequente, se físico ou psicológico (Lipp, 2010; Lipp & Guevara, 1994).

A coleta de dados desta pesquisa ocorreu em outubro de 2021 e iniciou-se com a busca dos pacientes no ambiente das enfermarias e no Ambulatório de Hematologia e Hemoterapia. Para aqueles que aceitaram participar, no mesmo encontro, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e todos os instrumentos.

Os dados foram tabulados e analisados por meio do *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 20.0), no qual foram realizados os cálculos de estatística descritiva (média, desvio padrão e porcentagens das variáveis sociodemográficas) e dos aspectos psicológicos avaliados (ansiedade, depressão e estresse). A análise foi finalizada com a realização do teste de correlação de Pearson.

RESULTADOS

A maior parte dos participantes ($n=60$) é composta de indivíduos do sexo masculino (53,3%), com idade entre 18 e 30 anos (45%), média de 35 anos ($DP=12,64$) e estado civil solteiro (55%). Em relação à escolaridade, 55% tem o Ensino Médio. A composição familiar teve maior frequência de 3 e 4 pessoas (50%). Quanto à ocupação dos participantes, 40% estavam empregados e 70% com renda *per capita* de até um salário mínimo. Com

relação ao tempo de tratamento da doença, 50% dos participantes estão em acompanhamento há mais de 11 anos. Houve maior prevalência dos diagnósticos de doenças hematológicas (56,7%) em detrimento das oncohematológicas (43,3%).

Observou-se que 53,3% dos participantes apresentaram sintomas ansiosos de leve a severos, com predomínio do grau leve (25%). No que tange aos resultados do inventário de depressão, 51,7% da população amostrada possuem sintomas depressivos em algum nível, predominando o grau leve (25%). Tanto os índices de ansiedade, quanto os de depressão se distribuem entre os quatro níveis diferentes. Com relação ao estresse, 78,4% ($n=47$) dos participantes se encontravam em pelo menos uma das quatro fases (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão), predominando a fase de resistência (50%).

Quanto às correlações, observam-se as positivas, de $p<0,01$, entre escolaridade e renda per capita ($\alpha=0,564$; $p<0,01$) e depressão e ansiedade ($\alpha=0,482$; $p<0,01$). Houve correlações negativas de $p<0,05$ entre idade do participante e escolaridade ($\alpha=-0,302$; $p<0,05$), renda per capita e composição familiar ($\alpha=-0,325$; $p<0,05$) e estresse e ansiedade ($\alpha=-0,261$; $p<0,05$).

DISCUSSÃO

A população predominante deste estudo tinha média de idade de 35 anos, sendo a faixa etária compreendida como de força laboral ativa, o que impacta negativamente as condições de vida familiar.

Pessoas com doença hematológica enfrentam dificuldades diárias com dores, sofrimentos, adversidade dos tratamentos que foram agregadas às dificuldades impostas pela pandemia da COVID-19. Quanto às condições emocionais, foi possível identificar que 46,7% ($n=28$) dos participantes apresentavam grau mínimo de ansiedade. Este pode ser um indicativo de que esses pacientes necessitam de intervenções para o manejo dos sintomas iniciais a fim de que não se agravem podendo chegar a graus mais elevados de ansiedade. Observou-se, também, pacientes com sintomatologia

classificada de moderada a severa (28,3%), dados estes que vão ao encontro de Wang et al. (2020) que identificaram um impacto psicológico da COVID-19, na população geral: 28,8% dos participantes relataram sintomas de ansiedade moderados a severos.

Quanto aos sintomas de depressão, 26,7% dos pacientes hematológicos eram do grupo sintomático e apresentavam nível de depressão de moderada a severa. Turke et al. (2020) identificou, em 21,21% dos pacientes oncológicos, depressão, enquanto Wang et al. (2020) chegaram a 16,5% dos participantes que declararam apresentar sintomas depressivos moderados a severos. Além do adoecimento, os resultados também podem ter sido impactados pelos efeitos causados pelas restrições da pandemia da COVID-19, como por exemplo, uso de máscaras e distanciamento social. De acordo com Alexandria (apud, Vilela & Silva, 2021), que avaliou a saúde mental de voluntários da população geral, de forma online, os dados apontaram crescimento da depressão desde o início da pandemia e atribuíram isso, ao isolamento social e à solidão. Apesar desses dados, não tem como distinguir neste primeiro momento qual foi a fase que mais impactou essa amostra, sendo que esses aspectos podem ser objeto de outra investigação.

Os sintomas depressivos mais prevalentes nos pacientes hematológicos foram fadiga, dificuldade no trabalho, tristeza e preocupação somática, desgosto consigo, choro fácil e ideação suicida. Beck (2013) relata que os pensamentos negativos com relação a si, ao mundo e ao futuro (tríade cognitiva), têm forte influência quando acompanhados por algum tipo de patologia. É preciso estar alerta a sinais de desesperança, pois esse tipo de distorção cognitiva, mostra grande relação com tentativas de suicídio (Marback & Pelisoli, 2014).

Em relação ao estresse, teve-se que 78,3% dos pacientes hematológicos apresentaram sintomas de estresse em um ou mais níveis (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão), sendo os sintomas físicos se sobressaindo aos psicológicos, o que pode ser influenciado por esses pacientes pensarem sua própria saúde em termos médicos e farmacológicos e terem menor sensibilidade para os psicológicos ou não percebem substancialmente a diferença entre eles, como discutido por Primo et al. (2013). A fase de resistência foi a mais prevalente (50%), dados que condizem com o estudo de Manzan e Hiratsuka. (2016) com 78% dos participantes com algum nível

de estresse e de Ludwig et al. (2006) com 46,6% de pacientes também na fase de resistência. Nesse sentido, é relevante pensar intervenções que avaliem o paciente levando em consideração suas vivências anteriores, mas também estratégias para não agravar o quadro de estresse.

Houveram cinco correlações significativas, sendo a primeira positiva entre escolaridade e renda per capita ($\alpha=0,564$; $p<0,01$), demonstrando a íntima relação entre maior escolaridade e maior renda do paciente hematológico. A experiência hospitalar demonstra, de fato, que os pacientes com anemia falciforme usualmente têm baixa escolaridade e vivem na linha da pobreza. Esse fato tem relevância para que se possa conscientizar o paciente e sua família com relação a valorização dos estudos e suas consequências positivas. Ribeiro (2016) em seu estudo sobre desigualdades de renda em duas metrópoles brasileiras, aponta esta mesma correlação, que quanto maior o grau de instrução acadêmica maior a renda obtida de remuneração laboral e ainda complementa que o indivíduo que tem maior educação em relação ao que é exigido pela ocupação, recebe uma bonificação em forma de renda extra.

A segunda correlação positiva encontrada foi entre depressão e ansiedade ($\alpha=0,482$; $p<0,01$), mostrando que quanto maior é o indicador de ansiedade da pessoa, mais depressão ela apresenta, assim como outros estudos que apresentaram resultados semelhantes (Ludwig et al., 2006; Turke et al., 2020).

Entre idade do participante e escolaridade, houve uma correlação negativa ($\alpha=-0,302$; $p<0,05$), que demonstra que quanto menor a idade do paciente hematológico, maior é sua presença em instituições de ensino. Isso vai ao encontro do observado na prática assistencial, uma vez que os pacientes com anemia falciforme mais idosos tendem a ter uma baixa escolarização. Assim, compreende-se que os mais jovens com doenças hematológicas podem ter tido influência de diversos outros fatores protetores, tais como: maior conscientização da família com relação a esta necessidade, maiores oportunidades de frequentar a escola e possível controle do Estado sobre as famílias por meio de órgãos reguladores, a exemplo da ação dos Conselhos Tutelares.

A correlação entre renda per capita e composição familiar ($\alpha=-0,325$; $p<0,05$) também foi negativa, indicando que quanto menor é o tamanho da

família, maior a renda per capita, o que também pode ser explicada, por quanto maior o núcleo familiar, maior a divisão de renda e possíveis maiores gastos com necessidades básicas. A renda per capita dos participantes da pesquisa foi de até um salário (70%), desta forma, observa-se que a maior parte dos participantes se encontrava em condições socioeconômicas vulneráveis.

Ademais, é interessante pontuar a correlação negativa observada entre estresse e ansiedade ($\alpha=-0,261$; $p<0,05$), sugerindo que há o predomínio de um ou de outro na constituição do sofrimento psíquico dos participantes, o que contraria a literatura. Ludwig et al. (2006) relatam que estresse e ansiedade apresentam alta correlação positiva. Essa divergência de dados revela algo diferente que precisa ser melhor compreendido e investigado em estudos futuros, inclusive com avaliações de atribuições de sentido às experiências vividas.

Na pandemia pacientes hematológicos crônicos se tornaram “grupo de risco”, alterando diversas esferas da vida, em alguns casos, descontinuando o tratamento para evitar o ambiente hospitalar e possível contaminação. A vivência da pandemia da COVID-19 provocou alterações psíquicas e emocionais na dinâmica de funcionamento da experiência social, potencializando aumento nos níveis de ansiedade, depressão e estresse (Wang et al., 2020).

Por fim, este estudo foi limitado pelo desenho de tipo transversal não permitindo estabelecer relações de causa e efeito entre as variáveis.

As pessoas com doenças hematológicas apresentaram ansiedade, depressão e estresse (com maiores níveis dentre todas variáveis) durante a pandemia da COVID-19. Contudo, os dados não são sensíveis para diferenciar o que foi influenciado pela pandemia e o que foi influenciado pela própria doença hematológica, ainda que sejam relevantes para orientar as atividades do(a) Psicólogo(a) da Saúde em tal contexto médico junto aos enfermos e cuidadores. Sugere-se o desenvolvimento de investigações qualitativas com a mesma população, dando à mesma a possibilidade de expressar seus pontos de vista e suas vivências de tratamento à luz dos problemas criados pela pandemia da COVID-19.

REFERÊNCIAS

- Barlow, D. H. (1999). *Manual clínico dos transtornos psicológicos* (2ª ed.). Artmed.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental*. Artmed Editora.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. Casa do Psicólogo.
- Faro, A., Bahiano, M. D. A., Nakano, T. D. C., Reis, C., Silva, B. F. P. D., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: A emergência do cuidado. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>
- Filgueiras, A., & Stults-Kolehmainen, M. (2020). Factors linked to changes in mental health outcomes among Brazilians in quarantine due to COVID-19. *MedRxiv*, jun. <https://doi.org/10.1101/2020.05.12.20099374>
- Gorenstein, C., & Andrade, L. H. S. G. (1998). Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 245-250.
- Lipp, M. E. N. (2010). *Mecanismos neuropsicológicos do stress: Teorias e aplicações clínicas*. (3ª ed.). Casa do psicólogo.
- Lipp, M. E. N., & Guevara, A. D. H. (1994). Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). *Estudos de Psicologia*, 11(3), 43-49.
- Ludwig, M. W. B., Redivo, L. B., Zogbi, H., Hauber, L., Facchin, T. H., & Müller, M. C. (2006). Aspectos psicológicos em dermatologia: Avaliação de índices de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. *Psic: Revista da Vetor Editora*, 7(2), 69-76. Recuperado em 22 de janeiro de 2022. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000200009&lng=pt&tlng=pt
- Manzan, S., Araújo, I., & Hiratsuka, M. K. B. (2016). Estresse em pacientes submetidos a Tratamento antineoplásico. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(2), 4487-4500.
- Marback, R. F., & Pelisoli, C. (2014). Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 122-129. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20140018>
- Méndez, F. X., Olivares, J., & Ros, M. C. (2005). Características clínicas e tratamento da depressão na infância e adolescência. In V. E. Caballo & M. A. Simón (Orgs.), *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos gerais* (pp. 139-185). Livraria Santos.
- Primo, C. C., Amorim, M. H. C., Castro, D. S., Paraguassú, T., Nogueira, T. P., Bertolani, G. B. M., & Leite, F. M. C. (2013). Stress in mastectomized women. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(3), 385-394. Retrieved april 15, 2022.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072013000300006&lng=en&tlng=en

- Ribeiro, M. G. (2016). Desigualdades de renda: A escolaridade em questão. *Educação & Sociedade*, 38, 169-188. <https://doi.org/10.1590/ES0101-73302016154254>
- Román, S., & Savoia, M. G. (2003). Pensamentos automáticos e ansiedade num grupo de jogadores de futebol de campo. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(2), 13-22. Recuperado em 15 de janeiro de 2022. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872003000200002&lng=pt&tlng=pt
- Turke, K. C., Canonaco, J. S., Artioli, T., Lima, M. S. S., Batlle, A. R., Oliveira, F. C. P., Cubero, D. I. G., Sette, C. V. M., & Giglio, A. (2020). Depression, anxiety and spirituality in oncology patients. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 66(7), 960-965. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.7.960>
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Vilela, H. F. S., & Silva, P.L.A. (2021). Avaliação do nível de estresse, qualidade do sono, ansiedade e depressão em estudantes do curso de fisioterapia durante o distanciamento social. <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/2590>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729.
- Werneck, G. L., & Carvalho, M. S. (2020). Editorial – A pandemia de COVID-19 no Brasil: Crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5), s/p. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

SOBRECARGA E BURNOUT EM AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA DE ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA COVID-19

Maria Cristina Faria^{1,2} (✉ mcfaria@ipbeja.pt) & Marisa Laurindo¹

¹ Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja, Portugal; Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento do Alentejo do IPBeja, Portugal

² CinTurs-Centro de Investigação em Turismo, Sustentabilidade e Bem-Estar da UAlg, Portugal

Ao mesmo tempo que a população envelhece assiste-se a modificações nas estruturas económicas, saúde, sociais, educacionais e familiares que condicionam a capacidade de cuidar das gerações mais velhas. Embora em Portugal a família ainda continue a ser o grande suporte dos idosos, acontece que muitas das responsabilidades que outrora se cingiam ao domínio familiar passaram a pertencer ao Estado, sendo-lhe exigido a criação de medidas e equipamentos de resposta aos problemas e necessidades dos idosos em tempo útil. A partir da década de 90 assiste-se a uma evolução gradual do número de respostas sociais, nomeadamente, o apoio domiciliário, centros de dia e de convívio. Estas estruturas nem sempre conseguem dar a resposta eficaz a todas as situações, pois, existem outros fatores preponderantes a considerar, como a alteração da estrutura familiar, a degradação das condições da habitação, mobilidade, acessibilidade, segurança, solidão, isolamento, problemas de saúde e perda de autonomia. Assim, verificando-se a inexistência de uma rede de interações de suporte que facilite a integração social e familiar do idoso, coloca-se em causa a manutenção deste no seu domicílio. É aqui que a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) é, em muitos casos, a única resposta viável para assegurar uma condição de vida satisfatória (Guedes, 2012). Efetivamente, as alterações que surgem no indivíduo ao longo do processo de envelhecimento, em particular, a perda de capacidades funcionais e cognitivas, conduzem a uma vulnerabilidade e dependência de cuidados de

terceiros para satisfazer as necessidades básicas de vida diária, tornando-se necessário recorrer aos cuidados de cuidadores formais das várias valências disponíveis (centros de dia, ERPI, apoio domiciliário). É consensual que o cuidador formal é a pessoa que faz do ato de cuidar a sua profissão, exercendo a sua função em instituições adequadas para tal. O Ajudante de Ação Direta (AAD) faz parte deste imenso leque de cuidadores, nomeadamente, ao nível das ERPI, representando uma grande percentagem dos recursos humanos, sendo uma figura chave na prestação de cuidados à população idosa institucionalizada ou não, que cresce a um ritmo bastante acentuado, com uma longevidade cada vez maior, o que muitas vezes acarreta situações de dependência expectáveis mais cedo ou mais tarde. São considerados cuidadores formais numa ERPI todos os técnicos que a instituição tenha ao seu serviço, contudo são os AAD, juntamente com os técnicos auxiliares de serviços gerais, que prestam a maioria dos cuidados aos idosos.

O AAD representa um elemento da equipa multidisciplinar que desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados e na qualidade dos serviços prestados. A prestação de cuidados formais a pessoas idosas de forma direta e permanente, pelas suas condições de dependência, pode revelar-se uma tarefa bastante desgastante a nível físico e psicológico, devido ao grau de exigência que a prestação desses cuidados exige. Ao longo do tempo é comum surgirem queixas nos cuidadores formais relacionadas com questões psicológicas, emocionais, cansaço físico, fadiga, sobrecarga, ansiedade e depressão (Colomé et al., 2011). A exposição prolongada a este tipo de condições pode ser preditor de um estado de *burnout*. Este pode ser definido como um estado de exaustão física, emocional e mental causado pelo envolvimento em situações emocionalmente desgastantes em contexto profissional, durante um período de tempo prolongado. Estudos revelam que este tipo de colaboradores, pelo carácter das funções que lhe são confiadas, apresenta uma elevada predisposição para experienciar sintomas de sobrecarga (Sequeira, 2010), que podem ser explicados pelo clima negativo de trabalho, desempenho de papéis ambíguos e pela falta de clareza nas tarefas que executam. Quando os sintomas de sobrecarga (ansiedade, stress, mal-estar) se tornam frequentes e intensos, isso leva a uma situação de *burnout*, que é mais frequentemente observado em profissões de contacto direto com pessoas (Sequeira, 2010). Por conseguinte, os profissionais

cuidadores encontram-se sempre no limite das suas forças e se surge mais alguma contrariedade a ultrapassar a situação complica-se. Foi o que aconteceu com o imprevisto da Pandemia COVID-19, reconhecida como tal pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a 11 de março de 2020, que pôs à prova a organização das ERPI, condições de trabalho dos seus profissionais e a qualidade de serviços prestados aos utentes e evidenciou problemas institucionais de há longa data. Causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), que foi identificado pela primeira vez na China, na cidade de Wuhan no final de 2019, este acontecimento veio alterar toda a sociedade e a forma como nos relacionamos, tendo um impacto sem precedentes na vida de todos os humanos. Também as ERPI, de um momento para o outro, se depararam de forma inopinada com um conjunto de alterações às suas rotinas enraizadas ao longo dos anos e com uma responsabilidade acrescida de proteger os seus residentes, pois, estes são a população de maior risco perante este vírus que assolou todo o mundo. Mais uma vez, recaiu sobre os AAD um esforço redobrado no desempenho das suas funções desafiando os seus limites. Estando estes profissionais na linha da frente a cuidar do “outro” independentemente dos seus medos e ansios pessoais, enfrentando um desconhecido que entrou abruptamente na vida dos humanos e para o qual não se estava preparado.

A sobrecarga abrange como dimensões, o impacto da prestação de cuidados, a relação interpessoal, as expectativas com o ato de cuidar e a perceção de autoeficácia. No que concerne ao *burnout*, este é engloba três dimensões, o *burnout* pessoal, o *burnout* relacionado com o trabalho e o *burnout* relacionado com o utente. Diante desta panorâmica surgiu a seguinte questão: “Qual é a sobrecarga e *burnout* nos AAD de ERPI, em situação de Pandemia COVID-19?” Foi esta problemática que motivou o desenvolvimento desta investigação para dar a conhecer a realidade e poder perspetivar intervenção para melhoria das condições de trabalho dos AAD em situação de crise. Para levar por diante este estudo traçou-se como objetivo central conhecer a perceção de sobrecarga e *burnout* em AAD de uma ERPI do Baixo Alentejo, Portugal, em situação de Pandemia COVID-19. Foram consideradas sete metas: (1) Identificar os determinantes que levam à sobrecarga e *burnout* em AAD; (2) Delinear o perfil dos AAD; (3) Conhecer a sobrecarga dos cuidadores formais, AAD; (4) Identificar o stress; (5) Identificar o *burnout*;

(6) Identificar as estratégias para fazer face à adversidade na profissão e (7) Promover a saúde e bem-estar destes profissionais.

MÉTODO

Metodologia de cariz misto, quantitativa e qualitativa. É um estudo transversal, de carácter exploratório realizado numa perspetiva de investigação ação.

Participantes

Participaram neste estudo 12 profissionais de AAD do sexo feminino, com idades entre os 31 e os 61 anos ($M=51,00$ anos, $DP=9,11$), sendo que 8 são casadas (66.7%), 2 são viúvas (16.7%) e 2 são divorciadas (16.7%). Quanto às qualificações académicas, 8 (66.7%) têm o 3º ciclo do ensino básico, 2 (16.7%) têm o 1º ciclo do ensino básico, 1 (8.3%) tem o 2º ciclo do ensino básico e 1 (8.3%) o ensino secundário. Sobre o tempo de desempenho de funções de AAD varia entre um máximo de 32 anos e um mínimo de 1 ano ($M=12,1$ anos, $DP=10,6$). Relativamente ao tempo que trabalham na área do envelhecimento oscilam entre um máximo de 32 anos e um mínimo de 2 anos ($M=14,1$ anos, $DP=10,2$). As participantes trabalham na ERPI que foi alvo do estudo entre 32 anos e 2 anos ($M=12,6$ anos, $DP=10,8$). No que diz respeito à formação em geriatria, 9 (75%) tem formação nesta área e 3 (25%) não tem.

Material

Para a recolha de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

O *Questionário Sociodemográfico* foi aplicado com o intuito de aceder a variáveis sociodemográficas (sexo, idade, qualificações académicas, tempo de desempenho de funções de AAD, tempo que trabalho na área do envelhecimento, tempo de trabalham na ERPI e formação em geriatria).

O *Questionário de Sobrecarga de Ajudantes de Ação Direta de Estruturas Residenciais para Idosos* (QSAADERI; Laurindo, 2021) foi construído a partir da realização de uma *Entrevista Semiestruturada sobre Stress, Burnout e Amortizadores de Cuidadores Formais Ajudantes de Ação* aplicada a quatro AAD. Pretendia-se conhecer os determinantes de sobrecarga e *burnout* em ajudantes de ação direta de estruturas residenciais para idosos. O questionário é composto por 22 questões de resposta aberta e resposta fechada. Considerando as dimensões: “perceção do exercício da profissão”, “perceção da sobrecarga”, “perceção da sobrecarga na situação de Pandemia COVID-19”, “perceção da ansiedade e stress” e “amortizadores do stress”.

A *Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit* constitui um instrumento reconhecido para avaliar o impacto emocional, físico e social sobre os cuidadores (Gonçalves-Pereira & Zarit, 2014). A versão original é constituída por 29 questões, que incluem aspetos relacionados com a saúde física e psicológica, recursos económicos, trabalho, relações sociais e a relação com o recetor dos cuidados. Foi utilizada a versão portuguesa de Sequeira (2010).

O *Inventário de Burnout de Copenhaga* é um instrumento de avaliação que foi construído por Kristensen, Borritz, Villadsen e Christensen, no âmbito do projeto PUMA (sigla dinamarquesa para Projeto de *burnout*, Motivação e Satisfação no Trabalho) que teve início em 1997 e durou cinco anos, com o objetivo de avaliar a prevalência, a distribuição, as causas e consequências do *burnout*, bem como da possível intervenção para minimizar o desgaste, em trabalhadores dos serviços humanos. Na presente investigação foi utilizada a versão portuguesa da escala realizada por Fonte (2011).

Procedimento

Através do método de amostragem por conveniência, contactou-se uma ERPI situada no Baixo Alentejo, na zona sul de Portugal. Foi solicitada autorização ao presidente da direção da instituição para efetuar a recolha dos dados, explicando-se os objetivos do estudo. Após ter ido validado o pedido procedeu-se à recolha dos dados. Os profissionais AAD foram informados que a sua participação era voluntária e que o anonimato seria garantido. A colheita dos dados foi realizada fora do tempo de trabalho, em junho de

2020, o que corresponde em termos epidemiológicos ao final da primeira vaga da Pandemia COVID-19 em Portugal.

RESULTADOS

Sobrecarga das AAD na ERPI

A aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit permitiu verificar que as AAD apresentam um máximo de 82 e mínimo de 35 ($M=60,8$, $DP=14,6$), indicando sobrecarga intensa, uma vez que o valor ultrapassa a pontuação de 56 (Sequeira, 2010). Observa-se que 2 (16.7%) participantes não apresentam sobrecarga, 3 (25%) apresentam sobrecarga ligeira e 7 (58.3%) apresentam sobrecarga intensa. Reparamos que o impacto da prestação de cuidados obteve valor ($M=30,1$, $DP=9$), o domínio relação interpessoal apresenta ($M=10,4$, $DP=4$), o domínio expectativas com o cuidar revela ($M=13,8$, $DP=2,4$) e no domínio da perceção de autoeficácia obteve-se ($M=6,3$, $DP=1,6$).

No âmbito dos dados recolhidos através do Questionário de Sobrecarga de Ajudantes de Ação Direta de Estruturas Residenciais para Idosos observou-se que na dimensão “perceção do exercício da profissão” destaca-se na maioria o gosto de trabalhar com idosos e depois razões económicas. Quanto ao “gosto pelo exercício da profissão” evidencia-se com (75%) das respostas em detrimento de (25%) que gostariam de exercer outro tipo de profissão. Todas as participantes se sentem preparadas para o exercício da atividade, baseado na experiência adquirida pelos anos de serviço. Foi possível traçar um esboço do “perfil profissional das AAD”, observa-se que estas profissionais têm uma perspetiva positiva da profissão que exercem, considerando que a sua missão é contribuir para o bem-estar e qualidade de vida dos idosos (75%) e estabelecer o contacto e apoio aos mesmos (91.7%). Como aspetos negativos salientam a falta de reconhecimento do seu trabalho por parte dos idosos. Contudo, este facto é pouco valorizado pelas AAD (25%), dando primazia ao bem-estar dos idosos em vez da sua valorização profissional por parte destes. Referem que não trabalham para obter reconhecimento, mas sim para prestar o melhor cuidado possível a quem delas depende. É identificado o desgaste inerente a esta prática profissional, as

próprias o sentem no seu dia a dia. Consideram que o desgaste psicológico (33.3%) é maior que o físico (25%). Sobre os “benefícios pessoais e os pontos fortes da profissão de AAD”, destaca-se o contacto com os idosos e o contributo para o seu bem-estar (ambos com 83.3% das respostas), em prejuízo de serem valorizadas pelo desempenho das suas funções. A identificação dos “pontos fracos desta profissão”, recai na questão do tempo dispensado aos idosos, revelando-se ser insuficiente; estas pretendem mais tempo para lhes dedicar e às suas necessidades, prestando-lhe mais atenção (75%). Segue-se o conviver de perto com a morte, o pré-luto e pós-luto, o acompanhamento de todo o processo de fim de vida, lidar com os familiares e com os colegas de trabalho, que também partilharam essa fase e aceitar o vazio que fica de quem faleceu, após em muitos casos, longos períodos de tempo a prestar cuidados, criando laços emocionais (50%). Os conflitos entre colegas de trabalho também têm um peso significativo nas respostas obtidas (41.7%). Sobre a “perceção de sobrecarga” por parte deste grupo de AAD todas consideram exercer uma profissão que provoca sobrecarga. Salientam o elevado grau de dependência dos idosos e o excesso de trabalho (83.3%) como as principais causas desta sobrecarga, culminando na necessidade de fazer horas extraordinárias, o que também se torna desgastante (41,7%). A necessidade de recursos humanos e a falta de apoio (ambas com 25% de respostas) também são apontadas como justificações sentidas pelas AAD para percecionarem sobrecarga. Esta é evidenciada pelos “indicadores de mal-estar” onde se destaca a perceção de ansiedade (66.7%), depressão (50%), irritabilidade (41.7%), nervosismo (41.7%), baixa auto-estima (41.7%), dores no corpo (41.7%), desmotivação (41.7%) e angústia (25%). As AAD identificam como “principais causas de sobrecarga” o elevado grau de dependência dos idosos (91.7%), assim como questões organizacionais, como é o caso da carência de recursos humanos (33.3%) e simultaneamente a falta de pausas ao longo do horário de trabalho (33.3%). Também a necessidade de realização de novas tarefas para além das previstas (25%) têm ênfase no desencadear da sobrecarga. As evidências mostram que todas as AAD inquiridas sentem que estão em situação de sobrecarga, e que esta já era percecionada por uma percentagem significativa (66.7%) antes do cenário de Pandemia COVID-19, mas, que se agravou (83.3%), referindo que o número de recursos humanos (AAD) já era reduzido e assim continuou. Sobre a “perceção da ansiedade e stress” das AAD, estas consideram-se ansiosas, cansadas, angustiadas, com uma percentagem

entre sentir ou não sofrimento psicológico muito ténue (sim=41.7%, não=58.3%), sentindo-se na sua maioria em situação de mal-estar (66.7%). Relativamente ao sofrimento físico, este é vivenciado por 50% das participantes.

No que diz respeito aos “amortizadores do stress”, as AAD inquiridas expressam de forma muito consistente serem pessoas positivas (66,7%) como a principal ferramenta para levarem esta profissão por diante segue-se o apoio da família (41,7%), do cônjuge e de profissionais, ambos com (25%) das respostas obtidas ou o facto de ser uma pessoa religiosa. O reconhecimento da sociedade pelo trabalho que estão a desempenhar é apontado como a principal fonte de motivação para continuarem a trabalhar perante a adversidade da Pandemia COVID-19 (58,3%), seguindo-se o afeto pelos utentes (50%) e o sentido de ser um bom profissional (50%).

Burnout das AAD na ERPI

A pontuação obtida no Inventário de Burnout de Copenhagen apresenta um valor máximo que corresponde a 84 e o mínimo a 20 com ($M=54$; $DP=17$) evidenciando que as participantes manifestam *burnout*, ainda que de uma forma subtil, uma vez que este é considerado a partir da pontuação igual ou superior a 50. A amplitude registada é transversal a todas as dimensões avaliadas nesta amostra. A dimensão do *burnout* pessoal apresenta a média mais baixa ($M=49$, $DP=19$) inversamente à dimensão do *burnout* relacionado com o trabalho que apresenta ($M=56$, $DP=15$). Numa posição intermédia destaca-se a dimensão *burnout* relacionado com o utente ($M=53$, $DP=20$). Apesar das participantes não apresentarem níveis significativos de *burnout* os resultados demonstram que (50%) das participantes percecionam níveis de *burnout* pessoal e manifestam *burnout* relacionado com o trabalho (66,7%) e *burnout* relacionado com o utente (66,7%).

DISCUSSÃO

Os AAD são um grupo profissional no exercício das suas funções que tende a desenvolver sintomatologia física e psíquica. As exigências constantes das tarefas, levam a situações de stress, sobrecarga e ao desenvolvimento de

perturbações emocionais, particularmente, a depressão ou ansiedade que podem inclusive originar *burnout*. Só o ato de cuidar de idosos pelas requisitos emocionais e tensão que provoca, torna os cuidadores desta faixa etária expostos a um grande risco de *burnout* (Almeida, 2013). Os resultados obtidos neste estudo estão em sintonia com os autores considerados (Pereira & Marques, 2014). Efetivamente, evidenciam que estas profissionais AAD numa situação de crise, como foi o período de pandemia COVID-19 (março a junho de 2020), perceberam ansiedade, cansaço frequente, angústia, mal-estar frequente e sofrimento físico e psicológico. Estes aspetos justificam a necessidade de desenvolver junto destas colaboradoras estratégias de promoção da sua saúde e do seu bem-estar, tendo por base algo que já é inerente às mesmas uma vez que as próprias frisam “serem pessoas positivas”, o que se mostrou como facto protetor. Considerou-se relevante sensibilizar a instituição para uma melhor organização do trabalho e desenvolver um projeto de intervenção designado de “Cuidar de quem cuida, promoção da saúde e bem-estar de AAD” que reforce os fatores protetores identificados e dê uma melhor preparação às AAD que vá ao encontro da necessidade de saber lidar com sentimentos que deterioram a saúde geral.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. (2013). *A síndrome de Burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados* (Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior). Repositório Institucional da Universidade da BI. <http://hdl.handle.net/10400.6/1649>
- Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M., & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: Características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 13(2), 306-312. <https://doi.org/10.5216/ree.v13i2.9376>
- Fonte, C. (2011). *Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra). Repositório Institucional da UC. <http://hdl.handle.net/10316/18118>
- Gonçalves-Pereira, M., & Zarit, S. H. (2014). The Zarit Burden Interview in Portugal: Validity and recommendations in dementia and palliative care. *Acta Médica Portuguesa*, 27(2), 163-165. <https://doi.org/10.20344/amp.5107>

- Guedes, J. (2012). *Viver num lar de idosos, identidade em risco ou identidade riscada*. Coisas de Ler.
- Laurindo, M. I. E. (2021). Sobrecarga e burnout em ajudantes de ação direta de estruturas residenciais para idosos, em situação de pandemia Covid-19 (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Beja.
- Pereira, S., & Marques, E. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista de Psicologia*, 1(2), 133-140. http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_133.pdf
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, II Série, n.º12, 9-16. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239959003.pdf>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

PROMOÇÃO DE AMBIENTES DE BEM-ESTAR E DE PRO-ENVELHECIMENTO EM CIDADES PORTUGUESAS

Maria Cristina Faria^{1,2} (✉ mcfaria@ipbeja.pt)

¹ Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja, Portugal; Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento do Alentejo do IPBeja, Portugal

² CinTurs-Centro de Investigação em Turismo, Sustentabilidade e Bem-Estar da UAAlg, Portugal

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986) permitiu ligar a pessoa ao ambiente e à responsabilidade do(a) cidadão(ã) e da comunidade na construção da sua própria saúde e da do(s) outro(s). A Carta de Ottawa (1986) define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986; cit. Buss, 2000: 170), destacando-se três estratégias fundamentais para a sua concretização: defesa da saúde; capacitação e mediação. Depois de aprovada, muitas iniciativas lideradas pela OMS foram implementadas com êxito, como é o caso da abordagem centrada em *settings*, como a “Rede de Escolas Promotoras de Saúde” e a “Rede de Cidades Saudáveis”, ou em fatores determinantes da saúde (Loureiro et al., 2013). Apesar de algumas divergências de interpretação entre os Estados Unidos (privilegia a intervenção sobre o indivíduo) e a Europa (privilegia o nível comunitário e social) o conceito de promoção da saúde foi adotado por todos os países desenvolvidos (Ribeiro, 2010).

Vivemos numa época de transformação social acelerada que precisa de encontrar tempo para prestar atenção ao fenómeno do envelhecimento e da longevidade humana, de preferência numa perspetiva holística. É uma questão bio-psico-socio-cultural, mas, também, ambiental, política, económica, de gestão e governança. Várias questões surgem na mente dos humanos: Como perspetivamos o nosso envelhecimento? Por certo

desejamos que seja com saúde, autonomia, envolvidos em projetos de vida pessoal e social, num ambiente de bem-estar e segurança, num lugar conhecido onde encontramos as principais referências da vida e onde nutrimos um sentimento de pertença comunitário. Portanto, o lugar onde a pessoa vive é mais do que a sua casa, é a comunidade onde essa casa se encontra inserida (Fonseca, 2020). Por conseguinte, é preciso criar programas e serviços que estimulem um envelhecimento participativo na vida das pessoas das comunidades de modo a promover funcionalidade, empoderamento e capacitação da pessoa com mais idade. As respostas sociais, saúde e ambiente têm de estar em sintonia com as necessidades observadas.

Situemo-nos no fenómeno contemporâneo da longevidade e de como aproveitar o capital humano envolvido neste percurso. Com o objetivo de ajudar as cidades a se olharem a partir da perspectiva das pessoas mais velhas e de identificar em que aspetos podiam ser mais “amigáveis”, a Organização Mundial da Saúde propôs o projeto “Age Friendly Cities” (OMS, 2007a,b). O presente estudo tem como principal objetivo refletir e aprofundar o assunto das “Cidades amigas da Idade” e das “Cidades amigas das pessoas mais velhas” e de conhecer os seus requisitos e boas práticas para uma comunidade pró-envelhecimento.

Cidades saudáveis

No mundo de hoje mais de metade da população mundial vive em cidades onde se observam disparidades na expectativa de vida entre diferentes comunidades na mesma cidade (a expectativa de vida das pessoas mais pobres pode ser 20 anos menor do que a das pessoas mais ricas). Margaret Chan, na altura Diretora-Geral da OMS, no seu Comentário de 1 de Dezembro de 2016, na página da WHO, chama a atenção depois da Conferência de Xangai (2016) que está na hora de revisitarmos o “link” “The future of public health lies in cities”, (“O futuro da saúde pública reside nas cidades”). Efetivamente, ontem e hoje, continua a ser urgente desenvolver esforços para viabilizar a “Declaração de Promoção da Saúde de Xangai” e o “Consenso das Cidades Saudáveis”. Os dois documentos salientam a importância que as cidades desempenham na promoção da saúde e no desenvolvimento sustentável. Como diz o Consenso; “A saúde é

criada no nível local, nos ambientes da vida cotidiana”. A este propósito, Margaret Chan (2016) salienta três eixos a desenvolver: (1) Melhorar a vida das comunidades; (2) Expandir o acesso a estilos de vida mais saudáveis e seguros; e (3) Cidades mais inteligentes apresentam cuidados de saúde mais inteligentes.

Uma cidade saudável é geradora de ambientes de bem-estar para todos e disponibiliza os recursos da comunidade aos seus cidadãos proporcionando o desenvolvimento do seu potencial e a satisfação das suas necessidades. Goldstein e Kickbusch (1996) definiram cidade saudável como aquela que cria e melhora de forma contínua o ambiente físico e social e expande os recursos da comunidade de forma a permitir o apoio mútuo entre os grupos da população para se viver melhor.

Envelhecimento saudável

A prosperidade de uma sociedade em envelhecimento encontra-se comprometida com dois conceitos: o envelhecimento saudável e ativo e a aprendizagem ao longo da vida. Estas abordagens produzem melhores resultados quando têm início numa idade precoce. De acordo com o “Livro Verde sobre o Envelhecimento – Promover a responsabilidade e a solidariedade entre gerações” (Comissão Europeia, 2021) o envelhecimento saudável e ativo está ligado à promoção de estilos de vida saudáveis ao longo da vida e abrange os padrões de consumo e alimentação, bem como os níveis de exercício físico e atividade social. Por isso, ajuda a reduzir o risco de obesidade, diabetes e outras doenças não transmissíveis, cujo predomínio tem vindo a aumentar. Está de alerta às doenças cardiovasculares e ao cancro que figuram entre as principais causas de doenças evitáveis nas pessoas com menos de 75 anos na Europa. Promove um impacto positivo no mercado de trabalho, nas taxas de emprego e nos nossos sistemas de proteção social, possibilitando o crescimento e a produtividade da economia.

Ao debruçar-se sobre a problemática de como o envelhecimento afeta todas as idades e gerações o Livro Verde sobre o Envelhecimento (Comissão Europeia, 2021: 4) circunscreve-se a uma abordagem de ciclo de vida e coloca o desafio de discussão e reflexão de cinco temas, dos quais aguardamos o relatório (1) Envelhecimento saudável e ativo e aprendizagem

ao longo da vida; (2) Melhorar o desempenho do mercado de trabalho; (3) Modernizar os sistemas de proteção social e combater a pobreza na velhice; (4) Melhorar a resiliência dos nossos sistemas de saúde e de prestação de cuidados; e (5) Promover a solidariedade e a responsabilidade intergeracionais. De acordo com Ribeirinho (2021) o “Livro Verde sobre o Envelhecimento – Promover a responsabilidade e a solidariedade entre gerações” pode constituir-se como uma excelente oportunidade para aprofundar a literacia gerontológica. O plano para a Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030 possibilita uma década de “colaboração concertada, catalisadora e sustentada, procurando perspetivar as pessoas idosas como eixo central e reunindo esforços dos governos, da sociedade civil, dos organismos internacionais, dos profissionais, das instituições académicas, dos média e do setor privado, a fim de melhorar a vida dessas pessoas, bem como das suas famílias e comunidades” (Ribeirinho, 2021: 33).

Na década de 2020-2030, o fenómeno do envelhecimento e da longevidade são alvo de várias focagens e intervenções. O plano de ação da Estratégia Global sobre envelhecimento e saúde da OMS, que foi construído com base no Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento das Nações Unidas de Madrid e alinhado com o cronograma da Agenda 2030 das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, considera investir em quatro áreas durante esta década: (1) mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento; (2) garantir que comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas; (3) entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa; e (4) propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem. Toda a sociedade será envolvida para concretizar estes objetivos de envelhecimento e saúde.

A maneira como pensamos a idade, o envelhecimento e a longevidade, seja a nível individual ou social, está na base dos comportamentos e das ações para viabilizar o desenvolvimento do envelhecimento saudável (healthy ageing). Estamos focados nas orientações da Organização Mundial de Saúde, no âmbito da sua estratégia global sobre o envelhecimento para 2015-2030 (WHO, 2015a,b) e temos como base de entendimento a sua definição do Envelhecimento Saudável definido no seu Relatório Mundial

sobre Envelhecimento e Saúde (WHO, 2015a,b) como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar na velhice”. Esta definição permite uma abordagem ao envelhecimento que seja integracionista, holística e interacionista ao mesmo tempo que permite a focagem na saúde e na capacidade funcional da pessoa mais velha. Como refere Fonseca “A expressão ‘ativo’ é agora substituída pela expressão capacidade funcional, traduzida em recursos que permitam a cada pessoa desempenhar não apenas aquilo de que necessita para ser autónoma e independente, mas igualmente aquilo que mais valoriza: satisfazer as necessidades básicas, tomar decisões, ter mobilidade, fazer e manter relacionamentos, aprender, contribuir para a sociedade. A capacidade funcional é composta pela capacidade intrínseca do indivíduo, pelas características ambientais, e pela interação entre ambas.” (Fonseca, 2021: 45). Neste sentido, o “Ageing in place” (envelhecer em casa e na comunidade) é um desafio no sentido que procura atender à pessoa real e não estatística, respeitando a sua identidade e as suas necessidades individuais.

Pro-envelhecimento e pro-longevidade

A Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030, declarada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em dezembro de 2020, é a principal estratégia para alcançar e apoiar ações de construção de uma sociedade para todas as idades. Baseada em orientações emanadas de documentos como a Estratégia Global sobre Envelhecimento e Saúde da OMS, o Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento da ONU Madrid e as Metas de Desenvolvimento Sustentável da Agenda da ONU para 2030 (WHO, 2017a,b).

Como aplicação prática e estratégica do envelhecimento ativo, a OMS lançou em 2007 o projeto “Age-Friendly Cities” – Cidades Amigas das Pessoas Idosas, capacitando e dando voz ativa às pessoas idosas de várias cidades do mundo. Promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Protocolo de Vancouver é um protocolo de pesquisa desenvolvido no âmbito do Projeto “Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas”. Este foi utilizado por 33 cidades de todas as regiões do mundo que participaram na realização de uma investigação para avaliar a adaptação da

cidade às necessidades dos mais velhos. Dos resultados extraiu-se o Guia das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (WHO, 2007a,b) que aborda os oito temas elegidos: Espaços exteriores e edifícios; transportes; habitação; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; e apoio comunitário e serviços de saúde. É uma ferramenta essencial para identificar as necessidades e as áreas prioritárias de intervenção de modo a tornar as cidades mais amigas dos idosos. É previsível que, quanto mais adaptada estiver a cidade às exigências e especificidades da idade avançada melhor será o desempenho ocupacional das pessoas mais velhas e, conseqüentemente, a sua perceção de bem-estar. Em simultâneo, quanto maior for o número de cidades que reúnam as condições para serem designadas de amigas das pessoas mais velhas, maior será o leque de pessoas idosas que vivenciam bem-estar, com autonomia e participação social.

Pro-envelhecimento em cidades portuguesas saudáveis

Em Portugal a “Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis” (RPCS) existe desde 1997, pautando a sua atuação em concordância com as diretrizes da OMS e no sentido do desenvolvimento de esforços para o apoio e promoção de estratégias locais que permitam conduzir a ganhos de saúde. No ano de 2001, a “Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis” insere-se no “Movimento das Cidades Saudáveis” da OMS, através da adesão à REDE das “Redes Nacionais de Cidades Saudáveis da Europa” da OMS, que conta na altura, com 34 municípios portugueses saudáveis e que tem como principal missão apoiar a divulgação, implementação e desenvolvimento do projeto “Cidades Saudáveis” nos municípios que assumam a promoção da saúde como uma prioridade. A “Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis” apresenta-se com o lema “um município saudável é inclusivo, sensível e para todos os cidadãos” denotando uma preocupação de saúde e bem-estar social para todos. Muito se exige à Cidade do século XXI, que seja uma “Cidade educadora, saudável, inteligente e sustentável” e agora “Cidade amiga da pessoa mais velha”.

Em termos da ética social, são os cidadãos o principal valor da sociedade e esse valor não tem fronteiras de idade. Por conseguinte, mais do que saber lidar com o envelhecimento demográfico, é necessário mobilizar esforços

para potenciar os benefícios do envelhecimento. A Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) tem como principal objetivo a construção de uma sociedade que promova o bem-estar e a contribuição cívica de todos os cidadãos. Foi neste contexto que a OPP cria o Selo “Comunidades Pró-Envelhecimento 2020/2021”. Para o receber é preciso que cada cidade ou comunidade preencha os requisitos da *Checklist* Comunidades Pró-Envelhecimento. Esta é composta por três partes: Parte I que contempla a Segurança, Habitação e Mobilidade; Bem-Estar e Saúde; Relações Sociais e Inclusão; Cultura e Educação ao Longo da Vida; e Participação Ativa e Emprego; Parte II justificação de respostas positivas; e Parte III sobre disponibilização de informação complementar sobre o preenchimentos da *Checklist*), e tem por objetivos ser, simultaneamente, uma lista de verificação e um instrumento orientador das boas práticas e da promoção do envelhecimento saudável e bem-sucedido nas Comunidades. No âmbito do trabalho desenvolvido, em 2020, a Ordem dos Psicólogos Portugueses atribui no Dia Internacional do Idoso (1 de outubro), o Selo “Comunidades Pró-Envelhecimento 2020/2021” a todas as comunidades que se candidataram e que fizeram prova de apresentaram políticas, programas, planos estratégicos e práticas demonstram um compromisso forte e efetivo com a promoção do envelhecimento saudável e bem-sucedido ao longo de todo o ciclo de vida. Cada cidade ou município ou comunidade, a quem foi atribuído o Selo de “Comunidade Pró-Envelhecimento 2020/2021”, sentiu que lhe estava a ser feito um reconhecimento pelo trabalho realizado e um estímulo para continuar na trajetória das Cidades Amigas das Pessoas Mais Velhas a desenvolver esforços para manter ou melhorar o desenvolvimento de práticas, políticas e planos estratégicos reveladores de um compromisso com a promoção do envelhecimento saudável.

DISCUSSÃO

No relatório do 2º Fórum Global da Organização Mundial de Saúde sobre Inovação para Populações Envelhecidas (2015), são identificadas cinco áreas de intervenção no processo de “Ageing in Place”: Pessoas, Lugares, Produtos, Serviços personalizados e Políticas de apoio social (Fonseca,

2018). Para assegurar a promoção do envelhecimento ativo e com saúde é preciso criar condições de saúde, participação e segurança das pessoas mais velhas da sociedade, que acompanhem a sua qualidade de vida à medida que envelhecem. Uma cidade ou uma comunidade amiga das pessoas com mais idade cria e adapta as suas estruturas para ir ao encontro das necessidades e capacidades destes seus cidadãos. Para saber como construir uma cidade ou comunidade amiga das pessoas idosas é preciso escutá-las para poder desenvolver e implementar uma prática amigável à idade. Com o objetivo de ajudar as cidades a se olharem a partir da perspectiva das pessoas mais velhas e de identificar em que aspetos podiam ser mais “amigáveis”, a Organização Mundial da Saúde propôs o projeto “Age Friendly Cities” (WHO, 2007a,b). Observou-se que nas cidades de todos os continentes os temas recorrentes eram a qualidade de vida, a acessibilidade e a segurança. Os resultados das discussões em grupo conduziram à elaboração de um conjunto de listas de verificação de cidades amigas dos idosos.

Neste sentido, é importante dar continuidade à construção de uma sociedade que promova ambientes de pro-envelhecimento com bem-estar. Um apoio para este empreendimento pode passar pela contribuição cívica de todos os cidadãos para que as suas cidades, municípios e comunidades possam alcançar e manter o Selo “Comunidades Pró-Envelhecimento”.

REFERÊNCIAS

- Buss, P. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Chan, M. (2016). *The relevance and importance of promoting health in national SDG responses, Keynote address at the 9th Global conference on health promotion*. World Health Organization. <http://www.who.int/dg/speeches/2016/shanghai-health-promotion/en/>
- Comissão Europeia. (2021). *Livro Verde sobre o Envelhecimento – Promover a responsabilidade e a solidariedade entre gerações*. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/com_2021_50_fl_green_paper_pt.pdf
- Fonseca, A. (2018). *Boas práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas*. Fundação Calouste Gulbenkian/Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa.

- Fonseca, A. (2020). O valor da longevidade. In M. C. Faria, J. Ramalho, J. Nunes, & A. Fernandes (Coords.), *Visões sobre o envelhecimento* [e-book] (pp. 19-21). IPBeja Editorial. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/5193>
- Fonseca, A. (2021). Desafios da longevidade. In M.C. Faria, J. Ramalho, & A. Nunes (Eds.), *Livro de Resumos do XI Seminário Ibérico de Psicogerontologia, IV Seminário Ibérico de Gerontologia Social e Comunitária – Visões sobre o Envelhecimento*. IPBeja Editorial.
- Goldstein, G., & Kickbusch, I. (1996). WHO Healthy Cities Programme. *Urban Health Newsl*, Mar(28), 7-13.
- Loureiro, I., Miranda, N. & Miguel, J. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: Refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 23-31.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2007a). *Guia global das cidades amigas das pessoas idosas*. Guide Artes Gráficas, Lda. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867_por.pdf;jsessionid=7C70DAAC6AF2FE5B89D71EABAA59F109?sequence=3
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007b). *Metodología del proyecto de ciudades amigables con los mayores de la OMS – Protocolo de Vancouver*. https://ciudadesamigables.cl/site/assets/files/1954/protocolo_de_vancouver.pdf
- Ribeirinho, C. (2021). Prefácio. In M. C. Faria, J. Ramalho, J. Nunes, & A. Fernandes (Coords.), *Desafios e oportunidades do envelhecimento* (pp. 33-36). Lisbon International Press – Grupo Editorial Atlântico.
- Ribeiro, J. (2010). *Psicologia e Saúde*. Placebo, Editora LDA.
- World Health Organization [WHO]. (2015a). *World report on ageing and health*. <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
- World Health Organization [WHO]. (Eds.). (2015b). *World Report on Ageing and Health*. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
- World Health Organization [WHO]. (2017a,b). *Decade of Healthy Ageing 2020-2030* <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (Eds.). (2017a,b). *Global strategy and action plan on ageing and health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

MOBILIDADE NA COMUNIDADE: UM DESAFIO EM MEIO RURAL

Patrícia Santos¹ (✉ patricia.santos@ipbeja.pt), M^a Raquel Santana¹, & Elisabete Roldão²

¹ Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja, Portugal; Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento do Alentejo do IPBeja, Portugal

² Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, ciTechCare, P-2411.901, Portugal

A mobilidade na comunidade remete-nos para uma reflexão profunda quando a contextualizamos no meio rural e a reportamos à população idosa, não só devido às particularidades deste meio, como ao próprio processo normal de envelhecimento.

Os desafios de mobilidade dos idosos, são mais complexos, existindo uma necessidade cada vez mais ampla de permanecerem em contacto com as suas redes sociais, serviços e comunidades, situação essa, que coloca inúmeros constrangimentos em áreas geograficamente dispersas, como é o caso do interior sul de Portugal.

A mobilidade na população idosa não é apenas uma forma de chegar a um destino, é em si mesmo um fator promotor de autonomia, equilíbrio ocupacional e bem-estar. Como tal, é fundamental que nos debrucemos sobre o impacto que as limitações na mobilidade, em contexto comunitário, têm no bem-estar das pessoas idosas que residem nos meios rurais, por forma a melhorar a perceção dos problemas e desafios que estas enfrentam, visando uma articulação e reflexão multidisciplinar acerca destas questões. Só desta forma, a promover uma mudança de paradigma, será possível o desenvolvimento de estratégias potenciadoras de autonomia, bem-estar e qualidade de vida no envelhecimento.

Este trabalho constitui-se assim, como uma reflexão acerca dos desafios que a mobilidade na comunidade impõe, associados ao processo de envelhecimento, no contexto específico do interior sul de Portugal.

Mobilidade na comunidade um conceito determinante no envelhecimento

A mobilidade na comunidade ocupa um lugar central na vida das pessoas idosas, bem como das suas famílias. É um fator promotor do envolvimento ocupacional, facilitando a participação em outras atividades de vida diária instrumentais (AVDIs), educação, trabalho, atividades sociais e de lazer (Stav, 2015), possibilitando o envolvimento numa vida social e comunitária ativa, garantindo o acesso a bens e serviços, nomeadamente aos cuidados de saúde que assumem uma elevada pertinência nesta faixa etária.

Define-se como o planear e movimentar-se na comunidade usando transporte público ou privado, tais como conduzir, caminhar, andar de bicicleta ou aceder e usar autocarro, táxis, partilhar boleias ou outros sistemas de transporte (Gomes et al., 2021). Independentemente da utilização ou não de meios de transporte ou até mesmo o tipo de meio de transporte utilizado, o seu significado está associado ao facto de a mobilidade permitir participar nas atividades que queremos e precisamos fazer, ou seja, em envolvermo-nos em ocupações significativas (American Occupational Therapists Association [AOTA], 2014). A mobilidade na comunidade não permite apenas o envolvimento nas ocupações, também se constitui como um critério de sucesso para o desempenho das mesmas, ou seja, é indiscutível a pertinência que a mobilidade na comunidade assume numa vida na qual o bem-estar a qualidade de vida são os pilares fundamentais.

No entanto, a deterioração que ocorre naturalmente com o envelhecimento ao nível das competências sensoriais, motoras e cognitivas, pode trazer novos e grandes desafios para a capacidade dos idosos se deslocarem na comunidade.

Dados do Eurostat (2020), referentes a 2015, demonstram que em Portugal, cerca de 69,2% das pessoas com 65 anos ou mais apresentam limitações físicas ou sensoriais, valor ligeiramente superior à média europeia (67,8%), que conjuntamente com a deterioração das funções cognitivas, levam a que a capacidade de condução de um veículo, utilização de transportes públicos ou realização de um simples percurso a pé seja colocada em causa.

Estas limitações a nível motor ocorrem nomeadamente pela diminuição da força muscular, do tónus, da flexibilidade, estabilidade articular, coordenação e rapidez de reação. A nível cognitivo, pelas perdas de memória, atenção seletiva, dividida, velocidade de processamento e resolução de problemas. E por fim, a nível sensorial, pela diminuição da acuidade visual e auditiva, diminuição da discriminação propriocetiva e redução dos campos visuais e da visão em situações de baixa luminosidade (Messinger-Rapport, 2003).

Todas estas alterações influenciam de forma preponderante a mobilidade na comunidade, o que por si só se constitui como um fator de risco, favorecendo o padrão de isolamento e depressão que existe na população idosa (WHO, 2002). Embora as alterações associadas ao envelhecimento sejam algo inevitável e que naturalmente acontece, também as necessidades de deslocação são algo que não deixa de existir, apesar da instalação progressiva dessas mesmas alterações. Outro facto importante, é que com o envelhecimento da população e as necessidades atuais de deslocação, a percentagem de utilizadores de transportes públicos e condutores idosos tem vindo cada vez mais a aumentar mais.

Apesar da longevidade ser perspetivada de uma forma positiva, por volta dos 60 anos, as capacidades começam a diminuir, exigindo que os idosos sejam particularmente cuidadosos nas suas deslocações, uma vez que viver mais tempo acarreta uma maior exposição a fatores de risco e que muitas vezes é sinónimo da existência de uma maior incidência de multimorbilidades (Santos & Roldão, 2021).

Desta forma, a melhoria da qualidade de vida, além de outros fatores, passa em grande parte pelo acesso facilitado às questões da mobilidade. Oferecer oportunidades satisfatórias para deslocações independentes e para a mobilidade no geral, ajuda a população idosa a manter um estilo de vida independente e, conseqüentemente, o seu bem-estar (Siren & Haustein, 2015).

Especificidades da população no meio rural a sul de Portugal

As regiões rurais de Portugal, tal como é o exemplo do Alentejo, caracterizam-se por uma grande área de extensão de território e uma baixa

densidade populacional, sendo que vários concelhos desta região apresentam um número inferior a 10 habitantes por quilómetro quadrado. Somente a região do Alentejo apresenta uma extensão de 31605 km², representado 34,3% da área do território nacional, com uma população residente de 699 420 mil habitantes em 2020, número que tem vindo a decrescer ao longo dos anos, uma vez que em 2015 apresentava 724 391 mil habitantes. Dados de 2020, referem também que o Alentejo é a região onde se concentra a maior percentagem de população com idade ≥ 65 anos (25,7% da população idosa a nível nacional), onde existe o índice de envelhecimento mais elevado do país (208,9 idosos por cada 100 jovens). É também a região na qual a população idosa apresenta maiores níveis de dependência (41,4%) (Instituto Nacional de Estatística, INE, 2022). Contudo a esperança média de vida está nivelada nos 80,42 anos, sendo inferior à média nacional (81,06 anos) (INE, 2021), o que nos faz refletir acerca do bem-estar e qualidade de vida, acesso a serviços de saúde e redes de suporte da população desta região do país.

Nesta região, um dos fatores promotores de suporte familiar que se encontra em défice, é o facto de, na maioria dos casos, o agregado familiar ser unipessoal devido ao êxodo para as grandes cidades, emigração de familiares e viuvez, pois o Alentejo é a região que apresenta a maior taxa deste último fator (6,2%), comparativamente à média nacional (4,8%).

Sendo esta região caracterizada por uma população envelhecida dispersa por uma grande área geográfica, a mobilidade na comunidade assume um papel preponderante no acesso aos serviços, nomeadamente aos serviços de saúde, que muitas vezes estão a grandes distâncias da residência. Em todo o Alentejo existem apenas 3,1% das unidades hospitalares, 9,1% das farmácias do país e 3,2 médicos por cada mil habitantes (INE, 2022), o que implica a deslocação dos idosos para os centros urbanos de forma a acederem a cuidados especializados.

Outro indicador diminuto é o número de estabelecimentos comerciais por km² que na maioria dos concelhos do Alentejo situa-se entre 1 a 3 estabelecimentos/km² (INE, 2022), o que reforça também a necessidade de deslocação dos idosos para adquirirem bens.

Uma outra característica desta região é a escassez da rede de transportes, apenas 1% das vias-férreas exploradas estão localizadas nesta região (INE,

2022). Os transportes públicos rodoviários apresentam-se com horários escassos, uma vez que a população é mais reduzida, o que inviabiliza a existência de redes de serviços de transporte público regulares.

Desta forma, num contexto em que o transporte coletivo não se apresenta, por várias razões, como uma alternativa, o uso de veículo próprio ou de um outro veículo conduzido por terceira pessoa (seja privado ou público), constitui-se como a alternativa mais viável e pode muitas vezes ser a diferença entre a vida e a morte, bem como o meio mais rápido de socorro.

Desafios impostos na mobilidade em meio rural

De acordo com Fonseca (2020), é importante pensar que o lugar onde a pessoa vive não é apenas a sua casa, é também a comunidade onde a pessoa de encontra inserida. Para o mesmo autor, a organização do espaço, o tipo de edifícios, a rede de transportes, a disponibilidade de serviços na zona envolvente à habitação, são variáveis que contribuem para um envelhecimento verdadeiramente participativo.

Contudo, tal como foi abordado no tema anterior, existem especificidades regionais que são por si só um desafio no panorama da mobilidade na comunidade, por representarem realidades tão heterogêneas. Esse desafio, deverá ser alvo de preocupação para os profissionais das diversas áreas nomeadamente da saúde. Devemos ter em conta que a pessoa, ao realizar as suas ocupações dentro do seu contexto, necessita inevitavelmente de se mover na comunidade daí a importância da manutenção e promoção da mobilidade na comunidade. Só desta forma é que contribuímos para um envelhecimento saudável, promotor de bem-estar que preserva a identidade, autoestima e confiança do idoso.

No caso da região sobre a qual esta reflexão se debruça, além da rede de transportes se demonstrar deficitária na frequência e horários necessários para colmatar as necessidades da população, verifica-se também que nas localidades onde existe um maior número de pessoas idosas não existem transportes adaptados. Esta situação vem reforçar ainda mais a uso de veículo próprio como alternativa para as deslocações.

Contudo, em algumas aldeias e casas isoladas é mesmo impraticável o acesso de veículo automóvel até junto da habitação pelo que, a pessoa tem

de se deslocar a pé, durante um determinado percurso, para que seja possível aceder a transportes. Estas situações ocorrem não só devido à inexistência de rodovias em condições para a circulação automóvel, como também à construção habitacional não autorizada, ambientes pouco inclusivos, entre outras condicionantes, que conduzem a situações de isolamento social graves e condições de acessibilidade precárias (Santos & Roldão, 2021).

As acessibilidades precárias condicionam não só a mobilidade em veículos, como também a deslocação dos idosos a pé, mesmo em pequenos circuitos, com são o exemplo das calçadas em mau estado, a inexistência de bancos para que os mesmos possam pausar a sua marcha e descansar, a falta de rampas tanto no exterior como interior de edifícios e espaços públicos, bem como de sinalética adequada para facilitar a orientação nos espaços.

No entanto, apesar de o veículo próprio se apresentar como a alternativa mais viável, a utilização do mesmo também se constitui como um desafio para a população acima dos 65 anos. A atividade de condução de um veículo é complexa e recorre a diversas competências em simultâneo, exigindo uma rápida alternância entre as mesmas. Para tal são necessárias funções sensoriais (tais como a visão, audição, olfato, tato, proprioceção e vestibular), motoras (mobilidade, estabilidade articular, força, tónus muscular, reflexos motores, reações involuntárias do movimento e o controlo do movimento voluntário), linguagem e as funções mentais (sejam globais ou específicas, como a atenção, concentração, sequenciação, memória, raciocínio, capacidade de abstração, entre outras) (Messinger-Rapport, 2003). Estas funções são necessárias para realizar tarefas, sem as quais a condução de um veículo se torna impraticável, como por exemplo: ter uma perceção correta dos sinais sonoros e das distâncias a que os obstáculos ou outros veículos se apresentam e da informação contida nos sinais de trânsito; manipular com destreza, amplitude, força, rapidez e coordenação o volante e o manípulo das mudanças eficazmente; reagir rapidamente a manobras, travagem brusca, ou simplesmente desviar-se de um obstáculo atempadamente; ou compreender o código da estrada, pelo qual os condutores se devem reger.

Apenas e só com estas funções íntegras, se pode garantir que a realização das tarefas inerentes à condução seja desempenhada de forma eficaz, garantindo a segurança do condutor, dos seus passageiros e dos restantes

utilizadores da via pública, sejam estes condutores de outros veículos ou peões.

No entanto, devido à necessidade de aquisição de bens e serviços, bem como de contacto com as suas redes sociais, os idosos atrasam a cessação de condução de veículos, mesmo com alterações funcionais graves presentes. Segundo Wang (2011), existem diversas estratégias adaptativas que podem ser implementadas, com uma avaliação adequada e uma equipa de profissionais de saúde que possam intervir junto dos idosos, de forma a estudar e desenvolver as estratégias mais adequadas para fazer face às necessidades de mobilidade dos mesmos no contexto em que residem.

Em Portugal, esta avaliação está legislada através do Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir (Decreto-Lei nº 40/2016, de 29 de julho do Ministério do Planeamento e das Infraestruturas, 2016), contudo, comparativamente a outros países, ainda se traduz num regulamento com muitas limitações, pois, para além de não ser específico para a população idosa, apenas incide na avaliação das disfunções existentes. É baseada em recomendações de avaliação de alguns parâmetros, numa só consulta, ficando um pouco ao critério do médico a forma como esta avaliação é realizada e não considerando a avaliação da capacidade de condução em si, em contexto naturalista, o que já é efetuado em alguns países da Europa.

Um idoso que deseje e necessite continuar a conduzir num meio rural no qual a quantidade de estímulos, fluxo de trânsito e sinalética é bastante mais reduzida do que numa grande cidade, e os trajetos são de conhecimento prévio do próprio idoso (sendo os perigos resultantes dos mesmos mais previsíveis), irá desempenhar esta atividade com uma maior segurança do que um idoso com um quadro funcional semelhante, mas que desempenhe esta atividade num contexto metropolitano. Logo a conjugação de uma avaliação e contexto clínico com uma avaliação em contexto real é essencial, pois o desempenho de uma mesma atividade, não é de todo semelhante quando o contexto no qual a mesma decorre se altera. Logo a conjugação destes dois tipos de avaliação a partir dos 65 anos, ou sempre que exista uma condicionante ao nível da saúde, será de todo pertinente.

Tendo em conta as projeções para os próximos 30 anos, em que o número de idosos na União Europeia irá atingir os 129,8 milhões em 2050, representando 29,4% da população total (Eurostat, 2020), é urgente que

sejam tomadas medidas que suportem a participação dos idosos nas atividades que dão sentido à sua vida. Sendo a mobilidade na comunidade tão necessária, é necessário olhar para a mesma sob uma perspectiva de promoção do bem-estar e qualidade de vida, que não pode ser dissociada do contexto no qual decorre.

Face ao envelhecimento populacional e às características específicas da região do Alentejo é essencial fazer da temática mobilidade na comunidade, um dos pontos cruciais de reflexão de âmbito multidisciplinar.

Fatores como a densidade populacional baixa, dispersão da população por um território que representa só por si, 34,3% do território nacional, escassa rede de transportes, acessibilidade reduzida a casas isoladas, estabelecimentos para aquisição de bens e serviços diminutos e escassez de instituições de saúde, têm de ser considerados quando se analisam as questões associadas à mobilidade na comunidade no contexto específico do Alentejo.

Desta forma, esta reflexão constitui-se como um ponto de partida que abre caminho para futuros estudos, de âmbito exploratório, que façam uma caracterização mais profunda da realidade da população idosa do Alentejo no que respeita à mobilidade na comunidade sob diversos aspetos: mobilidade nos espaços públicos e as acessibilidades existentes, mobilidade em transportes públicos e a caracterização das adaptações existentes ou não nos mesmos, mobilidade em veículo próprio e as avaliação das competências para a condução.

REFERÊNCIAS

- American Occupational Therapists Association [AOTA]. (2014). Occupational therapy practice Framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, S1-S48. <http://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Decreto-Lei nº 40/2016, de 29 de julho do Ministério do Planeamento e das Infraestruturas (2016). Diário da República N°145/2016, Série I. Retirado de Decreto-Lei 40/2016, 2016-07-29 – DRE.
- Eurostat. (2020). *Number of healthy years of life: Countries compared*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20200407-1>

- Fonseca, A. (2020). Aging in place, envelhecimento em casa e na comunidade em Portugal. *Public Sciences & Policies*, 6(2), 21-39. <https://doi.org/10.33167/2184>
- Gomes, D., Teixeira, L., & Ribeiro, J. (2021). *Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo* (4ª ed.). Versão Portuguesa de *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process* (4th ed.) (AOTA – 2020). Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/6370>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021). Estatísticas demográficas 2020. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=442993507&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2022). Alentejo em números: 2020. INE. <https://www.ine.pt/xurl/pub/280777308>
- Messinger-Rapport B. J. (2003). Assessment and counseling of older drivers. A guide for primary care physicians. *Geriatrics*, 58(12), 16-24.
- Santos, P., & Roldão, E. (2021). Mobilidade no envelhecimento. In M. C. Faria, J. P. Ramalho, & A. C. Nunes (Eds.), *Desafios e oportunidades no envelhecimento* (pp. 481-506). Lisbon International Press.
- Siren, A. K., & Haustein, S. (2015). Driving licences and medical screening in old age: Review of literature and European licensing policies. *Journal of Transport & Health*, 2(1), 68-78. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2014.09.003>
- Stav, W. (2015). *Occupational therapy practice guidelines for driving and community mobility for older adults*. AOTA Press.
- Wang, R. H. L. (2011). *Enabling power wheelchair mobility with long-term care home residents with cognitive impairments* (PHD Thesis). University of Toronto.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *World Health Report 2002*. Geneva: Author.

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

DEPENDÊNCIA DAS REDES SOCIAIS: QUAL O IMPACTO NA AUTOESTIMA E MANIPULAÇÃO DE FOTOGRAFIAS?

Patrícia Sobral^{1,2} (✉ patriciaasobral98@gmail.com), Ivone Patrão^{2,3}, & Rui Costa⁴

¹ Ispa – Instituto Universitário, Portugal

² Geração Cordão, Portugal

³ Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, Ispa – Instituto Universitário, Portugal

⁴ William James Center for Research, Ispa – Instituto Universitário, Portugal

Nos dias de hoje, encontramos-nos numa era digital, onde a internet, os smartphones, os videojogos *online* e as redes sociais imbuem o nosso quotidiano. As últimas décadas foram marcadas pelo rápido desenvolvimento e aperfeiçoamento das tecnologias de comunicação e informação, sendo que atualmente poderemos ter acesso à internet à distância de um clique (Hahl et al., 2013; Patrão et al., 2016).

Contemporaneamente, é comum observarmos nos media imagens de modelos com corpos idealmente “perfeitos”, que tendencialmente os adolescentes e jovens adultos usam como modelo a seguir (Lee & Lee, 2020). Através das redes sociais são feitas inúmeras comparações físicas que podem ou não motivar o sujeito a melhorar a sua condição. Todavia, quando a exposição às redes sociais é exagerada, tal pode resultar em insatisfação com a imagem corporal e diminuição da auto-estima, e daqui poderão vir a desenvolver-se consequências negativas para a saúde física e psicológica, incluindo transtornos alimentares e isolamento social (Grossbard et al., 2008; Lee & Lee, 2020; McLean et al., 2015).

Posto isto, o desenvolvimento tecnológico dos últimos anos tem levado a que os indivíduos cada vez tenham mais uma utilização excessiva e descontrolada dos meios que são utilizados para usufruir das plataformas da internet, fazendo com que os adolescentes e jovens adultos procurem parecer aquilo que não são, mas que idealizam ser (Grossbard et al., 2008).

Nos dias de hoje, encontramos uma sociedade cada vez mais exigente em relação ao que é esteticamente aceitável, estando perante uma perseguição de uma imagem corporal ideal, onde os indivíduos se sujeitam a dietas, exercício físico exagerado, medicação e manipulações de fotografias para conseguirem alcançar ou simular que alcançam um padrão estético idealizado e aceitável. Contudo, estes esforços têm um grande peso na saúde física e psicológica do indivíduo (Grossbard et al., 2008).

A acessibilidade a ferramentas que tenham a utilidade de manipular a imagem corporal tem vindo a desenvolver consequências negativas na autoestima dos indivíduos, maioritariamente nas adolescentes do sexo feminino, pois nas redes sociais, estes jovens têm uma autoestima elevada que não é a real, devido ao reforço vindo das suas publicações investidas e manipuladas antes de serem partilhadas. Ao confrontarem-se com a realidade, estas jovens apercebem-se da discrepância existente entre o que são na realidade e o que são nas redes sociais, apresentando assim uma baixa autoestima e consequentemente isolam-se do mundo real (Lamp et al., 2019).

Atualmente na literatura existe uma escassez de informação relativamente à influência que as redes sociais poderão exercer no comportamento de manipulação de fotografias, bem como qual a relação entre a adicção às redes sociais e a manipulação de fotografias. Neste sentido, o presente estudo pretende compreender quais as relações existentes entre as variáveis: adicção às redes sociais; autoestima e manipulação de fotografias e explorar se a correlação entre a manipulação de fotografias e autoestima é mediada pela adicção às redes sociais.

MÉTODO

Participantes

A presente investigação contou com a cooperação de 729 participantes voluntários, sendo que 65.3% pertencem ao sexo feminino, 33.5% pertencem ao sexo masculino e 1.2% identificaram-se como não binários, com idades compreendidas entre os 18 e os 71 anos ($M=28.12$, $DP=9.55$).

Material

Utilizou-se um protocolo de avaliação que se compunha em 4 secções. A primeira secção engloba questões sociodemográficas. As restantes são 3 escalas:

Questionário de Autoestima (Ferreira, 2001). A escala de autoestima geral de Rosenberg (1989) é uma escala unidimensional da autoestima global de tipo Likert de 4 pontos (1=Discordo fortemente a 4=Concordo Fortemente), composta por 10 itens. A pontuação total varia entre 10 e 40, sendo que quanto mais elevada é a pontuação, mais elevada é a autoestima do sujeito. Em relação á validade psicométrica este é um instrumento que apresenta uma consistência interna de $\alpha=0.84$, indicando assim uma boa consistência interna. No presente estudo verificou-se uma consistência interna de $\alpha=0.90$.

Questionário de Adicção às Redes Sociais. O Internet Addiction Test (IAT) adaptado às redes sociais (Fuzeiro et al., 2022) é uma versão do Internet Addiction Test (IAT), mas especificando a utilização de redes sociais. Este instrumento é composto por 20 itens, sendo esta uma escala de Likert de 6 pontos (0-Não aplicável; 5-Sempre). Relativamente à qualidade psicométrica deste instrumento pode-se atestar que esta é considerada uma consistência interna boa, apresentado um alfa de Cronbach de 0.89 (Fuzeiro et al., 2022). No presente estudo verificou-se uma consistência interna de $\alpha=0.93$. No que concerne á sua cotação, no IAT original os resultados da escala permitem uma categorização categorial: 0-30 é considerado um utilizador normal; entre 31-49 é considerado um utilizador com adição leve; entre 50-79 é considerado um utilizador com adição moderada e por fim de 80-100 é considerado um utilizador com adição grave.

Questionário de Manipulação de Fotografia (Mclean e colaboradores, 2015). O *Self Photo Editing and Photo Investment* tem como principal objetivo medir o investimento e a manipulação de fotografias, sendo que esta é composta por três subescalas (A – Comportamento fotográfico; B – Investimento fotográfico; C – manipulação ou edição de imagens de si mesmo). Destaca-se que, para a recolha de dados somente foi utilizada a subescala de manipulação de imagens de si mesmo. A subescala de manipulação de fotografia é constituída por 10 itens com o formato de Likert de 5 pontos (1=nunca e 5=sempre). Esta escala pretende avaliar até que ponto os

participantes manipulam ou editam as suas fotografias antes de compartilhar (e.g., “*Edita ou usa aplicações para suavizar a pele*”), sendo que a soma de todos os itens varia entre 10 a 50. Assim valores mais altos remetem para maior manipulação de fotografias. No presente estudo verificou-se uma consistência interna de $\alpha=0.90$.

Procedimento

Inicialmente foi solicitada a autorização dos autores do Questionário de Manipulação de Fotografias para a tradução do instrumento para a população portuguesa. Após a consentimento dos autores foi realizada a tradução e retradução do instrumento para a população portuguesa seguindo, todas as questões éticas e as regras de tradução e retrodução presentes em *TC Guidelines for Translating and Adapting Testes* (International Test Commission, 2017). Posteriormente, foi elaborado um protocolo de avaliação que foi ajustado plataforma online Google Forms. Neste encontrava-se o consentimento informado e os instrumentos suprarreferidos.

Quanto aos criterios de seleção, a única particularidade imposta foi ser maior do que 18 anos e terem nacionalidade portuguesa. O processo da recolha da amostra ocorreu através da divulgação do link nas redes sociais, tais como Facebook, Messenger, Instagram, WhatsApp, onde foi solicitada a participação voluntária e a divulgação do *link* estando perante uma amostragem de propagação geométrica (*snowball*) com o intuito de aumentar a dimensão da amostra (Marôco, 2021). Após o fecho do questionário procedeu-se a extração dos dados para o programa SPSS 28 onde se realizou a análise das qualidades psicométricas (sensibilidade) de todos os instrumentos. Após a confirmação das qualidades psicométricas dos instrumentos procedeu-se à análise dos dados recorrendo a correlações de Person e correlações parciais. Por último, os resultados obtidos foram interpretados e discutidos de acordo com a literatura.

RESULTADOS

Na presente investigação foi possível verificar que a adicção às redes sociais e a autoestima se encontram negativa e significativamente correlacionadas

($r=-.335$; $p<.001$). Assim sendo, é possível concluir que quanto maior a adicção às redes sociais, menor será a autoestima dos participantes. No que concerne à correlação entre a adicção às redes sociais e à manipulação de fotografias, é possível verificar uma correlação positiva e significativa ($r=.557$; $p<.001$). Deste modo, compreende-se que quanto maior a adicção às redes sociais, maior é a manipulação de fotografia dos participantes.

Em relação às variáveis autoestima e manipulação de fotografias, pode-se observar a existência de uma correlação negativa e significativa ($r=-.211$; $p<.001$), podendo desta forma verificar-se que quanto maior grau de manipulação de fotografias, menores são os níveis de autoestima.

Concomitantemente, para verificar se a manipulação de fotografias e autoestima é mediada pela adicção às redes sociais recorreu-se a uma correlação parcial, utilizando o método de Baron e Kenny (1986), sendo possível atestar que o coeficiente da correlação entre a autoestima e a manipulação de fotografias diminuiu significativamente passado a ser quase nulo ($r=-.018$; $p>.05$). Deste modo, confirma-se que a adicção às redes sociais medeia quase completamente a relação entre a manipulação de fotografias e a autoestima, ou seja, quando se retira a influência da adicção às redes sociais, as correlações perdem força passando a apresentar valores não significativos.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo compreender as relações entre as variáveis adicção às redes sociais, autoestima e manipulação de fotografias. Concomitantemente debruçamo-nos em explorar se a correlação entre manipulação de fotografias e a autoestima é mediada pela adicção às redes sociais. Assim sendo, esta investigação visa acrescentar informação à literatura acerca destes temas pouco abordados de forma conjunta.

A literatura vai ao encontro do que foi verificado na presente investigação sendo que em estudos anteriores (Hong et al., 2014; Malik & Khan, 2015) observou-se que quanto mais os sujeitos utilizam as redes sociais menores, são os seus níveis de autoestima. Este fenómeno pode ser explicado pelo

objetivo de utilização das redes sociais, ou seja, como já referido anteriormente, as redes sociais são plataformas que são utilizadas para partilhar fotografias ou vídeos dos próprios onde há interações com outros sujeitos (e.g., likes e comentários). Assim sendo, os sujeitos ao perceberem-se com menos interações, em comparação com outros, poderão questionar-se sobre o porquê, começando a fazer inúmeras comparações de fotografias, o que acaba por influenciar a sua autoestima (Kleemans et al., 2018). Lee e Lee (2020) e McLean e colaboradores (2015) concluem ainda que através das redes sociais são feitas inúmeras comparações físicas que podem ou não motivar o sujeito a melhorar a sua condição. Todavia, quando este processo é exagerado, poderão vir a desenvolver-se consequências negativas para a saúde física e psicológica do sujeito, afetando a sua autoestima, desenvolvendo transtornos alimentares e isolamento social.

Adicionalmente, Pham et al. (2022) e Smith e Aderson (2018), concluíram, que atualmente as redes sociais tem sofrido diversas transformações, tornando-se acessíveis e práticas para que simulações das alterações da aparência física ocorram. Contudo, há que destacar que a correlação positiva e significativa das redes sociais e manipulação de fotografias, verificada no presente estudo, impacta, de acordo com a literatura, na saúde mental dos sujeitos, pois para sujeitos com um self pouco estável, alterar a sua aparência física de forma online, pode ser um caminho perigoso a seguir, fazendo com que a sua identidade não fique bem definida (Smith & Aderson, 2018).

Este é um tema pouco abordado na literatura, sendo que este estudo veio enriquecer este campo de investigação, sendo possível compreender que através das redes sociais são feitas inúmeras comparações de aparência física, podendo-se deste modo verificar que a comparação com padrões de beleza e o investimento na manipulação de fotografias está associado a menores níveis de autoestima e satisfação corporal (Feltman & Szymanski, 2017; Lonergan et al., 2019).

Desta forma, através da presente investigação é possível compreender o impacto que as redes sociais poderão exercer no sujeito, sendo que o desenvolvimento tecnológico dos últimos anos tem levado a que os indivíduos cada vez mais tenham uma utilização excessiva e descontrolada dos meios que são utilizados para usufruir das plataformas da internet, fazendo com que os adolescentes e jovens adultos procurem parecer aquilo

que não são, mas que idealizam ser (Grossbard et al., 2008). Neste sentido, é possível concluir que nas redes sociais os jovens aparentam ter uma autoestima elevada que não é a real, devido ao reforço vindo das suas publicações investidas e manipuladas antes de serem partilhadas. Ao confrontarem-se com a realidade, os jovens apercebem-se da discrepância existente entre o que são na realidade e o que são nas redes sociais, apresentando assim uma baixa autoestima e conseqüentemente isolam-se do mundo real (Lamp et al., 2019). Uma das formas de combater esta discrepância entre o que são e o que aspiram ser poderá ser manipularem as suas fotografias tendo uma rápida recompensa (e.g., likes e comentários positivos). Contudo esta poderá ser uma recompensa que terá uma sensação de prazer a curto prazo e que poderá desenvolver diversas problemáticas a longo prazo.

Por último, é importante salientar ainda a existência de algumas limitações no estudo. Primeiramente o facto de a amostra ser maioritariamente feminina, existindo um número reduzido de homens que responderam ao questionário comparativamente ao número de mulheres. Uma outra limitação é o facto de o presente estudo não ser representativo da população, uma vez que a maioria da amostra é jovem.

Posto isto, para estudos futuros sugere-se a procurar outros métodos de recolha de dados com o propósito de se obter uma amostra mais representativa. Adicionalmente sugere-se a realização de um estudo que compare o impacto das redes sociais na satisfação corporal, autoestima e manipulação de fotografias na população adolescente em comparação com a população adulta. Por fim seria também interessante a validação da escala de manipulação de fotografias para a população portuguesa, uma vez que neste estudo, este instrumento apenas se encontra adaptado à população portuguesa.

REFERÊNCIAS

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>

- Feltman, C. E., & Szymanski, D. M. (2017). Instagram use and self-objectification: The roles of internalization, comparison, appearance commentary, and feminism. *Sex Roles*, 78, 311-324. <http://doi.org/10.1007/s11199-017-0796-1>
- Ferreira, J. P., & Meek, G. A. (2001). Portuguese wheelchair athletes self-perceptions in physical domain: *Preliminary analysis. Proceedings of the 13th International Symposium, 5th European Congress Adapted Physical Activity – ISAPA* (p. 50).
- Fuzeiro, V., Martins, C., Gonçalves, C., Rolo Santos, A., & Costa, R. M. (2022). Sexual function and problematic use of smartphones and social networking sites. *Journal of Sexual Medicine*. <http://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.05.004>
- Grossbard, J. R., Lee, C. M., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2008). Body Image Concerns and Contingent Self-Esteem in Male and Female College Students. *Sex Roles*, 60(3-4). <http://doi.org/10.1007/s11199-008-9535-y>
- Hahl, B., R., Ocanha, F., O., Pedroso, G. R., & Santos, J., P., S. (2013). A influência das redes sociais nas relações interpessoais. *Revista Eletrónica*, 4.
- Hong, F., Huang, D., Lin, H., & Chiu, S. (2014). Analysis of the psychological traits, Facebook usage, and Facebook addiction model of Taiwanese university students. *Telematics and Informatics*, 31, 597-606. <http://doi.org/10.1016/j.tele.2014.01.001>
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests* (2nd ed.). www.InTestCom.org
- Kleemans, M., Daalman, S., Carbaat, I., & Anshütz, D. (2018). Picture perfect: The direct effect of manipulated Instagram photos on body image in adolescent girls. *Media Psychology*, 21, 93-110. <https://doi.org/10.1080/15213269.2016.1257392>
- Lamp, S. J., Cugle, A., Silverman, A. L., Thomas, M. T., Liss, M., & Erchull, M. J. (2019). Picture perfect: The relationship between selfie behaviors, self-objectification, and depressive symptoms. *Sex Roles*, 81(11-12), 704-712. <https://doi.org/10.1007/s11199-019-01025-z>
- Lee, M., & Lee, H.-H. (2020). Social media photo activity, internalization, appearance comparison, and body satisfaction: The moderating role of photo-editing behavior. *Computers in Human Behavior*. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106579>
- Lonergan, A. R., Bussey, K., Mond, J., Brown, O., Griffiths, S., Murray, S. B., & Mitchison, D. (2019). Me, my selfie, and I: The relationship between editing and posting selfies and body dissatisfaction in men and women. *Body Image*, 28, 39-43. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.12.001>
- Malik, S., & Khan, M. (2015). Impact of Facebook addiction on narcissistic behavior and self-esteem among students. *Journal of Pakistan Medical Association*, 65, 260-263.
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com SPSS STATISTICS* (Vol. 18): Report Number Análise e Gestão de Informação, LDA.
- McLean, S. A., Paxton, S. J., Wertheim, E. H., & Masters, J. (2015). Photoshopping the selfie: Self photo editing and photo investment are associated with body dissatisfaction in

- adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.22449>
- Patrão, I., Reis, J., Madeira, L., Paulino, M. C. S., Barandas, R., Sampaio, D., Moura, B., Gonçalves, J., & Carmenates, S. (2016). Avaliação e intervenção terapêutica na utilização problemática da internet (UPI) em jovens: Revisão da literatura.
- Pham, H. C., Nguyen, L., Vu, T. A., & Tran, P. (2022). Body image esteem and photo manipulation among social media users. *Acta Informatica Pragensia*, 11(1), 62-79. <https://doi.org/10.18267/j.aip.166>
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Wesleyan University Press.
- Smith, A., & Anderson, M. (2018). *Social media use in 2018*. Pew Research Center. Consultado a 16 Maio de 2022. <http://www.pewinternet.org/2018/03/01/social-media-use-in-2018/>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

EXPRESSÃO EMOCIONAL: ANÁLISE FATORIAL E QUALIDADES PSICOMÉTRICAS DO DDI E OPENER SCALE

Raquel Rocha¹ (✉ raquel.rocha0@outlook.com), Catarina Antunes¹, Francisca Figueiroa¹, Inês Carixas¹, Catarina Ramos², & Isabel Leal³

¹ Ispa – Instituto Universitário, Portugal

² LabPSI – Laboratório de Psicologia Egas Moniz, CiiEM – Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz, Instituto Universitário Egas Moniz, Portugal

³ WJCR – William James Center for Research, Ispa – Instituto Universitário, Portugal

As doenças oncológicas atingem atualmente uma parte importante da população. No entanto, a probabilidade de sobreviver a uma doença oncológica aumentou de forma dramática nos últimos anos, devido ao diagnóstico mais precoce e às intervenções terapêuticas mais incisivas. Uma em cada duas doenças oncológicas é curável (Cardoso et al., 2009).

O diagnóstico da doença oncológica, ainda está muito associado à morte, e os tratamentos oncológicos causam um intenso sofrimento psicológico tanto para o doente como para a família, pela incerteza em relação ao futuro que se avizinha, e pela incerteza se os tratamentos terão o resultado desejável. A presença de comorbilidade psicológica nestes doentes é elevada, sendo as respostas emocionais mais comuns a expressão de sentimentos de medo, raiva, revolta desesperança, culpa, e pensamentos suicidas. Embora alguns doentes consigam adaptar-se bem à doença, nem todos reagem bem ao diagnóstico de cancro sendo possível a ocorrência de perturbações psicológicas, como por exemplo ansiedade ou depressão clinicamente significativas (Cardoso et al., 2009).

Após o confronto com um trauma, o indivíduo pode revelar uma maior inibição na expressão de emoções negativas relacionadas com o acontecimento, evitando o contacto e a interação com membros da sua rede social com o objetivo de não relembrar pensamentos, memórias ou imagens associadas ao evento traumático (Ramos, 2016). Segundo Iwamitsu e colaboradores (2005) este fenómeno designa-se por supressão emocional e

consiste na dificuldade na descrição e comunicação de emoções negativas, ocorrendo uma inibição das cinco emoções (p.e., raiva, ansiedade ou dor) que pode surgir após o diagnóstico de cancro.

A partilha de experiências emocionais associadas à vivência da doença oncológica está associada a resultados positivos. A expressão emocional está relacionada com o aumento do funcionamento do sistema imunológico, diminuição da dor e uso de medicamentos e redução de consultas médicas. A expressão relativa a um evento emocional também leva à diminuição dos níveis de depressão, ansiedade, angústia e raiva, uma diminuição na intensidade emocional do evento e a uma redução de pensamentos intrusivos sobre o evento (Garrison et al., 2012).

Desta forma, os benefícios da expressão emocional são frequentemente obtidos conversando com membros da rede de suporte social. De facto, uma das principais funções do apoio social é proporcionar ao indivíduo a oportunidade de discutir as suas emoções e os seus sentimentos sobre a doença. Em pacientes com cancro, o apoio emocional tem sido associado a um menor nível de stresse, menos distúrbios de humor e recuperação física aprimorada (Zakowski et al., 2003).

Em suma, assume-se a importância de perceber se os doentes expressam as suas emoções relacionadas com a experiência da doença oncológica. Assim, torna-se pertinente a validação de instrumentos que avaliem a expressão emocional em doentes com cancro. O presente estudo teve como principal objetivo a avaliação da estrutura fatorial e das qualidades psicométricas da escala DDI (Kahn & Hessling, 2001), que avalia expressão emocional e da escala Opener Scale, que avalia a expressão emocional com alguém significativo (Miller et al., 1983) para uma amostra portuguesa de doentes oncológicos.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi recolhida por amostragem não probabilística, por conveniência e obteve-se uma amostra total de 246 participantes. Foram

excluídos 18 (7,3%) participantes pelo não preenchimento total dos questionários. A amostra final contou 228 participantes. Os critérios de inclusão foram os seguintes: ter mais de 18 anos; apresentar o diagnóstico de cancro e estar em tratamento, em vigilância ou em alta médica; saber ler e escrever em português.

Os participantes têm uma média de idades de 53,09 anos ($DP=15,00$), sendo que a maioria dos participantes é do género feminino ($n=191$; 83,8%). A maioria dos sujeitos tem o ensino secundário ($n=61$; 26,8%) ou a licenciatura completos ($n=61$; 26,8%) e estão ativos, profissionalmente ($n=123$; 53,9%).

Quanto às características clínicas, a média de tempo passado desde o diagnóstico é de 74,33 ($DP=117,80$) meses. É possível verificar que a maioria dos participantes teve diagnóstico de cancro da mama ($n=147$; 64,5%) seguindo-se o diagnóstico de cancro da cabeça e pescoço ($n=21$; 9,2%). Relativamente ao estágio da doença a resposta mais frequente foi “Não sei/Não respondo” ($n=85$; 37,4%), seguindo-se de estágio III ($n=58$; 25,6%). A maioria dos participantes refere já ter iniciado os tratamentos ($n=223$; 98,2%) sendo que grande parte dos indivíduos diz ter realizado o seguinte conjunto de tratamentos: cirurgia, quimioterapia e radioterapia ($n=48$; 21,7%), seguindo-se cirurgia, quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal ($n=45$; 20,4%). Metade dos participantes encontra-se em vigilância ($n=111$; 50%), 60 (27,0%) encontra-se em tratamento e 51 (23,0%) teve alta médica.

Material

O *Inventário de Distress Emocional* (Distress Disclosure Index, DDI; Kahn & Hessling, 2001): foi utilizado para avaliar a tendência para a expressão emocional. Foi utilizada a versão traduzida para a população portuguesa de Ramos (2016). O DDI é unifactorial e constituído por 12 itens. Verifica-se a existência de itens de pontuação inversa nomeadamente: 2, 4, 5, 8, 9, 10. Os participantes devem avaliar o quanto concordam ou discordam com cada afirmação numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, de 1-*Discordo Totalmente* a 5-*Concordo totalmente*. A pontuação varia de 12 a 60 pontos, sendo que uma elevada pontuação é indicador de uma elevada tendência para a expressão emocional e uma baixa pontuação é indicador de uma

elevada tendência para a repressão emocional. O Inventário de Distress Emocional, apresenta uma boa consistência interna, com um valor de alpha de Cronbach de 0,93 (Kahn & Hessling, 2001).

A escala *Opener Scale* (Miller et al., 1983): Esta escala avalia o grau no qual o indivíduo expressa as emoções especificamente com o cônjuge, o amigo, ou alguém significativo para o indivíduo, através da seguinte indicação: “*Os itens seguintes incluem uma variedade de temas que pode ter falado com pessoas próximas de si (ex. marido, amigos, familiares) no último mês. Por favor indique o quanto discutiu cada tema. Na última semana eu falei sobre:*”. A *Opener Scale* é constituída por 5 itens. A avaliação é efetuada numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, desde 1 (*Não falei de todo*) a 5 (*Falei completamente*) (Ramos, 2016). A pontuação máxima é de 25 pontos e elevada pontuação indica uma maior tendência para debater ou partilhar com o marido ou alguém significativo, pensamentos, sentimentos e emoções. A *Opener Scale* apresenta uma boa consistência interna de 0,83 (Miller et al., 1983).

Procedimentos

A recolha de dados decorreu através de (1) recolha presencial nos movimentos da LPCC (2) recolha presencial com participantes da rede de contactos das investigadoras e (3) recolha *online*, na qual foi construído um questionário na plataforma *Google Forms* e divulgado o link para preenchimento através das redes sociais nomeadamente *Facebook* e *Instagram*.

Para a recolha presencial, foi obtida a autorização para recolher dados no Movimento Vencer e Viver e no Movimento Laringectomizados e Ostomizados, do Núcleo Regional Sul da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) localizado no Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPOFG), em Lisboa. Para os três meios de recolha de dados, foi garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados e foram explicados os objetivos e procedimentos do estudo, aos participantes e a recolha de dados decorreu de 14 de Janeiro de 2020 a 1 de Abril de 2020.

RESULTADOS

Foram analisadas as qualidades psicométricas, através da Análise Fatorial Exploratória (AFE) e da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) do DDI e da Opener Scale na amostra de pacientes com doença oncológica. Para o efeito a amostra foi dividida em 2 para efetuar a AFE com a amostra 1 ($n=114$) e a AFC com a amostra 2 ($n=114$). A análise estatística foi efetuada com recurso ao software estatístico IBM SPSS e AMOS, versão, 26.0, e considerou-se um nível de significância de $p \leq 0,05$.

Propriedades psicométricas do DDI

Primeiramente, procedeu-se à verificação da adequação de amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin' (KMO), usando o critério de Kaiser e o teste de Bartlett. Verificou-se que o KMO (0,727) e o teste de Bartlett [$\chi^2(66)=595,153$; $p \leq 0,001$] confirmaram a adequação dos itens à realização da AFE. Uma vez verificados estes pressupostos, procedeu-se à realização da AFE e no que concerne ao número de fatores a reter, a AFE apresentou 2 fatores com *eigenvalue* acima de 1 que explicam 55,15 % da variância total, verificada também no gráfico scree-plot, diferenciando-se da estrutura do modelo original de 1 fator de Kahn e Hessling (2001). Em relação à distribuição dos itens por fator, verificou-se que o primeiro fator, denominado de expressão emocional, é composto pelos itens, 1,3,6,7,11,12. O segundo fator (supressão emocional) é constituído pelos itens: 2,4,5,8,9,10.

Realizou-se a AFC de 2 fatores (DDI) e verificaram-se excelentes índices de ajustamento [$\chi^2(50)=93,393$; NFI=0,922; CFI=0,962; GFI=0,936; RMSEA=0,062 (0,042; 0,081)] podemos concluir que o DDI é representado por dois fatores, diferindo do artigo original de validação do instrumento. Relativamente à AFC a 1 fator, verificaram-se os seguintes resultados [$\chi^2(47)=150,123$; NFI=0,874; CFI=0,909; GFI=0,908; RMSEA=0,098 (0,081; 0,116)]. O modelo de 2 fatores (expressão emocional e supressão emocional) apresenta valores de um melhor ajustamento comparativamente ao modelo de 1 fator, uma vez que o valor do RMSEA no modelo de 2 fatores está mais próximo de zero, sendo que e de acordo com Marôco (2010) um intervalo entre [0,05; 0,08] é indicador de um bom ajustamento.

Manteve-se o item 5, apesar do baixo peso factorial, por questões teóricas e por não condicionar o ajustamento do modelo (Figura 1).

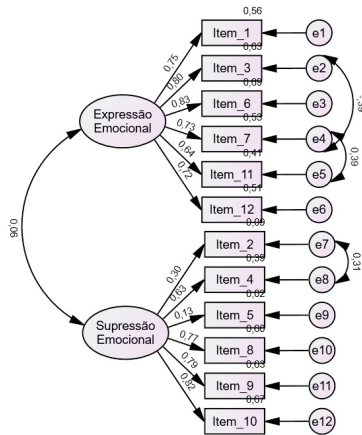


Figura 1. Análise Factorial Confirmatória do Modelo de 2 factores do DDI

Relativamente à fiabilidade, os resultados de alfa de *Cronbach* revelam uma boa fiabilidade, apresentando um $\alpha=0,88$ para a Expressão Emocional e um $\alpha=0,85$ para a Supressão Emocional. A fiabilidade compósita (FC) indica uma interpretação semelhante (FC de Expressão Emocional=0,94; FC de Supressão Emocional=0,88) sendo que os valores consideram-se aceitáveis quando são $>0,7$ (Fornell & Laker, 1981). No que concerne à validade convergente, verificou-se que as subescalas Expressão Emocional e Supressão Emocional da escala DDI apresentam valores aceitáveis de VEM ($>0,5$) (Hair et al., 2014). No que respeita à validade discriminante, encontraram-se resultados que sugerem a existência de validade discriminante entre as subescalas, sendo que a correlação entre os factores Expressão Emocional e Supressão Emocional é de $r=0,06$. Assim sendo, a VEM da Expressão Emocional e da Supressão Emocional, são maiores do que o quadrado da correlação entre os factores, pelo que podemos afirmar que os dois factores têm validade discriminante (Marôco, 2014).

Propriedades psicométricas da Opener Scale

Realizou-se a AFE para a Opener Scale na amostra de pacientes com doença oncológica. A adequação dos itens para a AFE foi confirmada pelos valores

de $KMO=0,818$ e pelos valores do Teste de Bartlett [$\chi^2(10)=240,710$; $p \leq 0,001$]. Após os pressupostos terem sido verificados procedeu-se à realização da AFE e no que concerne ao número de fatores a reter, a AFE evidenciou uma estrutura fatorial de 1 fator que explica 63,48% da variância dos itens.

Assim, a estrutura fatorial aplicada aos dados da população portuguesa é igual à estrutura fatorial original de Miller et al. (1983), ou seja, é constituída por todos os itens da escala: item 1, 2, 3, Em relação à AFC da Opener Scale, observaram-se os seguintes valores [$\chi^2(4)=5,45$; $NFI=0,990$; $CFI=0,997$; $GFI=0,991$; $RMSEA=0,040$ (0,000; 0,114)]. O modelo da Opener-Scale (Figura 2), também foi selecionado pelos seus valores de bom ajustamento, tendo uma estrutura fatorial igual ao modelo original, ou seja, unifatorial (Figura 2).

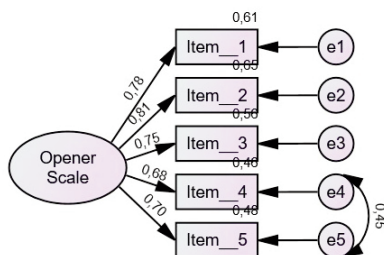


Figura 2. Análise Fatorial Confirmatória da Estrutura Unifatorial da Opener Scale

DISCUSSÃO

No que respeita à validade de construto, os resultados revelaram excelentes índices de ajustamento do modelo de primeira ordem selecionado para cada uma das escalas (i.e., DDI e Opener Scale), numa amostra portuguesa de doentes oncológicos.

No presente estudo, o inventário DDI, que avalia a expressão emocional, apresenta resultados que diferem da estrutura unifatorial proposta pelos autores (Kahn & Hessling, 2001). Assim, a solução fatorial encontrada é

constituída por dois fatores que, na sua totalidade são responsáveis por 61,23% da variabilidade da escala, no qual não se excluiu nenhum item. O facto da escala DDI, no presente estudo, ser constituída por dois fatores (i.e., expressão emocional e supressão emocional), pode ser explicado devido ao facto de que para os participantes neste estudo, ter sido muito claro o que é a expressão e a supressão emocional, entendendo claramente a diferença, pois vivenciam a expressão emocional e a inibição u supressão emocional no seu dia-a-dia. Assim, a inibição não parece ser o oposto de expressão, mas ser sim um construto correlacionado.

A AFC do modelo de 2 fatores da DDI apresentou um bom ajustamento à estrutura da variância-covariância observada entre os 12 itens, apresentando todos os itens pesos fatoriais elevados na amostra exceto o item 2. O facto do item 2 apresentar um valor próximo do aceitável relativamente aos pesos fatoriais estandardizados dos itens, pode remeter para o facto de o item não saturar significativamente no respetivo fator (supressão emocional), sugerindo que a manifestação do seu comportamento (expressão emocional) possa ser explicada por outro fator. Optou-se por manter o item uma vez que a eliminação deste item não iria condicionar positivamente os índices de ajustamento. Outra razão para ter-se mantido o item 2, embora tenha um peso fatorial inferior a 0,5, deve-se a motivos teóricos, isto é, para a definição do conceito que é definido pela escala, é importante a manutenção do item 2.

No que respeita à fiabilidade do DDI, o presente estudo revelou uma boa consistência interna para as duas subescalas (expressão emocional e supressão emocional). O estudo original de Kahn e Hessling (2001) e o estudo de Kahn et al. (2017) apresenta igualmente boa consistência interna. A estimação da VEM e da fiabilidade compósita dos 2 fatores permitiu concluir que os fatores são capazes de explicar a maior parte da variância dos itens, apresentando por isso validade convergente. A comparação das VEM por cada fator com o quadrado da correlação revelou que os dois fatores – expressão emocional e supressão emocional, discriminam entre si.

Relativamente à Opener Scale (Miller et al., 1983) que, avalia a expressão emocional com alguém significativo, esta apresenta resultado semelhante da estrutura unifatorial proposta pelos autores (Miller et al., 1983). Assim a solução fatorial encontrada é constituída por um factor que, na sua totalidade

explica 65,93 % da variabilidade, no qual não se excluiu nenhum item. Esta escala também apresentou um bom ajustamento à estrutura da variância – covariância unifatorial observada entre os 5 itens, à semelhança do artigo de validação original (Miller et al., 1983), apresentando todos os itens pesos fatoriais elevados na amostra em estudo. Em relação à fiabilidade da Openner Scale, o presente estudo apresentou uma boa consistência interna. Também o estudo original de Miller et al. (1983) apresentou uma boa fiabilidade. Em outros estudos (Chen & Danish, 2010; Kahn et al., 2017), a Openner Scale apresentou também uma boa fiabilidade.

Limitações

Ao longo do estudo, foram verificadas algumas limitações que devem ser mencionadas. Verificou-se um elevado número de participantes do género feminino com cancro da mama, limitando a generalização dos resultados obtidos para a população portuguesa de doentes oncológicos. Uma das limitações do estudo, é relativa ao facto de não ter sido realizada a validade de critério na qual estão reunidas a validade preditiva e a validade concorrente, e seria uma mais valia para estudos futuros a realização da validade de critério uma vez que, garante de modo empírico, que o teste mede o que é suposto medir, isto é, a eficiência de um teste. Assim, sugere-se que em estudos futuros, com recurso à validade de construto e critério, se compare o DDI e a Openner Scale com a Escala de Expressividade Emocional (EEE; Dinis et al., 2011), com o objetivo de se verificar se ambas as escalas avaliam o mesmo construto, o mesmo conceito. A validade de conteúdo também não foi avaliada, sendo que estudos futuros que possam contemplar a avaliação de ambas as validades, são também recomendados.

O presente estudo apresenta um importante contributo para a utilização do DDI e da Openner Scale na população portuguesa. A adaptação destes instrumentos permite também que o DDI e a Openner Scale estejam disponíveis para avaliar a tendência para a expressão emocional e a expressão emocional com outro significativo em diversos contextos, e em particular no contexto de doença oncológica, para, desta forma, potenciar uma intervenção mais adequada às necessidades dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C. & Reis, D. (2009). Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 7(1/2), 8-18. <https://doi.org/10.25752/psi.4007>
- Chen, J. C., & Danish, S. J. (2010). Acculturation, distress disclosure, and emotional self-disclosure within Asian populations. *Asian American Journal of Psychology*, 1(3), 200-211. <https://doi.org/10.1037/a0020943>
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Structural Equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics. *Journal of Marketing Research*, 18, 382-388. <https://doi.org/10.2307/3150980>
- Garrison, A., Sauer, E., Kahn, J., & Florczak, M. (2012). Disentangling the effects of depression symptoms and adult attachment on emotional disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 59(2), 230-239. <https://doi.org/10.1037/a0026132>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Prentice-Hall.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., & Buck, R. (2005). Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics*, 46, 19-24. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.1.19>
- Kahn, J. H., & Hessling, R. M. (2001). Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 41-65. <https://doi.org/10.1521/jscp.20.1.41.22254>
- Kahn, J. H., Wei, M., Su, J. C., Han, S., & Strojewska, A. (2017). Distress disclosure and psychological functioning among Taiwanese nationals and European Americans: The moderating roles of mindfulness and nationality. *Journal of Counseling Psychology*, 64(3), 292-301. <https://doi.org/10.1037/cou0000202>
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (3^a ed.). Report Number, Lda.
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais – Fundamentos teóricos, software & aplicações* (2^a ed. ver.). Report Number, Lda.
- Miller, L. C., Berg, J. H., & Archer, R. L. (1983). Openers: Individuals who elicit intimate self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1234-1244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.6.1234>
- Ramos, A. C. M. B. (2016). *Crescimento pós-traumático e crenças centrais em mulheres com cancro da mama: Um programa de intervenção* [Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde]. ISPA – Instituto Universitário.
- Zakowski, S. G., Harris, C., Krueger, N., Laubmeier, K. K., Garrett, S., Flanigan, R., & Johnson, P. (2003). Social barriers to emotional expression and their relations to distress in male and female cancer patients. *British Journal of Health Psychology*, 8(3), 271-286. <https://doi.org/10.1348/135910703322370851>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

RELAÇÃO ENTRE *FLOW* E PERSONALIDADE AUTOTÉLICA: OPORTUNIDADES PARA A SAÚDE MENTAL

Rosana Agra¹ (✉ rosanaagra22@gmail.com) & Carla Fonte¹

¹Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Portugal

A investigação e a teoria do *flow* tiveram origem numa vontade de compreender o fenómeno de realizar uma atividade motivada intrinsecamente ou autotélica. Ou seja, uma atividade recompensadora por si própria, para além do seu produto final ou qualquer recompensa extrínseca que possa resultar da mesma (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). Csikszentmihalyi (2002), a partir dos seus estudos descreveu o *flow* como um estado mental ideal no qual um indivíduo se sente cognitivamente eficiente, profundamente envolvido, altamente motivado e experimenta um elevado nível de prazer (Asakawa, 2004). Existem duas condições para que ocorra *flow*, sendo estas desafios percebidos ou oportunidades de ação, ou seja quando ocorre uma sensação de que se está a enfrentar desafios num nível adequado às suas capacidades, e objetivos claros e feedback imediato sobre o progresso que está a ser feito (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). Csikszentmihalyi (1990, 2002) refere 8 elementos do *flow*, sendo estes equilíbrio entre o desafio e as competências, ou seja, o desafio apresentado precisa de estar em equilíbrio com a capacidade do indivíduo; metas claras e feedback, pois para atingir o estado de *flow* é necessário a clareza sobre o objetivo da tarefa, as regras e os passos necessários para a mesma; concentração na atividade e no momento presente, porque nenhuma energia psíquica pode ser desperdiçada em estímulos não pertinentes à realização da atividade; fusão entre a ação e a consciência, ou seja, a intensidade do envolvimento com a atividade faz com que as ações ocorram espontaneamente e naturalmente; sensação de controlo, pois deve haver controlo sobre si mesmo e sobre a atividade; alteração do tempo, porque as horas parecem se transformar em minutos durante a atividade; atenuação da autoconsciência, pois quando se está

profundamente envolvido na tarefa pode surgir um sentimento de união com os componentes da mesma; experiência autotélica, um dos elementos fundamentais para que ocorra a experiência de *flow*, pois as atividades são realizadas sem nenhuma recompensa extrínseca e promovem um enorme sentimento de satisfação. Normalmente a experiência de *flow* ocorre quando é oferecido um feedback imediato, clarificando o desempenho da pessoa (Csikszentmihalyi, 1999). Quando realizamos uma atividade com o principal objetivo de apreciá-la estamos a ter uma experiência autotélica, ou seja, o indivíduo autotélico realiza uma atividade sem o objetivo de alcançar alguma meta externa (Csikszentmihalyi, 1999). Este tipo de personalidade distingue-se por várias metas-habilidades ou competências que permitem ao indivíduo entrar no estado de *flow* e permanecer nele. Essas *metaskills* incluem uma curiosidade geral e interesse na vida, persistência e baixo egocentrismo, o que resulta na capacidade de ser motivado por recompensas intrínsecas (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). Os mesmos autores referem que existem determinados atributos que facilitam a experiência de *flow* sendo estes a curiosidade, a persistência, a baixa auto-centralidade, a motivação intrínseca, o gosto pelos desafios, a transformação do tédio e do aborrecimento e o controlo da atenção (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). Num estudo recente de Tse et al. (2021), observa-se que pessoas com características da personalidade autotélica elevada são capazes de desfrutar de uma experiência de *flow* com mais frequência nas atividades diárias. Consequentemente, também relatam níveis mais elevados de bem-estar (Tse et al., 2021). Csikszentmihalyi (1997, 1999) referiu que ao termo personalidade autotélica estão associados certos atributos que facilitam a experiência do *flow*. Os teóricos sugeriram sete atributos pessoais, nomeadamente, (a) curiosidade, (b) persistência, (c) baixa auto-centralidade, (d) motivação intrínseca, (e) transformação dos desafios, (f) transformação do aborrecimento (g) controlo de atencional (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). De modo a compreender melhor os traços da personalidade autotélica foram descritos dois modelos, designados de modelo de *metaskills* e modelo ativo-recetivo. O modelo de *metaskills* refere que indivíduos que possuam vários atributos específicos, conseguem entrar e sustentar um estado de *flow* facilmente. Estes atributos são curiosidade geral e interesse pela vida, persistência e baixa-autocentralidade, capacidade de ser motivado por recompensas intrínsecas (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002, p. 93). Quanto ao modelo ativo-recetivo, este propõe que indivíduos altamente autotélicos são capazes

de identificar e procurar novos desafios, como também se envolvem e persistem nos mesmos (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). Com estas qualidades, indivíduos autotélicos são capazes de transformar e apreciar o aborrecimento através da sua sensibilidade a uma nova oportunidade de desafio (Csikszentmihalyi, 1999). Em suma, o modelo ativo-recetivo demonstra que indivíduos autotélicos estão mais propícios a transformar e apreciar tanto situações desafiadoras como situações aborrecidas (Tse et al., 2018). Para além destes dois modelos, Csikszentmihalyi (1997) salientou que o controlo atencional, ou seja, a capacidade de um indivíduo se concentrar na tarefa em questão e no meio envolvente para procurar novos desafios, é uma componente importante da personalidade autotélica (Csikszentmihalyi, 1999).

A personalidade autotélica é um construto com pouca investigação, sendo que, concretamente em Portugal são escassos os estudos sobre estes temas, havendo assim um enorme interesse aprofundar o conhecimento científico em torno destas temáticas. Segundo alguns autores, o flow e a personalidade autotélica podem contribuir para a melhoria dos níveis de saúde mental (Tse et al., 2021), estando também estes dois construtos relacionados um com o outro. Com isto, o estudo que se apresenta tem como principal objetivo a relação entre os níveis de *flow* experienciados numa população jovem e adulta portuguesa e a presença de dimensões da personalidade autotélica.

MÉTODO

Participantes

A metodologia utilizada foi quantitativa, com recurso a uma amostra de 455 indivíduos, 115 sexo masculino, 339 sexo feminino, com idades entre os 17 e os 67 anos de idade (Média=29,62 e DP=11,52).

Material

Os instrumentos utilizados foram as versões portuguesa do Questionário da Personalidade Autotélica (QPA) (curiosidade, persistência, baixa-autocentração, motivação intrínseca, envolvimento e transformação dos

desafios, envolvimento e transformação do aborrecimento e controlo atencional) (Tse et al., 2018 – Versão portuguesa para investigação) e a Escala de *Flow* Disposicional – 2 – EFD – 2 (Dispositional *Flow* Scale – DFS – 2, versão original de Jackson & Eklund, 2002 e portuguesa de Gouveia et al., 2012).

Procedimentos

Para a análise dos dados utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 27), sendo utilizadas análises descritivas e o Teste de Associação – Coeficiente de Correlação de Pearson.

RESULTADOS

No que diz respeito aos níveis de *flow*, tendo em conta os valores mínimos e máximos possíveis, verifica-se que os participantes apresentam níveis médios altos, exceto na dimensão perda de consciência (cf. Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização dos participantes a nível do flow

Amostra (N=455)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Experiência autotélica	4.00	20.00	15.22	3.21
Transformação do tempo	4.00	20.00	14.38	3.36
Perda de consciência	4.00	20.00	11.87	3.82
Sensação de controlo	4.00	20.00	14.11	3.41
Concentração na tarefa	4.00	20.00	14.19	3.50
Perceção do desempenho	4.00	20.00	14.21	3.16
Clareza dos objetivos	4.00	20.00	15.11	3.48
Envolvimento na tarefa	4.00	20.00	13.69	2.93
Equilíbrio tarefa-competência	4.00	20.00	14.77	3.11
Total	36.00	180.00	127.55	24.22

Quanto aos níveis da personalidade autotélica, tendo em conta as pontuações mínimas e máximas possíveis, observa-se que os participantes pontuam relativamente alto nestes construtos, apresentando assim níveis relativamente elevados de personalidade autotélica (cf. Tabela 2).

Tabela 2

Caracterização dos participantes a nível da personalidade autotélica

Amostra (N=455)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Curiosidade	1.75	7.00	5.56	.94
Persistência	1.50	7.00	5.60	1.06
Baixa auto-centração	1.00	7.00	3.45	1.55
Motivação intrínseca	1.75	7.00	5.62	.95
Envolvimento e transformação dos desafios	1.00	7.00	5.16	1.21
Envolvimento e transformação do aborrecimento	1.25	7.00	4.86	1.07
Controlo atencional	1.00	7.00	4.11	1.32
Score Total	1.74	6.61	4.91	.73

Tendo em conta as correlações entre as dimensões do *flow* e as características da personalidade autotélica (ver Tabela 3) observa-se que a subescala da QPA experiência autotélica correlaciona-se de forma significativa e positiva com a subescala curiosidade ($r=.394, p<.<.001$), persistência ($r=.494, p<.<.001$), baixa auto-centração ($r=.198, p<.<.001$), motivação intrínseca ($r=.441, p<.<.001$), transformação dos desafios ($r=.456, p<.<.001$), transformação do aborrecimento ($r=.351, p<.<.001$) e controlo atencional ($r=.290, p<.<.001$), ou seja, com todas as subescalas do QPA. Quanto à subescala transformação do tempo correlaciona-se de forma significativa e positiva com as subescalas curiosidade ($r=.283, p<.<.001$), persistência ($r=.208, p<.<.001$), motivação intrínseca ($r=.252, p<.<.001$), transformação dos desafios ($r=.209, p<.<.001$) e transformação do aborrecimento ($r=.256, p<.<.001$), do QPA. Correlaciona-se ainda com a subescala baixa auto-centração ($r=.034, p=.471$) e correlaciona-se de forma negativa e significativa com a subescala controlo atencional ($r=-.017, p=.717$), do QPA. No caso da subescala perda de consciência correlaciona-se de forma significativa e positiva com todas as subescalas do QPA à exceção da subescala controlo atencional ($r=.070, p=.133$). Com a subescala curiosidade ($r=.158, p<.<.001$), persistência ($r=.215, p<.<.001$), baixa auto-centração ($r=.264, p<.<.001$), motivação intrínseca ($r=.199, p<.<.001$), transformação dos desafios ($r=.130, p=.006$) e transformação do aborrecimento ($r=.159, p<.<.001$). A subescala sensação de controlo correlacionam se de forma significativa e positiva com todas as subescalas do QPA: curiosidade ($r=.377, p<.<.001$), persistência ($r=.498, p<.<.001$), baixa auto-centração ($r=.248, p<.<.001$), motivação intrínseca ($r=.372, p<.<.001$), transformação dos desafios ($r=.422, p<.<.001$), transformação do aborrecimento ($r=.307, p<.<.001$) e controlo atencional ($r=.347, p<.<.001$). De igual moda a

subescala concentração correlaciona-se de modo significativo e positivo com a subescala curiosidade ($r=.360$, $p<.001$), persistência ($r=.517$, $p<.001$), baixa auto-centração ($r=.208$, $p<.001$), motivação intrínseca ($r=.424$, $p<.001$), transformação dos desafios ($r=.384$, $p<.001$), transformação do aborrecimento ($r=.339$, $p<.001$) e controlo atencional ($r=.401$, $p<.001$), ou seja, com todas as subescalas do QPA. A perceção do desempenho correlaciona-se de forma significativa e positiva com todas as subescalas do QPA, ou seja, com a subescala curiosidade ($r=.372$, $p<.001$), persistência ($r=.506$, $p<.001$), baixa auto-centração ($r=.271$, $p<.001$), motivação intrínseca ($r=.343$, $p<.001$), transformação dos desafios ($r=.418$, $p<.001$), transformação do aborrecimento ($r=.261$, $p<.001$) e controlo atencional ($r=.352$, $p<.001$). Também a subescala envolvimento da tarefa correlaciona-se de forma significativa e positiva com todas as subescalas do QPA. Com a subescala curiosidade ($r=.354$, $p<.001$), persistência ($r=.410$, $p<.001$), baixa auto-centração ($r=.161$, $p<.001$), motivação intrínseca ($r=.329$, $p<.001$), transformação dos desafios ($r=.339$, $p<.001$), transformação do aborrecimento ($r=.287$, $p<.001$) e controlo atencional ($r=.203$, $p<.001$). Da mesma forma, a subescala da clareza de objetivos correlaciona-se de forma significativa com todas subescalas do QPA: curiosidade ($r=.354$, $p<.001$), persistência ($r=.523$, $p<.001$), baixa auto-centração ($r=.249$, $p<.001$), motivação intrínseca ($r=.373$, $p<.001$), transformação dos desafios ($r=.384$, $p<.001$), transformação do aborrecimento ($r=.256$, $p<.001$) e controlo atencional ($r=.402$, $p<.001$). Por fim, a subescala equilíbrio tarefa-competência correlaciona-se com a subescala curiosidade ($r=.454$, $p<.001$), persistência ($r=.591$, $p<.001$), baixa auto-centração ($r=.242$, $p<.001$), motivação intrínseca ($r=.397$, $p<.001$), transformação dos desafios ($r=.502$, $p<.001$), transformação do aborrecimento ($r=.311$, $p<.001$) e controlo atencional ($r=.357$, $p<.001$).

Tabela 3

Correlações entre as dimensões do flow e as características da personalidade autotélica

	Experiência autotélica	Transformação do tempo	Perda de consciência	Sensação de controlo	Concentração	Percepção do desempenho	Envolvimento da tarefa	Clareza de objetivos	Equilíbrio tarefa-competência
Amostra (N=455)	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Curiosidade	.394**	.283**	.158**	.377**	.360**	.372**	.354**	.364**	.454**
Persistência	.494**	.208**	.215**	.498**	.517**	.506**	.410**	.523**	.591**
Baixa auto-concentração	.198**	.034	.264**	.248**	.208**	.271**	.161**	.249**	.242**
Motivação intrínseca	.441**	.252**	.199**	.372**	.424**	.343**	.329**	.373**	.397**
Transformação dos desafios	.456**	.209**	.130**	.422**	.384**	.418**	.339**	.384**	.502**
Transformação do aborrecimento	.351**	.256**	.159**	.307**	.339**	.261**	.287**	.256**	.311**
Controlo atencional	.290**	-.017	.070	.347**	.401**	.352**	.203**	.402**	.357**

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$.

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu verificar que os participantes demonstram altos níveis de personalidade autotélica, com a média mais elevada a nível da motivação intrínseca, e níveis médios altos de *flow*, sendo o construto com pontuação mais alta a experiência autotélica. Além disso, os resultados obtidos demonstram que, relativamente à relação entre os níveis de personalidade autotélica e os níveis de *flow*, existe apenas uma correlação negativa não significativa entre a alteração do tempo e o controlo da atenção. Quanto às restantes correlações são todas positivas e significativas, à exceção das correlações entre a alteração do tempo e a baixa auto-concentração e entre a perda de consciência e o controlo da atenção, que não são significativas. Estes resultados fazem ver que quanto maiores forem os níveis de *flow* mais probabilidade há de a pessoa ter personalidade autotélica ou ter traços relacionados a este tipo de personalidade (Chang, 2017; Heo et al., 2010).

Tanto o *flow* como a personalidade autotélica são conceitos da Psicologia que poderão produzir bastante investigação científica. Neste âmbito, este

estudo teve como objetivo geral a análise da relação entre os níveis de *flow* experienciados numa população jovem e adulta portuguesa e a presença de dimensões da personalidade autotélica.

Com esta investigação verificamos que quanto maiores forem os níveis de *flow* mais dimensões da personalidade autotélica estão presentes. Estes dois construtos relacionam-se, pois o que faz com que alguém tenha uma personalidade autotélica são as inúmeras experiências de *flow*. Embora a investigação nesta área esteja a ascender no estrangeiro, em Portugal são poucos os estudos que se focam sobre o *flow* e a personalidade autotélica, salientando assim a importância deste estudo para o nosso país. Para futuros estudos com amostras mais alargadas sugere-se a análise da probabilidade de no futuro existirem fatores de risco e de proteção, através outro tipo de análises estatísticas. Estes primeiros resultados demonstram a potencialidade que as experiências de *flow* podem ter no desenvolvimento de dimensões mais autotélicas no funcionamento dos indivíduos, potenciando assim um funcionamento individual que favorece a saúde mental. Em conclusão, estimular o envolvimento das pessoas em atividades geradoras de *flow*, poderá ser uma ferramenta que contribuiu para a sua saúde psicológica por permitir um funcionamento global mais autotélico. Isto porque uma pessoa autotélica é caracterizada por precisar de poucos bens materiais, pouco entretenimento e pouco conforto porque as atividades que realiza são gratificantes por si mesmas. Este tipo de pessoas tem experiências do *flow* no trabalho, na vida familiar, quando interagem com os outros. São menos dependentes das recompensas externas que mantém outros motivados a prosseguir com uma vida composta de rotinas aborrecidas e sem significado (Tse et al., 2021). São mais autônomas e independentes por que não podem ser tão facilmente manipuladas com ameaças ou recompensas externas. Envolvem-se completamente com o seu redor porque estão totalmente imersas na corrente da vida (Csikszentmihalyi, 1999).

REFERÊNCIAS

- Asakawa, K. (2004). Flow experience and autotelic personality in Japanese college students: How do they experience challenges in daily life? *Journal of Happiness Studies*, 5, 123-154. <https://doi.org/10.1023/B:JOHS.0000035915.97836.89>

- Chang, H. H. (2017). Gender differences in leisure involvement and flow experience in professional extreme sport activities. *World Leisure Journal*, 59(2), 124-139. <https://doi.org/10.1080/16078055.2016.1166152>
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow*. Harper and Row.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding flow – The psychology of engagement with everyday life*. Basic Books.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). *A descoberta do fluxo: A psicologia do envolvimento com a vida cotidiana*. Rocco.
- Csikszentmihalyi, M. (2002). *Flow – The classic work on how to achieve happiness*. Rider.
- Gouveia, M. J., Pais-Ribeiro, J. L., & Carvalho, C. M. (2012). Validity and reliability of the portuguese version of the Dispositional Flow Scale-2 in exercise. *Revista de Psicologia del Deporte*, 21(1), 81-88.
- Heo, J., Lee, Y., McCormick, B. P., & Pedersen, P. M. (2010). Daily experience of serious leisure, flow and subjective well-being of older adults. *Leisure studies*, 29(2), 207-225. <https://doi.org/10.1080/02614360903434092>
- Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of flow. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 89-105). Oxford University Press.
- Tse, D. C. K., Lau, V. W., & McLaughlin, M. (2018). The development and validation of the Autotelic Personality Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1491855>
- Tse, D. C., Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2021). Living well by “flowing” well: The indirect effect of autotelic personality on well-being through flow experience. *The Journal of Positive Psychology*, 16(3), 310-321. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1716055>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

CONSTRUIR CIDADES SAUDÁVEIS E AMIGAS DOS MAIS VELHOS: A PERSPETIVA DOS JOVENS

Sandra Rebeca Lozano¹ (✉ sandra.lozano@ipbeja.pt) & Maria Cristina Faria^{1,2}

¹ Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja, Portugal; Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento do Alentejo do IPBeja, Portugal

² CinTurs-Centro de Investigação em Turismo, Sustentabilidade e Bem-Estar da UAlg, Portugal

Os recentes estudos demográficos apresentam o envelhecimento da população como um dos fenômenos mais importantes do século XXI, afetando a todos os países de diferentes maneiras, lançando desafios que vão além dos aspetos demográficos e que interferem nas diferentes formas de organização social, cultural, económica e política da sociedade atual. O aumento do envelhecimento da população é uma das maiores conquistas da humanidade. Não pode ser visto como um problema. O que é necessário é projetar políticas públicas ajustadas à idade para que os mais velhos possam manter sua autonomia, viver ativamente e integrar-se plenamente na sua sociedade.

Em Portugal o declínio contínuo das taxas de natalidade e o aumento da expectativa de vida estão transformando a estrutura populacional, aumentando a população idosa comparativamente com a população mais jovem. É inegável que o envelhecimento da população portuguesa está colocando novos problemas e desafios à sociedade deste século XXI, exigindo dos investigadores respostas sólidas e precisas para esses problemas. Esta situação demográfica exige mudanças importantes, não só naquilo que fazemos, mas na forma como investigamos os aspetos relacionados com o envelhecimento.

As cidades têm um impacto importante na qualidade de vida dos mais velhos, sendo da responsabilidade dos decisores políticos e governança local criar condições para viabilizar o “ageing in place”. Uma cidade amiga das

peças mais velhas, é um meio urbano acessível e inclusivo que promove o envelhecimento ativo nos seus três pilares: saúde, participação e segurança. Os cidadãos podem dar o seu contributo, em particular, os mais jovens, muitos deles futuros profissionais de apoio ao envelhecimento com saúde.

Diante da problemática apresentada centramo-nos na perspectiva do envelhecimento dos jovens, enquanto pessoas que envelhecem na cidade e futuros profissionais cuidadores. No âmbito da sua formação como Técnicos Superiores em Psicogerontologia, um grupo de jovens, foram desafiados a observar a cidade de Beja como cidade amiga das pessoas idosas, usando parte da Guia Global das Cidades Amigas dos Idosos da Organização Mundial da Saúde. Foram observadas questões relacionadas com a Seção 5. Espaços abertos e prédios, Seção 6. Transporte, Seção 7. Moradia, Seção 12. Apoio comunitário e serviços de saúde.

Assim, surgiram várias questões: “Qual o entendimento dos jovens sobre o conceito de Beja cidade amiga das pessoas mais velhas?”, “Como visualizam o seu envelhecimento no futuro e a sua própria velhice”? “Qual é a perspectiva dos jovens sobre as cidades saudáveis e amigas dos idosos?” Neste sentido, o presente estudo tem como principal objetivo conhecer a perspectiva dos jovens sobre o seu próprio envelhecimento e o seu entendimento sobre se a cidade de Beja é amiga dos mais velhos.

Novos paradigmas na velhice: Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento ativo, “ageing in place”

O conceito de velhice faz parte da civilização contemporânea, é um conceito social, associado à idade. No entanto, a idade em si não serve como critério para classificar os indivíduos socialmente. Alguns autores definem a velhice como um conceito referente ao modo como cada sociedade define essa fase do ciclo vital. É uma construção social, inscrita em um contexto histórico específico para cada sociedade, assim, os limites de idade para entrar e sair do mercado de trabalho, do sistema educacional ou do direito à reforma por idade, variam de país para país. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a velhice inicia-se entre os 60 e os 65 anos. No entanto, esta é uma idade estabelecida para fins organizacionais, uma vez que o processo de envelhecimento depende de três tipos de fatores: biológicos, psicológicos e sociais e que são individuais para cada pessoa.

O envelhecimento no sempre está associado a uma etapa de declínio. Segundo Rowe (1987), o conceito de envelhecimento bem-sucedido ou envelhecimento positivo surgiu na década de 1960 e foi definido como a adaptação do idoso às condições específicas da velhice, ou a busca de um equilíbrio entre as capacidades do idoso e as exigências do ambiente. O envelhecimento bem-sucedido ocorre quando as pessoas estão satisfeitas de que podem se adaptar a situações de mudança em suas vidas. Baltes e Carstenem (1996) referem que o envelhecimento bem-sucedido é um conceito que incorpora dois processos, primeiro, uma capacidade global de adaptação às perdas que normalmente ocorrem na velhice, em segundo lugar, o envelhecimento pode ser alcançado pela escolha de certos estilos de vida que atendam ao objetivo de manter a integridade mental até os últimos momentos da existência. O envelhecimento bem-sucedido está fortemente ligado a variáveis psicológicas e, em particular, à satisfação com a vida. Portanto, as políticas sociais devem ser formuladas de forma a permitir que o maior número possível de pessoas tenha um envelhecimento bem-sucedido e devem servir para permitir a participação social e permanente dos idosos na sociedade.

O conceito de envelhecimento ativo, aplicável tanto a indivíduos como a populações, foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para promover a ideia de que o envelhecimento pode e deve ser uma experiência positiva (WHO, 2002). Consiste em viver e envelhecer com oportunidades que proporcionem saúde, participação social e segurança, para obter qualidade de vida e bem-estar. “Representa a opção por estilos de vida saudáveis, a prática de atividade física, a participação em atividades de carácter social, económico, cultural, espiritual e/ou cívico e, sempre que possível, o prolongamento da vida laboral, de acordo com as suas necessidades, interesses pessoais e habilidades.

O conceito de envelhecimento ativo também nos remete ao conceito de envelhecimento saudável. A WHO (2002) introduziu o quadro de saúde pública para o envelhecimento saudável e identificou um objetivo comum para todas as partes interessadas: otimizar a capacidade funcional. Isto pode ser alcançado em cinco domínios fortemente interconectados da capacidade funcional, essenciais para que os idosos possam realizar as tarefas que valorizam. Estas são as habilidades para: (1) Atender às suas necessidades básicas; (2) Aprender, crescer e tomar decisões; (3) Movimentar-se; (4)

Construir e manter relacionamentos; e (5) Contribuir. Em conjunto, essas habilidades permitem envelhecer com segurança em um lugar adequado, a fim de continuar a se desenvolver pessoalmente, contribuir com suas comunidades e manter sua autonomia e saúde.

O “*Aging in place*” significa a capacidade de continuar a viver em casa e na comunidade ao longo do tempo, com segurança e de forma independente. Este conceito requer uma abordagem interdisciplinar, valorizando intervenções em diferentes escalas: nacional, regional, comunitária e individual. O nosso ponto de vista é que o *aging in place* não seja percebido como um recurso, mas antes como a primeira opção, pelas vantagens de inclusão social e de recompensa emocional que, na maior parte das situações, traz associadas. Envelhecer no lugar onde viveu a maior parte de sua vida e onde estão os principais referentes dessa vida é uma vantagem em termos de manter um sentido de vida e preservar sentimentos de segurança e familiaridade. Isso é alcançado tanto mantendo a independência e autonomia, quanto desempenhando papéis na própria comunidade. Assim, o “*Aging in Place*” funciona de múltiplas maneiras, que devem ser levadas em consideração na definição de ações e políticas voltadas para a terceira idade” (Fonseca, 2020).

Comunidades amigas dos mais velhos

As cidades têm um impacto importante na qualidade de vida dos mais velhos, sendo da responsabilidade dos decisores políticos e governança local criar condições para viabilizar o “*ageing in place*”. Uma cidade amiga das pessoas mais velhas, é um meio urbano acessível e inclusivo que promove o envelhecimento ativo nos seus três pilares: saúde, participação e segurança. Em uma cidade amiga do idoso, políticas, serviços, ambientes e estruturas dão apoio e capacitam as pessoas a envelhecer ativamente ao: reconhecer a ampla gama de capacidades e recursos entre os idosos; prever e responder, de maneira flexível, às necessidades e preferências relacionadas ao envelhecimento; respeitar as decisões dos idosos e o estilo de vida que escolheram; proteger aqueles que são mais vulneráveis; e promover a sua inclusão e contribuição a todas as áreas da vida comunitária (WHO, 2007). Algumas das iniciativas implementadas em Portugal estão em consonância com as promovidas pela Organização Mundial de Saúde, para as quais o

“*ageing in place*” consiste em ter os apoios sociais necessários, viver de forma segura e independente em casa e na comunidade à medida que a pessoa envelhece (WHO, 2015).

A Guia Cidade Amiga do Idoso da OMS, destaca a importância do “*ageing in place*” como uma estratégia global para manter os idosos não apenas vivendo em suas casas, mas também participando da vida de suas comunidades, pelo maior tempo possível. O objetivo da Guia Cidade Amiga do Idoso é ajudar as cidades a se avaliarem sob a ótica dos idosos, a fim de identificar onde e como elas podem ser mais amigáveis aos idosos, as seções da guia descrevem mediante um *checklist* as principais características amigáveis aos idosos, para cada área da vida urbana, e as vantagens e barreiras que os idosos encontram. Esta Guia deve ser utilizada por pessoas ou grupos interessados em fazer sua cidade mais amiga do idoso, como governos, organizações de voluntários, o setor privado e grupos de cidadãos. Os cidadãos podem dar o seu contributo, em particular, os mais jovens, muitos deles futuros profissionais de apoio ao envelhecimento com saúde (WHO, 2007). É uma ferramenta de auto-avaliação em 8 áreas: Espaços Exteriores e Edifícios; Transportes; Habitação; Participação Social; Respeito e Inclusão Social; Participação Cívica e Emprego; Comunicação e Informação e Serviços Comunitários e Saúde.

MÉTODO

Trata-se dum estudo exploratório, transversal, descritivo, de cariz misto, quantitativo e qualitativo. Foi utilizada para a análise dos dados a análise de conteúdo.

Participantes

Participaram neste estudo 10 estudantes do primeiro ano do Curso Técnico Superior Profissional em Psicogerontologia, 9 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idades entre os 18 e 21 anos ($M=19,4$; $DP=1,07$) que se encontravam inscritos na Unidade Curricular de Técnicas de Promoção da Autonomia dos Gerontes. Nesta unidade curricular está contemplado o

conteúdo 2. Acessibilidade ao ambiente: organização dos espaços públicos e privados.

Material

Para a recolha de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário de perspectivas sobre o envelhecimento dos jovens e cidades amigas das pessoas mais velhas. Foi um questionário desenvolvido especificamente para este estudo e apresenta três questões abertas. Numa primeira parte apresenta um levantamento sociodemográfico (sexo, idade), seguindo-se uma segunda parte com questões sobre as perceções dos jovens sobre: (1) a cidade de Beja amiga dos idosos, (2) o seu próprio envelhecimento e velhice, e (3) as aprendizagens na realização de parte da Guia Global: Cidades Amigas das Pessoas Idosas.

Checklist cidades amigas dos idosos

Considerando o ponto de partida do estudo, foi levado a efeito a observação da cidade de Beja partindo das quatro esferas da “Guia Global das Cidades Amigas dos Idosos”: espaços exteriores e edifícios; transportes; habitação; e apoio comunitário e serviços de saúde. Foi utilizada uma Checklist para avaliar as seguintes dimensões: (1) Checklist dos espaços abertos e prédios amigáveis aos idosos observando: ambiente, espaços verdes e calçadas, bancos públicos, calçamento, ruas, tráfego, ciclovias, segurança, serviços, prédios, banheiros públicos; (2) Checklist para características de transporte amigáveis ao idoso analisando: baixo custo, confiabilidade e frequência, destinos, veículos amigáveis aos idosos, serviços especializados, prioridade para sentar, motoristas, segurança e conforto, pontos e paradas, informação, transporte comunitário, táxis, ruas, competência para dirigir, estacionamento; (3) Checklist de moradias amigáveis ao idoso: custo acessível, serviços essenciais, planejamento, modificações, manutenção, envelhecer em casa, integração comunitária, opções de moradia, ambiente da casa, e (4) Checklist de serviços comunitários e de saúde amigáveis ao idoso, acessibilidade aos serviços, oferta de serviços, apoio de voluntários, planejamento e assistência em emergências.

Procedimento

Através do método de amostragem por conveniência, contactaram-se 10 participantes, jovens estudantes do ensino superior do 1º ano do Curso Técnico Superior em Psicogerontologia do Instituto Politécnico de Beja. Foi solicitada autorização explicando-se os objetivos do estudo. Os participantes foram informados que a sua participação era voluntária e que o anonimato seria garantido. A colheita dos dados foi realizada em Abril de 2022.

RESULTADOS

A recolha de dados foi possibilitada pela aplicação do *Questionário de Perspetivas sobre o Envelhecimento dos Jovens e Cidades Amigas das Pessoas Mais Velhas* evidenciou-se que: *Na dimensão 1: cidade facilitadora do “ageing in place”* – Os participantes consideraram maioritariamente que a Cidade de Beja é facilitadora do ageing in place, em alguns aspetos como os acessos a os prédios públicos está a melhorar muito e a dar “ouvidos aos idosos”. (P2). “Permitindo que possam viver a sua vida com alegria”. (P5) (Tabela 1).

Tabela 1

Dimensão 1 – Idade facilitadora do “ageing in place” – Testemunhos dos participantes (P)

P	Questão 1: A cidade de Beja facilita o “ageing in place”? Testemunhos dos Participantes
1	Sim, reúne condições para que os idosos possam envelhecer na comunidade.
2	Tem algumas coisas boas e más, acho que a cidade em alguns aspetos está a melhorar muito e dar ouvidos aos idosos.
3	não, isto porque as pessoas não são respeitosas umas com as outras, as calçadas em Beja não ajudam à autonomia do idoso.
4	Não e sim, na rodoviária as casas de banho estavam sujas e escorregadias, mas, sim tinham rampas, e horários dos transportes visíveis.
5	sim, a cidade é facilitadora do ageing in place, a cidade ajuda a que os idosos possam viver a sua vida com alegria.
6	Não, a cidade de Beja não é facilitadora pois tem uma calçada muito má, os prédios estão degradados, a cidade não está devidamente preparada para os idosos.
7	Em alguns aspetos sim, outros não, aspetos positivos são as boas infraestruturas para um envelhecimento bem sucedido, no entanto é muito dispendioso.
8	Beja é uma cidade que facilita a vida dos idosos.
9	Sim, acho que Beja facilita muito o envelhecimento da comunidade.
10	A cidade de Beja não é muito facilitadora do envelhecer na comunidade.

Na dimensão 2: perspectiva futura do envelhecimento – Os participantes consideram a situação atual dos idosos é melhor que tempos atrás, por tanto, a visão do seu futuro é mais otimista. Na visão de: “a sociedade está a evoluir” (P2). “acredito que será bem melhor que atualmente” (P7). “o nosso próprio envelhecimento vai ser mais evoluído” (P10). Embora reconhecem a importância de algumas questões a melhorar na cidade. Consideram que o seu envelhecimento está relacionado com aspetos positivos, como a presença no futuro de mais ajudas tecnológicas para apoiar a sua velhice (P8, P9, P10). E a importância de manter a autonomia. Consideram que ajuda, quando chegarem a velhos, chega em primeiro lugar da “família” (P4 e P5) (Tabela 2).

Tabela 2

Dimensão 2 – Perspetiva futura do envelhecimento – Testemunhos dos participantes (P)

P	Questão 2: Como imagina seu próprio envelhecimento? Testemunhos dos Participantes
1	A minha velhice vai ser uma velhice autónoma e feliz.
2	Como a sociedade está a evoluir e a tecnologia, acho que vai ser boa, até mesmo saúde já está melhor que antigamente.
3	Se as condições da cidade continuarem assim, será difícil ter um bom envelhecimento e uma boa autonomia.
4	Vai ser razoável, pois há sempre alguém a nos ajudar, sejam amigos ou família.
5	O meu envelhecimento pode ser bom, pretendo estar rodeado com a minha família, filhos e possíveis netos
6	Se a cidade não vai ser melhorada, o nosso envelhecimento será muito pior.
7	Bem sucedido, pois a cidade tem muito para melhorar, no entanto, acredito que será bem melhor que atualmente
8	Quando eu for idosa já existirão mais ajudas, mesmo em termos tecnológicos.
9	O meu envelhecimento vai ser moderno, com mais tecnologias, com mais mentalidade aberta, mais saudável.
10	O nosso próprio envelhecimento vai ser mais evoluído e vão existir melhores meios para nos receber.

Na dimensão 3: aprendizagens realizadas a traves da observação da cidade de Beja como amiga das pessoas idosas – Os participantes consideram importante ter a noção da cidade desde a perspectiva dos mais velhos. Como “uma nova experiência” (P1). “Outra perceção de como é a cidade na visão dos idosos” (P2 P8 P9). “Coisas que não sabia” (P2). A “importância da própria cidade para os idosos” (P5, P7) (Tabela 3).

Tabela 3

Dimensão 3 – Aprendizagens realizadas a traves da observação da cidade de Beja como amiga das pessoas idosas

P Questão 3: Qual foi a sua percepção a realizar ao completar o Checklist Beja Cidade amiga dos Idosos? Testemunhos dos Participantes

- 1 Fiquei bastante surpreendida com o que vi, apesar da cidade ser envelhecida
 - 2 Achei interessante uma nova experiência e fiquei com mais noção da cidade, e que há pequenas coisas que fazem a diferença e gostei muito
 - 3 Foi muito impactante para termos outra percepção de como é a cidade
 - 4 Gostei muito, vi muitas coisas na cidade e soube de coisas que não sabia, tonou-se criativo e produtivo
 - 5 Interessante, consegui perceber a grande importância que devemos dar a própria cidade. Consegui entender que devemos de nos importar com os idosos que nos rodeiam
 - 6 Foi bom para conhecer mais a cidade e como tem desvantagens para os idosos
 - 7 Foi bom na medida que ficamos a perceber e ter uma noção melhor do que a cidade de Beja tem para oferecer aos idosos
 - 8 O trabalho foi interessante e penso que deu para ter uma noção de como a cidade de Beja facilita ou não a vida dos idosos
 - 9 Foi interessante para conhecer melhor a cidade na visão dos idosos
 - 10 Foi interessante, deu para presenciar como é a cidade e como esta preparada para os idosos
-

DISCUSSÃO

Os estudantes de psicogerontologia são otimistas em relação à velhice e à importância da cidade como facilitadora da mesma. Referem-se à sua própria velhice como pessoas de pensamento liberal. Observam-se aspetos menos estereotipados negativamente, como a dependência, devido à inclusão na sua cidade e na sua comunidade. Os resultados deste estudo evidenciam que é possível que os jovens, com formação em áreas da gerontologia, imaginem o seu envelhecimento como uma etapa de possibilidades e oportunidades de crescimento. O que pode levar a uma mudança nos estereótipos atuais em relação à velhice. Verificaram-se os efeitos positivos da formação em psicogerontologia, como ferramenta para educar em conhecimentos, competências e atitudes positivas perante a velhice e, neste caso, especificamente, sobre a sua própria velhice. Ressaltamos a importância das intervenções educativas com uma componente prática para o desenvolvimento de uma literacia gerontológica. Por outro lado, o trabalho de observação da cidade na visão dos mais velhos aproxima os alunos da realidade da velhice, a possibilitando a compreensão da realidade do

contexto de envelhecimento e a promoção das interações entre gerações. Consideramos importante salientar o papel fundamental que a formação em gerontologia tem na modificação da imagem negativa que muitos jovens têm dos idosos. Tal facto pode levar a uma mudança de atitudes que viabiliza tornar o conhecimento sobre o envelhecimento em algo positivo, observando sem rejeição esta etapa de vida.

Face às evidencias consideramos que uma cidade amiga das pessoas mais velhas precisa de ter também em consideração a interações entre gerações e a literacia do envelhecimento com saúde e bem-estar, capacitando e dando voz activa às pessoas idosas e indo ao encontro das suas necessidades e autonomia. As cidades são locais onde vivem as pessoas mais velhas, vivem o seu processo de envelhecimento. Por tanto, as cidades têm de estar preparadas para acolher seus idosos, utilizando um planeamento que vise a promoção do envelhecimento em casa e na comunidade com saúde e bem-estar. Consideramos importante continuar investigando sobre este tema.

REFERÊNCIAS

- Baltes, M., & Carstensen, L. (1996). The process of successful Ageing. *Ageing and Society*, 16(4), 397-422. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00003603>
- Fonseca, A. M. (2020). Aging in place, envelhecimento em casa e na comunidade em Portugal. *Ciências e Políticas Públicas*, 6(2), 21-39.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Active ageing. A policy framework*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- World Health Organization [WHO]. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43755>
- World Health Organization [WHO]. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
- Rowe, J., & Kahn, R. (1987) Human aging: Usual and successful. *Science*, 237(4.811), 143-149.

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

FAMÍLIAS E DISTANCIAMENTO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA COVID-19: CONFLITO, COESÃO E *DISTRESS* FAMILIAR

Silvana Spínola¹ (✉ silvana_spinola2@hotmail.com), Ana Isabel Cunha², & Luciana Sotero³

¹ Universidade da Beira Interior, Portugal

² CIDESD, Universidade da Beira Interior, Portugal

³ Universidade de Coimbra, Portugal

Em todo o mundo, uma das medidas mais adotadas para conter a pandemia COVID-19 foi a prática de distanciamento social. Num contexto de ameaça à saúde física, o distanciamento social configurou um ambiente doméstico diferente de tudo aquilo a que as famílias já tinham assistido (Behar-Zusman et al., 2020). O distanciamento social pode ser definido como o ato de manter uma distância mínima entre as pessoas, ou como uma forma de diminuir as interações para a prevenção da propagação de doenças entre grupos de pessoas (Nanotkar et al., 2020). De uma maneira geral, esta medida acarretou consequências na vida das pessoas e exigiu um maior isolamento e permanência das mesmas dentro de casa (Nanotkar et al., 2020). Foi notório o impacto que teve no funcionamento social, prevendo-se diversos impactos económicos e sociais colaterais (e.g., desemprego, diminuição de rendimentos, solidão), para além de consequências na saúde mental (Weems et al., 2020). Paralelamente, exigiu também grandes alterações a nível pessoal, decorrentes nomeadamente do encerramento de muitos contextos de participação social e do evitamento de convívios com amigos e familiares (Ammar et al., 2020).

De acordo com as teorias do stresse familiar (e.g., Modelo do Ajustamento e Resposta Adaptativa Familiar – FAAR; McCubbin & Patterson, 1983; Patterson, 1988), as famílias são confrontadas, ao longo do seu ciclo de vida, com várias exigências associadas à presença de tensões e a stressores

normativos e não normativos. A pandemia pode ser considerada um stressor não normativo e extrafamiliar que afetou todos os membros da família e envolveu alterações inesperadas no funcionamento do sistema familiar (Ellul et al., 2020). O stress provocado pela pandemia não resultou apenas da presença de exigências associadas à mesma, mas sim da percepção de um desequilíbrio no sistema familiar entre exigências e capacidades (Wu & Xu, 2020). O conceito de *distress* familiar reporta-se assim à má adaptação que as famílias podem experienciar aquando de um momento de stress no sistema familiar (Fonseca et al., 2018).

Com o distanciamento social, os elementos da família passaram a estar mais tempo juntos num mesmo espaço, ao mesmo tempo que experienciam um momento de vida altamente stressante (Behar-Zusman et al., 2020; Rudolph & Zacher, 2021). Num estudo realizado em Portugal, em que se procurou avaliar o impacto psicossocial do confinamento social, Patrão et al. (2020) verificaram que 57% dos participantes sentiu a sua rotina perturbada e que, de entre os participantes que não residiam sozinhos, 22,2% sentiram que tiveram mais conflitos familiares. Não obstante, o facto de as famílias passarem mais tempo juntas também pode propiciar oportunidades para um aumento da coesão entre os seus membros, dado que se confrontam com adversidades em conjunto (Behar-Zusman et al., 2020). Assim, a coesão familiar pode ser vista como um fator de proteção que poderá reduzir as consequências negativas da situação adversa (Hobfoll & Spielberger, 1992), incluindo as consequências psicológicas dos stressores (Gard et al., 2020). Zeng et al. (2021) analisaram a relação entre a percepção do funcionamento familiar e a saúde mental de estudantes universitários chineses, verificando que uma maior coesão familiar se associou a um menor stress nos participantes.

O objetivo deste estudo foi analisar o impacto do distanciamento social na percepção de conflito e de coesão familiar e sua relação com *distress* familiar e variáveis associadas à pandemia. Mais especificamente, pretendeu-se: avaliar as áreas de conflito e coesão familiar associadas ao distanciamento social; comparar as áreas de conflito e coesão familiar entre participantes com menor e maior *distress* familiar; e analisar a relação entre conflito, coesão familiar, *distress* familiar, percepção de efeitos adversos individuais e familiares e alteração das relações familiares.

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 205 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e 76 anos ($M=32.87$, $DP=11.82$), sendo as faixas etárias mais prevalentes entre os 18 e os 28 anos (51.8%). A maioria é do sexo feminino (65.4%), 65.4% são solteiros e 30.2% casados/em união de facto. A maioria tem nacionalidade portuguesa (97.6%), e embora todos residam em Portugal, a maior parte é residente na Ilha da Madeira (70.2%). A Licenciatura/Bacharelato é o grau académico mais frequente (42.0%), seguido do 12º ano (35.1%), e a maioria estava profissionalmente ativo (67.8%). Em relação à exposição à COVID-19, verificou-se que à data do preenchimento do protocolo, a grande maioria nunca tinha testado positivo (97.1%). Durante a pandemia, 45.4% dos participantes reportaram que o próprio ou algum elemento do agregado familiar trabalha num ambiente considerado de alto risco para o contágio da doença.

Material

Dados sociodemográficos e exposição familiar à COVID-19: Foram adaptadas questões do questionário suplementar sobre a exposição familiar à COVID-19 da versão portuguesa do COVID-19 *Family Environment Scale* (CHES; Behar-Zusman et al., 2020).

Conflito e coesão familiar durante o distanciamento social: Avaliados através da versão portuguesa da COVID-19 *Family Environment Scale* (CHES; Behar-Zusman et al., 2020), composta por 30 itens, divididos em duas subescalas (conflito familiar e coesão familiar), com 15 itens cada, respondidos numa escala tipo *Likert* 5 pontos. Pontuações mais elevadas em cada subescala indicam a perceção de maior conflito ou coesão, comparativamente ao período antes da pandemia COVID-19. Na versão original, o coeficiente de alfa de *Cronbach* foi de .81 para a escala completa. Atendendo a que, neste estudo, se observou um elevado número respostas cotadas como valores omissos, invalidando em muitos casos o cálculo do valor total da escala, optou-se por utilizar os totais das suas subescalas separadamente, sendo o coeficiente alfa de *Cronbach* de .95 e .96 respetivamente para as dimensões conflito e coesão.

Distress familiar: Avaliado através do *Family Distress Index* (FDI; McCubbin et al., 1993; versão portuguesa de Fonseca et al., 2018), composto por 8 itens, cotados numa escala tipo *Likert* 4 pontos, que mede o grau em que a família enfrenta dificuldades específicas nos últimos 12 meses. Pontuações mais elevadas indicam um maior *distress* sentido pela família. Na versão portuguesa o coeficiente alfa de *Cronbach* foi de .84, inferior ao encontrado neste estudo (.90). Foram criados dois grupos (<*distress* e >*distress*), com base no ponto de corte da escala (12 pontos).

Efeitos adversos da pandemia (individual e familiar): Avaliados através de duas questões (“Considerando os efeitos adversos que a pandemia COVID-19 teve, ou está a ter, para si pessoalmente/ na sua família, qual considera ser o nível de intensidade desses efeitos?”) cotadas através de uma escala de *Likert* de 10 pontos. Pontuações mais elevadas traduzem a percepção de maior intensidade do efeito adverso.

Alteração das relações familiares: Avaliada com base no item (“Depois do aparecimento da pandemia COVID-19 sente que as relações na família ficaram”), com uma escala de resposta que varia entre 1 (*mais distantes*) a 3 (*ficaram mais fortes*).

Procedimentos

A recolha de dados ocorreu online, através da plataforma *Microsoft Forms* de *Office 365*, entre novembro de 2020 e janeiro de 2021. O questionário foi divulgado em redes sociais, via e-mail e contactos pessoais. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, caráter voluntário, anonimato e confidencialidade dos dados, tendo dado o consentimento informado antes de iniciarem o preenchimento do protocolo.

RESULTADOS

Comparativamente ao período antes da pandemia, verificou-se que as áreas onde houve uma maior frequência de conflitos referem-se a decisões sobre quem pode ser recebido em casa (51.4%) e sobre saídas rápidas (49.2%) e as áreas onde houve uma maior diminuição disseram respeito ao uso de

álcool, tabaco e drogas (18.7%) e as decisões sobre quem pode ser recebido em casa (16.0%) (Figura 1). Verificou-se que a área onde houve um maior aumento de coesão refere-se a ajudar o outro (tecnologias/saúde) (47.7%), enquanto as áreas onde houve uma diminuição apontam para as áreas de demonstrar afeto (17.6%) e saída de casa juntos (16.9%) (Figura 2).

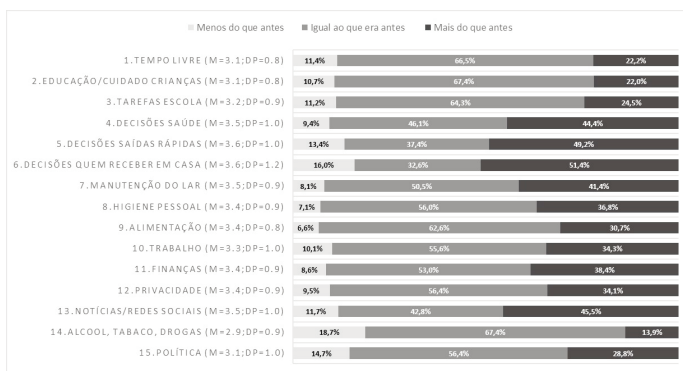


Figura 1. Frequências e médias dos itens da subescala Conflito

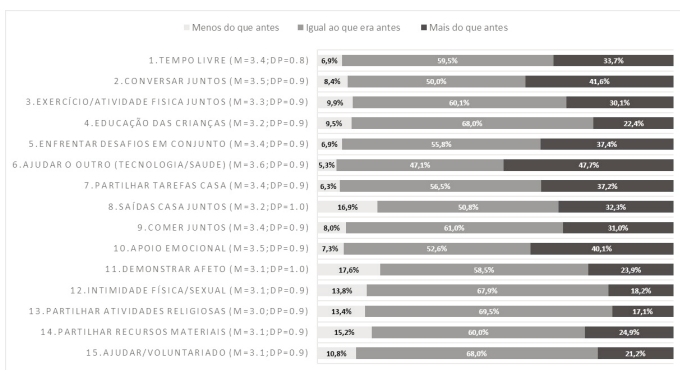


Figura 2. Frequências e médias dos itens da subescala Coesão

O grupo com maior *distress* familiar apresentou pontuações médias significativamente mais elevadas nos itens respeitantes aos conflito sobre educação das crianças ($M=3.33$, $DP=0.97$), $t(139)=2.50$, $p=.014$); decisões sobre saídas rápidas ($M=3.75$, $DP=0.97$), $t(185)=-2.03$, $p=.044$); manutenção do lar ($M=3.67$, $DP=0.88$), $t(184)=-2.85$, $p=.005$; privacidade ($M=3.57$, $DP=1.02$), $t(177)=-2.57$, $p=.011$; e uso do álcool, tabaco ou drogas

($M=3.03$, $DP=0.86$), $t(142)=-2.12$, $p=.036$, quando comparados com os participantes com menor *distress* familiar. Não foram encontradas diferenças significativas para os restantes itens.

O grupo com menor *distress* familiar apresenta pontuações médias significativamente mais elevadas nos itens da coesão relativos ao tempo livre ($M=3.48$, $DP=0.79$), $t(188)=2.02$, $p=.045$; enfrentar desafios juntos ($M=3.54$, $DP=0.79$, $t(188)=2.07$, $p=.040$; intimidade sexual ($M=3.21$, $DP=0.76$, $t(157)=2.35$, $p=.020$); e partilhar atividades religiosas ($M=3.21$, $DP=0.81$), $t(162)=2.68$, $p=.008$, quando comparados com os participantes com maior *distress* familiar. Não foram encontradas diferenças significativas para os restantes itens.

O *distress* familiar revelou-se significativa e negativamente associado com a coesão e alteração das relações familiares e positivamente com os efeitos adversos individuais e familiares. O conflito familiar demonstrou estar associado de forma positiva e significativamente aos efeitos adversos familiares (Tabela 1).

Tabela 1

Correlações entre conflito, coesão, distress familiar, efeitos adversos individuais e familiares e alteração das relações familiares

Variáveis	1	2	3
1. Conflito total	–	–	–
2. Coesão total	–	–	–
3. FDI	.104	-.198*	–
4. Efeitos adversos individuais	.174	.145	.273**
5. Efeitos adversos familiares	.197*	.188*	.242**
6. Alteração das relações	.063	.264**	-.258**

Nota. * $p<0.0$; ** $p<0.01$

DISCUSSÃO

Os resultados apontam para uma tendência geral nos participantes para percecionarem a ausência de alterações no funcionamento familiar, comparativamente a antes da pandemia.

No entanto, existiram áreas que se destacaram pela percentagem de participantes que considerou existir alterações. Verificou-se uma maior representação de respostas que apontam para o aumento de conflitos nas decisões sobre quem pode ser recebido em casa, o que pode advir de diferentes opiniões partilhadas pela família quanto à importância de se proteger da COVID-19, o que antes da pandemia não seria um tema crítico na vida familiar. O aumento dos conflitos relativos a decisões sobre saídas rápidas pode relacionar-se com as restrições em vigor no momento (e.g., o uso obrigatório de proteção individual, diminuição do contacto físico entre as pessoas) e das medidas que exigiram que as pessoas permanecessem mais tempo em casa, limitando assim as saídas apenas ao essencial (Salama, 2020). Por outro lado, uma outra área de diminuição do conflito foi o uso de álcool, tabaco e drogas, não obstante para a maioria dos participantes não tenha havido alterações a este nível. Pese embora a perceção de conflito sobre esta questão não traduza necessariamente um maior ou menor consumo destas substâncias, há estudos que sugerem que o isolamento exigido pela pandemia levou a um aumento do consumo de álcool em ambiente familiar e também ao uso de substâncias como forma de enfrentar as circunstâncias negativas da pandemia (Bourion-Bédès et al., 2021).

Relativamente à coesão familiar, destaca-se a ajuda ao outro (e.g., auxílio na utilização de tecnologias) como o domínio onde houve aumento de união na família. De acordo com Mumbardó-Adam et al. (2021), os pais adotaram novas estratégias para uma melhor gestão do confinamento, aumentando o auxílio na educação das crianças nas novas tecnologias. Quanto à diminuição da coesão familiar, é de referir a demonstração de afeto (e.g., abraços e beijos). Convém notar que, no nosso estudo, uma percentagem razoável de participantes refere trabalhar num ambiente de risco para a COVID-19, o que, de alguma forma, pode ajudar a entender este resultado. Num estudo especificamente focado em profissionais de saúde, Rodriguez et al. (2020) reportaram, também, alterações de comportamento face a familiares e amigos, especialmente um decréscimo dos sinais de afeto.

Os nossos resultados apontam para a existência de diferenças entre participantes com menor e maior *distress* familiar, relativamente à perceção de alterações no funcionamento familiar. Os que percecionam mais dificuldades familiares revelam pontuações mais elevadas na perceção de conflito sobre a educação das crianças, o que vai ao encontro de Parisi et al.

(2021) que sugerem que uma das principais causas dos conflitos familiares na pandemia se relacionou os trabalhos escolares. Revelaram também maior conflito quanto ao uso do álcool, tabaco ou drogas, em questões relacionadas com privacidade e espaço pessoal, também apontada por Pairisi et al. (2021) como motivo de conflitos nas famílias durante a pandemia, e relativamente à manutenção do lar. Estudos apontam para a realização das tarefas domésticas como uma das principais causas dos conflitos familiares durante a pandemia (Parisi et al., 2021). No que diz respeito à coesão familiar, os participantes com menor *distress* familiar apresentaram pontuações mais elevadas em diferentes áreas, nomeadamente o passar do tempo livre (e.g., ver televisão, brincar, fazer exercício). Indo ao encontro do estudo de Lehmler et al. (2020), estes participantes revelaram ainda, a perceção de maior coesão ao nível da intimidade física (e.g., relação sexual).

O presente estudo possui algumas limitações. Algumas características da amostra (e.g., tamanho e composição) limita a representatividade dos resultados. Também a opção de utilização separada das duas subescalas do *CHES* não permitiu o cálculo da pontuação global do funcionamento familiar. Refira-se que este foi um instrumento criado no âmbito da pandemia, sendo por isso recente, constituindo este estudo um contributo na sua utilização exploratória em Portugal. Em estudos futuros, seria importante continuar a avaliar o impacto do distanciamento social no funcionamento das famílias, contribuindo não só para um maior conhecimento, mas também para o a adoção de estratégias com fim de promover a coesão e diminuir o conflito e *distress* nas famílias, no âmbito de futuras pandemias e/ou crises.

REFERÊNCIAS

- Ammar, A., Chtourou, H., Boukhris, O., Trabelsi, K., Masmoudi, L., Brach, M., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Müller, P., Mueller, N., Hsouna, H., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L., Braakman-Jansen, L., Wrede, C., Bastoni, S., . . . Hökelmann, A. (2020). COVID-19 Home confinement negatively impacts social participation and life satisfaction: A worldwide multicenter study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176237>

- Behar-Zusman, V., Chavez, J. V., & Gattamorta, K. (2020). Developing a measure of the impact of COVID-19 social distancing on household conflict and cohesion. *Family Process, 59*(3), 1045-1059. <https://doi.org/10.1111/famp.12579>
- Bourion-Bédès, S., Tarquinio, C., Batt, M., Tarquinio, P., Lobreuilly, R., Sorsana, C., Legrand, K., Rousseau, H., & Baumann, C. (2021). Stress and associated factors among French university students under the COVID-19 lockdown: The results of the PIMS-CoV-19 study. *Journal of Affective Disorders, 283*, 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.041>
- Ellul, A., Erel, I., & Rajan, U. (2020). The COVID-19 pandemic crisis and corporate finance. *Review of Corporate Finance Studies, 9* (3), 1-9. <https://doi.org/10.1093/rcfs/cfaa016>
- Fonseca, G., McCubbin, L. D., Crespo, C., Areia, N., & Relvas, A. P. (2018). Psychometric study of the portuguese version of the Family Distress Index (FDI). *Families, Systems, & Health, 36*(2), 159-168. <https://doi.org/10.1037/fsh0000342>
- Gard, A. M., McLoyd, V. C., Mitchell, C., & Hyde, L. W. (2020). Evaluation of a longitudinal family stress model in a population-based cohort. *Social Development, 1*-21. <https://doi.org/10.1111/sode.12446>
- Hobfoll, S. E., & Spielberger, C. D. (1992). Family stress: Integrating theory and measurement. *Journal of Family Psychology, 6*(2), 99-112. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.6.2.99>
- Lehmiller, J. J., Garcia, J. R., Gesselman, A. N., & Mark, K. P. (2020). Less sex, but more sexual diversity: Changes in sexual behavior during the COVID-19 Coronavirus Pandemic. *Leisure Sciences, 43*, 295-304. <https://doi.org/10.1080/01490400.2020.1774016>
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process. *Marriage & Family Review, 6*(1-2), 7-37. https://doi.org/10.1300/j002v06n01_02
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1993). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. In H. I. McCubbin, A. E. Cauble, & J. M. Patterson (Eds.), *Family stress, coping, and social support* (pp. 169-188). Springfield, IL: Haworth Press.
- Mumbardó-Adam, C., Barnet-López, S., & Balboni, G. (2021). How have youth with Autism Spectrum Disorder managed quarantine derived from COVID-19 pandemic? An approach to family perspectives. *Research in Developmental Disabilities, 110*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103860>
- Nanotkar, L., Dhanvij, S., & Joshi, A. (2020). COVID-19 and importance of social distancing. *Journal of Critical Reviews, 7*(8). <https://doi.org/10.31838/jcr.07.08.232>
- Patrão, I., Araújo, A., Romano, A., Enes-Pinheiro, B., Figueiredo, C., Lobo, G., Cardia-Pereira, I., Sena, J., Pestana, P., Cabral, S. P., Pereira, T., & Pimenta, F. (2020). Impacto psicossocial do vírus covid-19: Emoções, preocupações e necessidades numa amostra portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças, 21*(3), 541-557. <https://doi.org/10.15309/20psd210301>

- Patterson, J. M. (1988). Families experiencing stress: I. The family adjustment and adaptation response model: II. Applying the FAAR model to health-related issues for intervention and research. *Family Systems Medicine*, 6(2), 202-237. <https://doi.org/10.1037/h0089739>
- Parisi, R., Lagomarsino, F., Rania, N., & Coppola, I. (2021). Women face to fear and safety devices during the COVID-19 Pandemic in Italy: Impact of physical distancing on individual responsibility, intimate, and social relationship, *Frontiers in Public Health*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.622155>
- Rodriguez, R. M., Medak, A. J., Baumann, B. M., Lim, S., Chinnock, B., Frazier, R., & Cooper, R. J. (2020). Academic emergency medicine physicians anxiety levels, stressors, and potential stress mitigation measures during the acceleration phase of the COVID-19 Pandemic, *Academic Emergency Medicine*, 27(8), 700-706.
- Rudolph, C. W., & Zacher, H. (2021). Family demands and satisfaction with family life during the COVID-19 pandemic. *Couple and Family Psychology*, 249-259. <https://doi.org/10.1037/cfp0000170>
- Salama, A. M. (2020). Coronavirus questions that will not go away: Interrogation urban and socio-spatial implications of COVID-19 measures. *Emerald Open Research*, 1-16.
- Weems, C. F., McCurdy, B., Carrion, V., & Scozzafava, M. D. (2020). Increased risk of suicide due to economic and social impacts of social distancing measures to address the COVID-19 pandemic: A forecast. *Predicting Suicide*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.21601.45926>
- Wu, Qi., & Xu, Y. (2020). Parenting stress and risk of child maltreatment during the COVID-19 pandemic: A family stress theory-informed perspective. *Developmental Child Welfare*, 1-17.
- Zeng, Y., Ye, B., Zhang, Y., & Yang, Q. (2021). Family cohesion and stress consequences among Chinese college students during COVID-19 pandemic: A moderated mediation model. *Frontiers in Public Health*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.7038>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

ORGANIZAÇÃO E DINAMIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA NUMA CLÍNICA MÉDICA DEDICADA A PATOLOGIAS DA COLUNA – *A EXPERIENCE REPORT*

Sofia Medeiros¹ (✉ sofiamedeiros.psi@gmail.com)

¹ Clínica Praxis, Portugal

A psicologia clínica sempre esteve ligada à psiquiatria pela relação clara entre as duas áreas. No entanto, devido à insatisfação dos limites impostos na atuação da psicologia surgiu o conceito de “psicologia médica”, procurando definir as funções da psicologia no contexto de outras condições médicas além da psiquiatria (Rachman, 1977). A integração da psicologia e dos psicólogos na medicina permite expandir a conceção que o paciente tem daquilo que irá receber da consulta médica, melhorando a qualidade dos cuidados de saúde recebidos (Rachman, 1977).

Estima-se que cerca de dois terços dos pacientes acompanhados pelos médicos (de forma geral) têm dificuldades psicológicas primárias; e aqueles com diagnósticos médicos bem estabelecidos, entre 25% a 50%, têm patologias psicológicas específicas adicionalmente à questão física (Asaad, 2000). A maioria destas questões psicológicas não são nem diagnosticadas nem referenciadas para tratamento (Mostofsky & Barlow, 2000). Assim, faria sentido a existência de psicólogos no contexto médico para avaliação primária, referência por parte dos médicos aquando de sintomatologia psicopatológica, e apoio da equipa médica na discussão de resultados de exames físicos com o paciente e/ou família (Mostofsky & Barlow, 2000).

À medida que as perspetivas multidisciplinares são integradas no tratamento de problemas de saúde, surgem novas oportunidades para os psicólogos clínicos (Van Liew, 2012) principalmente pelo foco da medicina contemporânea nos determinantes psicológicos e sequelas da doença identificada (Brown et al., 2002). Para muitas doenças existem intervenções fundamentadas na teoria psicológica que podem ser utilizadas na prevenção, manu-

tenção e melhoria de sintomas ou sequelas da patologia física (Brown et al., 2002).

No sentido de dar resposta a estas necessidades do contexto médico, o referencial teórico da terapia cognitiva comportamental (TCC) parece ser o que melhor corresponde ao oferecer técnicas a curto-prazo, orientadas para objetivos, dando maior importância aos padrões de pensamento e comportamento no momento presente (Bennett & Nelson, 2006). Este modelo defende que os aspetos afetivos, comportamentais, cognitivos e sensoriais ou físicos, são importantes na compreensão da experiência dos sintomas do paciente, e enfatiza a influência das crenças do indivíduo na experiência da dor (Bennett & Nelson, 2006).

Além disso, este modelo é consistente com o modelo médico, tornando-se assim complementar ao procurar a redução de sintomas, melhoria da funcionalidade, e remissão da doença (Hofmann et al., 2012). A psicologia da saúde procura compreender as influências psicológicas na forma da pessoa ficar ou se manter saudável, o porquê da pessoa ficar doente e a forma como responde quando realmente fica doente (Taylor, 2018). Por exemplo, sabemos que a experiência de dor é uma das principais razões pelas quais uma pessoa procura aconselhamento médico, e agora compreende-se que a dor não é apenas consequência/sintoma de uma lesão ou doença física mas que também envolve diversos fatores psicológicos (Rachman, 1977). Mesmo quando existe uma patologia/base orgânica para a dor, os fatores psicológicos continuam a afetar a qualidade, intensidade e duração da experiência (Rachman, 1977). Este exemplo permite justificar de forma simples a integração da psicologia nos contextos da saúde física.

Em Portugal, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) pela lei 57/2008 de 4 de setembro, bem como a elaboração e aprovação do Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses em 25 de março de 2011, clarifica os deveres e direitos, bem como a conduta que é esperada pela comunidade dos pares, no sentido da prestação de serviços da mais elevada qualidade no respeito integral pelos cidadãos utilizadores desses serviços (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015), em todos os contextos.

Uma intervenção psicológica, em especial na área de acompanhamento médico, tem como foco a promoção de hábitos de vida saudáveis, adesão à terapêutica farmacológica e não-farmacológica, diminuição de

sintomatologia psicopatológica, e consultas de psicoterapia, enquanto processo de otimização do potencial de bem-estar social, físico e mental (Taylor, 2018). Assim, estas atividades estruturaram-se em 3 tipos de consultas: avaliação, pré-cirurgia e acompanhamento.

O desenvolvimento do departamento de psicologia neste contexto específico torna-se, então, um campo de aplicação dos conhecimentos da psicologia enquanto ciência às questões relacionadas ao meio médico, proporcionando à equipa técnica e de saúde uma visão mais reflexiva e crítica a respeito desta atuação.

O objetivo central deste texto é discutir os aspetos teóricos e práticos que influenciaram o desenvolvimento deste departamento, com base na experiência da psicóloga responsável.

MÉTODO

Este trabalho fundamenta-se no relato e na reflexão da experiência desenvolvida no primeiro semestre do departamento de psicologia, no contexto clínico da saúde, numa instituição médica dedicada a patologias da coluna. Pretende-se como um estudo do tipo descritivo, com o objetivo de relatar principais características da população ou fenómeno, e procurar estabelecer relação entre as variáveis que surgem da experiência (Gil, 2002).

O relato de experiência é um estudo que procura descrever de modo preciso e detalhado uma experiência profissional de modo a que possa contribuir para discussões e ampliação do conhecimento a respeito dessa mesma temática/ contexto onde a experiência descrita decorreu (Daltro & De Faria, 2019).

Esta vivência decorreu ao longo de 6 meses, com uma carga horária diária de 8h práticas, sendo este período dividido em 3 etapas: observação (2 semanas); estruturação de objetivos e planeamento (2 semanas); desenvolvimento de atividades (5 meses).

Processo desenvolvido

O início do processo passou por diversas reuniões com a equipa técnica e de saúde, leitura de regulamentos, normas, missão e valores presentes na

instituição. A etapa de observação participante provou-se fundamental na compreensão das dinâmicas da própria clínica (Correia, 2009) de forma a preparar uma boa integração das atividades a sugerir. Esta fase foi conseguida através da participação nas primeiras consultas de avaliação física, consultas de reavaliação, consultas pós-cirurgia (pensos e revisão do quadro clínico), momento em bloco operatório e cirurgia.

No diagnóstico inicial observaram-se diversos aspetos a considerar: necessidade de estruturar a comunicação entre equipa médica e de saúde, e serviço de psicologia; estruturar a consulta de psicologia em 3 pontos: 1ª consulta, pré-cirurgia e acompanhamento; sensibilizar a restante equipa técnica sobre o papel da psicologia neste contexto específico. É importante que todos compreendam que a integração do serviço de psicologia na prática médica ajuda a restaurar uma parte do interesse humano que tem sido desvalorizado com o avanço tecnológico, além de identificar e tratar quadros de psicopatologia, apoiar o tratamento e controlo da dor, aumentar a adesão à terapêutica médica (Rachman, 1977).

Após a etapa de observação seguiu-se a etapa de objetivos e planeamento de atividades e estratégias para atingir as metas propostas e colmatar as necessidades identificadas. Elaborou-se um plano de atuação do departamento de psicologia, em conjunto com a restante equipa de saúde, de onde surgiram: regulamento da atividade psicológica no contexto clínico; instrução de trabalho. Estes documentos pretendiam agilizar a dinâmica de forma a apoiar o desenvolver da consulta psicológica em contexto médico, melhorando a comunicação entre os departamentos; dando resposta ao grande objetivo de a instituição “melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados aos pacientes”. A mente e o corpo, juntos, determinam a saúde e a doença, tal como é defendido pelo modelo biopsicossocial ao assumir que tanto a saúde como a doença são consequências da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (O’Keefe et al., 2011).

A comunicação entre os departamentos de saúde permite uma melhor definição de diagnóstico e características do caso clínico, definição de metas e objetivos de tratamento para cada caso, possibilitando um cuidado holístico a cada paciente. Definiram-se como pontos de partida:

- A avaliação psicológica inicial realiza-se na 1ª consulta do paciente, antes da consulta médica.

- O apoio em pré-cirurgia é realizado aquando do internamento do paciente, no dia anterior à intervenção; concretiza-se no quarto do paciente (sozinho ou com a companhia).
- O acompanhamento psicológico breve é realizado a pedido do paciente, consoante disponibilidade de horário.

Terminando a etapa de planeamento inicia-se a etapa de atuação, com o desenvolvimento das atividades, através da aplicação prática daquilo que é o conhecimento teórico da psicologia clínica e da saúde e o conhecimento adquirido com base na observação. O ganho de autonomia nesta fase foi essencial para o desenvolvimento do departamento e descrição das suas funções, permitindo sempre espaço para reajustes e adequação de pormenores. Esta flexibilidade na gestão das atividades psicológicas permitiu afinar detalhes de comunicação entre os profissionais de saúde, definindo o que são prioridades e o que deve ser informação partilhada, sem quebrar a confidencialidade psicólogo/médico-paciente. A OPP redigiu uma orientação específica neste sentido com o tema “comunicação interprofissional e partilha de informação” que permite estruturar a transmissão de informação dentro da equipa multidisciplinar, consoante os objetivos da instituição (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015).

O primeiro passo foi dado na integração da consulta de avaliação psicológica na 1ª consulta dos pacientes na clínica. A avaliação psicológica é crucial para a definição da profissão de um psicólogo; as competências de avaliação, teoria e instrumentos psicométricos, são fundamentais na investigação clínica, aplicação de resultados e evolução de programas de intervenção (Mostofsky & Barlow, 2000). Este momento de avaliação (breve) pretende-se como um momento de rastreio psicológico, sem definição de diagnóstico, mas com identificação de possível sintomatologia que possa afetar o quadro físico apresentado. Esta avaliação segue os princípios da teoria cognitiva comportamental, incluindo técnicas de entrevista, administração e interpretação de instrumentos psicométricos, observação naturalista e interpretação de comportamentos (Mostofsky & Barlow, 2000).

A 1ª consulta de avaliação, após adequação e refinação do processo com a equipa de saúde, segue os seguintes passos:

1. Apresentação do processo de avaliação na clínica
2. Avaliação dos pacientes
 - a. Anamnese e dados sociodemográficos
 - b. Avaliação psicométrica

3. Elaboração do parecer clínico
 - a. Relatórios clínicos para apoiar a tomada de decisão médica
 - b. Feedback ao paciente e psicoeducação sobre saúde (física e mental)

Um relatório psicológico, correto e eficaz, requer que o clínico clarifique e cristalice as suas interpretações ao agregar todos os dados recolhidos, combinando questões interprofissionais e interpessoais complexas, comunicando de forma clara o que são conclusões e recomendações (Mostofsky & Barlow, 2000). Da mesma forma, é essencial que seja transmitido ao paciente o resultado da sua avaliação através de uma linguagem fácil de compreender (Mostofsky & Barlow, 2000).

O segundo passo para melhor integração do serviço de psicologia no cuidado completo ao paciente desenvolveu-se com a consulta de pré cirurgia. O contexto cirúrgico pode ser entendido como um momento altamente stressante, possivelmente desencadeante de sintomas ansiosos. Compreende-se que informar de forma clara e explícita os pacientes sobre os procedimentos e sensações envolvidas nos tratamentos médicos incómodos, como é a cirurgia, melhora a adaptação do paciente à experiência (Taylor, 2018). Aqui, o objetivo desta consulta passa por:

1. Avaliar reatividade emocional intensa
 - a. Aplicar (se necessário) primeiros socorros em saúde mental
2. Permitir ventilação emocional
 - a. Gerir emoção negativa
 - b. Validação emocional
 - c. Exercícios de relaxamento
 - d. Desmistificar medos associados à cirurgia
 - e. Esclarecimento de dúvidas
3. Feedback ao paciente e orientação de autocuidados de saúde mental

O terceiro passo, e o mais difícil de integrar, é a consulta de acompanhamento psicológico adequado ao contexto da instituição. Pretendia-se conseguir definir as prioridades da intervenção psicológica na teoria cognitiva-comportamental, numa lógica breve e estruturada para a manutenção de comportamentos de saúde, diminuição de sintomatologia psicopatológica, gestão do quadro clínico identificado. A TCC é um dos principais tratamentos aplicados em conjunto com o tratamento médico, na reabilitação e intervenção para redução da dor, sofrimento e limitações de atividade (Ehde et al., 2014). Era importante para a instituição que não se perdesse o foco da saúde física, tratamento e recuperação de patologias de coluna, ao mesmo

tempo que não se deveria desvalorizar o impacto da saúde mental na adesão à terapêutica e motivação para a mudança comportamental pretendida. Assim, a ênfase da terapia encontra-se no “aqui e agora”, na resolução de problemas e na utilização da racionalização e ativação do comportamento – cada sessão tem um objetivo que é, normalmente, avaliado em follow-up com tarefas práticas (Leahy, 2008). Neste ponto, importa referir a importância da relação terapêutica estabelecida com o paciente, tanto no desenvolver da intervenção como na própria conceptualização do caso, sendo o paciente sempre um participante ativo e colaborante no processo (Hofmann et al., 2012; Leahy, 2008) A terapia cognitivo-comportamental procura regular a ativação do circuito neuronal envolvido nas respostas emocionais inapropriadas aos sintomas físicos e de dor, através de técnicas de reestruturação cognitiva e alteração de comportamentos consequentes (Keefe et al., 2005). Pretende-se aumentar o locus de controlo interno do paciente no que aos seus sintomas físicos e dor se refere, ao reduzir padrões de pensamento disfuncionais (Bennett & Nelsom, 2006). Assim a consulta de acompanhamento estrutura-se da seguinte forma (deixando sempre espaço para flexibilidade de estratégias a aplicar):

1. Estabelecimento da relação terapêutica
2. Esclarecer sobre processo de acompanhamento psicológico estruturado
 - a. Identificação de sintomatologia e reavaliação psicométrica (se necessário)
 - b. Definição de objetivos
3. Exercícios de estruturação
 - a. Exercícios de Auto Registo
 - i. Agenda de Atividades Semanais
 - ii. Registo de Pensamentos Automáticos/Disfuncionais
 - iii. Estruturação das mudanças para feedback por parte do paciente
 - b. Terapia Centrada nas Soluções
 - i. Resolução de Problemas
4. Registo de mudanças positivas
5. Revisão de objetivos

Uma outra questão, referida e discutida em contexto de reunião de equipa técnica e de saúde, prende-se com a necessidade de investigação e publicação nesta área da patologia da coluna, focando os aspetos físicos, cirúrgicos e mentais. Os psicólogos da saúde trazem contributos importantes para o estudo da saúde e da doença, ao providenciar teoria atualizada, técnicas e estratégias metodológicas (Taylor, 2018). O departamento de

psicologia, ao fim de alguns meses de exercício de funções, estruturou um documento evidenciando possíveis objetivos e metodologias de investigação – isolada e conjunta – a ser avaliada pela equipa de saúde. É importante contribuir para o desenvolvimento de teorias e investigação na interação entre as variáveis biológicas, psicológicas e sociais na saúde e doença (Taylor, 2018). A relação entre a psicologia e a medicina permite avançar com temas como, por exemplo: teoria da doença, conceptualização do comportamento doente, relação médico-paciente, teoria da dor e o seu alívio, comportamento e sentimentos do médico e equipa médica, expectativas, medos e satisfação do paciente (Rachman, 1977).

Os psicólogos nos sistemas de saúde impactam de forma visível a dinâmica multidisciplinar, através da investigação e prática clínica, dando uso aos seus conhecimentos profundos sobre comportamento humano, competências técnicas e orientação para a colaboração entre as mais diversas áreas (King, 2004).

Perceção da psicóloga

Quando foi iniciado o processo da integração do serviço de psicologia na clínica médica, já eram esperados alguns obstáculos e constrangimentos, principalmente no que toca à literacia sobre saúde mental nestas áreas. Existe ainda um estereótipo muito grande no que à saúde mental se refere, principalmente quando abordamos sintomatologias e não diagnósticos de doença mental grave. Neste contexto, existia uma grande abertura por parte da equipa técnica e de saúde para estabelecer o departamento de psicologia ainda que com variadas dúvidas sobre objetivos, eficácia e ganhos do serviço.

A proporção da responsabilidade adquirida foi superior ao esperado, sendo que a formação contínua, investigação e atualização constante dos conhecimentos se tornou um fator fulcral na gestão dos compromissos estabelecidos com a instituição, equipa e pacientes.

Esta experiência evidenciou de forma clara a importância das equipas multidisciplinares integradas em contextos de saúde, na definição e gestão de quadros clínicos, adesão e adequação do tratamento, motivação e manutenção do processo de recuperação.

Perceção partilhada da equipa multidisciplinar

No sentido de se compreender a forma como os diferentes membros da equipa multidisciplinar entendem o serviço de psicologia e a sua atuação, foi construído um questionário breve com 5 questões de avaliação em escala likert (de 1 a 5) e um espaço para observação/comentários (Imagem 1).

Feedback Psicologia Praxis					
Este questionário versa um conjunto de questões relativas ao modo como percebe o serviço de psicologia. Pretende-se apostar numa melhoria contínua das atividades prestadas. Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera. Este questionário é de natureza confidencial.					
1 discordo completamente; 2 discordo; 3 nem concordo nem discordo; 4 concordo; 5 concordo completamente					
Em que medida concorda com cada afirmação?					
Os objetivos do serviço de psicologia são claros	1	2	3	4	5
A comunicação do serviço de psicologia é fluida, correta e atempada					
O tratamento prestado às pessoas, pelo serviço de psicologia, é adequado às necessidades e situações em causa					
A relação do serviço de psicologia com a restante equipa é positiva e benéfica ao cliente					
É demonstrado empenho no processo de mudança					
Comentários/observações:					

Foram recolhidas 6 respostas entre médicos, enfermeiros, rececionistas, técnicos e recursos humanos. No geral o feedback mantém-se muito positivo, utilizou-se a médias das respostas por questão de forma a conseguir uma perceção conjunta.

É possível compreender através das respostas obtidas que todos os participantes estão satisfeitos com a clareza dos objetivos ($M=4.3$), sendo capazes de os compreender, sendo ainda possível melhorar este ponto. Outro aspeto que, ainda que visível para a equipa ($M=4.3$), poderia tornar-se mais claro prende-se com a adequação do tratamento a cada paciente, considerando as suas necessidades.

Um dos critérios mais reconhecido prende-se com a relação benéfica e positiva estabelecida com a equipa ($M=4.8$), seguindo-se de aspetos complementares como a comunicação clara do serviço ($M=4.6$) e o empenho no processo de mudança ($M=4.6$).

Através dos comentários entende-se a percepção positiva que a equipa tem da avaliação psicológica inicial para o desenvolver do restante processo clínico, compreendendo a necessidade de acompanhamento psicológico de alguns pacientes.

A percepção da equipa multidisciplinar vai ao encontro do que é a percepção da própria psicóloga ao entender os benefícios deste serviço para a qualidade dos cuidados de saúde disponibilizados aos pacientes, existindo ainda muito espaço para crescimento e melhorias no que à intervenção psicológica diz respeito.

DISCUSSÃO

Os cuidados de saúde estão a tornar-se cada vez mais diversos e complexos, pelo aumento de desafios sociais, demográficos e condições patológicas – esta premissa obriga a uma integração de prevenção, tratamento e cuidado que vai além da intervenção convencional (Wang, 2020).

Na condição de psicóloga, e após dinamização do serviço de psicologia, torna-se evidente a necessidade de uma compreensão real do que significa um departamento específico na área da saúde física. A importância de uma abordagem multidisciplinar na tomada de decisão e resolução de problemas nos cuidados de saúde tem sido largamente reconhecida (Wang, 2020).

Para a atuação do departamento houve uma preparação teórica aprofundada, complementada com a observação participante e o feedback da equipa técnica e de saúde. Esta conjugação de informação, e o aporte da experiência profissional da psicóloga, foram essenciais para que se realizasse uma intervenção de excelência.

As atividades concretizadas receberam um feedback positivo da parte da equipa e pacientes, percebendo-se um resultado satisfatório, em que todos os profissionais participaram através de interação direta, sem colocação de obstáculos às intervenções propostas (bem estruturadas e justificadas). Inicialmente identificaram-se algumas dificuldades, normais e expectáveis para a experiência que se seguiu, relativamente à estrutura organizacional: adequação do espaço e da comunicação entre a equipa; adaptação dos

timings e tempos de consulta. Após os ajustes necessários foi facilmente percebida a necessidade de uma atuação holística e de complementaridade. Os esforços de colaboração entre a medicina e a psicologia têm contribuído para a melhoria dos cuidados e resultados de saúde e redução da mortalidade (Brown et al., 2002).

Continua a ser necessário educar os membros da nossa profissão e outros profissionais colaboradores sobre os contributos da psicologia nos cuidados de saúde, sendo expectável alguma apreensão enquanto se expande este ramo da psicologia (Brown et al., 2002). É crucial notar a presença da psicologia da saúde como imprescindível no contexto médico, clínico, no sentido de ampliar as possibilidades de atuação.

Conclui-se que as etapas de observação e planeamento são de extrema importância para a estrutura de um departamento semelhante ao descrito neste estudo, mas é na fase da atuação que é possível adquirir conhecimentos e experiências diversas, assim como demonstrar a aplicação prática da teoria psicológica.

Todos os aspetos mencionados, no final do 1º semestre do departamento de psicologia, foram devidamente geridos. As diversas atividades do serviço estão a decorrer de forma estruturada e complementar ao tratamento médico dirigido a patologias de coluna. A comunicação entre a equipa desenvolve-se de forma fluída e congruente, identificando casos peculiares e discussão dos mesmos numa perspetiva de integrar conhecimentos e permitir a melhor intervenção possível. Assim, pode-se afirmar que foram atingidos os objetivos estabelecidos para esta primeira fase.

REFERÊNCIAS

- Asaad, G. (2000). Somatization disorder. In M. Hersen & M. Biaggio (Eds.), *Effective brief therapies: A clinicians' guide* (p. 179-190). Academic Press.
- Bennett, R., & Nelson, D. (2006). Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. *Nature Clinical Practice Rheumatology*, 2(8), 416-424. <https://doi.org/10.1038/ncprheum0245>
- Brown, R. T., Freeman, W. S., Brown, R. A., Belar, C., Hersch, L., Hornyak, L. M., Rickel, A., Rozensky, R., Sheridan, E., & Reed, G. (2002). The role of psychology in health care delivery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(6), 536. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.6.536>

- Correia, M. D. C. B. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar enfermagem*, 13(2), 30-36.
- Daltro, M. R., & de Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(1), 223-237.
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain. Efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychological Association*, 69(2), 153-166. <https://doi.org/10.1037/a0035747>
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (Vol. 4, p. 175). Atlas.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognit Ther Res.*, 36(5), 427-440, <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Keefe, F. J., Abernethy, A. P., & Campbell, L. C. (2005). Psychological approaches to understanding and treating disease-related pain. *Annu Rev Psychol*, 56, 601-630. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070302>
- King, C. A. (2004). Psychologists in academic health settings: Key contributors to dynamic interplay among research, clinical practice, and policy domains. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(2), 83-90.
- Leahy, R. L. (2008). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 769-777. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004852>
- Mostofsky, D. & Barlow, D. H. (2000). *The management of stress and anxiety in medical disorders*. Allyn & Bacon.
- O'Keeffe, G. S., Clarke-Pearson, K., & Council on Communications and Media. (2011). The impact of social media on children, adolescents, and families. *Pediatrics*, 127(4), 800-804. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0054>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2015). Guidelines – Comunicação Interprofissional e Partilha de Informação. http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/comunic_interp.pdf
- Rachman, S. (1977). Towards a new medical psychology. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (1ª ed., Vol 1, pp. 1-7). Pergamon Press.
- Taylor, S. E. (2018). *Health Psychology* (10ª ed). McGraw-Hill Education.
- Van Liew, J. R. (2012). Balancing confidentiality and collaboration within multidisciplinary health care teams. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19, 411-417. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9333-0>
- Wang, H. H. X. (2020). Taking a multidisciplinary team approach to better healthcare outcomes for society. *Hong Kong Medical Journal*, 22(6), 551-552. <https://doi.org/10.12809/hkmj209133>

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

PERCEÇÃO DE ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DE ADOLESCENTES BRASILEIROS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Lucas Pereira Bitencort¹ (✉ lucas.pb2@puccampinas.edu.br), André Luiz Monezi², & Wanderlei Abadio de Oliveira²

¹ Faculdade de Psicologia, PUC-Campinas, Brasil

² Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUC-Campinas, Brasil

Em dezembro de 2019 foi identificado na China um novo tipo de coronavírus (Sars-Cov-2) (Sifuentes-Rodríguez & Palacios-Reyes, 2020). Com a velocidade da propagação do vírus, o estado de alerta pandêmico foi declarado em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Schmidt et al., 2020). Desde então, tem se discutido sobre o aumento das taxas de contaminação e a propagação em larga escala da doença provocada pelo vírus (COVID-19) que causa sequelas e mortes, além de danos psicossociais às pessoas, famílias e comunidades. Como medida de prevenção e seguindo as orientações da OMS, a maioria dos países no mundo instaurou um complexo sistema de isolamento social e, em alguns casos, o chamado *lockdown* (Kraemer et al., 2020).

Como consequência do distanciamento social obrigatório, serviços e escolas foram fechados por longo período num esforço de organização em prol da vida, principalmente para proteger os grupos mais frágeis e susceptíveis a sofrerem com quadros clínicos mais graves da doença (Oliveira, Silva, Andrade, Carlos et al., 2020). Partindo deste contexto pandêmico e considerando a necessidade de se particularizar experiências, esse estudo focaliza os adolescentes e suas vivências. Tal perspectiva se faz relevante quando se compreende que os impactos da pandemia alcançam diferentes populações e vão além das sequelas epidemiológicas geradas pela COVID-19. Nesse

Os autores agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo financiamento às atividades de pesquisa do projeto do qual decorre o trabalho (Processos FAPESP 2021/10484-1).

sentido, reconhece-se a necessidade de investigações que, em alguma medida, avaliem os impactos psicossociais da pandemia da COVID-19 em grupos específicos.

A particularização da vivência do adolescente também se faz essencial, pois esse é um momento do desenvolvimento humano em que ocorrem diversas alterações biológicas, emocionais, sociais e identitárias (Andrews et al., 2020). Estas alterações, somadas aos impactos da COVID-19, podem aumentar a vulnerabilidade dessa população para adoecimentos ou adoção de comportamentos de risco. Preocupações com o futuro, por exemplo, são baseadas, em parte, pela implementação compulsória do ensino remoto em substituição às atividades presenciais nas escolas. Ciclos foram interrompidos e ainda não é possível mensurar os danos ao processo ensino-aprendizagem.

Outros impactos psicossociais também foram difundidos durante este período. Há um consenso na literatura científica de que os adolescentes prezam pelos seus relacionamentos com os pares e, ao longo do distanciamento social e da exigência da permanência em residência essas socializações foram limitadas, ao menos de modo presencial (Wang et al., 2016). Essa discussão é relevante dada a importância do grupo de pares para o desenvolvimento dos adolescentes. De acordo com algumas teorias, nesse momento há uma aproximação dos colegas/amigos na busca por se sentirem pertencentes ao grupo social e um afastamento progressivo dos responsáveis legais e familiares (Oliveira, Silva, Andrade, Micheli et al., 2020).

Considera-se que a ‘proibição’ dos relacionamentos interpessoais presenciais pode estar relacionado com o surgimento do sentimento de solidão, quadros de ansiedade e de depressão, além de dificultar o desenvolvimento de habilidades sociais. Como consequência deste último, espera-se problemas na formação deste constructo social, considerado essencial para a formação de um indivíduo participante de um coletivo, implica em diversos déficits em aspectos psicossociais como a empatia e a solidariedade social (Oliveira, Silva, Andrade, Micheli et al., 2020).

Por outro lado, as relações presenciais com os pares foram restringidas, mas ocorreu um aumento no uso de aplicativos de redes sociais durante a pandemia. Isso favoreceu a aproximação com pares ou amigos. Contudo, o uso periódico e prolongado das redes de comunicações digitais pode causar

o uso compulsivo e excessivo e, é reconhecido que o aumento da exposição às redes sociais está associado a um aumento significativo no sentimento de solidão e no decréscimo da autoestima dos indivíduos, além de impactar, em conjunto com demais variáveis, no surgimento ou exacerbação dos quadros de ansiedade e depressão (Moura et al., 2021).

Diante do contexto apresentado, esse estudo considera relevante particularizar variáveis psicossociais relacionadas à vivência da pandemia do COVID-19 na adolescência. Para tanto, objetivou-se descrever impactos psicossociais da pandemia em um grupo de adolescentes brasileiros.

MÉTODO

Participantes

A amostra de estudo é não probabilística e definida por conveniência. Assim sendo, participaram da pesquisa 182 adolescentes (59% do sexo feminino). A maioria dos participantes se declarou heterossexual ($n=113$; 62%) e de cor de pele branca ($n=120$; 66%). A faixa etária dos participantes foi de 12 a 19 anos ($M=15,5$ anos; $DP=2,00$ anos).

Material

Na coleta de dados utilizou-se um questionário composto por duas seções: (1) dados sociodemográficos (idade, gênero, nível de escolaridade, etc.) e (2) questões específicas sobre a experiência dos adolescentes durante a pandemia da COVID-19. Também houve uma seção introdutória com instruções para preencher o instrumento. O questionário foi desenvolvido para esse estudo a partir da literatura científica sobre a pandemia e saúde mental (Buzzi et al., 2020; Imran et al., 2020; Jeong et al., 2016; Kamara et al., 2017).

Procedimento

Tratou-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo. O instrumento de coleta de dados foi inserido na plataforma *SurveyMonkey*. O link do

questionário foi disponibilizado nas redes sociais e em grupos de escolas em um aplicativo de mensagens convidando os adolescentes para participarem do estudo. A coleta aconteceu entre os meses de maio e setembro de 2021. Todas as recomendações da Resolução 510/2016 (Brasil, 2016) do Conselho Nacional de Saúde do Brasil foram observadas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas e foram coletados, remotamente, Termos de Consentimento e/ou Assentimento Livre e Esclarecido junto aos participantes e seus responsáveis.

RESULTADOS

No geral, o repertório comportamental de cuidado com a saúde e a satisfação com as relações sociais permaneceram estáveis, segundo a percepção dos adolescentes participantes do estudo. Contudo, foram registradas incertezas e inseguranças sobre o futuro, sobre a morte e sobre a segurança de saúde dos parentes próximos. Nesse sentido, revelou-se que boa parte dos participantes (44,5%) indicou ter mudado a maneira como pensava a morte e 12% referiu possuir, corriqueiramente, pensamentos negativos sobre a pandemia. Sentir-se capaz de ter pensamentos positivos e a expressão de estresse ou irritabilidade também aumentaram (10% e 19%, respectivamente). A maioria dos adolescentes investigados (67,5%) relatou evitar, ao menos em parte, situações que desencadeiam lembranças vinculadas a pandemia, por exemplo: pessoas; lugares; conversas; atividades; objetos.

Questionados sobre a possível vivência ou testemunho de um evento trágico nos 6 meses anteriores à coleta de dados, 79% dos adolescentes declarou não ter vivenciado esse tipo de experiência. Os demais tiveram as mais diversas experiências estressoras e/ou traumáticas, como: violência doméstica; acidente de carro; incêndio; crimes violentos (assalto ou tiroteio); ameaça pessoal de morte; ameaça de morte ou homicídio de algum conhecido; abuso físico ou sexual; lesão grave. A vivência ou testemunho da morte ou ameaça de morte de um conhecido foi a mais abundante (9%).

DISCUSSÃO

Foram analisados aspectos da vivência dos adolescentes brasileiros durante a pandemia da COVID-19 e dados semelhantes são explorados em pesquisas de outros contextos. O grau em que os adolescentes sentem que suas vidas haviam sido afetadas negativamente foi associado a aumentos significativos de sintomas depressivos e desregulação emocional durante a pandemia. Os impactos da covid-19 geraram um sentimento de desamparo e, como consequência, gerou-se a manifestação de diversos sintomas psicológicos. Como os adolescentes sentiram que suas vidas foram significativa e negativamente impactadas pelo vírus, é possível que eles também estivessem mais propensos a lutar contra a incerteza dessas mudanças e sentir que essa situação estava além de seu controle, assim, exacerbando os sentimentos de falta de ajuda durante a pandemia (De France et al., 2021).

Sabe-se que o vírus SARS-CoV-2 pode ser letal, aumentando o risco de que o adolescente vivencie experiências extremas, tal como a perda de um “ente querido”. Assim como revelado nesse estudo. Neste contexto, este fator pode instigar e/ou exacerbar quadros negativos de saúde mental, como quadros de depressão ou preocupações com o desfecho da doença para si e para as pessoas mais próximas (Tamarit et al., 2020).

Kuhlman et al. (2021) também observou que não ter uma avaliação positiva sobre si mesmo (afeto positivo vinculado ao humor) e sobre os eventos vivenciados pode ser um fator de risco para o aumento nos quadros de ansiedade e depressão. Efetuar uma reavaliação cognitiva do contexto em que se vive também foi relacionado a um fator de proteção contra quadros de ansiedade e depressão. Segundo os dados apresentados, a pandemia fez com que os adolescentes avaliassem, cognitivamente, o futuro, a relação com os pares ou familiares e a morte (Oliveira, Silva, Andrade, Micheli et al., 2020).

Revelou-se que a pandemia da COVID-19 não possui apenas sequelas epidemiológicas, mas também podem ser verificados impactos psicossociais. Esses impactos podem ser analisados a partir da particularização de populações, como nesse estudo que privilegiou os adolescentes. Contudo, observa-se que o tamanho do efeito estatístico das

mudanças observadas durante a pandemia ainda não foi revelado nesse estudo. Outros estudos sobre os aspectos psicossociais são recomendados, principalmente para orientarem intervenções em termos de saúde mental no pós-pandemia.

REFERÊNCIAS

- Andrews, J. L., Foulkes, L., & Blakemore, S. J. (2020). Peer influence in adolescence: Public-health implications for COVID-19. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(4), 585-587. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.05.001>
- Buzzi, C., Tucci, M., Ciprandi, R., Brambilla, I., Caimmi, S., Ciprandi, G., & Marseglia, G. L. (2020). The psycho-social effects of COVID-19 on Italian adolescents' attitudes and behaviors. *Italian Journal of Pediatrics*, 46, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13052-020-00833-4>
- De France, K., Hancock, G. R., Stack, D. M., Serbin, L. A., & Hollenstein, T. (2021). The mental health implications of COVID-19 for adolescents: Follow-up of a four-wave Longitudinal Study During the Pandemic. *American Psychologist*, 77(1), 85-99. <https://doi.org/10.1037/amp0000838>
- Imran, N., Zeshan, M., & Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2759>
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiology & Health*, 38, e2016048. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>
- Kamara, S., Walder, A., Duncan, J., Kabbedijk, A., Hughes, P., & Muana, A. (2017). Mental health care during the Ebola virus disease outbreak in Sierra Leone. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(12), 842-847. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.190470>
- Kraemer, M. U. G., Yang, C.-H., Gutierrez, B., Wu, C. H., Klein, B., & Pigott, D. M. (2020). The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. *Science*, 368(6490), 493-497. <https://doi.org/10.1126/science.abb4218>
- Kuhlman, K. R., Straka, K., Mousavi, Z., Tran, M. L., & Rodgers, E. (2021). Predictors of Adolescent Resilience During the COVID-19 Pandemic: Cognitive Reappraisal and Humor. *The Journal of Adolescent Health*, 69(5), 729-736. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.07.006>
- Moura, D. F., Moura, H. S., Filgueiras, G. M. R., Freire, S. E. A., Negreiros, F., & Medeiros, E. D. (2021). Fear of missing out (FoMO), mídias sociais e ansiedade: Uma revisão sistemática. *Psicologia, Conocimiento y Sociedad*, 11(3), 99-114. <https://doi.org/10.26864/pcs.v11.n3.7>

- Oliveira, W. A., Silva, J. L., Andrade, A. L. M., Carlos, D. M., Silva, M. A. I. (2020). A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: Scoping review. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(8). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150020>
- Oliveira, W. A., Silva, J. L., Andrade, A. L. M., Micheli, D. F., José, E. R., Dellazzana-Zanon, L. L., Silva, M. A. I., & Santos, M. A. (2020). Adolescence in times of pandemic: Integrating consensus into a concept map. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 25(2), 133-143. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20200014>
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200063. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Sifuentes-Rodríguez, E., & Palacios-Reyes, D. (2020). Covid-19: The outbreak caused by a new coronavirus. *Boletín Médico del Hospital Infantil del México*, 77(2), 47-53. <https://doi.org/10.24875/BMHIM.20000039>
- Tamarit, A., Barrera, U., Mónaco, E., Schoeps, K., & Montoya-Castilla, I. (2020). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Spanish adolescents: Risk and protective factors of notional symptoms. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 73-80. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2037>
- Wang, C., Hatzianni, M., Shahaeian, A., Murray, E., & Harrison, L. J. (2016). The combined effects of teacher-child and peer relationships on children's social-emotional adjustment. *Journal of School Psychology*, 59, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2016.09.003>

