

PODEM OS FACTORES PESSOAIS DETERMINAR A  
PARTICIPAÇÃO SOCIAL DOS UTILIZADORES DE CADEIRAS DE  
RODAS? – INSIGHTS PARA REPENSAR AS ABORDAGENS

*Anabela Correia Martins<sup>1</sup> / José Pais Ribeiro<sup>2</sup>*

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

Numa perspectiva holística de saúde e de bem-estar, é consensual admitir-se que a qualidade de vida (QV) pode ser afectada por factores intrínsecos e extrínsecos ao ser humano, mas Dijkers (1997) alertou para uma nova necessidade, a de considerar o envolvimento em actividades quotidianas significativas para as pessoas com incapacidade, uma vez que estas apresentavam associações fortes com a QV. Actualmente, a participação do ser humano, definida na ICF como o *envolvimento numa situação da vida real* (WHO, 2001, p.12), é um conceito chave nos modelos de incapacidade de vários departamentos, institutos e centros de investigação e estatística mundialmente reconhecidos (Institute of Medicine [IM], 2007; National Institute on Disability and Rehabilitation Research [NIDRR], 2005-2009). Na Europa, é assumido nos pareceres e propostas que a participação deverá ser incluída nas estatísticas comunitárias, tendo o Conselho da Europa publicado, recentemente, directrizes metodológicas para o desenvolvimento de indicadores que a contemplem (Commission of the European Communities, 2007). Em Portugal, o Programa Nacional para a Participação dos Cidadãos com Necessidades Especiais (Resolução do Conselho de Ministros, 2002), as Grandes Opções do Plano 2005-2009, aprovado pelo Conselho de Ministros, em 2005, o 1º Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social [MTSS], 2006) também explicitam esse interesse, estando a participação relacionada com a capacidade da pessoa em ser activa e um membro contribuinte na sociedade.

Segundo a ICF, os factores ambientais e pessoais (contextuais) interagem com a condição de saúde, influenciando as componentes da funcionalidade humana (WHO, 2001), nomeadamente a participação social (Dumont, Gervais, Fougeyrollas, & Bertrand, 2004; Fougeyrollas, Noreau, Bergeron, Cloutier, Dion, & St-Michel, 1998; Fougeyrollas, Tremblay, Noreau, Dumont, & Stonge, 2005; Noreau & Fougeyrollas, 2000; Noreau, Fougeyrollas, & Tremblay, 2003). Apesar de Harris e Eng (2003) recomendarem que se considerassem as actividades e a participação como o foco principal dos programas de reabilitação e de

Cummins (2002) até ter apresentado um modelo conceptual alternativo à ICF, em que a participação social tem um destacado papel como medida de resultado, tem lhe sido dada pouca atenção. Especialmente nas pessoas com incapacidades moderadas e graves permanecem limitações nas actividades da vida diária após a alta. As actividades realizadas fora de casa, relacionadas com o trabalho, a recreação ou as interações sociais apresentam, por vezes, restrições ainda mais graves e com forte impacto na QV (Harwood, Gompertz, & Ebrahim, 1994; Horowitz, 2002; Pound, Gompertz, & Ebrahim, 1998; Rimmer, 2006; Vik, Lilja, & Nygard, 2007). Segundo dados da United Nations Statistics Division [UNSD], em 2005, apenas 3 países, num conjunto de 31, recolhiam informação sobre as actividades e participação das pessoas com incapacidade com finalidades estatísticas (Martinho & Banda, 2005), o que não deixa de ser sintomático do longo caminho que ainda se tem para percorrer. Numa perspectiva construtiva, o *outcome* participação social (objectiva e subjectiva) pode ser um desafio para áreas como a Psicologia da Saúde e a Reabilitação (Cummins, 2002).

Várias investigações mostraram que as pessoas com incapacidade experienciam barreiras à participação em vários domínios da vida; reduzidas oportunidades de emprego (Carpenter, Forwell, Jongbloed, & Backman, 2007; Kennedy, Lude, & Taylor, 2006), restrições no suporte social e nas regras familiares (National Spinal Cord Injury Statistical Center [NSCISC], 2006; Noreau & Fougeyrollas, 2000), restrições nas actividades de lazer e recreação (Kennedy & Rogers, 2000) e falta de transportes acessíveis (Johnson, Gerhart, McCray, Menconi, & Whiteneck, 1998; Cox, Amsters, & Pershouse, 2001; Whiteneck, Meade, Dijkers, Tate, Bushnik, & Forcheimer, 2004). Contudo, associam frequentemente estas restrições a factores ambientais. Em suma, parece-nos pertinente considerar variáveis pessoais com o objectivo de determinar a sua influência nos resultados alcançados em termos de participação social.

Este estudo tem como finalidade registar o perfil de participação social (hábitos de vida) dos utilizadores de cadeira de rodas em idade activa e identificar factores pessoais que a possam influenciar e/ou predizer. Simultaneamente, pretende dar um contributo para avançar no “desenvolvimento de uma componente de Factores Pessoais” (WHO, 2001, p. 198), assim como discutir estratégias para desenvolver modelos educacionais e clínicos que abordem esses factores.

## MÉTODOS

*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. A amostra de conveniência contemplou 190 utilizadores de cadeiras de rodas, com diversos diagnósticos, de ambos os sexos (29,3% mulheres), idade  $M=37,15$  anos;  $DP=12,23$ .

No Quadro 1 apresenta-se uma caracterização sucinta da amostra quanto ao estado civil, situação sociofamiliar, diagnóstico associado e tipo de cadeira de rodas utilizada. 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 clínico (N=190)*

		<i>n</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	Empregado(a) por conta de outrem	56	29,50
	Empregado(a) por conta própria	6	3,20
	Trabalho não remunerado (voluntário)	4	2,10
	Estudante	39	20,50
	Doméstica/Dona de casa	4	2,10
	Reformado(a)	58	30,50
	Desempregado(a) por razões de saúde	10	5,30
	Desempregado(a) por outras razões	7	3,70
	Outra situação	6	3,20
Diagnóstico clínico	Distrofias e miopatias	28	14,70
	Doenças degenerativas	12	6,30
	Lesões vertebro-medulares (LVM)	82	43,20
	Paralisia cerebral	25	13,20
	Outras	43	22,60

Como se pode verificar no Quadro 2, a educação formal mínima é de 1 ano e a máxima de 23 anos; escolaridade  $M=9,10$ ,  $DP=4,44$ . Quanto ao tempo de evolução do diagnóstico, este varia entre 1 e 56 anos, para um tempo de evolução  $M=19,63$  anos,  $DP=11,79$  anos. No que diz respeito ao tempo de utilização de cadeira de rodas, o participante que utiliza há menos tempo, fá-lo há 1 ano e 38 é o número de anos máximo; tempo de utilização  $M=13,96$ ,  $DP=9,23$ .

## Quadro 2

*Caracterização da amostra quanto à educação formal, tempo de evolução de diagnóstico e tempo de utilização de cadeira de rodas (N=190)*

	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Educação formal (anos de escolaridade completos)	1	23	9,10	4,44
Tempo de evolução de diagnóstico (anos)	1	56	19,63	11,79
Tempo de utilização da cadeira de rodas (anos)	1	38	13,96	9,23

### *Procedimentos*

Os dados foram recolhidos através da Avaliação dos Hábitos de Vida (versão portuguesa da LIFE-H 3.1), de Noreau et al. (2003), adaptada por Martins e Pais Ribeiro (2008), da versão portuguesa da Subjective Happiness Scale, de Lyubomirsky e Lepper (1999), adaptada por Bertoquini e Pais Ribeiro (2004), da Escala de Orientação para a Vida – revista (versão portuguesa da LOT-R), da escala *Atitudes em Relação às Pessoas com Incapacidade (versão portuguesa da ATDP-O)*, de Martins e Pais Ribeiro (2007a), da Escala de Suporte Tangível de 4-Itens, adaptada por Martins e Pais Ribeiro (2008) da Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Survey Scale (Sherbourne & Stewart, 1991), da Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais Ribeiro, 1999), da Escala de Auto-Eficácia para Utilizadores de Cadeira de Rodas (Martins & Pais Ribeiro, 2007b) e de um questionário para recolha de dados sociodemográficos e clínicos.

Neste estudo descritivo, exploratório e de desenho transversal recorreremos ao software estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS®)*, versão 17.00 para o tratamento estatístico dos dados. Para a descrição da amostra foram aplicadas estatísticas descritivas simples (frequências e percentagens, bem como medidas de tendência central (*Média* ou *M*) e de dispersão (*Desvio Padrão* ou *DP*). Para as comparações da participação social (hábitos de vida) nos diferentes grupos, nomeadamente no que diz

respeito a variáveis como diagnóstico, ocupação actual, estado civil e ocupação actual, utilizaram-se os testes estatísticos *One-Way ANOVA*. As diferenças entre dois grupos foram testadas recorrendo ao *t Student* para amostras independentes, correspondendo às variáveis sexo e situação sociofamiliar. O estudo da correlação entre a Participação Social e as variáveis felicidade subjectiva, optimismo, auto-eficácia, satisfação com o suporte social, atitudes em relação à incapacidade, apoio social tangível, educação formal e idade realizou-se através do coeficiente de Pearson. No que diz respeito ao estudo dos indicadores preditivos da QV mais explicativos, utilizámos o teste estatístico *Regressão Linear Múltipla (Hierárquica)*. Os pressupostos para a sua aplicação foram garantidos.

## RESULTADOS

Os resultados mostram uma correlação de Pearson moderada entre a auto-eficácia ( $r=0,46$ ,  $p<0,001$ ) e a participação social e correlações baixas desta com a educação formal ( $r=0,25$ ,  $p<0,01$ ), com o apoio social tangível ( $r=-0,24$ ,  $p<0,01$ ) e com a atitude em relação à incapacidade ( $r=0,34$ ,  $p<0,001$ ). Quanto à situação socio-familiar, podemos verificar que quem vive sozinho apresenta um valor médio de participação social superior (8,04), comparativamente ao grupo dos que vivem acompanhados (6,11), sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $t=8,14$ ,  $p<0,001$ ). Esta amostra apresenta, ainda, diferenças (ANOVA) estatisticamente significativas nos valores médio da participação social quanto ao diagnóstico clínico ( $F=8,63$ ,  $p<0,001$ ) e à ocupação actual ( $F=3,32$ ,  $p<0,01$ ). Os indivíduos com distrofias e miopatias revelam o valor médio de participação social mais baixo (5,07), enquanto que os indivíduos com lesão vertebro-medular revelam o valor médio mais alto (7,25). Os indivíduos que trabalham por conta de outrem revelam maior participação social (7,41), ao passo que os reformados e desempregados por razões de saúde revelam menores (5,69 e 5,44, respectivamente). Não foram encontradas relações estatisticamente significativas com a idade, estado civil, tempo de diagnóstico e tempo de uso da cadeira de rodas, satisfação com o suporte social (emocional), optimismo ou felicidade subjectiva.

Na análise de regressão linear múltipla hierárquica fizemos entrar as variáveis em três blocos distintos. A nossa opção foi entrar primeiro com as variáveis psicológicas, seguidas das variáveis sociodemográficas; as variáveis clínicas entram no 3º passo.

Assim sendo, e como podemos constatar no Quadro 3, no 1º passo, a felicidade subjectiva, o optimismo, as atitudes em relação à incapacidade e a auto-eficácia (variáveis psicológicas) explicam 25% da variância da participação social ( $\Delta r^2=0,25$ ). Quando adicionámos os indicadores sociodemográficos (2º passo) – sexo, idade, educação formal, apoio social tangível, situação sociofamiliar e ocupação actual – o poder explicativo da variância da participação social aumentou 5% ( $\Delta r^2=0,05$ ). Por fim, quando adicionámos ao modelo as variáveis clínicas – diagnóstico, tempo de evolução da condição e tempo de utilização de cadeira de rodas – o incremento foi inferior a 1% ( $\Delta r^2=0,002$ ), não sendo a mudança resultante desta entrada estatisticamente significativa. No seu conjunto, esta equação de regressão explica 30% ( $r^2_{adj}=0,30$ ) da variância total da participação social. O modelo apresenta um bom ajustamento das variáveis predictoras face à variável critério participação social [ $F_{(7,138)}=9,99, p<0,001$ ].

Observando os coeficientes standardizados ( $\beta$ ), podemos perceber o valor preditivo de cada variável introduzida no modelo calculado. Deste modo, no 1º passo existe uma relação positiva estatisticamente significativa da auto-eficácia ( $\beta=0,44, p<0,001$ ) e da atitude em relação à incapacidade ( $\beta=0,27, p<0,01$ ), revelando que quanto mais alta for a pontuação destas variáveis, melhor será o seu perfil de participação [ $F_{(5,140)}=10,90, p<0,001$ ]. O optimismo, a felicidade subjectiva e a satisfação com o suporte social emocional não revelam poder preditivo a um nível estatisticamente significativo. Quando observamos o 2º passo, aos indicadores psicológicos juntámos os sociodemográficos. Apenas o apoio social tangível ( $\beta=-0,22, p<0,01$ ) apresenta uma influência positiva significativa na participação social dos utilizadores de cadeira de rodas. No 3º passo, foram adicionados os indicadores clínicos, estes não revelam poder preditivo a um nível estatisticamente significativo. Em suma, os resultados mostram um modelo em que os determinantes psicológicos, e o apoio social tangível são indicadores da participação social e em que as características sociodemográficas e clínicas não contribuem na explicação da variância que é explicada da participação social.

## DISCUSSÃO

Globalmente, os participantes apresentam restrições moderadas no desempenho de actividades socialmente definidas e em contexto real (6,50/10). As actividades básicas da vida (nutrição, *fitness*, cuidados

personais, comunicação, habitação e mobilidade) e as regras sociais (responsabilidades, relações interpessoais, vida comunitária, educação, emprego e recreação) são realizadas com dificuldade moderada e quando comparamos os valores médios destas duas sub-escalas (6,34/10 vs. 6,31/10) verificamos que são muito aproximados, o que sugere que os utilizadores de cadeira de rodas em idade activa apresentam níveis idênticos de desempenho, quer seja nas actividades básicas da vida ou nas regras sociais.

As três categorias que demonstraram níveis mais baixos de participação são a mobilidade (4,33/10), a vida comunitária (4,66/10) e a recreação (4,27/10). Por outro lado, as áreas com menos restrições verificaram-se ao nível das responsabilidades (7,68/10), das relações interpessoais (8,79/10) e da comunicação (8,82/10); talvez porque no estudo se excluíram as condições de doença mental e deficiência mental ou cognitiva. Perante uma amostra em idade activa, não queremos deixar de salientar que a realização ao nível do emprego, da educação e da habitação está também bastante afectada, apresentando valores de 5,14/10, 5,67/10 e 5,17/10, respectivamente, o que pode significar que embora as pessoas estejam inseridas profissionalmente ou na escola/universidade, a qualidade do seu desempenho e a qualidade da sua vida são fracas. Se actividades relacionadas com a manutenção da habitação e dos espaços circundantes podem ser conseguidas com a ajuda de terceiros, que nem têm que ser familiares, podendo estar a cargo de uma empregada, já o entrar e sair da habitação e a deslocação no seu interior poderão condicionar a independência destas pessoas, impedindo-as de, entre outras coisas, viver sozinhas. Este aspecto é relevante porque, embora não explorado neste estudo, alerta para a relação que a participação pode ter com a acessibilidade do meio ambiente, incluindo não só os espaços públicos, mas a própria habitação.

Participar activamente numa comunidade desenvolve competências e controlo sobre si mesmo e sobre os outros (Chavis & Wandersman, 1990), o que promove o sentido de pertença e as interacções sociais, pressupondo-se, então, que as suas necessidades e expectativas relativamente à realização de actividades básicas ou regras sociais não são necessariamente diferentes das da população em geral. Podemos, então, concluir que de acordo com os perfis teóricos explicativos/conceptuais que obtivemos, acreditamos que a promoção de saúde e da participação social dos utilizadores de cadeira de rodas deverá passar por abordagens e estratégias onde a auto-eficácia, a atitude perante a incapacidade e o apoio

social tangível sejam chaves fundamentais. De que forma? Ajudando os utilizadores de cadeira de rodas a conseguir melhores resultados nas actividades com significado nas suas vidas, controlando o nível de dificuldade/reduzindo o feedback negativo, promovendo a descoberta de soluções e de novas capacidades, etc., em vez de tentar curar as consequências de doenças ou lesões (modelo biomédico). Este é o início de uma primeira reflexão sobre a importância de variáveis emergentes no contexto da funcionalidade humana.

## REFERÊNCIAS

- Carpenter, C., Forwell, S.J., Jongbloed, L.E., & Backman, C.L. (2007). Community participation after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 88, 427-433.
- Chavis, D.M., & Wandersman, A. (1990). Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*, 18(1), 55-81.
- 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.
- Cox, R.J., Amsters, D.I., & Pershouse, K.J. (2001). The need for a multi-disciplinary outreach service for people with spinal cord injury living in the community. *Clinical Rehabilitation*, 15, 600-606.
- Dumont, C., Gervais, M., Fougeryollas, 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.
- Fougeryollas, 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.
- Fougeryollas, P., Tremblay, J., Noreau, L., Dumont, S., & Stonge, M. (2005). *Les personnes ayant des incapacités: encore plus pauvres et à part... qu'égalés: Les facteurs personnels et environnementaux associés à l'appauvrissement des personnes ayant des incapacités et de leurs familles. CIRRI-IRDPO Québec. Research report*. Disponível em 2 Novembro, 2006. Website: <http://www.frsq.gouv.qc.ca/recherche/index1.html>.

- Harris, J.E., & Eng, J.J. (2003) *Upper extremity impairment, activity limitation and participation restriction in persons with chronic stroke*. Paper presented at Physical Therapy APTA Congress 2003, June 18-22, Washington, DC.
- Harwood, R.H., Gompertz, P., & Ebrahim, S. (1994). Handicap one year after a stroke: Validity of a new scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 57, 825-829.
- Horowitz, B.P. (2002). Occupational therapy home assessments: Supporting community living through client-centered practice. *Occupational Therapy and Mental Health*, 18, 1-17.
- Institute of Medicine. (2007). *The future of disability in America*. Washington, DC: IOM.
- Johnson, R.L., Gerhart, K.A., McCray, J., Menconi, J.C., & Whiteneck, G.G. (1998). Secondary conditions following spinal cord injury in a population-based sample. *Spinal Cord*, 36, 617-630.
- Kennedy, P., Lude, P., Taylor, N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord*, 44, 95-105.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H.S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.
- Martins, A.C., & Pais Ribeiro, J.L. (2007a). *Estudo de adaptação do Questionário Atitudes em Relação às Pessoas com Incapacidade (Versão portuguesa da ATDP-0)*. X Congresso Internacional e Multidisciplinar do Centro de Psicopedagogia, FPCE-UC, 29-30 Maio 2007, Coimbra.
- Martins, A.C., & Pais Ribeiro, J.L. (2007b). *Development and validation of the wheelchair-related self-efficacy scale (portuguese version)*. 15th Congress World Confederation of Physical Therapy, 2-6 June, Vancouver, Canada.
- Martins, A.C., & Pais Ribeiro, J. L. (2008). Estudo de validação da escala de suporte social tangível de 4-itens, adaptada da Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Survey Scale. In I. Leal, J.L. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 95-98). Lisboa: ISPA.
- National Institute on Disability and Rehabilitation Research. (NIDRR). (2005-2009). *Long range plan for fiscal years 2005-2009*. [Versão Electrónica]. Disponível em 12 Setembro, 2007. Website: <http://www.ed.gov/legislation/FedRegister/other/2006-1/021506d.html>
- National Spinal Cord Injury Statistical Center (NSCISC). (2006). *Spinal cord injury: Facts and figures at a glance*. Birmingham, AB: UAB. Disponível em 12 Setembro, 2007. Website: [www.spinalcord.uab.edu](http://www.spinalcord.uab.edu).

- Noreau, L., & Fougereyrollas, P. (2000). Long-term consequences of spinal cord injury on social participation: The occurrence of handicap situations. *Disability and Rehabilitation*, 22, 1783-803.
- 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.
- Pound, P., Gompertz, P., & Ebrahim, S. (1998). A patient-centred study of the consequence of stroke. *Clinical rehabilitation*, 12, 338-347.
- Rimmer, J.H. (2006). Use of the ICF in identifying factors that impact participation in physical activity/rehabilitation among people with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 28 (17), 1087-1095.
- Sherbourne, C.D., & Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Vik, K., Lilja, M., & Nygard, L. (2007). The influence of the environment on participation subsequent to rehabilitation as experienced by elderly people in Norway. *Scandinavica Journal of Occupational Theraphy*, 14, 86-95.
- Whiteneck, G., Meade, M.A., Dijkers, M., Tate, D., Bushnik, T., & Forcheimer, M.B. (2004). Environmental factors and their role in participation and life satisfaction after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1793-803.
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: Classification, Assessment, Surveys and Terminology Team.

HÁBITOS DE VIDA DOS HOMENS E MULHERES  
COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR

*Anabela Correia Martins<sup>1</sup> / José Pais Ribeiro<sup>2</sup>*

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

A qualidade de vida (QV) está frequentemente associada ao bem-estar subjectivo, ao afecto positivo, à diferença entre as expectativas e o que acontece na vida pessoal de uma pessoa, à felicidade, à saúde física e mental, à capacidade física para concretizar o que se quer, à satisfação com a vida global ou em áreas específicas, como a satisfação com o trabalho e as relações sociais, viver em lugar seguro, dispor de bons serviços, ter dinheiro suficiente, participar de forma plena nas actividades sociais e de recreação, e ser independente (Bowling, 2005; Calman, 1984; Ferrans & Powers, 1992; Leidy, Revicki, & Genesté, 1999; Scherer, 1996).

Participar socialmente desenvolve o sentido de pertença a uma comunidade e demonstra o contributo de cada um na sua manutenção (Kasarda & Janowitz, 1974), o que sugere que as pessoas com níveis mais elevados de participação também possam dar mais suporte aos outros, assim como perceberem mais competência e controlo sobre si e sobre o que as rodeia (Chavis & Wandersman, 1990). Turner e Turner (1999) e Cowen (2000) referem que a participação é um caminho potencialmente importante para chegar ao bem-estar e à QV.

Desde há muito que a Organização Mundial de Saúde está a trabalhar no sentido de definir e operacionalizar padrões para avaliar a QV. Embora não esteja expressamente conceptualizado na ICF, este conceito não lhe é alheio, uma vez que os constructos da Funcionalidade ou Incapacidade têm, inevitavelmente efeito sobre a mesma (Andresen & Meyers, 2000; Post et al., 1999; Chatterji et al., 2002; WHO, 2001). Assumindo, assim, a ICF como a base teórica deste estudo (*theoretic framework*) assumimos a ligação das componentes da funcionalidade e incapacidade com o conceito de QV, como também já tinha sido sugerido por Whiteneck (2006).

O contacto próximo ao longo de vários anos com pessoas com lesão vertebro-medular (LVM), assim como os estudos de Calman (1984), Dijkers (1997), Murphy e Young (2005) e Scherer e Cushman (2001), levaram-nos à seguinte consideração: se a QV e a satisfação com a vida estão associadas ao equilíbrio entre as expectativas e a realização, a participação social será um determinante da QV.

Este estudo tem como finalidade relacionar os conceitos de QV e de participação social; registar o perfil de participação social (hábitos de vida) dos homens e das mulheres com LVM em idade activa; e identificar as diferenças entre o género.

## MÉTODO

### *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.

A amostra de conveniência contemplou 82 pessoas com LVM, cuja média de idade  $M=39,91$  anos;  $DP=10,83$ ; o sexo masculino corresponde a 84% da amostra, aproximado do que se estima ser o *ratio* homem-mulher (1:4). Como podemos verificar no Quadro 1, não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros no que respeita a nenhuma das variáveis sociodemográficas e clínicas consideradas.

Quadro 1

*Caracterização da amostra quanto à idade, educação formal, tempo de diagnóstico, tempo de utilização da cadeira de rodas e apoio social tangível (comparação entre géneros)*

	Género (n)	M (DP)	t	p
Idade	Feminino (n=12)	34,83 (8,50)	-1,78	0,07
	Masculino (n=70)	40,79 (11,00)		
Educação Formal	Feminino (n=12)	11,17 (4,82)	1,61	0,11
	Masculino (n=70)	8,84 (4,58)		
Tempo Diagnóstico	Feminino (n=12)	13,92 (7,69)	-0,40	0,68
	Masculino (n=70)	15,13 (9,87)		
Tempo utilização CR	Feminino (n=12)	12,58 (7,98)	-0,59	0,55
	Masculino (n=70)	14,31 (9,53)		
Apoio social tangível	Feminino (n=12)	16,42 (4,77)	-0,76	0,45
	Masculino (n=70)	17,31 (3,59)		

### *Procedimentos*

Os dados foram recolhidos através da Avaliação dos Hábitos de Vida (versão portuguesa da LIFE-H 3.1), de Noreau et al. (2003), adaptada por

Martins e Pais Ribeiro (2008a), do Índice de Qualidade de Vida – Versão Utilizadores de Cadeira de Rodas, de Martins e Pais Ribeiro (2008b) uma versão adaptada do *Quality of Life Index* (QLI), desenvolvido por Ferrans e Powers (1985) para medir a QV em termos de satisfação com a vida e de um questionário para recolha de dados sociodemográficos e clínicos. Neste estudo descritivo, exploratório e de desenho transversal recorremos ao software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 17.00 para o tratamento estatístico dos dados. Para a descrição da amostra foram aplicadas estatísticas descritivas simples (frequências e percentagens, bem como medidas de tendência central (*Média* ou *M*) e de dispersão (*Desvio Padrão* ou *DP*). O estudo da correlação entre a participação social e a QV realizou-se através do coeficiente de Pearson. Para analisar as diferenças da participação social (hábitos de vida) e da QV entre os dois grupos (masculino e feminino), recorremos ao *t Student* para amostras independentes.

## RESULTADOS

A QV percebida é superior ao valor médio (19/30) para a população em geral [homens (21/30), mulheres (22/30)]. Esta diferença entre géneros, para além de ser pequena, não é estatisticamente significativa. Pesquisando a relação entre a QV e os Hábitos de Vida, os resultados mostram uma associação positiva ( $r=0,30$ ;  $p<0,05$ ) e estatisticamente significativa. Igualmente positivas e estatisticamente significativas são as relações entre as sub-escalas Actividades Básicas da Vida ( $r=0,36$ ;  $p<0,01$ ) e Regras Sociais ( $r=0,25$ ;  $p<0,05$ ) e a QV, demonstrando que as actividades básicas da vida se sobrepõem às regras sociais na explicação da QV. Globalmente, as mulheres apresentam menos restrições (7,88/10) no desempenho de actividades socialmente definidas e em contexto real do que os homens (7,15/10), mas essa diferença não tem significado estatístico. Considerando particularmente alguns hábitos de vida dos homens e das mulheres, confirmam-se diferenças estatisticamente significativas nos domínios Vida Comunitária ( $t=1,95$ ,  $p=0,05$ ), onde estão incluídas actividades como ir ao supermercado, centros comerciais e lojas de conveniência e Emprego ( $t=2,68$ ,  $p=0,01$ ), onde elas pontuam mais alto (M: 6,62/10; H: 5,07/10) e (M: 7,65/10; H: 5,90/10), respectivamente. Outras diferenças, sem significado estatístico, mas com significado

psicossocial, foram ainda verificadas: as categorias em que as mulheres apresentam menos restrições do que os homens estão relacionadas com Nutrição (M: 7,75/10; H: 7,13/10), *Fitness* (M: 7,44/10; H: 6,99/10), Cuidados Pessoais (M: 8,44/10; H: 7,10/10), Habitação (M: 6,26/10; H: 5,38/10), Mobilidade (M: 5,57/10; H: 5,02/10), Responsabilidades (M: 9,45/10; H: 8,63/10), Educação (M: 7,38/10; H: 6,01/10) e as categorias em que demonstram níveis mais baixos de participação do que os homens são a Recreação (M: 4,80/10; H: 5,12/10), a Comunicação (M: 9,17/10; H: 9,41/10), as Relações Interpessoais (M: 8,20/10; H: 9,43/10). Se nas duas últimas categorias a pontuação é superior a 8, correspondendo a restrições ligeiras (Fougeyrollas *et al.*, 2005), a pontuação na Recreação é inferior a 5, sendo considerada, pelos mesmos autores, na transição entre grave e moderada.

## DISCUSSÃO

No que diz respeito à QV, as pessoas com LVM revelam relativa satisfação com as suas vidas, uma vez que os valores médios do QLI foram superiores a 19 (0-30). Estes resultados vão ao encontro dos reportados por Albrecht e Devlieger (1999), quando afirmaram que as pessoas com incapacidade física podem não experienciar necessariamente impacto negativo da sua condição sobre a QV. Estudos como o de Andresen, Fouts, Romeis, e Brownson (1999) realizado nos Estados Unidos da América, de Leduc e Lepage (2002), no Canadá ou de Westgren e Levi (1998), na Suécia concluíram o contrário, mas Elfstrom, Rydén, Kreuter, Taft, e Sullivan (2005) que também obtiveram resultados semelhantes a esses estudos, alertaram para uma possível razão/limitação: a utilização do MOS SF-36, o instrumento usado nesses estudos, pode ter colocado problemas aos participantes que usavam cadeira de rodas uma vez que este instrumento apresenta itens relacionados com o andar, o que pode ter estado na origem de algum enviesamento. A relação positiva entre a QV e o desempenho social já tinha sido confirmada por Zimmerman (2000) e por outros investigadores, especialmente em populações mais velhas (Elliot & Barris, 1987; Lau, Chi, & McKenna, 1998; Levasseur, Desrosiers, & Noreau, 2004; Prince, Harwood, Blizard, Thomas, & Mann, 1997), com e sem doenças crónicas (Patrick, Kinne, & Engelberg, 2000).

Por esse motivo, o nosso estudo só veio reforçar que a participação social também é determinante da QV das pessoas com LVM.

Demonstrou-se, ainda, que as actividades básicas da vida se sobrepõem às regras sociais na explicação da QV. Associamos este facto aos perfis socio-profissional e sociofamiliar dos participantes, lembrando que mais 61% dos participantes trabalham ou estudam e 28% vivem sozinhos. Assim, por oportunidade ou por necessidade, as actividades sociais fazem naturalmente parte do seu quotidiano. Estando associadas a aspirações, permitem-lhes viver experiências de valorização e reconhecimento social. Contrariamente, as actividades básicas diárias, embora possam ter sido adquiridas há mais tempo, não promovem menos realização, até porque são requisitos à independência.

Embora, genericamente, não se tenham detectado diferenças estatisticamente significativas na QV e nos hábitos de vida das mulheres e dos homens com LVM, verificou-se que relativamente a algumas categorias, homens e mulheres com LVM apresentam perfis de participação distintos. Com as devidas precauções, especialmente porque estamos a lidar com uma amostra de apenas 12 mulheres, parece-nos que os nossos resultados reforçam alguns estereótipos de género, nomeadamente, a divisão de tarefas e de papéis na sociedade.

A maioria das sociedades considera que algumas tarefas, funções, atitudes, comportamentos e expectativas são próprias da mulher e outros do homem. Através destas regras nas relações sociais de sexo, as actividades de âmbito privado – doméstico têm sido confinadas como femininas e as de âmbito público como masculinas. Nesta amostra, as mulheres apresentam melhores desempenhos em actividades relacionadas com a selecção de alimentos apropriados para as suas refeições, de acordo com os seus gostos e necessidades específicas (quantidade e tipo de alimentos), com a preparação das suas refeições (incluindo o uso de electrodomésticos de cozinha) e com a habitação, por exemplo: manter a habitação (limpeza, lavagem de roupa, pequenas reparações, etc.), manter os espaços circundantes à habitação (relva, jardim, manter os passadiços limpos, etc.), deslocar-se dentro da habitação e no espaço circundante à habitação (quintal, jardim, etc.), assim como usar os utensílios e equipamentos da habitação (bancas, mesas, sistemas de aquecimento, etc.), fazer pagamentos e planear o orçamento, ir ao supermercado, centros comerciais ou lojas de conveniência. Por outro lado, apresentam pior desempenho em actividades de recreação, incluindo praticar desportos, assistir a eventos desportivos (futebol, etc.), ir a concertos, ao cinema ou ao teatro, viajar,

visitar locais históricos e espaços verdes, participar em actividades ao ar livre ou usar os serviços recreativos próximos da habitação (biblioteca, centro cultural e recreativo, clube, etc.). Em contrapartida, o melhor desempenho das mulheres na educação e no emprego parecem contrariar não só os estereótipos como as próprias estatísticas (INE, 1998) que afirmam que numa perspectiva genérica, a maioria da população inactiva é feminina (64%) e é também junto das mulheres que o desemprego se regista com maior intensidade. Segundo Perista (1999), uma maior percentagem de mulheres ao nível de ensino superior surge como estratégia para colmatar à subvalorização que é atribuída às suas capacidades, ou seja, exigem-se qualificações reais mais elevadas às mulheres quando o objectivo é a obtenção de determinado emprego ou a ascensão a um cargo profissional mais elevado. Se, habitualmente, o período de realização de formação coincide para as mulheres com uma dupla jornada de trabalho, trabalho remunerado e trabalho doméstico, e porque este último regista uma partição desigual entre cônjuges, não são de estranhar as desigualdades a este nível. Para a maioria das mulheres que trabalham a tempo inteiro, sobram também as tarefas domésticas não remuneradas e o cuidar de crianças e de familiares. Estas obrigações sobrecarregam o trabalho quotidiano das mulheres e representam uma pressão suplementar, sobretudo quando existe uma incompatibilidade entre o horário de trabalho e a vida privada. A nossa amostra feminina é maioritariamente solteira e divorciada (apenas uma é casada), o que poderá justificar em parte a disponibilidade para o trabalho, até porque detêm mais qualificações académicas do que os homens.

## REFERÊNCIAS

- Albrecht, G.L., & Devlieger, P.J. (1999). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Sciences and Medicine*, 48(8), 977-988.
- Andresen, E.M., Fouts, B.S., Romeis, J.C., & Brownson, C.A. (1999). Performance of health-related quality-of-life instruments in a spinal cord injured population. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(8), 877-884.
- Andresen, E.M., & Meyers, A. R. (2000). Health-related quality of life outcomes measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(Suppl. 2), S30-S45.

- Bowling, A. (2005). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales* (3rd Ed.). Buckingham: Open University Press / McGraw Hill.
- Calman, K.C. (1984). Quality of life in cancer patients – An hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- Chatterji, S., Ustun, B., Sadana, R., Salomon, J., Mathers, C., & Murray, C. (2002). *The conceptual basis for measuring and reporting on health*. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper N. 45. Geneva: World Health Organization.
- Chavis, D.M., & Wandersman, A. (1990). Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*, 18(1), 55-81.
- Cowen, E.L. (2000). Community psychology and routes to psychological wellness. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology*. New York: Kluwer/Plenum.
- Dijkers, M. (1997). Quality of life after spinal cord injury: A meta analysis of the effects of disablement components. *Spinal Cord*, 35(12), 829-840.
- Elfstrom, M.L., Rydén, A., Kreuter, M., Taft, C., & Sullivan, M. (2005). Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 9-16.
- Elliot, M., & Barris, R. (1987). Occupational role performance and life satisfaction in elderly persons. *Occupational Therapy Journal of Research*, 7(4), 216-224.
- Ferrans, C., & Powers, M. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8, 15-24.
- Ferrans, C., & Powers, M. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing and Health*, 15, 29-38.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (1998). Inquérito ao Emprego.
- Kasarda, J.D., & Jnowitz, M. (1974). Community attachment in Mass society. *American Sociological Review*, 39(3), 328-339.
- Lau, A., Chi, I., & McKenna, K. (1998). Self-perceived quality of life of Chinese elderly people in Hong Kong. *Occupational Theraphy International*, 5, 118-139.
- Leduc, B.E., & Lepage, Y. (2002). Health-related quality of life after spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 24(4), 196-202.
- Leidy, N.K., Revicki, D.A., & Genesté, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value in Health* 2(2), 113-127.

- Levasseur, M., Desrosiers, J., & Noreau, L. (2004). Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disability and Rehabilitation*, 26(20), 1206-1213.
- Martins, A.C., & Pais Ribeiro, J.L. (2008a). *Estudo de validação da avaliação dos hábitos de vida (Versão portuguesa do LIFE-H 3.1 General Short Form)*. Trabalho apresentado no 7º Congresso Nacional de Fisioterapeutas, Lisboa, 13-15 Novembro 2008.
- Martins, A.C., & Pais Ribeiro, J.L. (2008b). *Estudo de Validação do Índice de Qualidade de Vida (Versão portuguesa do QLI-Quality of Life Index)*. 7º Congresso Nacional de Fisioterapeutas, 13-15 Novembro 2008, Lisboa.
- Murphy, G.C., & Young, A.E. (2005). Employment participation following spinal cord injury: Relation to selected participant demographic, injury and psychological. *Disability and Rehabilitation*, 00(0), 1-10.
- Patrick, D.L., Kinne, S., Engelberg, R.A., & Paerlman, R.A. (2000). Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(8), 779-785.
- Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A., Thomas, A., & Mann, A.H. (1997). Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project V. *Psychological Medicine*, 27(2), 323-332.
- 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.
- Perista, H. (1999). *Os usos do tempo e o valor do trabalho. Uma questão de género*. CESIS. Estudo realizado para a Comissão para a Igualdade no Trabalho e Emprego. Coleção Estudos. Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- Post, M.W.M., van Asbeck, F.W.A., van Dijk, A.J., & Schrijvers, A.J.P. (1999). Services for spinal cord injured: Availability and satisfaction. *Spinal Cord*, 35, 109-115.
- Scherer, M.J. (1996). Outcomes of assistive technology use on quality of life. *Disability and Rehabilitation*, 18, 439-448.
- Scherer, M., & Cushman, L. (2001). Measuring subjective quality of life following spinal cord injury: A validation study of the "Assistive Technology Device Predisposition Assessment". *Disability and Rehabilitation*, 23(9), 387-393.
- Turner, R.J., & Turner, J.B. (1999). Social Integration and Support. In C.S. Aneshensel & J.C. Phelan (Eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Springer US.
- Westgren, N., & Levi, R. (1998). Quality of life and traumatic spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 1433-1439.

- Whiteneck, G. (2006). Conceptual models of disability: Past, present & future. In M.J. Field, A.M. Jette, & L. Martin (Eds.), *Workshop on disability in America: A new look* (pp. 50-66). Washington, DC: National Academies Press.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: Classification, Assessment, Surveys and Terminology Team.
- Zimmerman, M.A. (2000). Empowerment Theory. Psychological, Organizational and Community Levels of Analyses. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (pp. 43-63). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

LIDAR COM A PERCEPÇÃO DA MORTE:  
UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE IDADES E GÊNERO

*Anabela Pereira<sup>1</sup> / Cláudia Chaves<sup>2</sup> / Emília Coutinho<sup>2</sup> /  
Elisabete de Jesus<sup>2</sup> / Paula Vagos<sup>1</sup> / Lígia Ribeiro<sup>1</sup> / Ana Pinto<sup>1</sup> /  
Ana Correia<sup>1</sup> / Débora Gonçalves<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade de Aveiro; <sup>2</sup>Escola Superior de Saúde de Viseu do IPV

A morte é uma experiência universal, complexa, sendo considerada sob diversas perspectivas, de acordo com a cultura e a sociedade em que se insere. Na sociedade ocidental, por exemplo, a morte é ainda considerada um tabu, difícil de aceitar, ainda que seja reconhecida como o término do ciclo biológico dos seres vivos (Arregui, 1992; Tomer, 2000).

Os hábitos, crenças e atitudes próprios de uma determinada cultura orientam o indivíduo e refletem as diferenças que se sentem de sociedade para sociedade (Gutierrez & Ciampone, 2007), sendo a forma como os indivíduos lidam com a adversidade da morte o que faz a diferença, tal como foi evidenciado em vários estudos internacionais (Feifel, 1990), bem como no estudo nacional acerca da tragédia da queda da Ponte de Entre-os-Rios, realizado por Ferreira (2007).

Estudos sobre a morte são reduzidos, sendo alguns mais focalizados na perspectiva cultural e social, valorizando os rituais de passagem ou religiosos (Oliveira & Amorim, 2008), e outros cujo enfoque tem recaído sobre os profissionais de saúde que lidam com a doença, especialmente os enfermeiros, médicos e outros técnicos que trabalham em contexto tanatológico (Kovács, 2008). A maioria dos trabalhos realizados sobre a morte e o processo de morrer são aplicados à saúde, bem como à percepção que os técnicos desta área têm sobre esta temática (Lester, 1990). Especificamente na área da Psicologia, os estudos têm sido focalizados sobre o luto, lidar com a morte (Kastenbaum, 1992; Worden, 2002) e respectiva intervenção psicoterapêutica (Carr, 2001; Stroebe, Folkman, Hansson, & Schut, 2006). Actualmente têm merecido destaque os estudos sobre a avaliação da ansiedade da morte na perspectiva da morte e do processo de morrer (Naderi & Esmaili, 2009; Neimeyer, Moser, & Wittkowski, 2003).

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objectivo avaliar a preocupação e ansiedade que os indivíduos têm acerca da morte e do processo de morrer.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra foi constituída por 553 indivíduos, de idades compreendidas entre 18 e 65 anos de ambos os sexos. Responderam a este questionário 59.8% dos inquiridos são do sexo feminino e 40.2% do sexo masculino. A média de idades da amostra é de 32 anos. A amostra não probabilística por conveniência, constituída por estudantes de várias licenciaturas da Universidade de Aveiro e da Escola Superior de Saúde do IPV e outros inquiridos com vários estatutos sócio económicos.

### *Material*

O instrumento utilizado foi a “Escala do medo da morte de Collett-Lester”, traduzido e adaptado para português por Pereira (2008). É uma versão revista da escala original que contém 28 itens, direccionados para avaliar a preocupação e ansiedade sentida em relação aos aspectos da morte e o processo de morrer, fazendo a distinção entre “morte” e “morrer” e o “eu” e os “outros”. Contém quatro sub-escalas: medo da própria morte, medo da morte dos outros, medo de morrer e medo que os outros morram (Lester, 1990). No estudo elaborado por este autor sobre a capacidade psicométrica da escala, obteve-se correlações de Alpha de Cronbach entre 0,72 e 0.90, o que traduzem uma boa consistência interna.

No presente estudo, e no que se refere aos valores de Alpha de Cronbach, observamos que estes variam entre 0.92 e 0.93, sugerindo uma consistência interna muito boa. As médias das respostas oscilaram entre 2.38 e 4.51, com desvios padrão a variar entre 0.87 e 1.41, permitindo-nos dizer que os itens da escala estão relacionados entre si.

## RESULTADOS

Utilizamos o teste U de Mann-Whitney entre a variável em estudo (percepção da morte) e o sexo. Assim, observamos que existe diferenças nas ordenações médias entre os dois sexos, sendo esta diferença estatisticamente altamente significativa ( $p=0,0001$ ). Deste modo, os

inquiridos do sexo feminino têm valores mais elevados do que os do sexo oposto. Assim, há influência do género na percepção que os indivíduos têm da morte.

No intuito de determinarmos a existência de uma relação entre a percepção que os inquiridos têm da morte e a idade efectuamos uma regressão linear simples, verificando que a correlação é positiva ( $r=0,56$ ), o que significa que a percepção que os indivíduos têm da morte é influenciada pela idade, sendo tal associação estatisticamente significativa ( $p=0,04$ ).

Em síntese, os resultados quando comparados por grupos, revelaram que os indivíduos mais velhos apresentam valores mais elevados em todas as escalas, indicador de uma maior dificuldade em lidar com a morte e o processo de morrer. Quando comparados por género são os indivíduos do sexo feminino que apresentam valores mais elevados.

Tais dados poderão ser explicados na medida em que os indivíduos mais velhos se aproximam mais facilmente do ciclo vital final. Os indivíduos mais jovens percebem a morte como muito distante, facilitando uma percepção mais optimista para lidar com o assunto, tal como é referido nos estudos de Tomer (2000) e de Neimeyer, Wittkowski, e Moser (2004).

No que concerne às mulheres, apesar de alguns dados serem indicadores de que estas se encontram melhor preparadas para lidar com a morte (Oliveira & Amorim, 2008), os nossos dados não confirmam essas investigações, devendo ser realizados mais estudos, que possam clarificar estas discrepâncias de resultados. Além disso, deverão ser tidas em consideração outras variáveis que não foram incluídas no estudo e que poderão ser o cerne da forma como cada um percebe e vivencia a morte, tal como a religiosidade.

No estudo psicométrico efectuado à Escala do Medo e da Morte de Collett-Lester, verificamos que esta tem uma consistência interna muito boa, com valores que vão ao encontro dos estudos de Lester (1990).

Apesar das limitações deste estudo, acreditamos que os resultados que obtivemos poderão servir para investigações futuras e mais profundas ao nível da produção de conhecimentos sobre uma área pouco explorada e que diz respeito a todos nós.

A morte, qual fim doloroso inevitável que foge ao nosso auto-controlo, deverá ser uma das prioridades da nossa educação. Nesse sentido, acreditamos que uma das estratégias mais eficazes para melhor lidar com ela será a aposta na Formação desde a infância até à velhice, englobando a temática da morte na educação para a saúde, sendo esta uma das prioridades da Psicologia da Saúde.

## REFERÊNCIAS

- Arregui, J. (1992) *El horror de morir: El valor de la muerte en la vida humana*. Barcelona: Tibidabo Ediciones S.A.
- Carr, D. (2001). A “good death” for psychological distress among older widowed persons. *Journal of Health and Social Behavior*, 1-34.
- Feifel, H. (1990). Psychology and death: Meaningful rediscovery. *American Psychologist*, 45, 537-543.
- Ferreira, C. (2007) *O comportamento humano e o processo de luto na tragédia de Entre-os-Rios*. Dissertação de Mestrado na Publicada. Aveiro: Universidade de Aveiro
- Gutierrez, B., & Ciampone, M. (2007). O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. *Revista Escola Enfermagem USP*, 41(4), 660-667.
- Kastenbaum, R. (1992). *The psychology of death* (2nd ed.). New York: Springer.
- Kovács, M.J. (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18(41), 457-468
- Lester, D. (1990). The Collett-Lester fear of death scale: The original version and a revision. *Death Studies*, 14, 451-468.
- Naderi, F., & Esmaili E. (2009). Collet-Lester fear of death scale validation and gender-based comparison of death anxiety, suicide ideation and life satisfaction in university students. *Journal Applied Sciences*, 9(18), 3308-3316.
- Neimeyer, R.A., Moser, R.P., & Wittkowski, J. (2003). Assessing attitudes toward dying and death: Psychometric considerations. *Omega*, 47, 45-76.
- Neimeyer, R.A., Wittkowski, J., & Moser, R.P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309-340.
- Oliveira W., & Amorim R. (2008). A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. *Ver. Gaúcha Enferm.*, 29(2), 191-198.
- Pereira, A. (2008). *Escala do medo da morte de Collett-Lester. Versão portuguesa*. Disponível em <http://www.stresslab.pt.vu>
- Stroebe, S.M., Folkman, S., Hansson, O.R., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*, 63, 2440-2451.
- Tomer, A. (Ed.). (2000). *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Worden, W.J. (2002). *Grief counseling and grief therapy. A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer Publishing Company.

SECOND LIFE: UM NOVO DESAFIO  
À INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

*Anabela Pereira / Gustavo Vasconcelos / Paula Vagos / Luísa Santos /  
Sara Monteiro / José Tavares*

Universidade de Aveiro

A psicologia da saúde, pretende otimizar a influência de processos psicológicos e sociais na promoção do bem-estar e saúde, procurando desenvolver, testar e aplicar teorias acerca do papel desempenhado por factores psicológicos nas causas, progressão e consequências da saúde e doença (Ribeiro, 2005).

Ainda que o seu papel na promoção da saúde e prevenção da doença seja claro, a psicologia tem falhado em responder de forma válida às crescentes exigências a nível da saúde mental. Os psicólogos têm sido ultrapassados por outros profissionais de saúde na definição e divulgação de formas de intervenção eficazes e cientificamente validadas (Baker, McFall, & Shoham, 2009).

Novos desafios se colocam, portanto, à psicologia e, em particular, à psicologia da saúde. De entre eles, trabalhos recentes salientam a necessidade de que os psicólogos da saúde desenvolvam competência contextual, de que seja aumentada a evidência de intervenções psicológicas para promoção da saúde, de que sejam considerados e integrados os avanços tecnológicos na intervenção psicológica para promoção da saúde, e de que sejam refinados e alargados os modelos teóricos da psicologia da saúde (Keefe & Blumenthal, 2004).

O recurso a tecnologias da comunicação tem-se tornado, nos últimos 15 anos, um método familiares de diagnóstico, terapia, educação e treino na prática psicológica clínica e da saúde (Riva, 2005). A internet em particular tem se desenvolvido rapidamente como um meio e um foco para a investigação e intervenção em psicologia da saúde (Kraft & Yardley, 2009), tendo sido comprovada a eficácia das intervenções virtuais na promoção e manutenção da saúde, nomeadamente a nível dos conhecimentos obtidos e da prática de comportamentos de saúde. Esta realidade obriga a uma crescente preocupação sobre o processo interativo de construção, avaliação e validação da intervenção na saúde mediada por computadores e por recurso à internet como ferramenta de comunicação (Portnoy, Scott-Sheldon, Johnson, & Carey, 2008), considerando aspectos como a autonomia, conhecimento e feedback dado aos pacientes, e a

complexidade, métodos e directrizes de avaliação dos procedimentos interventivos (Kraft & Yardley, 2009).

## O USO DE FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS NA PSICOLOGIA DA SAÚDE

A prática psicológica tem evoluído para responder às potencialidades e desafios colocados pelo recurso a ferramentas tecnológicas de comunicação como veículo de intervenção. Com a crescente expansão e democratização da Internet, têm surgido novas formas de intervenção em saúde mental, alternativas ao face a face ou às linhas telefónicas. A ciberterapia, também denominada terapia online pode ser definida como “qualquer tipo de interacção terapêutica profissional que faz uso da Internet para ligar profissionais da saúde mental com os seus clientes” (Rochlen, Zach, & Spence, 2004, p.270). Neste contexto, podemos também falar de cibergrupoterapia, ou seja, a terapia de grupo através da Internet e ainda de ciber *peer counseling*, ou apoio de pares virtual.

Estas iniciativas são hoje uma realidade facilmente acessível ao navegarmos na Internet. Desde há alguns anos que estão disponíveis serviços de aconselhamento (Efstathiou & Kalantzi-Azizi, 2005), comunidades informais para aprendizagem sobre saúde mental (Richards & Tangney, 2008), e grupos de apoio de pares (*peer counselling*) (Drees, 2005; Freeman, Barker, Pistrang, Keane, & McAteer, 2005). Contudo, a maioria destes projectos, baseia-se essencialmente, em tecnologias de segunda geração, tais como os emails, fóruns, *blogs* ou as salas de conversação (Eysenbach, Powell, Englesakis, Rizo, & Stern, 2004).

A utilização de ambientes virtuais, como o *Second Life* (SL), em intervenções na saúde mental é bastante recente e inovadora. O SL é um ambiente virtual tridimensional de acesso gratuito, que imita o mundo real, e que foi alvo de um crescente exponencial de utilização desde o seu lançamento online em 2003 (Au, 2009). Cada utilizador é representado por um avatar personalizável que se move, interage, explora e manuseia os ambientes e outros utilizadores presentes no espaço. A facilidade de acesso e interacção, aliada à flexibilidade de métodos, conteúdos e oportunidades educacionais destes ambientes virtuais, levaram a que fossem utilizados como meio de várias iniciativas de promoção do desenvolvimento e

aprendizagem e saúde (Vagos, Santos, Pereira, Tavares, Monteiro, & Vasconcelos, 2009).

Alguns exemplos paradigmáticos são os grupos de ajuda dirigidos a públicos com problemáticas específicas, como a depressão, perturbação bipolar ou o alcoolismo (Depression 24/7 Helpline, Second Life Bipolar Support Group ou Alcoholics Anonymous), apoio de pares para pessoas com dificuldades, incidindo nas competências de *coping* e promoção da saúde mental (Mental Health Network), aconselhamento aos residentes do Second Life (Wellness Island – site oficial <http://www.slcounseling.org/nexus.htm>) e apoio aos residentes que sofram na vida real de síndrome de Asperger ou autismo (Brigadoom – site oficial: [http://braintalk.blogs.com/brigadoom/2005/02/online\\_social\\_n.html](http://braintalk.blogs.com/brigadoom/2005/02/online_social_n.html)).

As terapias mediadas por computador são únicas, também em psicologia da saúde, pois permitem interagir com os clientes através de diferentes vias, cada uma com os seus prós e contras e cada uma com as suas especificidades na relação entre cliente e terapeuta (Suler, 2000). Como vantagens, destaca-se, em primeiro lugar, a acessibilidade e a conveniência do serviço, quer para clientes, quer para terapeutas, pois não há a necessidade de deslocação. Depois, o anonimato é preservado, logo não há tanto estigma para o cliente ao procurar ajuda (Kraft & Yardley, 2009; Mitchell & Murphy, 1998) e este pode sentir-se mais desinibido à vontade para expor os seus problemas (Miller & Gergen, 1998). Para além disso, a própria escrita pode ser um processo terapêutico e benéfico (Pennebaker, 1997). No que diz respeito às principais desvantagens, Rochen et al. (2004) referem a perda de informação não-verbal, ou pistas visuais, a existência de mal-entendidos, a exigência de boa capacidade escrita e a possibilidade de problemas associados à verificação de identidade dos clientes, e ainda a confidencialidade dos processos terapêuticos.

Este confronto de vantagens e desvantagens acresce à premência de construir e avaliar formas de intervenção adaptadas a estes contextos virtuais, tendo em consideração uma série de desafios apontados para os ambientes virtuais e especificamente o SL por Gorini, Gaggoli, Vigna, e Riva (2008). Nomeadamente, importa reunir dados empíricos acerca dos aspectos psicológicos, comunicativos e interpessoais das interações baseadas em avatares e que demonstrem a eficácia dos mundos virtuais online nas pessoas com distúrbios mentais. A definição de um código de ética, confidencialidade, segurança e formas de aplicação não pode ser descurada, ainda mais se considerarmos que os mundos virtuais não foram criados com objectivos clínicos; é necessário adaptá-los para esse efeito.

Tendo estas ressalvas e necessidades em mente, mas acreditando no potencial dos ambientes virtuais como veículos terapêuticos, a Universidade de Aveiro procurou seguir o exemplo de algumas experiências educativas pioneiras (Kirriemuir, 2007), que utilizam o SL como forma de providenciar apoio educativo e psicológico aos seus alunos. Revisitando uma experiência inédita no nosso país de apoio de pares por recurso a linha telefónica, LUA – Linha da Universidade de Aveiro (Pereira, 1997), esta iniciativa transferiu e adaptou os serviços de *peer counselling* para um ambiente virtual.

### CIBER PEER COUNSELLING: A LUA NO SL

Ainda que de uma forma breve, será aqui dado a conhecer um projecto que no seu desenvolvimento envolveu uma equipa multidisciplinar: peritos de tecnologias de informação (*settlers*) – 7; psicólogos, investigadores e docentes – 5; estudantes de psicologia voluntários (*peers*) – 15; colaboração de outras entidades (PSYLAB, SASUA, AAUAV) – 7. Contou, ainda com o apoio dos Serviços de Acção Social e da Associação Académica da Universidade de Aveiro. Todas as decisões relativas ao projecto resultaram do consenso entre os vários parceiros envolvidos.

O primeiro passo foi a construção de um espaço no ambiente virtual *Second Life*, mais concretamente no SECOND@UA (ilha da Universidade de Aveiro), constituído por um hall de convívio/espera, duas salas de consulta individual e uma sala de reuniões, convertível em sala de terapia de grupo. A confidencialidade das consultas individuais foi garantida pela subida dos gabinetes individuais a uma altitude inacessível a outros avatares (400m).

Os serviços foram então activados por um período experimental de duas semanas, em horário nocturno (das 22h à 01h da manhã), com a colaboração de docentes, psicólogos, alunos de psicologia voluntários, os quais foram submetidos previamente a uma formação sobre técnicas básicas de aconselhamento e conhecimentos sobre as principais problemáticas do ensino superior. Além da formação, a supervisão contínua foi uma constante neste processo. Para avaliarmos as actividades desenvolvidas, procedeu-se a recolha de informação considerada importante: entrada/ /presença de avatares e respectivos pedidos de consulta, e dados relativos a cada consulta efectivamente realizada.

Durante o período experimental, o espaço online foi visitado por 178 avatares. Destas visitas, 61 (34%) foram concretizadas em pedidos de ajuda junto dos avatares *peer counsellors*, sendo as restantes 117 (66%) apenas de visita e reconhecimento do espaço.

Em relação à afluência por dia da semana, 26,2% dos pedidos ocorreram ao fim de semana (sexta, sábado e domingo) e 73,8% durante a semana (segunda a quinta-feira). Relativamente à hora de ocorrência, 3,2% decorreu de madrugada (1h-6h59), 6,5% decorreu de manhã (7h-12h59), 14,7% decorreu de tarde (13h-18h59) e 75,4% decorreu de noite (19h-24h59).

Relativamente ao seguimento do pedido, e considerando apenas os pedidos realizados durante o período de activação dos serviços, 34,4%) foram consultados e 65,6% foram considerados encerrados, por não ter sido possível estabelecer contacto com o requerente. Os pedidos realizados após o término deste período não foram considerados.

De entre as consultas dadas, foram registadas 18,03% tendo sido consultados 45,45% de avatares do sexo masculino, 45,45% do sexo feminino. De um avatar consultado (9,1%) não foi possível identificar o sexo. As problemáticas abordadas variaram entre relações com amigos (27,3%), relação com o namorado/a (27,3%), isolamento e solidão (18,2%), sintomas depressivos (18,2%) e insatisfação com a imagem corporal (9,1%).

Tais resultados, ainda que referentes a este período experimental corroboram alguns estudos existentes sobre a utilidade e vantagem da SL na intervenção psicoterapêutica

(Riva, 2005; Suller 2000), bem como a nível da promoção da saúde e de redução de comportamentos de risco (Portnoy et al., 2008).

## DISCUSSÃO

Como iniciativa inovadora de resposta aos desafios impostos à psicologia da saúde pela crescente propagação de ferramentas tecnológicas de comunicação, consideramos os resultados do período experimental da LUA no SL como encorajadores. Fruto da era de primeiro desenvolvimento dos cuidados de saúde digitais (Kraft & Yardley, 2009), este projecto promete ser uma estratégia de prevenção ao nível dos comportamentos de risco. A psicologia enquanto ciência necessita provar a utilidade e eficácia das suas intervenções (Baker et al., 2009),

divulgando os seus procedimentos de uma forma completa, precisa, minuciosa e transparente (Glasgow, Klesges, Dzewaltowski, Bull, & Eastbrooks, 2004) e abrangendo uma perspectiva integral de saúde, que inclui mas se estende além da saúde mental (Arnett, 2001). Só esta realidade permitirá efectivar a construção, aplicação e disseminação de intervenções empiricamente fundamentadas e, conseqüentemente contribuir para otimizar a saúde pública (Baker et al., 2009). À entrada no século XXI, a psicologia percorreu um longo caminho, mas enfrenta a ameaça de ser ultrapassada por outras áreas e profissionais, se se mostrar incapaz de responder às preocupações contemporâneas de efectividade comprovada das suas investigações.

A validação empírica da intervenção psicológica deve passar por uma interacção complementar entre a prática e a investigação (Kraft, Drozd, & Olsen, 2009), pois só a conjunção de experiência clínica e investigação científica podem garantir o papel continuado na psicologia na promoção da saúde (Baker et al., 2009). No que se refere à investigação, novas directrizes para facilmente criar, modificar e avaliar intervenções por mediação tecnológica deverão ser ponderadas (e.g., [www.lifeguideonline.org](http://www.lifeguideonline.org)).

O projecto LUA no *Second Life* bem como outros projectos de intervenção na saúde beneficiarão da consideração destes pressupostos. A avaliação da eficácia do procedimento e do contributo para a saúde dos avatares apoiados/pacientes deverão ser uma preocupação futura. Não poderão ser descurados aspectos como a formação sistematizada de pares apoiantes; garantia da ética, confidencialidade e continuidade dos apoios prestados; interacção com serviços de aconselhamento psicológico e psicoterapia, real ou virtual; ou avaliação rigorosa da eficácia dos apoios prestados e divulgação destes resultados. Assim se pretende construir uma ferramenta de intervenção na saúde cientificamente fundamentada, que possa efectivamente responder aos novos desafios que se colocam à psicologia da saúde.

## REFERÊNCIAS

- Au, W.J. (2009, 15 de Abril). Exclusive: Second Life starts to grow again [web log post]. Recuperado de <http://gigaom.com/2009/04/15/exclusive-internal-second-life-data-shows-returning-growth>

- Baker, T.B., McFall, R., & Shoham, V. (2009). Current status and future prospects of clinical psychology – Towards a scientifically principles approach to mental and behavioral health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 9(2), 67- 103.
- Drees, D. (2005, November). *E-mentoring at the University of Westminster: Supporting first year students in a metropolitan setting*. Paper presented at International Completeness: Mentoria Universidad-Empresa, Madrid, Spain.
- Eftathiou, G., & Kalantzi-Azizi, A. (2005). Students' psychological web-counselling: A European perspective. Paper presented at the *Fedora Psyche Conference*, Groningen, Netherlands.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., Rizo, C., & Stern, A. (2004). Health related virtual communities and electronic support groups: Systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *BMJ*, 328, 1166-1170.
- Freeman, E., Barker, C., Pistrang, N., Keane, B., & McAteer, C. (2005). Online peer support for students. *Association for University and College Counselling Journal*, Autumn, 23-25.
- Glasgow, R.E., Klesges, L.M., Dzewaltowski, D.A., Bull, S.S., & Estabrooks, P. (2004). The future of health behaviour change research: What is needed to improve translation of research into health promotion practice? *Annals of Behavioral Medicine*, 27(1), 3-12.
- Gorini, A., Gaggoli, A., Vigna, C., & Riva, G. A Second Life for Health: Prospects for the use of 3-D virtual worlds in clinical psychology. *Journal of Medical Internet Research*, 10(3), 21. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553247/>
- Keefe, F.J., & Blumenthal, J.A. (2004). Health psychology: What will the future bring? *Health Psychology*, 23(2), 156-7.
- Kirriemuir, J. (2007). The Second Life of UK Academics. Recuperado a 04 de Janeiro de 2009 de: <http://www.ariadne.ac.uk/issue53/kirriemuir>.
- Kraft, P., Drozd, F., & Olsen, E. (2009). ePsychology: Designing theory-based health promotion interventions. *CAIS*, 24, 399-426.
- Kraft, P., & Yardley, L. (2009). Current issues and new directions in Psychology and Health: What is the future of digital interventions for health behavior change? *Psychology and Health*, 24(6), 615-618.
- Miller, J.K., & Gergen, K.J. (1998). Life on the line: The therapeutic potentials of computer-mediated conversation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(2), 189-202.
- Mitchell, D., & Murphy, L. (1998). *Confronting the challenges of therapy online: A pilot project*. Proceedings of the Seventh National and Fith International Conference on Information Technology and Community Health, Victoria, British Columbia, Canada.

- Pennebaker, J.W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162-166.
- Pereira, A.M.S. (1997). *Helping Students to cope: Peer Counselling in Higher Education* (Unpublished thesis). University Of Hull: Hull, U.K.
- Portnoy, D.B., Scott-Sheldon, L.A.J., Johnson, B.T., & Carey, M.P. (2008). Computer-delivered interventions for health promotion and behavioural risk reduction: A meta-analysis of 75 randomized controlled trials, 1988-2007. *Preventive Medicine*, 47, 3-16.
- Ribeiro, J.L.P. (2005) *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Richards, D., & Tangney, B. (2008). An informal online learning community for student mental health at university: A preliminary investigation. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(1), 81-97.
- Rochlen, A.B., Zack, J.S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 269-283.
- Riva, G. (2005). Virtual reality in psychotherapy: Review. *Cyberpsychology & Behavior*, 8(3), 220-230.
- Suller, J. (2000). Psychotherapy in cyberspace: A 5-dimensional model of online and computer-mediated psychotherapy. *CyberPsychology & Behavior*, 3(2), 151-159.
- Vagos, P., Santos, L., Pereira, A., Tavares, J., Monteiro, S., & Vasconcelos, G. (2009). Ambientes virtuais promotores de desenvolvimento e aprendizagem. In J. Tavares & A.P. Cabral (Orgs.), *Actas do II Congresso Internacional CIDInE: Novos contextos de formação, pesquisa, mediação* (CD.Ed).

## SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO: UMA REVISÃO DE PERSPECTIVAS

*António M. Fonseca* ([afonseca@porto.ucp.pt](mailto:afonseca@porto.ucp.pt))

Universidade Católica Portuguesa / UNIFAI

*“São duas silhuetas esbeltas, agarradas uma à outra,  
delineadas no fundo de uma gruta neolítica.  
É o sorriso enigmático de um casal antigo  
que sobrevive numa parede de Pompeia.  
É, numa iluminura, o joelho apoiado no chão  
de um cavaleiro curvado diante da sua Dulcineia...  
É ainda a espada de Tristão que o separa da sua dama,  
os dedos de Julien aflorando o braço de Mme de Rênal,  
e as milhares de palavras inflamadas de Julieta, Heloise, Berenice  
e todas as belas dos senhores da literatura.  
É também a saia arregaçada de uma donzela de Fragonard,  
a mão de Charlot apertando com força a de Paulette,  
e ainda as torrentes de lágrimas, as orgias de beijos, as sinfonias de suspiros,  
os gritos de prazer que inundam os ecrãs nunca saciados...”*

In *La plus belle histoire de l'amour*, Paris, Éditions du Seuil, 2003

### A IDEIA DA SEXUALIDADE NA VELHICE

Pela primeira vez na história, a maior parte das pessoas vivendo em sociedades como a nossa pode fazer planos em relação ao seu envelhecimento futuro. De acordo com as projecções demográficas, os idosos não cessarão de aumentar em valor absoluto e em importância; estimativas do Conselho da Europa indicam que a população portuguesa terá, em 2050, 2,5 idosos com 65 ou mais anos para cada jovem com menos de 15 anos.

Para isto muito tem contribuído, naturalmente, o aumento extraordinário da esperança média de vida; por exemplo, nos EUA, a esperança média de vida passou de 49 anos em 1900 para 76,5 anos em 2000; em França, no início do séc. XX apenas uma em cada dez pessoas ultrapassava os 60 anos enquanto actualmente só uma em cada dez pessoas não ultrapassa os 60 anos de idade; em Portugal, a esperança de vida à nascença é actualmente

de 74 anos para os homens e de 81 anos para as mulheres, tendo aumentado cerca de 30 anos no decurso do século XX.

Tão ou mais importante do que isto é o facto de as pessoas viverem cada vez mais tempo gozando de boa saúde e condição física, em situação de plena autonomia de vida e normalidade física, psicológica e social, integradas socialmente de acordo com os parâmetros correntes.

Tomadas em conjunto, estas realidades trazem novos desafios à forma como se encara e vive a segunda metade da existência humana. No caso específico da sexualidade, embora Morley (2006) considere que nos últimos 40 anos o tema da sexualidade se tenha tornado mais familiar, para muitos – incluindo muitos idosos – trata-se ainda de um *tema tabu*. Todavia, o conhecimento dos factos e das necessidades ao nível da sexualidade das pessoas idosas representa um assunto capital para a qualidade de vida deste segmento da população e uma componente essencial da sua saúde, entendida aqui como uma integração harmoniosa dos aspectos somático, emocional, intelectual e social do ser sexuado (OMS).

Apesar da enorme heterogeneidade dos padrões de envelhecimento (em muitas medidas biológicas e psicológicas, a variabilidade é maior em amostras de indivíduos idosos do que entre adultos mais novos; mesmo entre os idosos, observam-se trajectórias diferentes de envelhecimento normal, com tendências variáveis em diferentes subgrupos genéticos e socioculturais), a “3ª idade” e o envelhecimento permanecem associados a um conjunto de estereótipos negativos, com consequências nefastas para os indivíduos pertencentes a este grupo etário e para a sociedade em que vivem. De entre os variados estereótipos associados ao envelhecimento, o isolamento social, a tristeza, a apatia, a incapacidade a nível sexual e o desinteresse generalizado pela vida surgem entre os mais comuns, tendo origem essencialmente na falta de informação (muitos estudos sobre o envelhecimento são baseados em amostras de idosos que residem em instituições, originando uma falsa imagem do idoso, dado que apenas 5% dos idosos portugueses residem permanentemente em lares e outras estruturas semelhantes) e na própria sociedade, que não raro atribui aos idosos papéis passivos, marcados pela dependência ou pelo assistencialismo.

Por outro lado, vivemos rodeados por uma cultura narcisista, onde o objectivo é viver para si, para agora, procurando esquecer que a passagem do tempo é inevitável e onde “a idade” surge como o principal inimigo a combater. O discurso do quotidiano está, aliás, marcado por esta autêntica fobia do que é “velho”, inventando-se novas palavras – “idade maior”,

“seniores” – numa tentativa de estender as fronteiras entre idades, tornando-as indefinidas.

De tudo isto resulta que o envelhecimento bem sucedido é visto frequentemente como o envelhecimento apresentado pelos corpos que desenvolveram a capacidade de camuflar ao máximo todo o sinal ou vestígio que lembre o sentido do tempo. O corpo envelhecido só é valorizado se a ele estiver agregado o adjetivo “conservado” e sendo certo que todos desejam uma vida longa, paradoxalmente, fazem-se todo o tipo de esforços para adiar os sinais da passagem do tempo. Na nossa época, o corpo ideal já não é um corpo magro ou gordo, mas sim um corpo que transgrida as fronteiras do tempo, um corpo sem idade, um corpo a-temporal. À medida que se envelhece, é também um corpo fortemente vigiado e intervencionado pela medicina, dando origem tantas vezes à criação de uma nova categoria, os “bio-velhos”, cujo comportamento é permanentemente regulado e onde deixam de caber a transgressão e o desejo.

O estabelecimento de uma relação entre a velhice e o fim da vida sexual tem dado igualmente origem à tendência para se olhar para o corpo idoso como um corpo assexuado, encarando o “sexo” como uma dádiva da juventude e acentuando um olhar anti-erótico sobre a velhice. Em muitos – incluindo também aqui profissionais de saúde – encontramos mesmo uma certa repugnância quando as palavras “envelhecimento” e “desejo sexual” surgem associadas. Através de um estudo de revisão, Kessel (2001) sistematiza um conjunto de ideias sobre o significado da sexualidade em pessoas idosas, sublinhando que, de uma forma generalizada, há uma série de falácias que veiculam uma visão extremamente negativa da sexualidade em pessoas idosas. Entre essas falácias, três são particularmente notórias: a sexualidade na velhice simplesmente não existe (muitos jovens não acreditam que os idosos tenham necessidades sexuais); a sexualidade na velhice é uma ideia bem-humorada, mas nada mais do que isso; a sexualidade na velhice é repugnante (ideia muito presente, nomeadamente, nos funcionários que trabalham em instituições de idosos).

Mas não é este, aparentemente, o sentir das pessoas idosas relativamente ao assunto. Num estudo de natureza descritiva efectuado junto de uma amostra de indivíduos com um intervalo etário bastante alargado (entre os 52 e os 90 anos), Gott e Hinchliff (2003) recolheram informação qualitativa e quantitativa relacionada com a importância e o papel do sexo na idade mais avançada; usando para tal entrevistas semi-estruturadas e questionários de avaliação da qualidade de vida. As respostas à questão “Que

importância tem para si a vida sexual?” mostraram que, para a maioria, o sexo é visto como uma componente importante na relação emocional, só não o sendo para quem era viúvo(a) ou apresentava problemas de saúde. Foi igualmente constatado que a idade, por si só, não exerce um impacto directo na avaliação da importância do sexo na idade avançada, existindo uma diversidade de visões quanto à importância da sexualidade à medida que se envelhece mas ficando bem claro que o estereótipo do idoso assexuado não é apoiado por quem vive directamente a experiência do envelhecimento.

### TEMPORALIDADE E MUDANÇAS CORPORAIS

Quando é que começamos a envelhecer, sexualmente falando? Muito sucintamente, é consensual que sinais como a diminuição de vigor físico, a perda de flexibilidade e um sentimento crescente de vulnerabilidade ameaçam a capacidade de sedução-atracção indispensável para uma vida sexual plena.

Há, porém, diferenças entre homens e mulheres a este respeito. Assim, enquanto ao homem é permitido envelhecer de muitas maneiras, não existindo critérios delimitados sob o ponto de vista biológico ou social que permitam definir exactamente o que é um “homem velho”, a mulher envelhece quando perde a beleza segundo os padrões estéticos dominantes. Enquanto a masculinidade está associada a qualidades como a competência, a experiência, a autonomia e o auto-controlo (qualidades que resistem melhor ao envelhecimento), na mulher são valorizadas qualidades tais como a aparência física, a sensualidade e a capacidade de procriar (qualidades que são mais precocemente atingidas pelo envelhecimento).

Perante um modelo de sexualidade dominante marcado por “valores da juventude”, fortemente genitalizado e valorizando um corpo e uma imagem atractivos, as mulheres defrontam-se efectivamente com dificuldades acrescidas. Os actuais padrões de beleza e de função sexual, veiculados largamente por revistas e sites fazedores de opinião pública – e de expectativas – a este respeito, apresentam-se demasidado exigentes para a maior parte das mulheres mais velhas (ou mesmo ainda longe de o serem). Para muitas, o envelhecimento pode muito bem constituir um

humilhante processo de desqualificação pessoal e social, gerando uma ideia de “inelegibilidade sexual” difícil de ultrapassar.

Há, com efeito, um cruzamento de vários discursos negativos relativamente à mulher e ao “envelhecimento no feminino” (fim da vida reprodutiva, fim da feminilidade, fim da capacidade sexual), fazendo com que muitas mulheres na meia-idade vivam receosas não tanto com as doenças associadas ao envelhecimento, mas sim com a vivência de algo totalmente desconhecido para elas até então: a perda da imagem de si mesmas, da sua identidade, o medo que os outros não as reconheçam mais como *mulheres* (no seu livro *A identidade* – Edições ASA, 1998 –, Milan Kundera coloca na boca de Chantal, uma bela mulher mas já não uma mulher jovem, a seguinte frase: “Vivo num mundo em que os homens já não se viram para mim”). Muitas mulheres envelhecem com desgosto, sofrimento e vergonha: o desejo de serem amadas, desejadas e reconhecidas é travado pelas barreiras do envelhecimento.

Já um homem, mesmo que não seja dotado de atributos físicos particularmente relevantes, pode manter-se sexualmente elegível até uma idade avançada, sendo frequentemente visto, aliás, como parceiro aceitável para uma mulher mais jovem (quando o contrário causa sempre uma certa estranheza). Sendo comum, entre nós, a ideia de que o vinho do Porto é uma das coisas que melhora com a idade, o mesmo sucede com aqueles homens em que, com o passar dos anos, a sensualidade tende a evidenciar-se cada vez mais e melhor (e muitos são os actores de Hollywood habitualmente apontados como exemplos admiráveis deste facto).

Com o advento da menopausa, muitos dos sentimentos negativos comuns entre as mulheres tendem a acentuar-se. Nada há mais forte no imaginário colectivo como porta de entrada para a *ideia de envelhecimento* nas mulheres do que a menopausa. Até ao ano 2030, 1200 milhões de mulheres estarão na menopausa e, todavia, o significado não-biológico da menopausa é restrito às mulheres ocidentais do século XX, assim como a sua sistematização e medicalização.

Sumariamente, a menopausa caracteriza-se pela ausência consecutiva da menstruação por 12 meses; ocorre entre os 45-55 anos e marca o fim da capacidade reprodutiva. A diminuição da produção de hormonas femininas desencadeia o aparecimento de uma série de sintomas físicos, psicológicos e emocionais: sensações alternadas de calor e frio intensos; inquietação, ansiedade, variações do humor, labilidade emocional, fadiga, irritabilidade, insónias, nervosismo, alterações de pele, secura vaginal e, com alguma frequência, incontinência urinária (Souza, 2006). Depois da

menopausa, há uma diminuição severa da produção de estrogéneos e progesterona, o que produz alterações no aparelho genital feminino, tais como: os ovários diminuem de tamanho, o útero regride ao seu tamanho pré-púbere, a mucosa do colo uterino atrofia, a vagina é mais curta e menos elástica, a mucosa vaginal é mais delgada e diminui a capacidade de lubrificação vaginal (Souza, 2006).

Mas a menopausa, para além de ser um acontecimento biológico e individual, também é, à semelhança de tantos outros ao longo do ciclo de vida, um facto culturalmente valorizado de modos distintos: enquanto nos países mais pobres enfatizam-se aspectos positivos, como a libertação da possibilidade/responsabilidade de ter filhos, nos países mais ricos olha-se sobretudo para os aspectos negativos associados à menopausa (mesmo nestes, é sabido que as mulheres desfavorecidas não dão a mesma importância à menopausa do que as mulheres de classes privilegiadas).

Um conjunto de mudanças significativas estão, todavia, em curso a este respeito, e já só raramente encontramos atitudes de conformismo e resignação face às consequências adversas da menopausa. No mundo ocidental, desenvolvido sob o ponto de vista científico e tecnológico, a medicina apropriou-se da menopausa e provocou uma autêntica mudança de paradigma. De uma atitude conservadora (assente na “libertação da actividade sexual” pela valorização dos aspectos positivos da ausência de gravidez e parto) passou-se a atitude intervencionista, mediante o recurso à terapia hormonal de substituição, simultaneamente tratando a sintomatologia desagradável associada à menopausa e mantendo – ou mesmo rejuvenescendo – a capacidade de desempenho sexual.

Este novo paradigma – “menopausa activa” – preconiza fundamentalmente a mudança do vínculo associativo menopausa-envelhecimento através do recurso a hormonas substitutivas, é certo, mas também a estilos de vida saudáveis que funcionem como um antídoto capaz de desfazer essa associação, cabendo aos médicos (suportados num poderoso marketing farmacêutico) agirem como vectores da sua disseminação. A construção da “menopausa activa” tem, naturalmente, um público-alvo bem delimitado: mulheres socio-economicamente favorecidas, intelectualmente diferenciadas, com tempo e dinheiro para cumprir rituais de saúde e de “estilos de vida saudáveis”: longas caminhadas, exercício físico, cremes e vitaminas, alimentação equilibrada). Há, finalmente, em torno deste novo paradigma, a redefinição do papel e da imagem da mulher mais velha, valorizando-a e rodeando-a de novas expectativas revestidas da legitimidade do conhecimento científico e da modernidade.

E nos homens, a andropausa existe mesmo ou será tão-somente uma ficção? No homem, a fase correspondente à menopausa na mulher, não tem uma idade certa para acontecer (Souza, 2006). As mudanças na fisiologia sexual masculina, não se apresentam de forma súbita nem da mesma forma em todos os sujeitos, mas não estar consciente desse processo fisiológico poderá levar o homem de meia-idade para diante a apresentar sintomas de angústia antecipatória quanto ao seu desempenho sexual [em *A vida em surdina* – Edições ASA, 2009 –, David Lodge faz através do protagonista do romance, um professor reformado, um relato comovente e divertido do esforço de um homem para enfrentar a velhice e as suas implicações, também no plano sexual: “(...) acariciámo-nos e adormecemos suavemente num abraço confortável, com a minha mão entre as coxas quentes dela. Mais cedo ou mais tarde, a nossa vida sexual reduzir-se-á a isto, suponho eu, se lá chegarmos: suaves carícias íntimas. E mais vale aceitarmos essa perspectiva como sendo infinitamente melhor do que a ausência total de sexo (...)”].

No sexo masculino, verifica-se uma série de alterações provocadas pela diminuição dos androgénios, em particular, a testosterona, o que pode originar disfunção erétil, diminuição do volume testicular, alterações do orgasmo ou ejaculação fraca. Esta fase não é, contudo, tão delimitada como nas mulheres, podendo mesmo ocorrer só no final da vida numa idade muito avançada. As mudanças na fisiologia sexual masculina estão relacionadas com múltiplos factores (hormonais, neuronais e vasculares), responsáveis por erecções flácidas, dificuldade ou maior demora em alcançar o orgasmo, diminuição de erecções nocturnas involuntárias, aumento do período refractário depois da erecção, retardamento da ejaculação (o que pode ser bom para quem sofra de ejaculação precoce), redução do líquido pré-ejaculatório e ejaculação menos intensa (Souza, 2006).

Com o envelhecimento, há portanto alterações físicas cuja ocorrência é inevitável mas que não têm necessariamente de ditar o fim da vida sexual. Claro que as necessidades sexuais do idoso vão ser diferentes das do jovem, uma vez que as pessoas mais velhas vivem outro momento da vida, eventualmente prezando mais aspectos como a intimidade e afectividade do que a frequência de relações sexuais ou a mera descarga pulsional. Para comprovar isto mesmo, Arcoverde e Labronici (2008) desenvolveram um estudo fenomenológico, baseado na premissa de que a sexualidade é uma dimensão humana que está presente em toda a trajectória existencial, perdura no tempo e pode adquirir diferentes expressões em diferentes

momentos do ciclo de vida. Este estudo permitiu constatar que a forma como o idoso percebe e vivencia a sua sexualidade transcende claramente uma visão biológica, marcada pela relação sexual, colocando no epicentro o factor “desejo” como mediador que se concretiza essencialmente através do estabelecimento de relações (companheirismo, socialização, actividades lúdicas), visando ultrapassar condicionantes fisiológicas próprias da velhice.

Isto não significa, porém, uma desvalorização do acto sexual em si mesmo. Pelo contrário, o sexo em pessoas mais velhas é importantíssimo, tanto para a manutenção de uma boa saúde física (melhora a circulação sanguínea, por exemplo), como para a preservação da auto-estima, do auto-conceito e do bem-estar psicológico. Ou seja, não tem contra-indicações.

## REFERÊNCIAS

- Arcoverde, M., & Labronici, L. (2008). Faces ocultas e o emergir da sexualidade na terceira idade: Um estudo fenomenológico. *Brazilian Journal of Nursing*, 7(3), 1-11.
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, 56, 1617-1628.
- Kessel, B. (2001). Sexuality in the older person. *Age and Ageing*, 30, 121-124.
- Souza, R. (2006). Anatomia do envelhecimento. In E. Carvalho Filho & M. Netto (Eds.), *Geriatrics – fundamentos, clínica e terapêutica* (2ª ed.). S. Paulo: Editora Atheneu.

AVALIAÇÃO DAS ESCALAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE (EADS): UM ESTUDO COM UNIVERSITÁRIOS DO AMAZONAS

*Antonio Roazzi<sup>2</sup> (roazzi@gmail.com), Suely A. do N. Mascarenhas<sup>1</sup>, Denise Machado Duran Gutierrez<sup>1</sup>, José L. Pais-Ribeiro<sup>3</sup>, Mônica G. de Albuquerque Areias Secco<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Amazonas, <sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco, <sup>3</sup>Universidade do Porto

O bem-estar psicossocial que caracteriza a qualidade de vida é direito de todos. A saúde também é um direito de todos. A ansiedade, a depressão e o estresse são doenças que prejudicam o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida. Sabe-se que o organismo humano é afetado de modo positivo ou negativo pelas circunstâncias do ambiente sócio-moral, econômico, político, religioso dentre outros. Todavia, em boa medida, o sujeito é autor de sua própria história podendo afetar de modo positivo ou negativo as circunstâncias de sua vida por meio de um processo educativo que o conduza a desenvolver novos aprendizados em todas as dimensões de sua existência. O comportamento individual para com a promoção e manutenção da saúde é aprendido ao longo do ciclo de vida nas relações formais e informais que se desenvolvem desde o contexto familiar, comunitário, escolar e social como um todo assim como todos os demais comportamentos. Se o comportamento é aprendido, pode ser desaprendido ou reaprendido a partir de outras aprendizagens significativas e reflexivas. O processo de educação para a saúde pode e deve acontecer em todos os contextos: pessoal, social e ambiental. As atitudes de zelar pela promoção e manutenção da própria saúde ou o contrário são comportamentos aprendidos podendo estar nas agendas das lideranças em educação para a saúde como forma de viabilizarem ações que favoreçam a prevenção e promoção da qualidade de vida e do bem-estar psicossocial em todos os contextos da convivência humana saudável (Ribeiro, 2005, 2007).

Os fenômenos conhecidos como estresse, ansiedade e depressão são amplamente estudados pela psicologia da saúde bem com da doença. Nossa perspectiva de interpretação é que pode tratar-se de um único processo em diferentes estágios. A ansiedade seria o anúncio do estresse e o estresse o prenúncio da depressão (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) como degraus de uma mesma escada. Os cuidados com a saúde são aprendidos individual e coletivamente por meio de processos educativos formais e informais.

A operacionalização do modelo tripartido levou à construção de medidas tais como a escala aqui em estudo, a *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995) que designaremos em português por Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS).

Neste estudo analisamos a ocorrência dos fenômenos junto a universitários da Amazônia recorrendo à escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens (Ribeiro, Leal, & Honrado, 2004) com o objetivo de adaptar para o contexto do Brasil a EADS de 21 itens, de modo que se mantenham equivalentes à versão portuguesa. É importante ressaltar que esta escala EADS é por sua vez uma adaptação da escala *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995). Estes autores elaboraram uma escala que, teoricamente, se propunha abranger a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão, que satisfizessem padrões elevados de critérios psicométricos, e que fornecessem uma discriminação máxima entre os dois construtos. Estudos fatoriais preliminares desta escala detectou um novo fator que compreendia itens menos discriminativos das duas dimensões, a ansiedade e depressão. Estes itens consistiam na dificuldade em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação. Este novo fator foi denominado pelos autores de “Stress”. Lovibond e Lovibond descrevem as três dimensões detectadas da seguinte forma: (1) depressão sobretudo pela perda de motivação e de auto-estima, e está associada com a percepção de baixa probabilidade de obter objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa; (2) ansiedade destaca as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo; (3) stress implica estados de excitação e tensão estáveis, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

Nosso interesse nesta investigação preliminar – continuação de estudo anterior (Ribeiro, Mascarenhas, Honrado, & Leal, 2008) – situa-se na perspectiva da psicopedagogia da saúde e suas interfaces com a psicologia da saúde e da educação para a saúde.

## MÉTODO

### *Participantes*

505 estudantes universitários participam desta amostra, sendo 62% do sexo feminino e 38% do sexo masculino. As idades estão compreendidas entre o intervalo de 18 a 57 anos ( $M=25,29$ ;  $DP=7,37$ ). Estado civil: 74,7%

são solteiros, 15,2% casados, 1,8% divorciados, 7,7% encontram-se em união estável, 0,6% são viúvos. 51,1% praticam atividades físicas e 48,9% não praticam atividades físicas. Quanto à declaração de etnia, 50,5% consideram-se pardos, 21,6% brancos, 10,5% negros, 1,6% indígenas, 0,4% caboclos, 0,2% brasileiro e 15% não declararam.

### *Material*

Os dados analisados neste estudo foram obtidos a partir da aplicação das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens (Ribeiro, Honrado e Leal, 2004). O instrumento é constituído por 21 itens. 7 itens medem o fenómeno da ansiedade, 7 itens avaliam o fenómeno da depressão e 7 itens diagnosticam o fenómeno do estresse. Os sujeitos avaliam a extensão com que perceberam o ocorrência dos fenómenos em análise, cujos sintomas foram experimentados na última semana, numa escala de 4 pontos. 1. Não aplicou-se nada a mim, 2. Aplicou-se a mim algumas vezes, 3. Aplicou-se a mim muitas vezes e 4. Aplicou-se a mim a maior parte das vezes.

### *Procedimento*

Os sujeitos foram escolhidos de modo aleatório e participaram voluntariamente da investigação após serem informados dos seus objetivos observando procedimentos éticos vigentes. O preenchimento individual da escala aconteceu em horário de aula cedido pelos professores. O tempo de resposta não excedeu 10 minutos.

Na verificação das propriedades psicométricas realizou-se a análise de fiabilidade dos itens, calcularam-se as médias e desvio padrão dos itens das escalas e avaliaram-se as diferenças de gênero entre as amostras de universitário do sexo masculino e do sexo feminino para os instrumentos em estudo.

## RESULTADOS

A fiabilidade das Escalas EADS-21 junto à amostra em estudo (método *Alpha de Cronbach*) foi de 0,81 para a sub-escala que avalia o estresse, 0,80 para a sub-escala que mede o fenómeno da ansiedade e de 0,81 para a

sub-escala que diagnostica a depressão, no seu conjunto a confiabilidade do instrumento é de 0,92. Os indicadores psicométricos verificados junto a esta amostra são considerados positivos para os padrões da investigação nas ciências humanas. De acordo com Gable e Wolf (1993), coeficientes de *alpha* superiores a 0,70, na avaliação de atitudes e fenômenos psicossociais e afetivos complexos, conferem elevada fiabilidade às escalas utilizadas. Da análise da *Anova* realizada foram verificadas diferenças estatisticamente significativas com relação à variável de agrupação gênero nos itens: 12. *Senti dificuldade em me relaxar* ( $F=4,13$ ;  $p=0,04$ ), 17. *Senti que não tinha muito valor como pessoa* ( $F=4,13$ ;  $p=0,04$ ) e 18. *Senti que por vezes estava sensível* ( $F=4,17$ ;  $p=0,02$ ) favoráveis ao sexo feminino. No Quadro 1, estão registradas as cargas fatoriais verificadas para a totalidade dos itens da EADS 21, bem como a variância explicada para os três fatores que é de 51,33%.

Quadro 1

*Estrutura fatorial da EADS-21 (N= 505/Amazônia)*

Item	Características dos itens	F1: Ansiedade	F2: Estresse	F3: Depressão
19	Senti alterações em meu coração sem fazer exercícios físicos.	0,67		
2	Senti minha boca seca	0,65		
20	Senti-me assustado/a sem ter boa razão para isso	0,56		
15.	Senti-me quase entrando em pânico	0,52		
7	Senti tremores (por exemplo, nas mãos)	0,50		
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0,50		
4	Senti dificuldade de respirar	0,47		
8	Senti que estava utilizando muita energia nervosa.		0,68	
12	Senti dificuldade de relaxar		0,63	
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações		0,61	
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava fazendo		0,59	
1	Tive dificuldade de me acalmar		0,58	
18	Senti que às vezes estava sensível		0,55	
11	Dei por mim agitado/a		0,55	
21	Senti que minha vida não tinha sentido			0,75
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa			0,72
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada			0,72
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro			0,66
5	Tive dificuldade de tomar a iniciativa para fazer coisas			0,58
13	Senti-me desanimado/a e melancólico/a			0,55
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo			0,50
	Valor próprio do fator	8,22	1,47	1,08
	%Variância explicada do fator	39,15%	7,00%	5,17%
	Variância total explicada: 51,33%			

Nos Quadros 2, 3 e 4 contata-se que os indicadores de valores de média e desvio padrão para cada sub-escala da EADS-21: ansiedade, estresse e depressão sugerem uma boa condição de saúde psicossocial dos integrantes da amostra. Não foram observadas diferenças significativas com relação à variável de agrupação gênero com relação aos fenômenos em avaliação no que se refere às pontuações de média e desvio padrão. Todavia, nos itens 12, 17 e 18 os valores do grupo de sujeitos do sexo feminino registram-se sensivelmente superiores que os observados na pontuação correspondente ao conjunto de integrantes a amostra do sexo masculino.

Quadro 2

*Médias e desvio padrão dos itens do fator ansiedade de acordo com sexo*

Item	Sexo	N	M	DP
2. Senti minha boca seca	Feminino	313	1,75	0,84
	Masculino	192	1,76	0,81
4. Senti dificuldade de respirar	Feminino	313	1,63	0,85
	Masculino	192	1,56	0,85
7. Senti tremores ( por exemplo nas mãos)	Feminino	313	1,86	0,91
	Masculino	192	1,82	0,92
9. Preocupei-me com situações que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	Feminino	313	1,80	0,94
	Masculino	192	1,70	0,88
15. Senti-me quase entrando em pânico	Feminino	313	1,60	0,87
	Masculino	192	1,53	0,79
19. Senti alterações em meu coração sem fazer exercícios físicos	Feminino	313	1,91	0,97
	Masculino	192	1,82	0,90
20. Senti-me assustado/a sem ter boa razão para isso	Feminino	313	1,86	0,94
	Masculino	192	1,73	0,86

Quadro 3

*Médias e desvio padrão dos itens do fator estresse de acordo com sexo*

Item	Sexo	N	M	DP
1. Tive dificuldade de me acalmar	Feminino	313	1,88	0,85
	Masculino	192	1,80	0,84
6. Tive tendência de reagir em demasia em determinadas situações	Feminino	313	1,87	0,82
	Masculino	192	1,97	0,92
8. Senti que estava utilizando muita energia nervosa	Feminino	313	2,00	0,98
	Masculino	192	1,92	0,93
11. Dei por mim agitado/a	Feminino	313	1,97	0,89
	Masculino	192	1,82	0,83
12. Senti dificuldade de relaxar.	Feminino	313	2,14	0,95
	Masculino	192	1,96	0,86
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava fazendo	Feminino	313	1,91	0,90
	Masculino	192	1,94	0,86
18. Senti que às vezes estava sensível	Feminino	313	2,25	0,96
	Masculino	192	2,06	1,00

Quadro 4

*Médias e desvio padrão dos itens do fator depressão de acordo com sexo*

Item	Sexo	N	M	DP
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	Feminino	313	1,73	0,90
	Masculino	192	1,65	0,86
5. Tive dificuldade de tomar iniciativa e fazer alguma coisa	Feminino	313	1,98	0,88
	Masculino	192	1,97	0,87
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	Feminino	313	1,49	0,83
	Masculino	192	1,57	0,93
13. Senti-me demasiado/a melancólico/a	Feminino	313	2,02	0,94
	Masculino	192	1,92	0,95
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	Feminino	313	1,58	0,84
	Masculino	192	1,66	0,88
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	Feminino	313	1,74	0,97
	Masculino	192	1,57	0,87
21. Senti que minha vida não tinha sentido	Feminino	313	1,61	0,96
	Masculino	192	1,52	0,84

## DISCUSSÃO

Tomando em consideração a totalidade dos dados analisados neste estudo, é possível afirmar que os objetivos foram atingidos para esta fase da investigação. As propriedades psicométricas da EADS-21, replicando estudos anteriores, também junto à amostra amazônica em causa registrou resultados fiáveis. No que se refere ao diagnóstico realizado quanto às condições de saúde psicológica dos integrantes da amostra, constata-se que pode ser considerado bom embora os três fenômenos (ansiedade, estresse e depressão) estejam presentes mesmo que em proporções estatisticamente aceitáveis. Os resultados sugerem a continuidade dos estudos neste domínio no sentido de ampliar a fonte de dados com sustentação empírica acerca deste domínio da psicologia da saúde em contexto universitário.

## REFERÊNCIAS

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*, Brasília, Congresso Nacional.
- Gable, R., & Wolf, M. (1993). *Instrument development in the affective domain. Measuring attitudes and values in corporate and school settings*. Massachusetts: Kluwer Academic Publishers.

- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Mascarenhas, S. (2009). *Projeto de pesquisa: Avaliação do bem-estar subjetivo, otimismo e esperança de docentes e discentes do ensino superior do Amazonas*, Protocolo CEP/UFAM/CAAE 072.0.115.000-09, PIBIC-H-07/FAPEAM, Humaitá, UFAM.
- Ribeiro, J.L.P., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde*. Lisboa: Fundação Merck Sharp Dohme.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J.L.P., Mascarenhas, S.A. do N., Honrado, A., & Leal, I. (2008). Escalas de ansiedade, depressão e estresse (EADS): um estudo com estudantes universitários do Brasil (Amazônia). In Noronha, Machado, Almeida, Gonçalves, Martins, & Ramalho (Orgs.), *Actas XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica Formas e Contextos*. Braga, Universidade do Minho (p. 1-9) P.2.30, CDROOM.
- ONU. (1948). *Declaração universal dos direitos humanos*: Paris: ONU.
- WHO. (1948). *Official Records of the world Health Organization* Number 2. United Nations, World health Organization. Geneve, Interim Commission.
- WHO. (1986). *Health promotion: Concepts and principles in action, a policy framework*, Geneve, WHO.

A INFLUÊNCIA DA ESCOLARIDADE  
NA BUSCA A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DAS PARTURIENTES  
DO HOSPITAL REGIONAL DE HUMAITÁ – AM – BRASIL

Bruna Basso<sup>1</sup> ([brunabassojpr@hotmail.com](mailto:brunabassojpr@hotmail.com)) / Elaine Loebelin<sup>1</sup> / Ireniza  
Silva<sup>2</sup> / Suely Mascarenhas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Amazonas/IEAA; <sup>2</sup>Secretaria Municipal de  
Saúde/Hospital Regional de Humaitá – AM

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito. Entretanto, é necessário conjugar a segurança de obter bons resultados com o bem-estar para a mulher e o recém-nascido, respeitando-se direitos constituídos (Serruya, 2004).

A assistência pré-natal tem merecido destaque crescente e especial na atenção à saúde materno-infantil, que permanece como um campo de intensa preocupação na história da Saúde Pública. No Brasil, a persistência de índices preocupantes de indicadores de saúde importantes, como os coeficientes de mortalidades materna e perinatal, tem motivado o surgimento de um leque de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal (Coutinho, 2003).

O acesso à assistência pré-natal é considerado uma condição *sine qua non* para que a gestação transcorra sem problemas tanto para a mãe quanto para o filho ou, pelo menos, que haja um acompanhamento médico para as situações de risco. Alguns estudos mostram que a maioria das mortes por causas maternas são evitáveis, se ações que objetivam a qualidade da assistência perinatal e o acesso aos serviços de saúde da gestante forem tomadas (Almeida & Barros, 2005).

Gestantes que freqüentam serviços de atenção pré-natal apresentam menos doenças e seus filhos apresentam um melhor crescimento intra-uterino, menos mortalidade perinatal e infantil. O número de consultas realizadas durante o pré-natal também está diretamente relacionado com melhores indicadores de saúde materno-infantil, ou seja, parece haver dose-resposta na atenção pré-natal (Halpern, 1998).

Desde 2000, a recomendação do Ministério da Saúde é de que a mãe realize, no mínimo, seis consultas pré-natal e as inicie tão logo que comece a gravidez (IBGE, 2009).

Compreendendo-se a importância de avaliação da cobertura do acompanhamento pré-natal, foi introduzido no Sistema de Informações sobre

Nascidos Vivos (SINASC), a partir de 1995, um campo referente ao número de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação (Gama, 2004).

O Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos – SINASC é um sistema de informação que permite o acompanhamento das condições de nascimento e das crianças nascidas vivas. É um instrumento de fundamental importância para prevenção da mortalidade infantil ao informar consultas de pré-natal, idade e escolaridade da mãe, peso ao nascer, tipo de parto, duração da gestação e a presença de anomalias congênicas permitindo aos serviços de saúde o planejamento do atendimento aos menores de um ano (Saúde, 2006).

Analisando-se os dados do Sinasc para o Brasil, no período de 1997 a 2001, verificou-se que a proporção de mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, para o período gestacional, aumentou de 41,6% para 45,6% no período.

O grau de escolaridade é elemento essencial a ser considerado na abordagem da população quanto às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Algumas condições de atenção à saúde são influenciadas pelo nível de escolaridade dos responsáveis pela condução da família, particularmente as condições de atenção à saúde das crianças. O baixo nível de escolaridade pode afetar negativamente a formulação de conceitos de auto cuidado em saúde (Brasil/MS, 2004).

A escolaridade materna tem sido apresentada como variável independente, em trabalhos epidemiológicos que abrangem os mais variados temas. Assim, a baixa escolaridade materna está associada a um risco maior de mortalidade materna (Haidar, 2001).

Ao se analisar o número de consultas de pré-natal segundo o grau de escolaridade das mães, buscou-se verificar se a escolaridade é um fator associado com uma maior ou menor proporção de pré-natal realizado.

## MÉTODO

### *Participantes*

Foram utilizados 353 formulários de parturientes atendidas no Hospital Regional de Humaitá. As idades maternas compreendiam entre 13 e 43 anos, com uma média de 23,7 anos e um desvio padrão de 6,1 anos. Quanto ao local de residência das mães, 71,1% residiam na zona urbana, 20,1% eram ribeirinhas e 8,8% na zona rural. Em relação ao estado civil, 80,2% declararam-se solteiras, 19,3% casadas, 0,3 viúvas e 0,3 não declarado. Já a escolaridade das parturientes, 18,4% tiveram até 3 anos de estudo (incluindo

as analfabetas) que corresponde o ensino fundamental incompleto; 40,5% realizaram o ensino fundamental completo (4 a 7 anos de estudos), 38% cursaram o ensino médio (8 a 11 anos) e 2,8% cursaram o ensino superior.

### *Material*

Trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico, com delineamento transversal, realizado no Hospital Regional de Humaitá, região situada no Sul do Estado do Amazonas. Foram utilizados como fonte de pesquisa 353 formulários próprios expedidos pelo Ministério da Saúde, denominados Declarações de Nascidos Vivos, documento de pesquisa estatística do Registro Civil, comprobatório relacionado ao nascimento no Brasil, ou seja, confere aos brasileiros a formalização de sua existência para o Estado e a sociedade em geral.

### *Procedimentos*

Os critérios de inclusão na pesquisa foram que os campos referentes à escolaridade, número de consultas pré-natal, idade, etnia e tipo de parto estivessem preenchidos. Esses dados eram referentes a todos os partos ocorridos na zona urbana, rural e ribeirinha deste Município, sucedidos no período de Janeiro a Junho de 2009.

A variável dependente foi a escolaridade materna, caracterizada como ensino fundamental incompleto (até 3 anos de estudos, incluindo as analfabetas), ensino fundamental completo (de 4 a 7 anos de estudos), ensino médio (8 a 11 anos de escolaridade) e nível superior (12 anos ou mais). A procura de assistências ao pré-natal foram divididas em números de consultas, sendo as opções “nenhuma”, 1 a 3 consultas, 4 a 6 e 7 ou mais consultas. Os dados foram analisados e tabulados pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15.0 para *Windows*. Na verificação de confiabilidade dos dados, calcularam-se as médias, desvio padrão, frequência e diferenças estatísticas.

## RESULTADOS

No Quadro 1 pode-se observar que 92,7% das parturientes realizaram o pré-natal. 41% dessas mães seguiram a recomendação do Ministério da Saúde, que preconiza pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal por gestação.

O Quadro 2 mostra a média e desvio padrão do número de consultas pré-natal em relação à escolaridade. A maior média de número de consultas foi quem apresentava o nível escolar mais alto, dados em anos de estudos, ou seja, o número médio de consultas foram de 3,50 ( $N=143$ ) para as mães que apresentavam mais de 8 anos de estudos.

No resultado da *Anova*, verificou-se a existência de diferenças significativas relativas à assistência ao pré-natal. Tais diferenças são favoráveis às parturientes que registraram maior escolaridade ( $F=18,67$ ;  $p=0,0001$ ), confirmando resultados de outras investigações.

Quadro 1

*Número de consultas pré-natal por gestação*

Número de consultas pré-natal	Frequência	Porcentagem
Nenhuma	19	5,4
de 1 a 3	74	21,0
de 4 a 6	107	30,3
7 e mais	146*	41,4*
Ignorado	1	0,3
Total	347	98,3

*Nota.* \*Número de pacientes que seguiram as recomendações do Ministério da Saúde/2000.

Quadro 2

*Média e desvio padrão quanto ao número de consultas Pré-natal em relação à escolaridade – N= 353*

Escolaridade da mãe (em anos de estudo concluídos)	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>DP</i>
Nenhuma	2,68	19	0,82
de 1 a 3	2,35	45	1,02
de 4 a 7	2,99	140	0,90
de 8 a 11	3,50	133	0,71
12 e mais	3,50	10	0,70
Total	3,10	347	0,92

## DISCUSSÃO

A DNV é um documento oficial Brasileiro que fornece informações importantes da parturiente e do recém-nascido. Pode ser observado que a menor escolaridade materna está associada com uma menor procura a assistência ao pré-natal. Esta associação pode, possivelmente, estar relacionada ao baixo padrão sócio-econômico destas mães, que por falta

de informações educativas e dificuldade no acesso aos serviços de saúde, deixam de fazer o acompanhamento correto de sua gestação.

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe (Brasil, 2006).

Com os resultados desta pesquisa, percebe-se que o município de Humaitá – AM, situado na região norte do Brasil, apresenta realidade diferente do que a preconizada pelo Sistema Único de Saúde, já que o nível de escolaridade das gestantes tem interferido no número de acessos a consultas pré-natal, predispondo a um aparecimento de complicações e riscos para a parturiente e o recém-nascido. A importância deste estudo é que os resultados, cientificamente embasados, possam ser aproveitados pelos gestores de saúde local, a fim de alcançar ações mais efetivas e direcionadas, com campanhas mais abrangentes de orientações quanto a importância do pré-natal para a saúde da mãe e do bebê, principalmente em locais de difícil acesso, pouco favorecidos socialmente, onde a baixa escolaridade prevalece.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, S.D. de M., & Barros, M.B. de A. (2005). Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 17(1), 15-25.
- Almeida, M. F. de., & Jorge, M. H. P. de M. (1998). Pequenos para a idade gestacional: Fator de risco para a mortalidade neonatal. *Revista Saúde Pública*, 32 (3). Acesso em 11/11/2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489101998000300003&tlng=en&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101998000300003&tlng=en&lng=en&nrm=iso)
- BRASIL – Ministério da Saúde. (2006). *Manual Técnico – Pré-natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada*. Volume 5. Brasília – DF. Acesso em: 11/09/2009. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno5\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno5_saude_mulher.pdf)

- Coimbra, L.C., Silva, A.A.M., Mochela, E.G., Alves, M.T.S.S., Ribeiro, V.S., Aragão, V.M.F., & Bettiold, H. (2003). Fatores associados à inadequação do pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 456-462.
- Coutinho, T., Teixeira, M.T.B., Dain, S., Sayd, J.D., & Coutinho, L. M. (2003). Adequação do processo de Assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25(10), 717-724.
- Gama, S.G.N da, Ratto Leal, M. do C., K.M.N., & Cunha, C.B. da. (2004). Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(Supl. 1), S63-S72.
- Haidar, F.H., Oliveira, U.F., & Nascimento, L.F.C. (2001). Escolaridade materna: Correlação com os indicadores obstétricos. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 1025-1029.
- Halpern, R., Barros, F.C., Victora, C.G., & Tomasi, E. (1998). Atenção Pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(3). Acesso em: 11/11/2009. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csp/v14n3/0084.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n3/0084.pdf)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2009). *Indicadores Sócio-demográficos e de Saúde no Brasil*. Número 25. Rio de Janeiro. Acesso em: 10/08/2009. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1445&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1445&id_pagina=1)
- Lima, G. de S.P., & Sampaio, H.A. de C. (2004) Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: Estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, 4(3), 253-261.
- Moura, E.R.F., Jr, F.H., & Rodrigues, M.S.P. (2003). Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6), 1791-1799.
- Osis, M.J.D., Hardy, E., Faúndes, A., & Alves, G. (1993). Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 27(1), 49-53.
- Serruya, S.J., Lago, T. de G., Cecatti, J.G. (2004). Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(7), 517-525.
- Silveira, D.S., Santos, I.S., & Costa, J.S.D. (2001). Atenção pré-natal na rede básica: Uma avaliação da estrutura e do processo. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 131-139.

MODELO DE ENVOLVIMENTO DOS PROFESSORES EM  
PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL EM CONTEXTO ESCOLAR

*Carla Serrão<sup>1</sup> / Adelina Barbosa<sup>2</sup> / Duarte Vilar<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico do Porto; <sup>2</sup>FPCE, Universidade do Porto; <sup>3</sup>Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Em Portugal, a implementação da Educação Sexual (doravante designada de E.S.) em contexto escolar tem estado, nas últimas décadas, nas agendas políticas e públicas.

Apesar da vasta demonstração científica relativamente ao impacto positivo e efectivo de programas adequados de E.S. em meio escolar, impulsora de várias medidas políticas por parte do Estado Português, nomeadamente da garantia do direito à E.S. como componente do direito fundamental à educação (Lei nº 3/84) e como tema obrigatório (Decreto-Lei nº 259/00), a sua implementação nas escolas por parte dos seus protagonistas – professores – é ainda molecular, momentânea e carece de significado e de intencionalidade.

Com o intuito de analisar a complexidade de que se reveste a implementação da E.S., vários estudos têm pesquisado variáveis sócio-cognitivas que se podem constituir como facilitadoras ou obstaculizadoras do envolvimento dos professores na E.S., designadamente o nível de conhecimentos relativamente a conteúdos específicos da Sexualidade, o grau de conforto na abordagem da temática (e.g., Anastácio, 2007; Cohen, Byers, Sears, & Weaver, 2001; Serrão & Barbosa, 2006), as atitudes (e.g., Reis & Vilar, 2004), a religiosidade, os estilos de ensino (e.g., Reis & Vilar, 2004), crenças sobre a oposição das famílias relativamente à E.S. (Teixeira, 1999), entre outras.

Embora estes resultados sejam úteis para a compreensão do envolvimento do professor na promoção da E.S. em meio escolar, não são suficientes. A título de exemplo, refira-se o estudo de Reis e Vilar (2004) que apesar de se ter constatado que os professores manifestam uma atitude positiva e de conforto relativamente à E.S., poucos são os que revelam intenções de se envolver na promoção de acções deste tipo nas suas escolas. Isto é, não obstante uma atitude favorável e confortável por parte do professor, tanto o seu envolvimento actual, como a sua intenção futura de envolvimento são ainda muito frugais.

Tendo em conta o estado da arte, torna-se imprescindível tentar compreender o fenómeno de envolvimento e os factores que o determinam, permitindo fundamentar estratégias de intervenção conducentes à

mudança de comportamentos ou, se quisermos, à forma como os professores poderão evoluir ao longo de um progressivo comprometimento nesta acção. Com o objectivo de clarificar o papel das variáveis sócio-cognitivas e motivacionais na predição de comportamentos de envolvimento dos professores na prática da E.S., o presente estudo orienta-se para responder à questão: quais as variáveis de maior importância para explicar o comportamento de envolvimento do professor na promoção da E.S.?

Quanto à finalidade, ela prende-se com a construção de um modelo de envolvimento do professor na promoção da E.S.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram nesta investigação 343 professores de 13 escolas do ensino básico e secundário da zona do Grande Porto.

No que respeita às características sócio-demográficas dos professores, foram contemplados aspectos de natureza pessoal (nomeadamente, sexo, situação conjugal, anos de leccionação, ciclo de ensino que lecciona, cargos que exerce).

Traduzindo a realidade do que se passa nas escolas, a grande maioria dos professores 82,5% ( $n=280$ ) é do sexo feminino. Os professores participantes têm uma idade média de 45,8 ( $DP=1,46$ ). Relativamente ao estado civil, cerca de 75,1% ( $n=255$ ) são casados/vivem em união de facto, 14,4% ( $n=49$ ) são solteiros, 9,7% ( $n=33$ ) são divorciados e cerca de 1% ( $n=3$ ) são viúvos. Quanto aos anos de serviço, verificou-se que 56,3% ( $n=188$ ) têm mais de 20 anos de serviço, 17,3% ( $n=58$ ) têm entre 10 e 14 anos de leccionação, 15,2% ( $n=51$ ) têm entre 15 e 19 anos de serviço, 6,5% ( $n=22$ ) têm entre 5 e 9 anos de serviço e 4,8% ( $n=16$ ) estão em função docente há menos de 5 anos. No que diz respeito à distribuição da amostra segundo o nível de ensino em que se encontra a leccionar, verificou-se que 56,3% ( $n=192$ ) da amostra lecciona ao nível do 3º ciclo do ensino básico, 23,2% ( $n=81$ ) são professores do ensino secundário e 20,5% ( $n=70$ ) são professores do 2º ciclo. Por fim, e no que diz respeito aos cargos que os docentes ocupam na escola, verifica-se que quase metade da amostra (40,5%;  $n=139$ ) não desempenham nenhum cargo específico, 30% ( $n=103$ ) é director de turma e os restantes ocupam outros cargos.

Quanto às variáveis do professor relativas à E.S. foram analisadas: a presença na formação inicial de conteúdos de E.S., a realização de formação contínua em E.S., a experiência em actividades de E.S., as crenças normativas relativamente ao grau de aceitação da comunidade educativa em acções de E.S. e a intenção de no futuro realizar acções de E.S.

Relativamente à abordagem de temas de E.S. na formação inicial, conclui-se que apenas 13,4% ( $n=41$ ) dos inquiridos tiveram durante a sua formação académica a oportunidade de debater conteúdos relacionados com este tema. Já em relação à formação contínua, verificou-se que mais de metade da amostra (60,3%;  $n=184$ ) não realizou qualquer tipo de formação em E.S. Quanto às realizações comportamentais/experiências vicariantes de E.S., analisamos se os professores já tinham promovido ou participado em acções de promoção de E.S. no âmbito da sua actividade docente. Neste sentido, constatou-se que metade da amostra analisada (49,7%;  $n=151$ ) refere ter tido experiência neste domínio, avaliando a mesma como positiva (99,7%).

Com vista a analisar as crenças normativas quanto à aceitação de acções de E.S. em meio escolar, questionamos os inquiridos sobre as opiniões que tinham dos diferentes referentes da escola em aceitar a promoção da de E.S. em meio escolar. O Quadro 1 apresenta as crenças normativas por parte de diferentes referentes quanto à promoção da E.S.

Quadro 1

*Crenças normativas por parte de diferentes  
referentes quanto à Promoção da Educação Sexual*

Grau de aceitação	Referentes			
	Direcção da escola	Professores	Pais/EE	Auxiliares de acção educativa
Aceitação	86,9% ( $n=265$ )	68,5% ( $n=209$ )	54,6% ( $n=166$ )	59,7% ( $n=182$ )
Não-aceitação	13,1% ( $n=40$ )	31,5% ( $n=96$ )	45,4% ( $n=139$ )	40,3% ( $n=123$ )

No que se refere à intenção, de no futuro se envolver em práticas de E.S., cerca de 70% ( $n=212$ ) indica a não intencionalidade de se envolver nestas práticas.

### *Material*

A Escala de Envolvimento em E.S. integra 29 itens respondidos numa escala de *Lickert* de 6 pontos. Na elaboração dos itens que constituem a Escala de Envolvimento foram consideradas diferentes formas de

promover a E.S. em meio escolar, tendo sido incluídos itens relativos a comportamentos do professor (e.g., Utilizo estratégias activas, nomeadamente visionamento de filmes, leitura de textos, dramatizações para ensinar conteúdos de E.S.), a cognições acerca do envolvimento pessoal (e.g., Preocupo-me com a informação errada que os meus alunos possam ter) e ao papel da escola e do professor na implementação de E.S. (e.g., Penso que a E.S. faz parte das funções que o professor deve desempenhar). A recolha de dados processou-se de modo a garantir o anonimato, tendo os participantes respondido ao questionário individualmente e endossado as respostas em envelope fechado.

## RESULTADOS

O estudo conduzido sobre o Envolvimento dos professores em E.S. em contexto escolar, revelou a existência de três diferentes variáveis respeitantes a aspectos diferenciais do envolvimento – na prática, no papel, na relação pedagógica, contudo, por questões de espaço apenas apresentaremos os resultados que dizem respeito ao Envolvimento do professor na Prática.

A análise descritiva dos resultados da Escala de Envolvimento na Prática revela que o envolvimento destes agentes educativos nas práticas de E.S. é ainda insuficiente (2,50).

No sentido de determinar a influência das variáveis relativas à E.S. e das variáveis psicológicas na variável de Envolvimento na Prática, foi realizada uma análise de regressão hierárquica. Neste sentido, o modelo de regressão hierárquica utilizado incluiu dois grupos de variáveis. O Bloco 1 inclui 4 variáveis relacionadas com as características dos sujeitos relativas à E.S., a Formação inicial em E.S., a Formação contínua em E.S., as Realizações comportamentais/experiências vicariantes em E.S. e a Intenção. O bloco 2 incluiu as variáveis Auto-eficácia, Conforto, Importância, Crença de resultados positivos, Crença de resultados neutros/negativos e Conhecimentos sobre a legislação em E.S.

O primeiro bloco explicou uma percentagem elevada do Envolvimento na Prática dos professores (55%). Neste bloco, as variáveis Intenção, Realizações comportamentais/experiências vicariantes e Formação contínua assumem a maior responsabilidade na predição da variável

critério, pelo que todas estão positivamente relacionadas com o Envolvimento na Prática.

Quando incluído o Bloco 2 observou-se um contributo adicional das variáveis psicológicas em relação ao Bloco 1 ( $\Delta R^2=0,10$ ) melhorando a capacidade de previsão do modelo de regressão múltipla. A maior importância preditora residiu nas variáveis Auto-eficácia, Formação Contínua, Intenção, Realizações comportamentais/experiências vicariantes, Conhecimentos, Conforto e Formação inicial, pese embora que a Auto-eficácia tenha sido o factor preditor com maior capacidade explicativa ( $\beta=0,27$ ).

Em termos globais, isto é, incluindo os dois blocos de variáveis, o nosso modelo revelou-se estatisticamente significativo [ $F(4,10)=58,99, p<0,0001$ ], explicando cerca de 66% da variância.

Em suma e de acordo com estes resultados, à medida que aumenta o sentido de auto-eficácia, a formação inicial/contínua em E.S., a intenção, as realizações comportamentais/experiências vicariantes em E.S., os conhecimentos sobre a legislação e o grau conforto, aumenta também o envolvimento do professor em práticas da E.S.

#### MODELO DE ENVOLVIMENTO DO PROFESSOR EM PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL

Os resultados deste trabalho permitiram, por um lado, identificar que o envolvimento do professor em práticas de E.S. parece não ser determinado pelas características contextuais dos microsistemas. Porém, ao atender à teoria ecológica de Bronfenbrenner (1979/2002), facilmente se percebe, que este contexto assume uma importância basilar no desenvolvimento, na medida em que nele se operam um conjunto de actividades, de papéis e de relações interpessoais, e que por sua vez, facilitam (ou obstruem) o processo de envolvimento do professor nas práticas de E.S.. Sendo assim, as práticas de envolvimento devem ser imersas em contextos proximais, não podendo ser vistas como neutras ou desprovidas de um vasto significado.

Por outro lado, revelaram que o contributo das variáveis auto-eficácia, formação inicial/contínua, intenção, realizações comportamentais/experiências vicariantes em E.S., conhecimentos sobre a legislação em E.S. e

conforto têm um peso importante na determinação do envolvimento do professor em práticas de E.S.

Ora, dentro deste quadro de referência desenvolvimental, é defendido que a pessoa é um ser activo, dinâmico, em progressiva reestruturação no meio em que vive, sendo esta interacção bi-direccional, caracterizada pela reciprocidade e sendo o processo desenvolvimental fruto do contexto imediato e das influências e inter-conexões entre os cenários mais vastos. Assim sendo, o papel da escola e o papel do professor têm de ser interpretados à luz de ordens macrossistémicas, sendo este sistema o que exerce maior influência nos cenários desenvolvimentais (Bronfenbrenner, 1979/2002). Perante o exposto, qualquer modelo de envolvimento deverá integrar dois tipos de estratégias conducentes ao envolvimento do professor em práticas de E.S., ou seja, estratégias de ordem macro e estratégias de ordem microssistémica.

No âmbito das estratégias macrossistémicas e percebendo-se o efeito da formação, tanto inicial, como contínua, para o envolvimento do professor em práticas de E.S., torna-se fundamental priorizá-las enquanto estratégias para a implementação da inovação, dando para isso as condições preambulares para que o processo de envolvimento do professor se comece a construir.

No cenário microssistémico, a par da existência de uma política de incentivo e apoio aos processos de envolvimento por parte dos Directores das Escolas, é necessário existir um plano formativo, inicial e contínuo, enquadrado num modelo em que se assume um papel de incitamento à análise, à indagação, à reflexão sobre a realidade educativa (e.g., Estrela & Estrela, 2001) e ao apoio à mudança de práticas e não uma formação tradicional centrada nos saberes dos formadores. Neste sentido, “os professores têm que ser protagonistas activos nas diversas fases do processo de formação (...): na concepção e no acompanhamento, na regulação e na avaliação” (Nóvoa, 1991, p. 31).

A formação de professores deve constituir uma forma globalizante e integradora, valorativa do seu carácter contextual, organizacional e de orientação para a mudança, considerando um conceito vasto do “desenvolvimento profissional dos professores”. Por conseguinte, deve ser concebida “como uma intervenção educativa” e “solidária dos desafios de mudança das escolas e dos professores” (Nóvoa, 1991, p. 22).

Ora, qualquer mudança sustentada por práticas/realizações comportamentais requer tempo, desta forma é exigido um tempo compatível com

esta mudança. Tempo para a investigação, tempo para a acção, tempo para a reflexão, tempo para a avaliação...

Deve atender aos seguintes aspectos com o intuito de influenciar o comportamento de envolvimento do professor, sendo eles: aumento da informação sobre a temática da Sexualidade, o desenvolvimento de competências auto-reguladoras e auto-promotoras, o aumento do conforto na abordagem de conteúdos específicos, o treino de competências sociais e aumento do sentido de auto-eficácia (Bandura, 1993) para a abordagem da E.S.

A área dos conhecimentos deve ser bem planeada, pois é através dela que o professor vai conhecer, compreender e reflectir sobre o conceito de Sexualidade e de E.S., os objectivos e conteúdos da E.S., as directrizes ministeriais existentes nesta matéria, as estratégias de intervenção e promoção, a necessidade de se diagnosticarem as necessidades e os interesses dos estudantes nesta matéria, etc. A discussão e reflexão sobre os diferentes modelos de saúde e sobre os factores envolvidos nas mudanças comportamentais e atitudinais, permitirá minimizar a dissonância entre os objectivos da E.S. e as práticas dos professores. Neste sentido, o aumento da informação contribuirá para o aumento das competências de auto-eficácia, permitindo que o professor se envolva gradualmente neste processo e reflecta sobre o trabalho diferenciado que a mesma exige.

Com vista ao aumento do nível de conforto, torna-se essencial facilitar a tomada de consciência das emoções associadas ao debate de diferentes temas, sendo este um passo importante para que a informação que elas contém possa ser útil e para que estas possam ser modificadas.

O processo de modelagem é facilitado ao pôr-se em comum exemplos de boas práticas, experiências de sucesso e insucesso, ao simularem-se situações, facultando o desenvolvimento de competências para lidar com os imprevistos, antecipando acontecimentos que possam ocorrer no contexto de ensino-aprendizagem (Bandura, 1993) e desenvolvendo competências sociais e aumento do sentido de auto-eficácia.

A adopção por parte do professor de uma “orientação personalista”, sendo capaz de escolher e tomar decisões, de uma “orientação prática”, sendo capaz de produzir conhecimento através das suas realizações comportamentais e uma “orientação sócio-reconstrucionista” (Marcelo, 1999), sendo capaz de transformar os sistemas em que está inserido e no qual participa ou não directamente, devem marcar a orientação da dinâmica formativa.

## DISCUSSÃO

Sendo consentâneo de que as orientações políticas anteriores (e.g., Lei nº 3/84; DL 259/00) não foram suficientes para a apropriação das escolas dos princípios subjacentes à promoção da E.S., a 6 de Agosto de 2009, é publicado novo documento legal – Lei nº 60/09, que reforça a consagração de medidas da E.S. Neste documento, é revigorado o significado nuclear da formação contínua de professores como um factor crucial para o envolvimento do professor na promoção da E.S. Assim, ao director de turma e aos restantes professores responsáveis na promoção da E.S. da turma, “é garantida, pelo Ministério da Educação, a formação necessária ao exercício dessas funções” (p. 5098). Em síntese, acreditamos que ao serem providenciadas transformações tanto ao nível das estratégias de inovação (e.g., documentos legais), como ao nível das estratégias de mudança (e.g., formação contínua), criar-se-ão cenários tendentes a influenciar o comprometimento do professor com estes princípios. O professor, ao ter a possibilidade de frequentar formação em E.S., ao ter oportunidades para experimentar este papel (através de realizações comportamentais/experiências vicariantes) apoiado por uma equipa, ao perceber o contexto (rede de colegas, estudantes e famílias) como favorável, suportivo e decidido na implementação da inovação, terá, então, todas as condições para que se desencadeie a transição ecológica, onde as práticas dos professores se constituam em verdadeiras oportunidades de desenvolvimento pessoal e social do estudante.

## REFERÊNCIAS

- Anastácio, Z.F.C. (2007). Educação sexual no 1º CEB, obstáculos e argumentos dos professores para a sua (não) consecução. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Minho. Retirado a 6 de Junho de 2007 de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7337>
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
- Bronfenbrenner, U. (1979/2002). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados* [The ecology of human development]. Barcelona: Paidós Ibérica (obra original de 1979).

- Cohen, J.N., Byers, E.S., Sears, H.A., & Weaver, A.D. (2001). *New Brunswick teachers' ideas about sexual health education*. Retirado a 16 de Janeiro de 2006 de [www.gnb.ca/0000/publications/ss/nbparentidea.pdf](http://www.gnb.ca/0000/publications/ss/nbparentidea.pdf)
- Decreto-Lei nº 259/2000 (2000). *Desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 120/99*: Ministério da Educação. Diário da República, I Série A, de 17 de Outubro n.º 240, 5784-5786.
- Estrela, M.T., & Estrela, A. (2001). *IRA – Investigação, reflexão, acção e formação de professores: Estudos de caso*. Porto: Porto Editora.
- Lei nº 3/84. (1984). *Educação sexual e planeamento familiar*: Assembleia da República Diário da República, I Série, de 24 de Março, n.º 71, 981-983.
- Lei nº 60/09 (2009). *Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar*: Assembleia da República, Diário da República, I Série, de 6 de Agosto, n.º 151, 5097-98.
- Marcelo, C.G. (1999). *Formação de professores: Para uma mudança educativa*. Porto: Porto Editora.
- Nóvoa, A. (1991). Concepções e práticas de formação contínua de professores. In A. Nóvoa (Ed.), *Actas do I Congresso Nacional de Formação Contínua de Professores* (pp. 15-38). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Serrão, C., & Barbosa, M.A. (2006). Questionário de opiniões sobre Educação Sexual. Resultados obtidos junto de uma amostra de professores. In C. Machado, L. Almeida, A. Guisande, M. Gonçalves, & I. Ramalho (Eds.), *Actas da XI Conferência Internacional, Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 621-631). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Reis, M.H.A., & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. Lisboa: *Análise Psicológica*, XXII(4), 737-745.
- Teixeira, M.F. (1999). *Reprodução humana e cultura científica: Um percurso na formação de professores*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade de Aveiro, Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa, Aveiro.

ENVOLVIMENTO DOS DIRECTORES DE TURMA EM PRÁTICAS  
DE EDUCAÇÃO SEXUAL EM CONTEXTO ESCOLAR

*Carla Serrão<sup>1</sup> / Adelina Barbosa<sup>2</sup> / Duarte Vilar<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico do Porto; <sup>2</sup>FPCE, Universidade do Porto; <sup>3</sup>Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Em Portugal, a implementação da Educação Sexual (doravante designada de E.S.) em contexto escolar tem estado, nas últimas décadas, nas agendas políticas e públicas. Após uma análise exaustiva das medidas macrossistémicas publicadas no decurso do último quarto de século que têm acompanhado a E.S. em Portugal e da reflexão sobre os processos de inovação e mudança é possível tecer alguns comentários, nomeadamente: (1) este percurso tem sido pautado por avanços e retrocessos, produto de posicionamentos ideológicos, dos quais resultam as políticas educativas. Esta dinâmica parece, deste modo, ser o cerne dos constrangimentos à implementação da E.S. por parte das escolas. Apesar disso, o macrossistema tem mobilizado esforços no sentido de tornar efectiva a implementação da Promoção da Saúde e E.S., tendo para isso, por exemplo criado experimentos transformadores, legislado, dado orientações ministeriais e avaliado o que se faz nesta matéria; (2) a avaliação do processo de implementação da E.S. entre 2001-2003 realizada pelo Ministério da Educação (D.G.I.D.C., 2005) revela um maior grau de organização e intencionalidade das intervenções tanto a nível das áreas curriculares disciplinares (ACD), como ao nível das áreas curriculares não disciplinares (ACND), por parte das escolas; (3) pese embora a paralisação de todo esse processo pelos recuos (sobretudo pela cessação da Comissão de Coordenação dos Projectos de Educação para a Saúde e pela revogação de protocolos com as Organizações Não Governamentais; pelo facto da E.S. ter sido excluída das prioridades pelo Ministério da Educação para a formação contínua de professores de 2005/08) realizados nesta matéria pelo governo, a criação do Grupo de Trabalho de Educação Sexual – GTES (Despacho nº 19 737/2005) renovou discussões nos vários sistemas (micro, meso, exo e macrossistémico). Neste sentido, o GTES (2005) recupera e aprofunda o processo de Educação e Promoção da Saúde e E.S. nas escolas, contribuindo, para a clarificação do enquadramento e incorporação da E.S. Reduz ao mínimo indispensável as alterações normativas, assegurando mudanças de orientação sobretudo ao nível da acção concreta; (4) não negligenciado o valor de todos estes movimentos e

esforços, os dados mostram que a E.S. é ainda uma actividade molecular nas escolas (GTES, 2007b).

Em síntese, embora as orientações políticas sejam, na actualidade, mais claras, as mesmas não parecem suficientes, pois o significado nuclear destas reformas é ainda pouco visível na sua apropriação pelas escolas e pelos professores.

Este estudo pretendeu ser um contributo para a compreensão, tanto das variáveis sócio-cognitivas, como das variáveis contextuais na explicação e envolvimento dos Directores de Turma (doravante designados de DT) na promoção da E.S. em meio escolar. Assim sendo, as questões levantadas foram: qual o conforto sentido pelos DT na abordagem dos diferentes temas da E.S.? Qual o grau de conhecimentos relativamente à legislação em E.S.? Qual o grau de motivação (auto-eficácia e eficácia de resultados) sentido na promoção da E.S.? Qual o grau de envolvimento dos DT na promoção da E.S.?

O propósito principal definido para esta investigação foi o de conceber um modelo explicativo do envolvimento do professor na promoção da E.S. (Serrão, Barbosa, & Vilar, no prelo).

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram nesta investigação 110 professores DT de 13 escolas do ensino básico e secundário da zona do Grande Porto.

No que respeita às características sócio-demográficas dos DT, foram contemplados aspectos de natureza pessoal (entre outros, o sexo, a situação conjugal, os anos de serviço). A grande maioria dos DT 87,3% ( $n=80$ ) é do sexo feminino. Os DT participantes têm uma idade média de 45,4 ( $DP=7,10$ ). Relativamente ao estado civil, cerca de 76,1% ( $n=83$ ) são casados ou vivem em união de facto, 12,8% ( $n=14$ ) são solteiros, 10,1% ( $n=10$ ) são divorciados e cerca de 1% ( $n=1$ ) são viúvos. Quanto aos anos de serviço, verificou-se que 60,2% ( $n=65$ ) têm mais de 20 anos de serviço, 17,6% ( $n=19$ ) têm entre 10 e 14 anos de leccionação, 20,4% ( $n=22$ ) têm entre 15 e 19 anos de serviço e 1,8% ( $n=2$ ) estão em função docente há 9 anos ou menos.

Em relação às variáveis do DT relativas à E.S. foram analisadas: a presença na formação inicial de conteúdos de E.S., a formação contínua em E.S., a experiência em actividades de E.S. (realizações comportamentais/ experiências vicariantes) e a intenção de no futuro realizar acções de E.S. Relativamente à abordagem de temas de E.S. na formação inicial, conclui-se que a maioria (91,6%;  $n=98$ ) dos inquiridos não tiveram durante a sua formação académica a oportunidade de debater conteúdos relacionados com este tema. Já em relação à formação contínua, verificou-se que mais de metade da amostra (56,9%;  $n=62$ ) não frequentou qualquer tipo de curso de formação em E.S.

Quanto às realizações comportamentais/experiências vicariantes de E.S., analisamos se os DT já tinham promovido ou participado em acções de promoção de E.S. no âmbito da sua actividade docente. Neste sentido, constatou-se que mais de metade da amostra analisada (56%;  $n=61$ ) refere ter tido experiência neste domínio, avaliando a mesma como positiva (89,9%).

No que se refere à intenção, de no futuro se envolver em práticas de E.S., cerca de 70% ( $n=87$ ) refere intencionalidade em se envolver na promoção da E.S.

### *Material*

No âmbito desta investigação procedeu-se à construção do Questionário sobre Educação Sexual em Meio Escolar (QUESME) (Serrão, Barbosa, Vilar, & Lemos, 2008). O QUESME é composto por seis escalas de diferente âmbito e conteúdo, para além de uma parte inicial de caracterização sócio-demográfica e de caracterização dos participantes quanto às variáveis relativas à E.S.: Escala de Conhecimentos relativos à legislação e orientações ministeriais da E.S.; Escala de Conforto em relação a temas de Sexualidade; Escalas de Motivação: Escala de Importância, Escala de Auto-eficácia e Escala de Eficácia de Resultado; e Escala de Envolvimento.

## RESULTADOS

O Quadro 1 apresenta as medidas descritivas das Escalas que constituem o QUESME.

Quadro 1

*Medidas descritivas*

Escalas		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mín-Max.	Assime.	Curtose
Conhecimentos		110	8,16	3,78	0-15	-0,14	-0,82
Conforto		93	4,12	1,19	1-6	-0,33	-0,83
Motivação	Importância	94	4,61	1,06	2,05-6	-0,49	-0,79
	Auto-eficácia	96	3,84	1,20	1,37-6	-0,00	-1,09
	Resultados positivos	108	4,62	0,95	1,80-6	-0,58	-0,04
	Result. neutros/negat.	107	2,04	0,99	1-6	1,32	2,48
Envolvimento	Na prática	91	2,68	1,20	1-5,87	0,78	-0,05
	Na relação pedagógica	106	2,12	0,98	1-6	1,31	1,92
	No papel	103	4,54	0,99	1,33-6	-0,75	0,72

A fim de verificar a existência de diferenças entre os grupos ao nível das variáveis psicológicas, em função de ter tido formação inicial com ou sem conteúdos em E.S., de ter ou não frequentado formação contínua em E.S., da intenção ou não de se promover a E.S., e de ter tido ou não realizações comportamentais/experiências vicariantes em E.S., foram realizadas análises de variância univariada (ANOVA).

Quando se procede a uma análise comparativa das variáveis psicológicas de acordo com a *formação inicial com ou sem conteúdos em E.S.*, a análise de variância univariada permite denotar a presença de diferenças significativas entre grupos ao nível do envolvimento na prática e da auto-eficácia. Com efeito, verificámos que os professores que frequentaram cursos superiores que contemplaram conteúdos de E.S. perceberam-se com um nível de auto-eficácia superior, envolvendo-se mais em práticas de E.S.

A análise de variância sobre o efeito da formação contínua em E.S. nas variáveis psicológicas permitiu verificar que esta variável é importante na diferenciação entre grupos. As análises univariadas indicam diferenças muito expressivas ( $p < 0,001$ ) em algumas variáveis, pelo que os DT com formação contínua em E.S. apresentam níveis superiores de conhecimentos, de conforto, de auto-eficácia, de importância e de envolvimento na prática. Contrariamente e com valores também expressivos, os DT que frequentarem este tipo de formação são os que se mostram menos envolvidos do ponto de vista relacional (envolvimento na relação pedagógica).

No que diz respeito à intenção de envolvimento futuro em práticas de E.S., as análises indicam que as diferenças (quando significativas) são muito expressivas ( $p < 0,001$ ), pelo que os DT que têm intenções de se envolver no futuro em práticas de E.S. são os que apresentam um nível mais elevado de

conhecimentos, atribuem maior importância à E.S., percebem-se como mais confortáveis e com mais competências neste domínio, apresentam um nível superior de envolvimento na prática e detêm maiores crenças de resultados positivos.

O resultado do teste *F* demonstra a existência de diferenças significativas, refutando a influência da variável *realizações comportamentais/experiências vicariantes* em E.S. nas variáveis psicológicas. Verificámos que os DT que tinham realizações comportamentais/experiências vicariantes neste domínio revelaram uma superioridade média de conhecimentos, de conforto, de auto-eficácia, de importância à E.S., de crenças de resultados positivos, de envolvimento na prática e de envolvimento no papel.

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na variável *conhecimentos* dão conta que os DT detêm conhecimentos moderados relativamente ao enquadramento legal e normativo da E.S. A resultados idênticos, embora com pontuações superiores, chegaram Reis e Vilar (2004), ao constatarem que os professores tinham elevados conhecimentos ( $M=9,69$ ) neste domínio. Atendendo a que os DT com formação contínua em E.S. se revelaram mais conhecedores deste enquadramento legislativo e normativo, julgamos que este facto pode constituir uma evidência da importância da formação na clarificação e reflexão sobre o papel atribuído à escola e ao professor neste domínio e no começo da ultrapassagem de alguns obstáculos.

Os DT com intenção de, no futuro, desenvolverem acções de E.S. revelam-se também mais conhecedores da legislação comparativamente com os professores sem intenção, dados estes corroborados por Reis e Vilar (2004). Outra variável que diferenciou o grau de conhecimentos foram as realizações comportamentais/experiências vicariantes em E.S. Os DT que afirmaram já ter participado/promovido este tipo de acções, foram os que se mostraram significativamente mais conhecedores da legislação em E.S. Estes dados levam-nos a crer que a prática pedagógica nesta área está inerente à compreensão das inovações propostas pelo macrossistema, tendo sido o impulsor de realizações comportamentais/experiências vicariantes.

Os resultados das análises conduzidas ao nível da variável *conforto*, sugerem que os DT se sentem confortáveis na abordagem de vários temas

relacionados com a E.S. A resultados idênticos chegaram Cohen e colaboradores (2001), Serrão e colegas (2006) e Reis e Vilar (2004). As variáveis relativas à E.S. que se revelaram como as que mais tendem a influenciar a percepção de conforto dos professores foram a intenção, as realizações comportamentais/experiências vicariantes e a formação contínua.

O estudo quantitativo pôs em evidência que os professores atribuíam importância elevada às actividades que se realizam em E.S. ( $M=4,61$ ). Também Ramiro e Matos (2008) verificaram que os professores atribuíam à E.S. um nível de importância médio/alto.

A análise descritiva dos dados obtidos a partir da variável *auto-eficácia* permite-nos concluir que os DT se percebem como competentes para a abordagem da E.S. em meio escolar ( $M=3,84$ ), não sendo por isso a ausência de competências o elemento paralisador da implementação da E.S. Conclui-se que os professores com formação contínua em E.S. se percebem com maiores competências para a abordagem da E.S. Estes resultados são corroborados por Thomas e Jones (2005), Wight e Buston (2003) e Wiefferink e colegas (2004), ao mostrarem que a formação contínua tinha tornando os professores mais auto-eficazes na promoção da E.S.

A análise descritiva da variável *envolvimento na prática*, permitiu concluir que os professores se envolvem de forma insuficiente na promoção da E.S. ( $M=2,68$ ). Com efeito, o envolvimento na prática é muito diminuto.

Quanto à variável *envolvimento no papel*, a média registada ( $M=4,54$ ) indica que os DT consideram que a promoção da E.S. deve ser contextualizada no microsistema escola e que faz parte das funções do professor.

Quanto à variável *envolvimento na relação pedagógica*, a média apresenta-se como baixa ( $M=2,12$ ). Este resultado leva-nos a considerar que os DT dão pouco relevo às necessidades dos estudantes e aos seus interesses sobre este tema, mostrando pouca preocupação com a informação errada que os seus alunos têm relativamente a temas de Sexualidade e, desta forma, não valorizando a natureza pessoal da interacção professor-aluno.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitem concluir que: (1) as modificações que se circunscreveram às alterações sobre a Promoção da Saúde e da E.S., a nível macrossistémico, tiveram um efeito reduzido sobre as práticas das

escolas e as práticas dos DT; (2) a E.S. é uma estratégia levada a cabo unicamente por alguns DT isolados e não uma estratégia global de escola; (3) a E.S. enquanto área transversal que é, ao invés de representar uma oportunidade de interdisciplinaridade, a uma intervenção de trabalho colaborativo e concertado entre os professores, em prol, em particular, da qualidade da E.S., e em geral, da qualidade da Educação, parece retirar o comprometimento a todos. Com efeito ao ser um espaço “não regulamentado” em termos disciplinares tende a não ser apropriado por ninguém; (4) a E.S. é considerada por estes agentes como de grande importância, não estando, porém, esta ligada ao reconhecimento do seu contributo efectivo, pois os professores não se envolvem nestas práticas; (5) o seu desenvolvimento quando existe obedece a uma estratégia pouco consentânea com os objectivos e finalidades teoricamente traçados para o seu desenvolvimento; (6) apesar dos DT desenvolverem discursivamente este papel, isto é, de considerarem que a E.S. faz parte do seu papel enquanto profissionais de educação, não houve uma autêntica transição ecológica, pois no plano praxiológico não concretizam a E.S.

Considerando todas as variáveis analisadas no âmbito deste estudo, recomendou-se a criação dos seguintes cenários:

- Dando cumprimento às orientações do GTES (2005, 2007a,b), produzir um documento orientador explicitando o lugar da E.S. nas áreas ACD e ACND. O estabelecimento de orientações curriculares precisas para a integração da E.S. em ambas as áreas: por conselhos de turma, por anos lectivos, por tempos, por propostas metodológicas e por campos temáticos. Nesse documento deve ser clarificado como a E.S. deve ser enquadrada nos projectos curriculares de turma, do seu desenvolvimento e avaliação.
- É essencial a existência de dispositivos de difusão e de acompanhamento da inovação, uma avaliação, monitorização e supervisão rigorosas, devendo as escolas prestar contas da sua responsabilidade em matéria de E.S.
- É necessário também, como linha de actuação estratégica, que a formação de professores em E.S. faça parte das prioridades do Ministério da Educação. Neste sentido, consideramos que a formação de professores deverá ser enquadrada como um projecto de escola de forma a sustentar a inovação.

Apesar destes resultados, pouco positivos no que diz respeito ao envolvimento actual do professor na promoção da E.S., estamos optimistas quanto a um envolvimento futuro mais activo por parte das escolas e dos seus professores no âmbito da promoção da E.S. em meio escolar, pois a mais recente Lei de E.S. – Lei nº 60/2009, de 6 de Agosto, “Estabelece o

regime de aplicação da educação em meio escolar”, constitui um cenário tendente a influenciar o envolvimento do professor/DT na promoção da E.S. Por fim, e no que diz respeito à formação contínua de professores proposta nesta lei, consideramos que poderá ser útil delinea-la à luz dos resultados obtidos nesta investigação e do modelo de envolvimento do professor na promoção da E.S. proposto (Serrão, Barbosa, & Vilar, no prelo).

## REFERÊNCIAS

- Cohen, J.N., Byers, E.S., Sears, H.A., & Weaver, A.D. (2001). *New Brunswick teachers' ideas about sexual health education*. Retirado a 16 de Janeiro de 2006 de [www.gnb.ca/0000/publications/ss/nbparentidea.pdf](http://www.gnb.ca/0000/publications/ss/nbparentidea.pdf)
- Despacho nº 19 737/2005 (2005). Ministério da Educação. Diário da República, II Série, 15 de Junho, nº 176.
- D.G.I.D.C. (2005). *Educação sexual em meio escolar: Tratamento estatístico dos dados do inquérito aplicado em 2003*. Lisboa: D.G.I.D.C., Divisão de Orientação e Apoios Educativos.
- Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES). (2005). *Relatório preliminar*. Retirado a 20 de Janeiro de 2006 de [http://www.dgipc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio\\_Preliminar\\_ES\\_31-10-2005.pdf](http://www.dgipc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio_Preliminar_ES_31-10-2005.pdf)
- Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES). (2007a). *Relatório de progresso*. Retirado a 9 de Outubro de 2007 de [http://www.dgipc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio\\_Final\\_ES.pdf](http://www.dgipc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio_Final_ES.pdf)
- Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES). (2007b). *Relatório final*. Retirado a 9 de Outubro de 2007 de [http://www.dgipc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio\\_Final\\_ES.pdf](http://www.dgipc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio_Final_ES.pdf)
- Lei nº 60/09 (2009). *Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar*: Assembleia da República, Diário da República, I Série, de 6 de Agosto, n.º 151, 5097-98.
- Ramiro, L., & Matos, M.G. (2008). Percepções de professores portugueses sobre educação sexual. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 684-692.
- Reis, M.H.A., & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. Lisboa: *Análise Psicológica*, XXII(4), 737-745.
- Serrão, C., Barbosa-Ducharne, M.A., & Vilar, D. (2006). Opiniões dos professores em relação à educação sexual na escola. In N. Machado, M.L. Lima, M.M. Melo, A. Candelas, & A. Calado (Eds.), *VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 2-20). Évora: Departamento de Psicologia, Universidade de Évora.

- Serrão, C., Barbosa, M.A., Vilar, D., & Lemos, M.S. (2008). Desenvolvimento e estudo do QUESME – questionário sobre educação sexual em meio escolar: As escalas de motivação. In I. Leal, J.L.P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Intervenção em Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA Edições.
- Serrão, C., Barbosa, M.A., & Vilar, D. (no prelo). Modelo de envolvimento dos professores em práticas de educação sexual. *Actas do 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Intervenção em Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA Edições.
- Thomas, M., & Jones, S. (2005). The impact of group teaching on the acquisition of key skills to teach personal, social and health education. *Health Education, 105*(3), 164-185.
- Wiefferink, C.H., Poelman, J., Linthorst, M., Vanwesenbeeck, I., Wijngaarden, J.C.M.V., et al. (2004). Outcomes of a systematically designed strategy for the implementation of sex education in Dutch secondary Schools. *Health Education Research, 20*(3), 323-333.
- Wight, D., & Buston, K. (2003). Meeting needs but not changing goals: Evaluation of in-service teacher training for sex education. *Oxford Review of Education, 29*(4), 521-543.

ESTRATÉGIAS DE COPING NO CANCRO DA MAMA  
– RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE

Cátia Pargana<sup>1</sup> (cpargana@gmail.com) / Ivone Patrão<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ISPA – Instituto Universitário; <sup>2</sup>ACES Odivelas, Coordenadora URAP

A importância da religião e da espiritualidade para o doente oncológico tem sido objecto de estudo ao longo dos anos, na tentativa de se compreender de que forma as crenças espirituais e religiosas ajudam a pessoa com cancro a lidar com esta doença, considerada grave, com consequências emocionais e cognitivas.

Sabe-se que, dos 8699515 cidadãos portugueses recenseados, numa questão que pretendia saber qual a sua orientação religiosa, destes (93%) afirmaram ser católicos (0,6%) protestantes; (0,2%) muçulmanos e (4%) professaram não ter qualquer tipo de religião (Recenseamento Geral da População e Habitação de 2001 Instituto Nacional de Estatística, 2005). Estes resultados fornecem indicadores para pensarmos na importância que a população portuguesa atribui à religião e à espiritualidade, e consequentemente o seu impacto num doente com uma doença oncológica.

Numa revisão de literatura sobre religião e *coping*, feita por Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari, e Pargament (2001), é notado que a estratégia de *coping* através da religião é usada frequentemente e tem consequências em termos psicológicos. Em geral, níveis baixos de sintomatologia depressiva estão associados com estratégias positivas de *coping* religioso, tais como a procura de suporte espiritual, a expressão de satisfação espiritual, recepção de suporte congregacional, elaboração benéfica do evento stressor e aliança colaborativa com Deus. As estratégias negativas de *coping* ao nível religioso, como a insatisfação espiritual, a conflitos religiosos interpessoais e elaboração negativa de evento stressor, surgem associadas a mais sintomas depressivos.

Neste estudo qualitativo o objectivo não nos remete para a população em larga escala, mas sim para o indivíduo em si mesmo e suas experiências. Pretende-se principalmente compreender a vivência da doente com cancro da mama e as estratégias de *coping* utilizadas relacionadas com espiritualidade e religião.

Apesar do conceito de espiritualidade ser mais abrangente utilizaram-se dos dois conceitos – religião e espiritualidade – visto as pessoas vivenciarem frequentemente a sua espiritualidade num contexto religioso.

## COPING E DOENÇA ONCOLÓGICA

Cada pessoa reage de uma determinada forma a um diagnóstico de cancro. Cancro, dor, sofrimento, angústia, perda, incerteza podem ser sentidos como um só, por vezes num primeiro momento, outras vezes, ao longo de todo o processo de doença, conforme as estratégias utilizadas.

Segundo Holahan e Moos (1987) o conceito de *coping* é definido como um factor estabilizador ou facilitador do ajustamento individual ou adaptação quando se está perante situações ou momentos stressantes. Entre as várias definições de *coping* apresentadas, destacam-se: qualquer esforço de gestão do stress; coisas que as pessoas fazem para evitarem ser magoadas pelos constrangimentos da vida; comportamentos cobertos ou abertos que as pessoas implementam para eliminar o *distress* psicológico ou as condições stressantes.

A pessoa com cancro pode utilizar diferentes estratégias para lidar com o stress que advém desta doença. Pode usar estratégias focadas no problema, como a análise do problema, procura de informação, resolução do problema, obtendo maior controlo, no sentido de eliminar a causa do stress. Pode usar estratégias focadas na *emoção*, utilizadas para reduzir a tensão emocional, como o controle emocional, aceitação e o descontrolo emocional (Patrão & Leal, 2004).

No que respeita ao *coping* em situação de doença grave, Folkman (1997), encontrou processos de *coping* que surgem associados a estados psicológicos positivos, sendo estes protectores do impacto da doença grave. O que estas estratégias têm em comum são a procura e o encontrar de um significado positivo. São elas:

- Reavaliação positiva, referindo-se às estratégias cognitivas utilizadas para reenquadrar a situação, de modo a vê-la de forma positiva;
- *Coping* focado no problema dirigido para objectivos, incluindo a procura de informação, de tomada de decisão, de planeamento e de resolução de conflitos de modo a resolver ou gerir problemas que impeçam alcançar os objectivos e causam stress;
- Infusão de eventos vulgares com sentido positivo, referindo-se a algo que fez ou que aconteceu, que foi significante, que trouxe felicidade e ajudou a passar bem o dia; e
- Crenças e práticas espirituais, englobando a procura de significado e propósito, transcendência (a sensação de que o ser humano é mais do que existência material), laços (e.g., com os outros, com a natureza ou com uma divindade) e valores, como por exemplo, a justiça.

## RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E COPING

Religião e espiritualidade são conceitos que têm sido cada vez mais investigados nomeadamente em contextos de saúde mas que por vezes geram controvérsia, devido não só a perspectivas mais positivas da investigação científica mas também a dificuldades de operacionalização dos conceitos. No entanto, cada vez mais são percebidos cientificamente como constructos subjectivos com efeitos na saúde e no bem-estar físico e psicológico.

Embora as suas definições sejam discutíveis e limitadas, de acordo com Menezes (2006), ao contrário da religiosidade, que se refere a crenças específicas, tradições, rituais e contextos socioétnicos, a Espiritualidade engloba significados pessoais, projectos de vida e sentimentos/sensações de transcendência. Desta definição, é possível considerar-se a Espiritualidade como algo inerente a todo o ser humano, quer ele se considere religioso ou não. Pode entender-se como o complexo de qualidades únicas de um indivíduo, direccionando a existência e dando significado às experiências humanas.

Relativamente à religião, como o conceito é tipicamente utilizado, envolve crenças religiosas tradicionais, atitudes e práticas, enquanto espiritualidade, é considerado um termo mais abrangente que inclui religião, mas vai mais além desta (Musick, Koenig, Larson, & Matthews 1998).

Por sua vez, Pargament e Hill (2008), referem que o termo religião, ao longo da história da psicologia moderna, tem sido um constructo tanto individual como institucional. Religião e espiritualidade representam constructos que se relacionam ao invés de constructos independentes.

É ainda de salientar que se observa uma polarização da religiosidade e espiritualidade, na qual temos de um lado a primeira, representando uma expressão institucional formal, externa, doutrinária, autoritária e inibitória, e do outro lado, a segunda, a representar a expressão livre, interna, subjectiva, emocional e assistemática. Pargament (2008) alerta em relação a esta total separação que se pretende fazer entre religião e espiritualidade, não só na medida em que o significado da primeira tem implicitamente conotação negativa e o da segunda não, mas também pelo simples facto da maioria das pessoas experienciarem a espiritualidade dentro de um contexto religioso organizado e não verem distinção nos dois fenómenos. O *coping* dito religioso pode ser definido como o uso de técnicas cognitivas e comportamentais, perante situações de vida stressantes, que provém da religião ou espiritualidade da pessoa (Tix & Fraser, 1998). Sabe-se que

a estratégia de *coping* que assenta na religião, é uma estratégia emocional, mas pode ser considerada igualmente cognitiva (e.g., avaliar a doença como parte do plano de Deus) e também comportamental (e.g., orar ou frequentar um serviço religioso).

Outros estudos mais antigos, como refere Koenig et al. (1998), salientam a religião como tendo uma influência benéfica nos pacientes em termos de *coping* (Acklin, Brown, & Mauger, 1983; Halstead & Fernsler, 1994; Jenkins & Pargament, 1988; Kaczorowski, 1989; Mickley, Soeken & Belcher, 1992; Reed, 1986; Sodestrom & Martinson, 1987).

Mais recentemente, uma investigação qualitativa a salientar é a de Gall e Cornblat (2002), com 52 mulheres consideradas sobreviventes de cancro da mama, das quais 39 responderam à questão sobre o papel da religião e espiritualidade no *coping* com a doença. A maioria das mulheres discorreu sobre o papel positivo de vários recursos espirituais na sua resposta à experiência do cancro, como a relação com Deus, actividades de *coping* religioso (e.g., orar), atribuição de significado e suporte social.

Por sua vez, Feher e Maly (1999), concluem, em mais uma investigação qualitativa feita com 33 mulheres de 65 anos diagnosticadas à 6 meses com cancro da mama, que a fé religiosa e espiritual promove ferramentas para lidar com a doença. Das 33 participantes, 30 referiram que a sua fé religiosa proporcionou o suporte emocional necessário para lidar com a doença.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra desta investigação é de conveniência e é constituída por 5 mulheres com diagnóstico de cancro da mama, com idades compreendidas entre os 56 e 69 anos, residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo, seguidas em consulta de oncologia. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de cancro da mama, fase pós-tratamentos ou em hormonoterapia, idade superior a 50 anos.

Quanto à variável idade, 3 participantes (60%) da amostra encontram-se na faixa etária dos 60 anos (60, 63 e 69 anos), enquanto apenas 2 participantes fazem parte da faixa etária dos 50 anos. No que concerne à escolaridade, 3 participantes (60%) completaram o 3º ciclo de escolaridade (10º

ao 12º ano), 1 (20%) completou o 2º ciclo (5º ao 9º ano) e 1 completou o 1º ciclo (até ao 4º ano). Quanto à situação laboral, verifica-se que apenas uma participante (20%) se mantém no activo (emprego a tempo inteiro), e que a maioria (80%) se encontra na reforma. Relativamente ao estado civil, 4 participantes (80%) são casadas e 1 é divorciada (20%). E no que respeita o *número de filhos*, três participantes (60%) têm 1 filho e duas participantes (40%) têm 2 filhos.

Em relação ao tempo decorrido desde o diagnóstico verifica-se que apenas uma participante (20%) tem um tempo até 2 anos desde o diagnóstico, enquanto que 3 das mesmas (60%) encontra-se entre os 3 e os 5 anos decorridos. Uma única participante (20%) está entre os 6 e os 8 anos. Quanto aos tratamentos, 3 entrevistadas (60%) fizeram radioterapia quimioterapia e hormonoterapia. Uma entrevistada fez apenas radioterapia e hormonoterapia (20%), e outra fez quimioterapia e hormonoterapia (20%). A maioria das participantes (80%) não teve ou está a ter acompanhamento psicológico. Apenas uma (20%) é seguida em consulta de psiquiatria. Todas as pacientes foram submetidas a cirurgia (100%).

### *Material*

Foi elaborado um questionário socio-demográfico e clínico (Pargana & Patrão, 2009) especificamente para esta investigação permitindo a recolha de dados sobre a idade, a escolaridade, a situação profissional, o estado civil, o número de filhos, o tempo decorrido desde o diagnóstico, a cirurgia, os tratamentos e o eventual acompanhamento psicológico.

Quanto à entrevista semi-estruturada utilizou-se a IPA – Interpretative Phenomenological Analysis – de Jonathan Smith, cujo objectivo é explorar o modo como os participantes dão significado ao seu mundo pessoal e social (Smith, Flowers, & Osborn, 1997).

### *Procedimento*

Para recolha da amostra foi contactado o secretariado da direcção do Hospital do SAMS, visto existir no respectivo Centro Clínico a consulta de Oncologia.

Após reunião com a direcção e médicos responsáveis para esclarecimento dos objectivos da investigação, foi dada autorização para a realização da mesma.

Feito o levantamento de doentes, procedeu-se aos contactos telefónicos. Consoante a disponibilidade e interesse das pessoas contactadas, as entrevistas foram marcadas e tiveram lugar no serviço de oncologia, em contexto de gabinete disponibilizado para o efeito. Antes da entrevista, cada participante foi informada dos objectivos e implicações do estudo, sendo facultada a carta de consentimento informado, assegurando a confidencialidade das respostas.

As entrevistas foram transcritas e analisadas de acordo com a IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) de Jonathan Smith, cujo objectivo é compreender o conteúdo e complexidade dos significados, captá-los e não medi-los. Após a elaboração de um guião de entrevista e recolhidas suas respostas, o investigador engaja numa relação de interpretação do que é transcrito, procurando as temáticas principais no discurso, ou seja, o objectivo é captar a essência do que encontramos no texto transcrito.

## RESULTADOS

Os seguintes temas religiosos e espirituais foram identificados nas entrevistas das participantes com cancro da mama:

### *Relação com Deus*

A crença em Deus como um ser dotado de superioridade e amor está presente em todas as participantes. Deus é visto como alguém que ajuda nos momentos mais difíceis, que ouve e que orienta o mundo de uma forma geral. É também visto como um pai e como o criador do ser humano e do Universo.

As participantes não percebem Deus como responsável pela doença nem como curador, mas como uma presença nas suas vidas que proporciona força e confiança. Uma entrevista exemplifica esta relação de ajuda dizendo: “Deus ajuda e Deus está-me a ajudar. E tem-me ajudado”. Com outra participante vemos que Deus é “um pai misericordioso, que sabe das nossas necessidades, que nos ampara, que nos manda conforto de todas as maneiras.”

Em duas participantes verifica-se o sentimento de entrega a Deus, a necessidade de confiar nele e entregar-lhe o desfecho das coisas.

### *Práticas religiosas*

A maioria das participantes (80%) tem práticas religiosas, tais como a oração ou comunicação com Deus, sendo considerada uma forma de apoio. Desta vez é Clara a fundamentar este aspecto com a frase “Peço a Deus, falo com Deus à noite, principalmente quando estou na minha cama”; e Eva: “E sei que, pronto... que Ele me ouve. E é nisso, que eu muitas vezes me apoio.”

### *Instituição religiosa como suporte social*

No que diz respeito ao lugar ou comunidade religiosa em si, percebemos que apenas uma participante verbaliza a sua instituição religiosa como uma comunidade de apoio, apesar de mais duas também frequentarem instituições religiosas, nas quais estudam ou oram, respectivamente. Ficamos a perceber com a primeira que: “os irmãos interessavam-se, telefonavam-me a saber como é que eu estava, o irem visitar-me a casa...” percebendo assim o papel de suporte social da instituição religiosa ao possibilitar a partilha de crenças semelhantes e o sentimento de pertença e comunhão com outros.

### *Fé*

A fé foi um sentimento referido por todas as entrevistadas, sendo entendida como um sentir que possibilita encarar o problema com esperança e espírito de luta. Para uma das participantes a principal estratégia de *coping* “fundamentalmente foi mesmo a fé”, que aliás aumentou desde o início do processo de doença. Para uma outra, que antes do diagnóstico já tinha a “sua fé”, acontece algo parecido: “Certas coisas que me têm acontecido (... ) que eu tenho ultrapassado, eu... tenho mais fé.” Três das 5 pacientes revelam o aumento da fé após a doença.

Este sentimento é também percebido como ferramenta importante nos momentos mais difíceis da vida e como algo a que nos podemos agarrar para ultrapassá-los.

### *Significado*

Nos relatos das 5 entrevistadas foi possível percebermos vários aspectos relacionados com o significado, associado principalmente com a doença e

a ligação a Deus. Uma participante encara a doença como parte de um plano de Deus, no qual confia, referindo: “*Deus já tinha um plano para mim*” e ainda “Se Deus permitiu, algo de bom Ele trará ou algo de bom Ele tem para mim”; outra refere que “nós já vimos com as nossas marcas, com o nosso percurso traçado... que as coisas acontecem e que... está tudo no nosso percurso”, percebendo a doença como algo pré-definido.

Esta mesma participante fala na hipótese do cancro como um castigo, não acreditando na mesma, visto ser uma contradição com a representação que tem de Deus – “um Deus misericordioso”.

Uma das participantes percebe a ultrapassar da doença como sendo uma dádiva de mais tempo de vida “eu acredito... que Deus está-me a ajudar para eu não ir tão cedo.” Outra salienta a vida e a morte como aspectos da gestão divina e por este motivo surge a necessidade de confiar nesta gestão e não desesperar.

### *Laços e valores*

Podemos verificar que as participantes de uma forma geral apoiam a sua existência em valores considerados humanizantes e “cristãos”. Para além dos sentimentos de ódio e rancor que não se devem ter por ninguém, como diz uma das pacientes “há certas pessoas com tudo, têm tudo, mas não têm o principal que é a paz espiritual, não estão bem com elas próprias”. Para outra, as injustiças são inaceitáveis, defendendo a necessidade de respeito pelos outros diferentes de si: “quem não sente ou quem não faz, ou quem não acredita, nós temos que respeitar”

Estes valores surgem essencialmente associados às relações interpessoais, aos laços estabelecidos com outros. Nos relatos destas participantes podemos compreender a importância das relações de ajuda estabelecidas com pessoas consideradas mais fragilizadas, desde o encorajamento a outras doentes com cancro da mama (2 participantes), o suporte social fornecido a idosos numa associação ou simples predisposição para ajudar os outros como característica da conduta dita cristã.

## DISCUSSÃO

A ligação com Deus, percebida como fonte de suporte emocional, aparece frequentemente na base das estratégias de *coping* religioso, que de acordo

com a literatura sobre o tema, pode ser adaptativo, activo e focado no problema, especialmente quando Deus é visto como benevolente ou zeloso colaborador, como acontece nesta investigação.

Como se pode verificar, a crença em Deus e sua representação para cada participante, tem implicações na forma como lidam com a doença, tendo como ferramenta principal a fé. Perante um processo de doença oncológica e a consequente ameaça da vida, as crenças espirituais relacionadas com a ligação a algo maior, ajudam o indivíduo a organizar-se, a tolerar as dificuldades da doença e chegar a termo com o significado da morte (Koenig et al., 1998).

No estudo de Simon, Crowther, e Higgerson (2007) as participantes na fase pós-tratamentos e sobrevivência, definiram a fé durante a experiência de doença, como sustentadora, inspiradora e encorajadora.

A oração, entre outras práticas, permite o sentimento de proximidade a Deus, considerado útil e positivo em situações como esta. Segundo Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari, e Pargament (2001), uma aliança colaborativa com Deus é considerada uma estratégia de *coping* positiva.

No que concerne à frequência de uma instituição religiosa, esta pode ajudar o doente oncológico, permitindo mais contacto com outros que partilham da mesma fé, o que vai reforçar a sua própria fé; pelo encontro com outros que prometem preces; por fazer parte de um grupo social, o qual pode fornecer suporte instrumental (Koenig et al, 1998).

Como também se percebe, a espiritualidade manifesta-se não só através da procura e atribuição de significado mas também através de laços (com uma divindade, com os outros, etc.) e valores pessoais como esclarece Folkman (1997).

Assim sendo, os resultados dão suporte aos estudos sobre os efeitos benéficos da espiritualidade e da religião como estratégias emocionais no *coping* com o cancro da mama.

Neste estudo, existem limitações relativas ao tema em si, por exemplo, quando algumas participantes discorrem mais sobre determinadas teorias e conceitos religiosos adquiridos, afastando-se por momentos da sua experiência pessoal.

Os dados obtidos neste tipo de estudo, remetem para compreensão das vivências e não para generalização de resultados, além disso pressupõem uma retrospectiva das entrevistadas, sendo que um estudo longitudinal poderia captar melhor a função dos recursos espirituais e religiosos ao longo do ajustamento à doença.

O indivíduo tem um sistema orientador, uma disposição geral para o mundo que envolve crenças, sentimentos, práticas e relações a partir dos domínios religioso, pessoal e social. Em situações específicas, como num momento de doença grave, as pessoas podem utilizar estratégias de *coping* religioso que fazem parte do seu quadro orientador geral.

## REFERÊNCIAS

- Feher, S., & Maly, R.C. (1999). Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psycho-Oncology* 8(5), 408-416.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45(8), 1207-1221.
- Instituto Nacional de Estatística. (2005). *Censos 2001 – resultados definitivos – XIV Recenseamento geral da população e habitação*. Lisboa: I.N.E. Consultado em 10 de Novembro de 2009, através de 2001. [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos\\_historia\\_pt\\_2001](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt_2001)
- Harrison, M.O., Koenig, H.G., Hays, J.C., Eme-Akwari, A.G., & Pargament, K.I. (2001). The epidemiology of religious coping. A review of recent literature. *International Review of Psychiatry* 13, 86-93.
- Hill, P.C., & Pargament, K.I. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1, 3-17.
- Holahan, & Moos (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.
- Jenkins, R.A., & Pargament, K.I. (1995). Religion and spirituality as resources for coping with cancer. In B. Curbow & M.R. Somerfield (Eds.), *Psychosocial Resource Variables in Cancer Studies: Conceptual and Measurement Issue*. The Haworth Press.
- Musick, M.A., Koenig, H.G., Larson, D.B., & Matthews, D. (1998). Religion and spiritual beliefs. In J. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 780-789).
- Smith, J.A., Flowers, P., & Osborn, M. (1997). Interpretative phenomenological analysis and health psychology'. In L. Yardley (Ed.), *Material Discourses and Health* (pp. 68-91). London: Routledge.

VIRTUAL MAS NÃO MENOS REAL: UM ESTUDO DO  
CYBERBULLYING E SUA RELAÇÃO COM O DESCOMPROMISSO  
MORAL E A EMPATIA

*Cecília Esteves / Ana Almeida / Susana Gomes*

Instituto de Educação – Universidade do Minho

A violência escolar tem sido largamente reconhecida como um problema sério e global, que ocorre de forma persistente e crescente durante os períodos da pré-adolescência e adolescência (Li, 2007). Nos anos 90 do século passado, a maioria dos incidentes violentos entre alunos envolvia, usualmente, armas de fogo. Episódios como o Massacre de Columbine, um dos piores da história norte-americana ocorridos em recinto escolar, ou o mais recente Massacre na Alemanha numa escola dos arredores de Estugarda, ainda estão bem presentes na memória de muitas pessoas. Em ambos os casos, os atiradores anunciaram na Internet que cometeriam tais crimes. Em contraste, nos dias actuais, o uso das TIC, principalmente da Internet e dos telemóveis, aumentou drasticamente entre os mais novos. Os adolescentes de hoje representam a primeira geração a crescer numa sociedade na qual a Internet e os telemóveis são uma parte integrante do dia-a-dia (Raskauskas & Stoltz, 2007). A difusão das novas tecnologias nas escolas tem efeitos positivos irrefutáveis na Educação ao favorecer o rápido acesso à informação, as aprendizagens colaborativas e a interacção social entre os alunos. No entanto, isto também pode trazer graves problemas para dentro da sala de aula com os quais nunca ninguém se tinha deparado antes, como o é o *cyberbullying* (Li, 2005).

DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO CYBERBULLYING

O *cyberbullying* é uma nova forma de maltrato que envolve o uso das TIC tais como *e-mail*, telemóvel e *pager*, mensagens instantâneas, sites difamatórios pessoais e sites difamatórios de votação pessoal, por meio de um comportamento deliberado, repetido e hostil protagonizado por um indivíduo ou grupo que tem a intenção de irritar, intimidar, oprimir, ameaçar ou atormentar intencionalmente alguém (Belsey, 2008). De acordo com Willard (2007), as formas mais comuns de agressão electrónica podem ser agrupadas em 7 categorias: (1) *flaming* (provocação). Enviar mensagens maldosas, rudes e vulgares sobre alguém a uma pessoa

ou grupo via *e-mail* ou SMS (Short Message Service); (2) *harassment* (hostilização/assédio). Enviar repetidamente mensagens obscenas, maldosas e ofensivas a alguém via *e-mail* ou SMS; (3) *cyberstalking* (perseguição *online*). Perseguir alguém *online* por meio de ameaças danosas ou excessivamente intimidatórias; (4) denegrir (deitar-abaixo). Tecer comentários prejudiciais, falsos ou cruéis sobre alguém e partilhá-los com outras pessoas através do telemóvel ou da Internet; (5) mascarar. Enviar ou colocar material *online* em nome de uma outra pessoa por forma a prejudicá-la; (6) *outing* (divulgação de dados pessoais sem autorização do próprio). Enviar ou colocar material sobre uma pessoa que contém informação privada, delicada ou embaraçosa, incluindo mensagens ou imagens de carácter íntimo; (7) exclusão. Excluir intencionalmente alguém da sua rede de amigos.

#### SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE CYBERBULLYING E BULLYING TRADICIONAL

A principal semelhança entre o *bullying* e o *cyberbullying* reside na desigualdade de poder entre os intervenientes (agressor e vítima). Com efeito, em ambos os fenómenos, o agressor tem sempre a intenção de magoar a vítima através do poder e controlo, resultando, portanto, numa relação de poder assimétrica (Beran & Li, 2007). Este factor aliado à persistência no tempo distingue o *bullying* e o *cyberbullying* da agressão ocasional que ocorre entre pares.

As diferenças são de natureza vária. A primeira cinge-se aos meios utilizados pelo agressor para atingir a vítima: no mundo digital, os músculos dão lugar às palavras ofensivas e aos comentários jocosos emitidos através das TIC (Maia, 2008). Daí que, no *bullying*, o agressor seja fisicamente superior à vítima comparativamente com o agressor de *cyberbullying*, que tende a ser mais fraco (Strom & Strom, 2005). A segunda diferença diz respeito à invisibilidade do *cyberbully*. Contrariamente aos actos de *bullying* que ocorrem em locais onde o agressor e a vítima estão geograficamente próximos e interagem face-a-face, sabendo o autor de imediato os efeitos da agressão que inflige, no *cyberbullying* os actos praticados à distância mantêm-no na total ignorância (Hinduja & Patchin, 2007). Camuflado sob a capa do anonimato (e.g., uso de pseudónimos), cria-se uma barreira entre o *cyberbully* e a sua vítima que o impede de ver com os seus próprios olhos as consequências reais das suas palavras e torna mais

fácil a perpetração das suas práticas violentas (Li, 2005). Na ausência deste *feedback* directo, o agressor sente-se livre do peso moral e da culpa que a situação presencial lhe poderia causar, acreditando firmemente que não será apanhado e castigado (Smith et al., 2008). Uma outra diferença diz respeito à amplitude da audiência. O *cyberbullying* pode atingir vastas audiências, na medida em que os actos violentos já não são praticados no átrio ou no balneário da escola perante um número restrito de espectadores. Na Internet, esta realidade ganha uma dimensão sem limites, estando acessível a qualquer pessoa (Slonje & Smith, 2008). Campbell (2005) aponta também para a diferença relacionada com o poder da escrita, ou seja, qualquer ameaça recebida por Internet ou telemóvel pode ser vista e lida vezes sem conta pela vítima vezes. Neste sentido, as palavras escritas parecem mais concretas e “reais” do que as palavras faladas, as quais podem ser lembradas mas não visualizadas. Mas, a maior mudança em relação ao *bullying* tradicional incide sobre o facto de a vítima não ter escape que lhe valha. Isto é, no *bullying*, o lar é encarado como um lugar de aconchego e protecção ou um refúgio pela vítima, em que ela se vê livre dos actos violentos a que é sujeita na escola, pelo menos até ao dia seguinte. O mesmo não acontece com a *cybervítima*, uma vez que ela pode ser alvo de ameaças não só dentro como fora dos muros da escola. O Quadro 1 resume as principais diferenças existentes entre *bullying* e *cyberbullying*.

Quadro 1

*Comparação entre bullying tradicional e cyberbullying*

	<i>Bullying</i> tradicional	<i>Cyberbullying</i>
Meios usados	Força física	TIC
Identidade do perpetrador	Conhecida	Desconhecida
Punição do agressor	Frequente	Rara
Audiência	Espectadores presentes	Espectadores mundiais
Poder das palavras	Mais fraco → não há registo escrito das palavras orais	Mais forte → há um registo escrito
Local	Espaço escolar	Qualquer lugar
Tempo	Antes, durante a após as aulas	Qualquer hora

*Prevalência do fenómeno*

Apesar do tema da comunicação electrónica já ter sido exaustivamente explorado por várias disciplinas académicas, a investigação empírica na área do *cyberbullying* é ainda escassa à escala internacional, em virtude da sua emergência recente. Porém, pouco a pouco, os investigadores têm demonstrado interesse e preocupação sobre esta problemática. O quadro 2

synetiza os principais resultados recolhidos pelos vários estudos empíricos sobre *cyberbullying* realizados à escala internacional.

## Quadro 2

### Estudos empíricos internacionais sobre *cyberbullying*

Ano de publicação	País	Autor(es)	Amostra	Prevalência	
				Vítimas	Agressores
2000	EUA	Crimes Against Children Research Center (CCRC)	1501 jovens	6%	9%
2002	Reino Unido	National Children's Home (NCH)	770 jovens	25%	
2005	Austrália	Campbell	120 alunos	14%	11%
2006	Reino Unido	Smith, Mahdavi, Carvalho, & Tippett	92 alunos	29%	
2007	Canadá	Li	264 alunos	33%	20%
2007	Austrália	Lodge & Frydenberg	652 adolescentes	21%	
2007	EUA	Raskauskas & Stoltz	84 alunos	49%	21%
2008	EUA	Hinduja & Patchin	1378 jovens	68%	34%
2008	Suécia	Slonje & Smith	360 alunos	5,3%	10,3%
2009	Luxemburgo	Steffgen & Konig	2070 alunos	14,1%	

## DESCOMPROMISSO MORAL E CYBERBULLYING

Bandura (1999) descreve o descompromisso moral como um processo sócio-cognitivo através do qual uma pessoa é capaz de efectuar acções negativas contra os outros. Este processo tem como propósito desinibir os indivíduos, levando-os a realizar com mais probabilidade actos nefastos, pois não desenvolvem sentimentos de auto-censura e culpa.

Falar da relação entre descompromisso moral e *cyberbullying* é trilhar caminhos pouco conhecidos e inseguros em virtude da inexistência de evidência empírica sobre o tema. No entanto, já foram dados os primeiros passos no âmbito da relação entre descompromisso moral e *bullying* convencional, cujas pesquisas indicam que os *bullies* apresentam níveis tendencialmente elevados de descompromisso moral em comparação com as vítimas e os espectadores (Almeida, Correia, & Marinho, 2009; Hymel, Roche-Henderson, & Bonanno, 2005; Menesini, Codecasa, Benelli, & Cowie, 2003).

## EMPATIA E CYBERBULLYING

A empatia pode ser definida como um constructo multidimensional com uma componente afectiva e outra cognitiva que facilita a compreensão das

emoções dos outros (Steffgen & König, 2009). A empatia fomenta comportamentos pró-sociais e inibe os anti-sociais, na medida em que os indivíduos com uma elevada empatia têm tendência para procurar aliviar emoções negativas nos outros, para além de realizarem mais facilmente acções que beneficiam os outros. O oposto também é válido, pois os sujeitos que manifestam uma baixa empatia têm mais dificuldades na redução do *stress* ou desconforto nos outros devido ao facto de não se sentirem afectados pela experiência vicariante (Jolliffe & Farrington, 2006). Gini, Albiero, Benelli, e Altoè (2007) caracterizam-nos como detentores de uma “cognição fria”.

A relação entre empatia e *cyberbullying* parece ser pautada pelos mesmos pressupostos teóricos, isto é, os *cyberbullies* revelam menos empatia comparativamente com os não envolvidos, registando-se uma correlação negativa entre *cyberbullying* e empatia (Steffgen & König, 2009). O anonimato e a distância existente entre o perpetrador e a vítima contribuem para que o primeiro não consiga observar as consequências imediatas do seu comportamento e, assim, carecer da capacidade para ponderar o impacto na segunda.

## O ESTUDO DO CYBERBULLYING EM PORTUGAL

Os objectivos deste estudo são: (1) investigar a natureza e extensão do *cyberbullying* em função do género e do nível de ensino (básico e secundário) numa amostra de adolescentes portugueses em meio escolar recrutados de dois contextos urbanos (Braga e Lisboa); (2) comparar o uso do *cyberbullying* através do telemóvel e da Internet e associar práticas com estatutos (vítima, agressor, agressor-vítima e não envolvidos) e; (3) analisar a relação entre estatutos e diferentes processos sócio-cognitivos (descompromisso moral e empatia).

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra total é constituída por 1735 adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 27 anos ( $M=15$  anos;  $DP=1.99$ ), dos quais

47,5% são do sexo masculino e 52,5% são do sexo feminino. Os participantes foram recrutados de 23 escolas básicas dos distritos de Braga ( $n=7$ ) e Lisboa ( $n=16$ ) e de 6 escolas secundárias de Braga, frequentando anos de escolaridade entre o 7º e o 12º.

Quadro 3

*Caracterização da amostra quanto ao género e ao nível de escolaridade*

	Ensino básico	Ensino secundário	Total
Sexo masculino	447	377	824
Sexo feminino	487	424	911
Total	934	801	1735

*Material*

- Daphne Cyberbullying Questionnaire (Smith et al., 2006);
- Moral Disengagement regarding School Bullying Scale (Hymel et al., 2005);
- Basic Empathy Scale (Jolliffe, 2006);
- Interpersonal Reactivity Index (Davis, 1983).

*Procedimentos*

A passagem dos questionários decorreu durante os tempos lectivos com o professor sempre presente. Os alunos foram esclarecidos sobre a natureza e os objectivos do estudo, assegurando-se a confidencialidade dos dados.

## RESULTADOS

*Natureza e extensão do cyberbullying*

O estudo confirma que o fenómeno do *cyberbullying* é ainda recente em Portugal, uma vez que os índices de prevalência encontrados na amostra de adolescentes em meio escolar mostram que o número de vítimas varia entre 4% e 8%. É sobretudo no ensino secundário que o *cyberbullying* toma maiores proporções.

Quanto ao género, constatou-se que a agressão electrónica via telemóvel e Internet é perpetrada sobretudo por rapazes sobre raparigas, quer no ensino básico quer no ensino secundário.

*Relação entre descompromisso moral, empatia e cyberbullying*

Os adolescentes que se identificaram como agressores ou agressores-vítimas em ambos os níveis de ensino considerados revelam altos níveis de descompromisso moral por oposição às vítimas, o que sugere que os processos sócio-cognitivos são mecanismos importantes de racionalização e justificação dos actos de *cyberbullying* e, portanto, meios poderosos de escape à auto-censura. Importa relevar o facto dos níveis de descompromisso moral no estatuto dos agressores-vítimas serem mais elevados do que os níveis manifestes pelos agressores. Estes resultados permitiram confirmar que o descompromisso moral é preditor do *cyberbullying*.

No que diz respeito à empatia, os resultados encontrados não são claros e, por conseguinte, não permitem afirmar com certeza que a empatia cognitiva e afectiva funcionem como processos diferenciais no *cyberbullying*.

## DISCUSSÃO

Os resultados apontaram para uma baixa prevalência do *cyberbullying* no contexto escolar português, sendo no ensino secundário que o número de casos registados é mais elevado. Estes dados permitem tecer duas conclusões. A primeira diz respeito à percepção da gravidade do problema, pois, apesar do número de casos ainda ser pouco significativo, tal não quer dizer que se deva adoptar uma postura de passividade, esperando que o *cyberbullying* atinja proporções severas. É sabido que a prática da agressão electrónica pode afectar seriamente o bem-estar psicológico dos intervenientes e, por isso, torna-se de vital importância apostar no desenvolvimento de estudos longitudinais que se foquem na identificação dos factores de risco e dos factores protectores das vítimas, dos agressores e dos agressores-vítimas, por forma a delinear e implementar planos preventivos e interventivos atempados e efectivos. A segunda é a de que, em conformidade com a revisão da literatura efectuada, o *cyberbullying* não diminuiu com a idade, fazendo um percurso inverso aos maus-tratos presenciais. Isto pode ter a ver com o facto dos jovens passarem mais tempo na Internet à medida que a idade avança, tal como o presente estudo o indica e, por conseguinte, se sentirem mais familiarizados com as TIC. A questão das diferenças de género na prática do *cyberbullying* merece também uma maior dedicação, dado que a investigação não é consensual a

este respeito. Neste trabalho, verificou-se que o género é preditor do *cyberbullying* quer no ensino básico quer no ensino secundário, em virtude dos actos de *bullying online* via telemóvel e Internet serem maioritariamente perpetrados por rapazes e das raparigas serem mais vitimizadas.

O constructo do descompromisso moral desempenha claramente um papel significativo no *cyberbullying*. De todos os estatutos considerados, constatou-se que os agressores-vítimas são aqueles que mais se valem de processos sócio-cognitivos para racionalizar e fundamentar a prática do *cyberbullying*.

Os dados obtidos ao nível da empatia cognitiva e afectiva não revelaram um padrão uniforme. Por conseguinte, torna-se pertinente desenvolver investigação futura sobre a relação entre a empatia cognitiva, a empatia afectiva e o *cyberbullying*, de modo a clarificar se há ou não uma relação negativa e consistente entre estas variáveis. Mais uma vez, parece que os rapazes têm menos responsividade empática cognitiva e afectiva do que as raparigas.

A principal limitação do estudo prende-se com a constituição da amostra, uma vez que os participantes foram seleccionados a partir de escolas básicas e secundárias públicas de dois centros urbanos do país. Num futuro próximo, seria importante alargar a amostra a escolas públicas mas igualmente privadas de outras regiões dos quatro cantos do país, incluindo não apenas meios urbanos como também zonas rurais. Além disso, futuras amostras poderão abarcar alunos do ensino primário e do ensino superior, de modo a comparar as diferentes taxas de prevalência nos diferentes níveis de ensino e verificar se há realmente uma evolução positiva do fenómeno à medida que se avança na idade.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, A., Correia, I., & Marinho, S. (2009). Moral Disengagement, Normative Beliefs of Peer Group and Attitudes Regarding Roles in Bullying. *Journal of School Violence* (DOI JSV\_2009\_004-R, in press).
- Bandura, A. (1999). Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. *Personal and Social Psychology Review*, 3, 193-209.
- Belsey, B. (2008, Primavera). Cyberbullying: An emerging threat to the “always on” generation. *Canadian Teacher Magazine*, 18-19.
- Beran, T., & Li, Q. (2007). The relationship between cyberbullying and school bullying. *Journal of Student Wellbeing*, 1(2), 15-33.

- Campbell, M.A. (2005). Cyber bullying: An old problem in a new guise? *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 15(1), 68-76.
- Gini, G., Albiero, P., Benelli, B., & Altoè, G. (2007). Does empathy predict adolescents' bullying and defending behavior? *Aggressive Behavior*, 33, 467-476.
- Hinduja, S., & Patchin, J.W. (2007). Offline consequences of online victimization: School violence and delinquency. *Journal of School Violence*, 6(3), 89-112.
- Hinduja, S., & Patchin, J.W. (2008). Cyberbullying: An exploratory analysis of factors related to offending and victimization. *Deviant Behavior*, 29, 129-156.
- Hymel, S., Rocke-Henderson, N., & Bonanno, R.A. (2005). Moral disengagement: A framework for understanding bullying among adolescents. *Special Issue: Journal of Social Sciences*, 8, 1-11.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29, 589-611.
- Li, Q. (2005). New bottle but old wine: A research of cyberbullying in schools. *Computers and Human Behavior*, 23(4), 1777-1791.
- Li, Q. (2007). Bullying in the new playground: Research into cyberbullying and cyber victimization. *Australasian Journal of Educational Technology*, 23(4), 435-454.
- Lodge, J., & Frydenberg, E. (2007). Cyber-bullying in Australian schools: Profiles of adolescent coping and insights for schools practitioners. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, 24(1), 45-58.
- Maia, P. (2008, 24 de Setembro). Cyberbullying afecta alunos de Braga. *Correio do Minho*, 6-7.
- National Crime Prevention Council. (2006). *Stop cyberbullying before it starts*. Recuperado em 18 de Outubro de 2007, de <http://www.ncpc.org/resources/files/pdf/bullying/cyberbullying.pdf>
- Raskauskas, J., & Stoltz, A.D. (2007). Involvement in traditional and electronic bullying among adolescents. *Developmental Psychology*, 43(3), 564-575.
- Slonje, R., & Smith, P. (2008). Cyberbullying: Another main type of bullying? *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 147-154.
- Steffgen, G., & König, A. (2009). *Cyber bullying: The role of traditional bullying and empathy*. Recuperado em 30 Abril de 2009, de <http://miha2.ef.uni-lj.si/cost298/gbc2009-proceedings/papers/P200.pdf>
- Strom, P.S., & Strom, R.D. (2005). When teens turn cyberbullies. *The Educational Forum*, 70, 21-36.
- Willard, N. (2007). *Educator's guide to cyberbullying and cyberthreats*. Recuperado em de 2 Novembro de 2007, de <http://www.cyberbully.org/cyberbully/docs/cbcteducator.pdf>

A GESTÃO DA ASMA PELA FAMÍLIA  
– ALGUNS DADOS PRELIMINARES

*Cláudia Mendes Silva*<sup>1</sup> ([claudia.silva@ubi.pt](mailto:claudia.silva@ubi.pt)) / *Luísa Barros*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior; <sup>2</sup>Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa

O papel parental dos pais de crianças com problemas crónicos de saúde exige, para além da resolução dos problemas quotidianos colocados pela educação dos seus filhos, a adaptação à doença da criança e a aprendizagem da gestão da doença. Estes pais, para além de assegurarem os cuidados físicos e educativos necessários ao desenvolvimento do filho, têm uma preocupação suplementar ao nível dos cuidados de saúde a prestar à criança (Silver, Westbrook, & Stein, 1998).

As doenças crónicas persistem ao longo do tempo, impondo alterações irreversíveis na vida do doente, como os tratamentos continuados dirigidos aos sintomas ou ao controlo da doença. Na maioria destas doenças a responsabilidade pelo controlo da doença e pelo tratamento vai passando gradualmente dos profissionais de saúde para o doente, ou para os cuidadores quando se trata de uma criança. São habitualmente os pais que assumem a responsabilidade pela gestão da doença, o que pode desafiar a sua competência para se adaptarem a essa nova tarefa (Sawyer et al., 2005). A literatura indica que a doença crónica da criança é habitualmente um factor de stresse para todos os membros da família, provoca mudanças na vida familiar e impõe aos pais uma adaptação à nova situação (Barros, 2003; Hentinen & Kyngäs, 1998), considerando alguns autores que a doença do filho pode mesmo influenciar o ajustamento psicológico dos pais (Silver et al., 1998).

A asma é uma das doenças crónicas mais comuns na infância e uma importante causa de internamento hospitalar (Direcção-Geral da Saúde, 2000). Estima-se que, em Portugal, a prevalência média da asma atinja mais de 11,0% da população no grupo etário dos 6-7 anos e 11,8% no dos 13-14 anos (DGS, 2000). Trata-se de uma “doença inflamatória crónica das vias aéreas que, em indivíduos susceptíveis, origina episódios recorrentes de pieira, dispneia, aperto torácico e tosse particularmente nocturna ou no início da manhã, sintomas estes que estão geralmente associados a uma obstrução generalizada mas variável das vias aéreas, a qual é reversível espontaneamente ou através de tratamento” (NHLBI/WHO Workshop Report, 1995, cit. in DGS, 2000, p. 7). Associada à necessidade de intervenção médica, a asma coloca restrições à actividade normal da

criança, em casa e na escola, causando sofrimento a esta e à sua família, e podendo conduzir a uma diminuição da qualidade de vida, principalmente dos pais (Annett, Bender, DuHamel, & Lapidus, 2003; Sawyer et al., 2001, 2005).

O tratamento da asma tem sido focalizado na redução do estado inflamatório das vias respiratórias através de medicação e de medidas de controlo ambiental, associadas ao investimento no autocontrolo da asma, pelo doente e pela família (Programa Nacional de Controlo da Asma, DGS, 2000). A importância da auto-gestão no controlo da asma é actualmente bem reconhecida, cabendo aos cuidadores da criança a gestão da doença, no caso da asma pediátrica (Klennert, McQuaid, & Gavin, 1997). Essa gestão exige um papel activo por parte da criança e, principalmente, dos seus cuidadores na tomada de decisões acerca da doença e do seu tratamento (Barlow & Ellard, 2004; Barros, 2003). A flutuação na apresentação dos sintomas torna mais complexo o controlo da asma e exige aos pais uma constante tomada de decisões acerca da prevenção e tratamento da doença (e.g., os sintomas traduzem o início de uma crise?; devo dar a medicação de SOS?). O próprio tratamento medicamentoso da asma parece levantar algumas dificuldades aos pais, como terem de se recordar e administrar a medicação diariamente (Peterson-Sweeney et al., 2003), ou algumas preocupações relativas à eficácia e aos efeitos secundários da medicação (Horky, Kleinman, & Firth, 2007; Mansour, Lanphear, & DeWitt, 2000), o que pode conduzir à não adesão à medicação preventiva.

Os modelos de confronto da doença desenvolvidos na Psicologia da Saúde têm demonstrado, por outro lado, que a adaptação à doença é, em muito, determinada pelas crenças ou significados atribuídos à situação pelo doente e, no caso das doenças pediátricas, pelos pais ou cuidadores (Barros, 2003; Ogden, 2004). O diagnóstico de asma num filho pode provocar nos pais, numa primeira fase, sofrimento, medo, culpa e ansiedade, seguida de uma fase caracterizada pela ansiedade e falta de confiança nas suas capacidades para lidar com a doença do filho (Maltby, Kristjanson, & Coleman, 2003). Assim, os pais são simultaneamente responsáveis pela implementação do tratamento e das medidas de controlo e gestão da asma, bem como uma das principais influências na adaptação da criança à doença (Barros, 2003).

Neste sentido, a intervenção junto da criança com asma não se pode limitar ao controlo médico da doença. A criança e a família devem ser integradas num trabalho multidisciplinar que vise a construção de soluções adequadas

às suas características, facilitando a adaptação à doença e às consequências negativas que esta implica, bem como a adesão às recomendações dos profissionais de saúde relativas ao tratamento (Barros, 2003).

Este estudo visou contribuir para um maior conhecimento das dificuldades sentidas pelos pais de crianças com asma, avaliando as significações e as atitudes de controlo e resolução de problemas de saúde de um grupo de mães de crianças com asma. Para estudar a adequação dum instrumento estruturado neste âmbito e avaliar a forma como as famílias gerem a asma da criança, adaptamos a FAMSS – Escala de Gestão Familiar da Asma (*Family Asthma Management System Scale* – Klinnert & McQuaid, 1997, 2008) para português. Trata-se de uma entrevista clínica abrangente, baseada na teoria da autogestão, que avalia a qualidade da gestão da asma pediátrica pelos cuidadores, os seus conhecimentos sobre asma, as estratégias de gestão utilizadas e a colaboração entre os profissionais de saúde e a família (McQuaid et al., 2005).

## MÉTODO

### *Participantes*

Entrevistamos 7 crianças com asma e as suas mães com a FAMSS. As crianças tinham entre 7 e 13 anos de idade ( $M=10,29$ ) e quatro delas eram do sexo masculino. A amostra foi recolhida na consulta de alergologia do serviço de pediatria do Centro Hospitalar Cova da Beira. Todas as crianças tinham diagnóstico de asma há mais de seis meses e faziam medicação diária para a asma.

### *Material*

As entrevistas foram gravadas em áudio, sendo posteriormente transcritas para a análise, tendo uma duração de cerca de 40 minutos.

### *Entrevista FAMSS*

A FAMSS é uma entrevista semi-estruturada que avalia o comportamento da família em domínios considerados críticos para a gestão da asma. Dos onze domínios definidos inicialmente (Klinnert, McQuaid, & Gavin, 1997),

a versão actual da entrevista conta com sete escalas (conhecimento acerca da asma, avaliação dos sintomas, resposta aos sintomas e exacerbações, controlo ambiental, adesão à medicação, colaboração com o profissional de saúde, integração equilibrada da asma na vida familiar) a que foram acrescentadas duas escalas adicionais (resposta da criança aos sintomas e exacerbações, gestão pelos cuidadores alternativos) (McQuaid et al., 2005). A avaliação por entrevista possibilita uma cobertura mais ampla e compreensiva dos aspectos de gestão da asma quando comparada com a avaliação por questionários de auto-resposta (Klennert, McQuaid, & Gavin, 1997), permitindo recolher uma descrição dos comportamentos, atitudes e crenças dos pais, nas suas próprias palavras.

## RESULTADOS

Relativamente ao conhecimento sobre a asma, verificámos que a maioria das mães tem uma ideia básica da fisiologia da asma, isto é, que a asma afecta os pulmões e as vias respiratórias, prejudicando a respiração, e consegue nomear pelo menos dois sintomas da asma. No entanto, a maioria não compreende os conceitos de inflamação e de broncoconstricção associados à asma, não conhece bem o papel dos desencadeantes no despoletar das exacerbações, nem parece reconhecer a asma como uma doença inflamatória crónica. Têm conhecimento dos medicamentos da criança e das doses, embora algumas não se recordem do nome dos medicamentos (reconhecem-nos pelas características físicas da embalagem), e apenas duas conheçam o mecanismo de funcionamento de cada medicamento.

Em relação ao conhecimento e avaliação dos sintomas, constatámos que a maioria mães, embora conheça alguns sintomas da asma, revela dificuldade em distinguir entre sintomas ligeiros e sintomas severos e identificar quando a criança está a ter uma exacerbação ou ataque de asma. No que respeita à adequação da resposta da família aos sintomas e exacerbações, as mães parecem ter um plano, mesmo que muito limitado, de gestão da asma (e.g., se dois tratamentos com o inalador não resultarem, então dirigem-se às urgências), mas parece existir em alguns casos uma sub-reação, isto é, esperam que os sintomas desapareçam, evitando o recurso ao inalador de alívio, ou recorrem a medidas pouco adequadas (e.g., fazer vapores). Relativamente à adequação da resposta da

criança aos sintomas e exacerbações, constatámos que a resposta mais comum é pedir ajuda ou telefonar à mãe. Embora todas as crianças conheçam o medicamento de alívio, e onde está guardado, a auto-administração da medicação é realizada com supervisão parental.

Todas as mães referem a adopção de algumas medidas de controlo ambiental com o objectivo de reduzir a exposição aos desencadeantes da asma, destacando-se os procedimentos para diminuir a exposição aos ácaros do pó e a diminuição da exposição ao fumo do tabaco (na maioria das famílias em que um dos progenitores é fumador, a regra parece ser não fumar em casa).

A adesão à medicação é, de acordo com o relato das mães, relativamente boa. Quase todas afirmam que a criança toma a maioria das doses da medicação, sendo poucos os esquecimentos. Porém, embora a medicação de alívio esteja geralmente disponível, nem sempre é usada apropriadamente, com algumas mães a desvalorizarem os sintomas de exacerbação, evitando o recurso aos broncodilatadores. Duas mães acabaram por afirmar que, pelo menos uma vez, já diminuíram ou interromperam a medicação preventiva, por considerarem que a criança estava sem sintomas há algum tempo. Nos dois casos este facto conduziu a um agravamento dos sintomas e à necessidade de aumentar a medicação para restabelecer o controlo da asma. Na quase totalidade dos casos, a mãe é responsável por lembrar a criança para fazer a medicação de controlo.

No que respeita à relação da família com o profissional, verifica-se uma continuidade nos cuidados médicos, assentando a gestão da asma essencialmente em consultas programadas. As famílias têm um plano de acção para o controlo da asma que foi transmitido oralmente pelo médico, sem participação das mães. Em alguns casos a descrição desse plano é muito rudimentar (e.g., dar a medicação de alívio quando a criança tiver uma crise e esperar a reacção).

Na maioria dos casos parece existir uma integração equilibrada da asma na vida da família. As famílias já adequaram o seu estilo de vida à asma (e.g., a medicação já faz parte da rotina da família, assim como os cuidados ao nível da limpeza da casa), sem organizar toda a vida em torno da doença. No entanto, as estratégias de confronto da família não são completamente adaptativas (e.g., permitem o contacto com animais ou não tomam precauções quanto aos sintomas provocados pelo exercício físico). Apenas duas famílias reconhecem claramente a exposição adversa aos factores desencadeantes da asma e tomam medidas preventivas consistentes.

Na última escala, sobre adequação dos cuidados pelos cuidadores alternativos, as mães referem que os familiares ou amigos que por vezes tomam conta da criança estão familiarizados com os cuidados necessários para o controlo da asma e cumprem a administração da medicação. Uma das mães, porém, admite que em algumas situações (e.g., acampamento dos escuteiros) a criança não faz a medicação preventiva, não havendo uma continuidade dos cuidados.

## DISCUSSÃO

Nas entrevistas realizadas, as famílias demonstraram algum conhecimento sobre a asma e os seus sintomas, embora mostrem dificuldade em entender o carácter crónico da doença. Parece existir uma dificuldade na resposta adequada aos sintomas e exacerbações, associada a uma desvalorização dos primeiros sinais de alerta de uma crise, o que também foi encontrado noutra investigação (Meng & McConnell, 2002). Esta desvalorização dos sintomas, ou a tendência para sobrestimar o grau de controlo da asma dos filhos (Cabana, Slish, Nan, Lin, & Clark, 2005), pode conduzir a um pior controlo da doença, uma vez que os pais têm de adequar a gestão da medicação para a asma de acordo com a avaliação que fazem da gravidade dos sintomas. Neste caso a dificuldade no conhecimento da doença pode estar associada a alguma irregularidade na adesão à medicação, sobretudo em relação à medicação de alívio, ou à redução da medicação preventiva (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Embora, de acordo com a avaliação das mães, o nível de adesão à medicação seja bom ou razoável, esta avaliação parece estar sobrestimada, verificando-se uma subutilização da medicação de alívio em alguns casos, associada a uma desvalorização da gravidade dos sintomas. A interrupção da medicação preventiva em períodos em que a criança não apresenta sintomas, que foi admitida por duas mães, tem sido também encontrada noutros estudos (Choi, Westermann, Sayles, Mancuso, & Charlson, 2008). Destaca-se, ainda, que as mães se consideram como as principais responsáveis pelas tarefas relativas à gestão da asma, o que pode ser adaptativo se tivermos em conta os resultados do estudo de Orrell-Valente e colaboradores (2008) que indica que, embora a criança vá tendo cada vez maior competência para assumir alguma responsabilidade pelo tratamento

com o aumento da idade, os pais devem manter um papel de supervisão do seu cumprimento.

Não existe um bom conhecimento dos desencadeantes da asma, o que pode explicar que, embora todas as mães afirmem terem tomado algumas medidas de controlo ambiental, como por exemplo reduzir a exposição ao pó e ao fumo do tabaco, sejam menos cuidadosas no evitamento de outras exposições, como a animais domésticos.

Estas famílias declaram que a gestão da doença já está bem integrada na rotina familiar, embora colocando alguns desafios à sua capacidade. Mas a gestão da asma da criança pela família é complexa, quer pelas características da doença (com uma grande variação na apresentação dos sintomas), quer pelo desenvolvimento da criança, que exige uma adaptação do tratamento e da divisão de responsabilidades no controlo da doença (McQuaid et al., 2005). A FAMSS revela-se como um instrumento de avaliação clínica importante para recolher informação sobre as dificuldades e os obstáculos à gestão da asma sentidos pelas várias famílias, o que pode ser usado para identificar as famílias com maiores necessidades de intervenção e para individualizar a intervenção a realizar junto de cada família. Destaque-se que a FAMSS pode ser utilizada em conjunto aos pais e à criança, tendo a vantagem de identificar conhecimentos, crenças e atitudes desfasadas ou não coincidentes entre os adultos e as crianças, o que pode ser especialmente útil com pré-adolescentes que começam a assumir maior autonomia na gestão da doença e do tratamento.

## REFERÊNCIAS

- Annett, R.D., Bender, B.G., DuHamel, T.R., & Lapidus, J. (2003). Factors influencing parent reports on quality of life for children with asthma. *Journal of Asthma*, 40(5), 577-587.
- Barlow, J. H., & Ellard, D. R. (2004). Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: An overview of research evidence base. *Child: Care, Health & Development*, 30(6), 637-645.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.) Lisboa: Climepsi.
- Cabana, M., Slish, K., Nan, B., Lin, X., & Clark, N. (2005). Asking the correct questions to assess asthma symptoms. *Clinical Pediatrics*, 44, 319-325.

- Choi, T.N., Westermann, H., Sayles, W., Mancuso, C.A., & Charlson, M.E. (2008). Beliefs about asthma medications: Patients perceive both benefits and drawbacks. *Journal of Asthma*, 45, 409-414.
- Direcção-Geral da Saúde (2000). *Programa Nacional de Controlo da Asma*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde (28 pp.).
- Hentinen, M., & Kynäas, H. (1998). Factors associated with the adaptation of parents with a chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 316-324.
- Horky, S.C., Kleinman, S., & Firth, D. (2007). A comparison of parent and provider beliefs about asthma in children. *Pediatric Asthma, Allergy & Immunology*, 20(1), 36-47.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde*. Porto: Edições ASA
- Klennert, M., McQuaid, E., & Gavin, L. (1997). Assessing the family asthma management system. *Journal of Asthma*, 34(1), 77-88.
- Klennert, M., & McQuaid, E. (2008). *Family Asthma Management System Scale: Semi-structured interview and rating scale guidelines*. (Not publish)
- Maltby, H.J., Kristjanson, L., & Coleman, M.E. (2003). The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 368-373.
- Mansour, M.E., Lanphear, B.P., & DeWitt, T.G. (2000). Barriers to asthma care in urban children: Parent perspectives. *Pediatrics*, 106(3), 512-519.
- McQuaid, E.L., Walders, N., Kopel, S.J., Fritz, G.K., & Klennert, M.D. (2005). Pediatric asthma management in the family context: The family asthma management system scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(6), 492-502.
- Meng, A., & McConnell, S. (2002). Decision-making in children with asthma and their parents. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(8), 363-371.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. (2ª Ed). (trad. de Carla Patrocínio e Fátima Andersen). Lisboa: Climepsi (obra original de 2000).
- Orrell-Valente, J.K., Jarlsberg, L.G., Hill, L.G., & Cabana, M.D. (2008). At what age do children start taking daily asthma medicines on their own? *Pediatrics*, 122(6), e1186-e1192.
- Peterson-Sweeney, K., McMullen, A., Yoos, H.L., & Kitzman, H. (2003). Parental perceptions of their child's asthma: Management and medication use. *Journal of Pediatric Health Care*, 17(3), 118-125.
- Sawyer, M.G., Spurrier, N., Whaites, L., Kennedy, D., Martin, A.J., & Baghurst, P. (2001). The relationship between asthma severity, family functioning and the health-related quality of life of children with asthma. *Quality of Life Research*, 9, 1105-1115.

- Sawyer, M.G., Reynolds, K., Couper, J., French, D., Kennedy, D., Martin, J., et al. (2005). A two-year prospective study of the health-related quality of life of children with chronic illness – The parents' perspective. *Quality of Life Research*, 14, 395-405.
- Silver, E.J., Westbrook, L.E., & Stein, R.E. (1998). Relationship of parental psychological distress to consequences of chronic health conditions in children. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(1), 5-15.

AJUDAR OS QUE AJUDAM A LIDAR  
COM A MORTE DE UMA CRIANÇA

*Cátia Campos<sup>1</sup> / Anabela Pereira<sup>2</sup>*

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

A morte, ainda hoje, continua a ser encarada pela sociedade como tabu e como um dos maiores mistérios da vida. A sua iminência deixa-nos inquietos e apreensivos, assim como aos pais de uma criança que vai morrer. A realidade é que a forma como se encara e vivencia o fenómeno da morte, bem como os “rituais” que lhe estão associados, modificaram bastante nos últimos tempos: se num passado ainda recente grande parte das pessoas morria em casa, num clima de afecto, atenção e carinho, nos dias de hoje, a esmagadora maioria das mortes ocorre em Instituições de Saúde.

Na nossa cultura, a morte de um bebé, de uma criança emerge como algo incompreensível uma vez que contraria a ordem natural do ciclo da vida. Horta (1982) refere que a morte de uma criança é a mais monstruosa, a mais impossível, a mais cruel de todas as realidades, suscitando em todos um medo e ansiedade extrema.

Na área da saúde este tema é particularmente contraditório uma vez que os profissionais de enfermagem são formados para cuidar. Embora cuidar seja também preparar para a morte, subentende-se que seja tão-somente promover a vida. É evidente a dificuldade do profissional de saúde, não apenas em aceitar, mas também gerir de forma adequada uma situação de morte, principalmente quando envolve uma criança e a sua família.

O que é certo é que o enfermeiro é o profissional que passa mais tempo ao lado do doente e da família, e como tal é o que tem o papel mais activo na identificação das necessidades do doente desde o diagnóstico até à sua recuperação ou morte, no entanto, não está preparado para todo o sofrimento que está inerente à própria doença e à aproximação da morte.

O estudo realizado vai ao encontro de uma lacuna existente no conhecimento referente à experiência dos enfermeiros em relação ao processo de morte da criança, considerando a existência de poucos estudos que exploram a experiência dos profissionais que cuidam de crianças que se encontram na fase final da sua curta vida. O presente trabalho tem como objectivo compreender de que forma a supervisão pode contribuir para o desenvolvimento de competências para lidar com a morte de uma criança.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra foi constituída por 270 indivíduos, 204 estudantes de enfermagem, 20 do 3º ano da Licenciatura e 184 do 4º ano, e 66 enfermeiros. Relativamente ao género verifica-se que 13% são do género masculino e 87% do género feminino. Os alunos de enfermagem haviam terminado o estágio de Pediatria do Instituto Piaget de Viseu, Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Aveiro, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Escola Superior de Enfermagem do Porto. Os enfermeiros trabalham nos serviços de Cuidados Intensivos, Cuidados Intermédios, Cirurgia e Medicina da área da Pediatria do Hospital Infante D. Pedro, EPE e Hospital Pediátrico de Coimbra.

### *Material*

No sentido de conhecermos quais as necessidades dos enfermeiros e dos estudantes de enfermagem no exercício das suas práticas quando se confrontam com a morte de uma criança, desenvolvemos um instrumento de avaliação denominado “Escala de Competências para Lidar com a Morte de uma Criança”. É uma escala do tipo Likert, composto por cinco níveis de resposta: Não concordo veemente (1); Não concordo (2); Indiferente (3); Concordo (4); Concordo Totalmente (5). Para a elaboração do nosso instrumento de colheita de dados, foram seleccionadas, de acordo com a revisão bibliográfica, todas as variáveis que pareciam ser passíveis de serem estudadas. Inicialmente a escala era constituída por 28 itens, mas após o cálculo dos valores de consistência interna levantaram-se algumas questões relativamente aos itens 1, 2, 3, 10, 13 e 16. A retirada dos itens referidos anteriormente proporcionou um aumento considerável do Alpha de Cronbach para 0,71, pelo que se optou pela sua retirada. O questionário é então constituído por 22 itens que se subdividem em 6 factores: Morte da criança, Supervisão Clínica, Formação sobre a morte, Percepção da morte, Comunicação e Realidade da morte. Todos os factores apresentaram um valor próprio superior a 1.00 e explicam na totalidade 51,23% da variância, com  $\alpha=0,71$  (Quadro 1), o que sugere que a escala é um instrumento fidedigno. Para a constituição de factores considerámos os loadings com um peso de 0,35. Para o estudo de validade de construto recorreremos à análise factorial em componentes principais, para os 22 itens da escala. Aplicamos uma rotação ortogonal VARIMAX a 6 factores para melhor interpretar os resultados. Os factores são os seguintes:

- Factor 1 Morte da criança onde estão incluídos os itens 8, 19, 21, 22 e 23;  
 Factor 2 Supervisão Clínica onde se incluem os itens 24 e 25;  
 Factor 3 Formação sobre a morte com os itens 4, 5 e 12;  
 Factor 4 Percepção da morte inclui os itens 6, 7, 11, 18 e 28;  
 Factor 5 Comunicação com os itens 14, 17, 20 e 27;  
 Factor 6 Realidade da Morte inclui os itens 9, 15 e 26.

Quadro 1

*Matriz de saturação dos itens nos factores para  
 solução rodada ortogonal VARIMAX com 6 factores da ECM (N= 270)*

	1	2	3	4	5	6
ECM4			0,789			
ECM5			0,785			
ECM 6				0,46		
ECM 7				0,68		
ECM 8	0,50					
ECM 9						0,58
ECM 11				0,46		
ECM 12			0,475			
ECM 14					0,50	
ECM 15						0,58
ECM 17					0,63	
ECM 18				0,42		
ECM 19	0,43					
ECM 20					0,37	
ECM 21	0,69					
ECM 22	0,74					
ECM 23	0,69					
ECM 24		0,93				
ECM 25		0,93				
ECM 26						0,53
ECM 27					0,64	
ECM 28				0,35		
Valores próprios	3,39	2,14	1,67	1,39	1,35	1,30
% Variância explicada	15,45	9,74	7,61	6,33	6,17	5,91
% Variância acumulada	15,45	25,20	32,81	39,14	45,31	51,23

## RESULTADOS

Quando analisamos a relação do género com os scores totais da competência para lidar com a morte de uma criança, não são observadas diferenças estatisticamente significativas. No entanto, quando analisamos particularmente cada um dos factores, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente aos factores 2 (supervisão clínica) e 3 (formação sobre a morte). As diferenças obtidas podem dever-

se à discrepância que existe entre o género masculino e feminino da amostra (Quadro 2).

Quadro 2

*Resultados da aplicação do Teste t de Student para grupos independentes*

	Sexo	N		s	t	p
Factor 1	Masculino	35	16,48	4,73	-1,77	0,07
	Feminino	235	17,63	3,38		
Factor 2	Masculino	35	6,94	1,98	-0,43	0,03
	Feminino	235	7,65	1,83		
Factor 3	Masculino	35	7,25	2,67	2,81	0,005
	Feminino	235	6,08	2,23		
Factor 4	Masculino	35	14,08	3,14	-0,23	0,81
	Feminino	235	14,21	3,02		
Factor 5	Masculino	35	10,71	3,00	-1,00	0,31
	Feminino	235	11,20	2,66		
Factor 6	Masculino	35	11,51	1,57	0,14	0,88
	Feminino	235	11,46	1,79		
ECM Total	Masculino	35	67,00	10,80	-0,80	0,42
	Feminino	235	68,26	8,40		

Relativamente ao score total da Escala de Competências para lidar com a morte de uma criança foi obtido um score médio de 68,10, com máximo de 96 e mínimo de 34 com desvio padrão de 8,74.

## DISCUSSÃO

O resultado obtido anteriormente vai de encontro a Phaneuf (1995) quando nos diz que embora o carácter feminino da mulher possa ter mais facilidade e receptividade em revelar a sua afectividade, não quer dizer que esta esteja mais apta para desenvolver a relação de ajuda, neste caso para desenvolver competências para lidar com a morte de uma criança. A mesma autora refere ainda que o facto do carácter masculino não demonstrar afectividade em relação aos seus utentes se deve provavelmente a tabus da sociedade. Também Mercadier (Diogo, 2006) refere que os prestadores de cuidados do género feminino choram mais do que os do género masculino.

Pela média obtida na pontuação final da ECM podemos verificar que tanto os enfermeiros como os estudantes de enfermagem de ambos os géneros, evidenciam ainda ter pouca competência para lidarem com a morte de uma

criança, uma vez que a pontuação máxima possível é de 110 e a média obtida foi de 68,10.

Não podemos descurar que a morte é uma realidade complexa em que convergem sentimentos, atitudes e reacções numa fusão em que as representações de cada um são determinantes e as emoções se sobrepõem à própria razão. Independentemente do género, é um dos maiores desafios que a prática quotidiana coloca aos profissionais de saúde.

A criança é um elemento activo, inserido no seio de uma família que, enquanto sistema é um todo único em que cada um dos elementos interage com os outros, com o meio e assume diversos papéis, estatutos, funções e tipo de interacção. Os profissionais quando lidam com a morte de uma criança, expressam a dificuldade que sentem em ajudar e confortar a família durante o seu processo de morrer, uma vez que têm dúvidas relativamente às suas condutas não sabendo o que dizer ou se estão a proceder da forma mais correcta para confortar a família. Tal assistência deve ser direccionada para a criança e para a família.

Num estudo realizado por Quint nos anos sessenta (Magalhães, 2009) demonstrou uma notável inadequação na formação dos enfermeiros para cuidarem de doentes que se encontravam na fase final da sua vida. Os seus resultados evidenciaram uma necessidade de uma maior abordagem da morte e do morrer na formação da enfermagem, para que assim surgisse uma optimização dos cuidados melhorando o suporte clínico.

A formação inicial dos enfermeiros, ainda não é suficiente ao ponto de, futuramente, permitir que se sintam seguros e competentes para cuidar de um doente que está a morrer, principalmente se esse doente for uma criança. O cuidado fica muitas vezes restrito aos procedimentos técnicos e às experiências pessoais de cada um quando perde um ente querido. Acreditamos ser pertinente investir em acções de formação ou mesmo reuniões para existir a partilha informal de experiências vividas e sentidas quando ocorrem situações infrutíferas e de stress no nosso quotidiano profissional. Proporcionar um apoio verdadeiro e efectivo aos pais e família em situações de fim de vida, depende não só da qualidade técnica dos profissionais mas também do desenvolvimento pessoal e profissional desses cuidadores de saúde.

Apesar das limitações inerentes ao estudo desta natureza, estamos convictos que os resultados obtidos contribuíram de alguma forma para a compreensão e estudo do desenvolvimento de competências para lidar com a morte de uma criança, cuja área temática deverá merecer um maior relevo na psicologia da saúde.

## ANEXO

São referidos alguns aspectos relacionados com formação, morte, morte da criança e supervisão. Leia cada item e responda de acordo com os seguintes graus de resposta.

	1. Não concordo;	2. Não concordo;	3. Indiferente;	4. Concordo Totalmente;	5. Concordo Veemente
Não me interessa por formações sobre a morte.	1	2	3	4	5
A morte é um assunto que não me interessa.	1	2	3	4	5
A morte é algo a que não fico indiferente mas tento esquecer.	1	2	3	4	5
Sinto um falhanço pessoal quando vejo alguém morrer.	1	2	3	4	5
Vejo a morte como o fim de todos os sonhos e esperanças.	1	2	3	4	5
Apesar do sofrimento que possa trazer, a morte é uma experiência que chega a todos devido à passagem natural do tempo.	1	2	3	4	5
A morte é uma experiência de solidão.	1	2	3	4	5
Tendo em conta tudo o que se vive, a morte é pouco importante.	1	2	3	4	5
Quando a família me questiona sobre a situação de uma criança que sei que vai morrer, mostro-me ocupado(a).	1	2	3	4	5
Sinto-me aliviado(a) quando morre um doente que sofre.	1	2	3	4	5
Não sei o que dizer à família quando morre uma criança.	1	2	3	4	5
Escondo os meus sentimentos quando vejo uma criança a sofrer.	1	2	3	4	5
Tenho alguma dificuldade em lidar com a morte de uma criança.	1	2	3	4	5
Não consigo aproximar-me de uma criança que sei que vai morrer.	1	2	3	4	5
Sinto-me revoltado(a) sempre que morre uma criança.	1	2	3	4	5
Uma criança nunca deveria morrer.	1	2	3	4	5
Custa-me pensar que a criança que morre nunca vai conhecer as coisas boas que a vida tem.	1	2	3	4	5
Deveria existir um enfermeiro que me ajudasse a lidar com situações de crise.	1	2	3	4	5
Deveria existir um enfermeiro que me ajudasse a lidar com situações específicas de morte.	1	2	3	4	5
É difícil a qualquer enfermeiro ensinar a lidar com a morte.	1	2	3	4	5
Sinto-me inibido(a) na presença de um enfermeiro que sei que me está a supervisionar.	1	2	3	4	5
Só a minha experiência me pode ajudar a lidar com a morte de alguém.	1	2	3	4	5

## REFERÊNCIAS

- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro – Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados* (1ª ed.). Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Horta, V.M.A. (1982) A criança e o perigo de morte. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, 52(5), 357-360.
- Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Phaneuf, M. (1995). *Relação de Ajuda – Elemento de Competência da Enfermeira*. Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

GÉNERO E SAÚDE MENTAL A SUL DA BEIRA INTERIOR:  
UMA ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA

*Cidália Rabasquinho / Henrique Pereira*

Universidade da Beira Interior

Actualmente podemos dizer que a epidemiologia é a principal ciência da informação em saúde, visto que todas as investigações clínicas se apropriam de estudos epidemiológicos. Após uma pesquisa bibliográfica sobre estudos epidemiológicos em Perturbações Mentais, percebe-se escassa a informação disponível sobre a prevalência em *settings* psiquiátricos em todos os países, visto que muitos dos estudos existentes nesta área foram realizados na comunidade. Muito embora a elevada significância destes levantamentos, a inexistência paralela de levantamentos em *settings* da área, limita substancialmente as investigações, em virtude da impossibilidade de confirmações, comparações, deduções e conclusões de dados.

Dados referentes a determinadas áreas geográficas podem fornecer informações confiáveis sobre a natureza e magnitude de um problema, assim como revelar as verdadeiras necessidades dessa população, funcionando como uma poderosa ferramenta para exercer pressão política, fornecer indicadores para formulação de leis, facilitando decisões na elaboração de programas de saúde mental (WHO, 2004f), tornando-se um importante instrumento de sensibilização. Podem mesmo servir de chamada de atenção para implementar medidas tendentes a diminuir a magnitude dos fenómenos, contribuindo assim para melhorar a saúde e elevar a qualidade de vida dos habitantes (Costello et al., 2006).

Num Hospital Distrital com a dimensão do Hospital Amato Lusitano (HAL) de Castelo Branco, que serve uma população tão extensa (cerca de 112.000 pessoas), a percepção das principais causas pelas quais se acorre à consulta de psicologia/psiquiatria será do maior relevo, revelando-se os resultados da maior utilidade, por darem uma perspectiva sobre dados epidemiológicos de prevalência das Perturbações Mentais na população da região.

Uma das questões centrais em saúde é a procura das causas, consequências e factores que influenciam a ocorrência dos eventos relacionados com o processo saúde-doença (Timmreck, 1994). Contudo as pesquisas epidemiológicas revelam-nos ser muitos e complexos os factores que contribuem para a ocorrência de doença mental. Esses determinantes ou factores de risco podem ser agrupados em diversas categorias (Lehtinen et al., 2002). Sabe-se que há influências biológicas na saúde e na doença mental (Barondes, 1993), sendo o sexo um dos factores associados e dos mais referenciados pelos estudos. O género é uma importante variante em doença mental e tem sido

cada vez mais reconhecido no trabalho e pesquisas clínicas. Nas últimas décadas observou-se um interesse crescente sobre o tema na saúde mental (Blechman & Brownell, 1988; Mas Hesse & Amate, 1993). O interesse pelo assunto “género” e “papéis de género” eclodiu com o trabalho pioneiro de Money & Stoller nas décadas de 1950 e 1960, distinguindo características anatómicas e biológicas e outros conceitos como estereótipos sociais e expectativas culturais (Malkah, 2005).

Porque diferem homens e mulheres em algumas desordens psiquiátricas não é ainda hoje bem percebido. Existem listas de teorias, desde décadas passadas à actualidade, focalizando em acontecimentos sociais, na socialização das crianças, num mais pobre estatuto nas mulheres, assim como nos diferentes papéis sociais dos dois géneros (Weissman & Klerman, 1979). A diferente socialização dos rapazes e raparigas poderá influenciar a forma como, na idade adulta, ambos expressam o seu *distress* (Sachs-Ericsson, 2000). Caplan (1995) expressa que as psicopatologias na mulher são muitas vezes consequência da pressão social, económica e política.

Outros estudos, numa tentativa de explicar o fenómeno, teorizaram que as raparigas são socializadas no sentido de internalizar o *distress*, o que contribui para perturbações associadas com depressão, ansiedade e ideação suicida. Os rapazes são encorajados a agir, a expressar o seu *distress*, externalização esta que pode apresentar alguma ligação com comportamentos anti-sociais, uso de substâncias e suicídio (Canetto, 1997). Em ambos os casos, os factores subjacentes expressam-se em perturbações diferentes conforme o género. Klerman et al. (1989) concluem que a sociedade apresenta uma maior tolerância para mulheres depressivas e homens alcoólicos do que o inverso. Uso de substâncias e comportamentos anti-sociais são formas socialmente mais aceitáveis para os homens expressarem as suas dificuldades.

Outro argumento que tem sido amplamente divulgado para explicar as diferenças de género é que as mulheres teriam maior facilidade de identificar sintomas, admitir que estão deprimidas e de procurar ajuda, do que os homens. A evidência disponível, no entanto, não permite tal conclusão, já que maiores taxas de depressão em mulheres são observadas tanto em estudos que avaliaram directamente os sujeitos como naqueles que se basearam em informantes; além disso, a avaliação sistemática dos padrões de resposta a testes psicométricos não mostrou diferenças por género, o que tão pouco ocorreu quando se avaliou a distribuição da presença e gravidade de sintomas depressivos (Andrade et al., 2006). É possível, ainda, que os homens apresentem o mesmo risco para depressão que as mulheres, porém, é mais provável que eles manifestem mais irritabilidade que disforia ou anedonia.

Embora pese a discordância quanto à maior ocorrência de perturbações mentais, em geral no género feminino, existe um forte consenso na literatura quanto ao diferencial feminino/masculino para ansiedade, depressão e somatização (Jenkins, 1985; Regier et al., 1988). Em contraste com estas perturbações, os distúrbios mentais graves, como a esquizofrenia e as perturbações afectivas bipolares, não revelam em género, grandes diferenças de incidência ou prevalência (Kessler et al. 1994). A esquizofrenia, no entanto, parece começar mais cedo e ter uma evolução mais incapacitante no sexo masculino (Sartorius, 1986). Investigações realizadas nos últimos anos vieram realçar diferenças de género na esquizofrenia, mas em aspectos clínicos e psicossociais (Sartorius, 1998).

Dunn et al. (2000), propuseram uma hipótese de susceptibilidade biológica para explicar a diferença nas prevalências de perturbações de humor entre os géneros. Segundo esses autores, haveria na mulher, um desequilíbrio na interacção entre o eixo hipotálamo-hipotalâmico-gonadal e outros neuromoduladores. O ritmo neuroendócrino relacionado à reprodução na mulher seria vulnerável à mudança e altamente afectado por factores psicossociais, ambientais e fisiológicos.

O perfil de comorbilidade também parece diferir entre géneros, as mulheres apresentam maior comorbilidade entre depressão e perturbações de ansiedade, particularmente perturbação de pânico e fobias simples, enquanto os homens mostram maior abuso de substâncias psicoactivas e alterações de comportamento (Angst et al., 2002). As comorbilidades existentes entre doença física e mental, também parecem ser distintas conforme o sexo, com homens apresentando mais doenças cardíacas e diabetes e mulheres, mais enxaquecas e disfunção tiroideana (*Ibidem*).

Os mais variados estudos não parecem assim demonstrar diferenças de género, mas antes, diferenças nas perturbações mais prevalentes em cada um dos géneros. Sendo estas diferenças mediadas por variados factores para além de poderem ser resultado de enfiamentos nos estudos, pelo não controlo de algumas variáveis.

## MÉTODO

### *Participantes*

As amostras representativas da população resultaram em 576 utentes, dum total de 2997 que usufruíram dos serviços de Psicologia entre Maio de

1984 e Dezembro de 2006 e, 976 utentes, dum total de 11.900 que usufruíram dos serviços de Psiquiatria desde 1977 a 2006, recolhidos respectivamente de forma aleatória simples, de modo a tornarem-se representativas da população alvo deste estudo, ou seja a população do distrito de Castelo Branco a Sul da Beira Interior e que é servida pelos dois serviços do HAL, constituída por cinco Conselhos: Castelo Branco, Proença-a-Nova, Idanha, Vila de Rei, Vila-Velha de Rodão, Sertã, Oleiros e Alcains, resultando um total de cerca de 112.000 habitantes. A unidade de observação é o utente da consulta de psiquiatria ou de psicologia do HAL.

### *Material*

Os instrumentos usados neste estudo para caracterização dos utentes foram o Processo do Utente. Deste Processo pode apenas fazer parte a ficha de consulta de psiquiatria ou de psicologia, critérios de inclusão em qualquer das amostras, ou ambas se usufruíram dos dois serviços, e ainda a ficha de intervenção social. Sempre que a doença apresentada pelo utente requeira outros serviços ou exames, farão igualmente parte do processo essas mesmas informações. Se o utente foi submetido a internamento, constará igualmente a ficha de internamento.

## RESULTADOS

Dos 976 utentes deste serviço que compõem a amostra de Psiquiatria, os resultados revelaram serem os utentes femininos (60,7%) ( $N=592$ ) aqueles que mais usufruíram do serviço comparativamente com os do género masculino (39,3%) ( $N=384$ ) (figura 1A). Quanto à amostra de Psicologia ( $N=581$ ) os resultaram mostraram ser uma amostra maioritariamente feminina: 59,5% ( $N=344$ ) apresentando o género masculino valores de 40,5% ( $N=234$ )

Os resultados obtidos nas duas amostras para a variável género apresentam-se no quadro 1, de modo a facilitar a compreensão e comparação dos mesmos. Como podemos observar, é na dependência alcoólica que as diferenças percentuais mais se acentuam para o género masculino. Quanto ao género feminino, essas diferenças realçam-se nas perturbações de humor, ansiedade, adaptação e problemas de vida. Esquizofrenia e outras psicoses, vinculação e atraso mental as diferenças reveladas não parecem tão significativas.

Quadro 1

*Resultados obtidos por diagnósticos prováveis, distribuídos por gênero, na amostra de Psicologia (N= 581) e na amostra de Psiquiatria (N= 976)*

Perturbação	Psicologia		Psiquiatria	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Humor	73,3%	26,7%	77,4%	22,6%
Ansiedade	72,6%	27,4%	67%	33%
Adaptação**	74%**	26%**	77%**	23%**
Problemas de vida	70%	30%	-	-
	69,6%*	30,4%*	-	-
Álcool	12,5%	87,5%	18%	82%
Substâncias ilegais	45%	55%	62,5%	37,5%
Esquizofrenia	46%	54%	44,4%	55,6%
Outras psicoses	-	-	58%	42%
Demências	-	-	76%	24%
Personalidade	55%	45%	80%	20%
			63,6% <sup>a</sup>	36,4% <sup>a</sup>
P. controlo impulsos	41,7%	58,3%	54,5%*	45,5%*
Aprendizagem	48%	52%	20%	80%
Vinculação	58,3%	41,7%	50%	50%
Deficiência mental	41,7%	58,3%	42%	58%

*Nota.* \*\*Já considerados nas Perturbações de Humor, de Ansiedade e do controlo de impulsos; \*Valores obtidos em diagnóstico secundário; <sup>a</sup>valor obtido em diagnósticos principal e secundário.

### *Psicofármacos*

Os dados indicam elevadas taxas de consumo de psicofármacos, sendo que 51,5% da amostra de Psiquiatria e 39% da amostra de Psicologia foram medicadas com antidepressivos; com ansiolíticos respectivamente 53,9% e 40,6% dos utentes. Observados os consumos por gênero, os resultados obtidos nas duas amostras vão ao encontro das taxas de prevalência obtidas nas variadas perturbações, para homens e mulheres. Relativamente à amostra de Psiquiatria a prescrição de psicofármacos por gênero foi mais elevada nas mulheres excepto nos fármacos da dependência. Na prescrição de antidepressivos as mulheres apresentaram valores acima dos 70%.

Quanto à amostra de Psicologia, foram calculadas as prescrições psicofarmacológicas por gênero apenas para alguns psicofármacos. A toma de antidepressivos e ansiolíticos, revelou percentagens de consumo mais elevadas nas mulheres respectivamente 67,1% e 63,8% (Figura 3), enquanto os neurolépticos apresentaram taxas ligeiramente mais elevada para os homens: 53%.

### *Suicídio*

O estudo revelou que 16,5% dos utentes da amostra de Psiquiatria ( $N=161$ ) já tentaram ou pensaram em suicídio. Destes, 63,9% já tentaram uma ou mais vezes o suicídio, 34,2% apresentaram ideação suicida e 1,9% ideação homicida. Quanto ao género, verificou-se serem as mulheres que mais tentaram e pensaram em suicídio: 69,6% ( $N=112$ ) (48,5% tentativa e 21,1% ideação), apresentando os homens taxas mais baixas: 30,4% ( $N=49$ ) (17,4% tentativa e 13% ideação).

Quanto à amostra de Psicologia os dados apontaram que 16% dos utentes da amostra já tentaram ou pensaram em suicídio. Destes, 10,3% fizeram uma ou mais tentativas e 5,5% apresentaram ideação. Relativamente ao género, verificou-se terem sido as mulheres que mais tentaram o suicídio (41%), apresentando os homens taxas mais baixas para a tentativa (25%); relativamente à ideação, as taxas apresentaram-se próximas: 18% para as mulheres e 16% para os homens.

## DISCUSSÃO

A pesquisa tradicional em psicologia e saúde mental, revela-nos a existência de alguma polémica na explicitação das diferenças no funcionamento mental comparativamente entre géneros. Os resultados deste estudo revelaram ser as mulheres de ambas as amostras que apresentaram mais perturbações de humor, ansiedade, adaptação, Vinculação e Demências (apenas Psiquiatria) e problemas de vida ambientais (apenas Psicologia). Nas perturbações de humor, os valores revelaram-se muito próximos, 73,3% na *Psicologia* e 77,4% na *Psiquiatria*. A razão observada em várias regiões do mundo, entre as taxas de prevalência na depressão em mulheres e homens tem variado entre 1,5 e 3,0 com uma média de 2 mulheres para cada homem. Apesar dessa consistência, verifica-se grande discrepância nas taxas de prevalência em tempo de vida, de acordo com o local do estudo e a população avaliada, com estimativas variando de 6% a 17%. Os resultados vão ao encontro de alguns estudos (Kessler et al., 1996; Bromet, 1999), assim como dos resultados revelados pelos censos 2001. Uma das variáveis que pode explicar esta diferença pode ser a instabilidade familiar, visto uma elevada percentagem dos utentes que apresentaram esta perturbação apresentaram igualmente instabilidade familiar. Sabendo que o mau estar psicológico é

muitas vezes uma expressão reactiva ao ambiente em que o sujeito está inserido, as relações familiares perturbadas levam a respostas de desapontamento, de angústia, insegurança, e deficits afectivos, advindo das adversidades que envolvem o indivíduo, sendo uma causa de desequilíbrio psicológico. Tendo sido já anteriormente referida a tendência para internalizar stress revelada pelo género feminino perante este tipo de situações, podendo resultar em depressão (Horwitz, 1994), estas diferenças mais elevadas para as mulheres, podem estar a ser mediadas por esses factores. Cruzando género e estado civil, a amostra de Psiquiatria revela taxas mais elevadas para os casados, mas igualmente mais elevadas para as mulheres, enquanto a amostra de psicologia elevou as taxas dos solteiros sempre mais altas para a mulher. Alguns autores entre os quais Gove e Tudor, (1973), e Radloff, (1975), após resultados das suas pesquisas, associaram igualmente casamento com problemas de saúde mental em mulheres. Outros referem correlação entre o estado de solteiro e baixas taxas de doença mental em mulheres (Romans-Clarkson, 1988; Taus, 1967). Williams (2003) defende pela sua pesquisa que os efeitos do estado de casado na saúde mental, não deveria servir de variável comparativa para o bem-estar psicológico entre géneros, sem se considerar a qualidade da relação marital. Sendo o estado civil um constructo multidimensional com aspectos positivos e negativos para os dois géneros, dependendo do contexto onde esta relação se experiênciava. Podendo este resultado ser explicado por outras variáveis, tais como factores sociais: o número de filhos insatisfação profissional, desemprego, níveis de pobreza entre outros, e visto que a amostra se revelou de baixo estatuto sócio económico e baixa escolaridade, estes factores podem ser determinantes. Relativamente à ansiedade, as mulheres apresentaram mais ansiedade que os homens, 72% das utentes de *Psicologia* e 66,7% de *Psiquiatria*, Não constituindo estes resultados um facto novo. Ao encontro dos nossos resultados vão os do estudo de Kringlen (2001), que revelaram para a amostra feminina uma maior propensão a episódios de ansiedade durante a vida, sendo os riscos 2.5 vezes maiores do que para os homens. Segundo alguns autores, nas mulheres, existe a motivação cultural para perceber e expressar com maior facilidade as emoções, tendendo a lidar com o *stress* de forma introspectiva e voltada para o suporte social (Antoniazzi et al., 1998; Calais, 2003; Zakir, 2003), já nos homens é favorecida, historicamente, a focalização do problema e a tentativa de controlo da situação stressora; São múltiplas e variadas as explicações para diferenças entre os géneros nas prevalências das perturbações de ansiedade. Além de

factores como uma maior aceitação cultural do medo e comportamento de esquiva em mulheres e diferentes padrões adaptativos, os homens tendem a usar substâncias, como a nicotina e o álcool, como auto-medicação, o que pode mascarar a sintomatologia primária.

Contrariando a maioria das perturbações, o álcool predomina nos homens (87,5% na *Psicologia* e 81% na *Psiquiatria*), nos residentes rurais (57% na *Psicologia* e 65% na *Psiquiatria*) e nos casados (54% na *Psicologia* e 70% na *Psiquiatria*). Mais de metade destes utentes apresentando baixo nível de escolaridade com habilitações ao nível do 1º e 2º ciclos e analfabetismo; as idades entre 36 e os 55 anos parecem apresentar alguma vulnerabilidade à dependência do álcool 54% nas duas amostras. Os estudo de Weijers (2003) e Andrade et al. (2002) vão ao encontro destes nossos resultados, revelando uma taxa cerca de 5 vezes mais alta para os homens.

Relativamente à esquizofrenia, esta perturbação manifestou-se em percentagens muito idênticas em ambos os sexos, e em residentes rurais e urbanos, respectivamente nas duas amostras. Os resultados apresentaram-se maioritários para os desvinculados e para o baixo nível de escolaridade igualmente para as duas amostras. Sendo estes resultados facilmente explicados pelo afastamento destes doentes aos contactos sociais, pela construção do seu mundo privado e consequente rejeição da sociedade pela não compreensão dos seus comportamentos, atitudes, emoções e sentimentos.

Quanto aos problemas de vida relacionais e ambientais, alguns estudos sugerem ser as mulheres mais sensíveis a conflitos nas relações sócio-familiares que os homens (Kendler et al., 2001; Maciejewski et al., 2001), resultados idênticos aos obtidos neste nosso estudo, em que 70% dos problemas de vida se manifestaram em mulheres. Mais de 70% eram residentes urbanos, uma vez mais se coloca a hipótese de a vida urbana exigir mais dos seus residentes, e estes sentirem limitações na resposta às solicitações da vida, não atingindo as suas próprias expectativas, assim como não atingem as que, por comparação social, esperariam conseguir.

Foram as mulheres que tomaram mais antidepressivos e ansiolíticos, mas tal como verificado nas amostras, foram também as mulheres que apresentaram taxas mais elevadas para as perturbações medicadas com estes medicamentos (Humor, ansiedade, perturbações de adaptação, somatização e problemas de vida). Exceptua-se os psicofármacos prescritos para dependência de substâncias.

Quanto ao suicídio, as mulheres da consulta de psicologia apresentaram as taxas mais elevadas 59% (41% tentativa, 18% ideação), os homens 41% (25% tentativa, 16% ideação). Relativamente à amostra de *Psiquiatria*,

esta apresentou 16,5% dos utentes ( $N=161$ ) com pensamentos suicidas, 10,3% tentaram-no uma ou mais vezes e 6,2% revelaram ideação. O género feminino (69%) e os casados (63,6%), realçaram-se nesta amostra podendo estas taxas ser explicáveis pela maior prevalência de perturbações mentais em casados que em solteiros.

Os estudos referem ser o homem a concretizar mais, muito embora as mulheres apresentam maior número de tentativas, entre 10 a 20 vezes mais frequentemente do que as mortes por suicídio (World Federation for Mental Health, 2006). Weissman et al. (1999) também concluíram que morrem quatro vezes mais homens que mulheres por suicídio, contudo as mulheres tentam cerca de três vezes mais. No nosso estudo, e muito embora não tendo dados sobre a consumação do acto, as diferenças encontradas entre tentativa e ideação são mais próximas nos homens da amostra do que nas mulheres, como demonstram os valores obtidos. Outros estudos referem ser o género masculino um factor de risco para o suicídio (La-Vecchia *et al.* 1994). Contudo, uma revisão de dados oriundos de diferentes fontes (*National Disease Surveillance Point System; Chinese Public Health Annuals*), revelou taxas para o suicídio entre 4,6% e 19,6% /100.000, havendo todavia unanimidade na elevação das taxas para o género feminino (Ji et al., 2001). Conclusões que vão ao encontro dos obtidos no nosso estudo, já que foram as mulheres de ambas as amostras que mais tentaram suicidar-se.

Também o género feminino foi maioritário nos diagnósticos secundários revelados por ambas as amostras: 59% para a *Psicologia* e 55% para a *Psiquiatria*. A literatura vem ao encontro destes nossos resultados referindo ser a comorbilidade mais comum nas mulheres do que nos homens aumentando esta com a idade. As comorbilidades entre diagnósticos mentais, em idades acima dos 65 anos, revelaram-se em 50% dos utentes na amostra de *Psicologia* e em 34% na amostra de *Psiquiatria*.

O INE (2008) revelou para 2006 um aumento das mulheres desempregadas em relação aos homens, sendo a diferença percentual de 2,5%. Podendo os resultados obtidos na ansiedade e no humor, mais prevalentes nos utentes psiquiátricos casados, serem reafirmativos dessas actuais mudanças sociais. Destaca-se ainda o facto de 10,3% das mulheres da amostra de *Psiquiatria* se ocuparem apenas de tarefas domésticas visto que revelaram esse desempenho como ocupação, papel social exclusivamente familiar, e limitado a uma condição profissional inactiva e conseqüentemente limitada financeiramente. Andrade et al. (2002) são coniventes com uma maior prevalência das perturbações mentais menores como resultado de condições sócio-económicas mais baixas.

Relativamente às possíveis oscilações entre resultados obtidos nas duas amostras para o género, não podemos deixar de realçar as diferenças existentes no tipo de intervenção destes dois serviços da área da saúde mental, e no tipo de utentes que os procura, tendo igualmente em atenção, neste tipo de comparações, que elas não se excluem, antes, se deveriam complementar.

## REFERÊNCIAS

- Andrade, L., Walters, E.E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 Mental Disorders in a Catchment Area in the City of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(7), 316-325.
- Andrade, L.H., Viana, M.C., & Silveira, C.M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de psiquiatria clínica*, 33(2), 43-54.
- Angst, J. (2002). Gender differences in depression: Epidemiological findings from the European Depres I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(5), 201-209.
- Antoniazzi, A.S., Dell’Aglia, D.D., & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Brasil: Natal, Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Barondes, S. (1993). *Molecules and mental illness*. New York: Scientific American Library.
- Blechman, E.A., & Brownell, K.D. (1988). Oxford. *Handbook of behavioral medicine for women*. Pergamon books, Inc.
- Bromet, E.J. (1999). *Mental Health Section Editor for Women and Health*. Edited by Goldman M, Hatch M. San Diego, *Academic Press*.
- Calais, S.L. (2003). Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao stress. In M.E.N. Lipp (Ed.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas* (pp. 87-90). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Canetto, S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27(4), 339-351.
- Caplan, P.J. (1995). *They Say You’re Crazy: How the World’s Most Powerful Psychiatrists Decide Who’s Normal*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Costello, E.J., & Angold, A. (2006). Developmental Epidemiology. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental Psychopathology* (pp. 41-75, 2nd ed.). New Jersey: John Wiley and Sons
- Dunn, E.J., & Steiner, M. (2000). The functional neurochemistry of mood disorders in women. In M. Steiner, K.A. Yonkers, & E. Eriksson (Eds.), *Mood disorders in women* (pp.71-82). London: Martin Dunitz.

- Gove, W.R., & Tudor, J.F. (1973). Adult sex roles and mental illness. *American Journal of Sociology*, 78(4), 813-835.
- Horwitz, A.V., & Davies, L. (1994). Are Emotional Distress and Alcohol Problems Differential Outcomes to Stress? An Exploratory Test.” *Social Science Quarterly*, 75, 607-621.
- Instituto Nacional Estatística (INE). (2008). Indicadores sociais de 2006. Informação à comunicação Social em 12 fevereiro.
- Jenkins, R. (1985). Sex differences in minor psychiatric morbidity. *Psychological Medicine*, Monography supplement 7.
- Ji, J.L., Kleinman, A., & Becker A.E. (2001). Suicide in contemporary China: A review of China’s distinctive suicide demographics in their sociocultural context. *Harvard Review of Psychiatry*, 9, 1-12.
- Kendler, K.S., Thornton, L.M., & Prescott, C.A. (2001). Gender differences in rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *Am. J. Psychiatry*, 158, 587-93.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D.G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, Suppl, 30, 8-21.
- Klerman, G., & Weissman, M. (1989). Continuities and discontinuities in anxiety disorders. Essays in Honor of Michael Shepherd, The scope of epidemiological psychiatry. *Routledge, London*, 181-195.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological Study. *The American Journal of Psychiatry Washington*, 158(7), 1091-1098.
- La-Vecchia, C., Lucchini, F., & Levi F. (1994). Worldwide trends in suicide mortality 1955-1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 53-64.
- Lehtinen, V., Katschnig, H., Kovess-Masfety, V., & Goldberg, D. (2002). Development in the treatment of mental disorders. The treatment of mental health problems. *USA, Charp*, 6, 126-145.
- Maciejewski, P.K., Prigerson, H.G., & Mazure, C.M. (2001). Sex differences in event-related risk for major depression. *Psychol. Med.*, 31, 593-604.
- Mas Hesse, J., & Amate, A.T. (1993). Mujer y Salud Mental. Mitos y realidades. Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Ponencia del XIX. Congreso de la Asociación de Neuropsiquiatría*.

- Radloff, L. (1975). Sex differences in depression: The effects of occupation and marital status. *Sex Roles, 1*(3), 249-265.
- Regier, D.A., Boyd, J.H., Burke, J.D., Myers, J.K., Kramer, M.K., Robins, L.N., George, L.K., Karno, M., & Locke, B.Z. (1988). One month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiological studies. *Archives of General Psychiatry, 45*, 977-86.
- Romans-Clarkson, S.E., Walton, V.A., Herbison, G.P., & Mullen, P.E. (1988). Marriage, motherhood, and psychiatric morbidity in New Zealand. *Psychological Medicine, 18*, 983-990.
- Sachs-Ericsson, N., & Ciarlo, J. (2000). Gender, Social roles, and mental Health: An epidemiological perspective. *Sex Roles, 43*(9/10), 605-628.
- Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, G., Anker, M., Cooper, J.E., & Day, R. (1986). Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychological Medicine, 16*, 909-928.
- Sartorius, N. (1998). Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *British Journal of Psychiatry, 170*, 297.
- Timmreck, T.C. (1994). Introduction to Epidemiology. Boston, Jones and Bartlett Publishers.
- Tauss, W. (1967). A Note on the prevalence of mental disturbances. *Australian Journal of Psychiatry 19*(2), 21-123.
- Weijers, H.G., Wiesbeck, G.A., Wodarz, N., Keller, H., Michel, T., & Boning, J. (2003). Gender and personality in alcoholism. *Archives of Women's Mental Health, Wien, 6*, 245-252.
- Weissman, M.M., & Klerman, G.L. (1979). Sex differences and the epidemiology of depression. In E.S. Gombert & V. Franks (Eds.), *Gender and disordered behavior: Sex Differences in psychopathology* (pp. 381-425). New York: Brunner/Mazel.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., & Canino, G.J., (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine, 29*(1), 9-17.
- Williams, K. (2003). Has the Future of Marriage Arrived? A Contemporary Examination of Gender, Marriage, and Psychological Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior, Dec 2003, 44*(4), 470-487.
- World Health Organization. (2004). Política e prestação de serviços em saúde mental. Estratégias para obter mais saúde para todos: Política e Prestação de Serviços de Saúde: Abordagem à gestão integrada da doença; Relatório mundial de saúde, Orientações estratégicas, II: 178.
- Zakir, N.S. (2003). Mecanismos de coping. In M.E.N. Lipp (Ed.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas* (pp. 93-98). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

A UNIÃO FAZ A FORÇA:  
A PREVENÇÃO DO VIH/SIDA ATRAVÉS DO JOGO “TÁ-SE BEM”

*Cristiana Carvalho*

Externato Cooperativo da Benedita

A infecção VIH/SIDA, enquanto problemática com elevados impactos sociais e económicos na vida dos indivíduos, das famílias e da sociedade, é afirmada quer no panorama internacional (UNAIDS, 2008; United Nations, 2009), quer no nacional (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2007; Ministério da Saúde, 2004) como uma área de actuação prioritária na prevenção e controlo da SIDA.

Face à dimensão que esta epidemia assume a nível mundial, as Nações Unidas adoptaram a “Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA” que define metas específicas para o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, e estabelecem como meta, para 2015, inverter e começar a parar a propagação do VIH/SIDA (United Nations, 2009).

Esta realidade contribuiu para que em Portugal fosse criado o “Programa Nacional de prevenção e controlo do VIH/SIDA (2007-2010)”, com o intuito de dar resposta às propostas estabelecidas pelo “Plano Nacional de Saúde (2004-2010)”. As orientações estratégicas deste Plano, definidas para a Infecção por VIH/SIDA, indicam a necessidade de elaborar e implementar propostas técnicas na área da prevenção e tratamento desta infecção junto de populações específicas, que poderão estar expostas a mais riscos, nomeadamente, os jovens (Ministério da Saúde, 2004). Estas propostas deverão incidir, necessariamente, sobre diversos contextos de vida do indivíduo e incluir a participação de vários intervenientes (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, s.d.), para aumentar a eficácia das acções de prevenção.

FACTORES QUE POTENCIAM A EFICÁCIA  
DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO VIH/SIDA

A investigação realizada aponta para a existência de uma maior eficácia da prevenção primária da infecção VIH/SIDA, quando integrada no quadro da promoção da saúde sexual e reprodutiva (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, s.d.) e sugerem a integração de abordagens preventivas nos programas de educação sexual (Despacho nº 60/2009; GTES, 2007).

Nesta linha de pensamento, a prevenção primária do VIH/SIDA foi definida como uma das áreas prioritárias de intervenção em educação e promoção da saúde em contexto escolar (Despacho nº 15 987/2006), integrada na abordagem da sexualidade e da prevenção dos comportamentos sexuais de risco (Despacho nº 60/2009; GTES, 2007).

Sendo a sexualidade um factor que pode influenciar directamente a saúde dos indivíduos (Dias, Matos, & Gonçalves, 2005), torna-se necessário investir em intervenções que optimizem as competências dos jovens, para a realização de escolhas informadas e seguras nesta matéria (Ministério da Educação, 2000).

Neste sentido, as abordagens direccionadas para prevenir o risco de infecção do VIH devem incluir *“componentes que optimizem a utilização do preservativo de um modo consistente e desenvolvam as capacidades de comunicação com os parceiros sexuais acerca da prevenção de VIH”* (O’Leary & Raffaelli, 1996, citadas por Dias, Matos, & Gonçalves, 2005, p. 136). As acções preventivas são mais eficazes quando intervêm nas normas de influência social, contribuindo assim, para que o grupo de pares se influencie mutuamente em comportamentos de saúde.

A avaliação de estudos sobre o VIH/SIDA demonstra que os programas educativos devem basear-se na *“teoria da aprendizagem social, no enriquecimento individual pelo treino e educação em métodos de aprendizagem pessoal (auto-eficácia para a utilização do preservativo, como responder à pressão social, oferecer oportunidades para praticar as competências em comunicação e negociação)”*, aumentando, desta forma, a eficácia dos programas e das intervenções (WHO, 1999, citado por Dias, Matos, & Gonçalves, 2005, p. 137).

A promoção das competências sociais, do auto-conceito positivo, da participação e do treino de resolução de problemas, assim como, da tomada de decisão são consideradas ferramentas fundamentais no fortalecimento dos recursos pessoais, quer no domínio social, afectivo, como no cognitivo, que optimizarão o funcionamento saudável e adaptado do indivíduo.

Embora seja reconhecida a fraca associação entre conhecimento, atitudes e comportamento (Grunseit et al., 1997, citado por Dias, Matos, & Gonçalves, 2005) e a pouca eficácia dos programas que se centram apenas nos conhecimentos e atitudes acerca da sexualidade e VIH, é fundamental dar resposta ao primeiro nível de actuação em educação sexual – a informação. Desde os primeiros estudos sobre esta temática, que se defende que a redução do risco depende da *“informação que as pessoas possuem sobre a transmissão e prevenção do VIH, da sua motivação para*

*reduzir o risco e, posteriormente, das competências comportamentais para realizar actos específicos envolvidos na redução do risco” (Fisher & Fisher, 1992, citados por Patrão et al., 2008, p. 783).*

Por outro lado, a investigação realizada indica que é necessário elaborar programas que procurem aumentar o nível de percepção da vulnerabilidade ao vírus, desenvolver expectativas positivas associadas à utilização do preservativo (diminuição do embaraço sentido na compra de preservativos), promover a percepção das normas sociais, capacitar para o planeamento de acontecimentos futuros e aumentar os níveis de auto-eficácia e confiança nas capacidades necessárias para a utilização do preservativo numa base consistente (DiClemente, Hansen, & Ponton, 1996, citados por Dias, Matos, & Gonçalves, 2005; Hingson, Strunin, Berlin, et al., 1990; Rosenthal, Moore, & Flunn, 1991; Zimet, Bunch, Anglin, et al., 1992).

Quando se pretende promover eficazmente a gestão de comportamentos e escolhas dos jovens em saúde (GTES, 2007; Pinheiro, et al, 2006), de modo a que possam ocorrer mudanças efectivas, sustentáveis e duradouras, é necessário, segundo a investigação, intervir nos diferentes contextos de vida do indivíduo e promover a cooperação entre jovens, pais e professores (Matos, 2005; Pereira, 2009).

## ESTRATÉGIAS ACTIVAS NA PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Uma das ferramentas utilizadas na educação para a saúde e pela pedagogia lúdica é o jogo. Segundo Francia e Martínez (2000), os jogos contribuem para uma maior saúde física e mental porque facilitam uma vivência social aberta, integrada e festiva, assim como, evitam muitas doenças.

Um dos contributos que os jogos e as dinâmicas de grupo fomentam nas pessoas é a diversão, a competição saudável, a canalização das energias e da violência pessoal e social, aspecto importante para o bem-estar psicológico e social (Francia & Martínez, 2000).

A promoção da saúde na escola pode ser auxiliada pelo jogo e actividades lúdicas, o que permite promover a autoconfiança, o desejo de participação e o sentimento de pertença ao grupo, o desenvolvimento de comportamentos assertivos e atitudes livres e saudáveis (Silva et al., 1997).

De acordo com Ribeiro e Leal (2004, p. 143), “os processos participativos são vitais para o sucesso quando se pretendem atingir objectivos de

saúde/bem-estar ou educativos, isto é, quando se pretende criar condições para que as pessoas se tornem cidadãos responsáveis, interessados na conquista progressiva do bem-estar”. A utilização do jogo pode ser bastante benéfica, principalmente quando são jogos que apelam à cooperação porque facilitam a aprendizagem de valores como a comunicação, a cooperação, o respeito, a não-violência (Jares, 2007). Segundo Jares (2007, p. 13), os jogos cooperativos favorecem a prevenção de conflitos e geram *“um tipo de relações que facilitam a abordagem dos conflitos quando estes se apresentam”*. Desta forma, as estratégias lúdicas não competitivas facilitam as relações pedagógicas e humanas solidárias e divertidas, uma vez que, *“os jogos cooperativos proporcionam estratégias e recursos que facilitam a comunicação, o entendimento, o relaxamento, a cooperação e o prazer”* (Jares, 2007, p. 14), aspectos importantes na resolução de problemas e no bem-estar pessoal e social.

#### APRESENTAÇÃO DO MATERIAL TÉCNICO E PEDAGÓGICO “TÁ-SE BEM”

O material técnico e pedagógico “Tá-se bem” integra-se no Projecto de Prevenção da Infecção VIH/SIDA “Tá-se bem”, elaborado no âmbito da participação do Gabinete de Apoio ao Aluno “Espaço de Atendimento a Jovens na Escola” do Externato Cooperativo da Benedita, no Concurso Nacional *“A minha Escola pela Prevenção da Infecção VIH/SIDA”* (2008/2009).

O projecto “Tá-se bem”, constituído por oficinas de formação, procura promover a adopção de comportamentos preventivos face à saúde sexual e reprodutiva e à escolha de um estilo de vida mais saudável. Este projecto tem por base o conceito de “intervenções positivas” na área da promoção da saúde e incide sobre conhecimentos, atitudes e competências face ao VIH/SIDA, ao uso do preservativo e à sexualidade, e também, sobre 9 factores protectores de saúde ou estilos de vida saudáveis.

#### O MATERIAL “TÁ-SE BEM”

O material “Tá-se bem” constitui a estratégia pedagógica de apoio à realização deste projecto. Este material é constituído por cartões com

perguntas que requerem o debate, a reflexão e/ou a dramatização em torno de situações que envolvem conhecimentos, crenças, atitudes, valores e comportamentos. Esta estratégia lúdica e pedagógica pretende também desenvolver comportamentos assertivos e promover competências pessoais e sociais.

Este material de intervenção tem como grupos-alvo: os alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico e do Ensino Secundário, os professores (especialmente os que desenvolvem intervenção em educação sexual) e os pais/encarregados de educação.

### COMPONENTES DO JOGO “TÁ-SE BEM”

#### *Temáticas*

As temáticas do jogo são: as características da infecção VIH/SIDA (“*Conhecer... p’ra não ignorar*”); as vias de transmissão do VIH/SIDA (“*Distinguir... p’ra não baralhar*”); as formas de prevenção do VIH/SIDA e comportamentos de protecção (“*Proteger... p’ra não correr riscos*”); os direitos e deveres das pessoas seropositivas (“*Respeitar... p’ra não distinguir*”) e os estilos de vida saudáveis (“*Prevenir... p’ra não remediar*”). O jogo está organizado por objectivos, que se distinguem dos conhecimentos, das atitudes e das competências pessoais e sociais. Assim, o material procura aumentar e consolidar conhecimentos sobre as características da infecção do VIH/SIDA e as vias de transmissão do VIH/SIDA, as formas de prevenção e os comportamentos de protecção, os direitos e deveres das pessoas seropositivas e os estilos de vida saudáveis.

Ao nível das atitudes, procura desenvolver:

- Nos Alunos: aceitação positiva da sexualidade; aceitação positiva do preservativo como forma de prevenção de comportamentos sexuais de risco; uma atitude favorável na aquisição de preservativos; uma atitude preventiva face à infecção através da negociação com o parceiro sexual para a utilização do preservativo; uma atitude não discriminatória face a pessoas seropositivas; uma atitude não sexista e defensoras da igualdade de direitos e uma atitude de aceitação e não discriminação face às orientações sexuais.

- Nos Professores: uma atitude preventiva face à infecção/doença e promotora do bem-estar e da saúde (a incluir nos Projectos de Educação Sexual).
- Nos Pais e Encarregados de Educação: uma atitude positiva face ao diálogo sobre sexualidade entre pais e filhos.
- Por último, ao nível das competências pessoais e sociais (expressas em comportamentos), pretende promover a comunicação assertiva (auto-estima; auto-controlo; auto-eficácia) e a resolução de problemas e conflitos (tomada de decisão; resistência à pressão de pares “dizer não”)

### *Material*

O jogo é constituído por um tabuleiro em forma de roda, 200 cartões (50 cartões para cada grupo), uma mala para transportar o jogo.

## MÉTODO

Através de um estudo descritivo procurou-se avaliar a qualidade do material técnico e pedagógico “Tá-se bem”, para o qual foi necessário recorrer à construção de um instrumento apropriado, uma vez que, não se encontraram disponíveis instrumentos de avaliação para este tipo de materiais.

### *Participantes*

A amostra seleccionada para este estudo correspondeu a jovens que frequentaram, no ano lectivo 2008/2009, o 3º ciclo do ensino básico e do secundário do Externato Cooperativo da Benedita. A amostra dos alunos do 3º ciclo corresponde aos jovens que frequentaram o 8ºano, sendo constituída por 112 alunos, dos quais 61 (54,5%) são alunos do sexo feminino e 51 (45,5%) são alunos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos. Quanto à amostra de alunos do secundário, esta é constituída por 49 alunos do 11º e 12º ano, dos quais 25 alunos (51%) são do sexo feminino e 24 (49%) são alunos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos.

*Material*

Para a avaliação final da intervenção foi construído um questionário, com base no nível I do Modelo de Avaliação de Donald Kirkpatrick (nível de satisfação).

O “Questionário de opinião sobre o jogo “Tá-se bem” foi elaborado com o objectivo de recolher a opinião dos jovens acerca do material técnico e pedagógico. Este instrumento apresenta uma escala de resposta que remete para a satisfação dos participantes, correspondendo a uma classificação que varia entre 1 e 5 pontos, sendo: 1 Ponto – “Muito insuficiente”; 2 Pontos – “Insuficiente”; 3 Pontos – “Suficiente”; 4 Pontos – “Bom” e 5 Pontos – “Muito Bom”.

Todas as subescalas são constituídas por itens positivos.

<i>Dimensões – 4 Subescalas constituídas por 11 itens</i>	<i>Itens</i>
1. Pertinência das temáticas presentes no jogo	1; 2
2. Pertinência das questões colocadas no jogo	3; 4; 7; 8; 9
3. Contributo para a resolução de situações reais	5; 6
4. Grafismo e criatividade	10; 11

Os participantes puderam responder também a três questões abertas, que pretendiam identificar os aspectos mais positivos e negativos em relação ao jogo e recolher sugestões e comentários.

*Procedimentos e tratamento dos dados*

Após terem sido sorteadas aleatoriamente as turmas do 8ºano, do 11ºano e do 12ºano procedeu-se à realização da oficina de formação, durante 80 minutos. Após esta intervenção, foram distribuídos pelos alunos os questionários, tendo sido preenchidos individualmente.

Os dados obtidos foram analisados através de um tratamento estatístico, recorrendo ao programa de análise de dados SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 15.0 para Windows.

## DISCUSSÃO

Começando pela *pertinência das temáticas do jogo*, os jovens do 8ºano atribuem a pontuação máxima de “muito bom”, uma vez que, consideram

*“(... ) um tema muito interessante, que nos faz esclarecer dúvidas de forma divertida”, sendo para a maioria adequadas e importantes para os jovens “o tema é importante para os dias de hoje” e também é “apropriado para nós jovens”. Além disso, houve quem considerasse que “podiam arranjar mais temas e doenças”. Os jovens do 11º e 12º ano avaliam as temáticas entre “bom” e “muito bom”, tendo sido importante a forma como o tema foi abordado “gostei do facto de o tema ser abordado através de um jogo”. Outro aspecto que contribuiu para a sua avaliação positiva está relacionado com a “forma clara e transparente” com que o tema foi abordado. No entanto, poderia haver “maior diversidade de temas por sessão”.*

*Quanto à pertinência das questões do jogo, mais de metade dos alunos do 8º ano consideram as questões do jogo importantes e adequadas aos jovens, uma vez que “tem questões que levam a grandes discussões de opinião”. Além disso, ajudam a esclarecer algumas dúvidas, e a linguagem utilizada facilita a compreensão das questões, contribuindo para aprender de forma divertida “ajuda a esclarecer algumas dúvidas e também é divertido”. No entanto, “como é um jogo que demora bastante tempo não podemos aproveitar ao máximo e não temos tempo para todos os cartões”, sendo esta uma das principais reclamações dos jovens. Contudo, o tempo de resposta e a reflexão realizada pelos grupos às questões são fundamentais e necessárias para que se possa jogar o jogo. Para diminuir a frustração associada ao facto de não se acabar o jogo, deve-se seleccionar alguns cartões e aumentar o tempo das sessões “podiam fazer sessões com as turmas de mais tempo”. Os jovens do 11º e 12º ano consideram “bom” e “muito bom” as questões do jogo, quanto ao seu nível de importância e adequação, pois “gostei das perguntas” e, referem também o seu contributo para o “esclarecimento de algumas dúvidas”. A linguagem é de fácil compreensão e permite aprender de forma divertida. Também neste grupo o tempo é referido como um aspecto menos positivo “menos tempo para cada pergunta”.*

*No que respeita ao contributo para a resolução de situações reais, o jogo é avaliado pela maioria dos alunos do 8º ano como “muito bom”, pois “(...) aprendemos mais e fala de situações que podem acontecer no dia-a-dia”. A representação das situações pode assumir um papel facilitador na resolução de problemas “gostei da parte em que representamos porque assim se nos acontecer uma situação parecida já pensamos sobre o assunto e temos mais opções”. Para os jovens do secundário, a representação das situações que podem acontecer na realidade, também são relevantes na sua aprendizagem.*

*Por sua vez, o grafismo e a criatividade (e/ou originalidade) do jogo também são referidos e avaliados positivamente pelos jovens, pois “está*

*original... é divertido*". A forma como o jogo foi construído também agradou aos alunos do 8ºano, que referem gostar da *"rodinha com uma seta"* e *"o jogo está bem e penso que aprende-se muita coisa"*, assim como, está *"bem estruturado para a nossa idade"*. Esta estrutura facilita a aprendizagem de forma divertida *"pois é bom para estarmos bem informados...acho que podiam vir cá fazer mais jogos"*. Na opinião dos alunos do secundário, as imagens do jogo são boas, embora a *"originalidade"* da *"estrutura do jogo"* sejam aspectos mais importantes. A realização deste trabalho permitiu confirmar e reforçar o que a prática já indicava como necessidades de intervenção, no que respeita ao uso de outras estratégias e metodologias facilitadoras, não só da transmissão de informação, mas também propícias à construção de valores individuais, tendo por base o modelo biográfico.

De acordo com o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, compete aos professores tornarem efectiva a sua implementação. Neste sentido, a prática e a investigação indicam que a eficácia das intervenções em saúde escolar, dependem grandemente das estratégias utilizadas pelos profissionais que, necessariamente, deverão ter em conta a participação activa dos jovens na construção do conhecimento.

É neste contexto, e atendendo às necessidades formativas destes profissionais, que se reveste da maior importância o investimento nestes materiais pedagógicos. Assim, considera-se significativo este estudo, no sentido de avaliar a qualidade deste material, que incidiu sobre as opiniões (nível de satisfação) de jovens e adultos, embora aqui só tenhamos dado enfoque aos jovens. Contudo, é fundamental reforçar a avaliação do impacto das intervenções formativas, através de instrumentos que permitam avaliar as mudanças alcançadas, quer nos conhecimentos, como nas atitudes, crenças e comportamentos.

Para tornar concretizável a avaliação do impacto das intervenções é necessário um trabalho continuado com os indivíduos, de modo a diminuir as intervenções pontuais, difíceis de provocar mudanças ao nível dos comportamentos. Torna-se também necessário envolver os diversos agentes educativos nos projectos de intervenção e programas de formação.

## REFERÊNCIAS

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. (s.d). Áreas de Intervenção – Prevenção: Jovens. Obtido a 13 de Outubro de 2009, em <http://www.sida.pt/>

- Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA – 2007/2010: Um compromisso com o futuro*. Obtido a 14 de Setembro de 2009, em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/53606923-CBCE-4FF6-B744-F123828354E1/0/ProgSida.pdf>
- Dias, S., Matos, M.G., & Gonçalves, A. (2005). Sexualidade e risco na adolescência. In M.G. Matos (Ed.), *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 131-140). Faculdade de Motricidade Humana.
- Francia, A., & Martínez, Ó. (2000). *Jogos e Dinâmicas* (3ª ed.). Portugal: Paulus Editora.
- GTES. (2007). Relatório Final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Lisboa. Obtido a 2 de Novembro de 2007, em [www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio\\_Preliminar\\_ES\\_07\\_09\\_2007.pdf](http://www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio_Preliminar_ES_07_09_2007.pdf)
- Jares, X. (2007). *Técnicas e Jogos Cooperativos para Todas as Idades*. Coleção Práticas Pedagógicas. Porto: Edições ASA.
- Ministério da Educação (2000). *A Educação Sexual em Meio Escolar. Linhas Orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. Obtido a 13 de Agosto de 2009, em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>
- Patrão, L.A., et al. (2008). A prevenção do VIH/SIDA em mulheres provenientes dos PALOP's: Fundamentação na literatura da importância da intervenção psicossocial (pp. 776-787). *Actas do II Congresso Nacional de Educação para a Saúde*: Universidade de Évora.
- Pereira, J.V. (2009). *Educação Sexual na Escola: Um Estudo sobre os Projectos de Educação para a Saúde*. Dissertação de Mestrado em Supervisão Pedagógica e Formação de Professores, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pinheiro, M.R., Ribeiro, T., Barbosa, H., Carvalho, A., Jesus, A., & Gomes, S. (2006). Factores Psicossociais, Estilos de Vida e Comportamentos de Risco Face à Saúde: Que Relações Existem? *Actas da XI Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 277-288). Braga: Psiqulibrios.
- Portugal, Ministério da Educação/Gab. do Secretário de Estado da Educação. (2006). Despacho N.º 15 987/2006 – 27 de Setembro. Obtido a 23 de Junho de 2009, em [http://sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/Documents/Despacho\\_27092006.pdf](http://sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/Documents/Despacho_27092006.pdf)
- Portugal, Ministério da Educação. (2009). Lei n.º 60/2009. D.R. N.º 151 – 1.ª série de 6 de Agosto de 2009. Obtido a 10 de Agosto de 2009, em [www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Not%C3%ADcias%20e%20destaques/Agosto%202009/Lei\\_educacao\\_sexual.pdf](http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Not%C3%ADcias%20e%20destaques/Agosto%202009/Lei_educacao_sexual.pdf)
- Precioso, J. (2004). Educação para a Saúde na Escola: Um direito dos alunos que urge satisfazer. *Revista O professor*, n.º 85, III Série, 17-24. Obtido a 19 de

Julho de 2009, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3980/1/Educa%20a7%20a3o%20para%20a%20Sa%20bade%20p.17-24%29.pdf>

Silva, A., et al (1997). *Manual de utilização: Programa de Promoção e Educação para a Saúde*. Ministério da Educação.

UNAIDS. (2008). *Reporto n the global HIV/AIDS epidemic 2008*. Geneva. Obtido a 19 de Agosto de 2009, em [http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp)

United Nations. (2009). *The Millennium Development Goals Report 2009*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs. Obtido a 27 de Agosto de 2009, em <http://www.un.org/millenniumgoals/reports.shtml>

GABINETE DE APOIO AO ALUNO  
E AS INTERVENÇÕES EM CONTEXTO ESCOLAR

*Cristiana Carvalho*

Externato Cooperativo da Benedita

A educação sexual em meio escolar aparece, actualmente, integrada no contexto da promoção e educação para a saúde, como uma das áreas prioritárias de intervenção, de carácter obrigatório e transversal a todos os níveis de ensino (GTES, 2007; Despacho nº 15 987/2006; Despacho nº 60/2009). Este reconhecimento da sua importância na formação pessoal e social dos jovens (Ministério da Educação, 2000), implica a necessidade de uma melhor articulação entre os diversos agentes educativos, como pais, professores e os próprios jovens nas intervenções e acções realizadas sobre sexualidade (Matos, 2005; Pereira, 2000; Pereira, 2009).

Cada vez mais se reconhece a importância do envolvimento da comunidade para assumir um papel mais activo, graças ao poder de decisão que os sujeitos têm sobre o seu estilo de vida e a capacidade de manter e melhorar o seu bem-estar, sendo responsáveis pelas decisões tomadas no que toca à saúde (Antunes, 2008).

Neste sentido, a educação para a saúde, enquanto estratégia de promoção da saúde, contribui para a adopção de atitudes positivas no que respeita à saúde e possibilita a capacitação das pessoas para a realização de escolhas saudáveis, de modo informado, consciente, responsável e autónomo (Antunes, 2008).

A escola, surge como um contexto privilegiado para a realização de acções de promoção da saúde sexual e reprodutiva, proporcionando aos jovens a aquisição de ferramentas e de competências (literacia e “*empowerment*”), necessárias à tomada de decisão e à adopção de escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade (Ministério da Educação, 2000).

O contributo das ONG’s, como a Associação para o Planeamento da Família, no fortalecimento do acesso à saúde sexual e reprodutiva, as recomendações do Grupo de Trabalho de Educação Sexual e o reforço do Ministério da Educação com a recente lei nº 60/2009, foi determinante para garantir o acesso dos jovens à Educação para a Saúde e para tornar obrigatória a aplicação da educação sexual em meio escolar, a qual já se encontrava regulamentada por lei deste 1984.

Sendo a Educação Sexual parte integrante do processo de Promoção da Saúde e assumindo-se como contributo para a formação pessoal e social dos indivíduos e para a promoção da saúde sexual e reprodutiva (Ministério da Educação, 2000) é considerada uma das temáticas centrais de intervenção.

Neste sentido, quer os relatórios do Grupo de Trabalho de Educação Sexual (Relatório Preliminar e Final do GTES), quer a recente lei nº 60/2009 do Ministério da Educação, indicam que as escolas deverão eleger um Professor-Coordenador de Educação para a Saúde e devem criar um Gabinete de Apoio ao Aluno nas escolas de 3º ciclo e de ensino secundário, aberto uma manhã e uma tarde por semana, num sistema de confidencialidade.

A funcionar pelo segundo ano consecutivo, o “Espaço de Atendimento de Jovens na Escola” – Espaço AJE (Gabinete de Apoio ao Aluno), do Externato Cooperativo da Benedita, contou com a coordenação de um profissional das Ciências da Educação, com formação em Educação para a Saúde e Saúde Sexual.

Este Espaço de Promoção e Educação para a Saúde, destinado aos alunos do Externato Cooperativo da Benedita, tem como missão:

- Apoiar os jovens na promoção e educação da sua saúde e bem-estar;
- Proporcionar informação e formação nas áreas da promoção da saúde e na prevenção dos comportamentos de risco;
- Apoiar actividades culturais e de lazer para a promoção dos estilos de vida saudáveis;
- Desenvolver projectos educativos na área da saúde sexual e reprodutiva dos jovens em articulação com os projectos da Escola;
- Foi desenvolvida formação com alunos, professores e, actualmente, com pais.

## AS NECESSIDADES DOS JOVENS QUE RECORREM AOS GABINETES DE APOIO AO ALUNO

### *Atendimentos*

O Espaço AJE recebeu a visita de 351 alunos ao longo do ano lectivo 2008/2009, para os quais o atendimento foi diferenciado de acordo com as necessidades identificadas. Neste sentido, podemos diferenciar o atendimento prestado no Gabinete de acordo com as seguintes categorias: “apoio”, “informação” e “aconselhamento”.

À categoria “apoio” corresponde:

- o trabalho de coordenação do Grupo de Educação pelos Pares;
- os Projectos de Educação Sexual realizados pelos Professores no âmbito da Acção de *Formação*;

- o trabalho de coordenação do Projecto “Tá-se bem” com os alunos do 12ºB/C;
- o trabalho das turmas nas disciplinas de Área de Projecto, Formação Cívica e Filosofia sobre os seguintes temas:
  - Consumos de Substâncias Psicoactivas (1 turma),
  - Gravidez na Adolescência (1 turma),
  - Álcool (1 turma),
  - Tabagismo (1 turma).

À categoria “informação” corresponde:

- apresentação e divulgação dos serviços prestados pelo Espaço AJE;
- demonstração e explicação do preservativo feminino;
- participação em entrevistas realizadas por alunos (Homossexualidade e Adopção; O que é o Espaço AJE) (Quadro 1).

Quadro 1

*Frequências absolutas – Categoria “Informação”*

Temáticas	N
Apresentação e divulgação dos serviços prestado pelo Espaço AJE	60
Demonstração e explicação do preservativo feminino	53
Participação em entrevistas realizadas por alunos	5

À categoria “aconselhamento” corresponde aos casos individuais e/ou em grupo que requeriam aconselhamento sobre diversas temáticas que foram agrupadas em categorias (Quadro 2), sendo as raparigas que mais recorreram ao gabinete para pedir aconselhamento (Quadro 3).

Quadro 2

*Frequências absolutas e relativas das temáticas  
– Categoria “Aconselhamento”*

Temáticas	N	%
Contraceção	9	26,5
Consultas de Planeamento Familiar	2	5,9
Relações Sexuais (dor; menstruação)	2	5,9
Vacina do Cancro do Colo do Útero e Relações Sexuais	6	17,7
Comportamento sexual desadequado (atitude dos colegas)	3	8,85
Gravidez e Contraceção	2	5,9
Piercings e órgãos sexuais	2	5,9
Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis	4	11,8
Relacionamentos Amorosos e Vida Sexual	2	5,9
Anorexia e Distúrbios Alimentares	2	5,9

Quadro 3

*Distribuição do Género – Categoria “Aconselhamento”*

Género	N	%
Masculino	1	4
Feminino	24	96
Total	25	100

### GABINETE DE APOIO AO ALUNO COMO CENTRO DE RECURSOS PARA PROFESSORES

Com a reabertura do Espaço de Atendimento a Jovens na Escola surgiu a ideia de alargar os serviços do Gabinete aos professores da escola, com o apoio de material pedagógico para as disciplinas curriculares disciplinares e não disciplinares. Neste sentido, o Espaço AJE foi reorganizado como Centro de Recursos.

Desta forma, com o apoio de algumas associações (APF, Abraço, IDT e CAD de Coimbra) que contribuem com material informativo e brindes, com a construção de materiais pedagógicos e lúdicos na área da Educação para a Saúde pela coordenadora do Gabinete e com a selecção e disponibilização de documentos e livros fundamentais, foi possível iniciar este Centro de Recursos.

Durante o ano, alguns professores requisitaram material como o Kit dos Métodos Contraceptivos, o CD “Esta Cena dava um Filme”, o Jogo “Escola Cool”, o Manual “Métodos e Técnicas Activas: as Dinâmicas de Grupo e as Estratégias Lúdicas”. Foi distribuído aos professores material informativo, como folhetos para a disciplina não curricular de Formação Cívica.

### MATERIAL DISTRIBUÍDO NAS INTERVENÇÕES REALIZADAS EM CONTEXTO ESCOLAR

Ao longo do ano foi distribuído material aos alunos, quer nas actividades realizadas na escola, quer nas visitas ao gabinete e nos atendimentos. Desta forma, foram destruídos em média 220 folhetos informativos, 90 pulseiras verdes (com o slogan da campanha “Só há uma maneira de saber. Faça o teste VIH/SIDA”), 40 laços vermelhos (símbolo da luta contra a SIDA) e 240 marcadores de livros.

## DIVULGAÇÃO DO GABINETE DE APOIO AO ALUNO

A divulgação do Gabinete na Escola decorreu ao longo do ano, nas sessões com as turmas e nas visitas que alguns professores promoveram no âmbito da Formação Cívica. A divulgação interna deste serviço teve o apoio do Folheto e do Cartaz de divulgação na Sala de Alunos e noutros locais estratégicos.

Com o intuito de continuar a divulgar as diversas iniciativas levadas a cabo pelo Espaço AJE, foi dinamizado, pelo segundo ano consecutivo, o blog do Gabinete ([www.blogdoespacoaje.blogspot.com](http://www.blogdoespacoaje.blogspot.com)), disponibilizando desta forma informação relativa às actividades e projectos a decorrer na escola, quer a alunos, professores, auxiliares da acção educativa, pais e encarregados de educação, quer à comunidade geral.

### INTERVENÇÕES PROMOVIDAS PELO GABINETE DE APOIO AO ALUNO:

#### *Com jovens*

O Gabinete promoveu o workshop “*Quem sou eu?*” com o objectivo de promover a auto e hetero-consciência através da identidade pessoal e social.

A comemoração do Dia Mundial de Luta Contra a Sida, campanha denominada por “Não te deixes APANHAR pela SIDA”, consistiu na desconstrução de alguns mitos relacionados com o VIH/SIDA. A Campanha envolveu 21 alunos do 8ºano e 7 elementos do Grupo de Educação pelos Pares da escola, como mediadores na actividade “Mito ou Realidade” realizada para os alunos do 3ºCiclo e do Ensino Secundário.

Esta actividade permitiu o registo das respostas dos alunos participantes e a devolução da resposta correcta, num marcador de livros, acompanhado pelo laço vermelho e uma pulseira verde “*Só há uma maneira de saber. Faça o Teste VIH/SIDA*”.

Para a análise desta Campanha foi realizado o tratamento estatístico dos dados, através do *Programa Stastical Package for Social Sciences* (SPSS – versão 15,0 for Windows), que permitiu obter as frequências das respostas dos alunos. Assim, foi possível chegar a um total de 205 alunos,

apesar de haver a possibilidade de um mesmo aluno ter respondido a mais do que um dos questionários.

Foram realizadas oficinas de formação sobre os comportamentos protectores associados à contracepção “Prova dos 9”, com as turmas do 9ºano, nas disciplinas de Ciências da Natureza e Formação Cívica.

No âmbito do Concurso Nacional “A nossa escola pela não violência” sobre a Prevenção da Violência no Namoro entre Adolescentes, o Gabinete comemorou a Semana dos Namorados com a Campanha “*Eles & Elas... pela Igualdade*”. Esta actividade teve por objectivo identificar os conhecimentos dos jovens sobre a agressividade nas relações de namoro, conhecer as suas atitudes sobre a aceitabilidade de situações de agressividade nas relações de namoro e sensibilizar para a igualdade de género.

Esta campanha implicou a colaboração de diversas turmas do 8º e 9ºano, o que possibilitou aplicar a metodologia de educação pelos pares. Assim, foi possível chegar a um total de 761 alunos, apesar de haver a possibilidade de um mesmo aluno ter respondido a mais do que um dos questionários. Estes resultados puderam ser consultados na Exposição “Eles & Elas... pela Igualdade” na Sala de Alunos. Para a sua concretização foi fundamental a adaptação das escalas presentes na Tese de Mestrado na Especialidade de Sexologia “A Agressividade nas Relações de Namoro de Adolescentes: Génese, Aceitação e Justificação” da Mestre Susana Lucas.

No Dia Mundial da Saúde, o Gabinete promoveu a dinamização da Semana da Saúde, que consistiu na realização de oficinas de formação sobre Estilos de Vida Saudáveis para as turmas do 7º ano, através do recurso lúdico-pedagógico “Os 7+2 da Saúde”, que tem por base os factores protectores da saúde, encontrados no estudo de Alameda County. Este recurso consiste numa metodologia activa centrada no lúdico.

Para o Concurso Nacional “A minha escola e a Prevenção da Infecção do VIH/SIDA”, a coordenadora do Gabinete elaborou, implementou e avaliou o Projecto “Tá-se bem”, que contou com 23 alunos da turma do 12º B e C de Biologia, como mediadores inter-pares nas oficinas de formação dos alunos do 3ºciclo, do secundário e dos professores. Este projecto chegou a 112 alunos do 8º ano, 49 alunos do 11º e 12º ano, 9 professores e 3 pais e encarregados de educação.

Foi realizada animação na Sala de Alunos da Escola, com o intuito de promover actividades de Educação para a Saúde. A Actividade “Tô Fora!” teve por objectivo prevenir o consumo de substâncias psicoactivas através da promoção de competências pessoais e sociais. Contou com a colaboração de uma enfermeira. A actividade “Tá-se bem” consistiu na aplicação

do Jogo “Tá-se bem” no âmbito da prevenção da infecção do VIH/SIDA, com o objectivo de promover comportamentos de prevenção face à saúde sexual e reprodutiva.

Ao longo do ano foram realizadas algumas reuniões com o grupo de Educação pelos Pares “Agarra-te à Vida” com o intuito de preparar as actividades a implementar. Verificou-se que a dificuldade em conjugar os horários de todos os alunos e a pouca disponibilidade da Coordenadora (acumulação de tarefas) foi um entrave à maior dinamização deste grupo. No entanto, o grupo de Educação pelos Pares participou na preparação do Dia Mundial de Luta Contra a SIDA, quer na actividade “Mito ou Realidade”, quer na Exposição “Não te deixes APANHAR pela SIDA” e na oficina “Prova dos 9” com a elaboração dos materiais. Foi feita uma troca de prendas entre o grupo na época de Natal.

#### *Com professores*

Foi implementado o Projecto “*Professores de palmo e meio*” que consistiu na Formação sobre “*Métodos e Técnicas para as áreas curriculares não-disciplinares: das estratégias lúdicas às dinâmicas de grupo*” na qual participaram 10 professores da escola.

Esta formação pretendeu promover a utilização de metodologias activas e lúdicas e o (re)conhecimento de algumas técnicas e métodos possíveis de utilizar em áreas curriculares não-disciplinares. A sua metodologia activa centrou-se nas dinâmicas de grupo e nas estratégias lúdicas e pedagógicas. A Coordenadora do Gabinete de Apoio ao Aluno, no âmbito da Formação de Professores acredita pelo Conselho Científico-Pedagógico da Formação Contínua, desenvolveu a acção de formação “*Educação para a Saúde: A Educação Sexual na Escola*” de 30h. Nesta acção participaram professores do Externato Cooperativo da Benedita, da Escola Secundária D. Pedro I com 2º e 3º Ciclos e da Escola Básica 2 – Frei António Brandão do Agrupamento de Escolas da Benedita, compondo um total de 17 formandos.

Esta acção de formação teve como objectivos ampliar conhecimentos sobre os principais conceitos, temas de intervenção e dispositivos legais em Educação Sexual, promover o debate sobre o papel dos profissionais na intervenção em Educação Sexual, experienciar metodologias e estratégias de intervenção em Educação Sexual e promover a estruturação de um programa de Educação Sexual dirigido a distintos grupos-alvo com supervisão pedagógica.

O Dia Internacional das Mulheres foi comemorado na sala de professores através da campanha de sensibilização denominada “Unidos pela Igualdade: Igualdade de Género, um Direito Humano”. Teve por objectivo a promoção da igualdade de género entre homens e mulheres. Neste sentido, foi consultada informação científica tendo como fonte a Associação para o Planeamento da Família (APF).

### *Com pais*

A Sessão de Pais denominada por “Agressividade na Adolescência” foi realizada juntamente com duas psicólogas da escola, tendo sido apresentado alguns resultados da actividade “Eles & Elas... pela Igualdade”. Contou com a presença de 3 pais/encarregados de educação.

A Formação Parental realizada na escola consiste na aplicação de dois programas “Parentalidade Sábia” e “Pais+X” de 11 sessões cada, resultante da parceria estabelecida com um Projecto de Investigação de Doutoramento realizado na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, em Psicologia da Educação na vertente da Formação com Pais.

Estes dois programas têm por base a potencialização das competências dos pais e contam com 9 pais em cada grupo.

## AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS EM CONTEXTO ESCOLAR

Todas as intervenções foram avaliadas através de fichas de satisfação, com base no primeiro nível do Modelo de Avaliação de Donald Kirkpatrick, tendo uma escala de resposta que vai desde “Muito Insuficiente” a “Muito Bom”. Além disso, foi realizado o tratamento estatístico dos dados, através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), que permitiu obter as frequências das respostas.

Desta forma, foi possível depreender as metodologias de intervenção mais adequadas a utilizar em contexto escolar e avaliar o impacto e a qualidade dos recursos pedagógicos construídos como estratégias de intervenção.

Assim, confirmou-se a importância de trazer para o contexto de sala de aula as metodologias activas e dinâmicas, para que os alunos possam interagir uns com os outros, explorar pontos de vista diferentes, treinar

competências de comunicação, de tomada de decisão e resolução de problemas, colocar questões num ambiente que se deseja aberto e descontraído, aumentando a sua informação e a possibilidade de colocar em prática as suas competências.

### *Os Profissionais das Ciências da Educação em educação para a saúde*

Enquanto Profissional das Ciências da Educação, considero necessário a integração destes profissionais nas escolas, nomeadamente os que se especializaram na área da Educação para a Saúde, que têm actuado em diversos contextos como mediadores, formadores, animadores, educadores em Educação e Promoção da Saúde, inserindo-se em Escolas, Centros de Saúde, Maternidades, Hospitais, Centros de Acolhimento de Crianças em Risco, ATL's, Centros de Dia para Idosos, onde contribuem para a Promoção da Saúde, através de métodos e técnicas activas, que são facilitadoras do processo de “empowerment” das pessoas e das comunidades, para que estas realizem escolhas e tomem decisões conscientes e responsáveis no que toca à sua saúde.

É fundamental o (re)conhecimento de que as Ciências da Educação contribuem para a construção de propostas educativas e/ou formativas, com o auxílio de métodos adequados aos formandos, com vista à obtenção de competências necessárias para a mudança, significando isto, a capacidade de intervir com públicos específicos em contexto de saúde, tendo em conta as suas necessidades e o contexto dos próprios indivíduos. Por esta razão, as Ciências da Educação habilitam estes profissionais para planificar, gerir, desenvolver e avaliar processos adequados de mediação nas transformações pessoais e sociais importantes para a saúde.

### REFERÊNCIAS

- Antunes, M. (2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. Coleção de Ciências da Educação e Pedagogia. Coimbra: Edições Almedina.
- GTES. (2007). Relatório Final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Lisboa. Obtido a 2 de Novembro de 2007, em [www.dgidec.min-edu.pt/EducaçãoSexual/Relatório Preliminar ES 07 09 2007.pdf](http://www.dgidec.min-edu.pt/EducaçãoSexual/Relatório_Preliminar_ES_07_09_2007.pdf)
- Matos, G. M. (Ed.). (2005). *Comunicação e Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Lisboa: Edições FMH.

- Ministério da Educação (2000). *A Educação Sexual em Meio Escolar. Linhas Orientadoras*. Lisboa: Ministério da educação.
- Pereira, G.M. (2000). Aprender a Escolher: Promoção da Saúde no Contexto Escolar. Centro de Estudos em Educação e Psicologia. Universidade do Minho. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, I*, 147-158.
- Pereira, J.V. (2009). *Educação Sexual na Escola: Um Estudo sobre os Projectos de Educação para a Saúde*. Dissertação de Mestrado em Supervisão Pedagógica e Formação de Professores, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Portugal, Ministério da Educação/Gabinete do Secretário de Estado da Educação (2006). Despacho N.º 15 987/2006 – 27 de Setembro. Obtido a 23 de Junho de 2009, em <http://sitio.dgidec.min-edu.pt/saude/Documents/Despacho27092006.pdf>
- Portugal, Ministério da Educação (2009). Lei n.º 60/2009. D.R. N.º 151 – 1.ª série de 6 de Agosto de 2009. Obtido a 10 de Agosto de 2009, em [www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Not%C3%ADcias%20e%20destaques/Agosto%202009/Lei\\_educacao\\_sexual.pdf](http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Not%C3%ADcias%20e%20destaques/Agosto%202009/Lei_educacao_sexual.pdf)

AVALIAÇÃO DAS ESCALAS DE  
ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE (EADS):  
UM ESTUDO COM UNIVERSITÁRIOS DO AMAZONAS

*Denise Machado Duran Gutierrez<sup>1</sup> (ddgutie@vivax.com.br) /  
Suely A. do N. Mascarenhas<sup>1</sup> / Antônio Roazzi<sup>2</sup> / José L. Pais-Ribeiro<sup>3</sup> /  
Mônica Gabriella de Albuquerque Areias Secco<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Amazonas; <sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco; <sup>3</sup>Universidade do Porto

O bem-estar psicossocial que caracteriza a qualidade de vida é direito de todos. A saúde também é um direito de todos. A ansiedade, a depressão e o estresse são doenças que prejudicam o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida. Sabe-se que o organismo humano é afetado de modo positivo ou negativo pelas circunstâncias do ambiente sócio-moral, econômico, político, religioso dentre outros. Todavia, em boa medida, o sujeito é autor de sua própria história podendo afetar de modo positivo ou negativo as circunstâncias de sua vida por meio de um processo educativo que o conduza a desenvolver novos aprendizados em todas as dimensões de sua existência. O comportamento individual para com a promoção e manutenção da saúde é aprendido ao longo do ciclo de vida nas relações formais e informais que se desenvolvem desde o contexto familiar, comunitário, escolar e social como um todo assim como todos os demais comportamentos. Se o comportamento é aprendido, pode ser desaprendido ou reaprendido a partir de outras aprendizagens significativas e reflexivas. O processo de educação para a saúde pode e deve acontecer em todos os contextos: pessoal, social e ambiental. As atitudes de zelar pela promoção e manutenção da própria saúde ou o contrário são comportamentos aprendidos podendo estar nas agendas das lideranças em educação para a saúde como forma de viabilizarem ações que favoreçam a prevenção e promoção da qualidade de vida e do bem – estar psicossocial em todos os contextos da convivência humana saudável (Ribeiro, 2005, 2007). Os fenômenos conhecidos como estresse, ansiedade e depressão são amplamente estudados pela psicologia da saúde bem com da doença. Nossa perspectiva de interpretação é que pode tratar-se de um único processo em diferentes estágios. A ansiedade seria o anúncio do estresse e o estresse o prenúncio da depressão (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) como degraus de uma mesma escada. Os cuidados com a saúde são aprendidos individual e coletivamente por meio de processos educativos formais e informais. Neste estudo analisamos a ocorrência dos fenômenos junto a universitários da Amazônia recorrendo à escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS)

de 21 itens (Ribeiro, Leal, & Honrado, 2004) com o objetivo de adaptar para o contexto do Brasil a EADS de 21 itens, de modo que se mantenham equivalentes à versão portuguesa. Nosso interesse nesta investigação, continuação de estudo anterior (Ribeiro, Mascarenhas, Honrado, & Leal, 2008) situa-se na perspectiva da psicopedagogia da saúde e suas interfaces com a psicologia da saúde e da educação para a saúde.

## MÉTODO

### *Participantes*

505 estudantes universitários participam desta amostra, sendo 62% do sexo feminino e 38% do sexo masculino. As idades estão compreendidas entre o intervalo de 18 a 57 anos ( $M=25,29$ ;  $DP=7,37$ ). Estado civil: 74,7% são solteiros, 15,2% casados, 1,8% divorciados, 7,7% encontram-se em união estável, 0,6% são viúvos. 51,1% praticam atividades físicas e 48,9% não praticam atividades físicas. Quanto à declaração de etnia, 50,5% consideram-se pardos, 21,6% brancos, 10,5% negros, 1,6% indígenas, 0,4% caboclos, 0,2% brasileiro e 15% não declararam.

### *Material*

Os dados analisados neste estudo foram obtidos a partir da aplicação das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). O instrumento é constituído por 21 itens. 7 itens medem o fenômeno da ansiedade, 7 itens avaliam o fenômeno da depressão e 7 itens diagnosticam o fenômeno do estresse. Os sujeitos avaliam a extensão com que perceberam o ocorrência dos fenômenos em análise, cujos sintomas foram experimentados na última semana, numa escala de 4 pontos: (1) Não aplicou-se nada a mim, (2) Aplicou-se a mim algumas vezes, (3) Aplicou-se a mim muitas vezes e (4) Aplicou-se a mim a maior parte das vezes.

### *Procedimento*

Os sujeitos foram escolhidos de modo aleatório e participaram voluntariamente da investigação após serem informados dos seus objetivos observando procedimentos éticos vigentes. O preenchimento individual da escala aconteceu em horário de aula cedido pelos professores. O tempo de resposta não excedeu 10 minutos.

O tratamento dos dados foi realizado com a utilização do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15.0 para *Windows*. Na verificação das propriedades psicométricas realizou-se a análise de fiabilidade dos itens, calcularam-se as médias e desvio padrão dos itens das escalas e avaliaram-se as diferenças de gênero entre as amostras de universitário do sexo masculino e do sexo feminino para os instrumentos em estudo.

## RESULTADOS

A fiabilidade das Escalas EADS-21 junto à amostra em estudo (método *Alpha de Cronbach*) foi de 0,81 para a sub-escala que avalia o estresse, 0,80 para a sub-escala que mede o fenômeno da ansiedade e de 0,81 para a sub-escala que diagnostica a depressão, no seu conjunto a confiabilidade do instrumento é de 0,92. Os indicadores psicométricos verificados junto a esta amostra são considerados positivos para os padrões da investigação nas ciências humanas. De acordo com Gable e Wolf (1993), coeficientes de *alpha* superiores a 0,70, na avaliação de atitudes e fenômenos psicossociais e afetivos complexos, conferem elevada fiabilidade às escalas utilizadas.

Da análise da *Anova* realizada foram verificadas diferenças estatisticamente significativas com relação à variável de agrupação gênero nos itens: 12. *Senti dificuldade em me relaxar* ( $F=4,13; p=0,04$ ), 17. *Senti que não tinha muito valor como pessoa* ( $F=4,13; p=0,04$ ) e 18. *Senti que por vezes estava sensível* ( $F=4,17; p=0,02$ ) favoráveis ao sexo feminino. No Quadro 1, estão registradas as cargas fatoriais verificadas para a totalidade dos itens da EADS 21, bem como a variância explicada para os três fatores que é de 51,33%.

Nos Quadros 2, 3 e 4 contata-se que os indicadores de valores de média e desvio padrão para cada sub-escala da EADS-21: ansiedade, estresse e depressão sugerem uma boa condição de saúde psicossocial dos integrantes da amostra. Não foram observadas diferenças significativas com relação à variável de agrupação gênero com relação aos fenômenos em avaliação no que se refere às pontuações de média e desvio padrão. Todavia, nos itens 12, 17 e 18 os valores do grupo de sujeitos do sexo feminino registram-se sensivelmente superiores que os observados na pontuação correspondente ao conjunto de integrantes a amostra do sexo masculino.

Quadro 1

*Estrutura fatorial da EADS-21: Amostra n= 505/Amazônia*

Item	Características dos itens	F1: Ansiedade Cf	F2: Estresse Cf	F3: Depressão Cf
19	Senti alterações em meu coração sem fazer exercícios físicos.	0,67		
2	Senti minha boca seca	0,65		
20	Senti-me assustado/a sem ter boa razão para isso	0,56		
15	Senti-me quase entrando em pânico	0,52		
7	Senti tremores (por exemplo, nas mãos)	0,50		
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0,50		
4	Senti dificuldade de respirar	0,47		
8	Senti que estava utilizando muita energia nervosa.		0,68	
12	Senti dificuldade de relaxar		0,63	
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações		0,61	
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava fazendo		0,59	
1	Tive dificuldade de me acalmar		0,58	
18	Senti que às vezes estava sensível		0,55	
11	Dei por mim agitado/a		0,55	
21	Senti que minha vida não tinha sentido			0,75
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa			0,72
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada			0,72
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro			0,66
5	Tive dificuldade de tomar a iniciativa para fazer coisas			0,58
13	Senti-me desanimado/a e melancólico/a			0,55
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo			0,50
	Valor próprio do fator	8,22	1,47	1,08
	%Variância explicada do fator	39,15%	7,00%	5,17%
	Variância total explicada: 51,33%			

Quadro 2

*Médias e desvio padrão n= 505: Ansiedade, Variável de agrupação, Gênero*

		4. Sexo	N	M	DP
2	Senti minha boca seca	Feminino	313	1,75	0,84
		Masculino	192	1,76	0,81
4	Senti dificuldade de respirar	Feminino	313	1,63	0,85
		Masculino	192	1,56	0,85
7	Senti tremores (por exemplo nas mãos)	Feminino	313	1,86	0,91
		Masculino	192	1,82	0,92
9	Preocupe-me com situações que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	Feminino	313	1,80	0,94
		Masculino	192	1,70	0,88
15	Senti-me quase entrando em pânico	Feminino	313	1,60	0,87
		Masculino	192	1,53	0,79
19	Senti alterações em meu coração sem fazer exercícios físicos	Feminino	313	1,91	0,97
		Masculino	192	1,82	0,90
20	Senti-me assustado/a sem ter boa razão para isso	Feminino	313	1,86	0,94
		Masculino	192	1,73	0,86

Quadro 3

*Médias e desvio padrão n=505: Estresse, Variável de agrupação, Gênero*

	4. Sexo	N	M	DP
1 Tive dificuldade de me acalmar	Feminino	313	1,88	0,85
	Masculino	192	1,80	0,84
6 Tive tendência de reagir em demasia em determinadas situações	Feminino	313	1,87	0,82
	Masculino	192	1,97	0,92
8 Senti que estava utilizando muita energia nervosa	Feminino	313	2,00	0,98
	Masculino	192	1,92	0,93
11 Dei por mim agitado/a	Feminino	313	1,97	0,89
	Masculino	192	1,82	0,83
12 Senti dificuldade de relaxar	Feminino	313	2,14	0,95
	Masculino	192	1,96	0,86
14 Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava fazendo	Feminino	313	1,91	0,90
	Masculino	192	1,94	0,86
18 Senti que às vezes estava sensível	Feminino	313	2,25	0,96
	Masculino	192	2,06	1,00

Quadro 4

*Médias e desvio padrão n=505: Depressão, Variável de agrupação, Gênero*

	4. Sexo	N	M	DP
3 Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	Feminino	313	1,73	0,90
	Masculino	192	1,65	0,86
5 Tive dificuldade de tomar iniciativa e fazer alguma coisa	Feminino	313	1,98	0,88
	Masculino	192	1,97	0,87
10 Senti que não tinha nada a esperar do futuro	Feminino	313	1,49	0,83
	Masculino	192	1,57	0,93
13 Senti-me demasiado/a melancólico/a	Feminino	313	2,02	0,94
	Masculino	192	1,92	0,95
16 Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	Feminino	313	1,58	0,84
	Masculino	192	1,66	0,88
17 Senti que não tinha muito valor como pessoa	Feminino	313	1,74	0,97
	Masculino	192	1,57	0,87
21 Senti que minha vida não tinha sentido	Feminino	313	1,61	0,96
	Masculino	192	1,52	0,84

## DISCUSSÃO

Tomando em consideração a totalidade dos dados analisados neste estudo, é possível afirmar que os objetivos foram atingidos para esta fase da investigação. As propriedades psicométricas da EADS-21, replicando estudos anteriores, também junto à amostra amazônica em causa registrou

resultados fiáveis. No que se refere ao diagnóstico realizado quanto às condições de saúde psicológica dos integrantes da amostra, constata-se que pode ser considerado bom embora os três fenómenos (ansiedade, estresse e depressão) estejam presentes mesmo que em proporções estatisticamente aceitáveis. Os resultados sugerem a continuidade dos estudos neste domínio no sentido de ampliar a fonte de dados com sustentação empírica acerca deste domínio da psicologia da saúde em contexto universitário.

## REFERÊNCIAS

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Congresso Nacional.
- Gable, R., & Wolf, M. (1993). *Instrument development in the affective domain. Measuring attitudes and values in corporate and school settings*. Massachusetts: Kluwer Academic Publishers.
- Mascarenhas, S. (2009). *Projeto de pesquisa: Avaliação do bem-estar subjetivo, otimismo e esperança de docentes e discentes do ensino superior do Amazonas*. Protocolo CEP/UFAM/CAAE 072.0.115.000-09, PIBIC-H-07/FAPEAM, Humaitá, UFAM.
- Ribeiro, J.L.P., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde*. Lisboa: Fundação Merck Sharp Dohme.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J.L.P., Mascarenhas, S.A. do N., Honrado, A., & Leal, I. (2008). Escalas de ansiedade, depressão e estresse (EADS): Um estudo com estudantes universitários do Brasil (Amazônia). In Noronha, Machado, Almeida, Gonçalves, Martins, & Ramalho (Orgs.). *Actas XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica Formas e Contextos* (P.2.30, CDROOM, pp. 1-9). Braga, Universidade do Minho.
- ONU. (1948). *Declaração universal dos direitos humanos*. Paris, ONU.
- WHO. (1948). *Official Records of the world Health Organization* no 2. United Nations, World health Organization. Geneve, interim comission.
- WHO. (1986). *Health promotion: Concepts and principles in action, a policy framework*, Geneve, WHO.

AVALIAÇÃO DE REPRESENTAÇÕES DE ESTUDANTES  
DA UFAM ACERCA DA OPORTUNIDADE DE FREQUENTAR  
A UNIVERSIDADE E SEUS FUTUROS IMPACTOS  
SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E O BEM-ESTAR PSICOSSOCIAL

*Denise M. Duran Gutierrez<sup>1</sup> / Antônio Roazzi<sup>2</sup> /  
Iolete Ribeiro da Silva<sup>1</sup> / Suely A. do N. Mascarenhas<sup>1</sup> /  
Rosenir de Souza Lira<sup>1</sup> / José L. Pais Ribeiro<sup>3</sup> / Adriana Oliveira<sup>1</sup> /  
Gilvania Plácito Braule<sup>1</sup> / Fabiana Mota Garcia<sup>1</sup>*

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

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco; <sup>3</sup>Universidade do Porto

Investigação apoiada pelo Projeto de Pesquisa Processo  
401468/2009/MCT/CNPq

Neste texto estabelecemos algumas relações de aproximação e intercessão entre educação, psicologia e saúde numa perspectiva da educação para saúde, da psicologia da saúde e de uma psicopedagogia para a saúde. O conceito de saúde que adotamos situa-se numa perspectiva ecológica podendo ser considerado de certa forma um sinônimo de felicidade em sentido amplo como explica Ribeiro (2007; 2005) que não é possível entender o indivíduo isolando-o do meio que o envolve. Compreendemos que “a promoção da saúde pressupõe a fundamentação em valores de equidade e justiça social e a adoção de estratégias de empoderamento, participação e intersetorialidade, enfatizando-se, de modo particular, fatores e estratégias de sustentabilidade” (Lima, Barroso, & Campos, 2009, p. 73).

Nestas perspectivas, o recorte deste estudo de caráter transversal se dá a partir da análise de representações manifestadas por estudantes sobre a universidade, numa perspectiva de que uma titulação universitária exerce efeitos sobre as condições profissionais que poderão garantir melhores condições de ganhos econômicos e materiais e conseqüente bem-estar e saúde. Para sustentar as argumentações deste estudo, toma-se em consideração uma breve revisão de conceitos no âmbito da psicologia social e da psicologia da saúde. Sabe-se que dispor de saúde em suas diversas dimensões implica numa construção de conhecimentos, habilidades e atitudes individuais e coletivas ao longo da vida desde o nascimento. O comportamento humano é resultado de aprendizagens construídas na convivência em contextos sociais e culturais com os quais interagem de modo formal ou informal. Por outro lado, o bem-estar

psicossocial e a qualidade de vida perpassam pela conquista do bem-estar material (Galina, 2008; Jesus & Rezende, 2009; Ribeiro, 2009, Siqueira, 2009; Vieira, 2009). Cursar uma universidade pode ser um indicador que favoreça a consolidação de um perfil profissional que possibilite aos sujeitos condições para competir por um posto no mercado de trabalho que se traduza em garantia de satisfação das necessidades materiais para a sobrevivência e prosperidade. Como os estudantes universitários representam sua trajetória na universidade estabelecendo relações deste tempo com a sua vida? As representações em última instância determinam nossa reação, são mecanismos psíquicos que se transformam em processos sociais e públicos podendo ser entendidas como processos psicossociais (Moscovici, 2007). Este estudo em caráter piloto tem como objetivos: (a) analisar propriedades psicométricas do instrumento a partir do grupo amostral em estudo; (b) avaliar características psicométricas do instrumento em especial: análise de itens, fiabilidade e (c) contribuir com dados sistematizados acerca de uma nova técnica de avaliação psicológica que pode favorecer o diagnóstico do fenômeno das representações sociais de universitários (Moscovici, 2007; Ribeiro, 2008).

A palavra representar é um verbo cuja escrita, em português tem a mesma forma que sua expressão escrita em latim *representar*. Significa tornar presente; expor claramente; significar; ser a imagem ou a reprodução de; substituir. Bem como retratar, descrever, expor verbalmente ou por escrito, figurar como símbolo, interpretar (Bueno, 1985; Ferreira, 1995). Daí representação, também do latim “*re*”+“*prosentare*”=“*trazer de volta alguém ou alguma coisa, exibi-la, manifestá-la*”. É termo empregado em várias acepções (Avila, 1982). Para Currás e Dossil, (2001), o princípio da representação foi postulado inicialmente na representação escrita. Porém, posteriormente passou a “ser aplicado a toda expressão humana que afirma que cada movimento voluntário humano parte de seu modo pessoal de ver o mundo que o rodeia, orientando-se de acordo com o ideal pessoal de cada indivíduo” (p. 595). Na mesma publicação, registra-se a concepção de representação como “experiência conseqüente a uma estimulação sensorial armazenada na memória de longo prazo em forma de estrutura mental da informação, sendo uma estrutura do conhecimento que subjaz aos problemas cognitivos” (p. 666).

Neste estudo compartilha-se a concepção de representação social como interpretação e construção da realidade na perspectiva proposta por Vala (2004) quando afirma que “os indivíduos não se limitam a receber e processar informação, são também construtores de significados e teorizam a realidade social” (p. 457). Bem como a perspectiva registrada por Moscovici (2007, p.

32) onde afirma: “(...) no que se refere à realidade, essas representações são tudo o que nós temos, aquilo a que nossos sistemas perceptivos, como cognitivos, estão ajustados”.

O interesse no estudo das representações sociais de estudantes sobre universidade é relevante, uma vez que a partir deste diagnóstico pode ser possível ampliar a compreensão acerca de comportamentos de estudantes universitários no desenvolvimento de sua trajetória acadêmica. O que interessa atualmente a nossos estudos e investigações neste domínio das ciências humanas.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra deste estudo de caráter transversal é aleatória. Esta composta por 335 sujeitos que participaram voluntariamente da investigação, sendo 208 (62,1%) do sexo feminino e 127 (37,9%) do sexo masculino com idades variando de 18 a 57 anos ( $M=25,37$ ;  $DP=6,70$ ). Destes 95,5% são estudantes da UFAM e 4,5% estudantes da UEA. Matriculados nos seguintes cursos: pedagogia 22,7%; Engenharia ambiental 21,5%; Biologia/Química 19,1%; Matemática/Física 14,6%; Agronomia 9,9%; Letras 5,1%; Tecnologia de desenvolvimento de sistemas 4,5%; Engenharia da produção 0,6%; Farmácia 0,6%; Sistemas de informação 0,6%; Química industrial 0,6% e mestrado em educação 0,3%. Quanto à etnia os sujeitos se auto-declararam como pertencentes à etnia parda 20%; branca 13,7%; negra 4,5%; brasileira 1,2%; cabloca 0,3% e não declaram etnia 60,3%.

### *Material*

Para avaliar as representações de estudantes sobre a universidade recorremos a um instrumento próprio Questionário para Avaliação de Dimensões Contextuais e Cognitivas – Estudantes Universitários, Bloco 3 (Masca-renhas & Gutierrez, 2008), constituído por 7 itens repartidos numa escala Likert de 5 pontos.

### *Procedimentos*

Observando procedimentos éticos da investigação em ciências humanas os estudantes foram informados dos objetivos da pesquisa e após assinatura do

TLE responderam ao questionário num único momento na presença dos investigadores que contaram com o apoio de colaboradores capacitados. O procedimento foi efetivado durante horário de aula cedido pelos professores o tempo de resposta variou de 10 a 20 minutos. Média 15 minutos.

Os dados foram processados com o apoio do programa SPSS versão 15.0.

## RESULTADOS

Os dados obtidos junto à amostra que integra este estudo apresentam um coeficiente de fiabilidade *alpha de cronbach* de 0,78. Indicador considerado suficiente para a investigação nas ciências humanas e sociais. Na sua totalidade as informações apuradas sugerem a ocorrência de representações positivas dos estudantes que integram a amostra sobre sua frequência à universidade. Da aplicação da ANOVA verificaram-se diferenças de gênero significativas favoráveis aos sujeitos do sexo feminino nos seguintes itens: (1) *Freqüentar a universidade/faculdade representa o início da realização dos meus sonhos e objetivos profissionais* ( $F=3,29$ ;  $p= 0,03$ ); (2) *Cursar a universidade federal representa a possibilidade de obter melhores condições de competição no mercado de trabalho* ( $F=5,12$ ;  $p=0,006$ ); (6) *A universidade possibilita a obtenção de uma visão crítica da realidade que transcende a mera aplicação da técnica* ( $F=7,90$ ;  $p=0,0001$ ) e (7) *Cursar uma universidade provê um sentimento de crescimento intelectual/social e maior liberdade* ( $F=8,36$ ;  $p=0,0001$ ).

### Quadro 1

*Média e desvio padrão dos itens relativos a representações sociais acerca da universidade: n= 335 estudantes, Amazonas 2009*

Itens	N	M	DP
1. Freqüentar a universidade/faculdade representa o início da realização dos meus sonhos	335	4,52	0,73
2. Cursar a universidade federal representa a possibilidade de obter melhores condições de competição no mercado de trabalho	335	4,24	1,04
3. Para minha família o fato de eu estar cursando uma universidade é motivo de tranqüilidade diante do meu futuro profissional	335	4,03	1,11
4. Penso que por cursar uma universidade poderei ocupar uma função de liderança junto ao mercado de trabalho no futuro	335	3,97	1,04
5. O conhecimento obtido na universidade é relevante para a vida	335	4,31	0,93
6. A universidade possibilita a obtenção de uma visão crítica da realidade que transcende a mera aplicação da técnica	335	4,16	0,86
7. Cursar uma universidade provê um sentimento de crescimento intelectual/social e maior liberdade	335	4,44	0,75

No que se refere às representações dos estudantes acerca do fato de frequentarem uma universidade de modo a exercer possíveis efeitos sobre suas condições profissionais para conquista de uma vida de realizações nas diversas dimensões que caracterizam o bem-estar psicossocial, verifica-se nos dados e informações registrados no Quadro 1, que em seu conjunto, os indicadores de média e desvio padrão são positivos, confirmando a importância do acesso à universidade bem como as condições para sua conclusão com sucesso para o projeto de vida dos participantes da amostra. Itens 1. *Frequentar a universidade/faculdade representa o início da realização dos meus sonhos*  $M=4,52$ ;  $DP=0,73$  e 7. *Cursar uma universidade provê um sentimento de crescimento intelectual/social e maior liberdade*  $M=4,44$ ;  $DP=0,75$  apresentam maiores pontuações confirmando a importância do acesso e sucesso ao e no cenário universitário para a trajetória de vida dos protagonistas.

## DISCUSSÃO

A totalidade dos dados que analisamos neste texto confirmam a ocorrência de representações positivas dos estudantes universitários sobre a oportunidade de frequentar a universidade. Por outro lado confirmam a importância que o gênero feminino reserva às atividades de estudo coincidindo com a maioria das investigações que concluem sobre o avanço das mulheres nas carreiras universitárias nas última décadas. Os dados também constata a relevância que a frequência à universidade apresenta para a conquista do bem-estar social por uma de suas vias que é a garantia de emprego melhor remunerado. Considerando que as proporções e características da amostra não favorecem generalizações, outros estudos podem ser empreendidos no sentido de ofertar a disponibilização de informações com sustentação empírica que possam apoiar a compreensão do fenômeno das representações em estudo neste segmento da população escolar.

## REFERÊNCIAS

Ávila, F.B de (1982). *Pequena enciclopédia de moral e civismo* (3ª ed.). Rio de Janeiro: FENAME.

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Congresso Nacional.
- Bueno, F. da S. (1985). *Dicionário Escolar da Língua Portuguesa* (11ª ed.). Rio de Janeiro: FENAME.
- Clément, E., Demonque, C. Love-Hansen, L., & Kahn, P. (1994). *Dicionário prático de filosofia*. Lisboa: Terramar.
- Currás, C.F., & Dosil, A.M. (2001). *Diccionario de psicología e educación*. Santiago de Compostela: Grafanova S.A.
- Dorsch, F. (2002). *Diccionario de psicología* (8ª ed.). Barcelona: Herder.
- Galinha, I.C. (2008). *Bem-estar subjectivo factores cognitivos, afetivos e contextuais*, Porto, Porto Editora.
- Jesus, S.N. de, & Rezende, M. (2009). Saúde e bem-estar. In J.P. Cruz, S.N. de Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 11-29). Alcochete: Textiverso.
- Lima, V.G.P., Barroso, M.A.B., & Campos, N.Z.R. (2009). Efetividade das práticas de promoção da saúde, *Boletim Técnico do SENAC*, 35, 73-79.
- Machado, J.P. (2003). *Dicionário etimológico da língua portuguesa* (8ª ed., vol. V). Lisboa: Livros horizonte.
- Martí, I.C. (2003). *Diccionario enciclopédico de educación*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Galinha, I.C. (2008). *Bem-estar subjectivo factores cognitivos, afetivos e contextuais*. Porto: Porto Editora.
- Mascarenhas, S., Lira, R. de S. Gutierrez, D.M.D., Roazzi, A., Silva, A.Q. da, Burochovitch, E., Polydoro, S.A.J., Ribeiro, J.L.P., & Arza, N.A. (2009). *Projeto de Pesquisa: Avaliação de variáveis cognitivas e contextuais – orientação educativa, hábitos de estudos, estresse, ansiedade e depressão – interferentes no rendimento de estudantes do ensino superior do Amazonas e do Mato Grosso do Sul*. Processo 401468/2009-7/MCT/CNPq, Humaitá, UFAM.
- Moscovici, S. (2007). *Representações sociais investigações em psicologia social* (5ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J.L.P. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Porto Codex: Livpsic.
- Ribeiro, J.L.P. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J.P. Cruz, S.N. de Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.

- Siqueira, M.M.M. (2009). Bem-estar no trabalho In J.P. Cruz, S.N de Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 249-264). Alcochete: Textiverso.
- Vala, J. (2004). Representações sociais e psicologia social do conhecimento do quotidiano In J. Vala & M.B. Monteiro (Coords.). *Psicologia social* (pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vieira, L.S. (2009). O trabalho dá saúde? In J.P. Cruz, S.N de Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-estar e qualidade de vida – contributos da psicologia da saúde* (pp. 267-284). Alcochete: Textiverso.

SAÚDE REPRODUTIVA: O NÃO USO E A FALHA NO USO  
DE MÉTODOS NA PERCEPÇÃO DE MULHERES AMAZONENSES

*Denise Machado Duran Gutierrez / Kátia Lenz César de Oliveira*

Universidade Federal do Amazonas

Este trabalho é parte de estudo multicêntrico realizado no contexto do Projeto “*Contracepção e planejamento reprodutivo na percepção de usuárias do Sistema Único de Saúde*” em 2004, na temática da Saúde da Mulher e financiado pelo Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento – UNFPA/BRASIL – Ministério da Saúde. Seguindo uma tendência histórica, porém acima da média nacional para a fecundidade no Amazonas as taxas de fecundidade se encontram em plena queda com diferenças importantes entre mulheres da capital e interior – 2,1 e 3,8 partos por mulher (IBGE, 2003). Embora o processo de urbanização e as mudanças sociais que ocorrem nas grandes cidades levem à queda significativa na fecundidade ainda há um número expressivo de gravidezes não desejadas/planejadas especialmente em mulheres do interior.

Nesse estudo pretendemos apresentar e discutir as razões apresentadas por mulheres de diferentes condições de urbanidade (urbano / rural) para o não uso ou a falha no uso de métodos anticoncepcionais.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram como sujeitos da pesquisa 60 mulheres de diferentes níveis econômicos, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) de três unidades de saúde: duas da capital (Manaus) com diferentes níveis de organização e complexidade dos serviços, e uma unidade mista do interior do Estado (Boa Vista do Ramos).

### *Material*

Para a coleta de dados foi utilizado como instrumento um extenso questionário, especialmente construído para esse fim, composto por questões em sua maioria fechadas, e, algumas, poucas abertas.

### *Procedimento*

O procedimento de coleta de dados consistiu em aplicar-se o questionário individualmente para as mulheres em situação de sala de espera nas unidades de saúde, o que tomou cerca de uma hora e meia de aplicação. A análise estatística dos dados foi feita com utilização do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) com recursos da estatística descritiva (distribuição de respostas, frequências e porcentagens). Os dados de natureza qualitativa, derivados das questões abertas foram submetidos à análise hermenêutica-dialética (Minayo, 2006).

## RESULTADOS

O não uso, ou a falha no uso de métodos contraceptivos, se apresenta fundamentado em várias racionalidades distintas: a falta de informação sobre o modo de uso dos métodos e a fisiologia da reprodução humana; barreiras afetivo-sociais para solicitar métodos nos centros distribuidores (medo e vergonha); impedimentos culturais ligados à ampla valorização indígena da reprodução e fertilidade humanas; e, finalmente, as concepções religiosas e fortes representações ligadas à valorização do *'natural'* em saúde parecem embasar o não uso e a falha no uso dos métodos contraceptivos.

Dentre as mulheres entrevistadas 23 relataram que na época da gravidez indesejada não estavam utilizando nenhum método contraceptivo e cerca de 40 engravidaram durante o uso de método, o que indica as dimensões da ocorrência das gravidezes indesejadas.

Diante da pergunta *"já engravidou alguma vez sem querer?"* 41 das entrevistadas responderam que sim. Um pouco menos da metade destas afirmaram estar usando algum contraceptivo. Dentre as 26 que responderam não estarem usando método à época que engravidaram sem querer, 3 relataram que acharam que *"não engravidaria enquanto amamentava"*. Outra resposta que revela um freqüente engano das usuárias: *"aconteceu uma vez, usava pílula, mas suspendi o uso"*. Esta usuária acreditava que após a suspensão do uso da pílula o efeito seria prolongado, pois como assevera outra participante: *"pílula vai fazendo efeito aos poucos..."*. A influência do elemento *"tempo"* nas formas de uso do método gera confusão. Os dados sugerem que a mulher parte do

raciocínio ou impressão de que se a pílula demora a fazer seu efeito preventivo da mesma forma também demora em perder sua eficácia.

Entre as participantes que não estavam usando método no momento da entrevista grande parte (71%) estava impossibilitada organicamente para engravidar (16 estão grávidas, 2 em abstinência sexual, 1 nunca teve relações sexuais, 1 em menopausa), assim basicamente correm poucos riscos de sofrer a notícia inesperada de um filho (a mais, em alguns casos). Uma (1) participante está numa situação tranqüila em relação à surpresa de um filho, pois quer engravidar. Um último grupo, de 7 mulheres (25% dentre as que não usam métodos) sofre sérios riscos de engravidar involuntariamente. Diante do total de entrevistadas esta porcentagem equivale a 11%. É a partir das respostas destas últimas que desenvolveremos nossa discussão a seguir.

A Uma entrevistada diz que “*está de resguardo*”, no mínimo enganada de que esta condição de estar amamentado a protege de engravidar. Sabemos que a utilização de métodos depende não só de uma sólida base de informações, mas também e, sobretudo da convergência de aspectos representacionais que atuam confirmando ou não a validade do uso para aquela mulher. Nesse sentido temos o relato de Yon (2003) explicando como entre as mulheres indígenas peruanas o uso do método de ritmo (tabelinha) se tornou ineficaz devido ao fato das mulheres utilizarem uma outra racionalidade a partir da qual entendiam que haveria uma forte associação entre a menstruação e o período fértil, o que as levava a utilizar o método de modo inverso. Um equívoco semelhante, e aparentemente derivado das concepções prevalentes no senso comum entre as mulheres, aparece ainda em uma outra fala das entrevistadas a qual teve uma gravidez indesejada, afirma: “*Na época eu amamentava e não achava que engravidaria*”. O período da amamentação como um período livre de risco de gravidez é um elemento recorrente no discurso das participantes. Este momento parece ser vivido como um período em que a mulher está dedicada à amamentação do filho e a intensa vivência do papel de “*mãe*” com todo o sentido de mulher assexuada presente na imagem imaculada da mãe (Badinter, 1985);

B Duas dizem estar com problemas de saúde que seriam mais afetados com o uso dos métodos: Uma específica que “*tem cisto no ovário*”. Ora, pergunta-se aqui: porque não usam um método com poucos efeitos colaterais como a camisinha? As respostas parecem vir de discussões em torno dos significados atribuídos aos métodos;

C Uma diz que “*não tem interesse*” e duas que “*tem medo*” (aliando-se àquelas que dizem “*ter vergonha de pedir o método*”) e uma não quis responder, apontando em 2 direções: (1) para diferenças culturais e valorativas acerca da contracepção, entre culturas ocidentais/urbanas e as das culturas indígenas, estas últimas também muito fortes por aqui, embora desvalorizadas no mercado simbólico, em especial dentro dos serviços de saúde. Silva (2004), em texto sobre povos indígenas da Amazônia e saúde reprodutiva, explicita que os povos indígenas daqui não reconhecem a necessidade de contracepção, não tendo nem sequer termos em seus idiomas de origem para referir-se a uma gravidez indesejada ou ao processo de prevenção da gravidez; ao contrário “*saúde reprodutiva significa muitos frutos, muita pesca, muita caça, muitos filhos*” (p. 240); (2) para razões de ordem menos objetiva – racional, relacionadas a uma pouca habilidade para assumir uma função de sujeito gerenciador autônomo de sua vida e ainda defensor de seus direitos. Isto faz sentido diante dos estudos de Carvalho (2001) apontando que no Brasil os sentidos e práticas em prol dos direitos humanos, seguem um percurso histórico tortuoso em relação ao modelo clássico; como aqui os direitos sociais chegaram antes do que os civis, temos como consequência o desenvolvimento de relações cotidianas paternalistas, em que uns assumem a função de herói e/ou filantropo e em contrapartida outros que se posicionam como passivos e subservientes. Contextos produtores de tais respostas e atitudes parecem se dar em relação à configuração das relações vividas, quer diante de parceiros e pessoas próximas, quer diante dos serviços de saúde.

O caso de uma participante do interior parece-nos emblemático quanto à não preocupação com o controle da natalidade pautado num discurso religioso. Ela tem 47 anos, mora na zona rural, trabalha na roça, é membro do Sindicato dos Trabalhadores Rurais e do Partido dos Trabalhadores, cor parda (provavelmente de ascendência indígena), estudou até segunda série do ensino fundamental. Diz não conhecer nem usar nenhum método para evitar filhos. Ao responder à pergunta se conversa com o marido sobre métodos, ela conta que “*ele disse que não adiantava a gente usar, porque eu não queria e nem ele. Porque Deus não deu mais, porque não era mesmo pra usar e nem ele*”. Quanto ao uso de camisinha diz que “*não gosta e tem medo*”, e ainda que o melhor método de evitar filhos “*é quando os dois, casal, não quer*”, parecendo se referir à abstinência sexual. Também na capital encontramos uma participante que sustenta um

discurso religioso e que parece ter estranhado durante uma boa parte de sua vida o controle rígido da natalidade. O uso de métodos é visto, por essas participantes, como subversão do que seria o ‘natural’ e ‘divino’, portanto irresistível, destino ao qual só se pode entregar.

Já para as entrevistadas que engravidaram usando método temos a seguir a lista de métodos que fracassaram em sua efetividade:

Quadro 1

*Método que usava quando engravidou*

Método que usava quando engravidou	Amazonas	
	Nº	%
Pílula	15	48,3
Camisinha masculina	10	32,2
Injeções de Hormônio	2	6,5
Implantes e/ou adesivos hormonais	1	3,2
Tabelinha	1	3,2
Coito interrompido	1	3,2
Chá/ervas	1	3,2
Total	31	100

As mulheres relatam que 48% das gravidezes indesejadas ocorreram durante o uso da pílula e 32% durante o uso da camisinha masculina. Isso parece apontar não para uma ineficácia propriamente do método, mas sim, possivelmente de suas formas de utilização. Exemplo de falas em que se pode verificar como isso se dá: “a camisinha furou” ou “estourou”, “a camisinha foi mal posta”, “ele me enganou cortando a camisinha”, “estava usando pílula e esqueci de tomar”, “quando parava de menstruar esquecia de colocar [o implante]”. Tais dados remetem a dificuldades de organização pessoal para que não ocorram esquecimentos no caso da pílula e dos implantes ou adesivos, o que de novo aponta para a pouca capacidade de auto-gerenciamento de suas vidas, provavelmente ligado à cultura pouco cidadã/participativa/ativa, mas também ao mau uso acidental ou intencional ou ainda a sabotagem por parte dos homens no caso da camisinha, o que delata as dificuldades de muitas mulheres advindas da opressão que seus parceiros lhes impingem em relação a contracepção e a outras atividades da família (Schariber, 2005). Yon (2003) explica como as relações de poder entre gêneros podem resultar na falência da eficácia de uso do método quando há, por exemplo, no caso de uso de tabelinha, a imposição do desejo masculino sobre a mulher exigindo relações sexuais em períodos de fertilidade.

Quanto às gravidezes não previstas os dados demonstram a situação de indesejabilidade de várias gravidezes em diversas situações dentro da história reprodutiva das mulheres. Quer a mulher já tenha tido filhos e não esteja querendo ampliar a prole; quer planeje ter filhos no futuro, mas não os queira no momento, uma parte bastante significativa das gravidezes é marcada por um caráter intrusivo e inesperado. Uma das entrevistadas chega a dizer que não queria a gravidez porque ficou com “*trauma*” ao ter sua primeira filha demonstrando as conseqüências adversas em termos de saúde psíquica que podem derivar de uma situação de gravidez indesejada.

## DISCUSSÃO

Os resultados apontam para o fato de que a falta de eficácia no uso de métodos contraceptivos se deve a uma ampla gama de elementos simbólicos, culturais, estruturais, organizativos que pesam nas vidas das mulheres usuárias dos serviços. Essa complexidade e abrangência de elementos apelam para a necessidade de se formularem intervenções em saúde reprodutiva da mulher sensíveis às especificidades sócio-afetivas e culturais de populações específicas e de se incrementarem ações de educação em saúde que consigam dialogar respeitosamente com várias racionalidades que embasam o não uso do método.

Cabe também pensarmos na necessidade de incorporar mais veementemente junto às ações técnicas dos serviços de contracepção uma clara e ampla intervenção política em prol de um modo de vida em que as usuárias possam mais se colocar como ativas autoras de suas histórias, sem perder a dependência relativa e saudável em relação a outros, ganhando assim poder diante de si mesmas, de seus parceiros e dos serviços de saúde

## REFERÊNCIAS

Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Carvalho, J.M. (2001). *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- IBGE. (2003). *Censo Demográfico, 2003*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 08 de abril de 2009.
- Minayo, M.C.S. (2006) *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde* (9ª ed.). São Paulo: HUCITEC.
- Schraiber, L.B. (2005). Equidade de Gênero e Saúde: O cotidiano das práticas no Programa de Saúde da Família no Recife. In Villela & Monteiro (Eds.), *Gênero e Saúde. Programa de Saúde da Família em Questão*. RJ: Ed. ABRASCO/UNFPA.
- Silva, J.R. (2004). Los derechos de los pueblos indígenas y su identidad en la perspectiva de la cultura de la salud reproductiva. In Valdeavellano & Riquelme (compiladores), *Foro internacional: Salud reproductiva en la Amazonía: Perspectivas desde la cultura, el género e la comunicación*. Lima: Minga Perú.
- Yon, C.L. (2003). Sistemas explicativos sobre el cuerpo y la salud e intervenciones en salud reproductiva. In Cáceres, Cueto, Ramos, & Vallenás (Coords.). *La Salud como Derecho Ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Ed. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

MULHER E VULNERABILIDADE A  
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

*Edna Maria Peters Kahhale*

PUCSP, Instituto Silvia Lane, SP/Brasil

Edital 045/2005 do CNPq, processo 403023/2005-0

Este relato expressa o processo de um trabalho coletivo de busca pela assistência integrada à pesquisa de qualidade. Toma como referencial teórico os parâmetros da Psicologia Sócio-Histórica articulada com as diretrizes e propostas do Plano Nacional para DST/HIV/AIDS (Brasil, 1999; 2007). Parte-se do entendimento de que o processo de adesão ao tratamento quando investigado integralmente, revela as formas que a pessoa estabelece na relação com a sociedade, com os outros e consigo próprio. Sendo o processo de adesão um desvelador do modo da pessoa que vive com HIV/AIDS estabelecer suas relações de gênero e de orientação sexual.

Objetivamos discutir como as mulheres expõem-se a situações de vulnerabilidade, em especial as infectadas pelo HIV de duas cidades do Brasil: São Paulo e Recife.

É importante atentar para o delineamento da epidemia de aids que se modifica ao longo dos anos. Percebe-se um aumento constante de mulheres infectadas pelo vírus HIV: em 1985 havia uma proporção de 27 homens para 1 mulher infectada, já em 2004, constatou-se uma proporção de 2 homens para 1 mulher (Brasil, 2004).

O plano Brasileiro (Brasil, 2007) discute sete principais focos de vulnerabilidade do gênero feminino: DST, violência sexual e doméstica, raça e etnia, juventude, pobreza, drogas e estigma e violação dos direitos humanos. Todos eles apontam para a desigualdade de gênero, econômica, social levando as mulheres a terem limitações de informações, diagnóstico e tratamento, dificuldades no acesso aos equipamentos de saúde e insumos de prevenção.

No processo de constituição de mulher e de homem ocorre um investimento continuado e produtivo dos sujeitos – ainda que nem sempre de forma evidente e consciente –, visando à determinação de suas formas de ver e ou vivenciar a sua sexualidade e seu gênero. Assim, apesar de todas as oscilações, contradições e fragilidades que marcam o investimento cultural de uma sociedade, ela busca, intencionalmente, ‘fixar’ uma identidade masculina ou feminina ‘normal’ e duradoura. Esse intento acaba articulando as identidades ditas ‘normais’ a um único modelo de

identidade sexual: a heterossexual que é concebida como natural, universal e normal. Nesse sentido, supõe-se que todos os sujeitos tenham uma inclinação *inata* para eleger como objeto de seu desejo, como parceiro de seus afetos e de seus jogos sexuais alguém do sexo oposto. Conseqüentemente, outras formas de sexualidade são constituídas como antinaturais, peculiares e anormais. (Paiva, 2000; Louro, 2001)

Esper (2008) salienta que a categoria de gênero está atada a uma construção sociocultural do feminino e do masculino, a cultura de gênero, que envolve as expectativas construídas socialmente sobre o que é ser homem e mulher para determinada cultura, ou seja, as características comuns, relações de poder, crenças, valores instituídos e socialmente expressos através de códigos de comportamentos veiculados, que expressam expectativas de condutas esperadas. Para Foucault (1986) a construção social do feminino preconiza uma passividade que vai compondo e sendo expressa pelo que é chamado de natureza feminina, praticamente equiparada a um instinto, endereçada aos cuidados dos filhos e da casa. O imaginário social preconiza a mulher como reprodutora atada ao universo familiar, cabendo-lhe a execução e supervisão de tarefas denominadas de trabalho doméstico; cabendo aos homens o domínio do espaço público no papel de provedor e chefe da família. “Essas crenças e valores a respeito dos gêneros vão se expressar nas relações de trabalho, no funcionamento das instituições sociais, na regulação da vida cotidiana, nas relações de poder, tanto individuais quanto coletivas entre homens e mulheres” (Esper, 2008, p. 39).

Segundo Borges e Schor (2007) os homens têm motivações diferenciadas das mulheres para o engajamento na vida sexual, e, aparentemente, essas motivações são fruto da construção de suas identidades masculinas baseada nas relações de gênero e nos sentidos pessoais construídos ao longo de sua vida. Isto posto podemos supor que a maneira de lidar com o HIV e a AIDS também se expressa diferente nas mulheres.

O poder diferenciado entre mulheres e homens também amplia a vulnerabilidade das mulheres, pois relega a sexualidade feminina ao silêncio, sobretudo, no que diz respeito aos cuidados com o corpo e com a saúde sexual; e, também, sofrem discriminações, abandono e violência física e sexual, muitas vezes perdem seus maridos ou companheiros devido à aids. A viuvez pode significar a perda do lar, da herança, de posses, dos meios de subsistência e mesmo de seus filhos (Diniz, 2007; Schor, 1995; UNAIDS, 2006).

Na perspectiva dos papéis relacionados ao exercício da masculinidade no Brasil, noções como a de que os homens devem iniciar a vida sexual o mais cedo possível, ter muitas parceiras sexuais, “*controlar*” suas parceiras e que as práticas sexuais sem o uso do preservativo são mais prazerosas, se constituem o centro da vulnerabilidade das mulheres no que diz respeito à prevenção da infecção pelo HIV/aids e outras DST. A reprodução de papéis tradicionais nas relações de gênero e das relações de poder entre os gêneros interfere na capacidade de negociação de práticas de sexo mais seguro com seus parceiros (Diniz, 2007)

Gostaríamos de marcar e esclarecer que nossa prática refere-se à assistência e pesquisa integradas e não uma intervenção psicológica ou uma pesquisa com intervenção ou ainda pesquisa-ação participante (Thiollant, 1985). Partimos da concepção que a prática e a teoria são dimensões de um único processo na produção de conhecimento e da humanização (Bock & Gonçalves, 2009). Não queríamos somente pesquisar ou fazer uma intervenção que nos permitisse apreender o processo de quem vive com HIV/Aids mas que não pudesse ser incorporado no cotidiano do trabalho do psicólogo e das equipes de saúde. Defendemos que a assistência deve ser de tal ordem qualificada e avaliada que permita integrar a pesquisa como parte do processo e dos serviços.

O trabalho de assistência/pesquisa durou 18 meses (03/2006 a 08/2007). Acompanhamos o/as usuário/as segundo o protocolo do Brasileiro (Brasil, 1999): atendimento médico e psicológico a cada três meses, o que implicou em quatro atendimentos ao longo de um ano com profissionais variados. Os participantes somam um total de 160, sendo 69% de São Paulo e 31% de Recife; (61% homens e 39% mulheres, tanto em SP e Re), seguindo o padrão Brasileiro da epidemia do HIV/Aids.

De acordo com Kahhale (2001, 2003) a sexualidade é um processo simbólico e histórico, que expressa a constituição da identidade do sujeito, e também, como ele vive as questões da intimidade (público e privado), da significação das normas, da moral e da ética do grupo no qual se insere. Portanto, a expressão sexual é multideterminada, dinâmica e histórica tanto individual como coletivamente.

Dessa forma, viver com o vírus HIV/AIDS recoloca a questão da sexualidade numa dimensão contraditória entre intimidade e publicização, ou seja, o desenvolvimento e prática da sexualidade exigem uma relação de intimidade; por outro lado, o próprio diagnóstico do HIV muitas vezes torna pública a prática sexual da pessoa. O direito de preservar a própria intimidade, como direito de cada um, acaba sendo comprometido, em

função da própria gênese da infecção, que a expõe. Ao mesmo tempo, deixa implícita toda construção das relações de gênero e de orientação sexual vivida pelo seropositivo. O diagnóstico positivo para HIV explicita, pondo a nu as facilidades e dificuldades da prática de sexo seguro, da negociação de práticas consensuais prazerosas, da inserção da opção sexual nas redes de relações afetivas e sociais presentes na nossa sociedade.

Por outro lado, as estratégias preconizadas no serviço público de saúde normalmente pressupõem um mundo idealizado, onde todos são iguais e livres para tomar decisões sobre a própria vida, ignorando a pauperização e feminização da infecção pelo HIV, que a literatura vem assinalando. Percebemos que as informações e os conhecimentos programados a partir dessa visão idealizada, não são suficientes para evitar a proliferação da epidemia e para garantir um processo de adesão ao tratamento de forma a garantir a eficácia do mesmo. É necessário atentar para o fato que as relações de gênero e práticas sexuais colocam-se como questões importantes em relação tanto à vulnerabilidade quanto à adesão ao tratamento.

Nesse sentido, a assistência/pesquisa alcançou alguns resultados que são reveladores de como as relações de gênero compõem a vulnerabilidade para infecção pelo HIV e o quanto pode atravessar o processo de adesão ao tratamento.

Em relação ao processo de feminização da aids a análise da amostra aponta para um maior percentual de pessoas infectadas, com relações estáveis há mais de 10 anos (40% São Paulo e 43% Recife) reforçando a idéia que a epidemia avança no sentido de mulheres heterossexuais com relações estáveis, tendo sido infectadas por seus parceiros. Essas mulheres provavelmente se sentiam protegidas por trás da união duradoura e estável, não exigindo de seus parceiros o uso de preservativos nas relações sexuais. O fato de 82% relatar não ter sido infectada por transfusão de sangue, e somente 6% se declarar usuário de drogas, dá a dimensão do potencial da infecção se dar por via sexual. O alto percentual encontrado (cerca de 50%) da não utilização de preservativos, reforça essa idéia de falsa proteção, em casais que estão há algum tempo juntos e aponta para a vulnerabilidade de reinfecções e para a não adesão total ao tratamento.

No entanto, em relação a esta prática um dado chama a atenção, pois 67% das mulheres paulistas acompanhadas exigem que os companheiros usem preservativos contra apenas 47% das pernambucanas. Isto pode estar expressando que a dificuldade de acesso à educação, as vivências em uma

sociedade que valoriza os papéis tradicionais femininos, a expectativa de submissão ao parceiro, presentes maciçamente na cultura nordestina Brasileira, agravam e dificultam a comunicação e o poder de negociação de sexo seguro.

Outro dado preocupante relacionado às expectativas de papéis de gênero é que as práticas sexuais de risco, ou seja, múltiplos parceiro/as e o não uso de preservativo, são relatadas por 48% dos homens paulistas. É um número que expressa uma das dimensões do gênero masculino como aquele que atesta sua masculinidade pela variedade na parceria sexual, legitimada pela aceitação social da infidelidade masculina.

Quanto às diferenças de gênero em relação ao grau de escolaridade, trabalho e condições de vida os homens da pesquisa apresentaram um grau de escolaridade maior que as mulheres indicando, que as oportunidades sociais são oferecidas diferentemente aos gêneros e de forma discriminatória para as mulheres, que inclusive apresentaram índices de analfabetismo (4%). Temos que considerar que o fator de escolaridade é importante para a compreensão das formas de infecção e prevenção, bem como da importância da adesão ao tratamento.

O fato de ter acesso ao meio letrado influencia positivamente na possibilidade de dominar e compreender a administração do esquema medicamentoso dos ARV. A compreensão dos esquemas medicamentosos, por si só, não é garantia da utilização de suas prescrições, mas é um fator facilitador, principalmente se considerarmos que uma parcela das pessoas infectadas se esquivam de conversas sobre o adoecimento com outras pessoas com receio de ser estigmatizada socialmente, privando-se de informações adicionais que poderiam ser facilitadoras. Portanto, o isolamento social que a falta de instrução traz, pode-se constituir em fator de aumento da vulnerabilidade, pois priva a pessoa de acesso amplo a informações adicionais.

Comparando-se o grau de escolaridade entre as duas amostras femininas (S. Paulo e Recife) as paulistas que cursaram até o 2º grau (44%) são quase o dobro das de Recife (29%), o que pode indicar uma dupla discriminação vivida pela mulher nordestina Brasileira: pelo gênero e pela falta de oportunidade relacionada à sua região de moradia, já que a região nordeste exibe uma desigualdade em relação tanto ao poder aquisitivo quanto ao acesso à escola, menor que a região sudeste do Brasil.

Além do aumento de mulheres diagnosticadas, “(...) o diagnóstico e o acesso ao tratamento ocorrem em estágios mais avançados da doença, quando se compara a população masculina e feminina que chega aos

serviços” (Santos et al. 2002, p. 13). Esse dado se reproduziu na amostra feminina de São Paulo que tem metade das mulheres com tempo entre diagnóstico e tratamento entre 3 e 10 anos.

Outro dado que chama a atenção e pode ter relação com diagnósticos tardios é que as mulheres pesquisadas (São Paulo: 80% e Recife: 68%) adoecem mais do que os homens. Esse aspecto também pode estar espelhando fatores de não adesão ao tratamento e reinfeção pelo não uso de preservativos. Vale salientar também a hipótese de que essas mulheres aderiram às expectativas sociais para o papel feminino de cuidadora, primando pelo cuidado da família em detrimento de sua própria saúde. São dados que constam da história de como adoeceram e relacionados a diagnósticos mais tardios que as colocam em situação de vulnerabilidade. As pessoas que vivem com HIV e aids sabidamente correm o risco de reinfeção, caso não façam uso de preservativo em todas as relações sexuais, este risco afeta todos os tipos de pessoas e casais tanto os soro concordantes como os discordantes, no entanto, aqueles têm sua vulnerabilidade aumentada. Metade (52%) dos usuários não utiliza proteção nas relações sexuais tendo ou não companheiro fixo. Agora, se considerarmos o total dos participantes que não têm um companheiro fixo e analisarmos o uso do preservativo, este quadro fica agravado; 66% não faz uso de preservativo nas relações sexuais.

Quando analisamos as razões apresentadas sobre o uso do preservativo encontramos núcleos de significação que expressam quão difícil e contraditória é a vivência da sexualidade permeada pelo HIV e por um objeto que dificulta a intimidade sexual de pessoas com tantas dificuldades na conjugalidade, expressas principalmente, na falta de diálogo e de conversas abertas sobre o corpo, sexo, desejos, preferências e interdições. Conversas livres de estereótipos de gênero e de orientação sexual para possibilitar a inclusão de um terceiro – o preservativo – na intimidade sexual.

Segundo Tamayo et al. (2001), o uso do preservativo é um comportamento bastante complexo que implica em dimensões pessoais, interpessoais e situacionais. É visto como quebra da harmonia e do ritmo do encontro sexual e afeta negativamente a disposição sexual.

A proposta de uso do preservativo muitas vezes é interpretada como falta de confiança no parceiro. Poucas vezes é interpretada como preservação da saúde pessoal e do parceiro. Trabalhar sobre o uso do preservativo como auto cuidado e prevenção secundária deve incluir as vivências, valores e sentimentos, as relações de gênero expressas na comunidade e

em cada usuário de maneira que a inclusão de um terceiro (o preservativo) nas práticas sexuais possa ser incorporado de maneira agradável, criativa e integrativa para cada parceiro sexual.

#### *Agradecimentos*

Dra. Edna Kahhale (PUCSP), auxiliada na coordenação em S.P. por Dr. Gilberto Turcato (UNIFESP) e em Recife pelas Dra. Albenise Lima (UNICAP) e Dra. Magda Oliveira (Hospital Correia Picanço). A equipe responsável em S.P.: Cynthia Christovam, Elisa Esper, Leonardo Pereti, Mara Salla, Patrícia Santos, Solange Souza, Tatiana Anéas da PUCSP e Thiago Souza (I.T. MAUÁ). Esta equipe contou com a colaboração de Maria A. Mello (PUCSP); e dos Drs. Gisele Gosuen, Marli Campos, Paulo Ferreira, Rosimeire Gabriel e Simone Tenore da UNIFESP. A equipe responsável em Recife: Dra. M. Cristina Amazonas, André Silva e M. Irene Lima Neta da UNICAP. Esta equipe contou com a colaboração de Arabela Morais, Cristiana Santiago, Dr. Demetrius Montenegro e Erimar Moura do Hospital Correia Picanço.

#### REFERÊNCIAS

- Bock, A.M., & Gonçalves, M. (Orgs.). (2009). *A dimensão subjetiva da realidade*. São Paulo: Cortez.
- Borges, A.L., & Schor, N. (2007). Homens adolescentes e vida sexual: Heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 225-234.
- Brasil. (1999). *Política Nacional de DST/aids: Princípios e diretrizes* Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde – *Boletim Epidemiológico*, XXIII(1), Out.
- Brasil. (2007). *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde, Março.
- Diniz, C.S.G. (2007). Gênero e prevenção das DST/aids. In BRASIL – *Plano Integrado de enfrentamento da feminilização na epidemia de AIDS e outras DST* (Março/, p. 15).
- Esper, E.M.B. (2008). *Relações de gênero e o trabalho profissional realizado por homens e mulheres no espaço doméstico: Reflexos na instrumentalidade e expressividade, na saúde e na qualidade de vida*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- Foucault, T.M. (1986). *La voluntad de saber*. Mexico: Siglo Vinteuno.
- Ibge. (2007). Pesquisa Nacional de Amostra por domicílio – PNAD.
- Kahhale, E.M.P. (2001). Subsídios para Reflexão sobre Sexualidade na Adolescência. In A. Bock, M. Gonçalves, & O. Furtado (Orgs.), *Psicologia Sócio-Histórica: Uma Perspectiva Crítica em Psicologia* (pp. 119-192). São Paulo: Cortez.
- Kahhale, E.M.S.P. (2003). Gravidez na Adolescência: Orientação Materna no Pré-Natal. In Ozella (Org.). *Adolescências Construídas: A Visão da Psicologia Sócio-Histórica* (cap. 2). São Paulo: Editora Cortez.
- Louro, GL. (2001). *O corpo educado: Pedagogias da sexualidade* (2ª ed., pp. 7-34). Belo Horizonte: Autêntica.
- Paiva, V. (2000). *Fazendo arte com camisinha*. São Paulo: Ed. Summus.
- Santos, N., Buchalla, C.M., Fillipe, E.V., Gugamelli, L., Garcia, S., & Paiva, V. (2002). Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Pública*, 36(4 supl), 12-23.
- Schor N. (1995). *Adolescência e anticoncepção – Conhecimento e uso* [Tese de Livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Tamayo, A., Lima, A., Marques, J., & Martins, L. (2001). Prioridades Axiológicas e Uso de Preservativo. *Psicologia Reflexão e Critica*, 14(1).
- Thiollent, M. (1985). *Metodologia da Pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez Ed.
- UNAIDS. (2006). *Keeping the Promise: An Agenda for Actions on Women and AIDS*. The Global Coalition on Women and AIDS, UNAIDS.

RELAÇÕES FAMILIARES (CONJUGALIDADE E PARENTALIDADE) DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

*Edna Maria Peters Kahhale*

PUCSP e Instituto Silvia Lane, SP, Brasil

Falar de relações familiares implica em explicitar o que se entende por família. Os estudiosos da área vêm debatendo as transformações de configuração desta instituição social ao longo do desenvolvimento do capitalismo. Foge aos objetivos deste texto este debate, no entanto, assumiremos que a família é a instituição social responsável pela divisão e reprodução sexual e do trabalho, o que significa constituir-se um grupo heterogêneo, em termos de gerações e gêneros, instituição especializada “na e para a reprodução cotidiana e geracional de seres humanos” (Bilac, 1995). A família é um espaço de pessoas, empenhadas umas com as outras, com relações familiares também construídas em relação com outras esferas, como Estado, mercado, associações, movimentos... É o melhor lugar inventado para “fazer gente” (Mioto, 2001). Com a permanência de fortes laços intra-grupo familiar, podem desenvolver-se, internamente à família elevadas transferências materiais e imateriais (Campos, 2004).

Os laços de solidariedade intra-grupo familiar expressam-se nas relações de conjugalidade e de parentalidade. As relações de conjugalidade referem-se às relações afetivo-sexuais entre dois adultos, que podem ser ou não relações igualitárias, promover ou não a autonomia e desenvolvimento de cada um dos membros do par. As relações de parentalidade expressam relações de duas ou mais gerações diferentes, são relações desiguais, onde a geração adulta provê o acolhimento e suporte afetivo e econômico das gerações jovens; e a transmissão dos valores e significados sociais do grupo social onde se inserem, enfim, responsável pela socialização das novas gerações. Como as pessoas vivendo com HIV e aids experienciam estas duas dimensões é o foco deste texto.

RELAÇÕES DE CONJUGALIDADE

Como se configura o atravessamento do HIV na vida amorosa, nas relações de parceria sexual e afetiva? Este atravessamento se expressa na qualidade da relação do casal e até na escolha de viver só (sem relações de

conjugalidade). A análise apresentada aqui parte de uma assistência aliada à pesquisa que acompanhou, com entrevistas individuais semi-dirigidas, 160 pessoas (61% homens e 31% mulheres) vivendo com HIV e aids em São Paulo (69%) e Recife (31%) – Brasil, durante 18 meses, atendidas em ambulatórios especializados. Em relação à conjugalidade: 44% era solteira e 57% casada (ou já tinha sido). Mas olhando pelo sexo verificamos que os homens são a maioria solteira (55% SP e 53% Re); enquanto as mulheres são a maioria casada, viúva ou separada (74% SP e 57% Re). O discurso obtido durante a assistência/pesquisa foi analisado em núcleos de significados e sentidos (Esper e Kahhale, 2006; Aguiar e Ozella, 2006; Aguiar et al, 2009).

### ESTAR SÓ, SEM COMPANHEIRO/A

Como se configuram as relações amorosas das pessoas que moram sem uma parceria fixa (de 40 a 54% dos homens e de 50 a 61% das mulheres)? Ou seja, porque estas pessoas estão sós ou optaram por viverem sozinhas. Esta opção reflete tanto dimensões pessoais como sociais, indicando as contradições vividas e presentes no cotidiano. As dimensões pessoais envolvem núcleos de significação tais como “fugir de vínculos”, “gosto de ficar só”, “gosto de variedade”, “sosseguei” que caminham numa direção de *estou em paz comigo*.

Aprofundemos os significados e sentidos pessoais de “fugir de vínculos” e “gosto de ficar só”, que expressam duas vivências contraditórias e muito próprias de parte deste grupo, independentemente do sexo e da orientação sexual: para alguns expressa uma opção ou condição de conduzir-se na vida, indicado dificuldade de desenvolver relações estáveis por não querer partilhar espaços e objetos pessoais; não apresenta relação direta com a infecção pelo HIV. Para outros é uma expressão de luto ou punição pela infecção de HIV.

Também como dimensão pessoal os núcleos de significação “gosto de variedade” e “sosseguei” indicam um jeito próprio de construir relações amorosas e sexuais. Parece que a dificuldade de desenvolver vínculos expressa-se na busca pela variedade e diversidade nas relações, pela busca do novo, pela superficialidade do encontro: *“Eu não sei ficar com uma só pessoa, eu não sou bonita, mas sou muito cobiçada.”*. Por outro lado, temos as pessoas que optam por “ficar só, “gostam de ficar só” como

decorrência de um processo de luto pelo HIV (diagnóstico e perda do/a companheiro/a), onde o viver com HIV levou a uma nova configuração da relação de conjugalidade: “Depois que fiquei viúva quero dar um tempo. No momento não quero saber de ninguém “(M).

As dimensões sociais expressam um sofrimento pela solidão, que pode se apreendido nos núcleos de significação “sinto falta de alguém”, “é difícil”, “tenho medo de infectar o outro”, “HIV gerando medo ou dificuldade de enfrentar o outro”. Estes núcleos expressam quanto o viver com HIV e aids gera sofrimento e restrições na construção de relações de conjugalidade. São pessoas que a opção por estar só é atravessada pelo HIV, não diríamos que realmente é uma opção, pois se configura como uma circunstância frente à qual se sentem impotentes, sem condições de responder às exigências sociais de como adulto, constituírem família ou uma relação afetiva sexual estável. A expectativa de uma parceria amorosa tem como critério as questões de gênero, numa visão do feminino, da mulher como cuidadora da família, da casa, do companheiro. Esta visão está presente tanto nos homens hetero e homossexuais, ou seja, a visão oitocentista da mulher permanece no imaginário dessas pessoas quando sonham em ter uma parceria amorosa, construindo uma relação de conjugalidade. Vejamos estas falas: “Gostaria de encontrar um “macho” para quem pudesse lavar, cozinhar e dar só umas chupadas, não faço questão de transar.”(HSH). “Sinto falta de uma mulher que cuide de mim, que faça a comida e arrume a casa. (...)” (HSM).

Temos também a compreensão de alguns usuários de que “relações afetivas homossexuais são menos duradouras”, pois não veem possibilidade do casal constituir família, enquanto parentalidade. É como se a orientação sexual ditasse as possibilidades da composição familiar, opondo sexo com amor e reprodução; reafirmando assim os estereótipos sociais sobre a homossexualidade como só busca de prazer, descompromisso das relações vinculares conjugais e parentais, negando as conquistas sociais da adoção por familiares monoparentais e homoeróticas. A fala a seguir exemplifica a questão: “Estou tentando outros relacionamentos, mas não tem dado certo. (...) Acho mais fácil encontrar um parceiro para uma relação duradoura entre os casais heterossexuais, pois estes perduram em função da possibilidade de terem filhos e constituírem família. Sendo que na relação homo, quando acaba a paixão, não se tem mais motivos para continuar” (HSH).

## QUALIDADE DA RELAÇÃO DO CASAL

Aqueles usuários que mantêm uma relação afetiva sexual fixa, estas são estáveis, pois para a maior parte (40% na população geral; 37% em São Paulo e 50% em Recife) a relação dura há mais de 10 anos. Agora, se olharmos para a questão do gênero, as mulheres apresentam-se em número maior em relações mais duradouras (59% em São Paulo e 50% em Recife). Analisemos a qualidade dessas relações conjugais: alguns casais já enfrentavam problemas de comunicação, de interesses divergentes e falta de objetivos comuns anteriores ao diagnóstico de HIV, ou seja, a qualidade já estava comprometida. Outros casais a partir do diagnóstico de HIV ou do adoecimento e/ou morte do companheiro, defrontaram-se com as questões da traição e da infecção. A forma como estes casais estavam no momento da assistência revela a dinâmica e as possibilidades contraditórias disponíveis ao ser humano.

Para alguns homens heterossexuais a qualidade do relacionamento era boa ou melhorou com o diagnóstico do HIV: “A relação está boa, conversamos bastante sobre HIV, um gosta do outro, dá carinho, a parte sexual está boa. Conversamos sobre a vida, trabalho, é boa e prazerosa” (HSM).

A maioria dos casais é soro discordante (66% no geral, 70% em São Paulo e 53% em Recife). Vejamos nesta fala como a qualidade do relacionamento melhorou com o diagnóstico do HIV: “Gostamos muito um do outro, o sexo entre nós é super bom e ela aceitou a doença. Depois que estou com ela nunca mais sai com mulher nenhuma” (HSM). Esta fala evidencia que na concepção deste homem, sua mulher o rejeitaria devido à infecção pelo HIV e à infidelidade, como ela permaneceu com ele, inclusive aceitando o diagnóstico, apoiando e cuidando dele, a visão dele do relacionamento conjugal se altera, inclusive na direção de fidelidade.

A proporção de casais soropositivos é baixa no geral, variando de 28% a 32%. Em Recife há incidência maior entre os homens (58%) de casais soropositivos concordantes. Isto porque em Recife há mais homens com relações estáveis do que as mulheres.

Algumas mulheres qualificam como boa a relação conjugal porque o parceiro desempenha o papel masculino de provedor e cuidador da família, vejamos uma fala: “Ele é atencioso, fala que nem criança comigo e sempre me liga. Ele tem um carinho por mim e eu tenho um carinho por ele”.

No entanto, a maioria dos casais apesar de estarem juntos há um bom tempo apresentam dificuldades na construção desta relação a dois, ou se anulam como sujeitos, ou usam o Outro para se constituir e suportar as

dificuldades de viver com HIV e aids. As relações são atravessadas pela traição, pela violência física e verbal, pelas implicações somáticas da infecção pelo HIV. Há dificuldade de se constituir como sujeito com potência para construir alternativas de enfrentamento, cumprem na relação conjugal papéis tradicionais de masculino e feminino, sem questionamento e com muito sofrimento psíquico. Vejamos as falas naquelas relações que se mantiveram com o diagnóstico de HIV, que denotam traição e violência, com reprodução sistemática de violência doméstica e de gênero: “Eu administro a vida do meu marido, cozinheiro, limpo, ..., e ele demonstra o carinho através da brutalidade.”

Um núcleo que merece análise refere-se ao papel da mulher como cuidadora, mantenedor das relações de conjugalidade apesar da má qualidade da relação, do pouco investimento masculino e da baixa gratificação do relacionamento. Parece que a força da construção social de cuidadora atribuída à mulher fala mais forte do que a carência emocional e de apoio que ela sofre. Talvez esta seja mais uma dimensão das diferenças de gênero, onde a mulher ainda se vê como a bondosa, mãe, cuidadora, as questões de gênero feminino ainda persistem como sendo próprio da mulher padecer no paraíso. “Está boa [relação]. (...)fico muito preocupada com meu marido, pois ele quase morreu. Quando fico nervosa, eu o culpo por estar assim. Tenho mágoa dele, porque se ele me passou, ele me traiu. Mas não vou olhar para o que foi, porque tenho que viver. Nunca vou deixá-lo” (M).

Outras relações se mantêm pelo ocultamento de si e do Outro sobre a soropositividade, assim a relação se configura pela falta de comunicação aberta e franca entre o casal, demonstrando a dificuldade de algumas mulheres falarem sobre a infecção: “[a relação está] Boa, em termos porque ele não sabe e tenho que esconder. Incomoda-me a situação de não saber como chegar e contar para ele. Pensei em contar indo os dois fazer exame”.

Ou a relação é construída para sustentar a fragilidade do soropositivo, utilizando o Outro como âncora ou força para viver, núcleo que notamos em mulheres e HSH. Outros casais, a partir do diagnóstico de HIV e ou do conhecimento de traição, interrompem a convivência. Esta interrupção por traição é mais claramente relatada por HSH e não por mulheres, que apesar da traição permanecem com seus companheiros e se separam por razões distintas, tais como uso de drogas lícitas e ilícitas.

Os núcleos de significados analisados até este momento estão inseridos no seguinte contexto. A maioria dos cônjuges sabe da soropositividade (84%),

no entanto temos em São Paulo quase  $\frac{1}{4}$  das mulheres (23%) que não contaram sobre sua infecção pelo HIV aos seus companheiros fixos. E quais as razões para contar ou não sobre o HIV, além das já exemplificadas? Para a metade dos usuários a razão do relato é o companheirismo entre o casal (46% dos homens e 60% das mulheres), seguida pela descoberta do companheiro. A principal razão para não contar sobre o HIV a/o companheira/o é a falta de coragem, seguida do receio de abandono. É interessante notar que todas as mulheres de Recife que não falaram sobre a soropositividade ao companheiro não o fizeram por conta da discriminação associada ao HIV, fato que não é relatado nem pelos homens das duas cidades e nem pelas mulheres de São Paulo. São as mulheres de Recife que têm dificuldade de manter relações estáveis, sentem-se discriminadas e tem menor possibilidade de reflexão devido a baixa escolaridade e dificuldade de acesso aos bens da cultura. Neste caso, o saber popular machista acaba prevalecendo. Porque mesmo que os homens tenham infectado suas companheiras, elas a princípio, – se os companheiros não foram ainda diagnosticados, – ficam na dúvida se estes não vão alegar que a infecção foi por traição delas, isentando-os de sua responsabilidade na relação do casal. As relações sexuais extraconjugais (homo ou heterossexuais) são mais comuns entre os homens do que entre as mulheres.

### *Parentalidade*

Analisaremos como as pessoas vivendo com HIV e aids e acompanhadas por nós pensam e constroem o sentido e significados de ser pai e ser mãe. 61% do total da amostra possuía filhos. Aqui temos uma distinção de gênero: 83% (SP) e 89% (Recife) das mulheres possuíam filhos, que variava de um até sete. 44% (SP) e 50% (Recife) dos homens possuíam filhos, que variava de um a três. No entanto, a maioria tinha um filho (70% das mulheres e 34% dos homens em Recife; 40% das mulheres e 43% dos homens em São Paulo).

A maioria das crianças não é soropositiva somente 8% o são; e 9% dos usuários perderam filhos com aids. Em São Paulo, os homens têm uma perda maior de filhos decorrentes da AIDS (até quatro filhos), enquanto que em Recife não há diferenciação de gênero, pois homens e mulheres têm perdas de até dois filhos. As mulheres de São Paulo tiveram mais filhos mortos pela aids do que as de Recife. A perda destes filhos foi a razão para o diagnóstico de soropositividade dos pais.

A transmissão vertical nos casos dos primeiros filhos não foi diagnosticada durante o pré-natal e também não impediu que novas crianças fossem geradas e infectadas, o que levou à perda por parte de algumas mulheres de até três filhos e por parte de um homem de quatro filhos (todos de São Paulo).

Alguns pontos merecem análise para entendermos a morte dessas crianças, por exemplo, as mulheres podem ter iniciado tardiamente o pré-natal ou mesmo não o terem feito; os equipamentos de saúde não tinham qualificação ou recursos necessários para o diagnóstico de HIV, ou ainda, durante o trabalho de parto também não se fez uma avaliação para o HIV (nas mulheres que não tinham feito pré-natal), apesar de preconizado no Programa Nacional para HIV/AIDS.

A maioria da população investigada apesar de estar em idade reprodutiva não pretende ter filhos, mesmo aqueles que não os têm. Talvez tenha relação com a orientação sexual dos homens (HSH), com a falta de informação sobre as possibilidades reprodutivas dos soropositivos e pelas perdas pela AIDS. Somente 15% gostariam de ter filhos neste momento da vida.

Analisando o significado dos filhos obtivemos três núcleos de significação: filhos sustentando as relações de conjugalidade; os filhos ajudando enfrentar a solidão, pela falta da relação de conjugalidade e filhos como cuidadores dos pais, auxiliando no tratamento. Estes núcleos indicam a dificuldade destas pessoas fazerem a transição das relações de conjugalidade para a de parentalidade, assumindo a proteção e desenvolvimento das novas gerações partilhando decisões e tarefas educativas. Fragmenta-se e desconfigura-se na prática a relação de parentalidade ou porque o casal não consegue dialogar e tomar decisões conjuntamente ou porque o adulto se infantiliza e provoca uma inversão na relação, com cobranças para os filhos cumprirem o papel de cuidadores.

## DISCUSSÃO

A partir da análise de todos os núcleos discutidos, notamos que a conjugalidade e parentalidade não se baseiam numa relação de confiança, fidelidade, comunicação aberta e construtiva necessárias para uma relação igualitária. A configuração da conjugalidade e da parentalidade explicita questões postas socialmente sobre os significados destas relações, que

demandam ações dos equipamentos de saúde nas três dimensões que a categoria de vulnerabilidade (Ayres, 1997, 2004) abarca.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar, W.M.J., & Ozella, S. (2006). Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos Brasília: *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(2), 222-245.
- Aguiar, W.M.J., Liebesny, B., Marchesan, E.C., & Sanchez, S. (2009). Reflexões sobre sentido e significado. In A. Bock & M. Gonçalves (Orgs.), *A dimensão subjetiva da realidade* São Paulo: Cortea.
- Ayres, J.R.C.M. (1997). Vulnerabilidade e AIDS: Para uma resposta social à epidemia. *Boletim Epidemiológico: AIDS – Vulnerabilidade*, C.R.T. – DST/AIDS, XV(3), 2-4.
- Ayres, J.R.C.M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, 8(14) 73-92.
- Bilac, E. (1995). Família: Algumas inquietações. In M. Carvalho (Org.), *A família contemporânea em debate*. São Paulo: Cortez.
- Campos, M. (2004). Fortalecendo famílias. In M. Wanderley & I. Oliveira. *Trabalho com famílias* (2v, texto 6, pp. 78-92). São Paulo: IEE-PUCSP.
- Esper, E.M., & Kahhale, E.M.P. (2006). *Pesquisa Qualitativa e/ou Quantitativa em Psicologia: Novas possibilidades metodológicas* (impresso).