

PROGRAMA MENTE CORPO PARA A INFERTILIDADE:
VERSÃO PORTUGUESA

Ana Galhardo / Marina Cunha / José Pinto Gouveia

Instituto Superior Miguel Torga / Centro de Investigação do Núcleo de
Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental,
FPCE, Universidade de Coimbra

A infertilidade pode ser definida como, a incapacidade de um casal conceber ou levar a bom termo uma gravidez, depois de pelo menos um ano de relacionamento sexual regular sem qualquer protecção (Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), trata-se de um problema que afecta aproximadamente 10% a 15% da população mundial. A mesma Organização refere, em 2003, que a prevalência nos diferentes países é variável, chegando a atingir os 25%, estimando-se, na globalidade, que aproximadamente um em cada dez casais apresente infertilidade primária (incapacidade fisiológica de uma primeira gravidez) ou secundária (incapacidade fisiológica de uma segunda ou mais gravidezes).

No nosso país, a inexistência de dados epidemiológicos leva a que se considere que a proporção de casos seja semelhante à dos outros países. Assim sendo, caso se confirmem estas estimativas, haverá em Portugal cerca de 500 mil casais inférteis.

O final do século XX assistiu a mudanças de relevo ao nível da saúde reprodutiva, sendo de destacar a possibilidade do sexo não se associar à procriação e a possibilidade de existência de procriação sem sexo. Para além disso, coloca-se a hipótese de que, nestes últimos anos, o problema da infertilidade tenha vindo a crescer apesar de não serem ainda completamente conhecidas as razões para tal facto. Uma das explicações possíveis, prende-se com a idade cada vez mais tardia para o primeiro filho (em virtude de uma maior valorização e competitividade a nível profissional e a uma maior procura de estabilidade emocional no casamento), uma vez que a qualidade dos gâmetas poderá dificultar a concepção. De referir ainda que, quanto mais tarde for diagnosticada a infertilidade na mulher, mais difícil é o seu tratamento. Em Portugal sabe-se que mulheres e homens casam cada vez mais tarde, aos 26,1 e 27,8 anos respectivamente e que a idade média da mulher aquando do nascimento do primeiro filho se situa nos 26,8 anos (Moutinho, 2003).

Os avanços tecnológicos ao nível da procriação medicamente assistida têm constituído uma esperança significativa para os casais inférteis. No entanto, a medicalização da infertilidade conduziu a uma desvalorização das respostas emocionais que os casais experienciam, as quais incluem stresse, perda de controlo, estigmatização e disrupção na trajectória desenvolvimental da idade adulta. Greil (1997 cit. in Cousineau & Domar, 2007), ao rever os estudos sobre as consequências psicológicas da infertilidade, refere que a maioria destes estudos mostra que os casais com infertilidade, quando comparados com controlos normais, apresentam diferenças moderadas em índices relacionados com a sensibilidade interpessoal e a depressão.

A infertilidade constitui, sem dúvida, um momento de crise e um acontecimento desencadeador de stresse psicológico (Brovich & Fisher, 1998; Burns & Covington, 1999, cit. in Wishmann, Stammer, Scherg, & Verres, 2001; Leiblum & Greenfield, 1997). As suas consequências manifestam-se a variados níveis, sendo de realçar o sofrimento pessoal que habitualmente acarreta e as repercussões sociais.

De acrescentar que os níveis de ansiedade e depressão evidenciados por mulheres inférteis podem ser equivalentes aos encontrados em mulheres com doença cardíaca, cancro e seropositivas para o VIH (Domar, Zuttermeister, & Friedman, 1993).

Com efeito, considerando que a infertilidade e respectivo tratamento constituem uma condição indutora de stresse (produzindo tensão psicológica e/ou activação fisiológica), Cousineau e Domar (2007) referem que a esta se associam, claramente, sofrimento e/ou ansiedade, os quais poderão exercer influência nos resultados do tratamento médico, podendo também contribuir para a tomada de decisão dos doentes para continuarem ou não o referido tratamento (as dificuldades em tolerar o sofrimento, quer físico, quer psicológico, conduzem, muitas vezes, à desistência do tratamento médico).

Verifica-se pois que a procura tratamento médico implica, para a maioria dos casais, a necessidade de efectuar alterações no seu estilo de vida, o que remete para a necessidade de ser disponibilizado um acompanhamento psicológico ao longo de todo o processo de intervenção. O acompanhamento psicológico tem como principal finalidade assegurar que os doentes compreendem as implicações do tratamento escolhido, recebem suporte emocional e conseguem lidar, de forma saudável, com as consequências da experiência de infertilidade (Boivin, Appleton, Baetens, Baron, Bitzer, Corrigan, Daniels, Darwish, Guerra-Diaz, Hammar, McWhinnie, Strauss, Thorn, Wischmann, & Kentenich, 2001).

De entre as diversas abordagens em termos de intervenção psicológica, salienta-se, num contexto da medicina mente-corpo, o Programa Mente Corpo para a Infertilidade

O PROGRAMA MENTE CORPO PARA A INFERTILIDADE

O Programa Mente-Corpo para a Infertilidade tem a sua raiz no Programa Básico Mente-Corpo (PBMC; Borysenko, 1987, cit. in Domar, Seibel, & Benson, 1990), de 10 sessões, do New England Deaconess Hospital em colaboração com a Divisão de Endocrinologia Reprodutiva e Infertilidade do Beth Israel Hospital. O PMCI manteve o formato do PBMC, tendo sido introduzidas algumas modificações relacionadas com as especificidades da condição de infertilidade.

Trata-se pois de um tipo de intervenção psicossocial estruturada em grupo, sendo que este não excede, em número de participantes as quinze mulheres. Por sua vez os maridos ou companheiros são convidados a estar presentes em três das dez sessões, uma das quais dura um Sábado ou Domingo.

Cada uma das sessões segue a mesma agenda: um exercício de relaxamento, discussão da prática do relaxamento em casa, uma introdução e abordagem do tema previsto para essa sessão, exercícios realizados em grupo e, antes de terminar, um mini exercício de relaxamento. Os principais tópicos abordados ao longo das dez sessões são os seguintes: (1) introdução à fisiologia do stresse, ao relaxamento e à relação entre o stresse e o sistema reprodutivo; (2) respiração diafragmática e mini exercícios de relaxamento; (3) auto-cuidado e estilo de vida; (4) *mindfulness*; (5) Hatha Yoga e exercício físico; (6) reestruturação cognitiva II; (7) reestruturação cognitiva II; (8) expressão emocional; (9) sessão ao longo de um Sábado ou Domingo; e (10) revisão e informação de seguimento.

O PMCI pretende proporcionar a aprendizagem de várias técnicas de relaxamento, competências de *mindfulness*, competências de gestão do stresse e obtenção de suporte social por parte de outras pessoas que partilhem a condição de infertilidade e, como tal, possam apresentar uma compreensibilidade do problema através da experiência. Para além deste tipo de aspectos, o PMCI aborda também estratégias para a identificação e alteração de hábitos que possam ter um impacto negativo na fertilidade. Uma outra vertente explorada pelo PMCI é a da reestruturação cognitiva, a qual se destina a identificar e a reformular padrões de pensamento

disfuncionais. Por último, há ainda a referir a exploração de competências de auto-cuidado emocional, com vista a alterar aspectos da vida quotidiana e a incluir o mais possível momentos gratificantes.

Este programa de intervenção não só se revelou eficaz no tratamento dos aspectos emocionais associados à infertilidade, mas obteve também resultados favoráveis no que toca ao aumento das taxas de concepção (Domar, Clapp, Slawsky, Dusek, Kessel, & Freizinger, 2000). Apesar de poder ser implementado com vários formatos, a grande maioria deles inclui o elemento masculino do casal, apresenta um conjunto de sessões que pode variar entre cinco e dez e é dirigido por um profissional de saúde mental treinado para o efeito. Os casais que têm realizado este programa reportam uma diminuição significativa de sintomas físicos como a insónia, cefaleias e perturbação gastrointestinal, bem como um decréscimo de sintomas de ordem psicológica como ansiedade, depressão e irritabilidade. Sendo ainda de realçar que 45% das doentes que realizaram o programa conceberam num período de seis meses, comparativamente com 20% de mulheres do grupo de controlo (Domar & Kelly, 2002).

VERSÃO PORTUGUESA DO PMCI

Em Portugal, a intervenção de carácter psicológico na infertilidade não tem sido uma área particularmente desenvolvida, havendo uma escassez significativa de programas de intervenção estruturados e testados no que respeita à sua eficácia. Esta lacuna, conjuntamente com o interesse científico no tema, fez com que considerássemos pertinente, e até mesmo urgente, encontrar forma de dar resposta a esta necessidade.

Como tal, foi levado a cabo um extenso trabalho de pesquisa de modo a identificar programas específicos já estudados em outros países e respectivos resultados em termos de eficácia. Neste contexto, verificou-se que têm vindo a ser desenvolvidas diversas intervenções de natureza psicossocial dirigidas a casais inférteis (Boivin, 2003). O mesmo autor refere que estas apresentam variações que vão desde o fornecimento de informação (Daniluk, 1988; Takefman, 1990), intervenções focadas na emoção e no problema (McQueeney et al., 1977), intervenções com grupos de apoio (Ferber, 1995), aconselhamento psicológico e sexual (Sarrel & DeCherney, 1985), terapia de casal (Diamond et al., 1999;

Stammer et al., 2002), terapia cognitivo-comportamental (Tuschen-Caffier et al., 1999) e terapia mente-corpo (Domar et al., 1992).

A selecção do Programa Mente Corpo para a Infertilidade relacionou-se com diversos aspectos. Tratava-se de um tipo de intervenção com base numa abordagem cognitivo-comportamental, mas que integrava também elementos das terapias cognitivas de terceira geração, como o mindfulness e a aceitação, sendo que o seu formato grupal incluía ainda a componente reconhecidamente importante do apoio social. Para além disso, a existência de dados empíricos relativos à sua eficácia, publicados em revistas científicas de referência, bem como a possibilidade de a primeira autora realizar formação profissional específica no PMCI no Domar Center do Boston IVF, com a própria Alice Domar e restantes elementos da sua equipa, fizeram com que a escolha recaísse, de facto, sobre o PMCI. Após a realização do referido treino profissional, e tendo sido recolhida a autorização para a sua tradução e adaptação para língua portuguesa, o passo seguinte consistiu exactamente na sua tradução. Esta tarefa contou com a colaboração de uma nativa da língua inglesa com domínio da língua portuguesa, o que possibilitou um maior rigor na tradução, quer do Manual para a Terapeuta, quer do Manual para a Participante, bem como dos exercícios gravados em formato áudio de modo a permitir o treino das participantes entre as sessões.

De seguida, procedeu-se a uma cuidadosa análise dos procedimentos e conteúdos associados a cada uma das sessões, tendo sido identificados elementos que, em nosso entender, deveriam ser sujeitos a adaptação cultural. Assim, foram apresentadas propostas de alteração destes mesmos aspectos à autora do PMCI original, que as considerou adequadas, tendo autorizado a sua introdução na versão portuguesa.

Estas alterações consistiram em:

- Aumentar a bateria de instrumentos de auto-resposta de modo a obter um maior número de dados que facilitem o processo de avaliação da eficácia do PMCI (note-se que na versão americana apenas é utilizado o Inventário Depressivo de Beck);
- Manter um funcionamento por pares, não com base num critério de proveniência geográfica, mas sim na escolha dos pares através da realização de um pequeno exercício de dinâmica de grupos na primeira sessão;
- Eliminar a tarefa, atribuída aos pares, de ficarem responsáveis por trazer, à vez, para cada uma das sessões um pequeno lanche, considerando que em Portugal tal poderia originar resistência à participação nos grupos, com base nas eventuais dúvidas das participantes sobre

que alimentos trazer, se estes seriam ou não do agrado dos outros elementos, se seriam socialmente avaliadas pelas suas escolhas. Assim, a terapeuta passou a assumir esta tarefa;

- Eliminar o fornecimento de informação acerca de suplementos alimentares/vitamínicos, deixando a eventual abordagem destes aspectos para as equipas médicas que acompanham os casais;
- Substituir vários exercícios de relaxamento (sobretudo de relaxamento em imaginação) pela prática de *Mindfulness* (já preconizada pelo programa, mas claramente intensificada na versão portuguesa);
- Introduzir, em todas as sessões à excepção da primeira e da última, a abordagem da prática de *Mindfulness*, quer em termos de prática formal, quer de prática informal e incentivá-la entre as sessões;
- Substituir vários mini-exercícios de relaxamento (usados para finalizar cada sessão) pela prática de *mindfulness*, mais especificamente o “Espaço dos Três Minutos da Respiração”;
- Administração da bateria de instrumentos de auto-resposta no final do programa e seis meses após a sua conclusão.

Após a conclusão desta tarefa de adaptação, procedeu-se ao recrutamento de casais com infertilidade interessados em participar, com a colaboração da Associação Portuguesa de Fertilidade. Assim, decorreram já duas edições, com dois grupos em Lisboa (entre Maio e Julho de 2009) e estando ainda a decorrer a sua implementação em dois grupos no Porto, totalizando 46 casais participantes e estando prevista a constituição de mais um grupo em Coimbra.

CONCLUSÃO

Consideramos, pois, que a infertilidade é um assunto de incontornável interesse científico, não apenas no que respeita aos aspectos médicos a ela associados, mas também em termos psicológicos e sociais. Neste sentido, o estudo de dimensões psicológicas poderá funcionar como um importante contributo para um maior conhecimento deste tema, de modo a poder construir e desenvolver intervenções psicossociais que abordem as especificidades deste fenómeno.

O facto de em Portugal não existir, do nosso conhecimento, uma intervenção estruturada para o acompanhamento psicossocial destes casais fez

com que considerássemos pertinente o estudo exploratório de desenvolvimento e implementação de um protocolo de intervenção grupal, baseado no Programa Mente Corpo para a Infertilidade, destinado a casais, com vista à redução dos níveis de ansiedade e stresse experienciados, à melhoria da comunicação conjugal, à promoção do bem-estar, à aceitação, e ao desenvolvimento de estratégias de *coping* para lidar com o seu problema de infertilidade.

No geral poder-se-á considerar que as intervenções psicológicas levadas a cabo com o propósito de reduzir os níveis de perturbação associada à infertilidade trazem benefícios para os sujeitos. O estudo de revisão realizado por Boivin (2003) sugere que as intervenções psicossociais podem reduzir os afectos negativos, sobretudo os que se associam particularmente com a infertilidade, reforçando a ideia que um formato grupal no qual sejam realçados a educação e o treino de competências, foi o que se revelou mais eficaz na produção de mudanças positivas, inclusivamente ao nível do funcionamento do sistema imunitário.

Em síntese, as características do PMCI, mais especificamente a abordagem de competências de mindfulness e de aceitação, e a experiência da sua implementação em Portugal levam a que este possa ser considerado como um tipo de intervenção promissora para esta população, aguardando-se a obtenção de dados em amostras maiores e ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

- Boivin, J. (2003). A review of psychological interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, *57*, 2325-2341.
- Boivin, J., Appleton, T.C., Baetens, P., Baron, J., Bitzer, J., Corrigan, E., Daniels, K.R., Darwish, J., Guerra-Diaz, D., Hammar, M., McWhinnie, A., Strauss, B., Thorn, P., Wischmann, T., & Kentenich, H. (2001). Guidelines for counseling in infertility: Outline version. *Human Reproduction*, *16*, 1301-1304.
- Cousineau, T.M., & Domar, A.D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, *21*, 293-308.
- Domar, A.D., & Kelly, A.L. (2002). *Conquering infertility*. London: Penguin Books.

- Domar, A.D., Clapp, D., Slawsky, E.A., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, 73, 805-811.
- Domar, A., Zuttermeister, P., & Friedman, R. (1993) The Psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 14, 45-52.
- Domar, A.D., Seibel, M.M., & Benson, H. (1990). The Mind/Body Program for Infertility: A new behavioural treatment approach for women with infertility. *Fertility and Sterility*, 53, 246-249.
- Moutinho, S. (2003). *Tudo por um filho: Viagem ao mundo da infertilidade em Portugal*.
- Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. (2007). Recuperado em 2007, Julho 31, de <http://www.spmr.pt/faq.aspx>.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychological characteristics of infertile couples: A study by the Heidelberg Fertility Consultation Service. *Human Reproduction*, 16, 1753-1761.
- World Health Organization. (2003). *Progress report in reproductive health research*. No 63. Geneva, Switzerland.

PORQUE SÃO ELAS QUE PROCURAM
A CONSULTA DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE?

*Ana Melo¹ / Célia Lavaredas² / Anabela Pereira³ / Mariana Marques⁴ /
Jorge Martins⁵ / Mariana Coelho⁵*

¹GAP-SAS, Universidade de Coimbra; ²Serviços Médico-Universitários dos SAS, Universidade de Coimbra; ³Universidade de Aveiro / GAP-SAS, Universidade de Coimbra; ⁴GAP-SAS / Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; ⁵GAP-SAS / FPCE, Universidade de Coimbra

O presente estudo tem como objectivo o estudo comparativo por género sobre as causas e os quadros diagnóstico que levam os estudantes a recorrer às consultas de psicologia clínica e da saúde dos Serviços Médico-Universitários dos Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra.

Recorrem a este serviço sobretudo estudantes universitários que se debatem com um conjunto de problemas relacionados com o processo de transição para o ensino superior. Numerosos estudos de Cutrona, Fisher e Hood, nos anos oitenta demonstraram que o processo de adaptação e integração ao contexto académico poderá revelar-se particularmente difícil resultando muitas vezes em elevados níveis de insucesso escolar e no desenvolvimento de problemas com repercussões no desenvolvimento do indivíduo bem como ao nível da psicopatologia (Bayram, & Bilgel, 2008; Pereira et al., 2006)

É óbvio que o estado da saúde mental dos estudantes do ensino superior influencia directamente o sucesso dos indivíduos, com naturais repercussões na qualidade do processo de ensino e aprendizagem das instituições. Dos vários factores associados à vulnerabilidade para desenvolver psicopatologia, encontram-se, além das predisposições genéticas, as características pessoais, como a idade ou o género (Benton, Robertson, Tseng, Newton, & Benton, 2003; Craske, 2003).

A prevalência da psicopatologia tem demonstrado que as mulheres, tendencialmente, apresentam mais sintomas de ansiedade ou depressão, enquanto nos homens, a tendência é mais direccionada para problemáticas relacionadas com drogas e álcool. Tais tendências são reconhecidas em estudos nacionais e internacionais (Bayram & Bilgel, 2008; Melo, 2006; Pereira, 2005, 2009). Além disso em Portugal, tem aumentado a procura de consultas de psicologia por parte dos estudantes do ensino superior, sendo notório o aumento da identificação de psicopatologias neste

contexto, designadamente a depressão, a ansiedade, distúrbios alimentares e abuso de substâncias aditivas (Pereira et al., 2006).

Conscientes do aumento das psicopatologias bem como das dificuldades de adaptação dos estudantes, os Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra criaram em 1999 o Gabinete de Apoio Psicopedagógico, que procura intervir a nível da promoção do sucesso escolar, apoiando os alunos na vertente social, psicológica e na promoção de estilos de vida saudáveis. A consulta de psicologia constituiu uma das áreas de intervenção do Gabinete de Aconselhamento Psicopedagógico (GAP-SASUC) e tem como objectivo prestar apoio personalizado através da avaliação e intervenção em casos de perturbação emocional e comportamental. O presente trabalho visa assim analisar quais as causas que levam os estudantes a procurar as consultas de psicologia.

MÉTODO

Participantes

Durante o ano lectivo de 2008/2009, foram atendidos cerca de 157 utentes, tendo sido realizadas 575 consultas. A maioria dos utentes que recorreram ao serviço durante este ano lectivo, pertenciam ao sexo feminino (68,2%), e (31,8%) ao sexo masculino com uma média de idades a rondar os 23 anos ($M=23,2$; $DP=4,8$).

Procedimentos

A consulta de psicologia realiza-se nos Serviços Médicos dos Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra, espaço de atendimento a todos os estudantes universitários, funcionários da universidade e seus familiares, bem como na sede dos Serviços de Acção Social, local em que são acompanhados preferencialmente estudantes bolseiros e residentes dos SASUC.

A maioria dos alunos recorreu à consulta por iniciativa própria sendo igualmente frequente o encaminhamento pela assistente social ou através de outros técnicos de saúde nomeadamente do médico de clínica geral e do psiquiatra.

O modelo terapêutico utilizado na grande maioria dos casos é o cognitivo-comportamental, sendo no entanto utilizadas técnicas de outras abordagens terapêuticas, nomeadamente o treino de aptidões sociais, técnicas de relaxamento e treino de inoculação de stresse.

Na análise dos dados foi considerado o diagnóstico segundo os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* publicado pela *American Psychiatric Association* (DSM-IV, APA), bem como a análise de conteúdo, realizada sobre os processos clínicos individuais dos pacientes.

RESULTADOS



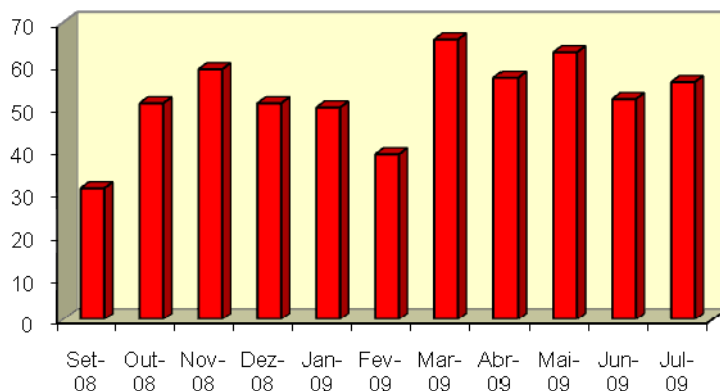
Na avaliação dos dados recolhidos foi possível observar que a maioria dos estudantes apresenta como motivo para a procura da consulta problemas de desenvolvimento pessoal e social. As dificuldades em lidar com determinadas situações tais como o insucesso académico, o *terminus* de relações afectivas, conflito familiar ou dificuldades de adaptação ao ensino superior conduzem ao desenvolvimento de quadros psicopatológicos que implicam o acompanhamento clínico dos estudantes que recorrem à consulta.

Após as consultas iniciais de avaliação é estabelecido o diagnóstico segundo os critérios do DSM-IV, permitindo posteriormente a aplicação de um protocolo de tratamento para o caso em questão. No que respeita aos diagnósticos apresentados pelos pacientes acompanhados na consulta,

verifica-se que a maioria apresenta quadros clínicos relacionados com perturbações de ansiedade (38,0%) e de perturbação do humor com a depressão maior a registar cerca de (20,6%) dos diagnósticos efectuados. Nas perturbações de ansiedade destacam-se a ansiedade social generalizada (12,6%), ansiedade a exames (13,5%), verificando-se igualmente um elevado número de diagnósticos de Perturbação de Pânico (10%).

É possível observar que se registaram outros diagnósticos cuja natureza implicava o seu encaminhamento, para consultas de especialidade em contexto hospitalar como no caso das Perturbações Alimentares.

Da análise dos pedidos de consulta verificou-se uma maior procura da consulta pelos alunos durante os meses de Março, Maio e Novembro. Esta variação poderá estar relacionada com o período pós-avaliação e a dificuldade em lidar com os respectivos resultados.



No que diz respeito às Faculdades de onde provêm os alunos que procuram a consulta é possível observar que por ordem decrescente o maior número de alunos pertence à Faculdade de Ciências e Tecnologia, Faculdade de Direito, Faculdade de Letras e de Psicologia, respectivamente.

DISCUSSÃO

Verifica-se recorrentemente através da análise dos dados da consulta de psicologia do GAP-SASUC neste trabalho bem como em anos anteriores que os indivíduos do sexo feminino procuram com mais frequência apoio

junto da consulta (Pereira et al., 2006). Este dado encontra-se em conformidade com o que é expresso na literatura onde a diferença de género surge como uma questão transversal presente em vários estudos realizados no âmbito de diferentes quadros clínicos tais como a ansiedade social, a ansiedade a exames e mesmo a depressão. Os dados recolhidos de estudos epidemiológicos indicam que as mulheres apresentam um maior risco de desenvolver perturbações de ansiedade comparativamente com os indivíduos de sexo masculino. Segundo os dados do *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) e do *National Comorbidity Survey*, as mulheres apresentam duas a três vezes maior probabilidade de desenvolver uma perturbação de ansiedade (Pigott, 2002).

A probabilidade acrescida para o desenvolvimento de perturbações de ansiedade e emocionais nas mulheres parece residir na combinação entre a ocorrência de eventos negativos de vida, na sensação de incontrolabilidade e na presença de estilos atribucionais negativos (Barlow, 2002). Segundo o autor as raparigas comparativamente com os rapazes, estão sujeitas a um maior número de situações negativas de vida durante a infância e adolescência, percebendo que os seus comportamentos têm menor impacto no ambiente que as rodeia. Estes acontecimentos contribuem para a sensação de incontrolabilidade das raparigas e aumenta o desenvolvimento de estilos atribucionais negativos.

Pinto-Gouveia (2000) refere estudos que indicam prevalência superior no género feminino para a perturbação de ansiedade social na população em geral.

Melo (2006) num estudo realizado sobre o impacto dos níveis de ansiedade elevados junto de uma amostra de estudantes universitários verificou que o grupo do sexo feminino apresentava valores mais elevados de ansiedade aos exames. Esta observação era coincidente com as taxas de prevalência de perturbações de ansiedade que indicam uma maior incidência de perturbações ansiosas na população feminina. Lewis e colaboradores em 1987 (Zeidner, 1998) levantam a hipótese de as mulheres e os homens interpretarem as situações de forma diferente. Enquanto os homens interpretam a situação de exame como um desafio interpretando a activação emocional durante a situação de teste de uma forma positiva, as mulheres pelo contrário apresentam-se predispostas para perceber a situação como ameaçadora e exibem comportamentos de evitamento, medo, preocupação e auto-depreciação.

Os motivos para estas diferenças, de acordo com as teorias mais recentes (Craske, 2003), reside na probabilidade acrescida para que as mulheres apresentam para detectar sinais de perigo, para aprender a associar

eventuais “pistas” de perigo e na prontidão com que activam fisiologicamente face aos eventos aversivos. Estas características têm origem nas influências genéticas e desenvolver-se-ão ao longo do ciclo de vida, em grande parte devido aos padrões de reforço social (Craske, 2003).

A diferenciação de comportamentos mediante o género, é reforçada durante toda a infância com os pais e outros significativos, a encorajarem os rapazes a demonstrarem comportamentos mais assertivos, activos e independentes que as raparigas, cujo comportamento é mais controlado e a insegurança ou medo reforçados. As raparigas têm uma grande probabilidade de ser socializadas no sentido de expressar a sua ansiedade, uma vez que esta é muitas vezes percebida como um traço feminino (Zeidner, 1998). Pelo contrário os sinais de ansiedade nos rapazes são percebidos como sinais de fraqueza ou incompetência pelo que é esperado que os homens reprimam ou neguem os seus sinais de ansiedade. Consequentemente os rapazes são estimulados a fazer face aos desafios numa grande variedade de situações e a desenvolver as suas estratégias de *coping*.

Cunha (2005) num estudo efectuado sobre ansiedade social em jovens e adolescentes refere a existência de padrões de reforço social diferentes entre rapazes e raparigas, registando-se diferenças nas práticas parentais desde os primeiros de vida.

Em síntese, diremos que são as mulheres as que procuram mais as consultas de psicologia clínica e de saúde. Em termos dos diagnósticos apresentados pelos pacientes, verifica-se que são as mulheres as que apresentam quadros clínicos relacionados com perturbações de ansiedade, nomeadamente a ansiedade social generalizada e a ansiedade aos exames, sendo tais perturbações específicas do contexto do ensino superior.

A procura destes serviços poderá ser minimizada se as instituições do ensino superior, bem como os respectivos serviços médicos apostassem mais na prevenção de comportamentos de risco, implementando nas suas estruturas, estratégias promotoras da saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders – The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence of socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 43, 667-672.

- Benton, S., Robertson, J., Tseng, W., Newton, F., & Benton, S.L. (2003). Changes in counselling center client problems across 13 years. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 66-72.
- Craske, M.G. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: Why more women than men?* Oxford: Elsevier.
- Cunha (2005). *Ansiedade social na adolescência: Avaliação e trajectórias de desenvolvimento*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Melo, A. (2006). *Ansiedade aos exames em contexto universitário*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pigott, T. (2002). Anxiety Disorders. In S. Kornstein & A. Clayton (Eds.), *Women's mental health- a comprehensive textbook*. New York: Guilford Press.
- Pinto-Gouveia, J. (2000). *Ansiedade social: Da timidez à fobia social*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pereira, A. (2009). Psychological counselling in higher education – An overview of Portuguese reality. *Newsletter 16 Division of Counseling Psychology of the International Association of Applied Psychology*, 5, 17-20.
- Pereira, A. (2005). *Para obter sucesso na vida académica – Apoio dos estudantes pares*. Aveiro: Universidade de Aveiro
- Pereira, A.M.S., Motta, E., Vaz, A., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A., Ferreira, J., Rodrigues, M., Medeiros, A., & Lopes, P. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no ensino superior: Estratégias de intervenção. *Análise Psicológica*, XXIV(1), 51-59.
- Zeidner, M. (1998). *Test anxiety state of art*. New York: Plenum Press.

A GRAVIDEZ NO ESPAÇO PSÍQUICO DA MULHER GRÁVIDA:
DAS ATITUDES À VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL.

Ana Paula Camarneiro

A gravidez representa uma fase importante na vida da mulher. É considerada um momento de crise e de crescimento maturacional (Bibring et al., 1961; Colman & Colman, 1994; Erickson, 1959), onde há um processo regressivo, acompanhado de vivências introspectivas e de exigências sociais (Erikson, 1971).

O modo particular como cada mulher faz este percurso entrelaça-se com o modo como se liga ao bebé, criando e desenvolvendo o laço afectivo – vínculo pré-natal (Condon, 1993). Assim, a gravidez transforma-se num acontecimento de vida único, que se traduz no todo do comportamento, das expectativas, das atitudes (Xavier, 1996) e dos afectos em direcção ao feto.

Estão descritos factores que influenciam a vinculação pré-natal materna, tais como sócio-demográficos, obstétricos e psicológicos (Condon & Esuvaranathan, 1990; Laxton-Kane & Slade, 2002; Mendes, 2002; Siddiqui & Hagglof, 1999). São objectivos deste estudo conhecer as atitudes da mulher face à gravidez e maternidade; compreender de que forma as atitudes face à gravidez são influenciadas pelas variáveis sócio-demográficas, dificuldade em engravidar e número de filhos; e conhecer a relação entre as atitudes e a vinculação pré-natal ou laço afectivo que liga a mãe ao bebé antes de nascer.

MÉTODO

Participantes

O estudo foi realizado numa amostra de 212 grávidas do 2º trimestre de gestação, que frequentam consultas de vigilância pré-natal nos serviços de saúde da região centro do país. Trata-se de uma amostra não-probabilística, obtida por conveniência. As participantes têm, em média, 29,3 anos de idade e 21 semanas de idade gestacional (limite mínimo 17 e máximo 25). 76,9% são casadas; 34,9% desempenham profissões de nível 3 de acordo com a escala de Graffar e, na escolaridade, encontram-se nos níveis 2 e 3 da mesma escala em, respectivamente, 34% e 27,8%. São primigestas 61,8%, seguidas

de 34,0% que têm um filho. Foram critérios de inclusão na amostra ter relação conjugal estável, não ter patologia obstétrica, ou psiquiátrica e aderir ao estudo.

Material

O material utilizado foi um questionário sócio-demográfico e clínico, construído para o efeito afim de obter informação sobre a idade, profissão, escolaridade, idade gestacional, dificuldade em engravidar e número de filhos e duas escalas de avaliação das variáveis psicológicas em estudo, a escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade – EAGM (Xavier, Paul, & Sousa, 1996) e a escala de vinculação pré-natal, na versão materna – EVPNM (Condon, 1993, adaptação para português de Camarneiro & Justo, 2009).

A EAGM é constituída por 42 itens de auto-preenchimento, respondidos através de uma escala de tipo likert de quatro pontos, de sempre a nunca (o que significa que quanto mais baixo o valor, melhor o nível obtido), que se organizam em sete dimensões ou sub-escalas, com o seguinte número de itens e a consistência interna encontrada no nosso estudo: “O Filho Imaginado” (sete itens e alfa de Cronbach=0,79); “Boa Mãe” (nove itens e alfa=0,70); “Gravidez como Factor de Mudança/Crescimento Pessoal” (seis itens e alfa=0,76); “Aspectos Difíceis da Gravidez/Maternidade” (oito itens e alfa=0,56); “Relação com a Própria Mãe” (quatro itens e alfa=0,81); “Apoio do Marido/Companheiro” (quatro itens e alfa=0,71); “Imagem Corporal e Necessidade de Dependência” (quatro itens e alfa=0,56). Os valores são somados para cada uma das sete sub-escalas, obtendo-se assim valores diferentes para as dimensões avaliadas.

A EVPNM tem, na versão portuguesa, 17 itens no total, com alfa de Cronbach=0,774 e duas dimensões, a qualidade da vinculação – QV (com 10 itens e alfa de Cronbach=0,70) e a intensidade da preocupação ou tempo dispendido no modo de vinculação – IP (com cinco itens e alfa de Cronbach=0,562). A cotação faz-se somando os pontos respondidos numa escala de um a cinco e obtém-se o valor total da vinculação pré-natal e o valor de cada dimensão.

A presente investigação é transversal, não-experimental e adopta um desenho do tipo exploratório, descritivo e correlacional. Os dados foram tratados em SPSS, versão 15.

RESULTADOS

Relativamente ao conhecimento das atitudes face à gravidez e maternidade, encontramos valores positivos em cada sub-escala, sendo que ao valor mais alto corresponde o menos positivo e encontra-se na sub-escala quatro, como se pode observar no Quadro 1.

Quadro 1

*Estatística descritiva da escala de atitudes
face à gravidez e à maternidade*

	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
1 Filho imaginado	212	7,00	22,00	10,18	2,88
2 Boa mãe	212	9,00	34,00	18,13	3,95
3 Gravidez factor mudança/crescimento pessoal	212	6,00	22,00	10,60	3,15
4 Aspectos difíceis da gravidez/maternidade	212	13,00	32,00	22,84	3,82
5 Relação com a própria mãe	212	4,00	16,00	6,35	2,33
6 Apoio do marido/companheiro	212	4,00	11,00	5,48	1,58
7 Imagem corporal e necessidade de dependência	212	4,00	13,00	8,07	2,05

A vinculação pré-natal mostra resultados positivos, como se pode ver no Quadro 2. No cruzamento de dimensões, observaram-se níveis de vinculação pré-natal forte e saudável em 41,51% dos casos, cuja intensidade de preocupação com o feto é acompanhada por sentimentos de proximidade, ternura e desejo do bebé (Camarneiro & Justo, 2009).

Quadro 2

Estatísticas descritivas da escala de vinculação pré-natal

	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
QV (10 itens)	212	25,00	50,00	40,46	4,73
IP (5 itens)	212	12,00	25,00	22,64	1,94
EVPNM Total (17 itens)	212	54,00	84,00	71,63	6,13

Ao efectuar o estudo inferencial para responder aos objectivos, verifica-se que existem diferenças significativas entre a escolaridade das participantes e as atitudes manifestadas nas sub-escalas filho imaginado ($F=2,66$; $p=0,04$), boa mãe ($F=17,25$; $p=0,001$) e aspectos difíceis da gravidez/maternidade ($F=5,60$; $p=0,01$). Aplicando o teste de Tukey constatamos que essas diferenças se situam, no caso do filho imaginado, entre os níveis 1 e 3,

com uma significância marginal ($p=0,08$), o que aponta para valores mais positivos nas participantes do grupo 3 (instrução secundária incompleta), em comparação com as do grupo 1 (nível superior). Na sub-escala boa-mãe, as diferenças são significativas entre o nível 1 e todos os outros, e entre o nível 2 e 4. São as grávidas mais escolarizadas que apresentam piores resultados, em média, em relação aos outros grupos.

Os aspectos difíceis da gravidez/maternidade são significativamente diferentes entre os grupos 1 e 4 ($p=0,01$), 2 e 3 ($p=0,01$) e 2 e 4 ($p=0,04$). Os primeiros grupos de cada par (1, 2, 2) consideram, em média, que esses aspectos difíceis estão mais presentes, sendo menos valorizados pelos segundos grupos de cada par (4, 3, 4). Verificam-se atitudes mais positivas nos grupos de menor escolaridade. Nas restantes dimensões não se verificam diferenças significativas entre as atitudes e o nível académico. Tal como no caso da escolaridade, verificamos diferenças estatísticas significativas entre a profissão e as sub-escalas filho imaginado ($F=2,83$; $p=0,03$), boa mãe ($F=11,83$; $p=0,001$) e aspectos difíceis da gravidez/maternidade ($F=2,58$; $p=0,03$). Aplicando o teste de Tukey, no caso do filho imaginado não encontramos diferenças entre os grupos, a não ser marginais, entre o 1 e o 5 ($p=0,05$), ou seja, entre executivos, técnicos superiores, directores, etc., e ajudantes de obras ou desempregados e estudantes, respectivamente. Os valores apontam para mais positivos nas participantes do grupo 5, comparativamente com as do grupo 1. Na sub-escala boa-mãe, as diferenças são significativas entre o grupo 1 e os grupos 3, 4 e 5 ($p=0,00$ em todos). Também entre os grupos 2 e 4 ($p=0,01$) e entre os grupos 3 e 4 ($p=0,03$). São as grávidas com profissões mais qualificadas a apresentarem piores resultados, em média, em relação aos outros grupos na dimensão boa mãe.

A idade, testada através da correlação r de Pearson, não se correlaciona com as atitudes face à gravidez e maternidade. Relativamente à dificuldade em engravidar, aplicado o teste t de Student, verificamos diferenças estatisticamente significativas na sub-escala filho imaginado ($t=2,52$; $p=0,01$) com valores mais positivos, em média, nas participantes que referiram dificuldade em engravidar. O número de filhos correlaciona-se positivamente com a sub-escala gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal ($r=0,14$; $p=0,03$), o que significa, pela cotação da escala, que quanto menor o número de filhos, maior a mudança sentida por estas mulheres.

Para cumprir o último objectivo, efectuamos a correlação entre a escala de atitudes e a escala de vinculação pré-natal e verificamos o seguinte: A vinculação pré-natal (VPN) total e as suas dimensões, qualidade da

vinculação (QV) e intensidade da preocupação ou tempo dispendido no modo de vinculação (IP) correlacionam-se negativa e significativamente com as sub-escalas gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal (VPN total, $r=-0,18$; $p=0,006$; QV, $r=-0,15$; $p=0,02$; IP, $r=-0,23$; $p=0,001$) e filho imaginado (VPN total, $r=-0,36$; $p=0,0001$; QV, $r=-0,37$; $p=0,0001$; IP, $r=-0,19$; $p=0,005$). Isto significa que, quanto mais positiva for a mudança/crescimento pessoal e o filho imaginado, mais positiva é a vinculação total, a sua qualidade e a intensidade.

A VPN total e a dimensão QV correlacionam-se negativa e significativamente com a imagem corporal e necessidade de dependência (QV: $r=-0,15$; $p=0,02$; VPN total: $r=-0,17$; $p=0,01$); com o apoio do marido/companheiro (QV: $r=-0,31$; $p=0,0001$; VPN total: $r=-0,30$; $p=0,0001$); a relação com a própria mãe (QV: $r=-0,16$; $p=0,01$; VPN total: $r=-0,17$; $p=0,01$) e a boa mãe (QV: $r=-0,22$; $p=0,001$); VPN total: $r=-0,21$; $p=0,001$).

Os aspectos difíceis da gravidez/maternidade têm relação estatística significativa e positiva com a vinculação pré-natal total ($r=0,14$; $p=0,03$), o que significa que quanto mais difícil a gravidez, menor a vinculação ao bebé.

DISCUSSÃO

Para as variáveis escolaridade e profissão, constatou-se que quanto menores as habilitações académicas e a diferenciação profissional, mais positivas são as atitudes no que nas dimensões filho imaginado, boa mãe e aspectos difíceis da gravidez/maternidade. Estes dados contradizem estudos que referem serem tanto mais positivas as atitudes, quanto mais escolaridade e exercício de profissões mais diferenciadas (Mendes, 2002).

A idade da mulher não se relaciona com as suas atitudes perante a gravidez, o que vem também contradizer os estudos que mostram a presença dessa relação. No entanto, com base nos autores que apoiam a ideia de gravidez como processo regressivo, acompanhado de vivências introspectivas (Erikson, 1971, 1972) e que afirmam que ser mãe corresponde a um desejo ou, para alguns, a uma pulsão universal que aparece desde a mais tenra idade (Lebovici, 1987), podemos justificar esta inexistência de influências da idade nas atitudes face à gravidez.

Já no caso das mulheres que referiram dificuldade em engravidar, observamos valores positivos na atitude filho imaginado. A *imago* do filho tão desejado e que ainda não chegou, está mais presente, foi construída internamente e aparece de forma mais positiva.

O número de filhos influencia o factor de mudança/crescimento pessoal que ocorre na gravidez. Se há filhos anteriores, essa mudança é menos sentida. Com certeza isto reporta-se à experiência já vivida, tal como está descrito em estudos com outras variáveis psicológicas, nomeadamente, a vinculação pré-natal, em que as primíparas expressaram maior vinculação pré-natal, mostraram-se mais preocupadas com a gravidez e mais envolvidas emocionalmente com o feto do que as mulheres que já tinham filhos anteriores (Siddiqui, 1999).

Os resultados encontrados na relação entre as atitudes e a vinculação mostraram que as duas variáveis estão inequivocamente associadas. Esta associação faz-se no mesmo sentido, positivo ou negativo, à excepção de uma dimensão que segue em sentido contrário.

A gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal e o filho imaginado estão em relação com a vinculação pré-natal total e com as duas dimensões, qualidade e intensidade, o que vem ao encontro dos estudos que afirmam ser a gravidez um tempo de mudança e de crescimento pessoal (Colman & Colman, 1994), entrelaçado com o modo como se liga ao bebé, criando e desenvolvendo o laço afectivo – vínculo pré-natal (Condon, 1993).

A imagem corporal e necessidade de dependência, o apoio do marido/companheiro, a relação com a própria mãe e a boa mãe, estão associadas à vinculação pré-natal total e à qualidade da vinculação, mas não à intensidade da preocupação ou tempo dispendido no modo de vinculação. Segundo Condon (1993) e Camarneiro e Justo (2009), a qualidade da vinculação passa pela qualidade das experiências afectivas, sentimentos de preocupação, proximidade, ternura, prazer, entusiasmo, alegria; sonho, interacção, o que surge quando se pensa ou imagina o feto, o que corrobora os resultados encontrados. Esta seria uma dimensão “*Maternage*”. A intensidade da preocupação seria uma dimensão mais comportamental “eu-mãe”, isto é, a acção da grávida em função do bem-estar do bebé-feto, a expectativa do 1º encontro e os pensamentos que acompanham essas acções, o que foi atrás descrito para as atitudes que se associam à IP.

Quanto mais difícil a gravidez, menor a vinculação ao bebé, é um resultado que está de acordo com a dificuldade de ligação afectiva ao bebé, que começa a desenvolver-se durante a gravidez e representa a interiorização precoce do feto, elaborada por ambos os pais (Righetti, 2005). A dificuldade da gravidez acontece internamente quando há núcleos de esterilidade psicológica que dificultam à mulher integrar uma nova identidade e desenvolver-se psicologicamente (Sá, 1996).

A investigação realizada poderá contribuir para a compreensão dos cuidados prestados à criança após o nascimento, predizendo o tipo de relação que a mãe vai estabelecer e contribuir para o seu desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- Bibring, G. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. In R. Eissler, A. Freud, H. Hartmann, & E. Kris (Eds.), *The psychoanalytic study of the child* (vol. XIV, pp. 113-121). London: Imago Publishing Co Ltd.
- Camarneiro, A.P., & Justo, J. (no prelo). Padrões de vinculação pré-natal: Contributos para a adaptação da *Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale* em casais durante o 2º trimestre de gravidez, na região centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Condon, J.T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Condon, J.T., & Esuvaranathan, V. (1990). The influence of parity on the experience of pregnancy: A comparison of first-and second-time expectant couples. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 369-377.
- Erikson, E.H. (1971). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Laxton-Kane, M., & Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Psychology*, 20(4), 253-266.
- Lebovici, S. (1987). *O bebé, a mãe e psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mendes, I.M. (2002). *Ligação materno-fetal*. Quarteto. Coimbra.
- Righetti, P.L., et al. (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Psychology*, 129-137.
- Sá, E. (1997). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.
- Siddiqui, & Hagglof (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *Journal of Reproductive and Psychology*, 17(4), 369-380.
- Xavier, M.R. (1996). EAGM – *Escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade*. Texto policopiado.

O ERRO HUMANO NO CONTEXTO DA SAÚDE:
A ANTIGUIDADE NA ORGANIZAÇÃO
E A PERCEPÇÃO DO ERRO NOS ENFERMEIROS

Ana Rita Cardoso / Rafaela Matavelli / Teresa D'Oliveira

ISPA – Instituto Universitário

Em termos gerais, define-se erro como uma “decisão, acto ou resposta incorrecta” (Porto Editora, 2004, p. 645), qualquer desvio significativo da expectativa, cuja significância depende de um critério estatístico ou normativo (Pereira, 1983, p. 311).

Por erro humano Reason (1990, citado por Clarke, 2003, p. 286) entende ser “a maior ameaça das tecnologias perigosas”. Para este autor, o erro humano é caracterizado por “ocasiões nas quais ocorre falha numa sequência planeada de actividades físicas ou mentais”.

Pode-se afirmar, igualmente, que, à partida, quanto menos tempo um profissional está na empresa exercendo aquele trabalho, mais propensão o mesmo terá para cometer erros. Segundo Borges e Perini (2003), os erros ocorrem pela falta/insuficiência de conhecimento sobre a actividade realizada ou interpretação incorrecta da informação fornecida. Neste sentido, quanto maior a antiguidade do funcionário na empresa (e conseqüente maior conhecimento e experiência), menor o número de erros cometidos pelo próprio. Deluiz (1994) afirma que tanto as competências como as capacidades e habilidades estão directamente relacionadas com os anos de profissão, uma vez que o profissional vai adquirindo, ao longo do seu percurso o conhecimento detalhado do ambiente de trabalho, as qualificações e competências necessárias e as capacidades específicas para minimizar a possibilidade de erro.

O presente estudo visa analisar a relação entre a antiguidade na organização e as várias dimensões do erro: reflexão e comunicação do erro, propensão e aprendizagem com o erro e antecipação e gestão do stress face ao erro.

São vários os panos de fundo que nos remetem para o tema do erro humano, no entanto, iremos atribuir um enfoque especial no contexto do erro relacionado com a saúde.

Muitos erros neste contexto, devem-se a alterações de rotina (um aperfeiçoamento de um procedimento clínico ou de um equipamento) ou a erros na execução dessa rotina, os quais são frequentemente resultado da presença de precursores psicológicos, tais como a fadiga, o *burnout*, o excesso de trabalho, as perturbações de sono, o excesso de álcool ou

drogas, etc. Por outro lado, podemos considerar também os erros de raciocínio. Estes apresentam causas mais complexas, tais como a generalização de situações (o tomar a parte pelo todo), o uso exclusivo da fonte de conhecimento mais acessível, a polarização confirmatória (procurar apenas os dados que confirmam a sua opinião, rejeitando dados que a contrariam) e excesso de confiança na situação em análise. Assim, a taxa de erro de raciocínio é mais elevada, uma vez que comporta uma maior complexidade de acontecimentos (Cascão, 2004).

Na área da saúde verifica-se a constância do trabalho realizado por turnos, neste caso, os erros originados por incorrecções de informação poderão ser minimizados propondo uma maior eficácia e melhor planeamento na sucessão de equipas de trabalho (Oliveira, 2006, p. 76).

Neste sentido, torna-se essencial não só a estandardização de procedimentos, técnicas e equipamentos, como também a contínua formação dos profissionais de saúde, tanto ao nível dos conhecimentos específicos da sua área, como de mecanismos de prevenção do erro (Cascão, 2004). Relativamente aos erros cometidos pelos enfermeiros, em relação aos medicamentos, podemos recorrer ao sistema “unidose”, diminuindo o risco de *overdose* no paciente, e respectivas consequências nocivas.

MÉTODO

Participantes

Os participantes da presente investigação são 126 enfermeiros recrutados em hospitais privados, hospitais públicos, clínicas privadas, centros de saúde e noutras instituições de cuidados de saúde. Os questionários foram aplicados a 29 participantes do sexo masculino e a 97 participantes do sexo feminino. Verificou-se que a média de idades dos participantes era de cerca de 35 anos, sendo de salientar que estes se distribuem por 17 diferentes funções/especialidades. A antiguidade dos participantes na organização apresentou uma média de 9,5 anos e o tempo médio de desempenho das funções foi de 9,7 anos. Os participantes foram convidados a integrar o estudo através de contacto directo; neste sentido, os sujeitos foram incluídos na amostra consoante a sua disponibilidade para preencher o questionário distribuído.

Material

O principal instrumento utilizado para a realização deste estudo foi o Questionário Sobre a Orientação Face aos Erros (adaptado de “Error Orientation Questionnaire” – EOQ –, Rybowskiak et al., 1999) em formato papel. Este questionário é constituído por uma folha de instruções, perguntas relativas a dados demográficos e pessoais e um conjunto de 37 itens de opinião, cotados por uma escala tipo Likert com cinco pontos. Por fim, o questionário apresenta, igualmente, duas questões abertas, nas quais os participantes são inquiridos acerca dos principais erros que podem ocorrer nas actividades que desenvolvem e os dispositivos que a organização disponibiliza para a minimização dos mesmos.

O equipamento utilizado para executar os testes estatísticos necessários para a análise dos dados referentes a cada uma das questões de investigação foi o *software* SPSS (v. 17.0; SPSS Inc, Chicago, IL).

No presente estudo, a experiência/conhecimento do profissional é considerada como variável independente e a sua operacionalização é realizada mediante a seguinte pergunta constante do questionário: “há quanto tempo trabalha para esta empresa/organização? (em anos)”.

A variável dependente que o estudo se propõe a analisar é a orientação face ao erro, a qual se apresenta como uma variável multifacetada, ou seja, para avaliar a orientação face ao erro é necessário considerar várias dimensões. Com o questionário EOQ foi possível analisar as oito dimensões enunciadas pelos seus autores (Rybowskiak et al., 1999) através de afirmações cotadas pelo indivíduo com recurso a uma escala de cinco pontos. Neste sentido, as dimensões avaliadas foram: competência face ao erro, aprendizagem decorrente dos erros, propensão para o erro, stress relacionado com o erro, antecipação do erro, omissão dos erros, comunicação dos erros e, por fim, a dimensão de reflexão sobre os erros.

Na literatura, os alfas de Cronbach apresentados pelas várias dimensões da versão inglesa do questionário EOQ são fidedignos, uma vez que praticamente todos se situam acima de 0,70 (“competência face ao erro” – 0,65; “aprendizagem decorrente dos erros” – 0,89; “propensão para o erro” – 0,74; “stress relacionado com o erro” – 0,79; “antecipação do erro” – 0,73; “omissão dos erros” – 0,78; “comunicação dos erros” – 0,67; “reflexão sobre os erros” – 0,83), (Rybowskiak et al., 1999, p. 537).

No sentido de analisar as qualidades métricas do questionário utilizado no presente estudo, procedemos ao cálculo do alfa de Cronbach de todos os itens do questionário (37 itens) e, ao inverter os itens negativamente correlacionados com o total, procedemos à análise factorial (com rotação

varimax); segundo a regra de *Kaiser* obtivemos 10 componentes (com 65,304 % de variância explicada). Para que as saturações de cada item com o respectivo factor não suscitasse quaisquer dúvidas, considerámos somente as situadas acima de 0,50. Com base neste critério eliminámos 12 itens (2,3,4,9,14,17,20,22,27,29,31,34), sendo que não eram puros. Por sua vez, os itens 2, 4 e 22, foram também retirados por saturarem isoladamente em diferentes componentes e por não serem essenciais para a fiabilidade do questionário. O conjunto final foi composto por 25 itens. Levando em consideração a interpretação dos valores obtidos, e depois de analisarmos diferentes alternativas, procedemos a uma análise factorial forçada a três factores, explicando 47,076% da variância total.

Deste modo, foram enunciados três factores essenciais avaliados pelo questionário: “reflexão e comunicação” (constituído pelos itens 1, 5, 8, 12, 15, 21, 23, 25, 30, 33 e 35), “propensão e aprendizagem” (itens 6, 7, 10, 11, 19, 24, 28, 32 e 37) e “antecipação e stress” (itens 13, 16, 18, 26 e 36). Após este procedimento, apenas retivemos os itens puros em cada factor, ou seja, itens que avaliam exactamente a dimensão que se pretende.

É de salientar que o KMO encontrado na análise factorial para dez factores foi de 0,73, enquanto na posterior análise a três factores o seu valor foi de 0,80; assim, no segundo caso, a recomendação face à análise factorial é executável e boa (Maroco, 2003, p. 268). No que diz respeito ao teste de esfericidade de Bartlett, obtivemos, em ambos os casos, um *p-value* inferior a 0,001, o que significa que as variáveis estão correlacionadas significativamente (Maroco, 2003).

Quadro 1

Sensibilidade e fiabilidade

Factor	Alfa de Cronbach	Skewness	Kustosis
Reflexão e comunicação	0,855	-0,607	0,044
Propensão e aprendizagem	0,797	0,39	0,136
Antecipação e stress	0,675	0,243	0,605

Foi neste sentido que procedemos ao cálculo da fiabilidade das várias componentes levando em consideração a inversão dos itens negativamente correlacionados com o total. Todos os valores do alfa de Cronbach obtidos foram elevados (consultar Quadro 1), permitindo-nos ter elevada confiança na interpretação dos resultados decorrentes de cada componente. Posteriormente, as dimensões foram submetidas a uma análise da sensibilidade, permitindo-nos concluir que as respostas dos

participantes se distribuem de uma forma Normal, uma vez que, segundo Kline (1998, citado por Maroco, no prelo), estudos de simulação de Monte Carlo demonstraram que valores absolutos de assimetria e achatamento inferiores a 3 e 8, respectivamente, não são problemáticos, no que respeita à sua sensibilidade.

Procedimento

No sentido de levar a cabo a presente investigação, foi pedido aos participantes que respondessem ao questionário anteriormente referido. O contexto de preenchimento dos questionários foi deixado à consideração dos participantes, após terem sido fornecidas algumas instruções. Foi pedido aos sujeitos que lessem e respondessem aos questionários com sinceridade e espontaneidade, não existindo respostas certas nem erradas e garantindo o anonimato das respostas. Neste sentido, os questionários foram distribuídos aos profissionais e esperámos que os mesmos nos devolvessem após o seu preenchimento.

RESULTADOS

Com o intuito de analisar a capacidade preditiva da antiguidade dos profissionais na organização relativamente à reflexão e comunicação do erro, à propensão e aprendizagem com o erro e à antecipação e gestão do stress relativamente ao erro, procedemos ao cálculo da validade preditiva da variável (através do método Enter). Enquanto nas duas primeiras dimensões, a antiguidade na empresa não demonstrou qualquer valor preditivo, na dimensão “antecipação e stress” ($p=0.06$), podemos interpretar a existência de uma tendência preditiva. Uma vez que a correlação é positiva, quanto maior a experiência e o conhecimento (antiguidade na empresa), maior a capacidade do sujeito para antecipar os erros e, conseqüentemente, realizar uma gestão do stress mais eficaz. Por outro lado, no sentido de testar as hipóteses enunciadas, procedemos à realização da análise de variância multivariada (MANOVA), para o efeito, agrupámos os participantes em dois grupos, consoante a sua antiguidade na empresa fosse superior ou inferior à média, obtendo os dados descritivos apresentados no Quadro 2. Como se pode verificar no Quadro 3, ao realizar uma análise MANOVA para cada uma das

dimensões, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, o que se pode dever à baixa potência do teste em cada uma das situações – o valor de potência aceitável seria 0,80 (Maroco, 2003).

Quadro 2

Caracterização da variável antiguidade na organização

	<i>N</i>	Média	Desvio-padrão
Antiguidade inferior a 9,5 anos	72	2,722	2,71
Antiguidade superior a 9,5 anos	54	18,54	7,52

Quadro 3

Resultados obtidos através do cálculo da MANOVA para as diferentes dimensões

	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	Observed power
Reflexão e comunicação	1,339	11	0,212	0,686
Propensão e aprendizagem	0,988	9	0,453	0,471
Antecipação e stress	2,017	5	0,081	0,658

Na dimensão “reflexão e comunicação”, o nível de probabilidade foi interpretado a partir do Traço de Pillai, uma vez que os grupos apresentam diferentes dimensões e têm covariâncias heterogêneas ($p=0,001$). Por outro lado, o nível de probabilidade das restantes duas dimensões foi interpretado a partir do Lambda de Wilk, uma vez que se verificavam todas as condições de aplicação da MANOVA, sendo esta, de um modo geral, robusta à violação do pressuposto da normalidade.

Por fim, é de salientar o valor da probabilidade marginal obtido na dimensão “antecipação e stress”. Analisando as diferenças relativas a cada item da componente, apenas se verificou uma diferença significativa entre os grupos no item 26 do questionário (“sinto-me envergonhado(a) quando cometo um erro”), com uma potência de teste de 0,863. Assim, e uma vez que a magnitude ou valor do teste apresenta um valor positivo (Quadro 3), podemos afirmar que quanto maior a antiguidade na organização, menos os participantes se sentem envergonhados quando cometem um erro, ou seja, maior a sua capacidade de gestão do stress face ao erro cometido.

No que respeita à análise qualitativa dos dados recolhidos, foram detetados como principais erros que podem ocorrer na profissão de enfermagem: a administração terapêutica, a troca de identidades entre utentes,

a mudança de turnos, os erros técnicos e a comunicação. Por outro lado, do ponto de vista dos profissionais, a forma de minimizar os erros passaria pela existência de uma maior comunicação entre os departamentos e por uma maior padronização dos protocolos e normas de serviços.

DISCUSSÃO

Primeiramente, podemos afirmar que o questionário aplicado apresenta uma boa validade de constructo, uma fiabilidade elevada e uma sensibilidade considerável, o que nos permite ter confiança nas interpretações dos resultados obtidos para cada dimensão.

De um modo geral, no presente estudo, não foram encontradas relações entre a antiguidade do profissional na organização e a várias dimensões da atitude face ao erro humano ocorrido no decorrer do período laboral.

A primeira hipótese inicialmente formulada postulava que se o profissional fosse mais experiente, iria reflectir mais sobre o seu erro. Mediante os resultados obtidos, infirmamos a hipótese, concluindo-se que o erro humano e o aumento das competências profissionais não são vinculados, uma vez que a antiguidade não está relacionada com a diminuição da percepção dos erros cometidos.

No que diz respeito à segunda hipótese (“se o profissional é mais experiente e possui mais conhecimento, então, irá apresentar uma maior propensão e um mais elevado nível de aprendizagem com os erros”), esta também foi infirmada perante os dados recolhidos no nosso estudo.

A última hipótese, referente à relação entre experiência/conhecimento do profissional e o aumento da capacidade de antecipação do erro e de gestão do stress face ao erro cometido, é igualmente inferida, apesar de se encontrar uma tendência para que, com o aumento da antiguidade, aumente também a capacidade de gestão do stress.

As conclusões alcançadas no presente estudo não estão de acordo com o postulado por Borges e Perini (2003). Estes autores afirmam que quanto menos tempo um profissional está na empresa, mais propensão terá para cometer erros, os quais ocorrem devido à falta/insuficiência de conhecimento sobre a actividade desempenhada ou por interpretação incorrecta da informação fornecida. Neste sentido, os autores supracitados prevêem uma correlação negativa entre a antiguidade na empresa e o número de erros cometidos pelos profissionais. Da mesma forma, Deluiz (1994) afirma que a aquisição de competências, capacidades e habilidades

estão directamente relacionadas com os anos de profissão, permitindo que o profissional adquira as competências necessárias e as capacidades específicas para minimizar a possibilidade de ocorrência de erros.

De acordo com as afirmações dos participantes, as medidas tomadas para minimizar o erro estão directamente relacionadas com a minimização da variação do comportamento humano e, no mesmo sentido, o erro tem maior probabilidade de ocorrer quando relacionado com o processo de atendimento ao paciente, nomeadamente, no que concerne à interrupção e administração de medicamentos (Neri et al., 2006). Por outro lado, tal como mencionado pelos participantes, muitos erros ocorrem devido a alterações de rotinas e à introdução de novos procedimentos, frequentemente desconhecidos pelos profissionais. Assim, seria fundamental apostar na formação dos profissionais, a qual pode actuar de forma a reduzir os erros, uma vez que assenta no treino para lidar com situações específicas, permitindo gerir o stress pessoal. Em suma, na área da prevenção dos erros, torna-se essencial, não só a estandardização de procedimentos, técnicas e equipamentos como também a contínua formação dos profissionais de saúde, tanto ao nível dos conhecimentos específicos da sua área, como de mecanismos de prevenção do erro (Cascão, 2004).

Para Deluiz (1994) os programas de formação profissional e respectiva qualificação das pessoas que trabalham há mais tempo nas empresas, devem possibilitar o desenvolvimento individual do sujeito para que este seja mais competente e crie uma consciência crítica sobre os factores que podem prejudicar o seu trabalho, e muitas das vezes causar o erro, o qual, nomeadamente na área da saúde, pode mesmo ser fatal.

Ao contrário do espectável, não confirmámos a veracidade de nenhuma das hipóteses postuladas a partir da revisão da literatura, contudo, também não foram encontrados estudos empíricos que fossem de encontro aos resultados obtidos no presente estudo. Deste modo, seria essencial proceder à realização de uma nova investigação que levasse em consideração os resultados alcançados e, de uma forma mais sistemática, pretendesse confirmar a existência/ausência de relação entre o incremento da experiência/conhecimento do profissional e a sua atitude face ao erro, essencialmente no que diz respeito às dimensões aqui estudadas: “reflexão e comunicação”, “propensão e aprendizagem” e “antecipação e stress”.

Na nossa opinião, esta ausência de relação poderá dever-se ao facto de que, actualmente, a formação académica dos enfermeiros está muito mais estandardizada e enriquecida e a formação ao longo da carreira é muito

mais frequente, permitindo aos profissionais um maior contacto com as boas práticas de realização das suas tarefas e com estratégias de consciencialização e minimização do erro. Hoje em dia, este deixou de ser um assunto “taboo” e é encarado como algo inevitável no exercício de qualquer profissão, contudo, tem de ser combatido e as suas consequências têm de ser eliminadas ou reduzidas tanto quanto possível.

O nosso estudo apresenta um conjunto de limitações que necessitam de ser reconhecidas. Primeiro, esta investigação foi realizada num momento único com um *design* correlacional, não permitindo inferir relações causais entre as variáveis. Segundo, os participantes estavam cientes de que os dados recolhidos seriam utilizados para um trabalho académico, podendo aumentar o nível de desejabilidade social das suas respostas. E, por último, a amostra utilizada era muito heterogénea, devendo ser levado a cabo um estudo que seleccione uma amostra mais restrita e representativa de uma determinada instituição.

REFERÊNCIAS

- Borges, M., & Perini, E. (2003). E Medication errors: Who is responsible? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(3), 335-341.
- Cascão, R.P. (2004). *A responsabilidade civil e a segurança sanitária*. *Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, 1, consultado a 20 de Outubro de 2008 através de http://www.lexmedicinae.org/por/artigo_prevencao_final.pdf
- Clarke, D.M. (2003). Review essay: Organizational accidents and human error. *Journal of risk research*, 6, 285-288.
- Deluiz, N. (1994). O erro de medicação e ética profissional. Contexto de mudança tecnológica. *Boletim técnico do SENAC.*, 20, 9-25.
- Neri, E., Oliveira, S., Rodrigues, J., Medeiros M., & Fonteles, M. (2006). Erros na área da saúde: Culpado ou inocente. *Infarma*, 18(3,4), 5-8.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J. (no prelo). *Análise estatística com utilização do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Oliveira, T. (2006). Acidentes organizacionais e factores humanos. In J.F.S. Gomes, M.P. Cunha, & A. Rego (2006). *Comportamento Organizacional e Gestão: 21 Temas e Debates para o Século XXI*. Lisboa: RH Editora.

- Pereira, O.G. (1983). Erro humano: Uma conferência internacional. *Análise psicológica*, 3, 309-326.
- Porto Editora. (2004). *Dicionário da língua portuguesa*. Porto: Dicionários editora.
- Rybowiak, V., Garst, H., Frese, M., & Batinic, B. (1999). Error Orientation Questionnaire (EOQ): Reliability, validity and different language equivalence. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 527-547.

CONTRIBUTO PARA A SAÚDE MENTAL
DAS MULHERES COM CANCRO DA MAMA:
A TERAPIA DE GRUPO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Ana Torres / Anabela Pereira / Sara Monteiro

Departamento de Ciências da Educação, Universidade de Aveiro

As doenças cancerosas consistem na terceira principal causa de morte a nível mundial, depois das doenças cardiovasculares e das doenças infecciosas, como podemos observar no gráfico da OMS (2004) inserido em seguida.

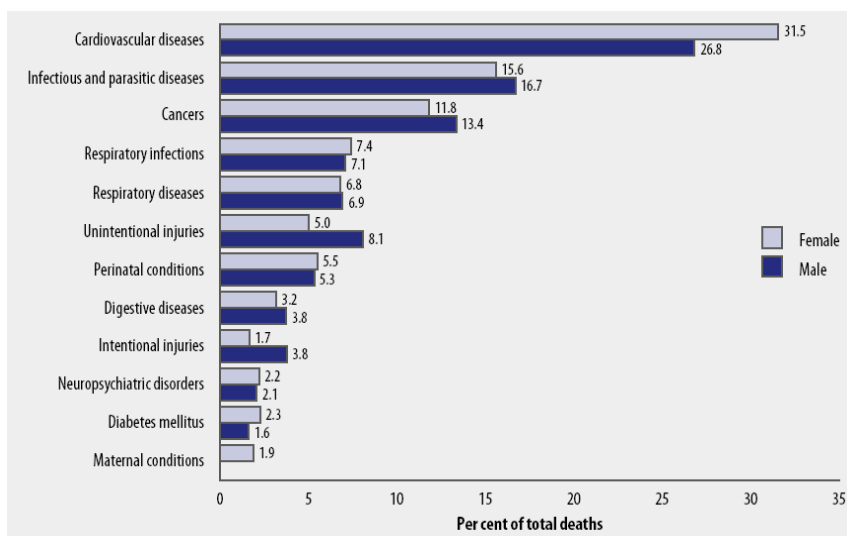


Figura 1. Distribuição de mortes por grupos principais de causas (OMS, 2004)

De acordo com o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2004), em Portugal o cancro também é uma das principais causas de morte, sendo o cancro da mama a causa de morte por cancro mais comum entre as mulheres. Nos gráficos abaixo, do Observatório Europeu do Cancro (2006), em que estão representadas as estimativas da incidência e da mortalidade dos diferentes tipos de cancro nas mulheres portuguesas, conseguimos visualizar com facilidade que a incidência do cancro da mama é muito mais elevada do que a dos outros cancros e que continua a

ser (apesar de todas as medidas de rastreio e de tratamento) o que causa mais mortes nas mulheres portuguesas.

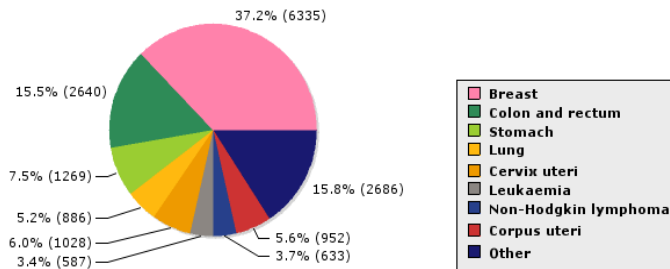


Figura 2. Estimativa da Incidência e da mortalidade do cancro nas mulheres (Observatório Europeu do Cancro, 2006)

Atendendo a este panorama nacional compreende-se que as doenças neoplásicas, e particularmente o cancro da mama, constituam uma das prioridades do plano nacional de saúde actual (Ministério da Saúde, 2004). As doenças cancerosas são associadas por um grande número de pessoas a problemas de saúde fatais. Esta associação ou estigma negativo persiste desde o século XIX, altura em que o diagnóstico de cancro era raro e em que não existiam tratamentos disponíveis para o seu tratamento, o que fazia com que os doentes tivessem um sofrimento penoso e prolongado. Actualmente, existem vários tratamentos disponíveis muito evoluídos para o cancro, tendo-se conseguido alcançar taxas elevadas de tratamento e de alívio dos sintomas da doença e dos efeitos secundários dos tratamentos. Ainda assim, o estigma negativo relativamente ao cancro continua a persistir, tornando-o no estigma negativo relativo a doença mais forte e que persistiu durante mais tempo até hoje (Holland, 1998). Entende-se, assim, que exista uma elevada comorbilidade destas doenças com as doenças mentais, especialmente com a depressão. Vários estudos têm corroborado esta comorbilidade geral (e.g., Zabora et al., 2001), e especificamente em doentes com cancro da mama em Portugal (Santos, Santos, & Abrantes, 1993). Estas doenças comórbidas constituem também uma das prioridades do plano nacional de saúde (Ministério da Saúde, 2004).

É ainda de salientar que se tem verificado uma tendência crescente nos óbitos devido a tumores malignos em Portugal (INE, 2002), o que nos alerta para a pertinência desta patologia e das associadas a ela.

Segundo várias meta-análises, tem-se verificado que as intervenções psicológicas ajudam a reduzir a morbidade psiquiátrica destes doentes (Burke & Kissane, 1998). Uma revisão da literatura mais recente, que aponta no mesmo sentido, defende que a terapia comportamental mostra ter um efeito positivo na qualidade de vida dos doentes com cancro, especialmente na dimensão de desempenho emocional, em indicadores como a depressão e os sentimentos de tristeza (Uitterhoeve et al., 2004). Esta revisão também salienta que a terapia comportamental, combinada com técnicas cognitivas, é o tipo de intervenção mais frequentemente utilizada com pacientes com doença avançada e sublinha que os resultados encontrados suportam a recomendação deste tipo de intervenção para doentes com cancro. É de acrescentar que também existe evidência empírica para afirmar que a terapia de grupo é pelo menos tão eficaz quanto a terapia individual na intervenção com os doentes oncológicos, conforme suportam, a exemplo, os resultados de duas meta-análises discutidas no estudo de Sheard e Maguire (1999). Neste mesmo estudo, os autores salientam que são necessários mais estudos sobre a viabilidade e os efeitos da terapia de grupo no contexto europeu.

A terapia de grupo, em comparação com a terapia individual, apresenta várias vantagens, como as que nomeamos em seguida:

- Apresenta melhor custo-benefício, fornece uma oportunidade de apoio social/emocional entre os doentes entre si e potencia a auto-estima por possibilitar o confronto com a capacidade de ajudar os outros membros do grupo (Spiegel et al., 1999);
- Fornece oportunidade para um feedback imediato e para observação das respostas psicológicas, emocionais e comportamentais dos doentes.

Existem vários tipos de terapia de grupo para doentes oncológicos, apesar de na prática não se tratarem de terapias mutuamente exclusivas, a saber:

- Terapia Cognitivo-comportamental, que consiste na adaptação da terapia individual e se caracteriza pela ênfase colocada nos problemas específicos correntes dos doentes, na identificação e disputa de pensamentos automáticos negativos, no estabelecimento de objectivos terapêuticos, no desenvolvimento de competências de *coping*, na prescrição de tarefas de mestria e de prazer, no treino de relaxamento e no encorajamento de expressão de emoções.
- Terapia Psico-educativa, que se concentra no fornecimento de informação acerca do cancro e dos tratamentos, mas que algumas

vezes, adicionalmente, também engloba o ensino de competências de *coping*, de manejo de stress e de exercícios de relaxamento.

- Terapia de Suporte e de Expressão, que enfatiza a expressão de sentimentos e medos acerca da doença, o suporte e a aprendizagem mútua. Para esse efeito, nas sessões de grupo são discutidos assuntos como o cancro e os tratamentos, os problemas familiares e comunicacionais, o aprender a viver com o cancro e a morte.

As terapias de grupo psico-educativas e de orientação cognitivo-comportamental são intervenções geralmente breves, de cerca de 6 a 12 sessões, ao contrário da terapia de suporte e de expressão. Relativamente à eficácia, são necessários mais estudos que comparem os vários tipos de terapia de grupo, conforme alertam vários autores (Moorey & Greer, 2002; Chujo et al., 2005). Esta necessidade encontra-se relacionada com o facto dos estudos que existem até ao momento terem levado a conclusões distintas, apesar da maioria fornecerem suporte à eficácia das terapias de grupo estruturadas e, especificamente, às que incluem estratégias cognitivo-comportamentais (Meyer & Mark, 1995; Spiegel et al., 1999).

Desde os anos 70 que a terapia cognitivo-comportamental tem recebido suporte empírico relativo à eficácia de aplicação em várias situações clínicas, contudo, o número de estudos relativos à aplicação deste tipo de terapia de grupo a doentes oncológicos é escasso.

Os estudos que aplicaram a terapia cognitivo-comportamental a doentes oncológicos individualmente parecem demonstrar que é eficaz na obtenção de melhorias em vários indicadores psicológicos (Moorey, Greer, Bliss, & Law, 1998). O que também se tem concluído da aplicação desta terapia a mulheres com cancro da mama (Savard et al., 2006). Também os poucos estudos sobre a aplicação deste tipo de terapia de grupo parecem apontar no mesmo sentido, de melhoria do ajustamento psicológico destes doentes (Bottomley et al., 1996).

No que diz respeito a estudos com programas terapêuticos de grupo, que incluem estratégias cognitivo-comportamentais, com mulheres com cancro da mama, têm-se encontrado resultados de eficácia terapêutica nos seguintes indicadores psicológicos:

- *Coping* (Cameron et al., 2007);
- Depressão e Perturbações de Humor (Chujo et al., 2005; Edelman, Bell, & Kidman, 1999; Simpson, Carlson & Trew, 2001);
- Ansiedade (Cameron et al., 2007; Chujo et al., 2005; Kissane et al., 2003);

- Auto-estima (Edelman, Bell, & Kidman, 1999);
- Psicopatologia em geral (Simpson, Carlson, & Trew, 2001);
- Funcionamento Familiar (Kissane et al., 2003);
- Raiva-Hostilidade, *Helpleness-Hopelessness* e auto-imagem (Chujo et al., 2005);
- Bem-estar emocional, percepção do risco de recorrência de cancro e grau de preocupação com a doença (Cameron et al., 2007).

Do que podemos verificar, o único estudo que não encontrou ganhos terapêuticos significativos com a aplicação deste tipo de terapia de grupo foi o de Watson, Fenlond, Mcvey e Fernandez-Marcos (1996), o que pode estar relacionado com a baixa morbidade psicológica apresentada pelas participantes do estudo já antes da intervenção.

No entanto, só um estudo conseguiu verificar a manutenção dos ganhos terapêuticos durante um longo período de tempo, mais precisamente dois anos (Simpson, Carlson & Trew, 2001). Ao invés, os outros estudos só obtiveram a manutenção dos ganhos na avaliação realizada no final da intervenção ou nas efectuadas depois de 3 meses. Pode-se concluir, então, que são necessários estudos que procurem encontrar opções terapêuticas que potenciem a manutenção dos ganhos terapêuticos por mais tempo.

É, então, consensual que são necessários mais estudos sobre os efeitos das intervenções de grupo nas doentes com cancro da mama, que comparem a eficácia de várias orientações terapêuticas, bem como, também é pertinente estudar estratégias que promovam a manutenção dos efeitos terapêuticos.

O objectivo deste trabalho é apresentar um projecto de investigação a realizar em Portugal, que procura desenvolver um protocolo terapêutico cognitivo-comportamental de grupo para mulheres com cancro da mama, bem como, a efectuar um estudo empírico comparativo, posterior, entre a terapia de grupo cognitivo-comportamental desenvolvida e uma intervenção de grupo estritamente psico-educativa. Os objectivos específicos do projecto de investigação mencionado são os seguintes: encontrar estratégias cognitivo-comportamentais para aplicação em grupo eficazes na promoção do ajustamento psicológico de mulheres com cancro da mama e na manutenção dos efeitos terapêuticos alcançados; encontrar características formais de funcionamento dos grupos terapêuticos que potenciem a eficácia e durabilidade terapêutica; avaliar se a intervenção de grupo cognitivo-comportamental é mais eficaz e mais duradoura do que a intervenção de grupo puramente psico-educativa a nível de vários indicadores psicológicos (auto-conceito, optimismo, estratégias de *coping*, qualidade de vida, psico-

patologia, medo de recorrência e grau de preocupação com o cancro). Espera-se obter maior eficácia e durabilidade nas variáveis psicológicas apresentadas com a intervenção de grupo cognitivo-comportamental.

MÉTODO

Participantes

A amostra será constituída por mulheres com cancro da mama, que pertencem ao “Movimento Vencer e Viver” do Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro ($N=80$). Existem sete grupos pré-existentes, que correspondem às 7 delegações do Movimento: Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Covilhã, Guarda, Leiria e Viseu. Os sete grupos serão distribuídos aleatoriamente pela condição de terapia de grupo cognitivo-comportamental e outros 3 que serão sujeitos a terapia de grupo psico-educativa.

As doentes darão consentimento informado para participação no estudo, após os procedimentos serem claramente explicados.

Serão excluídas as mulheres que apresentem algum dos seguintes critérios: inaptidão para participar em tarefas de grupo; severa incompatibilidade com um ou mais membros do grupo; acentuada falta de motivação para a mudança; frequência de outro tipo de psicoterapia simultânea; presença de perturbações psiquiátricas anteriores ao diagnóstico de cancro da mama, de perturbações orgânicas cerebrais ou de dependência de droga/álcool.

Material

A avaliação inicial será realizada numa sessão prévia ao início da terapia de grupo, em todos os grupos em estudo. Será realizada uma segunda avaliação no final da terapia de grupo e mais duas avaliações, após 6 e 12 meses, respectivamente. A bateria de avaliação psicológica compreende os seguintes testes, seleccionados após exaustiva revisão bibliográfica: para avaliação do Auto-Conceito (“*Inventário Clínico de Auto-conceito*”; Vaz-Serra, 1986); para o Optimismo (“*Lot-R – Life Orientation Test Revised*”; Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006); para o Coping (“*Cancer Coping Questionnaire*”; Moorey, Frampton, & Greer, 2003), para a Adaptação ao Cancro (“*Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale*”; Watson et al., 1988); para a Qualidade de Vida (“*Escala de Qualidade de Vida da*

Organização Mundial de Saúde WHOQOL-Bref”; Vaz-Serra et al., 2006) e para a Psicopatologia (“*Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*”, Zigmond & Snaith, 1983).

O medo de recorrência e o grau de preocupação com o Cancro serão avaliados com questões desenvolvidas por nós, com escalas de resposta (*rating scales*), do tipo: “*Quanto é que está preocupada com a recorrência de cancro da mama? Escolha um número de 7: Extremamente a 0: Nada Preocupada*”. Também serão efectuadas questões relativas ao estágio da doença e às intervenções fisiológicas efectuadas (i.e., quimioterapia, radioterapia, esvaziamento dos gânglios linfáticos, mastectomia/tumorectomia). Uma vez que alguns dos instrumentos não se encontram aferidos para a população portuguesa, pretende-se colmatar esta lacuna com a realização de estudos psicométricos (teste-reteste e estudos de validação dos instrumentos).

Desenho de investigação

Tratar-se-á de um estudo prospectivo dos efeitos psicológicos desencadeados pela terapia de grupo cognitivo-comportamental e pela terapia de grupo psico-educativa em mulheres com cancro da mama. Consistirá igualmente num estudo aleatorizado com dois grupos, com pré-teste e 3 pós-testes (2 de *follow-up*).

DISCUSSÃO

O projecto de investigação apresentado neste trabalho procura dar resposta às necessidades de investigação, relativas às terapias cognitivo-comportamentais de grupo para mulheres com cancro da mama, mas, mais do que isso, procura conseguir contribuir com intervenções psicológicas eficientes para as mulheres com cancro da mama.

REFERÊNCIAS

- Bottomley, A., Hunton, S., Roberts, G., Jones, L., & Bradley, C. (1996). A pilot study of cognitive-behavioural therapy and social support group interventions with newly diagnosed cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, *14*, 65-83.

- Burke, S., & Kissane, D.W. (1998). *Psychosocial support for breast cancer patients: A review of interventions by specialist providers: A Summary of the literature 1976-1996*. NHMRC National Breast Cancer Centre: Sydney (Australia).
- Cameron, L.D., Booth, R.J., Schlatter, M., Ziginskas, D., & Harman, J.E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *16*, 171-180.
- Chujo, M., Mikami, I., Takashima, S., Saeki, T., Ohsumi, S., Aogi, K., & Okamura, H. (2005). A feasibility study of psychosocial group intervention for breast cancer patients with first recurrence. *Support Care Cancer*, *13*, 503-514.
- Edelman, S., Bell, D. R., & Kidman, A. D. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, *8*, 295-305.
- Holland, J.C. (1998). Societal views of cancer and the emergence of psycho-oncology. In J.C. Holland (Ed). *Psycho-oncology* (pp. 3-15). New York: Oxford University Press.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). As causas de morte em Portugal: Resultados definitivos. Destaque do INE.
- Kissane, D.W., Bloch, S., Smith, G.C., Miach, P., Clarke, D.M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N., & McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, *12*, 532-546.
- Meyer, T.J., & Mark, M.M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, *14*, 101-108.
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos. Vol. I – Prioridades*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2006, Julho). Portuguese study of Life Orientation Test – Revised (LOT-R). Comunicação apresentada na *3rd European Conference on Positive Psychology*. Braga, Portugal.
- Moorey, S., Frampton, M., & Greer, S. (2003). The cancer coping questionnaire: A self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behavior. *Psycho-oncology*, *12*, 331-344.
- Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J., & Law, M. (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, *7*, 218-228.

- Santos, Z., Santos, G., & Abrantes, P. (1993). Psicopatologia e efeitos secundários associados a quimioterapia em doentes com carcinoma da mama. *Psiquiatria Clínica, 14*(1), 33-40.
- Savard, J., Simard, S., Giguère, I., Ivers, H., Morin, C.M., Maunsell, E., Gagnon, P., Robert, J., & Marceau, D. (2006). Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: Psychological and immunological effects. *Palliative & Supportive Care, 4*, 219-237.
- Sheard, T., & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: Results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer, 80*, 1770-1780.
- Simpson, J.S., Carlson, L.E., & Trew, M.E. (2001). Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. *Cancer Practice, 9*(1), 19-26.
- Spiegel, D., Morrow, G.R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, B., Mudaliar, N., Pierce, H.I., Flynn, P.J., Heard, L., & Riggs, G. (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: A multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology, 8*, 482-493.
- Uitterhoeve, R.J., Vernooij, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., Mulder, P., & Van Achterberg, T. (2004). Psychosocial interventions for patients with advanced cancer – A systematic review of the literature. *British Journal of Cancer, 91*, 1050-1062.
- Vaz-Serra, A. (1986). O inventário clínico de auto-conceito. *Psiquiatria Clínica, 7*(2), 67-84.
- Vaz-Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica, 27*(1), 41-49.
- Watson, M., Fenlond, D., Mcvey, G., & Fernandez-Marcos, M. (1996). A support group for breast cancer patients: Development of a cognitive-behavioural approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 24*(1), 73-81.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC Scale. *Psychological Medicine, 18*, 203-209.
- World Health Organization. (2004). Global burden of disease report. Part 2: Causes of death.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). *Psycho-Oncology, 10*, 19-28.
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.

ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS DE VIDA
(VERSÃO PORTUGUESA DO *LIFE-H 3.1 GENERAL SHORT FORM*)

Anabela Correia Martins^{1,2} / *José Pais Ribeiro*²

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

A participação é um conceito chave nos modelos de incapacidade de vários departamentos, institutos e centros de investigação e estatística, existindo directrizes metodológicas para o desenvolvimento de indicadores que a contemplem (Commission of the European Communities, 2007); Portugal não pode ficar alheio. O objectivo do presente estudo é explorar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do *LIFE-H 3.1 General Short Form*, que avalia a participação social, em relação ao desempenho ou realização de actividades, considerando ainda o tipo de assistência requerido e a satisfação.

A versão original deste instrumento, designado por Assessment of Life Habits (LIFE-H), foi desenvolvida a partir do Modelo Disability Creation Process (DCP), por Fougeyrollas (1993), para avaliar os hábitos de vida e as situações de desvantagem, conceitos associados à participação social (Dumont, Gervais, Fougeyrollas, & Bertrand, 2004; Noreau, Fougeyrollas, & Tremblay, 2003).

Desde tarefas simples, como usar um copo ou escovar os dentes, a tarefas mais complexas, como por exemplo, manter uma conversa ou assumir determinada responsabilidade, a versão mais recente, a *LIFE-H 3.1 General Short Form*, é um instrumento que compreende 77 hábitos de vida, organizados em 12 categorias, por sua vez agrupadas de acordo com dois sub-grupos, o de *Actividades Básicas da Vida* (37 itens), que inclui as categorias Nutrição, *Fitness*, Cuidados Pessoais, Comunicação, Habitação e Mobilidade; e o de *Regras Sociais* (40 itens), que inclui as categorias Responsabilidades, Relações Interpessoais, Vida Comunitária, Educação, Emprego e Recreação.

Alguns desses hábitos são realizados porque são necessários à sobrevivência (dormir, nutrição, higiene). Outros podem ser ou não realizados, dependendo das características individuais e do contexto em que este se encontra (manter a habitação, educação académica, ocupação remunerada). Assim, este pode servir para identificar potenciais situações problemáticas que constem de planos individualizados de intervenções interdisciplinares.

Desde a publicação da primeira versão 1.0, sucessivas versões da *LIFE-H* têm sido validadas (versão 2.0, versão 3.0 e versão 3.1). Também existe uma

versão infantil (5-13 anos), desenvolvida em 2001 (Fougeyrollas & Noreau, 2002).

A avaliação do desempenho ou realização de cada um dos hábitos de vida resulta da identificação: (1) do grau de dificuldade em o concretizar (escala ordinal de 5 pontos), e (2) do tipo de assistência requerida (escala ordinal de 4 pontos). Se um determinado item não faz parte dos hábitos ou estilo de vida de determinada pessoa, deve ser referido que este *não se aplica*.

De facto, numa perspectiva de Direitos Humanos e do Movimento de Vida Independente, hábitos de vida que não sejam realizados por opção pessoal, não deverão ser considerados quando temos por objectivo qualificar restrições na participação.

É um instrumento auto-administrado ou administrado por um terapeuta. O nível de dificuldade e o tipo de assistência são combinados e as pontuações resultam da ponderação de ambos através da seguinte fórmula: $(\sum \text{pontuações} \times 10) / (\text{n.º de itens aplicáveis} \times 9)$. As pontuações totais de cada categoria de hábitos de vida estão compreendidas entre 0 e 10.

Como já referimos, vários estudos foram realizados no sentido de melhorar as anteriores e validar as conseqüentes versões. Os resultados dos mesmos, nomeadamente informação sobre as propriedades psicométricas das várias versões, poderão ser consultados no Manual do Utilizador do LIFE-H (Noreau et al., 2003).

Relativamente aos últimos estudos e no que diz respeito à versão do LIFE-H 3.1 *General Short Form* para adultos, a consistência interna da sub-escala *Actividades Básicas da Vida* (37 itens), suportada pelo alpha de Cronbach (α) é de 0,79 e a consistência interna da sub-escala *Regras Sociais* (40 itens) é de 0,83. No geral da escala, as correlações intraclasse de cada uma das categorias são moderadas a altas ($ICC > 0,60$) (Labbé, Noreau, Bernard, & Fougeyrollas, 1999a,b, cit. por Noreau et al., 2003).

O processo de avaliação da validade de conteúdo da primeira versão do LIFE-H decorreu entre 1993 e 1995. Nele participaram 12 *experts* escolhidos pelo seu reconhecimento nas áreas da reabilitação e integração social, como investigadores, clínicos e consumidores, com diferentes *backgrounds* (terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia, serviço social), sendo assumida uma relação estreita com o modelo ICIDH, precedente da ICF (WHO, 2001). Nesta versão, a escala de 0 a 9 era ascendente relativamente ao grau de dificuldade de realização da actividade. A versão actual utiliza a mesma escala (0-9), mas à medida que o grau de dificuldade aumenta, a pontuação diminui. Outras modificações, nas sucessivas versões, têm sido pouco significativas (Noreau et al., 2003).

A validade convergente foi demonstrada em diversos estudos que utilizaram ao longo do tempo a versão original ou as mais recentes (Desrosiers et al., 2001; Noreau et al., 2003), provando existir correlações moderadas a fortes entre as pontuações do LIFE-H e as pontuações de medidas como a *Community Integration Questionnaire* (CIQ), o CHART (*Craig Handicap Assessment & Reporting Technique*), o SMAF (*The Système de Mesure de L'Autonomie Fonctionnelle*) e o *Functional Independence Measure* (FIM).

Embora o tempo previsto para preencher a versão reduzida (30 a 60 minutos) nos tivesse feito reflectir sobre a sua aplicação, o facto de não requer treino para o seu preenchimento ou para o pontuar e a disponibilidade de informação compilada no manual com as instruções de preenchimento e de cotação, para além da versão 3.1 em língua inglesa, que nos foi fornecido pelos autores, fez-nos avançar no processo de validação para a língua e cultura portuguesas.

As suas boas propriedades psicométricas, o facto de ser recente e promissor (Dijkers, Whiteneck, & El-Jaroudi, 2000), ser conceptualmente forte, incorporando a interacção pessoa-meio e uma sobreposição com o modelo veiculado na ICF (WHO, 2001) e finalmente, porque o conceito de participação que veicula está descrito com base na perspectiva individual de *performance* e não na perspectiva social (Dumont et al., 2003), foram outras razões para a nossa opção.

MÉTODOS

A tradução de instrumentos, normalmente desenvolvidos na versão original em língua inglesa, é o primeiro passo para que se possam utilizar noutra língua. Só depois de testado o seu comportamento noutra cultura, definido o modo de pontuação e de serem conhecidas as suas propriedades psicométricas é que se pode dizer que a nova versão está apta a ser utilizada. Para que se possa aplicar em realidades linguísticas e culturais diferentes, há que garantir que as traduções e adaptações sejam equivalentes. Depois de obtida a autorização dos autores da versão original, acertaram-se com os mesmos os detalhes do processo.

Após tradução e retroversão, realizadas por dois investigadores independentes e dois tradutores português-inglês foi realizado um pré-teste dessa versão, através de entrevista a dez pessoas comuns.

As propriedades psicométricas da versão portuguesa, que designámos por Avaliação dos Hábitos de Vida (Versão Portuguesa da LIFE-H 3.1), foram

analisadas numa amostra de conveniência, de 190 utilizadores de cadeira de rodas, de ambos os sexos (29,3% mulheres), idade $M=37,15$ anos, $DP=12,23$. Quanto ao tempo de utilização da cadeira de rodas, verificou-se que o participante que utilizava cadeira de rodas há menos tempo, fazia-o há 1 ano e que 38 anos era, pelo contrário, o tempo de utilização máximo; tempo de utilização $M=13,96$, $DP=9,23$. Seguindo a mesma metodologia dos estudos já referidos, a análise estatística constou de associações entre medidas, comparação de médias entre grupos e teste da fidelidade. Recorremos, ainda, à análise factorial exploratória. Os dados foram tratados com recurso ao programa estatístico SPSS 17.0.

Participantes

Os participantes foram recrutados em vários locais onde recebiam serviços de Fisioterapia ou na comunidade, foram informados dos objectivos do trabalho e assinaram o respectivo consentimento.

No Quadro 1 apresenta-se uma caracterização sucinta da amostra quanto ao estado civil, situação sociofamiliar e diagnóstico associado. Os participantes são, maioritariamente solteiros, representando 66,30% da amostra ($n=126$) e casados (23,20%). Quanto à situação sociofamiliar, verifica-se que 32 (16,80%) dos indivíduos vivem sozinhos e 55,20% da amostra trabalha ou estuda. A condição de saúde mais frequente é a lesão vertebro-medular (42,20%).

Quadro 1

Caracterização da amostra quanto ao estado civil, situação sociofamiliar, ocupação actual e diagnóstico (N=190)

		<i>n</i>	<i>%</i>
Estado civil	Solteiro(a)	126	66,30
	Casado(a)	44	23,20
	Divorciado(a)	13	6,80
	Viúvo(a)	2	1,10
	Coabitação	5	2,60
Situação sociofamiliar	Vive sozinho(a)	32	16,80
	Vive acompanhado(a)	158	83,20
Ocupação Actual	Trabalha ou estuda	105	55,20
	Reformado ou desempregado	85	44,80
Diagnóstico	Distrofias e miopatias	28	14,70
	Doenças degenerativas	12	6,30
	Lesão vertebro-medular	82	42,20
	Paralisia cerebral	25	13,20
	Outros	43	22,60

RESULTADOS

Consistência interna e correlação entre domínios e sub-escalas

No Quadro 2, para além dos valores de α de Cronbach das sub-escalas *Actividades Básicas da Vida* (37 itens) e *Regras Sociais* (40 itens), respectivamente de 0,96 e 0,95, podemos encontrar o valor da escala total (77 itens), que é 0,98, e de cada uma das categorias.

Quadro 2

*Consistência interna da avaliação dos hábitos de vida
(Versão portuguesa da LIFE-H 3.1 General Short Form)*

	<i>N</i> itens	α Cronbach	α Cronbach original
Hábitos de vida (LIFE-H) (<i>n</i> =146)	77	0,98	
Actividades básicas da vida (<i>n</i> =179)	37	0,96	0,79*
Nutrição (<i>n</i> =179)	4	0,80	
Fitness (<i>n</i> =179)	4	0,75	
Cuidados pessoais (<i>n</i> =179)	8	0,92	
Comunicação (<i>n</i> =179)	8	0,86	
Habitação (<i>n</i> =179)	8	0,85	
Mobilidade (<i>n</i> =179)	5	0,63	
Regras sociais (<i>n</i> =146)	40	0,95	0,83*
Responsabilidades (<i>n</i> =179)	8	0,92	
Relações interpessoais (<i>n</i> =179)	7	0,78	
Vida comunitária (<i>n</i> =179)	8	0,93	
Educação (<i>n</i> =146)	2	0,86	
Emprego (<i>n</i> =179)	8	0,90	
Recreação (<i>n</i> =179)	7	0,77	

Nota. *Para a LIFE-H 3.1 General Short Form (Labbé et al., 1999, cit. por Noreau et al., 2003).

Os valores de α de Cronbach para cada categoria são os seguintes: Nutrição ($\alpha=0,80$), Fitness ($\alpha=0,75$), Cuidados Pessoais ($\alpha=0,92$), Comunicação ($\alpha=0,86$), Habitação ($\alpha=0,85$), Mobilidade ($\alpha=0,63$), Responsabilidades ($\alpha=0,92$), Relações Interpessoais ($\alpha=0,78$), Vida Comunitária ($\alpha=0,93$), Educação ($\alpha=0,86$), Emprego ($\alpha=0,90$) e Recreação ($\alpha=0,77$). Como podemos verificar, todos os valores ultrapassam 0,70, excepto a categoria Mobilidade.

Labbé et al. (1999), citado no Manual do LIFE-H (Noreau et al., 2003), identificou apenas os valores de consistência interna das sub-escalas, sendo de 0,79 para a das Actividades Básicas da Vida e de 0,83 para a das Regras Sociais.

A validade convergente/discriminante dos itens foi inspeccionada pela correlação do item com o domínio a que pertence (corrigida para

sobreposição), comparada com as correlações dos domínios a que não pertence, com valores de coeficiente de correlação $\geq 0,40$.

Podemos ainda acrescentar que os valores de correlação da escala total e da sub-escala Actividades Básicas da Vida ($r=0,94$, $p<0,001$) e da sub-escala Regras Sociais ($r=0,95$, $p<0,001$) confirmam a relação equilibrada de cada uma delas na compreensão do constructo global Hábitos de Vida.

A inspecção das correlações entre os domínios e a escala total demonstra que o que melhor explica o resultado da escala total é o Emprego ($r=0,82$, $p<0,001$) e o que explica pior é o das Relações Interpessoais ($r=0,58$, $p<0,001$), parecendo apontar para uma relação mais estreita entre o emprego e a participação social, do que entre as relações interpessoais e a participação social.

Quanto à situação sociofamiliar, verificámos que quem vive sozinho apresenta um valor médio do LIFE-H (8,05) mais alto do que o grupo dos que vivem acompanhados (6,11), sendo essa diferença estatisticamente significativa [$t(89,81)=8,14$, $p<0,001$]. Quem trabalha ou estuda também apresenta um valor médio do LIFE-H mais alto (6,78) do que quem está reformado ou desempregado (5,81), e essa diferença é estatisticamente significativa [$t(144)=2,99$, $p<0,001$].

A pesquisa de correlações da escala LIFE-H revelou valores estatisticamente significativos, embora baixos com o Suporte Social Tangível ($r=-0,26$, $p<0,001$) e moderados com a Auto-eficácia dos Utilizadores de Cadeira de Rodas ($r=0,46$, $p<0,001$), o que indicia validade de construção e validade de critério.

Para explorar a distribuição factorial dos itens, recorremos à análise factorial exploratória (análise das componentes principais) com rotação VARIMAX, que identificou 11 dimensões, cuja variância cumulativa explicada dos valores próprios é de 99,98%. Quase todos os itens apresentam uma carga factorial alta ($>0,70$), o que nos garante validade de construção.

Uma vez obtida uma versão portuguesa com uma distribuição dos itens por 11 em vez de 12 dimensões, como na versão original, continuamos a trabalhar na análise dos 77 itens da escala no sentido de averiguar o poder discriminatório de cada um.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que a versão portuguesa do LIFE-H apresenta propriedades psicométricas (fidelidade, validades de construção e de critério)

adequadas para poder ser utilizada em contextos clínicos e de investigação, nomeadamente para medir resultados dos processos de reabilitação.

Assumimos que apesar da análise dos itens realizada já fornecer indícios sobre a organização da escala e sobre cada uma das suas categorias, continuamos a analisar este instrumento no que respeita à validade convergente/discriminante.

A utilização do LIFE-H (versão portuguesa) pode ser útil para áreas como a fisioterapia, a psicologia, ou genericamente para a reabilitação. Se as regras sociais podem depender das preferências de cada pessoa e consequentemente podemos aceitar que os perfis de participação podem ser distintos de pessoa para pessoa, o mesmo não poderá acontecer com as actividades básicas da vida, que quase nunca são facultativas. Ao investir em programas capazes de garantir o desempenho de actividades básicas da vida, não só porque estas são fundamentais à sobrevivência humana mas, porque simultaneamente ajudam a desenvolver o controlo sobre si e sobre o meio ambiente que o rodeia, será necessário avaliar os seus resultados.

REFERÊNCIAS

- Commission of the European Communities. (2007). Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – Situation of disabled people in the European Union: The European Action Plan 2008-2009. Brussels: CEC.
- Dijkers M., Whiteneck G., & El-Jaroudi, R. (2000). Measures of social outcomes in disability research. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 81(suppl. 2), S63-S80.
- Dumont, C., Gervais, M., Fougeyrollas, P., & Bertrand, R. (2004). Towards an explanatory model of social participation for adults with traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabilitation*, 19(6), 431-444.
- Fougeyrollas, P. (1993). Documenting environmental factors as determining variables in the day-to-day activities and the fulfilment of social roles by impairments and functional limitations. *ICIDH International Network*, 5(3), 8-13.
- Fougeyrollas, P., & Noreau, L. (2002). *Assessment of life habits (Life-H 3.1)*. Lac-Saint-Charles, Quebec: National Library of Canada.
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., Bergeron, H., Cloutier, R., Dion, S.A., & St-Michel, G. (1998). Social consequences of long term impairments and disabilities:

Conceptual approach and assessment of handicap. *International Journal of Rehabilitation Research*, 21(2), 127-141.

Noreau, L., Fougereyrollas, P., & Tremblay, J. (2003). Measure of life habits LIFE-H user's manual. INDCP, Lac-Saint-Charles, Quebec: National Library of Canada.

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: Classification, Assessment, Surveys and Terminology Team.