

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Margarida Reis Santos Ferreira

Escola Superior de Enfermagem do Porto

As questões sobre a sexualidade não são exclusivas da adolescência, na medida em que o desenvolvimento psico-sexual lhe é muito anterior, mas é durante este período que se inicia a organização sexual definitiva, tanto do ponto de vista somático, como sociológico e psicológico, e que a identidade sexual se torna importante. O adolescente procura construir a sua identidade integrando sentimentos, necessidades e desejos.

A actividade sexual na adolescência está muitas vezes associada a outros comportamentos de risco, como o consumo de substâncias, álcool, tabaco e outras drogas. Comportamentos sexuais de risco como as relações sexuais sem utilizar preservativo, mesmo que se tenham utilizado outros métodos contraceptivos, os múltiplos parceiros sexuais e as relações sexuais com estranhos constituem uma séria ameaça à saúde física e psicológica dos adolescentes, bem como ao seu bem-estar social.

Numa sociedade em que os adolescentes são constantemente assediados por imagens sexuais não basta e pode, mesmo, ser contraproducente dizer aos adolescentes que se abstenham de ter relações sexuais, importa é dar-lhes formação e informação adequada ao seu estágio de desenvolvimento sobre sexualidade, sexo e contraceção para que eles se sintam mais seguros na sua sexualidade, possam atrasar o início da sua actividade sexual e pratiquem sexo seguro quando se tornarem sexualmente activos.

Os adolescentes podem ter recebido informação/formação sobre métodos anticoncepcionais e importância da prática de sexo seguro, mas, isso nem sempre significa que usem a informação que têm. Muitas vezes, as circunstâncias em que ocorre o encontro (inesperado, indisponibilidade de preservativo) e falta de capacidade do par para discutir e negociar sobre medidas contraceptivas podem influenciar as escolhas. Bekaert (2005), refere que num estudo realizado no Reino Unido, 89% dos adolescentes afirmavam que ter sexo sem usar preservativo os punha em risco de contrair VIH/SIDA, mas, 16% continuaria a ter relações sexuais sem utilizá-lo se a oportunidade surgisse.

A educação sexual para adolescentes deve abranger as questões da sexualidade/afectividade, liberdade, igualdade, responsabilidade, sexo e contraceção, de forma a capacitá-los para recusarem uma relação se esse for o seu desejo, expressarem a sua sexualidade respeitando os direitos dos outros, negociarem os níveis de intimidade, decidirem sobre o desenvolvi-

mento da relação a dois e seleccionarem o método anticoncepcional (e utilizarem-no correctamente). Deve, também despertá-los para a importância da vigilância de saúde e informá-los sobre os locais onde a poderão fazer. Atendendo aos aspectos específicos do desenvolvimento dos adolescentes e ao facto das suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva diferirem das dos adultos os programas de formação e as consultas de educação sexual devem ser vocacionados para o grupo de forma a se alcançarem os melhores resultados. “É essencial que os profissionais de saúde que cuidam dos adolescentes entendam as questões da sexualidade durante a adolescência e saibam como lidar com as questões, sentimentos e problemas dos adolescentes” (Neinstein, 1996, p. 627).

MÉTODO

Realizou-se um estudo exploratório que teve como objectivos analisar o comportamento sexual dos adolescentes do ensino secundário. Investigou-se a relação dos indicadores demográficos idade, sexo e ano de escolaridade, sobre o comportamento sexual dos adolescentes.

Os dados necessários para o estudo foram colhidos através de um questionário construído para o efeito que obteve o parecer positivo da Comissão Nacional de Protecção de Dados. A colheita de dados decorreu entre Junho e Novembro de 2005, após autorização da Direcção Regional de Educação do Norte e dos Conselhos Executivos das escolas para a realização do estudo e foi efectuada em sala de aula, durante um tempo lectivo, a unidade de análise foi a turma. A escolha das turmas para participarem no estudo foi feita pelos conselhos executivos das instituições.

Para a análise estatística dos dados recorreu-se à versão 16 do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Os dados foram explorados através de estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e de dispersão e, posteriormente, estatística inferencial. A técnica de análise de conteúdo, mais especificamente a análise temática, foi utilizada para o tratamento da informação obtida através das questões abertas do questionário. O discurso dos participantes foi transcrito na íntegra, sendo posteriormente feitas inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas, sendo as categorias estabelecidas à *posteriori*.

Participantes

A amostra do estudo é proveniente de cinco escolas do distrito do Porto e compreende 680 adolescentes a frequentarem o ensino secundário. Destes, 238 (35,0%) cursam o 10º ano, 280 (41,2%) o 11º ano e 162 (23,8%) o 12º ano. Os inquiridos são na sua maioria do sexo feminino (59,6%, $N=405$, vs 40,4%, $N=275$, do sexo masculino), de nacionalidade portuguesa (98,6%, $N=669$), sendo os outros venezuelanos (0,4%, $N=3$), brasileiros (0,3%, $N=2$), suíços (0,3%, $N=2$), congolese (0,3%, $N=2$) e franceses (0,1%, $N=1$) e têm idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, sendo a média de 16,61 anos ($DP=1,03$). As raparigas têm em média 16,55 anos ($DP=0,98$) e os rapazes 16,69 anos ($DP=1,10$).

Atendendo às características comuns dos adolescentes de determinada idade, a adolescência é muitas vezes dividida em três fases (Bekaert, 2005): a fase inicial, dos 10 aos 13 anos; a intermédia, dos 14 aos 16 anos; e a final, dos 17 aos 19 anos. Esta divisão foi também adoptada no nosso estudo, na estatística inferencial. A maioria dos adolescentes, independentemente do sexo situa-se no grupo etário dos 17 aos 19 anos (50,6%, $N=205$, de raparigas e 54,2%, $N=149$, de rapazes).

RESULTADOS

Dos adolescentes que participaram no estudo, 35,8% ($N=240$) já tiveram relações sexuais. A idade com que os inquiridos tiveram a primeira relação variou entre os 13 (5,9%, $N=14$) e os 19 anos (0,8%, $N=2$), sendo a média de 15,49 anos ($DP=1,24$) e a moda de 16 anos.

As raparigas e os rapazes diferem significativamente no início da actividade sexual ($\chi^2=6.96$, $p=0.008$). É no grupo dos rapazes que se encontra a maior percentagem de adolescentes que já o fez (41,7%, $N=113$, vs. 31,8%, $N=127$, raparigas).

Há associação estatística entre a idade dos adolescentes e o já terem tido relações sexuais ($\chi^2=69.94$, $p=0.000$). A percentagem de adolescentes mais velhos, que já teve relações sexuais é superior à dos mais novos (50,7%, $N=176$, vs 19,8%, $N=64$, respectivamente).

Tanto no género feminino como no masculino, os adolescentes que iniciaram a actividade sexual mais cedo fizeram-no aos 13 anos e os que começaram mais tarde aos 19 anos. A média de idades da primeira relação

sexual foi ligeiramente mais elevada nas raparigas (15,62 anos, $DP=1,19$, vs 15,34 anos, $DP=1,29$, nos rapazes). A moda nas raparigas foi de 16 anos (38,1%, $N=48$) e nos rapazes de 15 anos (31,5%, $N=35$). As raparigas e os rapazes diferem significativamente na idade com que tiveram a primeira relação sexual ($U=5941,50$, $p=0,039$), sendo mais tarde nas adolescentes. A maioria dos inquiridos (89,1%, $N=212$) usou algum método contraceptivo na primeira relação sexual. Não se verificou diferença significativa entre géneros, quanto ao uso de contraceptivos na primeira relação sexual ($\chi^2=0,54$, $p=0,46$).

Os participantes que tiveram a primeira relação sexual aos 13 anos são os que mais referem não ter utilizado contraceptivos (21,4%, $N=3$). À medida que aumenta a idade com que iniciam a actividade sexual, aumenta também a percentagem de adolescentes que usam anticoncepcionais, tendo estes sido usados por todos os inquiridos que iniciaram a vida sexual aos 18 ou 19 anos. O preservativo foi o anticoncepcional mais utilizado na primeira relação sexual, 91% ($N=193$).

As razões apontadas pelos adolescentes que não usaram nenhum método contraceptivo na primeira relação sexual, após análise das respostas dos inquiridos, foram codificadas em “Indisponibilidade de método contraceptivo” (55%, $N=11$), “Falsas crenças” (20%, $N=4$) e “Outros motivos” (25%, $N=5$).

As respostas dos inquiridos à questão “quem lhes aconselhou o anticoncepcional que usaram na primeira relação?” foram codificadas após análise em “Ninguém” (48%, $N=96$), “Pais” (12%, $N=24$), “Amigos” (10,5%, $N=21$), “Profissionais de saúde” (7%, $N=14$), “Pais e amigos” (6%, $N=12$), “Publicidade” (6%, $N=12$), “Formação feita na escola” (5%, $N=10$), e “Outras fontes” (5,5%, $N=11$).

Quanto à regularidade com que os inquiridos têm relações sexuais, verificou-se que havia uma variação entre zero (11,6%, $N=20$) a seis por semana (2,9%, $N=5$). A percentagem de raparigas que referiu não ter relações quando participou no estudo ou ter menos de uma ou duas relações por mês, é inferior à dos rapazes, sendo a percentagem de raparigas que têm mais de uma relação por semana superior à dos rapazes. Não podemos contudo afirmar que exista associação entre o género e a frequência das relações sexuais ($U=3190,00$, $p=0,12$).

Os adolescentes mais novos e mais velhos não diferem relativamente à frequência das relações sexuais ($U=2955,50$, $p=0,94$).

A maioria dos inquiridos (94,7%, $N=198$) sexualmente activos afirma usar anticoncepcionais. O preservativo é o método mais utilizado (68,7%, $N=136$).

Concluiu-se que as raparigas não diferem dos rapazes relativamente à utilização de anticoncepcionais ($\chi^2=0,02$, $p=0,90$) e que não há associação da idade dos adolescentes, e do ano de escolaridade que frequentam, com o uso de medidas contraceptivas ($\chi^2=0,61$, $p=0,44$ e $\chi^2=0,63$, $p=0,73$, respectivamente).

O número de parceiros sexuais variou entre um e nove, tendo a maioria dos inquiridos (62%, $N=137$) mencionado só ter tido um. A maioria das raparigas (74,4%, $N=93$) só teve um parceiro e nenhuma teve mais de três. Os rapazes referem ter tido entre uma (45,8%, $N=44$) e nove (0,1%, $N=1$) parceiras sexuais. As raparigas e os rapazes diferem significativamente quanto ao número de parceiros sexuais ($U=3979,50$, $p=0,000$), que é superior no caso deles.

Os adolescentes mais novos e os mais velhos não diferem quanto ao número de parceiros sexuais ($U=4321,50$, $p=0,21$).

Há diferenças significativas entre ter relações sexuais e o consumo de álcool ($\chi^2=36,96$, $p=0,000$), sendo entre os participantes que consomem bebidas alcoólicas que se encontra a maior percentagem de adolescentes que já iniciou a vida sexual. Existe também relação estatística entre o início da vida sexual e o consumo de tabaco pelos adolescentes ($\chi^2=47,99$, $p=0,000$), sendo entre os participantes que fumam que se encontra a maior percentagem de adolescentes sexualmente activos.

DISCUSSÃO

A adolescência é um período durante o qual muitos adolescentes iniciam a sua vida sexual (Avery & Lazdane, 2008). A procura da identidade sexual, a curiosidade, a pressão do grupo de pares e o desejo de emancipação, são algumas das razões que podem estar na origem deste facto (Bekaert, 2005; Coslin, 2003). A avaliação da saúde sexual dos adolescentes é uma componente essencial dos cuidados prestados a este grupo de indivíduos, atendendo ao risco substancial que os seus comportamentos sexuais representam para a sua saúde (Merzel et al., 2004).

No nosso estudo, 35,8% dos adolescentes afirmam que já tiveram relações sexuais, sendo esta percentagem significativamente superior nos rapazes. A idade com que tiveram a primeira relação variou entre os 13 e os 19 anos. Se confrontarmos os resultados que obtivemos com os de outros estudos realizados com adolescentes portugueses, verificamos que eles se assemelham. Rodrigues e col. (2007) apuraram que a maioria dos inquiridos (10 aos 19 anos) não era sexualmente activa e que era superior no sexo masculino a percentagem dos que já tinham iniciado essa actividade. Monteiro e Raposo (2005) concluíram igualmente que apenas 32,3% dos participantes (do 10º, 11º e 12º anos de escolaridade) já tinham tido actividade sexual e que a percentagem de rapazes era superior, reportando ainda que a maioria iniciou vida sexual antes dos 16 anos (nós apurámos que esta era uma ocorrência para 49,4% dos adolescentes e, tal como eles, concluimos que este evento era mais frequente no sexo masculino).

De acordo com as nossas expectativas face à autonomia, procura de identidade sexual e maior liberdade, a percentagem de adolescentes mais velhos que já teve relações sexuais é significativamente superior à dos mais novos, sendo os nossos resultados sobreponíveis aos obtidos em estudos prévios (Rodrigues et al., 2007; Vesely et al., 2004; Matos et al., 2003).

As raparigas tiveram a primeira relação sexual significativamente mais tarde que os rapazes. Este resultado corrobora os obtidos noutros estudos (Currie et al., 2004; Matos et al., 2003), que verificaram igualmente que as raparigas iniciam a actividade sexual mais tarde que os rapazes.

Os nossos resultados são congruentes com os de Sikkema e col. (2004), que também reportam que as raparigas têm relações sexuais mais frequentemente.

Consideramos preocupante verificar que 10,9% dos nossos inquiridos não utilizaram nenhum método contraceptivo na primeira relação sexual, pois como é sabido os comportamentos sexuais de risco constituem uma ameaça à saúde física e social dos adolescentes. São os participantes que tiveram a primeira relação aos 13 anos os que mais referem não os ter utilizado; consoante aumenta a idade com que iniciam a actividade sexual, aumenta a percentagem de indivíduos que usam anticoncepcionais, o que foi feito por todos os que iniciaram vida sexual aos 18 ou 19 anos.

O aumento do uso do preservativo pelos adolescentes é responsável pela diminuição do número de primeiras relações não protegidas (Mosher & McNally, 1991). Verificou-se que o preservativo foi o anticoncepcional

mais utilizado na primeira relação sexual, não se apurando diferenças significativas entre géneros quanto ao seu uso.

Atendendo ao risco de encontros sexuais sem contraceção, à responsabilidade dos profissionais de saúde na educação sexual e à necessidade desta se iniciar antes da primeira relação, para os adolescentes saberem como utilizar correctamente os métodos anticoncepcionais (Svare et al., 2002), é importante que estes técnicos abordem a questão da contraceção de forma consistente e explícita nas consultas que têm com os adolescentes.

A elevada taxa de utilização de contraceção encontrada na nossa investigação, face à reportada em outros estudos, pode estar relacionada com o facto de todos os inquiridos serem estudantes. Como referem outros autores (Bailey et al., 2008; Ferreira et al., 2006), os adolescentes que estudam e que têm objectivos educacionais tendem a usar mais os contraceptivos.

Concluimos que é no grupo de participantes que consomem bebidas alcoólicas que se encontra a maior percentagem de adolescentes que já iniciou a vida sexual e igualmente que é entre os participantes que fumam que se encontra a maior percentagem de inquiridos que já teve relações sexuais. O IAS (2007) refere que o consumo de álcool pode ser uma forma de facilitar o envolvimento em relações sexuais e Parkes e col. (2007) também reportam associação entre o início da vida sexual e o consumo de álcool e tabaco.

CONCLUSÃO

Correr riscos faz parte do processo de formação de identidade dos adolescentes, contudo os comportamentos sexuais de risco constituem uma ameaça significativa para a saúde e bem-estar físico, psicológico e social dos adolescentes. As consequências negativas da gravidez na adolescência e das IST são razões mais do que suficientes para implementar políticas e programas de intervenção que visem reduzir os comportamentos sexuais de risco dos adolescentes.

Face aos resultados obtidos pensamos que é importante os enfermeiros ajudarem os adolescentes a desenvolverem competências que os tornem capazes de negociar os níveis de intimidade e as medidas contraceptivas a usar numa relação, que promovam o pensamento crítico e que facilitem a

tomada de decisões e a resolução de problemas, aumentar a sua autoconfiança e capacidade de fazerem escolhas informadas, como atrasarem o início da actividade sexual, até estarem suficientemente maduros para se protegerem do VIH, de outras IST's e de gravidezes indesejadas. É também crucial motivá-los para a vigilância de saúde sexual e informá-los das instituições e dos locais, inclusive dos específicos para adolescentes, onde a podem fazer de forma gratuita.

REFERÊNCIAS

- Avery, L., & Lazdane, G. (2008). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(1), 58-70.
- Bailey, J.A., Fleming, C.B., Henson, J.N., Catalano, R.F., & Haggerty, K.P. (2008). Sexual Risk Behavior 6 Months Post-High School: Associations with College Attendance, Living with a Parent, and Prior Risk Behavior. *Journal of Adolescent Health*, 42, 573-579.
- Bekaert, S. (2005). *Adolescents and sex: The handbook for professionals working with young people*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Coslin, P. (2003). *Les conduites à risque à l'adolescence*. Paris: Armand Colin Éditeur.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Rasmussen, V. B. (2004). *Young people's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Ferreira, M.R.S., Paúl, C., & Amado, J. (2006). Comportamentos sexuais de adolescentes do ensino secundário. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 7, 50-53.
- IAS (2007). *Adolescents and alcohol*. Consultado em 2 de Setembro de 2007 através de <http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/adolescents.pdf>
- Matos, M.G., & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Relatório português do estudo HBSC 2002. Lisboa: FMH.
- Merzel, C.R., Vandevanter, N.L., Middlestadt, S., Bleakley, A., Ledsy, R., & Messeri, P.A. (2004). Attitudinal and contextual factors associated with discussion of sexual issues during adolescent health visits. *Journal of Adolescent Health*, 35, 108-115.

- Monteiro, M.J., & Raposo, J.V. (2005). *Compreender o comportamento sexual para melhor (re)agir*. Consultado em 3 de Janeiro de 2007 através de http://www.aidscongress.net/pdf/compreender_abstract_239_comunic_271.pdf
- Mosher, W.D., & McNally, J.W. (1991). Contraceptive use at first premarital intercourse: United States, 1965–1988. *Family Planning Perspectives*, 23, 108-116.
- Neinstein, L. (1996). *Adolescent health care: A practical guide* (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Parkes, A., Wight, D., Henderson, M., & Hart, G. (2007). Explaining associations between adolescent substance use and condom use. *Journal of Adolescent Health*, 40(2), 180.e1-180.e18.
- Rodrigues, V., Carvalho, A., Gonçalves, A., & Carvalho, G.S. (2007). Situações de risco para a saúde de jovens adolescentes. *Actas do 3º Encontro de Investigação de Vila Real* (pp. 1-7). Vila Real: Escola Superior de Educação da UTAD.
- Sikkema, K.J., Brondino, M.J., Anderson, E.S., Gore-Felton, C., Kelly, J.A., Winett, R.A., Heckman, T.G., & Roffman, R.A. (2004). HIV risk behavior among ethnically diverse adolescents living in low-income housing developments. *Journal of Adolescent Health*, 35(2), 141-150.
- Svare, E.I., Kjaer, S.K., Thomsen, B.L., & Bock, J.E. (2002). Determinants for non-use of contraception at first intercourse: A study of 10,841 young Danish women from the general population. *Contraception*, 66, 345-350.
- Vesely, S.K., Wyatt, V.H., Oman, R.F., Aspy, C.B, Kegler, M.C., Rodine, S., Marshall, L., & McLeroy, K.R. (2004). The potential protective effects of youth assets from adolescent sexual risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 34, 356-365.

IDENTIDADE, GÉNERO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Instituto Politécnico de Beja

Conhecer os contributos do género para o desenvolvimento de saúde e do bem-estar da personalidade, e compreender a presença da saúde e da inteligência emocional no feminino e no masculino, não é tarefa fácil, contudo, torna-se imprescindível para delinear um planeamento do comportamento salutar, reformular situações de crise ou impasse e iniciar um processo de mudança para melhorar a vida da personalidade em devir. Por outro lado, é preciso levar o indivíduo e a sociedade a reflectirem sobre a construção da identidade pessoal, considerando os seus pontos de referencia e de pertença, a sua história de vida, para que se possam compreender de que forma é que estes põem em risco a saúde dos cidadãos, ou se pelo contrário, solidificam uma consciência de saúde individual e social, promotora de acções de desenvolvimento e bem-estar para todos. Assim, múltiplas são as relações e as influências dos vários domínios para a edificação de bem-estar e protecção da saúde individual, social e comunitária, pelo que devem ser investigadas para assim se poder maximizar as iniciativas e o empreendedorismo em acções de promoção de saúde.

IDENTIDADE, INTIMIDADE E SAÚDE

Compreender os processos de construção da identidade na saúde e na doença leva-nos a repensar os conceitos de identidade e intimidade que explicam em parte, os comportamentos e as atitudes que observamos nos homens e mulheres da sociedade actual. No domínio psicológico, a identidade pessoal é estudada a partir das respostas que os indivíduos dão a questões do tipo: Quem sou eu? O que faço aqui? O que quero fazer da minha vida? é compreendida como resultante da singularização do eu por oposição aos outros e pela diferenciação interpessoal e pelo ultrapassar as crises de desenvolvimento psicossocial. Contudo, cada vez mais esta conquista não pode ser explicada de forma simplista ou descontextualizada. Segundo Carvalho (1999) o corpo e a sua representação não são suficientes para a constituição da identidade pessoal, pelo que nos remete

para uma incursão pela história da humanidade nas suas várias facetas da identidade explicando a sua influência na construção de uma identidade pessoal e de identidades jurídica, nacional e cultural. A autora considera que, na demarcação do eu e dos outros a cultura tem um papel determinante, como aliás, podemos constatar em situações de atribuição do nome próprio e do nome da família, nas normas reguladoras das relações entre pai-mãe-filhos, nas permissões e proibições, na escolha e a distribuição dos alimentos e na expressão dos sentimentos, na partilha dos afectos e do amor, no cumprimento das normas e das interdições; a que poderíamos também acrescentar, o respeito e o valor da saúde e a prevenção e o cuidado na doença. Na sociedade contemporânea encontramos a herança da resposta de Freud sobre o que é uma pessoa normal estaria habilitada a fazer bem: “*Lieben und arbeiten*”, ou seja, «Amar e trabalhar». Efectivamente, o Amor e o Trabalho movem os humanos ao longo da vida e orientam as suas opções e decisões, daí que se constituam como dois vectores valiosos para a definição da realização pessoal e na formação da identidade dos indivíduos. Contudo, num estudo realizado por Faria (2000) numa amostra de 790 indivíduos (H=310 e M=410) da população normal portuguesa, entre os 17 e os 59 idade, verificou-se que as suas principais fontes de satisfação com a vida eram, por ordem de prioridade, a saúde, a vida em família, o casamento ou namoro e em quarto lugar o emprego. Numa sociedade em mudança acelerada é compreensível que os humanos valorizem a sua saúde como recurso de sobrevivência social e depois, se reconfortem nas relações familiares ou íntimas, já que o emprego traz alguma insegurança. Nos últimos tempos, temos assistido também à alteração dos modelos de comportamento, das relações familiares, das relações amorosas e atitudes face à sexualidade, onde cada vez mais os humanos parecem fugir dos compromissos afectivos de longa duração, o que de certa forma contribui para uma nova instabilidade das gerações mais novas da sociedade contemporânea que, numa ausência de modelos credíveis, constroem a sua identidade no vazio consumista de relações afectivas instáveis, o que pode comprometer desde cedo a sua saúde mental. É como diz Márcia (1966, 1980; cit. Carvalho, 2009, 233), um a um todos os pilares que suportam a identidade são minados pelo relativismo: o trabalho/ocupação profissional, a ideologia, política e religiosa, as relações interpessoais, a sexualidade e a intimidade. No que diz respeito à intimidade, esta encontra-se habitualmente ligada a múltiplas expressões (amor, paixão, casamento, sexualidade, corpo, vida privada, vida familiar, relações afectivas) que são analisadas do ponto de

vista psicológico quer ao nível do comportamento, da subjectividade, da personalidade e da natureza intrapsíquica da experiência afectiva, quer ao nível de como as representações individuais e colectivas sobre as relações afectivas interferem na vida de uma personalidade em devir. No entanto, como diz Torres (1987, in Carvalho, 1999, p. 733) o sentimento amoroso é quase eterno ou universal naquilo que ele contém, mas as formas e as categorizações próprias do Amor dependem do código, da semântica própria de uma época. Por exemplo, no que diz respeito à sexualidade, ao corpo, ao casamento, à vida privada e às mulheres os valores mudaram e com eles as vivências das relações afectivas. Na sociedade ocidental actual, o Amor é uma preocupação central, e um ideal poderoso de realização pessoal. O Amor tornou-se a condição primeira para a realização do casamento, e uma pessoa que achesse a vida sem amor, é tipicamente considerada como não tendo alcançado a sua realização pessoal (Baumeister, 1987). O mercado de trabalho tem aberto as portas às mulheres em postos de trabalho tradicionalmente ocupados por homens, o que constitui um indicador de mudança sobre a forma como se têm percebido as diferenças de género em contexto organizacional, isto é, as diferenças já não radicam na capacidade de inteligência geral, mas sim nas habilidades específicas, o que reforça o mercado de trabalho a ter interesse em que cargos de gerência e directoria sejam preenchidos por mulheres (Flores-Mendonza, 2000). Apesar do mundo do trabalho ter sofrido alguma transformação no que diz respeito à abertura de ofertas de emprego e progressão na carreira às mulheres, a construção da identidade feminina continua circunscrita ao tipo de concepção da feminilidade interiorizada pela educação e pelas normas e comportamentos impostos na família, na escola, na sociedade e no mundo do trabalho (Cramer, Cappelle, Silva, & Brito, 2001). No que diz respeito, aos lugares de chefia, como é o caso das empresárias, elas são colocadas em situações constringedoras, já que, não só não devem abandonar as suas características femininas como, é-lhes pedido em simultâneo, que absorvam um padrão de comportamento masculino que predomina no espaço público de trabalho. Assim, as mulheres do topo sentem a obrigação de desenvolver competências opostas, como sensibilidade e frieza, autoridade e solidariedade, distância e proximidade, pelo que, muitas vezes elaboram um sentimento de culpa alimentado pela família, colegas e elas próprias. Por outro lado, sentem-se também culpadas por tirarem tempo de convivência à família e às suas tarefas de “mãe”, “esposa”, “filha”, para se dedicarem aos negócios ou ao trabalho. Ora esta ambiguidade não é nada abonatória

da sua saúde mental e põe em causa o seu processo de desenvolvimento identitário. Por conseguinte, as questões de género na cultura organizacional e na sociedade são também questões de saúde e de doença.

GÉNERO, SAÚDE E EDIFICAÇÃO DO BEM-ESTAR POSITIVO

Os autores têm definido género como uma construção social realizada a partir do modo como as diferenças sexuais são compreendidas e expressadas numa dada sociedade, num grupo ou em função de um contexto identificado; dando ainda relevância ao facto de como se introduzem na prática social quotidiana, tornando-se num processo histórico. Cramer, Cappelle, Silva e Brito (2001) referem que o processo de diferenciação entre masculino e feminino é construído ao nível individual e colectivo no imaginário das pessoas, e que a compreensão deste envolve a percepção dos indivíduos de um mesmo grupo que se aproximam uns dos outros como consequência de sua experiência social comum, de seu pensamento e de sua acção, ao mesmo tempo, que têm consciência das características que os tornam diferentes. A propósito das diferenças e das semelhanças do feminino e do masculino o debate tem sido acalorado e inconclusivo em alguns aspectos; mas, é como diz Bardwick (1984). As mulheres não são melhores nem piores que os homens. Não são completamente diferentes deles, nem totalmente iguais. As diferenças cognitivas em nada impedem que homens e mulheres participem com o mesmo grau de responsabilidade no desenvolvimento sociocultural das suas comunidades, até porque nem diferem significativamente em relação à inteligência geral, isto é, homens e mulheres apresentam a mesma capacidade de resolução de problemas e as diferenças observadas não estão relacionadas a essa capacidade geral, mas, com determinadas habilidades de operar com informações de natureza diversa (Flores-Mendonza, 2000). No entanto, quando nos colocamos numa perspectiva de construção de saúde e de edificação do bem-estar positivo é também importante que compreendamos as influências do factor género na nossa actuação. Num estudo realizado por González-Escalada, Barutell, Camba, Contreras, Muriel, e Rodríguez (2009), sobre a avaliação e tratamento da dor crónica oncológica, numa amostra de 697 médicos com uma idade média de 44 anos e sendo 72% homens, verificou-se que alguns dos comportamentos dos médicos variavam segundo a idade e o género; pelo que, os

profissionais mulheres avaliavam a dor com mais frequência dos que os homens, utilizavam significativamente mais a escala numérica, viam mais vezes os pacientes com intensidade de dor 4 a 6, acreditavam mais nas reticências dos pacientes aos opiáceos mais fortes, expunham com menor frequência o caderno de estupefacientes, davam muito mais importância à opinião do farmacêutico para o paciente, acreditavam significativamente que os pacientes com menor frequência estão bem informados e pensavam que a dor crónica se associa com mais frequência com a depressão do que os médicos homens. Os estudos transculturais têm mostrado a existência de uma tendência maior nas mulheres para expressarem mais sintomas neuróticos e sensibilidade às perturbações afectivas sazonais, enquanto que os homens apresentam sintomas psicóticos. Segundo, Oliveira (2002), para além da constatação destes dados, o que é preciso é promover a nível ambiental e educacional um maior equilíbrio psíquico, porque a neuroticidade apresentada em determinados grupos, em particular os femininos jovens, é muitas vezes devida não só à predisposição hereditária, mas também, às circunstâncias adversas da vida e do mundo actual, que tornam a pessoa cada vez mais desequilibrada. A fragilidade social é de facto uma realidade e a investigação psicológica têm mostrado como o meio interfere sobre a saúde dos cidadãos. Os estudos sobre as mulheres dos países industrializados mostraram como elas têm maior esperança de vida mas, em contrapartida, sofrem mais de hipertensão, doença renal, lúpus, artrite reumatóide e depressão, e em geral, de doenças crónicas não fatais; enquanto que os homens sofrem mais de traumatismos, doenças cardiovasculares e suicídio (Teixeira & Correia, 2002). Por outro lado, os autores consideram que na saúde da mulher existem factores já identificados que se encontram associados a um maior risco para a saúde, tais como: a relação entre mais pobreza que traz mais discriminação social; o baixo estatuto sócio-económico menor estatuto laboral e níveis baixos de motivação para adoptarem comportamentos preventivos e, conseqüentemente, menor acessibilidade aos cuidados; mais stress e violência doméstica; necessidade de desenvolver simultaneamente mais papéis sociais; menores benefícios do suporte social, particularmente como factor protector dos efeitos negativos do stress sobre a saúde. Em síntese, embora os autores consideram que as diferenças são atribuídas aos factores psicossociais e a diferenças nos estilos de vida, adiantam que, no que diz respeito às influências do género, o principal objectivo da investigação em psicologia da saúde deve centrar-se na identificação dos factores mediadores psicológicos da influência do género na saúde (Marks et al., in

Teixeira., & Correia, 2002, p. 361). Numa perspectiva contrária das épocas passadas, vários autores têm defendido o conceito de “Revolução Positiva na Mudança” (Cooperrider & Whitney, 2005, cit. Marujo, Neto, Caetano, & Rivero, 2007) colocando a ênfase na importância de caracterizar uma transformação recente que se foca no melhor da condição humana e naquilo que faz a vida merecer ser vivida (Cameron, Dutton & Quinn, 2003; Csikszentmihalyi & Csikszentmihalyi, 2006, cit. Marujo, Neto, Caetano, & Rivero, 2007). Neste sentido, é dada uma especial atenção às seguintes perspectivas teórico-metodológicas da abordagem do comportamento humano e suas respectivas implicações interventivas nos sistemas humanos: a Psicologia Positiva; a Psicologia Comunitária; o Desenvolvimento Organizacional; o Inquérito Apreciativo; o Comportamento Pró-social e de Cidadania e a Responsabilidade Social Corporativa. Destas perspectivas de compreensão do comportamento humano, Marujo, Neto, Caetano & Rivero (2007) destacam a Psicologia Positiva e o Inquérito Apreciativo e fazem referência à proposta de Luthans e Youssef (2004) sobre a gestão do capital psicológico positivo de forma a que este consiga canalizar os talentos, forças e capacidades psicológicas individuais no sentido de resultados merecedores, produtivos, éticos e sustentáveis que permitam uma vantagem competitiva. Por conseguinte, viver a vida da forma mais feliz ou saudável possível pressupõe a existência de competências pessoais e sociais, de conhecimentos, de apoio social e de uma orientação positiva (Faria, 2000) que muitas vezes não está ao alcance de todos ou não faz parte das características de uma personalidade, seja no feminino ou no masculino. É neste contexto de manutenção e protecção de comportamentos saudáveis ou de mudança dos comportamentos de risco que surge a intervenção articulada dos conhecimentos e práticas da Psicologia da Saúde, da Psicologia Comunitária, da Psicologia Positiva e do Inquérito Apreciativo; que em conjunto, trabalham no sentido da edificação do bem-estar positivo; e que, deverão ter também em consideração a perspectiva do género na procura dos factores de risco para a saúde e na adequação da intervenção.

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E EMPREENDEDORISMO

O Empreendedorismo é geralmente compreendido como uma atitude mental, que engloba a motivação e a capacidade de um indivíduo, isolado

ou integrado numa organização, para identificar uma oportunidade e para a concretizar com o objectivo de produzir um determinado valor ou resultado económico. Por conseguinte, surge como um processo dinâmico que tem inerente a concepção, percepção, planificação e realização de uma oportunidade de negócio, que pressupõe o envolvimento de pessoas e processos que, em conjunto, levam à transformação de ideias em oportunidades, articulando com saber a criatividade, a inovação e a sustentabilidade. A Psicologia da Saúde pode ser definida como uma área científica da Psicologia que se circunscreve à aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde, dedicando uma atenção especial às experiências, comportamentos e interacções que os indivíduos vivenciam a longo do ciclo de vida. As tarefas realizadas no âmbito da Psicologia da Saúde assentam nas dimensões de promoção e manutenção da saúde e prevenção da doença e na fluência do conhecimento psicológico oriundo da psicologia clínica, psicologia comunitária, psicologia social e tratamento das doenças. O objectivo dos profissionais que têm como meta a prevenção do risco de doença mental e a promoção da melhoria das condições de vida da população mais vulnerável, é o desenvolvimento de acções de *empowerment* e *recovery*. A Psicologia Comunitária tem como principal objectivo zelar pela melhoria efectiva do bem-estar dos indivíduos e das populações, em particular das pessoas que se encontram em situações de maior vulnerabilidade social, que estão doentes ou têm a sua saúde em risco. Nos anos 70, Seymour Sarason apresentou o conceito de “Sentimento Psicológico de Comunidade” como a percepção de similaridade com os outros, uma reconhecida interdependência com os outros, uma vontade em manter essa interdependência dando ou fazendo pelos outros o que esperamos que nos façam a nós, o sentimento de que somos parte de uma grande e estável estrutura da qual podemos depender.

Apostar na Promoção da Saúde Mental de todos, através da construção de uma cultura empreendedora centrada no desenvolvimento comunitário que valorize um conjunto de saberes, em particular, do saber fazer e de saber ser susceptível de inculcar em cada profissional atitudes proactivas e comportamentos sustentáveis de confiança em si, determinação, desembaraço, esforço, espírito de equipa, iniciativa, motivação, perseverança, sentido da responsabilidade, solidariedade, resiliência, resolução de problemas, identificação de oportunidades, inovação e criatividade (Faria, 2009). Um profissional ou uma empresa que sigam nesta linha preservam a saúde mental dos trabalhadores na sociedade esquizofrenizante em que

vivemos. Como podemos observar na Figura 1, propomos um Modelo de Manifestação de Saúde Mental e do Empreendedorismo como fonte de desenvolvimento e de orientação para a criação e produção de riqueza de saúde e de bem-estar individual e comunitário, responsabilizando as instituições e as empresas na importância de atitudes empreendedoras de promoção da saúde e de protecção da saúde mental dos seus trabalhadores desenvolvendo atitudes proactivas para a construção de ambientes de empreendedorismo individual, social e comunitário, onde a identidade e o género sejam respeitados.

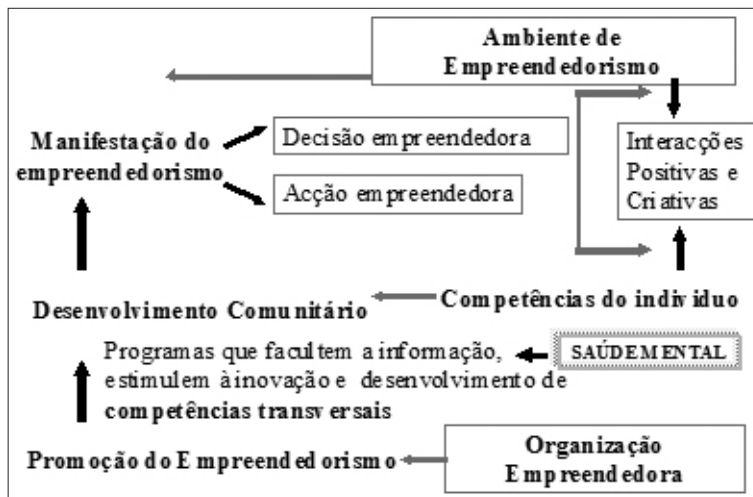


Figura 1. Modelo teórico da manifestação da saúde mental e do empreendedorismo

REFERÊNCIAS

- Baumeister, R. (1987). How the self became a problem: A psychological review of historical research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 163-176.
- Cramer, L., Cappelle, M., Silva, A., & Brito, M. (2001). Representações femininas da acção empreendedora: Uma análise da trajectória das mulheres no mundo dos negócios. *ANAIS DO II EGEPE, Londrina/PR (ISSN 1518-4382)*, 46-59.

- Faria, M.C. (2000). *Comunicação e bem-estar no limiar do século XXI. Conhecer através da relação e orientar para a saúde*. Coimbra. Tese de Doutoramento (não publicada). Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Faria, M.C. (2009). Promoção da saúde mental e empreendedorismo. *Actas do II Congresso de Reabilitação e Inclusão na Saúde Mental: Da Biologia à Economia da Saúde e da Inserção no Trabalho à Criação Artística*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Flores-Mendonza, C. (2000). Diferenças intelectuais entre homens e mulheres: Uma breve revisão da literatura. *Psicólogo informação*, 4(4), 25-34.
- González-Escalada, J., Barutell, C., Camba, A., Contreras, D., Muriel, C., & Rodríguez, M. (2009). Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacêuticos y pacientes acerca de la evaluación y el tratamiento del dolor crónico no oncológico *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 16(1), 7-20.
- Marujo, H.A., Neto, L.M., Caetano, A., & Rivero, C. (2007). Revolução Positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13(1), 115-136.
- Oliveira, J. (2002). Neuroticismo: Algumas variáveis diferenciais. *Análise Psicológica*, XX(4), 647-655.
- Sarason, S. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Teixeira, J., & Correia, A. (2002). Fragilidade social e psicologia da saúde. Um exemplo de influências do contexto sobre a saúde. *Análise Psicológica*, XX(3), 359-365.

IMPLICAÇÕES DO GÉNERO NOS COMPORTAMENTOS E VIVÊNCIAS DE SAÚDE

Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Instituto Politécnico de Beja

A Psicologia da Saúde enquanto ciência da saúde pode ser praticada numa variedade de instituições permitindo um conhecimento abrangente de como homens e mulheres ao longo das suas vidas, sentem, pensam, interagem e se comportam em situações de saúde e de doença, de mudança e de manutenção de comportamentos promotores de bem-estar. Compreender os factores de género que surgem como determinantes para a tomada de decisão pelo comportamento salutar e empreendedor, em situações problema, quotidianas ou imprevisíveis, surge como determinante para realizar intervenções psicológicas de saúde adequadas e bem sucedidas. Uma diversidade de estudos experimentais, clínicos e epidemiológicos têm mostrado que os homens e as mulheres são diferentes, pelo que, sentem de maneira diferente as emoções desencadeadas pelos acontecimentos de vida, sejam eles de raiz interna ou externa ao indivíduo. Desde os anos 70 que os teóricos e os investigadores do estudo do género procuram definir o conceito de sexo enquanto marcador biológico utilizado pelas sociedades para categorizar os humanos em homens e mulheres e mostrar o conceito de género enquanto produção e construção socio-cultural sobre os significados do feminino e do masculino, materializados no ser homem ou ser mulher. A masculinidade e a feminilidade apresentadas pelos indivíduos de uma cultura ou sociedade devem ser tomadas em consideração quando nos preparamos para realizar uma intervenção psicológica a nível individual ou de grupo em contextos de saúde.

RELAÇÕES INTERPESSOAIS E COMPORTAMENTOS

Aceita-se que todo o comportamento numa situação interactiva tem valor de mensagem, ou seja, é comunicação; logo:

“Actividade ou inactividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem; influenciam outros e estes outros, por sua vez, não podem não responder a essas comunicações e, portanto, também estão comunicando. Deve ficar claramente entendido que a mera ausência de falar ou de

observar não constitui exceção ao que acabamos de dizer” (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1993, p. 45).

A impossibilidade de não comunicar (axioma metacomunicacional da pragmática da comunicação humana) faz parte da vida dos seres humanos, já que, um indivíduo não pode *não* se comportar, até mesmo quando sozinho, tem a possibilidade de dialogar consigo próprio e em fantasia, com as suas alucinações ou com a vida. Segundo os autores, a comunicação pode surgir independentemente de ser intencional, consciente, compreendida ou bem sucedida pelo que, nos remete para o domínio da incompreensão e do desenvolvimento de patologias afins, marginais das motivações ou intenções dos comunicantes, como é o caso dos esquizofrênicos, que tentam *não* comunicar. Para melhor analisar a problemática da comunicação humana devemos pois ter em consideração três vertentes: a mensagem (unidade comunicacional isolada), a interação (série de mensagens trocadas entre pessoas) e os padrões de interação (unidade de comunicação de nível superior), mas, também a forma individualizada ou de grupo com que homens e mulheres se expressam numa sociedade e o entendimento que têm da sua performance comunicacional. Os contributos da Psicologia Social para o estudo do desenvolvimento humano ao longo da vida têm mostrado que as diferenças de género, em particular as cognitivas e as emocionais, são o resultado da interação entre pessoas num contexto social abrangente, onde se destaca a importância da influência social em situações comunicacionais, os comportamentos dos homens e mulheres compreendidos em termos dinâmicos e interdependentes, as expectativas sobre a maneira como se devem comportar e respectiva produção de «*scripts* interaccionais» que são traduzidos pela selecção de comportamentos diferenciados (Archer, 1996; Deaux & Major, 1987; Deaux, 1990, in Poeschl, Múrias & Ribeiro, 2003, p. 222). As vivências de saúde de mudança ou estabilidade, gratificantes ou dolorosas, surgem em contextos de interação humana, no feminino e no masculino, pelo que, a Psicologia da Saúde se pretende compreender estes registos comportamentais na sua globalidade, necessita de cada vez mais se aproximar da Psicologia das Relações Interpessoais e da Psicologia Social e Comunitária. Esta não é uma ideia nova, já Berscheid defendia no final do século XX, que é preciso legitimar o aparecimento de uma ciência do relacionamento, que será um acontecimento salutar para a psicologia, pois irá permitir a partilha integradora de perspectivas psicológicas teóricas e práticas no domínio do social, do comportamento, do biológico e da saúde, como diz o autor:

“About this problems, I have said little because – for those of us who personality are concerned about the future of valued human relationships, as well as those of us who professionally believe that most human behavior occurs in the causually poten contex of relationships – it is that very special morning when, at long last, we truly can see the gree of a science of relationships” (Berscheid, 1999, p. 265).

A sociedade, a comunidade, a escola, a família, o trabalho, são espaços e tempos de experiência afectiva e cultural, de interacção social, de informação, de mudança, de expressão, de memória individual e colectiva, de desenvolvimento/aprendizagem, de criatividade promotora de vínculos sociais e da construção de identidade de uma personalidade. Desta forma, não poderíamos viver nem sobreviver, sem as relações interpessoais. Conforme afirma ainda Berscheid *“We are born into relationships, we live our lives in relationships with others, and when we die, the effects of our relationships survive in the lives of living, reverberating throughout the tissue of their relationships”* (Berscheid, 1999, pp. 261-262); por conseguinte, a compreensão do comportamento humano só é possível a partir do conhecimento do potencial da relação, condição *sine qua non* da existência de uma pessoa, que assim compreendida nos permite actuar de uma forma mais assertiva na promoção da sua saúde, no tratamento e cuidado na sua doença e na prevenção dos seus previsíveis comportamentos de risco para a saúde mental e física. A formação das relações pode ser compreendida a partir de três perspectivas: relacional, desenvolvimento e cultural; por conseguinte, chama-se a atenção para os processos relacionais onde a cognição e percepção reflectem os caminhos traçados na experiência do mundo em que se vive, tendo em consideração a mudança e o processo de co-regulação (enquanto acção de controlo e ajustamento de mudança de desenvolvimento sistemático que ocorre em cada comunicação) e sem perder de vista o Eu e a cultura, que se constituem e entrelaçam num contínuo de experiências e expressões pessoais e sociais, onde o diálogo interno e externo são figuras que se destacam num fundo de uma biografia ou de um história universal (Fogel, 1993). Considerando a promoção de saúde, definida na Carta de Ottawa (1986) como um processo que visa por um lado, criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e ao mesmo tempo, agir sobre os factores que a influenciam; não é possível intervir a este nível sem compreender a especificidade humana das suas interacções no feminino e no masculino, de forma a organizar um projecto de mudança ou de manutenção de comportamentos saudáveis.

VIVÊNCIAS DIFERENCIADAS DE SAÚDE E DOENÇA

Da análise da investigação psicológica realizado ao longo das épocas podemos destacar algumas preocupações que dizem respeito à especificidade da relação do homem e da mulher com o trabalho, os papéis sociais, a saúde sexual, o bem-estar subjectivo, o controlo percebido, a resolução de problemas, o apoio social, a qualidade de vida, a saúde e a doença, o funcionamento mental. Simon (1995) defende que os papéis no trabalho e na família têm diferentes significados para o homem e para a mulher, tais diferenças são em parte responsáveis pelo facto de, no domínio da saúde mental, ser mais vantajoso para o homem do que para a mulher a combinação de múltiplos papéis. As diferenças de género na percepção das inter-relações é dada em função dos papéis, estes estão associadas com diferenças entre o modo como homens e mulheres percebem sentimentos de conflito devidos a um papel, especialmente entre o seu trabalho e os filhos. Curiosamente, o autor adianta que o seu estudo mostra que os indivíduos casados com mulheres que estão empregadas mostram mais angústia do que os que estão casados com donas de casa, uma mulher empregada parece ter um significado importante para a saúde mental dos maridos. A propósito do conceito de saúde sexual, a OMS apresentou, já em 1975, um documento que a define como “(...) the integration of the somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual beings in ways that are positively enriching and the enhance personality, communication and love” (WHO, 1975, p. 2). A auto-estima da mulher deve constituir uma preocupação dos profissionais dos cuidados de saúde, que trabalham na área da saúde sexual. Uma elevada auto-estima é necessária para assumir responsabilidades para as decisões sobre o sexo, relacionamento sexual e planeamento familiar. Few (1997) considera que a mulher, e em particular as mais jovens, necessitam de serem autorizadas para fazer escolhas e tomar decisões sobre o relacionamento sexual. A autorização não diz respeito a um assunto de dominância mas, simplesmente, significa criar forças e capacidades para decidir sobre si próprias, para realizar escolhas e resistir a situações que as oprimem. Mirowsky e Ross (1996) referem que bem-estar aumenta com as emoções positivas e diminui com as negativas; e que a expressão aumenta em ambos. De acordo com os autores as mulheres têm uma tendência para apresentar um nível mais baixo de bem-estar do que os homens, mas expressam mais as suas emoções do que os indivíduos do sexo masculino. Por conseguinte, as mulheres parecem apresentar mais emoções negativas

do que os homens por duas razões: as mulheres são mais deprimidas e mais expressivas; e curiosamente, a sua grande expressividade é um factor que contraria o seu baixo bem-estar. Dowdy et al. (1996) defendem que a conceptualização do bem-estar subjectivo não deve ser efectuada numa base de um constructo unidimensional que varia entre pobre e excelente, já que, é mais importante considerar o ajustamento e distinguir os seus aspectos positivos e negativos. Os autores referem que no caso da dor associada à artrite reumatóide, os indicadores do ajustamento positivo são influenciados por estilos activos e passivos de saber lidar com a dor, mas o ajustamento negativo é predominantemente influenciado e dominado por um *coping* passivo de dor. Por exemplo as mulheres com esta patologia apresentam um estilo ruminativo associado a estratégias de *coping* mais passivo, pelo que se encontram com maior risco de depressão e disposição negativa do que os homens, que utilizam estratégias de *coping* activo baseados na distração ou divertimento. Ross e Mirowsky (1989) observaram numa amostra de 809 indivíduos adultos de uma população domiciliária, que a capacidade de controlo percebido, a resolução de problemas e o apoio social diminuem os sintomas depressivos. As mulheres tendem a encontrarem-se em situações de dependência pelo que, reduzem o seu controlo percebido. Esta redução de controlo pode provocar sentimentos de desespero, aumentando o recurso a um *coping* passivo dos comportamentos ligado a um aumento dos sintomas depressivos, e estamos diante de um ciclo vicioso. O enfraquecimento físico, o *coping* passivo com a dor e a qualidade emocional do apoio social constituem indicadores negativos de bem-estar psicológico que se encontram mais ligados aos indivíduos do sexo feminino que sofrem de artrite reumatóide (Dowdy, Dwyer, Smith, & Wallston, 1996). Por outro lado, Rabasquinho e Pereira (2007) referem que não é fácil encontrar acordo na explicitação das diferenças no funcionamento mental relativamente ao género, embora os estudos apresentem indicadores psicossociais que mostram que a construção psicossocial influencia a expressão de saúde mental. De acordo com os autores, as mulheres surgem como mais socializadas no sentido de internalizar o *distress* do que os homens, o que contribui para desordens associadas à depressão, ansiedade e ideação suicida. Por outro lado, de acordo com Canetto (1997, 1991, in Rabasquinho & Pereira, 2007, p. 439) os homens são estimulados a agir, a expressar o seu *distress*, externalização esta que pode apresentar alguma ligação com comportamentos anti-sociais, uso de substâncias e suicídio. As investigações apresentadas pelos autores chamam também a atenção

para o facto das diferenças de género nas perturbações mentais poderem também ser explicadas através das características da personalidade do género feminino ou masculino, apresentando-se como factores predisponentes como é o caso da introversão e o neuroticismo para a mulher e a impulsividade, desinibição e procura de sensações no homem. A investigação que se têm debruçado sobre o comportamento agressivo tem procurado examinar as diferenças de género nas diferentes formas de agressão e evidenciam que os homens recorrem mais à agressão física e directa, enquanto as mulheres recorrem mais à agressão indirecta, onde o agressor não é identificável ou à agressão relacional, onde a vítima é magoada através das suas relações sociais, apresentando-se igual nos dois grupos a utilização da agressão verbal (Bjorkvist, 1995, in Poeschl, Múrias & Ribeiro, 2003). Várias podem ser a explicações sobre este comportamento diferenciado mas, todas elas não podem negar a influência que a sociedade tem desde a infância na organização dos comportamentos agressivos, onde é dado um incentivo aos rapazes para resolverem os seus conflitos através da violência física, sendo mais tolerante com a agressividade masculina do que com a feminina e permitindo a expressão de emoções mais às meninas do que aos meninos. Os estudos sobre o género remetem-nos sempre para reflexões sobre factos que evidenciam a interferência do ambiente social no modo de pensar, sentir, agir e expressar do homem e da mulher, e até para a melhor aceitação social de um comportamento (por exemplo, é mais fácil tolerar socialmente uma mulher deprimida e um homem alcoólico do que o contrário). Neste sentido, temos de estar atentos para melhor compreender se as diferenças comportamentais apresentadas pelos géneros, face às situações vivenciais quotidianas ou stressantes, poderem ser mais efeitos devidos à socialização, isto é, aos papéis de género esteriotipados, ou até do género do investigador, do que às diferenças comportamentais reais apresentadas pelos homens e mulheres.

GÉNERO E SAÚDE MENTAL

Em conformidade com a pesquisa realizada por Rabasquinho e Pereira (2007) um dos primeiros estudos epidemiológicos no âmbito da observação de medidas relativas à doença mental surge em 1947 com uma investigação conduzida por Essen-Moller, e mais tarde continuada por

Hagnell (1966), cujo principal objectivo era estimar o risco de desenvolver doença mental durante a vida, verificando-se uma estimativa de 43% para homens e 73% para as mulheres. Os autores fazem ainda referência ao UKK Finnish Institute Study que realizou também um estudo em população comunitária (1000 pessoas entre 15 e 64 anos) chamando a atenção para as taxas de incidência em doença mental de 17 por 1.000 em mulheres, e 14 por 1.000 em homens (Lehtinen, 1996); e ao primeiro estudo epidemiológico realizado na Ucrânia, no final dos anos 90, através do programa do World Health Organization (WHO) e World Mental Health – Ucraina (WMH) durante um período de 12 meses, com prevalência de um mês de desordens psiquiátricas e álcool, numa população de 4,725 sujeitos, que revelou diferenças de género entre as diferentes perturbações; isto é, nos homens o diagnóstico mais comum foi o álcool (26,5%) e as desordens de humor (9,7%). Nas mulheres sobressaíram as desordens de humor (20,8%) e desordens de ansiedade 7,9%. Sachs-Ericsson et al. (2000) realizaram também uma investigação com uma amostra de 4,745 sujeitos, onde correlacionaram o género, papéis sociais e desordens psiquiátricas. Os resultados obtidos mostraram que não havia diferenças significativas de género nas perturbações psiquiátricas nas populações investigadas, mas sim diferenças nas taxas de “perturbações específicas”; o que de facto, estava na mesma linha de estudos clínicos anteriores. Relativamente às desordens psiquiátricas, estas apresentaram taxas de 15,3% para os homens e 17,3% para as mulheres, mas, foram encontradas diferenças entre género nas taxas de algumas patologias, como depressão, distímia, ansiedade generalizada, pânico e fobia, mais elevadas para as mulheres, e álcool, abuso de drogas ilícitas e desordem anti-social para os homens. Um outro dado interessante, foi o facto dass taxas resultantes da interacção das desordens com estado civil, apresentaram para os solteiros taxas mais altas de desordens psiquiátricas em homens (24,3%) e mulheres (22,2%). Em Portugal continuamos a ter alguma dificuldade na procura de dados relativos à evolução da saúde mental no nosso país, daí, que o estudo realizado por Carmona no final dos anos 90 constitua um ponto de referência dos *settings* psiquiátricos. Os resultados mostraram uma prevalência de perturbação de doença mental sem diagnóstico, em clínica geral, de 39,8% da amostra, apresentando-se as mulheres com uma prevalência de 59,4%. Já os Censos em Saúde de 2001 apresentados pela Direcção Geral de Saúde em 2004, referentes às 9414 consultas em Saúde Mental, mostraram que os resultados obtidos por grupos de patologias

revelaram taxas de 21,5% para Depressão [Homens (H)=17,6%; Mulheres (M)=82,4%]; 12,4% para Neuroses (H=29%; M=71%); 12,4% para Esquizofrenia (H=67,1%; M=32,9%); 10,4% para Perturbações de Adaptação (H=28,2%; M=71,8%); 8,2% para Alterações associadas a consumo de Álcool (H=81%; M=19%), 3,1% Perturbações de Personalidade (H=40,5%; M=59,5%); 4,2% para Atraso Mental (H=54,3;M=45,7%).

SÍNTESE CONCLUSIVA

Os estudos mostram que a existência de determinadas diferenças de género em domínios da personalidade, da relação e do comportamento que podem ser previsíveis pela socialização, sendo mediadas mais por papéis de género estereotipados, do que por diferenças comportamentais perante os factores stressantes, apresentados pelos géneros. Esta pode ser uma oportunidade para a Psicologia da Saúde organizar planos de promoção da saúde diferenciados em função do género de forma a chegar mais próximo da população feminina e masculina, antecipando a possibilidade do risco e orientando para a motivação de um comportamento salutar e de qualidade de vida na saúde e na doença. Por exemplo, considerando que os homens estão menos abertos ao rastreio de uma doença (cancro da próstata ou cancro do cólon e do recto), porque investem menos na sua saúde e na prevenção ou por questões de intimidade, ao tomar conhecimento deste tipo de comportamentos podemos considerá-los na prática de psicologia clínica e da saúde e assim antecipar a orientação interventiva e contribuir para projectos e intervenções de sucesso.

REFERÊNCIAS

- Berscheid, E. (1999). The Greening of Relationship Science. *American Psychologist*, 54(4), 260-266.
- Dowdy, S., Dwier, K., Smith, C., & Wallston, K. (1996). Gender and psychological well-being of persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 9(6), 449-456.

- Few, C. (1997). The politics of sex research and constructions of female sexuality: What relevance to sexual health work with young women. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 615-625.
- Mirowsky, J., & Ross, C. (1996). Fundamental analysis in research on well-being: Distress and the sense of control. *The Gerontologist*, 36(5), 584-592.
- Poeschl, G.; Múrias, C., & Ribeiro, R. (2003). As diferenças entre os sexos: Mito ou realidade? *Análise Psicológica*, XXI(2), 213-228
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, XXV(3), 439-454.
- Ross, C., & Mirowsky, J. (1989). Explaining the social patterns of depression: Control and problem-solving – or support and talking? *Journal of Health Soc. Behav.*, 30, 206-219.
- Sachs-Ericsson, N., & Ciarlo, J. (2000). Gender, Social roles, and mental health: An epidemiological perspective. *Sex Roles*, 43(9/10), 605-628.
- Simom, R. (1995). Gender, Multiple Roles, Role Meaning, and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 182-194.
- Watzlawick., P., Beavin, J., & Jackson, D. (1993). *Pragmática da Comunicação Humana*. São Paulo: Editora Cultrix.
- WHO. (1975). Education and training in human sexuality: The training of health professionals. *Technical Reports Series, n° 572*. Geneve: WHO.

NOVAS TECNOLOGIAS EM DOCENTES DO 2º E 3º CICLOS E
ENSINO SECUNDÁRIO DE ESCOLAS DO CONCELHO DA
COVILHÃ

Maria do Céu Alexandre^{1,2} / Henrique Pereira^{2,3} / Rosa M. Afonso²

¹Escola Quinta das Palmeiras; ²Universidade da Beira Interior;

³Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D,
ISPA – Instituto Universitário

O conceito de *burnout* tem sido objecto de vários estudos devido à sua crescente incidência e prevalência em profissionais de diversas áreas (Otero, Santiago, Godas, Castro, Villardefrancos, & Ponte, 2008), sendo os professores e os profissionais de saúde, os grupos que registam uma maior frequência desta síndrome (Vanderberghe & Huberman, 1999).

Segundo Maslach o *burnout* é um construto multidimensional, definido como um processo caracterizado pela exaustão emocional, sentimentos de não realização pessoal e despersonalização. A exaustão emocional reflecte o esgotamento de recursos do indivíduo, bem como acções de distanciamento das actividades laborais, como forma de lidar com factores de pressão que são percebidos no ambiente laboral. A reduzida satisfação profissional representa a avaliação negativa da pessoa sobre o seu rendimento no trabalho e expressa que o trabalho não propicia a satisfação de expectativas e aspirações inicialmente propostas pelo indivíduo. A despersonalização designa uma atitude fria e distante com que o indivíduo encarregado de prestar um serviço, trata as pessoas que o recebem (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

O *burnout* é um processo que desgasta a resistência do organismo do qual podem resultar distúrbios fisiológicos, orgânicos e psicológicos, alterações motivacionais e comportamentais (Reis, Araújo, Carvalho, Barbalho, & Silva, 2006).

Em relação a Portugal, Fraga, Rodrigues, Fernandes, e Rosas (1983), indicam que, mais de 50% dos docentes que recorreram aos serviços médicos do sindicato de Professores da Grande Lisboa se queixou de stress ou de tensão física e orgânica provocados pelo desempenho da profissão. Marques-Pinto, Lima, e Silva (2003) num estudo igualmente com a população portuguesa, referem que 6,3% dos docentes inquiridos revelavam um quadro de *burnout* pleno e 30,4% encontravam-se em pré-*burnout*.

Como factores de stress e mal-estar dos docentes destacam-se alterações sócio-educativas, nomeadamente a transferência das funções educativas da família para a escola, a excessiva exigência, reformas políticas, cons-

tantes revisões e reformas curriculares e o acelerado desenvolvimento tecnológico (Codo, 2002; Esteve, 1989; Jesus, 2002; Lipp, 2002). Mosquera e Stobaus (1996) e Nunes e Teixeira (2000), salientam também a falta de tempo para desempenhar bem o trabalho, a burocratização do trabalho, o conflito de papéis, a invasão ocupação do espaço privado devido à exigência das actividades pedagógicas e a preocupação da escola com o desempenho académico e tecnologia, sem valorizar a qualidade de vida do professor, como causas geradoras do mal-estar docente.

De notar que, na actual conjectura, é exigido docentes o uso novas tecnologias de informação e comunicação (TIC) e que, de algum modo, estas podem estar relacionadas com a satisfação ou insatisfação dos docentes. A informática no contexto educativo traz informações e recursos mas, o professor tem de saber programar a aplicação dos mesmos na sala de aula (Grégoire, Bracewell, & Laferrière, 1996).

As novas estratégias e metodologias pedagógicas impostas pelo acelerado desenvolvimento tecnológico, integradas numa política constante de revisões e reformas curriculares, podem, caso o docente não esteja preparado e receptivo à sua integração na prática pedagógica, acentuar o grau de instabilidade, incerteza e insegurança dos docentes (Jesus, 2002). Neste sentido, Mosquera e Stobaus (1996) e Nunes e Teixeira (2000) consideram que, também as novas tecnologias podem ser um dos factores geradores de mal-estar docente.

Grégoire e colaboradores (1996) referem que as novas tecnologias de informação e comunicação têm efeitos positivos na educação desde que os professores estejam devidamente preparados para a sua utilização. Segundo Coscarelli (1998) a tarefa de explorar o potencial das novas tecnologias no ensino-aprendizagem é benéfica não só para os alunos como também para os docentes. Contrariamente, outros estudos efectuados sobre esta temática consideram que não existem diferenças significativas na aprendizagem dos alunos com ou sem recurso às tecnologias (Russell, 1999).

No actual contexto de mudança no sistema educativo português, em que o uso das TIC tem um particular destaque, este estudo pretende avaliar a incidência da síndrome de burnout e a percepção e as atitudes face ao uso das TIC, assim como analisar a relação entre as atitudes em relação às TIC e os níveis de burnout.

MÉTODO

Participantes

Participaram no estudo 123 docentes a leccionar nos 2º e 3º ciclos e ensino secundário de escolas do concelho da Covilhã, sendo 33 do sexo masculino (26,8%) e 90 do sexo feminino (73,2%). A média de idade dos sujeitos que participaram no estudo é de 42,34 ($DP=7,30$) sendo a idade mínima de 24, a máxima de 59 anos e a mediana de 42. Quanto ao estado civil 27 (22%) são solteiros, 86 (69,9%) casados, 1 (0,8%) viúvo e 9 (6,5%) divorciados. Relativamente ao número de filhos a média é de 1,33 ($DP=1,02$), a máxima de 4, a mínima de 0 e a mediana de 2.

Quanto à actividade docente, relativamente ao tempo de serviço, a média é de 17.53 ($DP=7.97$), a máxima é de 39, a mínima é 0 e a mediana de 18. A média do número de turmas por docente é de 4.16 ($DP=1.94$), a máxima é de 11, o mínimo é 0 e a mediana é de 4. O número médio de alunos por turma é de 22.11 ($DP=3.81$), sendo o número máximo de 30, o mínimo de 12 e a mediana de 22. No que se refere ao nível de ensino leccionado os docentes

foram incluídos em 5 categorias distintas: 2º ciclo (18,7%); 3º ciclo (30,1%); ensino secundário (13,0%), 3º ciclo + ensino secundário (34,1%) e 2º e 3º ciclos (4,1%). Relativamente à situação profissional, 85 (69,1%) dos sujeitos são professores do quadro de nomeação definitiva das escolas em que leccionam, 21 (17,1%) pertencem ao quadro de zona pedagógica, 15 (12,2%) são contratados pelas escolas e 2 (1,6%) estão neste momento a fazer estágio. Dos professores inquiridos, 53 (43,1%) têm o cargo de direcção de turma. Entre estes, 45 (36,6%) consideram as horas atribuídas ao cargo como insuficientes, 7 (5,7%) suficientes e apenas 1 (0,8%) pensa que são excessivas. Quanto ao tempo gasto em trabalhos administrativos, a maioria dos docentes inquiridos 101 (82,1%), pensa que o tempo gasto é excessivo, 16 (13%) considera que é adequado e 6 (4,9%) diz que é escasso.

Material

Questionário de dados sócio-demográficos: recolheu informações sobre o sexo, idade, estado civil, número de filhos e dados relativos à função docente.

Maslach Burnout Inventory (MBI-ED; Maslach et al., 1996, adap. para a Pop. portuguesa por Marques-Pinto, 2000): permite avaliar a síndrome de *burnout* de acordo com as três componentes ou dimensões, exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. A escala é constituída por 22 itens, relativos à frequência com que os professores têm determinados sentimentos, pensamentos ou atitudes em relação ao trabalho e aos seus alunos.

Por não dispormos de normas específicas para a população portuguesa, a compreensão do significado dos níveis de incidência do *burnout*, apoiou-se nos dados normativos para professores norte-americanos, fornecidos no manual do MBI (Maslach et al., 1996) e nos resultados encontrados em estudos análogos realizados em países do sul da Europa (Espanha, por Pascual, Perez-Jover, Mirambell, Ivañez, & Terol, 2003; Itália e França, por Pedrabissi, Rolland, & Santinello, 1992).

Questionário de Atitudes Face às Novas Tecnologias (ANT/25; Martini, Zornoza, Marti, Prieto, & Peiró, 1990; adap. para a Pop. Portuguesa por Carochinho, 1999), é constituída por 25 itens que correspondem a afirmações relativas às novas tecnologias e incidem, principalmente, na utilização de computadores em contexto laboral.

Procedimento

Foi realizado um pré-teste para avaliar o nível de adequação dos itens dos questionários incluídos na investigação. A seguir, foram entregues 155 questionários a docentes de escolas do 2º e 3º ciclo e ensino secundário do Concelho da Covilhã. Os contactos com os docentes foram feitos individualmente, fora do local de trabalho. Foram entregues 130 questionários, dos quais 7 foram anulados devido a preenchimento incompleto.

RESULTADOS

Face aos dados normativos dos EUA, os docentes portugueses deste estudo apresentam resultados mais elevados na dimensão de Exaustão Emocional (21,25; 40,79, respectivamente) e mais baixos nas dimensões de Despersonalização (11,00; 11,19) e Realização Pessoal (33,54; 19,22). Na comparação com a amostra dos países europeus os sujeitos desta investigação evidenciam, um maior índice de exaustão emocional (Covilhã-Portugal=40,79; Espanha=21,22; Itália=18,54; França=14,98) e despersonalização (Covilhã-Portugal=11,19; Espanha=3,63; Itália=3,10;

França=4,46), e um menor resultado na dimensão realização pessoal (Covilhã-Portugal=19,22; Espanha=31,91; Itália=33,94; França=30,60).

Relativamente ao valor total do MBI, utilizou-se o critério de mediana teórica, que é de 88. Nos resultados deste estudo a mediana observada foi de 71, ou seja, inferior à mediana teórica, o que indica um valor global do MBI inferior ao esperado.

Em relação às diferenças entre homens e mulheres nos níveis de Burnout, os resultados indicam que as mulheres participantes neste estudo apresentam um índice médio de burnout de 72,33 ($DP=14,46$) superior ao que apresentam os homens, 68,09 ($DP=15$), apesar desta diferença não ser estatisticamente significativa [$t(121)=1,43$; $p=0,156$]. Quanto à dimensão exaustão emocional, os indivíduos do sexo feminino apresentam uma média de 41,76 ($DP=9,56$) que é superior aos indivíduos do sexo masculino, cuja média é de 38,15 ($DP=9,63$), contudo estas diferenças também não são estatisticamente significativas [$t(121)=-1,850$; $p=0,067$]. Relativamente à dimensão Despersonalização também não são encontradas diferenças estatisticamente significativas [$t(121)=0,53$; $p=0,596$] entre homens ($M=11,58$; $DP=4,60$) e mulheres ($M=11,04$; $DP=5,03$). Quanto à dimensão Realização Pessoal, também não são encontradas diferenças estatisticamente significativas [$t(121)=-1,24$; $p=0,215$] entre o sexo masculino ($M=18,36$; $DP=4,68$) e feminino ($M=19,53$; $DP=4,59$).

A comparação das médias do índice de burnout total entre os professores que têm e não têm direcção de turma não indica diferenças estatisticamente significativas [$t(121)=1,63$; $p=0,105$]. No entanto, os docentes que desempenham o cargo director de turma ($M=73,66$; $DP=13,90$) apresentam um índice de burnout mais elevado do que aqueles que o não exercem ($M=69,33$; $DP=15,05$). Relativamente às dimensões da escala do MBI, a comparação de médias entre os grupos com e sem Direcção de Turma não indicou diferenças estatisticamente significativas para as dimensões Despersonalização [$t(121)=-0,33$; $p=0,742$] e Realização Pessoal [$t(121)=0,524$; $p=0,601$]. Relativamente à dimensão Exaustão Emocional a diferença é estatisticamente significativa [$t(121)=2,42$; $p<0,05$], sendo que os professores que exercem o cargo de direcção de turma apresentam um índice médio de exaustão emocional de 43,17 ($DP=9,36$), maior do que o dos docentes que não desempenham essa função, 38,99 ($DP=9,57$).

Em relação às comparações de médias entre diferentes número de turmas leccionadas, número de alunos por turma, níveis de ensino leccionados, vinculação ao ensino, idade, estado civil, número de filhos e tempo de

serviço não se encontraram diferenças estatisticamente significativas quanto ao nível de *burnout* total nem em relação às dimensões de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

Quanto às atitudes em relação ao uso de novas tecnologias, valor total da ANT/25, utilizou-se o critério de mediana teórica, que é de 75. Nos resultados deste estudo a mediana observada foi de 99, ou seja, superior à mediana teórica, o que indica atitudes mais favoráveis em relação às TIC do que seria expectável, segundo a mediana teórica.

A comparação de médias entre sexos relativamente à ANT/25 não indicou diferenças estatisticamente significativas [$t(121)=1,53$; $p=0,127$; $t(121)=0,347$; $p=0,73$].

Quando comparados os resultados ANT/25 em grupos de diferentes idades os resultados indicam que professores com idade entre 20 e 35 anos têm uma atitude geral mais positiva face às TIC no ensino ($M=102,00$; $DP=10,45$) do que os professores com idade compreendida entre os 36 e os 45 anos ($M=100,03$; $DP=11,68$) e entre 46 e 60 anos ($M=95,00$; $DP=10,53$), sendo estas diferenças estatisticamente significativas [$F(2,120)=3,74$; $p<0,05$].

Os resultados indicam ainda que os docentes com tempo de serviço entre 0 e 9 anos (média de 103,53 com $DP=2,75$) assim como entre os 10 e os 19 anos (média de 100 com $DP=11,48$) apresentam uma atitude geral mais favorável face às TIC do que aqueles que têm um tempo de serviço entre os 20 e os 29 anos (média de 96,59 com $DP=10,56$) e entre os 30 e os 40 anos (média de 90,43 com $DP=11,50$). Estas diferenças são estatisticamente significativas [$F(2,120)=3,06$; $p<0,05$].

Quanto à relação entre Burnout e atitudes em relação às TIC, os resultados indicam uma correlação negativa estatisticamente significativa moderada ($r=-0,38$; $p<0,001$) que sugere que os professores com índices mais elevados de *burnout* têm uma atitude geral menos favorável perante as TIC.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam, que, de um modo geral, a classe docente tem um elevado nível de *burnout*, corroborando, assim, resultados já obtidos por autores como Carlotto e Palazzo (2006), Ferenhof e Ferenhof (2002), Gomes e colaboradores (2006), Maslach e Jackson (1981), Maslach e Leiter (1997), Moreno-Jimenez (2002), Reis e colaboradores (2006), Santini e Molina Neto (2005), Schmitz e colaboradores (2000).

Os resultados encontrados podem estar relacionados com explicações encontradas na revisão da literatura relacionadas com o trabalho excessivo; pressão do tempo (Marques Pinto et al., 2003); realização de tarefas que que o professor considera estarem para além da sua formação (Farber, 1991; Wisniewshi & Garginho, 1997); indefinição do papel do professor (Jesus, 2002) e o conflito de papéis (Carlotto, 2002).

Os dados indicam que o nível de *burnout* geral nas mulheres tem tendência para ser mais elevado do que nos homens, embora tal diferença não seja significativa. Este resultado não está de acordo com os dados obtidos por Maslach (1982), que defende serem os professores do sexo masculino os que têm uma maior probabilidade de apresentar *burnout*. Estes resultados podem explicar-se pelo facto das mulheres terem um duplo trabalho e sentirem dificuldade na conciliação das responsabilidades e tarefas familiares e domésticas e vida profissional.

No que se refere à dimensão Exaustão Emocional, os resultados desta investigação sugerem que as mulheres apresentam uma média superior aos homens, embora não estatisticamente significativa. Este resultado pode-se encontrar relacionado com o que autores como Acker (1989, 1992), Biklen (1995) referem no sentido de se constatar um maior envolvimento no trabalho por parte das mulheres. Pode igualmente encontrar-se relacionado com o que menciona Gomes e colaboradores (2006) ao referir que as mulheres mostram mais sentimentos negativos, maior dificuldade em lidar com as pressões do tempo, excesso de trabalho – burocrático, excesso de aulas.

Os professores participantes neste estudo que desempenham o cargo de Direcção de Turma apresentam um índice de *burnout* total e de exaustão emocional mais elevado do que aqueles que o não exercem, sendo o segundo estatisticamente significativo, o que nos remete para o peso que pode implicar este cargo.

A análise da correlação entre o índice de *burnout* dos professores e o nível de atitude geral face às TIC sugere que o uso das TIC no contexto ensino-aprendizagem pode ter um efeito “amortecedor” dos factores geradores de mal-estar na actividade docente. O uso das TIC pode favorecer a gestão e organização do trabalho do professor, aumentar o contacto entre professor e aluno, tornando mais rica e motivadora a aprendizagem para docentes e alunos, o que possibilita a concretização de objectivos e expectativas que, fomentam a satisfação profissional e pessoal do professor.

Em suma, este estudo colocou em evidência uma grande incidência de *burnout* na classe docente. Se pensarmos nos custos que representam para as escolas esta situação, facilmente compreendemos que as repercussões do stress profissional dos professores não se restringem às vivenciadas pelos docentes, mas também abarca efeitos negativos para todo o sistema educativo. Neste sentido, o facto de este estudo sugerir que as atitudes face às TIC podem constituir uma estratégia para proteger os docentes e melhorar o seu bem-estar, pode ser um importante contributo para melhorar a qualidade no sistema educativo.

REFERÊNCIAS

- Acker, S. (1989). *Teachers, Gender and Careers*. London: Taylor e Francis.
- Acker, S. (1992). Creating careers: Women teachers at work. *Curriculum Inquiry*, 22, 141-163.
- Biklen, S.K. (1995). *School Work: Gender and the Cultural Construction of Teaching*. Albany: State University of New York Press.
- Byrne, B. (1991). Burnout: Investigating the impact of background variables for elementary, intermediate, secondary, and university educators. *Teaching & Teacher Education*, 7, 197-209.
- Carlotto, M.S., & Palazzo, L.S. (2006). Síndrome de *burnout* e fatores associados: Um estudo epidemiológico com professores *Cad. Saúde Pública*, 22(5), 1017-1026.
- Carlotto, S.M. (2002). A síndrome de *burnout* e o trabalho docente. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 21-29.
- Carochinho, A.J. (1999). Atitudes face às novas tecnologias de informação: Adaptação e validação da escala ANT/25. In P.A. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Orgs.). *Actas da VIII Conferência Internacional de Avaliação Pedagógica: Formas e contextos*. Braga.
- Codo, W. (2002). *Educação, carinho e trabalho – Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Coscarelli, C.V. (1998). O uso da informática como instrumento de ensino-aprendizagem. *Presença Pedagógica*, mar./abr., 36-45.
- Esteve, J.M. (1989). *Teacher burnout and teacher stress*. In M. Cole & S. Walker (Eds.), *Teaching and stress*. Milton Keynes: Open University Press.

- Farber, B.A. (1991). *Crisis in education. Stress and burnout in the American teacher*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Ferenhof, I.A., & Ferenhof, E.A. (2002). Burnout em professores. *Eccos Revista Científica – Avaliação e Mudanças*, 4(1), 131-151.
- Fraga, Z.B., Rodrigues, M., Fernandes, V., & Rosas, S. (1983). O stress no professor. *Revista do Sindicato de Professores da Grande Lisboa, Maio*, 25-26.
- Gomes, R.A., Silva, J.M., Mourisco, S., Silva, S., Mota, A., & Montenegro, N. (2006). Problemas e desafios no exercício da actividade docente: Um estudo sobre o stress, “burnout”, saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Revista Portuguesa de Educação*, 19(1), 67-93.
- Grégoire, R., Bracewell, R., & Laferrière, T. (1996). *The contribution of new technologies to learning and teaching in elementary and secondary schools: Documentary review*. Laval University and McGill University.
- Jesus, S.N. (2002). *Perspectivas para o bem-estar docente: Uma lição de síntese*. Porto: ASA.
- Lipp, M.N. (2002). *O Stress do Professor*. Campinas: Papirus.
- Marques-Pinto, A. (2000). *Burnout Profissional em professores portugueses: Representações sociais, incidência e preditores*. Tese de doutoramento (não publicada). Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Marques-Pinto, A., Lima, M.L., & Silva, A.L. (2003). Stress profissional em professores portugueses: Incidência, preditores e reacção de burnout. *Psychologica*, 33, 181-194.
- Martini, F. Zornoza, Marti, C., Prieto, F., & Peiró, J.M. (1990). Medida de las actitudes ante las nuevas tecnologias en contextos laborales: El cuestionario de actitudes ante las nuevas tecnologias (ANT/25). *Comunicaciones del II Congreso Oficial de Psicólogos (área 3) – Psicología del trabajo y de las organizaciones* (pp. 111-118). Madrid: Colegio Oficial de psicólogos.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: News perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 63-74.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1984a). Patterns of burnout among a national sample of public contact workers. *Journal of Health Resources Administration*, 7, 189-212.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1984b). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-153.

- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory. Manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout – How organizations cause personal stress and what do about it*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.
- Moreno-Jimenez, B. (2002). A avaliação do Burnout em professores. Comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED. *Psicologia em estudo*, 7, 1.
- Mosquera, J.M., & Stobäus, C.D. (1996). O mal-estar na docência: Causas e consequências. *Educação*, 31, 139-146.
- Nagy, S., & Nagy, M.C. (1992). Longitudinal examination of teachers' burnout in a school district. *Psychological Reports*, 71, 523-531.
- Nunes, M.L., & Teixeira, R.P. (2000). Burnout na carreira acadêmica. *Educação*, 41, 147-164.
- Otero-López, J.M., Santiago, M. J., Godás, A., Castro, C., Villardefrancos, E., & Ponte, D. (2008). An integrative approach to burnout in secondary school teachers: Examining the role of student disruptive behaviour and disciplinary issues. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 259-270.
- Paiva, J. (2002a). *As Tecnologias de Informação e Comunicação: utilização pelos professores*. Lisboa: DAPP/Ministério da Educação. Retirado em 16 de Julho de 2009 de http://www.giase.min-edu.pt/nonio/pdf/utilizacao_tic_profes.pdf
- Paiva, J. (2002b). *As Tecnologias de Informação e Comunicação: utilização pelos professores – Complemento ao relatório final*. Lisboa: DAPP/Ministério da Educação. Retirado em 16 de Julho de 2009 de <http://nautilus.fis.uc.pt/cec/estudo/dados/comp.pdf>
- Pascual, E., Perez-Jover, V., Mirambell, E., Ivañez, G., & Terol, M.C. (2003). Job conditions, coping and health outcomes in spanish secondary school teachers. *Psychology & Health*, 18(4), 511-521.
- Pedrabissi, L., Rolland, J.P., & Santinello, M. (1992). *The Journal of Psychology*, 127(5), 529-533.
- Reis, E.J.F.B., Araújo, T.M., Carvalho, F.M., Barbalho, L., & Silva, M.O. (2006). Docência e exaustão emocional. *Educação e Sociedade*, 27(9), 229-253.
- Russel, D.W., Altmaier, E., & Van Velzen, D. (1987). Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied Psychology*, 72(2), 269-273.
- Russell, T.L. (1999). *The no significant difference phenomenon*. North Carolina State University: Raleigh, NC, USA.

- Santini, J., & Molina, N.V. (2005). A síndrome do esgotamento profissional em professores de educação física: Um estudo na rede municipal de ensino de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 19(3), 209-222.
- Schmitz, N., Neumann, W., & Oppermann, R. (2000). Stress, Burnout and locus of control in german nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 95-99.
- Vanderberghe, R., & Huberman, M.A. (1999). *Understanding and preventing teacher burnout: A source book of internacional practice and research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wisniewshi, L., & Garginho, R.M. (1997). Occupational stress and burnout among special educators: A review of the literature. *The Journal of Special Education*, 31(3), 325-349.

SATISFAÇÃO COM O PARTO, AJUSTAMENTO EMOCIONAL NO
PUERPÉRIO E CONFIANÇA NOS CUIDADOS MATERNOS EM
PRIMÍPARAS E MULTÍPARAS

Maria de Jesus Correia / Sara Sereno

Maternidade Dr. Alfredo da Costa

O parto é considerado um momento muito importante na vida da mulher e a forma como esta o vivencia é determinante para o seu bem-estar psicológico, bem como, para a futura relação com o bebé (Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2004).

Do ponto de vista psicológico, o parto constitui-se como um momento em que as expectativas e ansiedades que acompanharam a gestante ao longo de vários meses acabam por tomar uma dimensão real, confirmando ou não as esperanças e medos que circundam o parto. Por outro lado, o parto, por si só, não é um acontecimento neutro pois mobiliza grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa que põem à prova a competência feminina de gerar, a competência materna de cuidar, a competência física de suportar as dores, e, ainda, a alimentação do filho através da amamentação (Lopes, Donelli, Lima, & Piccinini, 2005).

Deste modo, perceber as vivências de parto a analisar as dimensões que interferem na qualidade dessas vivências, torna-se fundamental na compreensão do impacto que a experiência de parto tem em áreas vitais ao bom desenvolvimento da mãe e do bebé e, conseqüentemente, da díade a estabelecer.

São múltiplos os factores de ordem individual, demográfica, psicossocial e obstétrica que influenciam a experiência de parto e a qualidade dessa mesma experiência, como a idade, paridade, expectativas prévias, factores psicológicos, tipo de parto e analgesia utilizada, possíveis problemas obstétricos ou adversidades de vida, o tipo de parto e de anestesia, os primeiros contactos com o bebé, o peso do bebé e a antecipação do parto (Costa, 2004).

Alehagen, Wijma, e Wijma (2001) compararam as experiências de medo do parto durante a primeira fase activa do parto em primíparas e múltiparas verificando que as primíparas reportam maiores níveis de medo do que as múltiparas e que o medo sentido na primeira fase activa do trabalho de parto prediz apenas a quantidade de alívio de dor recebida durante o trabalho de parto.

Outros estudos realizados sobre o efeito da paridade sobre a experiência de parto, indicam que as múltiparas sentem maior desconforto físico, mas menores preocupações durante a gravidez, e que se preocupam mais com o trabalho de parto, embora se preparem menos do que as primíparas. E,

embora as múltiparas tenham partos obstetricamente mais fáceis e recebam menos suporte do companheiro durante o trabalho de parto, não se encontram diferenças significativas entre primíparas e múltiparas no que respeita à dor ou prazer subjectivo (Norr, Block, Charles & Meyering, 1980, in Costa, 2004).

Ainda segundo estes autores, após o parto, as múltiparas geralmente procuram menos contacto com o bebé durante o internamento hospital do que as primíparas.

Também Waldenstrom (1999) explora a associação entre a experiência de parto e algumas variáveis sociodemográficas. No que concerne à paridade, identificou esta variável como preditora da experiência de parto: a primiparidade está associada a uma experiência negativa.

Fish, Stifer, e Belsky (1993), investigaram o efeito da paridade sobre as atitudes maternas e comportamento da mãe na interacção mãe-bebé. Observaram que as mães múltiparas, relativamente às mães primíparas, apresentavam níveis mais elevados de auto-eficácia o que interferia positivamente na qualidade do comportamento interactivo estabelecido com o bebé. Estes autores verificaram que nos primeiros dias do puerpério, as mães primíparas eram menos eficientes do que as mães múltiparas nos cuidados prestados ao recém-nascido (Missio et al., 1995, in Figueiredo, 2001). Os autores referem que as mães primíparas interrompiam mais vezes a mamada e estimulavam excessivamente o bebé, fazendo com que ele dispersasse a sua atenção, demorando mais tempo a mamar. Esta observação pode traduzir-se numa menor sensibilidade e menor adaptação aos sinais comportamentais do bebé, durante a interacção alimentar (Thoman & Olson, 1972, in Figueiredo, 2001).

É neste campo de investigação que se pretende perceber o impacto psicológico do puerpério e relacioná-lo com a satisfação com o parto e com a confiança da mãe na prestação de cuidados ao bebé, em mulheres primíparas e múltiparas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e comparativo.

Participantes

Esta amostra é constituída por 241 puérperas utentes da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Quanto à paridade podemos dividi-las em dois grupos:

Primíparas (Grupo P), constituído por 144 mulheres (59,8%) com uma média de idades de 28,55 ($DP=0,452$) e um tempo de gestação média de 39,07 semanas ($DP=0,127$); e Multíparas (Grupo M), constituído por 97 mulheres (40,2%) com uma média de idades de 31,97 ($DP=0,452$) e um tempo de gestação médio de 38,77 semanas ($DP=0,175$).

As características gerais dos dois grupos da amostra encontram-se sumariadas no Quadro 1.

Quadro 1

Características gerais dos dois grupos da amostra

<i>Características</i>	Primíparas (N=144)		Multíparas (N=97)	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Habilitações Literárias				
Ensino Básico	24	17,1	40	42,1
Ensino Secundário	59	42,1	28	29,5
Ensino Superior	57	40,7	27	28,4
Nível Sócio-Económico				
Baixo	17	24,5	44	45,4
Médio	68	47,6	39	40,2
Elevado	33	23,1	14	14,5
Estudante	7	4,9	0	0
Estado Civil				
Solteira	38	26,4	13	13,4
Casada/União de Facto	104	72,2	78	80,4
Divorciada	2	1,4	6	6,2
Gravidez Planeada				
Sim	99	68,8	67	69,1
Não	45	31,3	30	30,9

Material

Os instrumentos utilizados nesta investigação foram:

- Questionário sócio-demográfico, construído para o efeito e através do qual se pretende obter informação social e demográfica relativa às participantes, nomeadamente: idade, estado civil, etnia, habilitações literárias, profissão, agregado familiar e religião.
- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS – *Depression Anxiety Stress Scales* de Lovibond e Lovibond, 1995), adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004): é uma escala constituída por 21 itens em que cada um é uma frase que remete para estados emocionais negativos. A DASS organiza-se em três sub-escalas (depressão, ansiedade e stress) às quais correspondem 7 itens.

- Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP; Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2004). É um questionário de auto-relato constituído por um total de 104 questões referentes às expectativas, à experiência, à satisfação e à dor relativas ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, com respostas do tipo Likert. Este instrumento possui as seguintes subescalas: Condições e cuidados prestados; Experiência positiva; Experiência negativa; Relaxamento; Suporte; Suporte do companheiro; Preocupações; e Pós-parto.
- *Mother and Baby Scales* (MABS; Wolke, 1995). Esta escala avalia a emocionalidade negativa dos recém-nascidos e os seus comportamentos de alerta, assim como as percepções dos pais acerca da sua própria confiança na prestação de cuidados ao bebé. Este instrumento encontra-se dividido em duas grandes áreas: “O seu bebé e os seus sentimentos” e “A alimentação do meu bebé (ao longo dos últimos dias)”. As subescalas relativas ao recém-nascido foram desenvolvidas para reflectir os comportamentos que ocorrem naturalmente no bebé: Instabilidade/Irregularidade; Irritável durante a alimentação; Estado de alerta/reactividade; Estado de alerta durante a alimentação; e Facilidade. Quanto à confiança materna, existem três sub-escalas: Falta de confiança nos cuidados a prestar ao bebé; Falta de confiança para alimentar o bebé; e Confiança global.

Procedimento

A realização desta investigação cumpriu os procedimentos exigidos pela Comissão de Ética para a Saúde da MAC no sentido de obter a necessária autorização para a recolha da amostra. Esta decorreu entre Outubro de 2008 e Março de 2009. A recolha da amostra foi feita nas enfermarias de puérperas e a mulheres a partir do 2º dia de puerpério.

Após a apresentação da investigação e dos seus objectivos bem como na distribuição da folha de informação e assinatura do consentimento informado pelas interessadas, foram entregues os questionários de auto-preenchimento.

RESULTADOS

Procedeu-se em primeiro lugar à testagem dos pressupostos de aplicação do Teste *t-student*. Para testar a distribuição amostral realizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov, para verificar a homogeneidade de variâncias foi efectuado o Teste de Levene.

Resultados da DASS

No Quadro 2 encontram-se as médias das subescalas da DASS e os resultados do Teste *t-student* consoante a paridade.

Quadro 2

Médias das sub-escalas da DASS consoante a paridade

<i>DASS</i>	<i>Grupo P</i>	<i>Grupo M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Depressão	1,87	1,76	0,30	0,766
Ansiedade	4,98	3,70	2,59	0,01
Stress	6,90	5,28	2,92	0,004

Na escala DASS existem diferenças estatisticamente significativas na subescala Ansiedade e na subescala Stress, para um $\alpha=0,05$.

Verificamos que os níveis de ansiedade e stress são significativamente mais elevados nas primíparas do que nas múltiparas.

Resultados do QESP

No Quadro 3, encontram-se as médias das subescalas do QESP e os resultados do Teste *t-student* consoante a paridade.

Quadro 3

Médias das subescalas QESP consoante a paridade

<i>QESP</i>	<i>Grupo P</i>	<i>Grupo M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
1 – Condições e Cuidados prestados	43,88	43,03	1,32	0,188
2 – Experiência Positiva	53,74	57,81	-1,59	0,144
3 – Experiência Negativa	46,80	41,98	2,10	0,037
4 – Relaxamento	13,72	13,61	0,91	0,363
5 – Suporte	8,25	8,14	0,66	0,510
6 – Suporte do companheiro	25,12	24,25	1,30	0,180
7 – Preocupações	34,01	30,68	2,97	0,003
8 – Pós-Parto	64,27	63,36	0,66	0,508
QESP Total	289,79	282,85	1,75	0,081

Na escala QESP existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Experiência Negativa e Preocupações, para um $\alpha=0,05$.

Ou seja, verificamos que a experiência negativa e as preocupações são significativamente superiores nas mulheres primíparas comparativamente com as múltiparas.

Resultados do MABS

No Quadro 4, encontram-se as médias das subescalas do MABS e os resultados do Teste *t-student* consoante a paridade.

Quadro 4

Médias das subescalas MABS consoante a paridade

<i>MABS</i>	<i>Grupo P</i>	<i>Grupo M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
1 – Instabilidade/Irregularidade	29,44	26,45	1,77	0,077
2 – Irritável durante a alimentação	13,23	10,55	2,74	0,007
3 – Estado de alerta/Reactividade	26,49	25,51	1,10	0,271
4 – Estado de Alerta durante a alimentação	10,75	11,14	-0,73	0,468
5 – Facilidade	12,37	14,36	-3,46	0,001
6 – Falta de confiança nos cuidados a prestar ao bebé	22,44	15,98	4,49	<0,001
7 – Falta de confiança para alimentar o bebé	12,73	9,53	3,30	0,001
8 – Confiança Global	11,11	13,18	-4,10	<0,001

Na escala MABS existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nas subescalas: Irritável durante a alimentação; Facilidade; Falta de confiança nos cuidados a prestar no bebé; Falta de confiança para alimentar o bebé; e Confiança global, para um $\alpha=0,05$.

Portanto, verificamos que as primíparas classificam os seus bebés como mais irritáveis durante a alimentação, sentem-se menos confiantes para prestar cuidados ao bebé e para alimentá-lo. Por outro lado, a facilidade e a confiança global é significativamente superior nas múltiparas.

DISCUSSÃO

Ao nível do ajustamento emocional das mulheres verificámos que os valores de ansiedade e de stress apresentados são significativamente mais elevados no grupo de primíparas. No que se refere à experiência e satisfação com o parto, os resultados mostram-nos que a experiência negativa e as preocupações são também significativamente superiores no grupo de primíparas.

Estes resultados vão no sentido da literatura sobre o tema, podemos compreendê-los com Rugolo e Bottino (2004) quando consideram que havendo uma experiência prévia positiva e na qual a mulher reforçou a sua auto-estima e competência num processo, tal será tranquilizador numa nova situação semelhante.

Também Oliveira e colaboradores (2005), num estudo que comparava primíparas e múltiparas na forma como vivenciavam o nascimento de um filho, verificaram que havia níveis mais elevados de stress nas primeiras. Os pressupostos explicativos que também partilhamos vão no sentido de considerar que, o nascimento de um filho é um processo exigente de mudança com consideráveis exigências de adaptação. Já o nascimento de um segundo filho, assente numa experiência prévia de parto e maternidade de sucesso poderá ser percebido como um factor de aprendizagem/protecção para a situação.

Em relação à percepção do bebé e confiança materna, verificámos que as primíparas percepcionavam os seus bebés mais irritáveis durante a amamentação e se sentiam menos confiantes para lhes prestar cuidados bem como para os alimentar. Por outro lado, a percepção de facilidade e confiança global aparece com valores significativamente superiores nas múltiparas.

Já Fish et al. (1993) chamavam a atenção para que as primíparas tinham menores níveis de auto-eficácia o que interferia no seu comportamento interactivo com o bebé. Relembramos aqui o contributo compreensivo de Oliveira et al. (2005) acima citado.

Implicações práticas

Tendo percebido, e corroborando outros investigadores, o risco de maiores dificuldades ao nível da satisfação com o parto, ajustamento emocional no puerpério e confiança nos cuidados maternos em primíparas, reveste-se de particular importância, enquanto profissionais de saúde na área da gravidez/parentalidade, reflectir e agir na implementação e reforço de estratégias facilitadoras para a diminuição do referido risco.

Assim, e sempre numa perspectiva multidisciplinar, dar particular atenção às primíparas em três grandes momentos:

Na Gravidez:

- Vigilância pré natal sempre tendo em conta o facto de ser uma primeira experiência e a inevitabilidade do desconhecido;

- Incentivar os cursos de preparação para a parentalidade onde a abordagem multidisciplinar permite não só a informação e o esclarecimento de dúvidas mas também um espaço de partilha securizante quer para a gravidez como para o parto e primeiros tempos de maternidade.

No parto:

- A primiparidade exige toda a disponibilidade dos profissionais envolvidos fundamentalmente para ouvir, esclarecer procedimentos, envolver e securizar a mulher; tal terá, obviamente consequências na sua autoconfiança generalizada aos primeiros cuidados ao recém-nascido.

No internamento de puerpério:

- Reforçar a percepção dos profissionais às dificuldades das puérperas primíparas e incentivá-los à promoção do auxílio mais adequado às características específicas da mãe e do seu bebé promovendo assim uma interacção de maior qualidade.

REFERÊNCIAS

- Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 80(4), 315-320.
- Costa, R.A.G. (2004). *Antecipação e experiência de parto e depressão após o parto*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Minho: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e satisfação com o parto (QESP). *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(2), 159-187.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do Puerperio. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- Fish, M., Stifer, C., & A. Belsky, J. (1993). Early patterns of mother-infant dyadic interaction: Infant, mother and family demographic antecedents. *Infant Behavior and Development*, 16, 1-18.
- Lopes, R., Donelli, T., Lima, C., & Piccinini, C. (2005). O Antes e o Depois: Expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 247-254.
- Oliveira, C., Pedrosa, A., Ramos, M., Monteiro, S., & Canavarro, M.C. (2005). Impacto do nascimento de um filho, percepção neonatal e adaptação na

transição para a maternidade. Consultado através de http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi10/congreso_lisboa/oliveira/oliveira.htm.

Rugolo, L., & Bottino, J. (2004). Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4(4), 423-433.

Waldenstrom, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 5, 471-482.

A ADOÇÃO NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA EXTENSA

Maria Irene Ferreira Lima Neta / Cristina Maria de Souza Brito Dias

UNICAP/Recife – Brasil

Diante das modificações familiares que vem ocorrendo nos últimos tempos, a sociedade tem ampliado, cada vez mais, o debate sobre a adoção, uma vez que se caracteriza como uma nova dinâmica familiar. Com isso cresce o número de congressos, trabalhos e pesquisas científicas sobre esta temática, bem como a formação de grupos de estudo e apoio à adoção em todo o país. Também já contamos com uma respeitável bibliografia, tanto a nível psicológico, como jurídico e social. Nota-se porém, no que se refere à bibliografia psicológica, que os autores tendem a focalizar as pessoas dos pais e dos filhos adotivos, deixando em segundo plano a importância dos familiares que constituem a família extensa.

A chegada de um filho confere ao evento múltiplos significados, investimentos afetivos e expectativas, que envolvem não só o casal, como todo o sistema ampliado. Todos ficam à espera de assumir novos papéis, como é o caso de pais, avós, tios, primos, irmãos e assim por diante. Trata-se de um processo longo e delicado caracterizado por uma redefinição das relações na família (D'Andrea, 2002).

Sabemos que para que a adoção transcorra de maneira tranqüila, é necessário um bom preparo aos candidatos a pais, não no sentido de selecionar os melhores ou subentender que eles não têm competência, mas para que possam fazer frente aos desafios que a filiação adotiva traz. Entre eles destacamos: o luto pela infertilidade (caso o sejam); as motivações que os levam a querer adotar; os preconceitos que cercam o tema; a idade, a etnia e o sexo da criança; o apoio dos familiares, entre outros.

No momento da preparação, é importante verificar se e como o casal transmitiu para a família o seu desejo de adotar, pois, como sabemos, a criança adotiva não vai ser acolhida apenas pelos pais, mas por toda uma rede de parentesco que, cedo ou tarde, vai se relacionar com ela. Além disto, é necessário que ela seja introduzida nas duas linhagens, materna e paterna, para que possa desenvolver sua identidade e o senso de pertencimento àquela família.

Sabe-se que quando um casal pleiteia a adoção, os profissionais envolvidos fazem inúmeros questionamentos aos pais para verificar se os mesmos estão aptos à mesma e se a criança realmente será bem-vinda naquele lar. Mas esta investigação geralmente não abrange o restante da família. É como se somente o casal pudesse decidir e influir na vida da

criança, quando, na verdade, ela sofre influência por parte de todos com os quais convive. A não-aceitação da criança pelos demais familiares pode vir a acarretar um fracasso na adoção.

Concordamos com Dolto (1989, pp. 22-23) quando refere: “Uma criança adotiva que não é introduzida na tradição da família do pai, nem da mãe, ainda não foi adotada (...) Uma criança é adotada por duas famílias e não por duas pessoas...”

Muitas vezes os familiares percebem a criança adotiva como uma verdadeira ameaça e esta percepção pode ter a ver com os seguintes fatores: a valorização dos laços sanguíneos; a criança ser tratada como inferior pela sua história de vida ou por algum problema fisiológico, orgânico ou mental; a mesma ser tratada como diferente; a ameaça do desconhecido; achar que qualquer problema que a criança tenha é por causa da adoção; e, por último, mas não menos importante, é a criança ser tratada como um intruso na família (Schettini, 1995).

Pesquisas que já foram realizadas com pais adotivos de várias partes do Brasil, como é o caso da de Ebrahim (1999), que foi realizada com 81 pais adotivos e a de Weber (2001) com 240 participantes, constataram que o apoio dos familiares e dos amigos foi considerado um fator decisivo para o sucesso da adoção.

Supõe-se que quanto melhor for a aceitação da adoção por parte de toda a família, mais os pais e a criança adotivos se sentirão seguros e melhor ela se desenvolverá.

No caso da adoção a figura dos avós merece destaque, não só porque eles geralmente são as pessoas responsáveis pela socialização das crianças, após os pais, como porque através de sua aceitação da adoção é como se eles estivessem dando a permissão aos seus filhos para exercerem a paternidade/maternidade.

Numa pesquisa que foi realizada com 244 pais adotivos, de vários estados brasileiros, Schettini (2003) constatou que os avós foram os que apresentaram mais dificuldade para aceitar a adoção, por motivos relacionados a medos e preconceitos.

Diante de tal situação cumpre-nos alertar para a importância dos familiares serem consultados ou mesmo envolvidos no momento em que os pais decidem adotar uma criança. Quanto mais informações eles tiverem, mais cômodos se sentirão com o tema, sentindo-se mais seguros e dissipando suas dúvidas. Acreditamos que o diálogo, o compartilhar os medos e as ansiedades, que são comuns a todos diante do novo, servirão para fortalecê-los e uní-los neste momento, o que, sem dúvida, favorecerá a adaptação da criança a família.

Como os familiares adotivos se posicionaram frente à adoção

Em pesquisa que realizamos, foram entrevistados, 29 avós adotivos, sendo 10 homens e 19 mulheres; 19 tios, com 7 homens e 12 mulheres; e 14 primos adotivos, sendo 2 do sexo masculino e 12 do feminino, todos residentes na cidade do Recife, Brasil.

As entrevistas foram analisadas segundo 8 dimensões:

1. *Consulta sobre a adoção*: Neste item constatamos que a maioria dos avós foram, apenas, consultados ou então comunicados sobre o fato. Os tios e os primos, em geral, ficaram sabendo através de conversas que circularam na família. Com estes dados é perceptível que a decisão da adoção era de certeza do casal e que a comunicação com os familiares só vieram após o fato consumado. Algumas falas ilustram o que foi dito:
“Não, quando eu soube já estava no juiz, tudo para a adoção” (Avô adotivo).
“Não fui consultado, mas fiquei sabendo através de meus irmãos” (Tio adotivo).
“Minha tia estava tentando engravidar, mas não conseguia então se candidatou à adoção e todo mundo ficou esperando” (Prima adotiva).
2. *Reação diante da chegada da criança*: Os avós, os tios e os primos, em geral, reagiram com alegria e excitação à chegada da criança. Dois primos reagiram com ciúmes porque os tios que adotaram eram seus padrinhos e se sentiram um pouco excluídos por eles, já que a atenção se voltou para a criança. Apenas uma prima reagiu com curiosidade para ver a cor da criança e ver como seria no futuro e um tio reagiu com cautela porque a adoção era uma coisa nova na família.
“Nossa, foi uma emoção inexplicável, lembro como se fosse hoje. Eles foram pegar meu neto e logo depois passaram aqui em casa. Então fomos todos para lá e foi uma festa, uma alegria enorme da parte de todos” (Avó adotiva).
“A princípio fiquei com um pé atrás pois, de qualquer modo, é uma coisa nova, uma outra experiência. Quando você gera um filho sabe a procedência, imagine com uma criança que não se sabe dos pais... Mas, depois da convivência, foi mudando e não fiquei mais com o pé atrás” (Tio adotivo).
“Eu fiquei super feliz porque era mais um primo e acho que, com certeza, ele tem uma missão de unir ainda mais a família” (Prima adotiva).

3. *Ajuda prestada à criança ou família adotiva:* Quando indagados acerca da ajuda que prestam à família ou ao neto adotivo, a maioria dos avós presta ajuda de cunho emocional e afetivo, havendo uma minoria que prestou ou ainda presta ajuda financeira. Alguns avós, tios e os primos ajudaram a cuidar da criança, em alguns momentos, e também dão seu apoio como se pode observar nas falas:

“Vieram me perguntar e disse que meu apoio eu dou como dei e dou até hoje. Acho que o filho vai ser deles, vamos somente dar um apoio. Acho que se era uma coisa que eles queriam, por mim não tinha nenhuma objeção” (Tia adotiva).

“Nós somos mais velhas que elas, então eram as bebezinhas, a gente colocava elas para dormir, dava banho, brincava. Eram nossas bonequinhas. E toda a família se deu muito bem com isso” (Prima adotiva).

4. *Mudanças observadas nos pais que adotaram:* A maioria disse que as mudanças foram para melhor traduzindo-se em: mais alegria, responsabilidade, dedicação, menos tensão e angústia. Uma avó, inclusive, relatou que o filho parou de beber.

“Ah! Só vi mudanças positivas de alegria, satisfação, de tudo. Realmente eles estavam muito tensos antes, quando não estavam conseguindo engravidar, e foi uma mudança extraordinária” (Avô adotivo).

“Tenho a impressão que meu cunhado é mais carinhoso com as adotivas do que com os biológicos” (Tio adotivo).

“Eu acho que minha tia mudou, mas não uma mudança grande, mas nos pequenos detalhes, em pequenas coisas, que no final acabam se tornando uma grande mudança boa, positiva” (Prima adotiva).

5. *Mudanças percebidas na família após a adoção:* Os avós, em sua maioria, referiram que a família aceitou muito bem os novos membros, havendo duas que deixaram transparecer comentários maldosos, por parte de familiares, baseados em estereótipos, como o do “sangue ruim”.

“Foi normal, aceitei bem, gosto dele, tenho muito carinho. Agora não vou dizer para você que é a mesma coisa que se tivesse esperado um bebê dela. É minha filha única. Não sei se seria a mesma coisa pois eu queria que ela tivesse um dela. Mas tenho um carinho muito grande por ele, hoje em dia tô apegada demais com ele, pois é um bebê cativante, mas eu não esperava com a mesma alegria que eu esperei por ela”.(Avó Adotiva).

“Acho que só minha avó faz diferença de quem é biológico e quem é adotivo, mas o restante da família, não. (Prima adotiva).

6. *Sentimentos experimentados pelos familiares*: Acerca dos sentimentos experimentados como avós, tios e primos adotivos, a maioria referiu se sentir bem e não fazer nenhuma distinção entre os adotivos e os biológicos. Apenas um avô disse se sentir indiferente e uma avó não pode fazer comparação porque nunca teve netos. Uma tia deixou claro que enquanto alguns aceitaram, outros demonstraram rejeição à adoção. Por outro lado, houve uma avó e dois tios que demonstraram mais carinho e mesmo preferência pelo familiar adotivo porque é mais chegado e solícito que os demais.

“Eu me sinto felicíssima porque eu adoro criança e além disso é uma felicidade a casa da minha filha com essa menina.” (Avó adotiva).

“Eu me sinto normal. Não me vejo como tio adotivo, acho que é um processo tão natural” (Tio adotivo).

“Eu nunca tinha parado para pensar nisso porque para mim ela é somente prima e não prima adotiva” (Prima adotiva).

7. *Vantagens percebidas com a adoção*: A maioria dos familiares relatou: alegria, aprendizado, aumentar a família, um benefício ao próximo, a si mesmo e à sociedade.

“Eu acho uma demonstração de amor extraordinária dos dois buscar realmente um filho que não puderam gerar. Acho que isso mostra uma capacidade interior, uma demonstração de amor talvez até maior que um pai biológico, pois se pega uma criança estranha” (Avô adotivo).

“Para o casal acho positivo porque ficam mais tranqüilos e relaxados e, quem sabe, pode vir o filho biológico. Foi o que aconteceu com o meu irmão” (Tio adotivo).

“Acho que é uma coisa positiva tanto para quem adota, pois está se poupando de novos sofrimentos por não poder engravidar, e para a criança que está sofrendo por estar abandonada” (Prima adotiva).

8. *Desvantagens percebidas com a adoção*: Nesse aspecto se destacaram: o momento de revelar que é muito difícil; o fato da criança não entender bem a situação; o desejo de encontrar a família biológica no futuro; os mal-tratos à criança; os preconceitos por parte da sociedade e a lentidão a justiça. Duas avós salientaram que a educação é fundamental para o sucesso da adoção.

“Vejo o preconceito dos outros, da sociedade, pois minha filha, por exemplo, é loira e meu neto é moreno” (Avô adotivo).

“Simplesmente a justiça, porque para um casal que quer adotar, o melhor caminho é o da justiça, mas ela é lenta, preconceituosa, prepotente, mas, mesmo assim, é válido ir pelo caminho legal” (Tio adotivo).

“Acho que é a questão da criança perguntar e querer saber de seus pais biológicos, mas acho que depende muito de como ela foi educada” (Prima adotiva).

Nossa compreensão das respostas

Foi notória, na maioria das falas, a aceitação da adoção e das crianças adotadas. Uma minoria de avós referiu que não foi avisada e quando tomou conhecimento, a solicitação já estava em curso. Hamad (2002) coloca que, pelo fato de culparem os pais por sua esterilidade, alguns candidatos à adoção não comunicam seu desejo de adotar com receio de ainda serem privados de exercerem a paternidade. Os avós, ao aceitarem o desejo de seus filhos, estão pondo fim à má sorte, acreditando neles como pais e também se desculpabilizando pela esterilidade deles.

Apenas dois avós se mostraram indiferentes à adoção e uma avó, que não tem filhos biológicos, achou que a decisão foi precipitada pois a filha poderia esperar um pouco para ter seus próprios filhos. Esta avó demonstrou claramente seu sentimento de perda pela não perpetuação da herança genética da família, já que sua filha é única. É interessante salientar que, em geral, são os homens que valorizam a transmissão genética, conforme fora salientado por Hamad (2002), mas neste caso, partiu de uma mulher. Ela ressaltou, porém, que trata o neto adotivo com carinho e quando não o vê, sente falta dele. Um tio também relatou ter ficado, a princípio, com um “pé atrás”, mas hoje aceita totalmente o sobrinho e não vê nada negativo na adoção. Estas mudanças refletem o fato de que a convivência com a criança vai quebrando as resistências que, porventura, existam na família, como ficou evidenciado na pesquisa de Schettini (2003).

Aliás, isso mostra que assim como para a criança adotiva a adoção é um processo, o mesmo ocorre com os pais e os familiares que vão revendo suas crenças e preconceitos e se apegando à criança à medida que o tempo passa. Esta, por sua vez, devido à necessidade de pertencimento e de aceitação, tenta se amoldar à família, sendo mais carinhosa e solícita. Contudo, Hamad (2002) salienta que no caso em que haja rejeição à criança por parte dos familiares, é dever dos pais se aliarem e protegerem o filho, pois os seus interesses é que devem prevalecer.

As mudanças observadas, tanto nos pais, como na família tenderam a ser positivas. Os familiares não fazem distinção entre os adotivos e os não adotivos na família, com algumas exceções. Tanto as vantagens como as desvantagens que foram elencadas em relação à adoção foram bastante pertinentes.

Um fato bastante pertinente e interessante que nos chamou a atenção diz respeito ao fato de haver famílias que possuem mais de uma criança adotiva ou em que há adoções nas gerações anteriores. Isto parece indicar que a realização de uma adoção na família pode desmistificar os medos e os preconceitos que ainda existem em torno do tema e abrir caminho para que outras se realizem.

Apesar de termos constatado um quadro extremamente favorável à adoção, preconceitos ainda persistem e se evidenciaram nas falas de alguns familiares como é o caso da curiosidade para ver a cor da criança e imaginar como seria no futuro; o medo da origem da criança; o preconceito diante da adoção inter-racial. Uma motivação levantada por um tio foi que a adoção é a abertura para a chegada do filho biológico, sinalizando que a criança adotiva não vem por si mesma, para preencher o desejo de um casal de ter uma família, e sim para facilitar a vinda do filho biológico.

Finalizando, gostaríamos de enfatizar a necessidade de uma atenção maior, por parte dos profissionais e terapeutas que lidam com famílias e crianças adotivas, aos familiares que cercam estas crianças que podem estar, de alguma forma, contribuindo para alguma dificuldade que as mesmas, porventura, apresentem. Os familiares, da mesma forma que podem ajudar e contribuir para a adaptação das crianças à família, podem servir de obstáculo com seus comentários maldosos e mesmo atitudes de rechaço. Os pais precisam ser bem firmes quando tal fato ocorrer e se aliar a seus filhos que precisam de proteção e cuidados. Neste sentido, cremos ser muito importante que os pais participem dos grupos de apoio à adoção nos quais poderão compartilhar suas experiências e se preparar melhor para lidar com os preconceitos e situações que poderão surgir, não só na própria família como na comunidade de maneira geral.

REFERÊNCIAS

- D'Andrea, A. (2002). O casal adotante. In M. Andolfi (Org.), *A crise do casal, uma perspectiva sistêmico-relacional* (pp. 233-247). Porto Alegre: Artmed.

- Dolto, F. (1989). *Dialogando sobre crianças e adolescentes*. Campinas: Papirus.
- Ebrahim, S.G. (1999). *Adoção tardia: Altruísmo, maturidade e estabilidade emocional*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Departamento de Psicologia, UFPB, João Pessoa.
- Hamad, N. (2002). *A criança adotiva e suas famílias*. Rio de Janeiro: Cia de Freud.
- Schettini Filho, L. (1995). *Compreendendo os pais adotivos*. Recife: Bagaço.
- Schettini, S.S.M. (2003). *O filho adotivo: Dificuldades no processo educativo. Uma abordagem psicanalítica*. Monografia (não publicada). UNICAP, Recife.
- Weber, L.N.D.(2001). *Pais e filhos por adoção no Brasil*. Curitiba: Juruá.

RELAÇÕES DE GÊNERO E A ADESÃO
AO TRATAMENTO EM HIV/AIDS: O CASO DE RECIFE

Maria Irene Ferreira Lima Neta

UNICAP/Recife, Brasil

O ser humano é constituído concomitantemente tanto pelo social quanto pelas condições sócio-históricas em que vive; é produto e produtor das condições objetivas e subjetivas de sua sobrevivência. Além disso, o homem é um ser único, que envolve uma unidade contraditória entre corpo e psique. A vivência humana da dialética constante desta subjetivação e objetivação é que o constituirá e, assim suas formas de pensar, sentir, agir, construindo neste processo suas formas de escolher, sua identidade, seu viver e seu adoecer.

Sendo assim, as pessoas que vivem com HIV/Aids, vivenciam, simbólica e corporalmente, a contradição de seu processo de saúde e doença, uma vez que exige se perceber e se constituir como protagonista, construindo projetos de vida, pessoais e coletivos, que expressem qualidade de vida. O processo de adesão ao tratamento é revelador de diversas contradições que precisam ser enfrentadas, como: as questões de gênero, sexualidade, orientações sexuais, condições de vida, trabalho, e, principalmente, das relações familiares.

A descoberta da nova condição de vida e saúde, de infectado pelo HIV, o confronto com inúmeros estressores psicossociais em todas as fases da infecção, tais como: discriminação, possível abandono e desligamento nas relações afetivas, estigmatização, falta de recursos sociais e financeiros e problemas com a sexualidade. Sendo este um fato que altera seu estilo de vida e conseqüentemente altera suas formas de interação e de relações, exige deste uma nova adaptação. (Castanha, 2007; Gir, 1997).

Os sentimentos e reações referidos pelos usuários ao receberem o resultado do exame anti-HIV positivo, com maior freqüência são: culpa, remorso, arrependimento, revolta, medo, desespero, desejo de suicídio, negação frente a o diagnóstico, raiva, agressividade, dor, insegurança, solidão e discriminação, perda do desejo sexual, diminuição da atividade sexual. (Ostrow, 1997).

A vivência com o vírus da Aids acarreta uma incapacidade física, mental e sexual corroborando para uma mudança nas relações com a família, com o profissional, consigo mesmo e principalmente em suas relações sexuais e afetivas. Isto acontece pela diminuição da auto-estima, tristeza e não perspectiva do futuro (Castanha et al., 2007).

As doenças crônicas, como o HIV, podem interferir na primeira fase da resposta sexual: o desejo; a preocupação está mais voltada para os sintomas que poderão surgir do que com o seu desejo sexual. (Lopes et al., 1994).

Concordamos com Kolodny (1982) quando este diz que sentimentos como o medo e a culpa proporcionam o afastamento dos desejos sexuais e que a falta de orientação e de diálogo não deixam que o prazer e a sexualidade voltem a fazer parte da vida desses indivíduos. Assim pode-se perceber que acaba por fragilizar tanto a relação do casal, e especificamente familiar, quanto de todas as suas formas de relacionamentos sociais.

Pesquisas e intervenções, no decorrer destas duas décadas, detectaram que houve uma modificação tanto no impacto do diagnóstico na vida das pessoas quanto em suas necessidades psicológicas. Alguns trabalhos têm alertado para essas novas necessidades psicossociais, como por exemplo: as mudanças na expectativa de vida e, portanto rever as perspectivas de futuro; necessidade de uma re-definição dos objetivos pessoais, da situação profissional e dos relacionamentos; necessidade de re-avaliar as expectativas, crenças e benefícios com relação ao tratamento; necessidade de normalizar os vínculos afetivos e as relações sexuais, entre outros. (Castro & Remor, 2004).

A qualidade de vida da pessoa que vive com HIV/Aids está diretamente relacionada a sua adesão ao tratamento e as formas de prevenção. O tratamento medicamentoso é o responsável pela redução da multiplicação do vírus HIV no organismo. Sendo assim, o tratamento medicamentoso é o responsável tanto pelo controle do vírus no organismo humano quanto pela redução no número de mortes por HIV.

No início, com o desconhecimento do vírus e de um possível controle sobre o mesmo, houve inúmeras mortes por aids. Atualmente, com o avanço nas pesquisas e nos tratamentos, não se morre mais apenas devido ao HIV, porém a pessoa que vive com este vírus tem que seguir à risca o tratamento medicamentoso. (Freitas, 2005; Lucírio, 1999).

Um estudo realizado por Mauro Schechter, da UFRJ constata o aumento de mortes de pacientes soropositivos por problemas cardiovasculares e diabetes, portanto isto mostra que o fato da positividade para o HIV não foi a causa de suas mortes. (Kenski, 2009).

Ayres (2002) acrescenta que aliado ao medicamento deve haver a informação extensiva, democrática, voltada para toda a comunidade em prol da saúde coletiva.

Contudo, constatamos e ressaltamos que as informações coletivas e a distribuição gratuita da medicação são medidas insuficientes. Faz-se necessário a criação de estratégias para tentar garantir uma adesão de 100% do usuário ao tratamento, levando-os a se constituírem como protagonistas de seu processo de saúde, de doença e, principalmente, de vida.

Considerando-se a gravidade da doença, bem como a importância da adesão ao tratamento e formas de proteção, a pesquisa teve por objetivo central fornecer assistência psicológica aos usuários dos ambulatórios, infectados pelo HIV/AIDS (homens e mulheres). Bem como, apreender como as relações de gênero e de orientação sexual se expressam na adesão ao tratamento das pessoas vivendo com HIV; conhecer as experiências e diferentes formas de enfrentamento dos usuários em relação ao tratamento e a doença; e criar modelos de intervenção psicológica que respeite as necessidades de cada um no controle do vírus do HIV/AIDS.

Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Correia Picanço, referência no tratamento de HIV/AIDS no estado de Pernambuco. Ao total foram 45 sujeitos participantes (27 homens e 18 mulheres) infectados pelo HIV, que responderam a uma entrevista semi-estruturada, baseada nos objetivos da pesquisa. As idades variaram de 24 a 62 anos. Utilizou-se como critério de inclusão ser usuário ambulatorial do Hospital Correia Picanço e não está, no momento da pesquisa, recebendo apoio psicoterápico.

As entrevistas foram analisadas a partir 6 unidades de sentido:

1. *Relação com o trabalho*: Tanto as mulheres quanto os homens, que não estão no mercado de trabalho, sofrem ao falar sobre isso. Para eles, a maior causa do desemprego é o preconceito da sociedade para com a doença. O sentimento de fraqueza, gerado pela medicação, ou o próprio estado de saúde debilitado, também são motivos para o não engajamento em trabalho remunerado. Diz um dos entrevistados do sexo masculino: “Tenho baixa auto-estima devido à situação de não conseguir emprego”. Por outro lado, os que estão trabalhando relatam se sentir muito bem por estar em atividade laboral. Isto favorece a auto-aceitação da sua condição e a aceitação da sua condição de infectado pelo HIV, por parte da sociedade. A fala de uma senhora entrevistada exemplifica a preocupação com o risco de transmitir o vírus HIV e, ao mesmo tempo, sofrer

preconceito. Diz ela: “A minha responsabilidade duplicou, me preocupo mais com os outros do que comigo”.

2. *Relação com o/a parceira sexual*: Dentre os homens, 12 relatam ter companhia fixa e, dentre as mulheres, seis declaram ter companheiro fixo. Para os homens variou de um a quinze anos o tempo da revelação para suas companheiras. Para as mulheres, esse tempo variou de quatro meses a seis anos. No universo dos entrevistados, somente sete homens e duas mulheres declararam que seus companheiros também estão infectados pelo HIV.

Ao descrever a relação conjugal, os entrevistados, relatam ser uma relação “normal”, com alegria e com brigas também, mas somente oito entrevistados relatam conversar com seus parceiros a respeito da temática do HIV/Aids. Segundo os seus relatos, o diagnóstico de HIV positivo ocasionou maior cumplicidade entre o casal, mas, ao mesmo tempo, diminuiu a frequência da relação sexual. Uma portadora relata: “Desde a descoberta há quatro meses, a gente não teve mais relações até porque ele adoeceu. A gente também não conversa sobre o assunto HIV/AIDS, não sei te dizer porque”.

Quanto à revelação da condição de ser soropositivo, somente em dois casos – um de cada sexo – o parceiro não teve conhecimento e o motivo do silêncio, alegado por ambos, foi a falta de coragem. Já os que partilharam com seus parceiros, os motivos da revelação foi o medo do outro estar infectado e a necessidade de partilhar esse segredo.

3. *Cuidados preventivos*: Começando pelos homens, a maioria refere fazer o uso da camisinha nas suas relações sexuais, sem problemas. Três deles dizem se sentir mais seguro; cinco não gostam, mas usam por obrigação; um diz perder a excitação ao usar e um refere preocupação da camisinha estourar e contaminar a esposa. Nesse último caso, o prazer com o ato sexual fica prejudicado pela ansiedade. Um portador relata: “Estou em abstinência há dois anos, desde que minha esposa faleceu. Quando descobri que ela era portadora, já tínhamos nos relacionado sem camisinha e continuei sem usar para não constrangê-la”. Nesse relato, o uso da camisinha não foi visto como forma de proteção para ambos.

Com relação às mulheres, cinco dizem não fazer uso da camisinha nas relações sexuais. Quatro referem que se o companheiro se negar a usar, elas usam, pois não admitem relação sem proteção. Uma refere que o sexo está prejudicado por constantes brigas antes da relação devido ao uso da camisinha. Seis mulheres relatam que desde que descobriram sua condição de soropositivas não tiveram nem pretendem ter relacionamento sexual.

Uma preocupação entre os entrevistados, principalmente entre os solteiros, é o sentimento de estar sozinho. A maioria, de ambos os sexos, relata sentimento de solidão; de dificuldade de lidar com o preconceito. Por medo, eles tentam forçar uma atitude de conformidade diante da situação. Uns se apóiam na religião para não se sentirem tão sozinhos; outros sentem falta de uma companhia, mas optam por não ter mais relacionamentos. Um homem soropositivo relata sentir-se deprimido e com vontade de se matar.

4. *Forma de transmissão:* Quando indagados sobre a forma de transmissão do vírus HIV, os entrevistados, de ambos os sexos, responderam: através da relação sexual (a maioria); por instrumento perfuro cortante; por transmissão de sangue; por agulha injetável. Uma minoria dos participantes não sabia a forma de transmissão, o que pode ser interpretado como mecanismo de defesa. Complementando essa informação, os entrevistados (homens) relatam infidelidade nas relações afetivas, ou da parte deles ou por parte da/o companheira/o, como também relatam que viviam para o sexo. Um deles confessa que era viciado em sexo.

5. *Relação com a medicação:* De todos os participantes da pesquisa, apenas quatro homens e cinco mulheres declaram não usar a medicação. No entanto, entre os que fazem o uso dos remédios, as opiniões são contraditórias: doze homens relatam que devido à quantidade, ao horário e o uso diário torna-se chato tomar os remédios, mas o faz por obrigação. Porém, quatro referem se sentir melhor com o uso da medicação e dois, preferiam que a dose fosse única. Com relação às mulheres, cinco delas alegam que não tomam a medicação por ser ruim enquanto seis acham a medicação boa e necessária para a manutenção da saúde.

Quando perguntado por que a rotina da medicação afeta a rotina diária, dezessete homens e nove mulheres responderam que era por conta dos sintomas: fraqueza, diarreia, prisão de ventre, tontura, pernas dormentes, enjôo, mal estar, dor de cabeça, queimação na garganta. No entanto, esses sintomas não são sentidos por todos. Dez homens e seis mulheres afirmam não sentir nada.

6. *Ser seropositivo do HIV:* A pergunta de como é viver com o diagnóstico do HIV foi respondida diferentemente por homens e mulheres. Os homens dizem que: aprenderam a viver com a doença após a conscientização e aceitação da sua condição atual; mudaram o comportamento deixando de beber; sentem-se incomodados devido às obrigações com médico e hospital; após a descoberta passaram a cuidar mais da saúde;

desenvolveram uma preocupação constante em infectar alguém; sentimento de isolamento e afastamento dos amigos. Quanto ao grupo das mulheres, as respostas foram; não haver mudança na forma de viver; sentir-se mais responsável, principalmente com relação a não transmitir o vírus; sentimento de arrependimento; ser ruim e difícil conviver com o diagnóstico.

Os sentimentos provocados pelo conhecimento do diagnóstico foram depressão, nervosismo e medo da discriminação. Todos esses sentimentos circulam entre o desejo de morrer e a procura constante em saber como estão os avanços da medicina a respeito da AIDS. Um entrevistado relata: “Não foi a AIDS que veio ao meu encontro, mas sim, eu que fui ao encontro dela. Eu já imaginava que pudesse estar contaminado, mas quando fiz o teste e tive a certeza, fiquei triste, claro! Levantei a cabeça e decidi dominar a AIDS antes que ela me dominasse. Então parei de estudar para procurar emprego e ocupar a minha mente, para estar em atividade”. Esse relato revela a manifestação saudável de alguém que luta para sobreviver.

A reação das mulheres ao ficar sabendo do diagnóstico de HIV positivo foi de choque, retraimento, tristeza, passividade. Uma delas diz que se separou do marido por ter ficado com raiva dele. O sentimento comum entre elas é o mesmo de receber um “*atestado de óbito*” (sic). Outra entrevistada afirma que buscou apoio na religião para aceitar a doença, lidar com o preconceito e suprir a lacuna da atividade sexual, uma vez que optou por não ter mais nenhum tipo de relacionamento afetivo. Para finalizar, a fala de uma mulher que se valorizou mais como pessoa, após o diagnóstico de HIV positivo: “Por incrível que pareça depois que descobri o HIV passei a me amar mais, a me cuidar mais. Passei a ver a vida como ela é e a me amar verdadeiramente, pois antes não me amava.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa revelou, de forma mais contundente, a diferenciação dos comportamentos masculinos e femininos diante do diagnóstico de HIV positivo. Os homens mostraram-se, inicialmente, mais abertos para falar a respeito de sua doença e do seu percurso com o vírus da AIDS; enquanto que as mulheres assumem o diagnóstico e suas consequências, de forma aparentemente insegurança e com timidez.

A percepção dos homens em relação ao seu diagnóstico possibilitou uma maior aceitação da sua atual condição de seropositivo do HIV. Enquanto que para as mulheres, o sentimento de culpa gerou uma negação da sexualidade, de seus desejos sexuais, levando-as, muitas vezes, a buscar na religião apoio e tranquilidade. Neste sentido, a religião também foi referência de abrigo contra a solidão, para os entrevistados solteiros, independente do gênero.

No que diz respeito ao aspecto profissional, não foi observado diferenças de respostas por gênero. Tanto homens como mulheres relatam medo do preconceito social e vêem no fato de serem soropositivos um caminho para o desemprego. Nesse sentido, cabe a intervenção de políticas públicas, com programas sociais, visando assistir a comunidade em geral e, especificamente, as pessoas vivendo com HIV .

A revelação de ser HIV positivo é fator estressor para homens e mulheres. No entanto, enquanto os homens buscam neles mesmos a culpa pelo que estão passando, as mulheres ou agridem os companheiros ou optam por não ter mais vida sexual ativa (auto-agressão).

Por fim, foi observado que o diagnóstico possibilitou para os entrevistados uma revisão de sua própria vida, bem como de suas relações sociais, familiares e de trabalho. E no que está relacionado a adesão ao medicamento, este ainda é frágil, principalmente nas mulheres. É nesse aspecto que a intervenção de médicos e equipe hospitalar se faz necessária e urgente.

REFERÊNCIAS

- Ayres, J.R.M. (2002). Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: Lições aprendidas e desafios atuais. *Interface: Comunicação, saúde, educação*, 6(11), 11-24.
- Castanha, A.R., et al. (2007). Avaliação da qualidade de vida em seropositivos para o HIV. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 23-31.
- Castro, E.K., & Remor, E.A. (2004). Aspectos psicossociais e HIV/Aids: Um estudo bibliométrico (1992-2002) comparativo dos artigos publicados entre Brasil e Espanha. *Psicologia Reflexão Crítica*, 17(2), 243-250.
- Freitas, C. (2005). Persistência: Um sinal revelador na não adesão ao tratamento de portadores hiv+/aids. *Psicologia Brasil*, A.3 (24), 18-21.

- Gir, F. (1997). *A sexualidade e a mulher portadora do vírus da imunodeficiência Humana Tipo 1 (HIV-1)*. Tese (Livre-docência). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Kennski, R. (2009). A aids está vencendo. *Superinteressante*, 261, 72-76.
- Kolodny, R., et al. (1982). *Manual de medicina sexual*. São Paulo: Manole.
- Lopes, G.P., et al. (1994). *Patologia e terapia sexual*. São Paulo: Medsi.
- Lucírio, I.D. (1999). Rasteira no HIV. *Superinteressante*, 6, 51-55.
- Ostrow, D.G. (1997). Psychiatric considerations in human immunodeficiency virus disease. In V. Jr. De Vita, S. Hellman, & S.A. Rosenberg (Eds.), *AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention* (4th ed., pp. 541-50). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Rodrigues, A.R.F. (2000). Enfermagem psiquiátrica em saúde mental: Prevenção e intervenções. São Paulo: EPU. In M.R.I. Freitas, E. Gir & A.R.F. Rodrigues (Orgs.), *Compreendendo a sexualidade de indivíduos portadores de HIV-1*. *Rev. esc. enferm. USP*, 34(3), 258-263.

A PRESENÇA FEMININA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE:
SINGULARIZANDO ESPAÇOS DE CONHECIMENTO E PRÁTICA

*Maria Isabel Barros Bellini / Cecília Cassal / Claudia Cruz /
Eloá Rossini / Gustavo Antonio de Paiva Soares /
Ineida Aliatti / Maura Camboim*

Escola de Saúde Pública/ Secretaria da Saúde/ Brasil

A Residência Integrada em Saúde/RIS é uma modalidade de educação profissional instituída pela portaria nº 16/99 se constituindo um programa de formação em serviço com quatro ênfases: Atenção Básica em Saúde Coletiva, Saúde Mental Coletiva, Dermatologia Sanitária e Pneumologia Sanitária é vinculada a Escola de Saúde Pública/ESP sendo financiada pela Secretaria de Estado da Saúde/SES-RS. Desenvolve as atividades em ambientes de serviço e em órgãos de vigilância e gestão da SES/RS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre os quais são: Hospital Psiquiátrico São Pedro, Hospital Sanatório Partenon, Ambulatório de Dermatologia Sanitária e o Centro de Saúde-Escola Murialdo.

A supervisão dos residentes é responsabilidade dos trabalhadores da saúde (coordenadores de programa, supervisores ou preceptores) lotados nos serviços que se constituem campo de formação de cada ênfase. A orientação pedagógica e a formulação do currículo integrado, bem como as questões normativas da RIS são definidas nas instâncias deliberativas da RIS/ESP/RS e dos locais credenciados de profissionalização, respeitando o Regimento da RIS (Rio Grande do Sul, 2002b).

Na composição da RIS é imperativo o caráter multiprofissional e interdisciplinar e de educação permanente dos trabalhadores nos seus ambientes de ensino em serviço, fazem parte graduados em medicina, enfermagem, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, fisioterapia, educação artística e educação física. No ano de 2010, será acrescida vaga para graduados em Farmácia. Essa formação tem como objetivo fornecer aporte teórico e prático para viabilizar e reiterar práticas com vistas à integralidade da atenção no Sistema Único de Saúde/SUS.

Em 2008/2009 um grupo de pesquisadores formado por professores, preceptores e supervisores da RIS realizaram pesquisa sendo que um dos objetivos era elaborar o perfil sociodemográfico dos egressos da formação no período de 2002 a 2006. Neste artigo apresentamos alguns resultados.

Perfil do egresso da Residência Integral em Saúde

A equipe que realizou a pesquisa ainda está analisando os dados, visto que a riqueza do material foi além das expectativas iniciais. E, ainda que tenha retornado um número relativamente pequeno de questionários (37%) o conteúdo das respostas permite análises profundas e complexas.

Dos 252 questionários enviados retornaram 53, e apontam o seguinte: a) é significativo o número de mulheres que busca esse tipo de qualificação profissional, somando 43 dos questionários respondidos num total de 82%. Os questionários também apontam que as mulheres mais do que os homens têm buscado seguir no terceiro ano da residência o qual é oferecido a todos porém, o candidato deve submeter novo projeto para seleção e avaliação; b) a formação em nível de graduação dos respondentes se distribui da seguinte maneira: Psicologia (11); Enfermagem (7), Odontologia (6), Serviço Social (5), Nutrição (5), Medicina (4), Artes Plásticas (2), Terapia Ocupacional(1); c) considerando a formação continuada após a conclusão da residência os questionários apontam que 23 mulheres buscaram continuidade em cursos de Mestrado, 05 cursaram/cursam Doutorado e 18 buscaram outros cursos de especialização. A continuidade dessa formação está concentrada na área da saúde, ou seja, confirma o compromisso destes profissionais com a política de saúde; d) após o término da formação, os dados indicam, que 12 mulheres passaram a atuar na elaboração de políticas de saúde em cargos de gestão, supervisão, assessoria e um número maior está atuando na área da saúde, porém concentrada na assistência totalizando 18 mulheres; e) as profissionais informaram que a RIS produz mudanças no processo de amadurecimento ampliando a capacidade de auto-conhecimento com reflexos na escuta do usuário e dos outros profissionais.

Estes depoimentos informam importantes subsídios para os gestores justificarem o investimento neste tipo de formação que é onerosa ao estado. O fato de que a RIS se coloca como um desafio para mudança da lógica que orienta os processos de formação e re-organiza os serviços dentro de uma nova lógica que rompe com o modelo biomédico e busca construir a integralidade em saúde, confirma que esse investimento em recursos humanos vale a pena ao estado. As participantes da pesquisa reiteram que a formação participa na denúncia de resistências aos processos de mudanças preconizados pelo SUS e participa na criação de formas alternativas e criativas para trabalhar realidades adversas.

Os pesquisadores têm clareza de que esses dados possuem significado desde que considerado o momento de realização da coleta e de sua interpretação e o período em que foi cursada a residência pelos participantes da pesquisa (2002-2006), a sua utilização para outras análises que não tenham sido contempladas no momento da coleta coloca em risco a legitimidade da sua interpretação.

Inserção dos residentes nas políticas públicas

Os dados analisados indicam que 60% dos respondentes está inserido no setor público o que confirma os objetivos preconizados desde a origem dessa modalidade de formação e que justifica o investimento de dinheiro público neste programa. Também é apontado que 52,94% são vinculados a instituições públicas municipais em comparação a 32,35%, em instituições federais e 11,76 %, em estaduais. A interpretação desses dados coloca o processo de descentralização da atenção à saúde, que tem ocorrido desde a sua municipalização, na década de 90 e, conseqüentemente, um aumento significativo de concursos realizados pelos municípios para contratação de profissionais e técnicos de saúde como responsáveis pela diferença nos índices.

A importância da RIS como multiplicadora de conhecimento está expressa no resultado de 33% dos egressos assumindo cargos como coordenadores de serviços e programas. Considerando as atividades e cargos ocupados pelos egressos, é importante ressaltar que os cargos de coordenação, somados aos de bolsista/professor/supervisor/consultor ocupam um total de 83%, evidenciando a potencialidade da RIS em fomentar uma formação profissional que socializa conhecimentos e dá estímulo aos profissionais para continuidade da qualificação. Quanto a isso os participantes reiteram que a vivência prática em diferentes locais de trabalho, com diferentes formas de aplicação dos preceitos do SUS fez buscarem maior conhecimento teórico a respeito dos princípios e diretrizes e consideram que “(...) o conhecimento prévio das políticas públicas de saúde qualifica o atendimento ao usuário do SUS”.

A ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que se realizam em cada contexto e condicionam resultados é o que dá materialidade às políticas públicas e a partir dessa compreensão a posição dos egressos a respeito de como percebem a formação assume dimensão significativa na medida em que a entendem como um instrumento importante de formação e de grande impacto na condução das práticas de

saúde, expresso como: “Entendo a RIS como ferramenta potente de mudança na formação”, e essa “potência” está na apropriação crítica e aplicação prática (em serviço) dos pressupostos teóricos do SUS.

Esse programa viabiliza um aporte teórico amplo e sua aplicação prática em diferentes frentes de trabalho: “A vivência em uma unidade de saúde foi fundamental para a compreensão dos obstáculos e facilidades na aplicação das políticas públicas”. Essa vivência em atividades que incluíam a promoção, prevenção, atenção, reabilitação e gestão em diferentes serviços de saúde da rede pública, foi apontada, “(...) percebo a importância de direcionarmos as ações para prevenção e promoção de saúde, e também nesse âmbito estou desenvolvendo minha pesquisa de mestrado”.

A equipe de pesquisadores destaca um resultado expresso nos questionários e, apresenta neste artigo, pois, frente à possibilidade de apresentar essa pesquisa em espaço organizado pela psicologia da saúde, entende ser uma oportunidade excelente para discussão e enriquecimento. O resultado destacado diz respeito ao sentimento de *reconhecimento* que os participantes referem nutrir pela RIS, reconhecimento de si mesmo como pessoa, como profissional, um reconhecimento social e no mercado de trabalho.

A categoria reconhecimento remete aos vínculos criados entre residentes e residência no processo de formação e é um fenômeno inerente, necessário e desejado pelo ser humano. O vínculo se constitui na experiência conjunta, na relação consigo e com os outros, na qual as pessoas se dão a conhecer e a subjetivar-se, através do outro, isto significa conhecer o outro como autônomo, diferente, com capacidade de complementaridade (Alliati, 2004). O vínculo do reconhecimento, ou o reconhecimento dá conta da necessidade vital de ter a comprovação, de ser reconhecido pelos outros, valorizado, amado, respeitado e de existir com uma identidade (Zimerman, 1999).

Zimerman refere a existência de quatro tipos de conceituações do vínculo do reconhecimento: reconhecimento de si, reconhecimento do outro, ser reconhecido aos outros e ser reconhecido pelos outros.

Podemos começar por uma delas que é o reconhecimento de si mesmo, os participantes da pesquisa consideram que a residência possibilitou esse reconhecimento como profissional e como pessoa produzindo mudanças, como referido: “Para mim foi uma experiência bastante marcante em termos pessoais e que marcou de maneira importante minha trajetória profissional”; “(...) aprimorou minha maturidade profissional, ainda (...) me deu mais segurança, confiança”; “(...) a RIS proporcionou um crescimento profissional e pessoal fundamental em meu desenvolvimento”.

O reconhecimento dos outros, colegas, professores/preceptores, locais de estágio e usuários, e demais colegas profissionais manifesta-se nos depoimentos a seguir: “(...) além de trabalhar em equipe com profissionais de outras áreas não médicas e entender o papel de cada profissional na equipe e no atendimento do paciente”; (...) como uma boa possibilidade para conhecer melhor como trabalham outros profissionais e o que fazem outras áreas da saúde, devido ao trabalho conjunto (...)”. Em relação aos professores/preceptores e locais de estágio mostram seu reconhecimento dizendo que “(...) Os ensinamentos foram muito importantes, tanto no que refere ao conteúdo programático da residência e seu experiente quadro de preceptores quanto ao promovido pela troca com os colegas, pela vida na comunidade e pela prática em serviços “reais” que apresentam as dificuldades e obstáculos vistos nos diversos locais do país”. O reconhecimento do usuário está expresso a seguir: “(...) principalmente sobre o “modo de acolher” o usuário e tentar percebê-lo com um ser completo, ou seja, estar atento para o seu contexto social, moradia, família, recursos da sua comunidade”.

O reconhecimento aos outros está explicitado nas respostas: “A RIS me proporcionou uma visão muito mais integral”; (...) “a RIS me deu ferramentas para atuar como médica de família”; “(...) reconhecimento da importância da participação social”.

O reconhecimento pelos outros, o fato de serem respeitados, valorizados, escolhidos, considerados como pessoas, como profissionais capazes no mercado de trabalho foi destacado pelos participantes da pesquisa: “(...) Acredito que fui selecionada para o trabalho que atualmente desenvolvo (...) pelo interesse no programa e pelas publicações que tive oportunidade de desenvolver no período de residência”; “(...) valorização curricular para seleção ao cargo que tenho hoje”.

A importância da RIS ter impactado de forma significativa na construção do vínculo do reconhecimento pode ter como interpretação o fato de que cada vez mais o mundo do trabalho tem se constituído em um mundo precarizado, onde há a desqualificação do trabalhador e a extrema flexibilização que coloca todas as profissões e profissionais como descartáveis. A RIS ao acolher o profissional, capacita-lo e compromete-lo com a transformação da realidade de saúde através de subsídios teóricos e práticos reconhecendo a capacidade dele para tal, está indo contra a lógica da precarização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A RIS está fundada nos princípios do SUS, busca a integração dos diferentes conhecimentos e aparatos teóricos, propõe a horizontalização das hierarquias e contribui para a centralidade dos usuários no sistema de saúde. A importância do reconhecimento e fortalecimento dessa formação na área de saúde tem reforçado a qualificação profissional a partir da criação de novos enfoques, novos cenários e novas práticas em sintonia com o processo de redemocratização da sociedade brasileira. O fato de, um número significativamente maior de mulheres ter respondido a pesquisa gera nos pesquisadores outras e novas indagações quanto aos resultados analisados. Estas indagações incidem sobre se, esses resultados expressam a visão feminina? se a visão masculina corrobora os resultados? Por questões históricas que colocaram a mulher fora do mercado de trabalho durante séculos seriam as mulheres mais capazes de serem reconhecidas? As mulheres, mais do que os homens, dão seguimento aos estudos pós-graduados porque tem mais interesse ou por mais disponibilidade de tempo? Os cargos assumidos como gestores, coordenadores estão assim distribuídos na totalidade dos egressos ou se aprofundarmos os dados encontraremos as mulheres com concentração em um tipo de cargo e os homens em outro?

Sabe-se que a interpretação é resultante de conhecimentos teóricos apreendidos e construídos pelos pesquisadores o que não significa ser a única e absoluta, já que um texto sempre pode levar a múltipla significação.

Porém espera-se com essa pesquisa, consolidar o papel da ESP/RS como responsável pela formação e qualificação de pessoal para o campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva/SUS, e também consolidar a importância da RIS na qualificação de homens e mulheres para atuarem com competência nas políticas públicas socializando conhecimento e informação aos diversos segmentos da população.

REFERÊNCIAS

- Aliatti, I. (2004). Processos dos Grupos Psicológicos Construtores da Pertença: Vínculo da Amizade, Organizadores Grupais e o Lugar – Espaço Potencial. *Tese de Mestrado*. Porto Alegre: PUC.

- Bellini, M.I. (2008). Educação permanente em saúde coletiva e a formação do aluno de serviço social. *Relatório final da pesquisa*. PUCRS.
- Escola de Saúde Pública. (2003). *Relatório de Gestão-SES: Lei 8080 de 19/09/1990*. 2003-10-30.
- Ministério da Saúde. (2003). Política de educação e desenvolvimento do SUS-caminhos para a Educação Permanente. Aprovação na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, Brasília, 18/setembro/2003.
- Moraes, R., & Galiazzi, M.C. (2007). *Análise Textual Discursiva*. Ijuí: Ed. Ijuí, 2007.
- Rio Grande do Sul. (2002). *Lei 11.789 de 17 de Maio de 2002*.
- Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. (2000). *Boletim de Saúde, 14(1)*, Escola de Saúde Pública.
- Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. (2001). *Boletim de Saúde, 15(1)*, Escola de Saúde Pública
- Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. (2002). *Boletim de Saúde, 16(1)*, Escola de Saúde Pública
- Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. (2002). Diário Oficial 24 de dezembro de 2002, Portaria n. 71/2002, pp. 53-56.
- Zimmerman, D.E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: Teorias, técnicas e clínica*. Porto Alegre: Artmed.

ACTIVIDADE FÍSICA E BEM-ESTAR ESPIRITUAL:
PAPEL MODERADOR DE VARIÁVEIS MOTIVACIONAIS

*Maria João Gouveia¹ / José L. Pais-Ribeiro^{1,2} /
Marta Cabrita¹ / Marta Marques¹*

¹Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D,
ISPA – Instituto Universitário; ²FPCE, Universidade do Porto

Existe hoje suficiente evidência empírica que suporta o impacto positivo da actividade física e exercício para a saúde e bem-estar das pessoas, quer do ponto de vista físico (e.g., Berlin & Colditz, 1990), quer psicológico (para revisão ver e.g., Bidle, Fox, & Boutcher, 2000). A multidimensionalidade do conceito de saúde inclui hoje, outras componentes, nomeadamente a espiritual, necessária numa concepção holística do bem-estar (Chandler, Holden, & Kolander, 2001; Ingersoll & Bauer, 2004). A própria Organização Mundial de Saúde discutiu em 1983 a inclusão do bem-estar espiritual como uma nova componente na sua definição de saúde (O'Connell & Skevington, 2007). No entanto, o conhecimento sobre o contributo dos estilos de vida e nomeadamente do lazer activo, para esta dimensão do bem-estar é ainda muito escassa (Heintzman, 2002; Heintzman & Mannell, 2003).

O conceito de *Bem-estar espiritual* (BEE) emerge do estudo sobre os contributos da espiritualidade para a saúde (Gomez & Fisher, 2003). As definições referidas na literatura para este construto são diversas e susceptíveis de importantes variações culturais (Moberg, 2002). Numas das definições mais abrangentes do conceito, Fisher (1999) conceptualiza-o como uma forma de estar dinâmica que se reflecte na qualidade das relações que o indivíduo estabelece em quatro domínios da sua vida: consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com algo ou Alguém que transcende o domínio humano. O domínio pessoal diz respeito à forma como uma pessoa se relaciona consigo própria em termos do significado, propósito e valores de vida. O domínio comunitário expressa a qualidade e profundidade das relações inter-pessoais no que diz respeito à moralidade, cultura e religião. Inclui sentimentos de amor, justiça, esperança e fé na humanidade. O domínio ambiental consiste nas relações com o mundo físico e biológico (cuidar e proteger), expressando-se através da admiração e de sentimentos de união com a natureza. Por fim, o domínio transcendental refere-se à relação do próprio com algo ou alguma coisa para além do que é humano, nomeadamente uma força

cósmica, uma realidade transcendente, ou Deus, e expressa-se através do culto e adoração da fonte de mistério do universo. Neste modelo a saúde espiritual é dinâmica e o desenvolvimento de BEE em cada um dos domínios contribui para o aprofundamento das relações nos restantes. O bem-estar espiritual global resulta do efeito combinado do bem-estar espiritual em cada um dos domínios. Esta conceptualização abrangente deu lugar ao desenvolvimento de um instrumento (SWBQ; Gomez & Fisher, 2003) que poderá fornecer um modelo mais adequado para a mensuração do constructo em pessoas com diferentes perspectivas culturais e/ou ideológicas sobre a espiritualidade (Moberg, 2002).

As experiências de lazer podem proporcionar oportunidades para desenvolver esta dimensão espiritual do bem-estar (Heintzman, 1999; Heintzman & Mannell, 2003). No âmbito da actividade física de lazer (AF), tem sido proposto que actividades como o Yoga ou o tai-chi (aqui designadas de actividades de inspiração oriental – AFO), podem contribuir para o processo de consciencialização e/ou reequilíbrio da dimensão espiritual, mecanismos estes considerados essenciais para o desenvolvimento de BEE (Chandler et al., 1992; Heintzman, 2002). Simultaneamente, praticantes de Yoga parecem atribuir ao “Oriente” e ao Yoga, expressões como “paz”, “equilíbrio”, “união entre mente e corpo” e “espiritual” (Almeida, 2003). Assumindo esta representação, praticantes que valorizem a espiritualidade poderão seleccionar estas actividades pelo seu potencial para o desenvolvimento desta dimensão.

Os resultados de Heintzman e Mannell (2003) sugerem ainda que os indivíduos que estão mais motivados para o lazer apresentam maiores níveis de BEE e têm maior probabilidade de o utilizar pelas suas funções espirituais. Também no âmbito do exercício físico tem sido demonstrado que a motivação intrínseca, competência percebida e auto-determinação, estão directamente associadas à persistência na prática e incremento dos seus benefícios psicológicos (e.g., Frederick & Ryan, 1993; Ingledeu & Markland, 2007). Por outro lado, resultados de alguns estudos sugerem que as AFO poderão ser realizadas com maiores níveis de motivação intrínseca dos participantes do que outras actividades físicas de ginásio (e.g., Ryan et al., 1997). É provável que quem realiza a actividade por razões extrínsecas ou como escape, possa fazê-lo com menor auto-determinação, desenvolvendo níveis reduzidos de competência pessoal na actividade e experienciando conseqüentemente menor prazer com a prática (Markland, 1999; McAuley, Wraith, & Duncan, 1991).

O objectivo deste estudo foi assim, analisar a relação entre o tipo de actividade física (AF) praticada (Yoga vs Ginásio) e o BEE, explorando o possível papel moderador de variáveis motivacionais nesta relação. Espera-se que a prática de Yoga possa estar relacionada com maiores níveis de BEE mas esta relação poderá ser moderada pela motivação intrínseca na actividade.

MÉTODO

Participantes

Numa amostragem intencional, participaram 171 praticantes de Yoga ($N=102$) e de actividades de Ginásio (e.g., cardio-fitness, hidroginástica; $N=69$), de ambos os sexos ($F=126$) e com média de idades de 32 anos ($DP=12$). Em média, praticavam a actividade há mais de três anos ($M=3,83$; $DP=2,02$) e durante mais de três horas por semana ($M=3,40$; $DP=2,31$).

Material

O bem-estar espiritual (BEE) foi operacionalizado pela versão portuguesa (Gouveia & Ribeiro, 2008) do *Spiritual Well-Being Questionnaire* (SWBQ; Gomez & Fisher, 2003). É uma escala de 20 itens, 5 por cada subescala de BEE (pessoal, comunal, ambiental e global). Os respondentes indicam, numa escala 5 pontos [muito pouco a totalmente], em que medida sentem que cada afirmação reflecte a sua experiência pessoal actual. O resultado do domínio é obtido pela média das respostas aos respectivos itens. Pode obter-se uma medida global de BEE pela adição dos domínios. Os autores originais apresentam bons resultados de fiabilidade e validade para todas as subescalas, com valores de consistência interna variando entre $\alpha=0,76$ e $\alpha=0,95$ (Gomez & Fisher, 2003). Os resultados preliminares da versão portuguesa do instrumento (Gouveia, Ribeiro, & Marques, 2008), apresentam também bons indicadores de consistência interna global ($\alpha=0,89$), oscilando as subescalas entre $\alpha=0,72$ e $\alpha=0,88$ e índices de ajustamento aceitáveis para um modelo de 4 factores correlacionados como proposto ($Qui^2/df=1,965$ $p<0,000$; $CFI=0,917$;

$RMSEA=0,064$ $p=0,02$). Nesta nossa amostra verificaram-se também bons valores de consistência interna ($\alpha=0,87-0,97$).

A motivação intrínseca foi conceptualizada multidimensionalmente através de três subescalas: (a) auto-determinação, medida pela escala de 3 itens do “Locus de Causalidade para Exercício” (LCE; Markland & Hardy, 1997), com valores favoráveis de consistência interna [original, $\alpha=0,83$ e nesta amostra $\alpha=0,75$]; (b) *percepção de competência*, medida pela subescala da versão portuguesa do “Intrinsic Motivation Inventory” (IMI; Fonseca, 1995; McAuley et al., 1989), com 4 itens e também com consistência interna aceitável [original, $\alpha=0,83$; vs. portuguesa $\alpha=0,74$ e nesta amostra $\alpha=0,71$]. Em ambos casos os participantes indicam, numa escala de concordância de 5 pontos, em que medida cada afirmação corresponde ao modo como encaram a prática da actividade física; e (c) o prazer/gosto na prática que foi medido pela escala *enjoyment* do “Exercise Motivations Inventory” (EMI-2; Markland & Ingledew, 1997) e é quantificado através da média das respostas dadas a um total de quatro itens, respondidos numa escala de seis pontos (0=nada verdade para mim; 5=muito verdade para mim). Valores consistência interna são igualmente positivos (original, $\alpha=0,90$; nesta amostra $\alpha=0,76$).

Procedimento

O preenchimento dos questionários fez-se de forma voluntária, junto de frequentadores de ginásios e de escolas de Yoga, e foi realizado maioritariamente antes de uma das suas sessões de actividade. A análise de dados foi realizada com recurso ao programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

A MANOVA a um factor revelou um efeito fortemente significativo do tipo de actividade física (Yoga vs ginásio) no compósito multivariado de BEE [Traço de Pillai=0,40; $F(4,165)=27,51$; $p<0,001$; $\eta^2_p=0,40$; potência=1,00]. As ANOVAS univariadas com teste de Welch (mais robusto para ausência de homogeneidade), revelam que os praticantes de Yoga apresentam níveis significativamente mais elevados em todas as dimensões e no total de BEE (ver Quadro 1).

Quadro 1

Médias, Desvio-Padrão (entre parêntesis), ANOVA com teste Welch e magnitude do efeito para comparação dos grupos de actividade física nos domínios de BEE

Bem-estar espiritual	Actividade física		F_{w}^*	η^2_p
	Yoga (N=101)	Ginásio (N=69)		
Pessoal	4,09 (0,62)	3,22 (0,91)	48,38	0,25
Comunitário	3,83 (0,69)	2,95 (1,01)	39,93	0,21
Ambiental	4,08 (0,77)	2,61 (1,29)	71,85	0,34
Global	3,45 (0,97)	2,01 (1,10)	77,09	0,32
Total BEE	3,86 (0,65)	2,70 (0,91)	83,20	0,36

Nota. * $p \leq 0,001$

Papel moderador da motivação intrínseca na relação entre o tipo de actividade e o bem-estar espiritual

Vários modelos de Regressão Linear (*Durbin-Watson* ≤ 2 em todos os modelos), avaliaram a capacidade preditiva do produto Tipo de Actividade \times Variáveis Motivacionais para os níveis de bem-estar espiritual, verificando-se existirem interacções significativas ($p < 0,001$) em todos os casos. Ou seja, a relação entre o tipo de actividade física praticada e os níveis de bem-estar espiritual (tanto para o seu índice total, como em cada um dos seus domínios), é moderada pelo total de motivação intrínseca e pelas suas componentes.

Esta interacção permite explicar no entanto, uma percentagem relativamente reduzida da variabilidade do bem-estar espiritual ($0,18 < R^2 < 0,36$).

DISCUSSÃO

Os resultados mostram a existência de diferenças no Bem-estar espiritual em função do tipo de actividade física praticada sendo, como esperado, mais elevado nos praticantes de Yoga. No entanto a diferença encontrada nos níveis de bem-estar espiritual experienciados por cada grupo dependem dos níveis de motivação intrínseca vividos na actividade.

Globalmente, a exploração do sentido da interacção sugere que quando a motivação é mais intrínseca e os níveis de auto-determinação,

competência percebida e prazer/gosto são elevados, a diferença entre os grupos de Yoga e Ginásio é menos acentuada.

O papel da MI como moderadora do efeito do tipo de actividade no BEE vai ao encontro do sugerido por Heintzman e Mannell (2003). Estes resultados suportam igualmente a literatura quanto ao contributo destas variáveis motivacionais no potenciar dos benefícios da prática de actividade física (e.g., Frederick & Ryan, 1993). Estes efeitos poderão coadjuvar ou mesmo explicar as diferenças encontradas entre as modalidades no bem-estar psicológico. Estudos futuros deverão clarificar estas relações. Neste sentido deverá ser igualmente explorado um eventual modelo de mediação entre estas variáveis. Como o efeito das variáveis motivacionais poderá não se manifestar sempre do mesmo modo, deverá-se-á clarificar também a contribuição respectiva de cada variável motivacional para o bem-estar espiritual associado à prática de actividade física de lazer.

A compreensão destes processos fornece ferramentas para a estruturação das actividades de modo a potenciar os seus benefícios psicológicos.

REFERÊNCIAS

- Almeida, J.R. (2003). *O Oriente que há em nós: O «Centro Nori»: Um estudo de caso da prática de yoga em Portugal*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Berlin, J.A., & Colditz G. (1990). A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 132, 612-628.
- Biddle, S., Fox, K., & Boutcher, S. (Eds.). (2000). *Physical Activity and Psychological Well-Being*. London: Routledge.
- Chandler, C.K., Holden, J.M., & Kolander, C.A. (1992). Counseling for spiritual wellness: Theory and practice. *Journal of Counseling & Development*, 71, 168-175.
- Fisher, J.W. (1999). Helps to fostering students' spiritual health. *International Journal of Children Spirituality*, 4(1), 29-49.
- Fonseca, A.M., & Brito, A.P. (2001). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do *Intrinsic Motivation Inventory* (IMI_p) em contextos de actividade física e desportiva. *Análise Psicológica*, 1, 59-76.

- Frederick, C.M., & Ryan, R.M. (1993). Differences in motivation for sport and exercise and their relations with participation and mental health. *Journal of Sport Behavior*, 16, 124-146.
- Gomez, R., & Fisher, J.W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1975-1991.
- Gouveia, M.J., Pais-Ribeiro, J.L., & Marques, M. (2008). Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual: resultados psicométricos preliminares. In I. Leal & J. Pais-Ribeiro (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 423-427) Lisboa: ISPA edições.
- Heintzman, P. (1999). Spiritual wellness: Theoretical links with leisure. *Journal of Leisurability*, 26(2), 22-30.
- Heintzman, P. (2002). A conceptual model of leisure and spiritual well-being. *Journal of Park and Recreation Administration*, 20(4), 147-169.
- Heintzman, P., & Mannell, R.C. (2003). Spiritual functions of leisure and spiritual well-being: Coping with time pressure. *Leisure Sciences*, 25, 207-230.
- Ingersoll, R.E., & Bauer, A.L. (2004). An Integral Approach to Spiritual Wellness in School Counseling Settings. *Professional School Counseling*, 7(5), 301-308.
- Ingledeu, D.K., & Markland, D. (2007). The role of motives in exercise participation. *Psychology and Health*, 1, 1-22.
- Markland, D. (1999). Self-Determination Moderates the Effects of Perceived Competence on Intrinsic Motivation in an Exercise Setting. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 21, 351-361.
- Markland, D., & Hardy, L. (1997). On the factorial and construct validity of the intrinsic motivation inventory: Conceptual and operational concerns. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 68(1), 20-32.
- Markland, D., & Ingledeu, D. (1997). The measurement of exercise motives: Factor validity and invariance across gender of a revised Exercise Motivations Inventory. *British Journal of Health Psychology*, 2, 361-376.
- McAuley, E., Duncan, T., & Tammen, V. (1989). Psychometric Properties of the Intrinsic Motivation Inventory in a Competitive Sport Setting: A Confirmatory Factor Analysis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 60(1), 48-58.
- McAuley, E., Wraith, S., & Duncan, T. (1991). Self-efficacy, perceptions of success and intrinsic motivation for exercise. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 139-155.
- Mullan, E., & Markland, D. (1997). Variations in Self-Determination Across the Stages of Change for Exercise in Adults. *Motivation and Emotion*, 21(4), 349-362.

- Moberg, D.O. (2002). Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development, 9*(1), 47-60.
- O'Connell, K.A., & Skevington, S.M. (2007). To measure or not to measure? Reviewing the assessment of spirituality and religion in health-related quality of life. *Chronic Illness, 3*, 77-87.
- Ryan, R.M., Frederick, C.M., Lepes, D., Rubio, N., & Sheldon, K.M. (1997). Intrinsic Motivation and Exercise Adherence. *International Journal of Sport Psychology, 28*, 335-354.

FLOW DISPOSICIONAL NA ACTIVIDADE FÍSICA
E BEM-ESTAR ESPIRITUAL: EXPLORAÇÃO DE UMA RELAÇÃO

*Maria João Gouveia¹ / José L Pais-Ribeiro^{1,2} /
Vanda França¹ / Marta Marques¹*

¹Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D,
ISPA – Instituto Universitário; ²FPCE, Universidade do Porto

Actualmente, já existe confirmação empírica suficiente sobre a relevância da espiritualidade para a saúde e qualidade de vida (e.g., Sawatzky et al., 2005). O reconhecimento deste contributo conduziu à emergência do conceito de Bem-estar Espiritual (BEE). Este conceito tem sido definido e operacionalizado de diferentes modos, revelando perspectivas culturais ou ideológicas distintas (e.g., Moberg, 2002). Assumindo uma visão abrangente do construto, que validou empiricamente, Fisher (1999) concebe-o como uma forma de estar dinâmica que se expressa na qualidade das relações que o indivíduo estabelece em quatro domínios da sua vida: consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com algo ou Alguém que transcende o domínio humano. O domínio pessoal diz respeito à forma como uma pessoa se relaciona consigo própria em termos do significado, propósito e valores de vida. O domínio comunitário expressa a qualidade e profundidade das relações inter-pessoais no que diz respeito à moralidade, cultura e religião. Inclui sentimentos de amor, justiça, esperança e fé na humanidade. O domínio ambiental consiste nas relações com o mundo físico e biológico (cuidar e proteger), expressando-se através da admiração e de sentimentos de união com a natureza. Por fim, o domínio transcendental refere-se à relação do próprio com algo ou alguma coisa para além do que é humano, nomeadamente uma força cósmica, uma realidade transcendente, ou Deus, e expressa-se através do culto e adoração da fonte de mistério do universo. O desenvolvimento de BEE em cada um dos domínios contribui para o aprofundamento das relações nos restantes. O bem-estar espiritual global resulta do efeito combinado dos diferentes domínios. Este modelo conceptual conduziu ao desenvolvimento de um instrumento (SWBQ; Gomez & Fisher, 2003) que poderá fornecer um modelo mais adequado para a mensuração do constructo em pessoas com diferentes perspectivas culturais e/ou ideológicas sobre a espiritualidade (Moberg, 2002).

Sendo o BEE simultaneamente um preditor e um possível resultado de saúde (Ingersoll, & Bauer, 2004; O'Connell & Skevington, 2007), é

importante conhecerem-se os comportamentos que para ele podem contribuir, bem como os seus preditores ou eventuais correlatos.

As experiências de lazer podem proporcionar oportunidades para desenvolver esta dimensão espiritual do bem-estar (Heintzman, 1999; 2002; Heintzman & Mannell, 2003). No âmbito da actividade física de lazer (AF), tem sido proposto que actividades como o Yoga ou o tai-chi podem contribuir para o processo de consciencialização e/ou reequilíbrio da dimensão espiritual, mecanismos estes considerados essenciais para o desenvolvimento de BEE (Chandler et al., 1992; Heintzman, 2002). Por outro lado, os estados psicológicos associados à prática podem ser relevantes para potenciar esses efeitos. Heintzman e Mannell (2003) verificaram por exemplo, que os indivíduos mais motivados para o lazer apresentam maiores níveis de BEE e têm maior probabilidade de o utilizar pelas suas funções espirituais.

É possível admitir que um estado de maior envolvimento, absorção e concentração na actividade, a experiência de prazer associada e a motivação intrínseca (i.é., realizar-se a actividade pelo próprio prazer que proporciona), são características que podem estar associadas a maiores níveis de bem-estar espiritual.

Estas características são as que parecem melhor tipificar a experiência de Flow (Bakker, 2005; Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). Também por isto, tem sido este o conceito mais associado à espiritualidade no contexto da actividade física (e.g., Watson & Nesti, 2005).

O Flow é um estado psicológico óptimo, que corresponde a um sentimento de perfeita sintonia e envolvimento com a actividade em execução, desencadeando um profundo prazer (Csikszentmihalyi, 1990). O Flow emerge nas actividades em que o individuo percebe um equilíbrio desafiante e dinâmico entre as competências e as exigências percebidas na tarefa, pelo que o desporto e a actividade física proporcionam boas oportunidades para a sua ocorrência. As experiências de Flow têm sido amplamente estudado nestes contextos (Jackson & Csikszentmihalyi, 1999; Vlachopoulos, et al., 2000). Este conceito tem sido associado ao bem-estar psicológico e à espiritualidade, mesmo no contexto desportivo (e.g., Dillon & Tait, 2000).

Assim, o objectivo deste estudo será analisar as relações entre a frequência típica de experiência de flow (i.é., Flow disposicional) na prática de exercício e o bem-estar espiritual dos praticantes.

MÉTODOS

Participantes

Numa amostragem intencional, participaram 173 praticantes exercício físico [Yoga $N=103$ e actividades de Ginásio (e.g., cardio-fitness, hidroginástica), $N=70$], de ambos os sexos ($F=126$) e com média de idades de 32 anos ($DP=12$). Em média, praticavam a actividade há mais de três anos ($M=3,83$; $DP=2,02$) e durante mais de três horas por semana ($M=3,40$; $DP=2,31$).

Material

Mediu-se o bem-estar espiritual (BEE) através da versão portuguesa (Gouveia, Ribeiro, & Marques, 2008) do *Spiritual Well-Being Questionnaire* (SWBQ; Gomez e Fisher, 2003). Trata-se de uma escala de 20 itens, 5 por cada subescala de BEE (pessoal, comunal, ambiental e global). Os respondentes indicam, numa escala 5 pontos [muito pouco a totalmente], em que medida sentem que cada afirmação reflecte a sua experiência pessoal actual. O resultado do domínio é obtido pela média das respostas aos respectivos itens. Pode obter-se uma medida global de BEE pela adição dos domínios. Os autores originais apresentam bons resultados de fiabilidade e validade para todas as subescalas, com valores de consistência interna variando entre $\alpha=0,76$ e $\alpha=0,95$ (Gomez & Fisher, 2003). Os resultados preliminares da versão portuguesa do instrumento (Gouveia, Ribeiro, & Marques, 2008), apresentam também bons indicadores de consistência interna global ($\alpha=0,89$), oscilando as subescalas entre $\alpha=0,72$ e $\alpha=0,88$ e índices de ajustamento aceitáveis para um modelo de 4 factores correlacionados como proposto ($Qui^2/df=1,965$ $p<0,000$; $CFI=0,917$; $RMSEA=0,064$ $p=0,02$). Na presente amostra verificaram-se também bons valores de consistência interna ($\alpha=0,87-0,97$).

O Flow disposicional foi operacionalizado através de uma versão portuguesa do Disposicional Flow Scale (DFS-2; Jackson & Marsh, 1996) actualmente em estudo de validação. Esta versão portuguesa foi desenvolvida a partir da versão Estado de Flow (FSS; Jackson & Eklund, 2004) proposta pelos autores e já adaptada por este grupo de investigação (Gouveia, Marques, & Vieira, 2008). A DFS-2 avalia a frequência típica de

experiência de Flow na prática de actividade física, através de um conjunto de 36 itens (4 por sub-escala) que medem as 9 dimensões de Flow propostas por Csikszentmihalyi (1990) e validadas por Jackson (1992) para o contexto de actividade física: equilíbrio tarefa-competência, envolvimento na tarefa, clareza de objectivos, percepção de desempenho, concentração, sensação de controlo e domínio da situação, experiência auto-télica, perda de auto-consciência, e alteração do tempo. É possível calcular o total de Flow pelo somatório das diferentes subescalas (Jackson & Eklund, 2002). Cada item refere-se aos pensamentos e emoções que se podem experienciar durante a prática de exercício e os respondentes devem indicar, numa escala de 5 pontos, a frequência com que habitualmente experienciam cada afirmação durante a sua prática daquele exercício específico. Quer a versão original, quer a utilizada neste estudo, apresentam valores de consistência interna bastante aceitáveis para as diferentes subescalas (original, $0,78 < \alpha < 0,90$ e nesta amostra $0,75 < \alpha < 0,91$).

Procedimento

O preenchimento dos questionários fez-se de forma voluntária, junto de frequentadores de ginásios e de escolas de Yoga, e foi realizado maioritariamente antes de uma das suas sessões de actividade. A análise de dados foi realizada com recurso ao programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

Análise descritiva das variáveis Bem-Estar Espiritual e Flow Disposicional

No Quadro 1 apresentam-se os valores descritivos das várias dimensões e do total de Flow disposicional e do BEE, na amostra total e por sub-amostra em estudo. Verificam-se sempre valores médios de BEE mais elevados no Yoga que outro estudo do mesmo projecto revelou serem significativos (ver Gouveia, Ribeiro, Marques, & Marques, nestas actas). No Flow o padrão não é sistemático para as diferentes subescalas.

Quadro 1

Médias, Desvio-Padrão (entre parêntesis) e variância nos domínios de BEE e Flow

Bem-Estar Espiritual	Yoga	Ginásio	Amostra total
	<i>M (DP) (N=103)</i>	<i>M (DP) (N=70)</i>	<i>M (DP) (N=173)</i>
Pessoal	4,10 (0,62)	3,24 (0,91)	3,75 (0,86)
Comunitário	3,83 (0,68)	2,95 (1,0)	3,47 (0,93)
Ambiental	4,08 (0,77)	2,65 (1,31)	3,50 (1,24)
Global	3,43 (0,99)	2,05 (1,13)	2,87 (1,25)
Total BEE	3,68 (0,63)	2,61 (0,89)	3,24 (0,91)
Flow Disposicional			
Eq Tarefa-Competência	3,4 (0,5)	3,6 (0,6)	3,5 (0,5)
Concentração	3,6 (0,5)	3,6 (0,6)	3,6 (0,5)
Envolvimento na tarefa	3,0 (0,8)	3,4 (0,7)	3,2 (0,8)
Perda de auto-consciência	3,5 (0,9)	3,1 (0,8)	3,3 (0,9)
Sensação de controlo	3,5 (0,6)	3,8 (0,6)	3,6 (0,6)
Clareza de objectivos	3,7 (0,6)	4,0 (0,6)	3,8 (0,6)
Percepção desempenho	3,4 (0,5)	3,7 (0,5)	3,5 (0,5)
Alteração do tempo	3,5 (0,5)	3,1 (0,7)	3,3 (0,7)
Experiência Autotélica	4,6 (0,4)	4,0 (0,7)	4,4 (0,6)
Total Flow Disposicional	3,5 (0,3)	3,5 (0,4)	3,5 (0,4)

Efeito preditivo do Flow Disposicional para o Bem-Estar Espiritual

Vários modelos de Regressão Linear Múltipla (*Durbin-Watson* ≤ 2 em todos os modelos), analisaram a capacidade das várias dimensões do Flow disposicional para predizerem cada domínio e o total de bem-estar espiritual (ver Quadro 2). Verifica-se que as escalas de *envolvimento na tarefa* ($\beta < 0$), *alteração do tempo* ($\beta > 0$) e *experiência autotélica* ($\beta > 0$), predizem significativamente o BEE ($p < 0,05$) em todos os modelos gerados, i.é., para o domínio pessoal, comunitário, ambiental, global ou transcendental e para o total de BEE ($0,23 < R^2_{ajust.} < 0,30$). O *equilíbrio tarefa-competência* e a *sensação de controlo* apenas se revelam preditores significativos do BEE pessoal ($\beta = 0,26$; $t = 2,68$; $p = 0,01$) e do BEE ambiental ($\beta = -0,26$; $t = -2,51$; $p = 0,01$) respectivamente. Enquanto a *experiência autotélica* e a *alteração do tempo* têm sempre um efeito positivo no BEE, maior *envolvimento na tarefa* prediz um menor bem-estar espiritual em todos os casos ($\beta < 0$). Os valores de $R^2 < 0,50$ indicam, no entanto, uma reduzida capacidade dos modelos para explicar a variabilidade de cada dimensão do BEE.

Quadro 2

Resultados dos modelos de Regressão Linear Múltiplos para os domínios e índice total de bem-estar espiritual, em função das variáveis de Flow disposicional

Flow Disposicional	Bem-Estar Espiritual									
	Pessoal		Comunitário		Ambiental		Global		Total BEE	
	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
Eq. Tarefa-competência	0,26	2,68**	0,03	0,28	-0,07	-0,64	-0,11	-1,08	0,01	0,11
Concentração	-0,14	-1,84	-0,10	-1,29	-0,07	-0,87	0,04	0,57	-0,07	-0,92
Envolvimento na tarefa	-0,29	-3,85**	-0,22	-2,71**	-0,17	-2,06*	-0,28	-3,49**	-0,07	-3,50**
Perda de auto-consciência	-0,01	-0,10	-0,06	-0,85	0,02	0,20	0,03	0,47	-0,27	0,19
Sensação de controlo	0,02	0,19	-0,10	-0,96	-0,26	-2,51**	-0,15	-1,44	0,01	-1,59
Clareza de objectivos	-0,00	-0,01	-0,07	-0,72	0,05	0,56	-0,09	-0,96	0,01	0,07
Percepção de desempenho	-0,01	-0,09	0,22	1,93	0,18	1,53	0,17	1,47	0,16	1,53
Alteração do tempo	0,19	2,35*	0,22	2,57**	0,27	3,09**	0,25	2,87**	0,28	3,32**
Experiência Autotélica	0,40	4,67**	0,37	4,07**	0,33	3,60**	0,30	3,34**	0,36	4,03**
<i>R</i> ² ajust	0,35		0,25		0,23		0,25		0,30	

Nota. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ Nota: Valores de $VIF < 1$ em todos os casos.

DISCUSSÃO

O objectivo deste estudo transversal foi explorar as relações entre o Flow disposicional (i.é., a predisposição para experienciar Flow com maior frequência na actividade física) e o Bem-estar espiritual.

Os resultados encontrados suportam o papel preditor de algumas das componentes do Flow disposicional, nomeadamente o envolvimento na tarefa, a percepção de alteração tempo e a experiência autotélica (i.é., o prazer sentido na actividade) para cada um dos quatro domínios de BEE (pessoal, comunitário, ambiental e transpessoal). Verificámos que uma maior frequência na percepção de alteração da noção de tempo durante a prática (passar mais rápido ou mais lentamente do que o habitual) e o facto de a actividade ser mais frequentemente experienciada como intrinsecamente gratificante (autotélica), parecem conduzir a maiores níveis de bem-estar espiritual dos praticantes. Por outro lado, um maior envolvimento na tarefa parece estar associado a menores níveis de BEE. Ambos os resultados poderão ser congruentes com o proposto por Chandler e colaboradores (1992). Por um lado, estas características da experiência nestas actividades poderão criar oportunidades para tornar mais consciente ou acessível a dimensão espiritual. Por outro, um

profundo envolvimento com a actividade física pode permitir alguma evasão das preocupações espirituais, fornecendo oportunidades de enraizamento ou ligação à realidade, contribuindo assim para o reequilíbrio espiritual (Heintzman, 2002). Uma melhor compreensão dos processos envolvidos é no entanto necessária.

As limitações da nossa amostra, quer em termos de dimensão quer de método de selecção, podem estar na origem da fraca magnitude preditiva dos modelos de flow encontrados. É portanto conveniente a sua replicação com outras amostras.

Sendo o Flow uma experiência óptima que é percebida como intensamente recompensadora, é possível que as actividades que mais proporcionam experiências de Flow, se possam tornar intrinsecamente motivantes, contribuindo assim para um envolvimento mais persistente na actividade (Csikszentmihalyi, 1990; Jackson & Csikszentmihalyi, 1999; Vlachopoulos et al., 2000). Por esse motivo, é importante que futuros estudos explorem as diferenças entre as actividades na probabilidade de proporcionarem experiências de Flow. A confirmarem-se também as diferenças entre as modalidades de exercício no bem-estar espiritual (ver Gouveia et al., nestas actas), será interessante que trabalhos futuros explorem o papel mediador do Flow na relação entre a prática de AF e o BEE.

REFERÊNCIAS

- Bakker, A. (2005). Flow among music teachers and their students: The crossover of peak experiences. *Journal of Vocational Behavior*, 66, 26-44.
- Chandler, C.K., Holden, J.M., & Kolander, C.A. (1992). Counseling for spiritual wellness: Theory and practice. *Journal of Counseling & Development*, 71, 168-175.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow. The psychology of optimal experience*. New York: Harper & Row.
- Dillon, K., & Tait, J. (2000). Spirituality and being in the zone in team sports. *Journal of Sport Behavior*, 32(2), 91-100.
- Fisher, J.W. (1999). Helps to fostering students' spiritual health. *International Journal of Children Spirituality*, 4(1), 29-49.
- Gomez, R., & Fisher, J.W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1975-1991.

- Gouveia, M.J., Pais-Ribeiro, J.L., & Marques, M. (2008). Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem Estar Espiritual: Resultados psicométricos preliminares. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.423-427). Lisboa: ISPA.
- Gouveia, M.J., Marques, M., & Vieira, J. (2008). Estudo confirmatório da estrutura interna da versão portuguesa do Flow State Scale. *Libro de Resúmenes del VI Congreso Hispano-Luso de Psicología del Deporte* (pp. 117-118) Cáceres: Consejo Oficial de Psicólogos de Extremadura.
- Heintzman, P. (1999). Spiritual wellness: Theoretical links with leisure. *Journal of Leisureability*, 26(2), 22-30.
- Heintzman, P. (2002). A conceptual model of leisure and spiritual well-being. *Journal of Park and Recreation Administration*, 20(4), 147-169.
- Heintzman, P., & Mannell, R.C. (2003). Spiritual functions of leisure and spiritual well-being: Coping with time pressure. *Leisure Sciences*, 25, 207-230.
- Ingersoll, R.E., & Bauer, A.L. (2004). An Integral Approach to Spiritual Wellness in School Counseling Settings. *Professional School Counseling*, 7(5), 301-308.
- Jackson, & Csikszentmihalyi, M. (1999). *Flow in sports*. Champaign, ILL: Human Kinetics.
- Moberg, D.O. (2002). Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of niversal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development*, 9(1), 47-60.
- Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of Flow. In C.R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 89-105). New York: Oxford University Press.
- O'Connell, K.A., & Skevington, S.M. (2007). To measure or not to measure? Reviewing the assessment of spirituality and religion in health-related quality of life. *Chronic Illness*, 3, 77-87.
- Sawatzky, R., Ratner, P., & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*, 72, 153-188.
- Vlachopoulos, S., Karageorghis, C., and Terry, P. (2000). Hierarchical confirmatory factor analysis of the Flow State Scale in exercise. *Journal of Sports Sciences*, 18, 815-823.
- Watson, N., & Nesti, M. (2005). The Role of Spirituality in Sport Psychology Consulting: An Analysis and Integrative Review of Literature *Journal of Applied Sport Psychology*, 17, 228-239.

GÉNERO Y CIBERBULLYING

*Maria Natividad Alonso Elvira / José Maria Ávilés Martínez /
Maria Jesús Irurtia / Suely Mascarenhas / Ana Almeida /
Denise Machado Duran Gutierrez / Iolete Ribeiro da Silva /
Rosenir de Souza Lira / Antônio Roazzi*

El fenómeno del ciberbullying (acoso entre iguales a través del teléfono móvil o a través de Internet) presenta características propias y diferenciadas del bullying tradicional (Ávilés, 2009; Ávilés, et al., en prensa). Entre las relevantes en relación con el éxito escolar y el género queremos destacar su anonimato en la ejecución y su carácter indirecto. El supuesto anonimato que permite al agresor/a poder ejercer sus acciones sabiendo que nadie les observa, ni figuras de autoridad ni compañeros iguales, fomenta la idea en ellos, por una parte, de desinhibición (Willard, 2005) y la de que habrá una más que previsible falta de consecuencias para quienes perpetran las acciones del maltrato.

Estas dos situaciones ayudan a que las barreras inhibitorias, al no tener que exponer ningún tipo de riesgos al afrontar la agresión fomenta y favorezca que actuaciones que no se producirían en situaciones de bullying tradicional y presencial, en el caso del bullying virtual sea mucho más fácil que se produzcan. Chicos y chicas que por miedo a las consecuencias, o que por cálculo de la exposición al riesgo, no expondrían en esas situaciones, es posible que lo tuvieran más fácil en el ciberbullying. Ese cálculo de exposición al riesgo tiene mucho que ver con lo que uno tiene que ganar o perder en esas situaciones. De todos es sabido, y mucho más en los casos de agresores tradicionales (Olweus, 1998), el grado de éxito escolar que se ha descrito en ellos. Suelen ser chicos y chicas poco exitosos escolarmente, desvinculados en muchos casos del currículo y/o desmotivados de lo que la escuela les ofrece. Por tanto, con una carga aprendida de lo que pueden ganar-perder en la escuela y con una idea clara de desadaptación en la misma. Por el contrario, los chicos exitosos escolarmente y enganchados curricularmente al discurso escolar tendrían mucho más que perder en una situación de exposición al riesgo como es el hecho de afrontar como agresores una agresión directa y presencial. Es decir, el éxito o no éxito escolar podría separar a alumnos que calcularían la exposición al riesgo y aquellos que lo harían menos en una situación de bullying tradicional, directo y presencial. En los casos de bullying indirecto y de ciberbullying la separación no estaría tan clara, y de hecho, se favorecería la situación de que aquellos que nunca harían algo visible y reconocible tal vez tengan

menos inhibiciones para hacerlo en la distancia o aprovechando el anonimato. Es decir, el anonimato estaría favoreciendo que esas tendencias que el grupo y el contexto social controlan en algunos chicos/as por inapropiadas o inmorales, puedan salir a la superficie arropadas por el anonimato desde un teléfono móvil o desde un correo electrónico.

Por otra parte, nos parece relevante en el tema que nos ocupa la relación del género con el carácter indirecto de estas formas de agresión a través del teléfono móvil o de Internet. Tradicionalmente (Hoover, Oliver, & Hazler, 1992; Ortega, 1990, 1992; Rigby, 1997) se han venido relacionando ciertos tipos de maltrato con cada sexo, asignando las formas más físicas y directas a los chicos y las formas más sociales e indirectas a las chicas. Sin embargo, algunos trabajos con muestras más recientes no confirman esa división tan claramente (Avilés, 2009; Avilés, et al. en prensa), aunque marcan cierta tendencia de las chicas hacia esas formas indirectas. Estos datos unidos al carácter indirecto que poseen las formas de maltrato on line, nos hace pensar en cierta relación entre el género y estas formas de ciberbullying. De igual forma nos parece importante confrontar la idea que chicos y chicas pueden tener de estas nuevas formas en relación con las tradicionales (Avilés, 2009) y cómo resuelven los casos cuando se les presentan.

Será, por tanto, necesario analizar el fenómeno del maltrato entre iguales en los marcos, espacios y nuevos lugares en que este se manifiesta estableciendo diferencias y semejanzas con el bullying tradicional y su relación con el grado de éxito y fracaso del alumnado en nuestros centros educativos, así como el papel que juegan chicos y chicas en esas dinámicas. La investigación indaga en las relaciones del ciberbullying con variables como el éxito-fracaso en el ámbito escolar y el género. Además explora su relación con variables relacionadas con el *ciberbullying*, a saber, rol que se ocupa en la dinámica *bully-victim*, las diferencias con el *bullying* tradicional, los sentimientos que se producen en los participantes, las formas más predominantes y la duración del acoso.

METODO

Participantes

Los sujetos que componen la muestra son 730 alumnos y alumnas de enseñanza secundaria obligatoria de ocho centros educativos públicos de Castilla y León y Galicia que han participado en la investigación después de

haber recibido formación sobre el fenómeno del bullying a través de la puesta en práctica de diversos programas de convivencia escolar en sus respectivos centros. La distribución por sexos puede observarse en la Tabla nº 1

Tabla 1
Distribución por lugar y sexo

	Chicos	Chicas	Total
1 ESO	114	109	223
2 ESO	69	69	138
3 ESO	104	88	192
4 ESO	58	68	126
1 BTO	18	23	41
Total	363	357	720

Material

El instrumento que hemos empleado para la medición ha sido un autoinforme que aborda diferentes aspectos del bullying tradicional, el ciberbullying a través del móvil y el ciberbullying a través de internet (Ortega, Calmaestra, & Mora-Merchán, 2007).

Análisis Estadístico

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS para el procesamiento estadístico de los datos con análisis de contingencia entre variables de estudio. Se valora la incidencia del ciberbullying en las escuelas y se analizan las variables éxito escolar y sexo en cada uno de las dimensiones que mide el instrumento. Para la variable éxito escolar se ha utilizado una escala en la que se sitúa a los sujetos en cuatro niveles de éxito escolar. A saber: (a) Saco buenas notas; (b) Voy aprobando todo; (c) Apruebo pero me quedan algunas; (d) Suspendo casi todas o todas.

RESULTADOS

Los resultados de la investigación se presentan distribuidos en apartados para su mejor comprensión y una más amplia exposición de ellos puede consultarse en una reciente publicación de una investigación más amplia

donde se analizan en el marco de otros análisis más extensos sobre el fenómeno del ciberbullying en educación secundaria obligatoria (Avilés, 2009; Avilés, Alonso, & Mascarenhas, 2009). En este informe de investigación sólo expondremos los datos relacionados con el éxito escolar y en relación con el género.

En general, como se puede observar en la Tabla nº 2, podemos afirmar que en el caso del *acoso a través de internet* son los sujetos con peores resultados académicos los que están más implicados como agresores, y en el caso de la victimización, están más implicados tanto aquellos que tienen peores resultados como los que obtienen más éxito escolar. En el caso del *acoso a través del móvil* los resultados con los agresores apuntan en ese mismo sentido, los más exitosos y los que fracasan. En el caso de la victimización la incidencia principal se centra en los que peores resultados obtienen.

Tabla 2
Dinámicas *bully-victim* y éxito escolar

Intimidación sistemática									
Móvil	(a)	(b)	(c)	(d)	Internet	(a)	(b)	(c)	(d)
	1,8%	0%	0,9%	3,8%	0%	1,6%	1,2%	5%	
Victimización sistemática									
Móvil	(a)	(b)	(c)	(d)	Internet	(a)	(b)	(c)	(d)
	0%	0%	0,6%	1,3%	3%	2,4%	2,7%	3,8%	
Agresores agredidos sistemáticos									
Móvil	(a)	(b)	(c)	(d)	Internet	(a)	(b)	(c)	(d)
	0%	0%	0,3%	0%		1,2%	0,8%	0,6%	0%

A continuación presentaremos los resultados separados en las dimensiones analizadas, indicando las peculiaridades del ciberbullying a través del móvil y a través de Internet.

En cuanto a la *frecuencia de ocurrencia* no encontramos especiales diferencias entre los distintos niveles de éxito escolar y la prevalencia de ocurrencia de la intimidación o la victimización a través del móvil. Sin embargo, cuando comparamos los distintos niveles de éxito escolar con los niveles de prevalencia de intimidación por internet, encontramos diferencias ($p < 0,001$) entre los sujetos que mejores resultados tienen y quienes suelen fracasar en los estudios, siendo estos últimos quienes están implicados en mayor grado en las agresiones a través de Internet. En este sentido encontramos significativamente más víctimas chicas exitosas

implicadas y más víctimas chicos sin éxito involucrados ($p < 0,001$). En el caso de los agresores sin éxito encontramos significativamente más chicos ($p < 0,001$), aunque se muestran más chicas entre las que agreden de forma no persistente. El *tiempo que duran las agresiones* a través del Móvil discrimina significativamente ($p < 0,001$) a los sujetos de los distintos niveles de éxito escolar. Son los que peores resultados académicos obtienen quienes más la sufren tanto en un período de duración larga (“*más de un año*”) como en el período de duración más corto (“*menos de una semana*”). En estos casos son significativamente más las chicas que los chicos ($p < 0,001$). Cuando el análisis lo planteamos en el acoso que se vehicula a través de la red de Internet encontramos una tendencia a la significación entre quienes padecen el acoso ($p < 0,05$), especialmente entre quienes lo sufren “*más de un año*” y fracasan en los estudios respecto al resto, siendo preferentemente chicos. Mientras que en los períodos de acoso más cortos son las chicas quienes protagonizan significativamente el ciberbullying ($p < 0,05$). La *modalidad elegida para acosar* no se relaciona con los distintos niveles de éxito escolar que analiza el autoinforme a través del móvil. Sin embargo, en el caso del género se produce una tendencia por parte de las chicas a utilizar con el móvil otras formas para acosar significativamente diferentes a las de los chicos aunque no están entre las indicadas en el autoinforme ($p < 0,001$). Si el terreno es internet los chicos reciben significativamente más que las chicas por el correo electrónico el maltrato y son más víctimas quienes tienen pobres resultados académicos. También en Internet son las chicas que tienen éxito quienes significativamente eligen otras formas no indicadas en el autoinforme como las vías en que sufren el acoso. En cuanto a las *formas de reaccionar ante el acoso*, son los amigos/as los principales destinatarios de esas reacciones (petición de ayuda), entre quienes tienen de cierto éxito escolar respecto al resto, en lo que se refiere a la comunicación de las agresiones recibidas por el móvil. En este sentido son más las chicas que los chicos quienes manifiestan esta reacción. Estas diferencias son significativas ($p < 0,001$). También suelen ser estos mismos alumnos, diferenciadamente respecto a los otros ($p < 0,001$), quienes suelen reaccionar agrediendo como respuesta a lo que recibieron, indistintamente chicos o chicas. Cuando el cibermaltrato se produce en Internet, son los alumnos exitosos quienes se diferencian significativamente ($p < 0,005$) del resto en cuanto a la reacción de comunicar con sus amigos/as para buscar ayuda cuando reciben el ciberacoso, encontrándose las chicas significativamente más representadas entre ellos ($p < 0,05$). De igual forma

son las chicas las que suelen devolver la misma respuesta que reciben ante los ataques por internet más significativamente que los chicos ($p<0,05$). Los *sentimientos que produce el cyberbullying*, cuando el acoso es a través del móvil, se diferencian por éxito escolar entre los agresores, entre los sujetos de más y de menos éxito escolar ($p<0,001$) y por la existencia o no de conciencia, cuando atacan, de que la víctima está y se siente sola. Entre las víctimas el sentimiento de “*no me afecta, no siento nada*”, se localiza diferenciadamente entre quienes fracasan escolarmente ($p<0,01$) respecto a los demás.

Son significativamente más los chicos que “*no les afecta, no sienten nada*” que las chicas. Si consideramos el acoso a través de Internet respecto al éxito escolar, quienes agreden presentan diferencias entre los sujetos que fracasan respecto al resto ($p<0,005$), en la conciencia que tienen de los sentimientos de soledad que posee la víctima que atacan. Entre quienes son victimizados, son los sujetos de cierto éxito escolar quienes diferenciadamente reconocen que sienten más que el resto que se sienten mal cuando son atacados ($p<0,01$). Sin embargo entre las víctimas que no obtienen éxito escolar son los chicos significativamente más que las chicas quienes se reconocen sentimientos de tristeza ($p<0,01$).

DISCUSIÓN

De los datos resultantes podemos recoger la idea de posición preferente para el alumnado que fracasa escolarmente y suspende prácticamente todas las materias curriculares, entre quienes son victimizados y son agresores. Es decir, los chicos y chicas que fracasan en la escuela están en riesgo, entre otras situaciones, de sufrir el ciberacoso y de poder ponerse en una posición de agresores. Sin duda, se trata de perfiles coincidentes también en el caso del bullying tradicional. Tanto agresores como víctimas, en general, se muestran perfiles no exitosos escolarmente (Olweus, 1998) aunque sobre todo entre las víctimas también suelen darse perfiles que contrastan con esa posición (Avilés, 2006), como es el caso de las víctimas seguras y brillantes académicamente hablando. Las acciones de cyberbullying por Internet suelen relacionarse con perfiles de agresores con altos grados de fracaso, especialmente entre los chicos y con perfiles de víctimas tanto exitosas como no exitosas escolarmente. En el caso de la victimización los perfiles de éxito corresponden más a las chicas y los de

fracaso más a los chicos. El caso de los agresores y de las víctimas sin éxito puede interpretarse como un reflejo de lo ya ocuriente en el bullying tradicional, donde sus grados de fracaso son conocidos. Sin embargo, en el caso de las víctimas con éxito, la red de internet se manifiesta como un canal frecuente de respuesta a los ataques, al reconocer las víctimas que usan esos mismos recursos para defenderse. Es interesante notar en este punto el componente femenino frente a los chicos de esta vía preferente de respuesta ante los ataques. Además, podemos añadir a esa interpretación de género el carácter indirecto del ciberbullying como forma de maltrato, cuestión que está en la línea del bullying preferido por las chicas.

Por otra parte, el sentido de anonimato en la red puede favorecer en quienes la usan la pérdida de barreras inhibitorias que suelen funcionar en el bullying presencial. Este hecho se ha puesto de manifiesto en algunas investigaciones (Willard, 2005; Ybarra y Mitchell, 2004) tanto para el alumnado participante en el ciberbullying en general, como en los análisis pormenorizados de ciberagresores y cibervíctimas. Esto significaría que chicos y chicas que no se atreven a ejercer el acoso o a responder con acoso a los ataques que reciben, puedan desde la protección anónima de la red atreverse a ejercerlo o a responder a los ataques con la misma moneda. Es decir, la red podría estar jugando en el ciberacoso un papel de escenario en el que se ensayan y representan acciones que de otra forma no se podrían llevar a cabo en directo, en el caso de algunos chicos y chicas. En este sentido, se han descrito algunos riesgos sobre dobles comportamientos en sujetos, uno más agresivo y virtual y otro más ajustado a las normas de interacción social y presencial. Más allá de lo idóneo para ensayar posibles identidades en una edad adolescente en la que los púberes tienen que tener esas oportunidades, estas prácticas en exceso pueden también acarrear riesgos. Uno de ellos puede ser favorecer la conformación de una tendencia a construir rasgos de personalidad dual – una virtual y otra presencial. Por otra parte, la puesta en práctica en la red de esas acciones que no son capaces de llevar a cabo en lo físico, podría favorecer en el individuo prácticas de riesgo, como la ocultación de las identidades en la red, adopción de identidades falsas, suplantación de identidades, etc., lo que nos podría enfrentar a fenómenos como el *grooming* y otras formas de extorsión o abuso.

En definitiva, trabajar por la reducción del fracaso escolar en nuestras escuelas supone hacer una labor preventiva también en la evitación de conductas de riesgo en el ciberacoso, tanto en lo que tiene que ver con los agresores como con las víctimas. Sin embargo, cualquier labor preventiva

supone incorporar en las dinámicas organizativas y curriculares de los centros educativos herramientas que eduquen en un uso equilibrado y adecuado de esas nuevas tecnologías. En definitiva, las intenciones de acosar y abusar de otros son tan moralmente inaceptables en lo físico como en lo virtual, por ello habrá que combatir el bullying en su esencia y posibilitar pautas educativas para construir relaciones interpersonales en lo físico sanas y un uso adecuado de las nuevas tecnologías que no propicien el abuso o la dominación.

REFERENCIAS

- Avilés, J.M. (2006). *Bullying: El maltrato entre iguales. Agresores, víctimas y testigos en la escuela*. Salamanca: Amarú.
- Avilés, J.M. (2009). Ciberbullying. Diferencias entre el alumnado de secundaria. *Boletín de Psicología*, 96, 79-96.
- Avilés, J.M., & Alonso, M.N., & Mascarenhas, S. (2009). Perfiles e incidencia del ciberbullying a través del móvil y en internet durante la educación secundaria obligatoria. *I Congresso de pesquisas em Psicologia e Educação Moral* (pp. 586-592). Anales Electrónicos. Universidad de Campinas (Brasil),
- Avilés, J.M., Alonso, M.N., Mascarenhas, S., Almeida, A., Duran, D.M., da Silva, I., Lira, R., & Roazzi, A. (en prensa). Ciberbullying y Género. *8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Actas del Congreso.
- Avilés, J.M., Alonso, M.N., Mascarenhas, S., Almeida, A., Duran, D.M., da Silva, I., Lira, R., Roazzi, A., & Irurtia, M.J. (prensa). Bullying y Género. *8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Actas del Congreso.
- Hoover, J. H., Oliver, R., & Hazler, R.J. (1992). Bullying: Perceptions of adolescent victims in the Midwestern USA. *School Psychology International*, 13, 5-16.
- Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid: Morata.
- Ortega, R. (1992). Violence in Schools. Bully-victims Problems in Spain, *Vth. European Conference on Developmental Psychology*, (pp.27). Sevilla.
- Ortega, R., Calmaestra, J., & Mora-Merchán, J. (2007). *Cuestionario Ciberbullying*. Documento no publicado: Universidad de Córdoba.
- Rigby, K. (1997). What children tell us about bullying. *Children Australia*, 22, 28-34.

- Willard, N. (2005). Educator's guide to cyberbullying and cyberthreats: Responding to the challenge of online social aggression, threats and distress. <http://www.csriu.org/cyberbully/docs/cbcteducator.pdf> (16 diciembre 2008).
- Ybarra, M., & Mitchell, K. (2004). Youth engaging in online harassment: Associations with caregiver-child relationships, internet use, and personal characteristics. *Journal of adolescence*, 27, 319-336.

INTERVENÇÃO MÉDICA E PSICOLÓGICA PARA FAMÍLIAS
COM ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E VIOLÊNCIA

Marília de Siqueira / Maria Aparecida M. Colacique / José T. Rosa

Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo

Ao depararmos com a palavra violência tão em voga nos jornais, televisão, mídia de toda a espécie, sentimos um forte desvio do senso humanitário que rege a espécie humana. Gostaríamos de estar bem longe desses problemas, mas, infelizmente logo constatamos que tudo está muito próximo de todos nós, muito mais do que poderíamos supor ou conceber. Torna-se necessário enfrentar e tentar minimizar tanto a ocorrência, como as consequências.

É um mal inevitável da sociedade contemporânea, materializada e desprovida de qualquer atitude de compaixão, embora possa ser evitado, desde quando se têm consciência do seu germe, do local onde se incorpora e da natureza do substrato em que se infiltra.

Stork e Echevarría (1999), enfatizam que:

“La persona necessita de otras para comportarse a lo que es y alcanzar su plenitud: no hay yo sin tu. Las relaciones interpersonales no son un accidente anãdido, del que se pueda prescindir. Entender esto es entender al hombre: su ser es ser-con otros, con el mundo. Como se ha mostrado ya el hombre no existe sin más, sino que es-con, coexiste con los demás y com la naturaleza, y esse coexistir es su mismo existir”.

A relação de uma criança com a sua mãe ou com quem faz o papel desta, pode ser tanto eficaz como problemática, faz-se necessário o profissional da saúde (médico ou psicólogo) conscientizar as famílias, e as futuras mães, da prioridade do vínculo estabelecido desde início da inter-relação mãe-bebê.

Winnicott, afirma que não existe um bebê sem uma mãe. Jan Abram (2000) relata que: “Assim, tanto a comunicação inconsciente quanto os estados afetivos referentes à mãe e ao bebê estão intrinsecamente ligados à habilidade da mãe em identificar-se com seu bebê (fundir-se). O bebê cuja mãe encontra-se envolvida por essa identificação tão intensa e beneficia-se da experiência de sentir-se compreendido. Winnicott sugere que a experiência de mutualidade depende tanto da mãe, em função de sua identificação com o filho, quanto do bebê, por causa de seu potencial interior de crescimento. Para o bebê isto constitui-se em um grande feito”.

A violência contra as crianças age como um vírus enfraquecido que espera a oportunidade para crescer, e lançar seu braço desleal no terreno propício da vulnerabilidade.

O termo deriva do latim “*violentia*” de “*vir*”, força, vigor: aplicação de força contra qualquer coisa ou ente. Mas o termo é amplo, podendo indicar o uso excessivo da força.

Também se diferencia do termo força, que cotidianamente usamos de forma mais suave, para conseguirmos algo, com “força de vontade”. Na acepção filosófica, usa-se o termo força como energia ou firmeza para algo. Neste sentido a violência caracteriza-se pela ação impaciente e baseada na ira para alcançar o fim desejado.

Segundo o Thomas Hobbes, há três causas da contenda humana: primeiro pela competição que leva a invadir pelo ganho; segundo pela deficiência que leva a invadir pela insegurança; e em terceiro lugar pela glória, que leva a invadir pela reputação.

Na primeira hipótese, no caso de um pai, mãe ou chefe de família, leva-o a assenhorear-se da pessoa, filhos, bens alheios; na segunda situação, leva a invadir, para defendê-los, e na última suposição, para ganhar o sorriso, o afeto de parentes ou amigos; ganhar uma profissão, ou uma nação.

Pinker, em uma análise recente, afirma que a violência não é um impulso primitivo e irracional, tampouco uma “patologia” (Pinker, 2004). Ao invés disso, ela é fruto da interrelação dos organismos sociais racionais, movidos pelo auto-interesse. Com este novo termo “interesse”, entramos em uma segunda análise do termo violência.

Violência é um termo muito aparentado com o violar. Numa consulta ao Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, de Aurélio Buarque De Holanda Ferreira, a violência é “a qualidade ou caráter de violento / Ação violenta: cometer violências. / Ato ou efeito de violentar. Opressão, tirania: regime de violência. / Direito Constrangimento físico ou moral exercido sobre alguém” (Ferreira, 2004).

Existem termos sinônimos, que são: transgredir, invadir o direito alheio. A violência, pelo que se depreende do próprio conceito, é uma estratégia de poder, porque viola o direito de outrem. Como foi visto em linhas acima, uma estratégia de interesse.

Vivemos atualmente submersos em um mundo em que alguns meios de comunicação se propõem como modo de ação a garantia de respeito aos direitos humanos, porém, por não abrir mão do que se chamou de estratégia do poder, eles fazem uso da estratégia do interesse.

Estes meios de comunicação de massas, chamados conjuntamente de “mídia” são hábeis em usar a informação como instrumentos de interesse e de poder. Estudam como atingir, como penetrar no campo alheio, através da análise do terreno, seus hábitos, preferências, pontos de vulnerabilidade. Lançam seus produtos, tendo como meta o consumo dos mesmos. Quanto mais vulnerável e despreparado for o alvo, maior o alcance do objetivo. Assim a mídia usa as estratégias da violência, para conseguir seu intento, pois abate, desarma e atingem os desavisados, os vulneráveis. Quem mais vulnerável e frágil que uma criança? Usam também a mentira. Esta desfoca o sentido da ação, usa de disfarces, camufla o mau sentido na aparência de bom, distorcendo o objetivo e a consequência do ato.

No caso da violência contra a criança o disfarce é a diversão: um brinquedo, um doce, a manipulação de um sentimento e o estímulo a uma curiosidade inadequada. Um exemplo clássico de manipulação da vulnerabilidade infantil encontra-se no livro de Charles Dickens, *Oliver Twist* onde mostra o horizonte sombrio de um orfanato do século XVIII, onde crianças indefesas e o próprio Oliver, protagonista, são humilhados e usados para a mendicância. Panorama muito próximo ao que vivemos neste país (Dickens, 2007). Dickens enfoca de maneira admirável a inocência e fragilidade, de um lado, e o poder, a cobiça e a corrupção dos bons sentimentos, de outro, num duelo inesquecível de sobrevivência.

O tema do poder como chamada para a reflexão sobre os valores de bem, de dádiva, foi explorado por vários autores, entre eles o psicanalista Victor Frankl, o estadista M. Gandhi, e J.R.R.Tolkien, o autor da trilogia *O Senhor dos Anéis* (2009). No século XIX, Gandhi (1869-1948) alertou sobre esta forma de escravidão, o mau uso do poder, pregando a não violência como forma de luta para a conquista. Tolkien (século XXI) no livro *O Senhor dos Anéis*, explora o fascínio exercido pelo Anel, símbolo do Poder: seu deslumbramento transformava quem o usasse ou possuísse num ser escravizado (Tolkien, 2009).

Pode-se dizer que o poder leva à agressão para conseguir o que se pretende, ainda que seja manipular um ser indefeso e frágil, chegando até mesmo ao abuso sexual, quando não se toma medidas de controle e preventivas para as famílias e destas para a sociedade.

Kornas-Biela (2007), comenta que:

“A expansão do fenômeno do abuso sexual é devida à separação da personalidade humana do conceito integral de homem (o sexo adquire autonomia) e o sexo assume um valor mais alto na vida (o sexo torna-se um deus, um fetichismo sexual), assim como a sexualidade fica privada dos seus valores éticos e religiosos”.

Diante do panorama atual da identificação da violência familiar, foi diagnosticado o grande sofrimento por parte das crianças que serão os adultos de amanhã com grandes seqüelas que passaram de geração em geração.

OBJETIVOS

Este trabalho se propõe a refletir sobre as estratégias de ação no fortalecimento de condutas formativas que os pais podem aplicar adequadamente no decorrer da atuação como educadores. Em dois âmbitos: na família, como conscientização de suas próprias atitudes repercutindo na conduta de seus filhos e extra-familiar, sobre a prevenção de atitudes sociais que se impõem como violência camuflada em forma de diversão para as crianças.

MÉTODO

Os médicos testemunham à lacuna de cada situação familiar e sua respectiva marca na conduta infantil; os psicólogos consideram a deficiência rastreada e tratada por consultas terapêuticas junto aos familiares e à própria criança. A duração do processo foi de 10 anos, com aproximadamente 100 casos, sendo com a frequência de uma a duas consultas por semana, na perspectiva winnicottiana.

Tanto a medicina como a psicologia, atuam no sentido não só de identificar as situação conflitivas, mas de ações profiláticas frente as famílias, ou pessoas que cuidavam das crianças, bem como os Abrigos que estão se deparando com esses problemas, advindos de encaminhamentos externos e que não sabem como conduzir as crianças e adolescentes.

RESULTADOS

Foram desenvolvidas atividades em nível familiar e ambiental, conforme ilustra o Quadro 1 abaixo.

Quadro 1

Características das intervenções médica e psicológica

Intervenção	Médica	Psicológica
<i>Familiares</i>	Tempo dispensado com a criança	Fortalecimento do vínculo com a criança
	Tipo de conduta empregado para controlar o uso dos meios de comunicação	Aperfeiçoar os métodos empregados para minimizar os fatores agressivos / pornográficos
	Reorganização do tempo gasto com a criança diante da TV ou Internet	Exploração e entendimento dos fatores que deixaram a criança exposta a comunicação nociva a vivência infantil
	Conversas sobre a violência do casal ou dependência de droga e álcool frente à criança	Consultas terapêuticas com o casal / pai / mãe, na tentativa de proporcionar o holding, melhorando relações afetivas
	Orientação às mães solteiras, avós que cuidam das crianças em sofrimento	Acolhida aos familiares, compreensão e alívio do sofrimento
	Diversão conjunta da família	Orientação para o aproveitamento do tempo livre e estimulação do brincar (fortalece os vínculos familiares)
	Verificar como lidam com a parte financeira	Como a criança compreende a situação financeira da família
<i>Questões Ambientais</i>	Reação dos pais frente às perguntas dos filhos	Orientação sobre o gesto espontâneo ao lidar com os questionamentos da criança
	Estar próximo das amigas das crianças	Fortalecimento da amizade entre as crianças, estimulando o aumento da tolerância ao outro
	Acompanhar o desenvolvimento escolar	Proporcionar qualidade no aprimoramento do aprendizado

A orientação em relação aos pais, avós, tias e pessoas que trabalhavam nos abrigos com proximidade às crianças, tornaram-se eficaz em função do acolhimento por parte dos profissionais, aliviando a culpa e promovendo um colóquio sobre cada situação que era trazida e assim o incentivo para a continuidade das entrevistas passou a ser cada vez mais produtivo.

No Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA no Art. 5º. “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (Presidente da República do Brasil, 1990).

Foi-se verificando a conscientização cada vez maior do compromisso que cada membro da família tinha frente ao cuidar de uma criança e a sua responsabilidade pessoal de procurar estar atuando no desenvolvimento deste.

Bringiotti (2005, p. 5), afirma que a problemática da violência familiar e do mal trato infantil, deve-se a disfunções na qualidade dos vínculos entre as pessoas dentro do lar e as medidas sócio-educativas ajudam na

reelaboração das capacidades da organização das relações humanas na própria família.

O trabalho com os responsáveis foi feito de forma amistosa, em posição de companheirismo e adequação ao encontro de novas estratégias de ação, podendo dar um modelo para a criança diferente do que ela internalizou. É interessante notar o quanto de idéias surgem por parte deles próprios frente às discussões sobre o que fazer. Aparece o lado afetivo que é apaziguador, até mesmo com um sorriso, com a doação ou colaboração do fazer junto alguma coisa com a criança.

As humilhações por parte dos responsáveis se tornaram escassas diante das mudanças de atitudes que passaram a dispensar para as crianças.

Milani e Loureiro (2008) relatam que:

“a infância não é um período protegido da influencia de eventos negativos, pelo contrário, pode ser permeada por situações adversas inerentes ao contexto proximal familiar ou ao contexto social mais amplo. Nesse sentido, as dificuldades comportamentais, muitas vezes, emergem associadas a esses contextos de vida, o que sugere a necessidade de estudos sistemáticos desenvolvidos junto a criança expostas a riscos psicossociais que poderão instrumentar programas de intervenção relativos a tal população” (p. 1).

Quanto mais estudos nessa área, para diagnosticar logo no início as dificuldades com a violência, mais eficazes serão os antídotos que forem usados para minimizar os efeitos de uma conduta futura inadequada. Quem sofre violência na infância, acaba tornando-se um adulto que gera violência.

O fortalecimento dos laços de família mostrou-se eficaz para a proteção dos filhos, acionando fatores que minimizam a progressão da violência e mesmo sua reincidência.

A criança que foi exposta às situações de violência, faz-se necessário oferecer um antídoto, conversar sobre a dor e o sofrimento diante do ocorrido, ajudar a minimizar a desconfiança, junto com o conhecimento da vivência que passou.

DISCUSSÃO

Foi verificado que a pronta identificação do problema pela medica e a orientação e motivação dos pais para oferecer o suporte informativo e

afetivo dentro da família foi uma importante etapa da diminuição da violência infantil, inclusive o abuso sexual muitas vezes associado também a negligência e adultos.

REFERÊNCIAS

- Abram, J. (2000). *A Linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Dickens, C. (2007). *Oliver Twist [Eyewitness classics: Oliver Twist]* São Paulo: Companhia das Letrinhas.
- Ferreira, A.B.H. (2004). *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. São Paulo: Positivo.
- Kornas-Biela, D. (2007). *Lexicon. Termos Ambíguos e discutidos sobre família vida e questões éticas*. Brasília: Edições CNBB.
- Milani, R.G., Loureiro, S.R. (2008). Famílias e violência doméstica: Condições psicossociais pós ações do conselho tutelar. *Psicol. Cienc. Prof. [online]*, 28(1), 50-67.
- Pinker, S. (2004). *Tabula rasa: A negação contemporânea da natureza humana*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Presidente da República do Brasil. (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, DF: Governo Federal.
- Tolkien, J.R.R. (2009). *O Senhor dos Anéis*. São Paulo: WMF.
- Yepes, R., & Aranguren, J. (1999). *Fundamentos de Antropología: Um ideal de la excelência humana*. Madrid, Espanha: EUSA.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA CRIANÇA:
PRIMEIROS ELEMENTOS DE VALIDAÇÃO DA
VERSÃO PORTUGUESA DO INVENTÁRIO SISTÉMICO
DE QUALIDADE DE VIDA PARA CRIANÇAS (ISQV-C)

Marta Fonseca / Elisabeth Spitz

Universidade Paul Verlaine, Metz (França)

Estudo financiado pela FCT (SFRH/BD/35869/2007)

O conceito de *qualidade de vida* (QdV) na criança é recente e subinvestigado relativamente ao do adulto. Apesar do amplo reconhecimento acerca da sua importância, subsistem dificuldades quanto à definição, conceptualização e avaliação da QdV infantil. De um modo geral, a literatura evidencia a ausência de uma definição consensual de QdV, bem como um pobre desenvolvimento de modelos teóricos subjacentes aos diferentes instrumentos de avaliação da QdV.

A emergência e o desenvolvimento do conceito de QdV inscrevem-se fundamentalmente no domínio da saúde e da doença. Os progressos da medicina aumentaram de forma significativa o número de crianças que vivem com doença crónica, o que, por sua vez, contribuiu para o surgimento do termo QdV associado às consequências psicológicas e sociais das doenças pediátricas crónicas não avaliadas através do recurso a “outros” instrumentos de avaliação. De um ponto de vista mais global, não apenas relacionado com a saúde, o termo QdV testemunha um interesse recente e crescente pelos aspectos qualitativos da vida, colocando-se a questão “o que é uma vida de qualidade e como podemos avaliá-la?”.

Inicialmente, a avaliação da QdV assentava em aspectos objectivos, relacionados essencialmente com o grau de aptidão de um indivíduo para exercer, por exemplo, funções motoras, visuais, auditivas, de autonomia. Posteriormente, começaram a surgir trabalhos focalizados nas estratégias de *coping* das famílias, passando o discurso a centrar-se na vivência subjectiva e nas competências da criança e da família (Manificat, Guillaud-Bataille & Dazord., 1993). No seguimento destes trabalhos, na última década foram surgindo instrumentos de avaliação centrados numa visão global da criança, que incorporam domínios de vida não apenas físicos, mas também psicológicos e sociais. De facto, o carácter multidimensional da QdV constitui uma característica consensualmente aceite pela comunidade científica. Se o número de dimensões varia em

função dos autores, as dimensões física, psicológica e social, que se organizam em sub-dimensões, encontram-se integradas na maior parte dos instrumentos de avaliação da QdV infantil (Rajmil et al., 2004).

Na opinião de Missotten, Etienne, e Dupuis (2007), um dos problemas conceptuais da avaliação da QdV prende-se com o facto de esta ser avaliada essencialmente no “aqui e agora”, sem levar em linha de conta as expectativas da criança, o seu projecto de vida, os seus comportamentos orientados para a prossecução de objectivos pessoais. Se, efectivamente, os conceitos de *objectivos* e *expectativas* são elementos centrais da definição de QdV assumida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), poucos são os autores que desenvolveram uma forma operacional de os avaliar (Bullinger & Ravens-Sieberer, 1995; Connolly & Johnson, 1999; Davis et al., 2006; Eiser & Morse, 2001a,b; Matza et al., 2004). Um primeiro instrumento, o *Exeter Health-Related Quality of Life Questionnaire* (EHRQL) (Eiser, Vance, & Seamark, 2000), considera a QdV como a diferença, num dado momento, entre os desejos e as expectativas de um indivíduo e a percepção acerca da sua experiência presente, tal como já havia sido proposto por Calman (1984). O modelo teórico sobre o qual assenta este instrumento baseia-se na hipótese segundo a qual uma fraca QdV resulta de diferenças notáveis entre a avaliação que a criança faz do seu estado actual e aquilo que ela deseja para si própria.

A avaliação da QdV infantil implica também considerar a criança como estando em constante mudança e desenvolvimento. Actualmente, desde que os instrumentos de avaliação da QdV deixaram de ser constituídos por meras afirmações sobre informação funcional da vida dos indivíduos, a criança é tida como sendo a pessoa mais indicada para expressar a percepção que tem acerca da sua própria QdV. A opção por instrumentos de auto-avaliação implica levar em consideração aspectos desenvolvimentais, tais como o nível de desenvolvimento cognitivo e de capacidade de atenção/concentração da criança, o seu grau de dependência e de capacidade de se pronunciar sobre o seu estado de satisfação. Consequentemente, torna-se difícil e desadequado procurar aplicar um único instrumento de avaliação da QdV a crianças de faixas etárias diferentes. A estratégia mais viável constitui a criação de múltiplos formatos de instrumentos de auto-avaliação para diferentes grupos de idades. Estes formatos deverão variar ao nível do conteúdo, extensão, tipo de escala de resposta e grau de independência requerida para o completar (Wallander et al., 2001; Matza et al., 2004).

Na literatura, existem três tipos distintos de instrumentos de avaliação da QdV: *genéricos*, *específicos* e *modulares*. Os *genéricos* dirigem-se a qualquer indivíduo, esteja ou não doente (Rodary, 2000), permitindo estabelecer comparações entre crianças doentes, entre crianças saudáveis, entre crianças doentes e crianças saudáveis. A sua principal limitação diz respeito à falta de sensibilidade para avaliar aspectos específicos fundamentais da QdV das crianças que sofrem de uma determinada patologia. Os *específicos* aplicam-se a indivíduos que sofrem de uma determinada doença – e.g., asma, diabetes, obesidade, cancro (Rodary, 2000). Têm a vantagem de se revelarem mais sensíveis às implicações/consequências das diferentes intervenções médicas na QdV das crianças. Contudo, por serem efectivamente específicos, não permitem comparar a QdV de crianças que sofrem de doenças diferentes (Levi & Drotar, 1998). Por último, os *modulares* conjugam elementos genéricos e específicos, o que lhes permite combinar as vantagens dos outros dois tipos de instrumentos de avaliação da QdV: são constituídos por uma escala genérica, o que significa que podem ser administrados a crianças doentes e a crianças saudáveis, a qual é complementada com um módulo específico para crianças que sofrem de uma determinada patologia. A literatura mais recente incentiva uma abordagem modular para a avaliação da QdV infantil (Eiser & Jenney, 2007; Eiser & Morse, 2001b; Nathan, Furlong, & Barr, 2004).

O presente trabalho pretende apresentar os primeiros elementos da adaptação da versão portuguesa da parte genérica do *Inventário Sistemático de Qualidade de Vida para Crianças (ISQV-C)* (Missotten, 2005, 2008). Trata-se de um instrumento modular, cujo módulo relativo ao *cancro infantil* se encontra também em fase de adaptação para a população portuguesa pelas autoras deste estudo. Esta investigação enquadra-se num grupo internacional, constituído pelas Universidades de Metz (França), Liège (Bélgica) e Québec à Montréal (Canada), que trabalha sobre o tema da QdV e, actualmente, dedica particular atenção ao ISQV-C.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 120 crianças, dos 8 aos 12 anos de idade, alunos do 3.º ao 7.º anos do Ensino Básico de seis estabelecimentos escolares da

Região Centro localizados em meio rural, urbano e semi-urbano (com uma média de idades igual a 10.30 e desvio padrão de 1.40). Os critérios de exclusão utilizados foram a existência de dificuldades cognitivas e de doença física incapacitante.

Material

Para a elaboração da versão portuguesa do *Inventário Sistémico de Qualidade de Vida para Crianças* (ISQV-C; Missotten, 2005; Missotten, Etienne, & Dupuis, 2007), o inventário foi traduzido da língua original – francês da Bélgica – para português de Portugal e posteriormente retro-traduzido. A versão portuguesa foi ainda analisada por técnicos das áreas da Língua Portuguesa e da Psicologia. A elaboração da versão final surgiu considerando as informações provenientes destes técnicos e as dificuldades de compreensão e interpretação sentidas por cinco crianças, às quais foi administrado o ISQV-C com o intuito de testar a compreensão das questões e do vocabulário empregue.

O ISQV-C é um instrumento de auto-avaliação da QdV, administrado individualmente à criança por um entrevistador. Foi desenvolvido especificamente para crianças dos 8 aos 12 anos de idade. Trata-se de um instrumento que se pode tornar modular. Contudo, o presente trabalho apresenta apenas a sua versão genérica, dirigida à população não clínica. O ISQV-C mede a diferença existente entre a avaliação actual da criança acerca de determinado domínio de vida e os seus objectivos em relação a esse mesmo domínio, sendo esta medida ponderada pela importância que a criança lhe atribui. Inclui vinte domínios de vida referentes a aspectos físicos, emocionais, cognitivos, sociais, escolares e familiares da vida das crianças. Cada domínio é apresentado à criança de forma verbal e não verbal (vinte pranchas com figuras coloridas). O ISQV-C é constituído por mais três placas com figuras coloridas, que a criança vai manipulando ao longo da entrevista, de forma a dar a sua resposta através do recurso a setas e peões. Este instrumento permite a obtenção de três pontuações principais, que serão as analisadas neste texto: (1) a pontuação Estado – distância média entre a situação actual e a situação ideal; (2) a pontuação Objectivos – distância média entre a situação desejada e a situação ideal; (3) a pontuação *Gap* – distância média entre o *Estado* e os *Objectivos*, ponderada pela importância que a criança atribui ao domínio de vida. A pontuação *Gap* é considerada como sendo o resultado da QdV propriamente dito.

Do protocolo de avaliação utilizado, fizeram também parte um Questionário Sócio-Demográfico, o *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs & Beck, 1977; versão portuguesa: Marujo, 1994) e o *State-Trait Anxiety Inventory for Children* no seu formato “ansiedade-estado” (STAI-C; Spielberg et al., 1973; versão portuguesa: Dias & Gonçalves, 1999).

Procedimento

Posteriormente à aceitação dos estabelecimentos escolares em colaborar no estudo, foram contactados os pais/encarregados de educação das crianças através de documento entregue pelo Director de Turma. Deste documento constavam o convite para a participação da criança, o resumo do estudo e o respectivo pedido de consentimento. A administração do protocolo de investigação completo decorreu sempre individualmente em salas indicadas pelos estabelecimentos, onde estiveram apenas presentes a primeira autora deste trabalho e a criança.

RESULTADOS

Aplicabilidade

A administração do protocolo completo durou entre 40 e 50 minutos, com um tempo médio de 25 a 30 minutos para o ISQV-C. Nenhuma criança manifestou vontade de desistir da entrevista em curso. Ao nível do conteúdo, as crianças não apresentaram dificuldades de compreensão. No que diz respeito à forma, o ISQV-C foi bem aceite pelas crianças portuguesas. O facto de se tratar de uma entrevista que implica a manipulação do material por parte da própria criança terá contribuído para despertar o seu interesse e envolvimento.

Consistência interna

A consistência interna foi calculada através de coeficientes de Cronbach para as três pontuações do ISQV-C. Os valores encontram-se descritos no Quadro 1.

Quadro 1

ISQV-C: Coeficientes de Cronbach entre as pontuações Estado, Objectivos e Gap

	Alfa de Cronbach
ISQV-C Estado	0,86
ISQV-C Objectivos	0,80
ISQV-C Gap	0,79

O ISQV-C (Quadro 1) apresenta bons índices de consistência interna para as três principais pontuações do ISQV-C, variando entre 0,79 (*Gap*) e 0,86 (*Estado*).

Inter-correlações entre as pontuações do ISQV-C

O estudo de fidelidade incluiu também o cálculo de coeficientes de correlação de Pearson entre as três pontuações do ISQV-C (Quadro 2).

Quadro 2

ISQV-C: Coeficientes de correlação de Pearson das três pontuações entre si

	ISQV-C Estado	ISQV-C Objectivos	ISQV-C Gap
ISQV-C Estado		0,65*	0,70*
ISQV-C Objectivos	0,65*		0,22**
ISQV-C Gap	0,70*	0,22**	

Nota. $p < 0,001$; ** $p < 0,05$.

Todas as pontuações – *Estado*, *Objectivos*, *Gap* – se correlacionam positiva e significativamente entre si (cf. Quadro 2), com uma correlação mais forte entre as pontuações *Estado* e *Gap* (0,70). Tendo em conta que valores mais elevados nas pontuações do ISQV-C são indicadores de níveis mais baixos de insatisfação e de QdV, estes resultados significam que quanto mais insatisfatória é a avaliação que a criança faz do seu estado actual, pior é também a sua QdV. Significam também que quanto mais baixas são as expectativas das crianças, menor é a sua QdV.

Qualidade de Vida, Depressão e Ansiedade

Os resultados mostram que as pontuações de *Estado* e de *Gap* do ISQV-C apresentam coeficientes de correlação significativos com as pontuações do CDI e do STAIC (cf. Quadro 3). Pontuações mais elevadas nestas duas

dimensões do ISQV-C estão associadas a pontuações mais elevadas de depressão (CDI) e de ansiedade (STAIC), isto é, níveis mais baixos de QdV correlacionam-se com níveis mais elevados de depressão e de ansiedade. De um ponto de vista descritivo, as associações mais fortes destacam-se entre as pontuações de Estado e de *Gap* e a depressão (0,55 e 0,53, respectivamente).

Quadro 3

Coefficientes de correlação de Pearson entre as pontuações do ISQV-C e as pontuações totais do CDI e do STAIC

	ISQV-C Estado	ISQV-C Objectivos	ISQV-C Gap
CDI	0,55*	0,17	0,53*
STAIC	0,35*	0,10	0,47*

Nota. * $p < 0,001$.

DISCUSSÃO

O presente trabalho enquadra-se num projecto internacional entre as Universidades de Metz (França), Liège (Bélgica) e Québec à Montréal (Canada) dedicado ao ISQV-C e, particularmente, à sua adaptação a populações infantis de diferentes países e ao desenvolvimento de módulos complementares ao seu formato genérico, ou seja, de módulos específicos de doenças.

Os primeiros resultados da análise psicométrica da versão para português de Portugal do ISQV-C revelaram-se positivos. À semelhança do sucedido com as crianças belgas (Missoten, 2005), francesas (Lemétayer, 2009) e canadianas (Guay, Choquette & Dupuis, 2009), o ISQV-C revelou uma boa aplicabilidade às crianças portuguesas dos 8 aos 12 anos de idade, quer ao nível da forma quer do conteúdo. A análise da consistência interna, avaliada através do alfa de Cronbach, demonstrou que se trata de um instrumento preciso, com valores satisfatórios para as três principais pontuações do ISQV-C. Os resultados estatisticamente significativos das intercorrelações entre estas mesmas pontuações significam que uma avaliação mais negativa por parte da criança acerca do seu estado actual nos vários domínios de vida está associada a uma menor QdV. Significam também que quanto mais baixas são as expectativas da criança, menor é a sua QdV.

O estudo da associação entre QdV, depressão e ansiedade revelou correlações positivas estatisticamente significativas entre as pontuações de Estado e de *Gap* do ISQV-C e as pontuações do CDI e do STAIC, no sentido em que crianças menos deprimidas e ansiosas (pontuações mais baixas no CDI e no STAIC) percebem de forma mais positiva a sua QdV (pontuações mais baixas no ISQV-C). De assinalar que as correlações significativas mais fortes se destacaram entre as pontuações de Estado e de *Gap* e a depressão.

Em síntese, num contexto de emergência recente da avaliação da QdV infantil, o ISQV-C poderá vir a constituir um instrumento genérico válido para a auto-avaliação da QdV das crianças portuguesas. Contudo, determinados aspectos requerem futuros desenvolvimentos, nomeadamente: (1) a avaliação da estabilidade teste-reteste; (2) a análise do grau de sensibilidade relativa à avaliação de crianças em situação de vulnerabilidade psicológica, social e somática, de forma a analisar a capacidade do ISQV-C para discriminar estes grupos; (3) o desenvolvimento de comparações interculturais.

REFERÊNCIA

- Bullinger, M., & Ravens-Sieberer, U. (1995). Evaluation de la qualité de vie des enfants: Revue de littérature. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 45(4), 255-256.
- Calman, K.C. (1984). Quality of life in cancer patients: An hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10(3), 124-127.
- Connolly, M.A., & Johnson, J.A. (1999). Measuring quality of life in paediatric patients. *Pharmacoeconomics*, 16(6), 605-625.
- Davis, E., Waters, E., Mackinnon, A., Reddihough, D., Graham, H.K., Mehmet-Radji, O., & Boyd, R. (2006). Paediatric quality of life instruments: A review of the impact of the conceptual framework on outcomes. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48(4), 311-318.
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol. VI, pp. 553-564). Braga: Associação Psicólogos Portugueses.

- Eiser, C., & Jenney, M. (2007). Measuring quality of life. *Archives of Disease in Childhood*, 92, 348-350.
- Eiser, C., & Morse, R. (2001a). Can parents rate their child's health quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, 10, 347-357.
- Eiser, C., & Morse, R. (2001b). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood*, 84, 205-211.
- Eiser, C., Vance, Y.H., & Seamark, D. (2000). The development of a theoretically generic measure of quality of life for children aged 6-12 years: A preliminary report. *Child Care, Health and Development*, 26(6), 445-456.
- Guaya, M.-C., Choquette, A., & Dupuis, G. (2009). Comparaison de la qualité de vie perçue entre des enfants issus de familles immigrantes de pays en développement et des enfants de familles non immigrantes. *Ve Congrès International de Psychologie de la Santé de Langue Française*. 24-26 juin, Rennes.
- Kovacs, M., & Beck, A.T. (1977). An empirical clinical approach towards definition of childhood depression. In J.G. Sculterbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models* (pp. 1-25). Raven Press, New York.
- Lemétayer, F., Lanfranchi, J.-B. (2009). Les domaines de vie de l'ISQV-E peuvent-ils prédire le mal-être chez l'enfant? *Ve Congrès International de Psychologie de la Santé de Langue Française*. 24-26 juin, Rennes.
- Levi, R., & Drotar, D. (1998). Critical issues and needs in health quality of life assessment of children and adolescents with chronic health conditions. In D. Drotar (Ed.), *Measuring health-related quality of life in children and adolescents* (pp. 3-24). London: Lawrence Erlbaum.
- Manificat, S., Guillaud-Bataille, J.M., & Dazord, A. (1993) La qualité de vie chez l'enfant atteint de maladie chronique. *Revue de la littérature et aspects conceptuels. Pédiatrie*, 48(7-8), 519-527.
- Marujo, H.M.A. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência*. Tese de doutoramento (não publicada). Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Matza, L.S., Swensen, A.R., Flood, E.M., Secnik, K., Leidy, N.K. (2004). Assessment of health-related quality of life in children: A review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value Health*, 7(1), 79-92.
- Missotten, P. (2005). *Étude exploratoire de la qualité de vie infantile: élaboration d'un questionnaire destiné aux enfants de 9 à 12 ans et premiers éléments de validation*. Mémoire de fin d'études en Psychologie, non publié, Université de Liège, Liège.
- Missotten, P. (2008). *Le concept d'écart comme mesure de la qualité de vie infantile: validation de l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie pour*

- Enfants*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Études Approfondies (DEA) en Sciences Psychologiques, non publié, Université de Liège, Liège.
- Missotten, P., Etienne, A.-M., & Dupuis, G. (2007). La qualité de vie infantile: Etat actuel des connaissances. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 12(4), 16-27.
- Nathan, P.C., Furlong, W., & Barr, R.D. (2004). Challenges to the measurement of health-related quality of life in children receiving cancer therapy. *Pediatric Blood and Cancer*, 43(3), 215-223.
- Rajmil, L., Herdman, M., Fernandez de Sanmamed, M.J., Detmar, S., Bruil, J., Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M., Simeoni, M.C., Auquier, P., & the Kidscreen Group (2004). Generic health related quality of life instruments in children and adolescents: A qualitative analysis of content. *Journal of Adolescent Health*, 34(1), 37-45.
- Rodary, C. (2000). Méthodologie d'étude de la qualité de vie chez l'enfant en recherche clinique. *Archives de Pédiatrie*, 7(suppl. 2), 230s-232s.
- Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montuori, J., & Platzek, D. (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (How I feel questionnaire): Professional Manual. Redwood, CA: Mind Garden.
- Wallander, J.L., Schmitt, M., & Koot, H.M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments and applications. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 571-585.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

OBJECTIVOS CONFLITUANTES
COM A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO: ESTUDO
COM UMA AMOSTRA DE SUJEITOS ADULTOS SAUDÁVEIS

Marta Marques^{1,2} / *Stan Maes*² / *Véronique De Gucht*² /
*Isabel Leal*¹ / *Maria João Gouveia*¹

¹Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D,
ISPA – Instituto Universitário; ²Leiden University, The Netherlands

Os estilos de vida sedentários constituem um grave problema de saúde pública, com o qual as sociedades ocidentais se debatem. O sedentarismo contribui para a ocorrência de doenças crônicas, mortes prematuras e invalidez, acarretando custos económicos e sociais (WHO, 2006). Os elevados índices de inatividade física nas sociedades ocidentais e o conhecimento científico dos benefícios físicos e psicológicos da prática regular de exercício físico, contribuíram para o impulsionar da investigação ao nível das variáveis psicológicas que podem estar associadas à adesão, abandono e resistência a este comportamento de saúde.

A prática de exercício físico, tal como outros comportamentos de saúde (e.g. dieta alimentar), é um objectivo/actividade específico que os indivíduos procuram atingir. No mesmo nível hierárquico que a prática de exercício físico, estão outros objectivos pessoais (e.g., *hobbies*). Estes objectivos podem-se influenciar positiva ou negativamente (Riediger, Freund, & Baltes, 2005). As pessoas têm vários objectivos, actividades e tarefas que pretendem desempenhar num mesmo momento, requerendo a distribuição de recursos para responder às necessidades (Gebhardt, 2006). Quando objectivos igualmente desejáveis estão em conflito, os indivíduos poderão ter que, num dado momento, escolher um objectivo (e.g. fazer tarefas domésticas) em detrimento de outro (e.g. fazer exercício físico).

Numa investigação realizada com técnicos de enfermagem (Gebhardt & Maes, 1998), os indivíduos inactivos reportaram um maior número de objectivos/actividades altamente valorizadas, que poderiam ser conflitantes com a prática de exercício físico. As actividades mencionadas com maior frequência foram as actividades domésticas (e.g. “tarefas domésticas” e “ver televisão”) e as actividades sociais (e.g., “visitar amigos”). No estudo de *follow-up* (Gebhardt & Maes, 1998), verificou-se que a quantidade de objectivos/actividades valorizadas pelos participantes era um importante preditor da iniciação (menor número de objectivos conflitantes) e abandono (maior número de objectivos conflitantes) do exercício físico. Karoly e colaboradores (Karoly, Ruehlman, Okun, Lutz, Newton, &

Fairholem, 2005) observaram igualmente que os objectivos conflitantes com a prática de exercício físico se constituíam como um obstáculo importante à sua prática regular.

A investigação acerca da relação entre a existência de objectivos conflitantes com o exercício físico e o processo de adesão ao mesmo é ainda limitada, não se conhecendo estudos publicados em Portugal. Assim, a presente investigação teve como objectivo analisar a existência de diferenças significativas entre indivíduos adultos saudáveis, inactivos e activos, quanto à quantidade de objectivos valorizados que poderiam ser conflitantes com a prática de exercício físico.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 269 sujeitos adultos, residentes em Portugal continental, com idades compreendidas entre os 21 e os 65 anos de idade ($M=33,8$; $DP=11,5$) e de ambos os sexos (61,3% – mulheres; 38,7% – homens).

Os sujeitos foram distribuídos por quatro grupos, representativos dos níveis de exercício físico praticado, com base nas recomendações para o exercício físico dos principais organismos de saúde internacionais (ACSM, 2005; CDC, 2005). Os grupos definidos foram: (a) *inactivos* – indivíduos que presentemente não fazem qualquer tipo de exercício físico (97 sujeitos – 36,1%); (b) *praticantes irregulares* – indivíduos que fazem algum exercício físico mas num nível inferior ao recomendado (38 sujeitos – 14,1%); (c) *praticantes regulares* – sujeitos que fazem exercício físico nos níveis recomendados (45 sujeitos – 16,7%); (d) *praticantes regulares em manutenção* -indivíduos que fazem exercício físico regular há um período de tempo longo. Neste estudo, utilizou-se como critério para o “período de tempo” a mediana, que corresponde a 24 meses (89 sujeitos – 33,1%).

Material

Foram recolhidos dados sócio-demográficos (idade, género, habilitações literárias e ocupação) e informação clínica relevante para a

inclusão/exclusão dos sujeitos (*ver Procedimento*). Para aceder aos níveis de prática de exercício físico, foi construída uma ficha constituída pelos seguintes elementos: prática de regular de exercício físico, tipo de exercício praticado, frequência semanal, duração das sessões de exercício e período de prática sem interrupções.

Para medir os objectivos conflituantes com a prática de exercício físico, adaptou-se para a língua portuguesa o *Competing Goals Scale* (Gebhardt & Maes, 1998). O *Competing Goals Scale* é um instrumento de auto-preenchimento, composto por 16 itens, que medem a interferência com a prática regular de exercício físico de outros objectivos/actividades pessoais que os sujeitos podem procurar desempenhar, como por exemplo, “ver televisão”, “estudar” e “ir às compras”. Para os objectivos/actividades que os sujeitos considerem serem afectados pelo tempo que precisam de despender para fazer exercício regularmente, é pedido que indiquem o quanto se sentiriam incomodados se esse objectivo não pudesse ser atingido ou realizado. A adaptação portuguesa deste instrumento apresenta um nível de consistência interna satisfatório ($\alpha=0,744$).

Procedimento

Este é um estudo transversal, tendo sido requerido aos participantes o preenchimento de uma bateria de questionários. Os participantes foram recrutados através de diversas organizações, tendo sido pedido o seu consentimento formal. A recolha de dados foi efectuada por correio e e-mail. Foram definidos como critérios de inclusão: idades compreendidas entre os 21 e os 65 anos, ausência de problema de saúde diagnosticado impeditivo da prática de exercício físico e não praticar desporto profissional.

Dos 310 questionários preenchidos, foram excluídos 41: 35 por não corresponderem aos critérios de inclusão e 6 por terem sido preenchidos incorrectamente.

A análise de dados foi realizada com recurso ao programa estatístico SPSS 15.0 (2006).

RESULTADOS

Para analisar a existência de diferenças significativas entre os grupos de (não-) praticantes de exercício físico quanto à frequência de objectivos

valorizados conflitantes com a sua prática, bem como, entre que grupos estas diferenças são significativas, realizaram-se os testes paramétricos ANOVA e Tuckey HSD (Quadro 1). Apresentam-se ainda as frequências de objectivos conflitantes com a prática de exercício físico e objectivos conflitantes valorizados pelos participantes (Quadro 2).

Quadro 1

Média, Desvio-Padrão, ANOVA, magnitude do efeito e Tuckey HSD para os objectivos conflitantes

	Grupos				F	η^2_p	Tuckey HSD
	I (N=97)	PI (N=38)	PR1 (N=45)	PR2 (N=89)			
Objectivos (Min=21; Max=65)	2,76 (2,53)	1,56 (1,93)	1,26 (1,70)	1,22 (1,66)	9,61**	,104	I>PI*, PR1**, PR2**

Nota. I: Inactivos; PE: Praticantes Irregulares; PR1: Praticantes Regulares<24 meses; PR2: Praticantes Regulares>24 meses; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Verificaram-se existir diferenças significativas entre sujeitos inactivos e os sujeitos praticantes de exercício físico quanto à frequência de objectivos conflitantes valorizados, significativamente superior nos sujeitos inactivos em comparação com todos os outros grupos. Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos de praticantes de exercício físico de diferentes níveis, registando-se, no entanto, uma tendência de descida da frequência de objectivos conflitantes dos praticantes irregulares para os praticantes regulares há mais de 24 meses (Quadro 1).

Os objectivos/actividades conflitantes mais frequentemente valorizadas (Quadro 2) foram “estudar/trabalhar” (34%), seguido por “despender tempo noutros hobbies” (22,3%), “estar por casa” e “fazer tarefas domésticas” (16% respectivamente). “Ouvir música” foi considerado um objectivo conflitante valorizado, por apenas 2,6% dos participantes. Embora “ver televisão” tivesse sido considerada uma actividade conflitante (14.9%), apenas 2,2% dos participantes consideraram que os incomodaria deixar de ver televisão para fazer exercício físico (2,2%), i.e. não é uma actividade valorizada.

Quadro 2

Frequência de objectivos conflitantes com o exercício físico e objectivos valorizados relatados

Objectivos/actividades conflitantes	Frequência de actividades	Actividades valorizadas
Estar por casa	39% (105)	16,4% (43)
Estudar/trabalhar	40,9% (110)	34,9% (94)
Despender tempo noutros hobbies	37,5% (101)	22,3 % (60)
Fazer tarefas domésticas	31,3% (84)	16,4% (44)
Ir a um encontro	17,8% (48)	13,4% (36)
Viajar	17,1% (44)	12,6% (34)
Ter visitas	15,2% (41)	8,6% (23)
Ver televisão	14,9% (40)	2,2% (6)
Ler (jornal, revista, livro)	13,8% (37)	8,2% (22)
Fazer uma visita	13% (35)	7,8% (21)
Ir às compras	11,2% (30)	4,1% (11)
Jantar for a	11,2% (30)	6,3% (17)
Sair para beber um copo	8,2% (22)	4,8% (13)
Jogar jogos	7,1% (19)	2,6 % (7)
Ir a o cinema ou teatro	6,3% (17)	3% (8)
Ouvir música	5,2% (14)	1,5% (4)

Nota: Número de sujeitos entre parênteses.

DISCUSSÃO

Considera-se que a co-existência de objectivos, valorizados, que estão em conflito com o comportamento de exercício físico, pode contribuir para a manutenção da inactividade física (Gebhardt, 2006). Na presente investigação, os resultados obtidos vão ao encontro da literatura revista, sendo que os indivíduos não praticantes de exercício físico referiram um maior número de actividades conflitantes valorizadas, que os indivíduos em quaisquer outros grupos.

Futuras investigações deverão examinar estas relações utilizando métodos longitudinais, de modo a observar de que forma esta variável permite prever modificações no comportamento de exercício físico ao longo do tempo.

Os objectivos conflitantes com o exercício físico parecem ser um factor impeditivo da aquisição deste comportamento de saúde. Assim, considera-se especialmente importante, o desenvolvimento de intervenções que visem a identificação e desenvolvimento de alternativas, de forma a promover a adesão à prática de exercício físico.

REFERÊNCIAS

- Centre for Diseases Control. (2005). Physical Activity for Everyone: Guideline Recommendations. Consultado a 20 de Junho de 2009 em <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/recommendations/index.htm>.
- Gebhardt, W.A. (2006). Contextualizing health behaviors: The role of personal goals. In D. de Ridder & J. de Wit (Eds.), *Self-regulation in health behavior*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Gebhardt, W.A., & Maes, S. (1998). Competing goals and exercise behavior. *Perceptual and Motor Skills*, 86, 755-759.
- Haskell, W.L., Lee, I., Pate, R.R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A., Macera, C.A., Heath, G.W., Thompson, P.D., & Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports and Exercise*, 39(8), 1423-143.
- Karoly, P., Ruhlman, L.S., Okun, M.A., Lutz, R.S., Newton, C., & Fariholme, C. (2005). Perceived self-regulation of exercise goals and interfering goals among regular and irregular exercisers: A life space analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 427-442.
- Riedieger, M., Freund, A.M., & Bales, P.B. (2005). Managing life through personal goals: Intergoal facilitation and intensity of goal pursuit in younger and older adulthood. *Journal of Gerontology*, 60B(2), P84-P91.
- SPSS 15.0. (2006). SPSS Inc: Chicago, IL.
- WHO. *Physical activity*. Consultado a 10 de Junho de 2009 em <http://www.who.int/hpr/physactiv/health.shtml>

FAMÍLIA E REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Maura Castello Bernauer

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo /
Núcleo Santista de Reprodução Humana, SP, Brasil

Esta revisão bibliográfica tornou-se importante devido ao impacto da experiência da infertilidade e suas implicações emocionais que vêm da cobrança social da naturalização do desejo de ser pai e mãe e formar uma família. Assim como, da importância que os indivíduos dão à parentalidade como aspecto estruturante da identidade social dos gêneros, em que suas referências ainda estão associadas aos significados tradicionais de masculino e feminino, que a RA reforça. Com o intuito de estimular a reflexão e expandir a discussão teórico-conceitual que os envolve, foram consultados e analisados estudos clássicos da literatura sobre os temas e artigos das bases Medline, Lilacs e Scielo, para as publicações em português, espanhol e inglês dos últimos dez anos, oriundos da filosofia, história, antropologia, medicina, enfermagem e de diversas teorias psicológicas, a fim de explorar seus conceitos.

Muitos estudos sobre a instituição familiar eram desenvolvidos com base nas categorias de “papéis” e “diferenças” sexuais, só mais recentemente surge a categoria “relações de gênero” na tentativa de contemplar o caráter relacional e a dimensão social e cultural das identidades que constituem as famílias. Sendo assim, as identidades de mulheres e homens são construídas no contexto social em que gênero, pode ser entendido como um elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e, ainda, como um modo de dar significado às relações de poder (Negueira, 2001; Vieira, 2005). Dentre os vários espaços nos quais essas identidades de gênero se constroem – a família, o mercado de trabalho, as instituições sociais, suas múltiplas conexões e hierarquias –, são produto de comportamentos sociais aprendidos com suas famílias (Siqueira de Andrade, 2004; Alves, 2005; Torção Filho, 2005). É uma construção cultural, histórica e política da igualdade e da diferença, em que o sexo social e historicamente construído é produto dessas diferenças que são apresentadas como naturais e inquestionáveis (Brasileiro e Jablonski, 2002; Araújo, 2005; Alves, 2005; Costa et al., 2006).

A naturalização da desigualdade de gênero foi explicada por Aristóteles, que reconhecia um estado “natural” de dependência entre o homem e a mulher, e numa divisão “natural” pré-definida de papéis sociais. E é neste

processo que o conceito de família e seus componentes (pai/mãe/filho) vão sendo construídos (Carola, 2006).

Muitos autores têm debatido esse tema ao longo dos tempos, em que a família era baseada no parentesco masculino e toda estrutura social nascia do poder do pai, surgindo daí, a família bíblica. Na ideologia familiar do século XVI a criança tinha pouca importância na família (“Cruz a carregar”), somente a partir do início do século XVII, os adultos modificaram sua concepção da infância e lhe concederam atenção. Nos dois séculos seguintes, iniciou-se a exaltação do amor materno como valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade. Foi neste século XVIII que a “era das provas de amor” começou e aproximou a esposa do marido, fazendo surgir a busca da felicidade, logo seguida pela valorização do amor. Nesse sentido, a procura da felicidade familiar foi um passo importante na evolução rumo à igualdade em que a produção discursiva da cultura europeia dos séculos XVIII e XIX mostrava que seria natural às mulheres: o espaço doméstico, a família e a maternidade. Porém, foi na época do Iluminismo que surgiu a família moderna, fundada no amor materno, quando os esposos se escolhem livremente e o amor que sentem um pelo outro se concretizará naturalmente em sua prole. E a procriação passou a ser uma das doçuras do casamento e que seria natural amar e em seguida os seus frutos. E progressivamente, os pais se consideraram cada vez mais responsáveis pela felicidade dos filhos (Badinter, 1985).

A nova ideologia redefiniu os papéis sexuais, onde a autoridade paterna, até então absoluta, tida como de origem divina e natural, passou a ser limitada pelas necessidades da criança, sendo dever do pai zelar pelo bem-estar de seus filhos. E para a mulher, a procriação passou a ser garantia de felicidade, visto ser a realização da sua natureza, e o aleitamento materno tornou-se uma regra a ser cumprida. E apresentava uma concepção equilibrada de poderes. No final do século XIX surgiu a tese evolucionista de um matriarcado primitivo baseada no fato de que a filiação mãe/filho é indiscutível, enquanto a paternidade podia ser posta em dúvida, até mesmo ignorada, apesar da função da maternidade ou da mulher configurar a desigualdade de gêneros Somente muito mais tarde se começou a conceber a noção de paternidade (Mansur, 2003; Carola, 2006).

No século XX a contracepção feminina delimitou a associação entre sexo e reprodução, em que a decisão de “ter ou não” um filho, passou do “poder do homem” para o “poder da mulher”, e com isso constituir uma família. A relação de força inverteu-se, e a mulher passou a escolher “se, quando e de quem procriar”, reduzindo o homem ao seu papel biológico de inseminador,

sem que ele saiba jamais que é pai, substituindo uma desigualdade pela outra (Carola, Costa et al.; Valbenedito, Lamas, & Lolas, 2006).

Autores pontuam que as relações entre sexo e reprodução estão historicamente ligadas, com discursos variados em que o eixo central é a problemática da associação e dissociação, apontando para uma tensão entre os modelos de família e de relação ente os gêneros em que a maternidade confere à mulher uma posição privilegiada, associada a um maior poder de decisão sobre a própria vida e sobre a vida de “um outro ser”, bem como maior valorização social. No entanto, uma vez incorporado à identidade feminina, passa a ser regida por sua identidade de mãe (Loyola, 2000/2003; Alves, 2005).

No contexto brasileiro, a gestação ainda tem bastante peso para definir a maternidade como natural, fazendo parte de uma interpretação de gênero em que a relação mãe-filho em si estaria no âmbito natural, sendo necessária a existência do pai ou marido para implantar a sociabilidade em que associam o feminino à expressividade e à afetividade, e o masculino à instrumentalidade e autonomia (Brasileiro & Jablonski, 2002; Luna, 2002/5).

Em nossa cultura, tanto a paternidade como a maternidade englobam significados que são construções socioculturais, e, por isso, fortemente influenciados pela constituição das identidades e dos papéis de gênero: a mãe, podendo ser biológica ou não, é responsável pelo bom desenvolvimento da criança, pela sua educação, alimentação, saúde; e o pai é visto como responsável por prover as necessidades materiais da família, e responsável pela transmissão das regras morais e sociais (Scavone, 2001). Nesta última década, muitos autores brasileiros, têm debatido sobre o papel do pai e da mãe e concordam que às mulheres coube a função de “cuidadora” da família e das manifestações afetivas dos (as) filhos (as) e responsável pelo desenvolvimento de sua subjetividade. Aos homens está associado o provimento financeiro da família, significando que ser pai não é só ter filhos, mas conseguir mantê-los. E que sua relação se define a partir da participação na concepção (Picinini et al., 2004; Makuch, 2006; Faustino & Freitas et al., 2007).

Muszkat (2000) pondera que sobre a função paterna de prover materialmente a família, e a não contribuição emocional e afetiva aos filhos, fez com que os homens sintam-se desamparados e hesitantes, em relação ao seu status e aos seus limites no que se relaciona ao exercício da “paternagem”. Diante disso há uma tendência atual de se anunciar a o “novo-pai”, com todas as conotações de ser um pai “melhor” do que o anterior. Borges (2005) focalizou que embora haja uma maior e significativa

participação dos pais nas tarefas relacionadas aos cuidados como os filhos, estas, ainda são na sua maior parte exercidas pelas mulheres.

No espaço de apoio familiar composto por marido e mulher baseado na complementaridade, se constitui a conjugalidade. Para Frizzo e Kreutz (2005) esse subsistema conjugal deve funcionar como uma fronteira que o projeta das exigências e necessidades dos demais subsistemas, e permita o acesso da criança aos pais, mas excluindo-a das questões conjugais. Já o subsistema parental se constitui numa nova etapa no ciclo de vida familiar quando nasce o primeiro filho, e deve se diferenciar para desempenhar a tarefa de socialização da criança, sem perder o apoio mútuo e suas principais funções são a educação e socialização dos filhos e refere-se à intensa preocupação com o(a) parceiro(a), por si e pela relação conjugal. Desse modo, entendemos que decorrente do sistema da parentalidade tem a coparentalidade, que é um conceito triádico, pois inclui pelo menos uma criança. Em seu estudo Frizzo e Kreutz (2005) compreendem coparentalidade em famílias nucleares como um contexto onde pai e mãe estão presentes ou morando juntos, compartilhando a parentalidade, dividindo a liderança e se apoiando nos seus papéis parentais. Está associada e é motivada pela preocupação com o bem-estar da criança e envolve apoio e comprometimento mútuo (dos pais) no exercício da parentalidade. É através desta relação que os pais podem negociar seus papéis, responsabilidades e contribuições para o desenvolvimento da criança. Já a coparentalidade tem seu próprio trajeto de desenvolvimento, representando os laços dos cônjuges enquanto pais.

Dessa forma, quando um homem e/ou uma mulher confrontam a impossibilidade de conceber naturalmente (Infertilidade), tornam-se desviantes por não conseguirem satisfazer o estereótipo socialmente definido para todos aqueles que apostam numa relação conjugal – ter filhos – podendo sofrer estigmatização social. Em suas pesquisas sobre infertilidade, Luna (2007) afirma que o que se vê é a manutenção de uma representação social da infertilidade, que implica em depreciação da mulher, comparando-as a fenômenos naturais como: árvore seca, árvores sem frutos, ou ressecadas, flores murchas, fontes que secaram. Freitas, Dzik e Cavagna (2007) e Oriá e colaboradores (2007) esclarecem que há mais de 6 milhões de casais no Brasil, que possuem algum tipo de impossibilidade para engravidar.

Os tratamentos paliativos da infertilidade, ou seja, a RA, só tem sentido porque os casais continuam a querer ter filhos ligados por vínculo biológico. Uma reivindicação que ocorre, não só devido à importância deste vínculo, mas também devido à vergonha que os casais sentem da sua infertilidade, e

que parece ser acompanhada pelo fantasma da estigmatização social que, ainda afeta os casais inférteis. Para Tamanini (2003a) e Braga e Amazonas (2005) as possibilidades oferecidas pelas técnicas de RA reforçam o estigma da mulher infértil, sob o prisma de que, com todo o avanço tecnológico nessa área, hoje só é infértil quem quer permanecer nesta condição.

A RA se justifica tanto para Scavoni (2001) quanto para Loyola (2003a) no sentido de que o “desejo de filhos” reforça a visão naturalizada dos papéis de gênero e da transmissão genética através dos “laços consangüíneos” explicando em parte, o sucesso das NTRs. Assim como para Costa e colaboradores (2006) que acreditam na recorrência da naturalização como fundamento do processo de medicalização do corpo feminino como forma de controle social, já que a ausência de filhos configura patologia. Vieira (2003) conjecturou que para medicalizar é necessário naturalizar o objeto, pois esse é o caráter da medicina, que se apóia no conhecimento da biologia e disciplinas correlatas, tomando o corpo isolado do contexto social e seus significados para poder compreendê-lo enquanto objeto somático, e lhe dar novo sentido para o estabelecimento da intervenção. Onde, conforme LeBreton (2008), basta um atraso entre a vontade de ter um filho e a gravidez transforma-se em sintoma e justifica o ato médico da RA.

Existe uma extensa bibliografia brasileira e internacional de profissionais respeitados refletindo, discutindo e levantando questionamentos importantes sobre infertilidade e RA (bioética), porém estudos nacionais sobre as crianças nascidas de FIV e seu relacionamento parental são bem escassos. De acordo com revisão bibliográfica, a transição para a parentalidade é reconhecidamente um momento que implica um conjunto de transformações individuais, conjugais e sociais para os novos pais (fase em que as investigações brasileiras sobre a adaptação paterna são mais escassas). Diante desta revisão bibliográfica concordamos com Brasileiro e Jablonski (2002), de que na transição para a parentalidade, as modernas relações de gênero parecem gerar confusão e ambigüidade, em que as referências para a maternidade e a paternidade parecem ainda associadas aos significados tradicionais de masculino e feminino.

REFERÊNCIAS

- Alves, J.E.D. (2005) Gênero e linguagem na cultura brasileira: Elementos para reflexão sobre uma diferença. In M.A. Loyola *Bioética, reprodução e gênero na sociedade contemporânea*. RJ: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP); Brasília: Letras Livres, Introdução.

- Araújo, M.F. (2005). Diferenças nas relações de gênero: Revisitando o debate. *Psicol. Clin.*, 17(2).
- Badinter, E. (1985) *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Tradução: Dutra, Waltensir. RJ: Nova Fronteira.
- Borges, L.S.F. (2005) *Função materna e função paterna, suas vivências na atualidade*. Tese de Mestrado. Uberlândia: Universidade Federal do Paraná.
- Braga, M.G.R., Amazonas, M.C.L.A. (2005) Família: Maternidade e procriação assistida. *Psicol. Estud.*, 10(1).
- Brasileiro, R.F., Jablonski, B. (2002). Papéis de gênero, transição para a paternidade e a questão da tradicionalização. *Psico*, 33(2), 289-310.
- Carola, C.R.P. (2006) Eva e Sofia: A naturalização da desigualdade de gênero na história do pensamento ocidental. In Z.C. Castilhos, M.H.R. Lima, & N.F. Castro (Orgs.), *Gênero e trabalho infantil na pequena mineração: Parte I* (p. 23). Brasil, Peru, Argentina, Bolívia – RJ: CETEM/CNPQ.
- Costa, T., Stotz, E.N., Grynspan, D., & Borges De Souza, M.C. (2006) Naturalização e medicalização do corpo feminino: O controle social por meio da reprodução. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 10(20), 363-80.
- Faustino e Freitas, W.M., Coelho, E.A.C., & Cavalcanti da Silva, T.M. (2007). Sentir-se pai: A vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cad. Saúde Pública*, 23(1).
- Freitas, G.C., Dzik, A., & Cavagna, M. (2007). Casal infértil: Uma visão geral. *Boletim SBRH: Artigos científicos, Educação Continuada em Reprodução Humana*, 5(1).
- Frizzo, G.B., Kreutz, C.M. (2005). O conceito de parentalidade e suas implicações para a pesquisa e para a clínica. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.*, 15(3), 84-94.
- Gomez, R.M. (2005). O pai – Paternidade em transição. In I. Leal et al., *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (Cap. 10). Lisboa: Fim de Século.
- Le Breton, D. (2008) *Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade* (3ª ed). Trad: Marina Appenzeller. Campinas, SP: Papyrus.
- Loyola, M.A. (2000). A antropologia da sexualidade no Brasil. *Physis*, 10(1).
- Loyola, M.A. (2003). Sexualidade e medicina: A revolução do século XX. *Cad. Saúde Pública*, 19(4).
- Luna, N. (2002). Maternidade desnaturada: Uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos. *Cad. Pagu, Campinas, SP*, 19.
- Luna, N. (2005). Natureza humana criada em laboratório: Biologização e genetização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *História, Ciências, Saúde*, 12(2), 395-417.

- Luna, N. (2007a). A personalização do embrião humano: Da transcendência na biologia. *RJ: Mana*, 13(2).
- Luna, N. (2007b). Provetas e clones: Uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas. *RJ: Editora FIOCRUZ*.
- Makuch, M.Y. (2006). Relacionamento familiar após o uso de técnicas de reprodução assistida. In R.M.M. Melamed & J. Quayle, *Psicologia em reprodução assistida: Experiências brasileiras* (pp. 189-206). SP: Casa do Psicólogo.
- Mansur, L.H.B. (2003). *Sem filhos: A mulher singular no plural*. SP: Casa do Psicólogo.
- Muszkat, M.E. (2000). Quando três é melhor que dois. *XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*, São Paulo, Campinas.
- Nogueira, C. (2001) Contribuições do construcionismo social a uma nova psicologia do gênero. *Cad. Pesqui., São Paulo*, 112.
- Oriá, M.O.B., Moraes, L.M.P., Moreira, R.V.O., & Ximenes, L.B. (2007). Reflexão teórico-filosófica sobre a fertilização in vitro fundamentada no pensamento de Hans Jonas. *Brazilian Journal of Nursing*, 6(3).
- Piccinini, C., Silva, M.R., Gonçalves, T.R., Lopes, R.S., & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicol. Reflex. Crit.*, 17(3).
- Scavone, L. (2001) Maternidade: Transformações na família e nas relações de gênero. *Rev. Interface Comun. Saúde*, 5(8), 47-60.
- Siqueira de Andrade, M. (2004). *Mulheres do século XX: A aprendizagem do feminino*. SP: Memnon, Coleções Temas de Psicopedagogia.
- Souza, J.E.P. (2006). As famílias como projetos de vida: O desenvolvimento de competências resilientes na conjugalidade e na parentalidade. *Saber (e) Educar* 11, 41-47.
- Tamanini, M. (2003). Do sexo cronometrado ao casal infértil. In M. Grossi, R. Porto, & M. Tamanini (Eds.), *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: Questões e desafios* (pp. 123-136). Brasília: Letras Livres.
- Torrao F.A. (2005). Uma questão de gênero: Onde o masculino e o feminino se cruzam. *Cad. Pagu., Campinas*, 24.
- Unbehaum, S.G. (2000). *Experiência masculina da paternidade nos anos 1990: Estudo de relações de gênero com homens de camadas médias*. Tese de Mestrado (Não publicada), São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.
- Valdebento, C., Lama, A., & Lolas, F. (2006). Relação entre a mulher e biotecnologia: Aproximação ao impacto da bioética. *Acta bioeth.*, 12, 145-150.
- Vieira, E.M. (2003). Debate sobre o artigo de Maria Andréa Loyola. *Cad. Saúde Pública*, 19(4).

USO DE DROGAS EM ADOLESCENTES BRASILEIROS

Miria Benincasa / Eda Custódio

Universidade de São Paulo

Apesar de não ter sido encontrado tipos específicos de personalidade que tendem a consumo de drogas, percebe-se que algumas características como impulsividade, baixa auto-estima, oscilações de humor, entre outras características desta fase de desenvolvimento, estão sempre relacionadas a esse consumo (Wolf, 2002).

Considerando os dados internacionais, 40% das mortes por acidentes automobilísticos entre jovens de 18 e 19 anos envolvem excesso de uso de álcool (Perthus, 2003). “No Brasil, dos 190.949 casos de Aids notificados ao Ministério da Saúde (MS) no período de 1980 a 3 de junho de 2000, 18,6% foram entre usuários de drogas injetáveis (UDI). A transmissão por intermédio do contato com o sangue foi responsável por 39.740 casos dos quais 89,6% estão relacionados ao uso de drogas injetáveis. Se tomarmos os últimos anos, com a expressiva melhoria da qualidade dos bancos de sangue do país, é possível notar a inversão das subcategorias (Deslandes, 2000).

MÉTODO

Foram sorteadas 22 escolas (Públicas e Privadas) sendo 17 Estaduais e 5 Particulares. Em cada escola foram sorteadas 3 salas, uma de cada ano do ensino médio. Ao todo, participaram da amostra, 2434 estudantes. Utilizou-se 5 instrumentos para a avaliação da amostra: (1) Questionário sócio-econômico ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2007); (2) WHOQOL-100 – Instrumento para avaliar a Qualidade de Vida, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cuja versão em português foi realizada Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chahamovich, Vieira, Santos, & Sizon, 1999); (3) SF-36 (The Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey, 1992) – Instrumento que avalia a Qualidade de Vida e muito utilizado com adolescentes e foi adaptado para a população brasileira por Ciconelli (1997); (4) Raciocínio Verbal – teste psicológico que faz parte da “Bateria de Orientação Profissional (BOP)” e foi planejada para uso com adolescentes entre 15 e 19 anos com escolari-

dade equivalente ao Ensino Médio (EM); (5) Questionário sobre uso de drogas – instrumento utilizado para avaliar o uso de substâncias psicoativas. Proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e desenvolvido pela *WHO – Research and Reporting Project on the Epidemiology of Drug Dependence*, adaptado, no Brasil por Carlini-Cotrim, Carlini, Silva-Filho, e Barbosa (1989).

Com o intuito de avaliar 0,5% dos alunos matriculados em escolas estaduais e 0,5% dos alunos matriculados em escolas particulares, sorteou-se 17 escolas estaduais e 5 escolas particulares, chegando-se a um total de 22 escolas e 2434 alunos avaliados.

O procedimento de Análise dos dados foi: *Cluster* (análise dos conglomerados) com método de partição (*K-Means*). Método de partição (*K-Means*). Os objetivos da análise de agrupamento são: (1) Determinar grupos cujo padrão de respostas dos questionários sejam semelhantes. (2) Descrever estes grupos semelhantes através do uso de drogas e variáveis demográficas.

RESULTADOS

A partir da análise dos questionários, foi possível selecionar 5 grupos com características peculiares quanto à distribuição de gênero, de classes sociais, localização no município de São Paulo e uso de drogas. O quadro abaixo apresenta a nota média de cada grupo no teste de Raciocínio Verbal e em cada domínio dos questionários de Qualidade de Vida.

O Grupo 1 possui médias de notas baixas em todos os questionários. É predominantemente composto pelo gênero feminino (72%). Predominantemente escolas públicas e periféricas. Classe econômica C e D acima da média geral dos grupos. Tem uso acima da média em todos os tipos de droga exceto energéticos, com destaque para o uso elevado de remédios de emagrecer, tranqüilizantes, solvente e álcool.

O Grupo 2 possui médias de notas baixas nos questionários SF Capacidade Funcional, SF Nível de independência e Raciocínio Verbal (RV) e médias de notas altas nos questionários SF Vitalidade, SF Saúde mental, SF Aspectos emocionais e WHOQOL psicológico. Os percentuais de gênero não se diferenciam muito da média geral. As escolas em que o grupo está acima da média geral são estão localizadas nas regiões leste (pública e particular) e sul pública. Classe econômica C e D acima da média geral dos grupos. Tem uso acima da média de tabaco e solvente.

Quadro 1

Média das notas dos domínios (Notas sem padronização) nos grupos

	1	2	3	4	5
SF – Vitalidade	41,1	59,2	71,1	58,8	55,3
SF – Saude_mental	38,5	62,9	72,8	60,5	56,1
SF – Capacidade_funcional	78,3	68,2	92,7	90,1	85,0
SF – Aspectos_físicos	68,2	85,2	93,9	95,3	52,7
SF – Dor	53,9	69,3	83,6	76,0	54,5
SF – Estado_geral_saúde	50,0	67,1	81,7	68,4	63,9
SF – Aspectos_sociais	52,4	79,8	91,7	81,9	64,8
SF – Aspecto_emocional	41,0	90,8	91,1	82,5	50,6
WHOQOL – Físico	11,6	13,9	15,8	14,2	13,5
WHOQOL – Psicológico	12,0	15,1	16,9	14,4	15,1
WHOQOL – Nível independência	14,4	16,0	18,0	16,4	16,2
WHOQOL – Relações sociais	13,0	14,9	16,7	14,4	15,9
WHOQOL – Meio ambiente	11,4	12,8	14,5	12,7	13,2
WHOQOL – Espiritualidade	13,9	15,0	16,4	13,7	16,6
RV	16,7	9,7	16,3	17,5	16,1

Legenda: 3ª pior nota entre os grupos; 2ª pior nota entre os grupos; Pior nota entre os grupos; 2ª melhor nota entre os grupos; Melhor nota entre os grupos.

O Grupo 3 possui valores altos em todos os questionários. Não há diferença significativa entre os gêneros (57%). As regiões que o grupo está acima da média geral são oeste, centro oeste, leste particular, norte particular, norte e sul particular. Classe econômica A e B acima da média geral dos grupos. Não apresenta uso acima da média em nenhuma das drogas.

O Grupo 4 possui médias de notas baixas nos questionários relacionados a aspectos sociais (WHOQOL Relações Sociais, WHOQOL Meio Ambiente) e WHOQOL espiritualidade e médias de notas altas nos questionários relacionados aos aspectos de saúde (SF Aspectos físicos, SF Dor, SF estado geral de saúde, SF aspecto emocional, WHOQOL físico) e WHOQOL nível de independência. Percentuais de gênero não se diferenciam muito da média geral. Os percentuais de região não se diferenciam muito da média geral. Classe econômica A2 e C acima da média geral dos grupos. Não apresenta uso significativamente acima da média em nenhuma droga.

O Grupo 5 possui médias de notas baixas nos questionários relacionadas aos aspectos de Saúde (Vitalidade, SF Saúde Mental, SF Aspectos físicos, SF Dor, SF Estado Geral de Saúde, SF Aspectos emocionais,

SFWHOQOL Físico) e Raciocínio Verbal, e notas melhores nos relacionados aos aspectos sociais (WHOQOL psicológico, WHOQOL Relações Sociais) e Espiritualidade. É predominantemente composto pelo gênero masculino (68%). As regiões que o grupo está acima da média geral são Centro oeste, leste, norte. Classe econômica B acima da média geral dos grupos. Tem uso acima da média para todas as drogas, com destaque no uso para tabaco, álcool, maconha e solvente.

DISCUSSÃO

Analisando os grupos, observamos que os adolescentes que não usam drogas (Grupos 3 e 4) apresentam nota alta, nos dois instrumentos de qualidade de vida, aspectos físicos. No WHOQOL – 100 apresentaram alto nível de independência. No SF-36 tiveram médias altas nos domínios: capacidade funcional, estado geral de saúde e aspectos sociais.

Nota-se que, comparando os grupos 3 e 4 com os grupos 1 e 5 observamos:

1 – Os que não usam droga tiveram médias bastante altas nos aspectos físicos dos instrumentos. Este resultado indica que os adolescentes que não apresentaram consumo de drogas sentem-se mais satisfeitos com seu corpo, auto-imagem, auto-estima e habilidades físicas do que aqueles que têm alto consumo de drogas. Estes, pelo contrário, sentem-se insatisfeitos com as condições gerais de seus corpos e demonstram baixa auto-estima. Baixa auto-estima, e desvalorização pessoal também são apresentadas como fatores de risco para o consumo de álcool por Pechansky, Szobot, e Scivoletto (2004). Schenker e Minayo (2005) apontam que existem fatores de proteção individuais para o consumo de droga. Entre eles estão o temperamento que favoreça o enfrentamento do problema, a auto-imagem positiva, a auto-estima elevada, a capacidade de criar e desenvolver estratégias ativas na forma de lidar com problemas. Esses atributos, segundo as autoras, denotam auto-eficácia, autoconfiança, habilidades sociais e interpessoais, sentimentos de empatia, controle emocional, humor e relacionamento com os pares. As autoras continuam afirmando que a auto-estima elevada, os sentimentos de valor, respeito, orgulho, satisfação e habilidade com a vida podem ser fatores de proteção aos jovens contra a dependência de drogas quando combinada com outros fatores protetores do seu contexto de vida.

2 – Os grupos 3 e 4 tiveram as notas mais altas no domínio nível de independência, por outro lado, os grupos 1 e 5 obtiveram as notas mais baixas entre todos os adolescentes. Este resultado demonstra que os adolescentes que usam menos droga se sentem independentes, autoconfiantes e autônomos. Enquanto isso, os que mais consomem drogas sentem-se menos independentes, ou seja, mais dependentes, talvez da droga de consumo, talvez dos pais. Estes resultados confirmam os apresentados pela literatura de que, quanto melhor o relacionamento com os pais, menor o consumo de drogas e maior o sentimento de independência, autonomia e preparo para lidar com as dificuldades da vida (Tavares, Beria, & Lima, 2004; Sanchez, Oliveira, & Nappo, 2005; Pratta & Santos, 2006).

3 – Os grupos 3 e 4 obtiveram as médias mais altas no domínio condições gerais de saúde, ou seja, sentem-se mais satisfeitos com suas condições gerais, com suas habilidades, com seus recursos para lidar com a vida. Enquanto isso, os grupos 1 e 5 tiveram as notas mais baixas entre todos os estudantes no domínio Condições Gerais de Saúde. O jovem mais satisfeito com seu corpo e com a sua saúde, por um lado, tende a ser mais cuidadoso consigo mesmo; por outro, essa satisfação já é resultado de cuidados permanentes. Outros estudos mostram menor grau de satisfação e bem-estar geral entre os consumidores de álcool tabaco e/ou outras drogas do que na população geral. (Silva, Horta, Pontes, Faria, Souza, Cruzeiro et al., 2007; O'Brien & Bierman, 1988; Wenz-Gross, Siperstein, & Widaman, 1997; Torsheim & Wold, 2001). Não há muita concordância sobre a seguinte questão: o nível de satisfação já era baixo antes do consumo abusivo de substâncias psicoativas ou este consumo abusivo gerou menos bem-estar? (Reiff, Simantov, Schlen, & Klein, 2000; Whalen, Jamner, Henker, & Delfino, 2001).

4 – Os grupos 1 e 5 obtiveram as notas mais baixas entre todos os adolescentes no domínio Aspectos Sociais. Os grupos 3 e 4 apresentaram as notas mais altas dentre todos os alunos avaliados. Este resultado confirma os encontrados por outros estudos em que o adolescente, quando bebe ou usa outras drogas, tem como um de seus objetivos a busca da descontração, socialização e introdução no grupo de pares. (Schenker & Minayo, 2005). Por outro lado, a literatura mostra que jovens mais integrados socialmente tendem a ser mais felizes (Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006).

Quanto à diferença de gêneros, ficou bastante evidente nos grupos que mais consomem drogas: 1 e 5. No entanto, no grupo 1, predominantemente feminino, o consumo é maior de remédios de emagrecer, tranquilizantes, solvente e álcool. No grupo 5, há maior consumo de tabaco, álcool,

maconha e solvente. Em vários estudos nacionais e internacionais observa-se uma nítida preferência por parte do sexo feminino, pelas drogas lícitas (medicamentos, como ansiolíticos e anfetamínicos e álcool). Entretanto, as drogas ilícitas fazem parte da preferência do sexo masculino (Guimarães, Godinho, Cruz, Kappanann, & Tosta Junior, 2004; Galduróz, Noto, & Carlini, 1997; Muza, Bettiol, Muccillo, & Barbieri, 1997).

Verificou-se, a partir desta investigação, a necessidade de desenvolvimento de programas de promoção de saúde voltado ao aumento da qualidade de vida e bem-estar subjetivo voltados à população adolescente. Além disso, conhecer as características gerais destes indivíduos pode facilitar as intervenções bem sucedidas.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2007). Critério de Classificação Econômica Brasil. Retirado a 24 de fevereiro de 2007 de: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf.
- Baus, J., Kupek, E., & Pires, M. (2002). Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Revista Saúde Pública*, 36(1), 40-46.
- Carlini-Cotrim, B., Carlini, E.A., Silva-Filho, A.R., & Barbosa, M.T.S. (1989) O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo graus da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987. In *consumo de drogas psicotrópicas no Brasil, em 1987*, Centro de documentação do Ministério da Saúde (Série C: Estudos e Projetos 5), 9-84.
- Ciconelli, R.M. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)"*. Tese de Doutorado (Não publicada). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
- Deslandes, S.F., Mendonça, E.A., Caiaffa, W.T., & Doneda, D. (2002). As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 141-152.
- Fleck, M.P.A., Leal, O.F., Louzada, S., Xavier, M., Chahamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pizon, V. (1999) Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 21(1), 19-28.

- Galduróz J.C.F., Noto A.R., & Carlini E.A. (1997). *IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas /Escola Paulista de Medicina.
- Guimarães, J.L., Godinho, P.H., Cruz, R., Kappanann, J.I., & Tosta Junior, L.A. (2004). Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. *Revista de Saúde Pública*, 38(1), 130-132.
- O'Brien, S.F., & Bierman, K.L. (1988). Conceptions and perceived influence of peer groups: Interviews with preadolescents and adolescents. *Child Development*, 59, 1360-1365.
- Muza G.M., Bettiol H., Muccillo G., Barbieri M.A. (1997). Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP. I – Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Rev. Saúde Pública*, 31, 21-9.
- Pechansky, F., Szobot, C.M., & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: Conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 14-17.
- Perthus, I., Picard, V., Gerbaud, L., Clément, G., Laquet, A., Reynaud, M., & Glanddier, Y. (2003). Évaluation des consommations à risque. *Alcoologie et Addictologie*, 25(2), 99-104.
- Pratta, E.M.M., & Santos, M.A. (2006). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: Um estudo bibliográfico. *Estud. Psicol. (Natal)*, 11(3), 315-322.
- Reiff, M.I., Simantov, E., Schlen, C., & Klein, J.D. (2000). Health compromising behaviors: Why adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescence Medicine*, 154, 1025.
- Sanches, Z.V.D.M., Oliveira, L.G., & Nappo, S.A. (2005) Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Rev. Saúde Pública*, 39(4), 599-605.
- Schenker, M., & Minayo, M.C.S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 707-711.
- Silva, R.A., Horta, B.L., Pontes, L.M., Faria, A.D., Souza, L.D.M., Cruzeiro, A.L.S., et al. (2007). Bem-estar psicológico e adolescência: Fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, 23(5), 1113-1118.
- Simões, C., Matos, M.G., & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: Um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doença*, 7(2), 147-164.
- Tavares, B.F., Beria, J.U., & Lima, M.S. (2004). Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev. Saúde Pública*, 38(6), 787-796.

- Torsheim, T., & Wold, B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: A general population study. *Journal of Adolescent Research, 16*(3), 293-303.
- Wenz-Gross, M., Siperstein, G.N., & Widaman, K.F. (1997). Stress, social support, and adjustment of adolescents in middle school. *Journal of Early Adolescence, 17*(2), 129-151.
- Whalen, C.K., Jamner, L.D., Henker, B., & Delfino, R.J. (2001). Smoking and moods in adolescents with depressive and aggressive dispositions: Evidence from surveys and electronic diaries. *Health Psychology, 20*(2), 99-111.
- Wolff, M.W., & Wolff, K.A. (2002). Personality characteristics as a function of frequency and type of substance use. *Adolescence, 37*(148), 705-716.

QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE MENTAL
E DESGASTE DAS MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
COM CONDIÇÕES CRÓNICAS DE SAÚDE

Neuza Silva^{1,2} / Carlos Carona^{1,2,3} / Maria Cristina Canavarro^{1,2,4}

¹FPCE, Universidade de Coimbra; ²Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Social e Vocacional da FPCE, Universidade de Coimbra ³Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra; ⁴Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos dos HUC

De uma forma geral, o conceito de doença crónica traduz todas as condições de doença prolongada e irreversível (Barros, 2003). Numa abordagem não categorial, as condições crónicas de saúde (CCS) conduzem a consequências classificáveis em 3 domínios conceptuais: (1) limitações funcionais; (2) dependência de mecanismos compensatórios para minimizar essas limitações; e (3) recurso ou necessidade acrescida de cuidados, médicos ou outros (Silver, Westbrook, & Stein, 1998). As implicações psicossociais para os cuidadores de crianças com CCS apresentam mais similitudes do que disparidades, sustentando esta abordagem não categorial (Kazak, 1987; Krulik et al., 1999; Wallander, Pitt, & Mellins, 1990).

A prestação de cuidados é uma atribuição normal inerente ao papel parental; no entanto, proporcionar o elevado nível de cuidados requeridos por uma criança com uma CCS pode causar desgaste adicional, com impacto na saúde física e psicológica dos cuidadores (Raina et al., 2004). As responsabilidades acrescidas dos pais de crianças com CCS incluem, não só os cuidados físicos das crianças, mas também ajudar a criança a adaptar-se à doença, lidar com os diversos serviços (por ex. médicos ou educativos) (Silver et al., 1998), gerir os tratamentos, monitorizar a doença e decidir sobre as intervenções (Bradford, 1997). A doença crónica muitas vezes acarreta ainda pressões financeiras com os tratamentos ou com a necessidade de um dos pais abandonar o emprego para cuidar da criança (Bradford, 1997).

Embora muitos pais lidem de forma adaptativa com a condição dos filhos, noutras situações as exigências impostas pela doença pediátrica excedem a sua capacidade de adaptação (Raina et al., 2004). A percepção dos cuidadores das suas responsabilidades e limitações associadas tem sido denominado por desgaste do cuidador (Canning, Harris, & Kelleher, 1996). Nas CCS pediátricas, o papel de cuidador primário das crianças é geralmente assumido pelas mães (Goldbeck, 2006; Ramaglia et al., 2007; Silver et al., 1998), não apenas devido às diferenças de género nos papéis familiares

(Pinquart, & Sörensen, 2006), mas também à relação de vinculação entre a mãe e a criança na qual a prestação de cuidados assume um papel fundamental (Canavarro, 1999). As mães de crianças com CCS despendem significativamente mais esforços e tempo na prestação de cuidados e menos tempo em actividades recreativas, comparativamente aos pais (Ramaglia et al., 2007), e às mães de crianças saudáveis (Quittner, Opiari, Regoli, Jacobsen, & Eigen, 1992), apresentando níveis mais elevados de desgaste (Green, 2007; Ramaglia et al., 2007), associados a maior *distress* psicológico (Canning et al., 1996). Estas mães tendem também a apresentar comprometimento da sua qualidade de vida (QdV) (Goldbeck, 2006) e mais distúrbios psiquiátricos (Hoare, 1984), nomeadamente sintomas depressivos (Goldbeck, 2006) e níveis significativos de stress (Kazak, 1987; Krulik et al., 1999; Wallander et al., 1990).

Apesar dos *outcomes* positivos associados à prestação de cuidados estarem ainda pouco estudados (Bolden & Wicks, 2009), alguns cuidadores interpretam as responsabilidades acrescidas de cuidar de um familiar com CCS como recompensadoras, ao gerarem sentimentos positivos de satisfação, utilidade e eficácia, ao possibilitarem o estabelecimento de relações de proximidade com uma pessoa significativa (Bolden & Wicks, 2009; Pinquart & Sörensen, 2003), ao oferecerem oportunidades de crescimento pessoal, de aquisição de competências, e de consciencialização do que realmente é significativo para elas (Green, 2007). Outra consequência positiva da prestação de cuidados é o estreitamento de vínculos familiares e de relações sociais (Green, 2007). As mães de crianças com CCS têm redes sociais mais robustas do que as mães de crianças saudáveis (Kazak, 1987), e níveis mais elevados de envolvimento familiar (Thornton et al., 2008) e de satisfação com a família (Goldbeck, 2006). A percepção de poucos benefícios na prestação de cuidados está associada com maior desgaste do cuidador (Green, 2007; Pinquart & Sörensen, 2003), e com níveis significativos de depressão (Pinquart & Sörensen, 2003).

Vários modelos conceptuais têm sido propostos com o intuito de especificar factores determinantes da saúde física e psicológica dos cuidadores de crianças com CCS, modelos estes que têm incorporado diversos factores de risco e de protecção, incluindo variáveis contextuais, características da criança (variáveis relacionadas com a doença/incapacidade, comportamento da criança), desgaste associado à prestação de cuidados, factores intrapsíquicos do cuidador (e.g., auto-estima e sentido de competência) e factores de *coping* (e.g., suporte social, funcionamento familiar e gestão do stress) (Raina et al., 2004; Silver et al., 1998).

Neste contexto, são objectivos deste estudo: (1) avaliar a QdV das mães de crianças/adolescentes com CCS, comparativamente a uma amostra homóloga da população geral; (2) identificar as dimensões do desgaste associado à prestação informal de cuidados preditoras da QdV e do *distress* psicológico; e (3) analisar as relações entre o crescimento pessoal associado à prestação informal de cuidados e o bem-estar psicológico neste grupo de mães.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi recolhida nos serviços de Neurologia e de Alergologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra e do Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar de Coimbra, tendo sido constituída por 48 mães de crianças e adolescentes de ambos os géneros (27 rapazes e 21 raparigas), com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos ($M=12,21$; $DP=3,13$), com condições crónicas de saúde (27 crianças e adolescentes com asma e 21 com epilepsia). As mães que participaram no estudo tinham idades compreendidas entre os 31 e 57 anos ($M=40,46$; $DP=5,61$), na sua maioria casadas (85,4%) e com outros filhos para além da criança com CCS (79,2%), com um nível socioeconómico baixo (52,1%) ou médio (41,7%) e sem problemas de saúde crónicos (75%) ou história de problemas psiquiátricos (70,8%).

A amostra da população geral ($n=48$) foi seleccionada a partir da amostra dos estudos de validação do WHOQOL-BREF para a Portugal, de acordo com os critérios: género feminino, não apresentarem CCS, não estarem a tomar medicação e não terem recorrido a serviços de saúde no último ano, excepto para consultas de rotina. Esta amostra é homóloga à amostra de mães de crianças e adolescentes com CCS em termos de idade, estado civil e nível socioeconómico.

Material

O protocolo de avaliação incluiu uma ficha de dados clínicos e sociodemográficos, a Escala de Desgaste do Cuidador-Revista, o WHOQOL-BREF e o Inventário de Saúde Mental.

A Escala de Desgaste do Cuidador-Revista (Montgomery, Kosloski, & Colleagues, 2006; tradução e adaptação de Carona et al., 2008), indo ao encontro das abordagens conceptuais de desgaste do cuidador encontradas na literatura (Montgomery et al., 2000), avalia a sobrecarga a que o cuidador está sujeito em 3 sub-escalas de desgaste: desgaste da relação (estado psicológico negativo do cuidador resultante de exigências percebidas como excessivas às impostas pela condição de saúde da pessoa a que se presta cuidados), desgaste objectivo (estado psicológico negativo que resulta da interferência da prestação de cuidados na vida do cuidador) e desgaste subjectivo (forma geral de afecto negativo que resulta da prestação de cuidados, mas que não é o resultado directo de nenhum acontecimento específico). Inclui ainda uma sub-escala de crescimento pessoal que avalia o resultado psicológico positivo associado à prestação de cuidados (satisfação com as tarefas de cuidados, melhoria da relação com a pessoa doente, afecto geral positivo). É composta por 22 itens, avaliados numa escala de Likert de 5 pontos, entre “nada” e “muitíssimo”. Na nossa amostra, a análise da consistência revelou valores de Alfa de *Cronbach* de 0,92 para o desgaste global e 0,78 para a escala de crescimento pessoal.

O WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998; versão portuguesa de Vaz-Serra et al., 2006) avalia a QdV de indivíduos adultos, saudáveis e não saudáveis. É composto por 26 itens, avaliados em termos de intensidade, capacidade, frequência e avaliação, numa escala de Likert de 5 pontos. Os 26 itens que compõem este instrumento avaliam uma faceta geral de QdV e 24 facetas específicas, organizadas em 4 domínios: saúde física, psicológica, relações sociais e ambiente. O instrumento revelou boa consistência interna, com valores de Alfa de *Cronbach* de 0,94 na amostra de mães de crianças e adolescentes com CCS, e de 0,93 na amostra da população geral.

O Inventário de Saúde Mental [MHI-5] (Brook et al., 1979; adaptado à população portuguesa por Pais-Ribeiro, 2001), versão reduzida do MHI desenvolvida com o objectivo de avaliar a saúde mental em investigações epidemiológicas, é um questionário de auto-resposta, com uma escala de resposta de tipo ordinal de 6 posições, desde “nunca” a “sempre”. Os 5 itens do MHI-5 focam sintomas psicológicos de humor e ansiedade, de perda de controlo sobre os emoções e comportamentos e de bem-estar e agrupam-se em duas dimensões: *distress psicológico* e *bem-estar psicológico*. Na nossa amostra a consistência interna para a escala de *distress psicológico* foi de 0,88 e para a escala de *bem-estar* de 0,79.

Procedimentos

Após efectuadas as diligências necessárias e os contactos institucionais para autorização de recolha da amostra nos Hospitais da Universidade de Coimbra e no Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar de Coimbra, e aprovado o estudo pelas respectivas Comissões de Ética, procedeu-se à recolha da amostra, no período entre 17 de Abril e 29 de Maio de 2009. A aplicação dos protocolos foi precedida de uma breve exposição dos objectivos do estudo e pedido de assinatura do consentimento informado para a participação na investigação. Os protocolos, de auto-resposta, foram administrados às mães de crianças e adolescentes com CCS nos próprios serviços de saúde, ou, em caso de impossibilidade de preenchimento no local, foram entregues às mães, acompanhados de envelope selado, para que preenchessem em casa e devolvessem posteriormente pelo correio.

RESULTADOS

Foi efectuada uma análise comparativa entre a QdV, a saúde mental e o desgaste das mães de crianças e adolescentes com diferentes CCS (epilepsia ou asma), com recurso ao teste *t* de *student* para amostras independentes, análise esta que não revelou quaisquer diferenças estatisticamente significativas. No entanto, quando comparadas com uma amostra homóloga da população geral, as mães de crianças e adolescentes com CCS apresentaram QdV inferior no domínio físico ($M=70,21$; $DP=16,66$) do que as mães de crianças e adolescentes saudáveis ($M=79,84$; $DP=13,31$; $t_{(1,93)}=-3.11$; $p=0,002$). Por outro lado, a nossa amostra de mães cuidadoras revelou melhor QdV no domínio das relações sociais ($M=73,05$; $DP=17,31$) do que a população em geral ($M=67,01$; $DP=13,53$; $t_{(1,93)}=1,90$; $p=0,061$), embora com um intervalo de confiança de 90%.

A identificação das dimensões de desgaste preditoras da QdV e do *distress* psicológico das mães foi realizada a partir de regressões lineares múltiplas (método *stepwise*), controlando a idade e nível socioeconómico das mães e da gravidade da CCS pediátrica, através da inclusão destas variáveis no 1º bloco da regressão. O desgaste, nas suas dimensões objectiva e subjectiva, demonstrou ser factor preditor da QdV psicológica das mães,

tendo explicado 28,2% da sua variância. A dimensão subjectiva do desgaste explicou ainda 13,6% da variância da QdV no domínio ambiente. O desgaste subjectivo revelou-se também factor preditor do *distress* psicológico, explicando 34,7% da sua variância.

Foram ainda efectuadas análises da variância (*one-way* ANOVA, com comparações múltiplas *post-hoc* de Bonferroni) dos resultados obtidos pelas mães nos instrumentos de avaliação da QdV e da saúde mental em função dos níveis de desgaste. Para esta análise, as pontuações obtidas para cada dimensão na Escala de Desgaste do Cuidador foram categorizadas em níveis de desgaste elevado, médio e baixo, de acordo com as normas interpretativas das pontuações do instrumento (Montgomery et al., 2006). Os resultados obtidos mostram que o desgaste subjectivo teve um impacto significativo na QdV e na saúde mental das mães de crianças e adolescentes com CCS. As mães com elevado desgaste subjectivo apresentaram maior comprometimento da sua QdV no domínio psicológico [$F_{(2,45)}=3,83$; $p=0,029$] e ambiente [$F_{(2,45)}=4,78$; $p=0,013$], comparativamente às mães com baixos níveis de desgaste subjectivo. Este grupo de mães com níveis de desgaste subjectivo elevados manifestaram ainda maior *distress* psicológico [$F_{(2,45)}=9,02$; $p=0,001$] do que as mães com níveis de desgaste subjectivo médios ou baixos. Também o desgaste da relação influenciou significativamente o *distress* psicológico das mães cuidadoras [$F_{(2,24)}=4,03$; $p=0,025$], tendo as mães com elevados níveis de desgaste da relação revelado maior *distress* psicológico, comparativamente às mães com níveis médios de desgaste da relação.

Para averiguar a natureza das associações entre o bem-estar psicológico e o crescimento pessoal associado à prestação informal de cuidados foram calculados os coeficientes de correlação de *Pearson*, que mostraram uma correlação positiva entre estas duas variáveis, embora apenas com significância estatística para o grupo de mães de crianças mais novas ($r=0,424$; $p=0,022$).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos sugerem que as mães de crianças e adolescentes com CCS estão sujeitas a níveis elevados de desgaste associado à prestação informal de cuidados, constituindo-se num grupo particularmente vulnerável ao comprometimento da sua QdV e saúde mental. A

inexistência de diferenças na QdV, saúde mental e no desgaste das mães em função do diagnóstico da criança/adolescente (asma ou epilepsia) sugere que as preocupações e responsabilidades acrescidas das mães não dependem das características particulares da CCS, mas da sua mera presença, indiciando, à semelhança de outros trabalhos (Kazak, 1987; Krulik et al., 1999; Wallander et al., 1990), a adequação de uma abordagem não categorial no estudo da adaptação dos cuidadores às CCS pediátricas.

Comparativamente a um grupo homólogo da população em geral, as mães de crianças e adolescentes com CCS revelaram menor QdV no domínio físico. Independentemente da idade e nível socioeconómico das mães e da gravidade da CCS pediátrica, o desgaste associado à prestação informal de cuidados revelou-se um importante preditor da QdV e do *distress* psicológico neste grupo de mães. No entanto, o desgaste objectivo, resultante da interferência da prestação de cuidados no quotidiano das mães, apenas se revelou preditor da QdV psicológica. Já a dimensão subjectiva do desgaste demonstrou ser preditora da QdV nos seus domínios psicológico e ambiente, assim como do *distress*. Já Canning et al. (1996) haviam observado que a percepção de desgaste do cuidador, mas não a avaliação clínica desse desgaste, era preditora do *distress* do cuidador. Estes resultados sugerem que as dificuldades de adaptação das mães à CCS dos filhos estão mais associadas às emoções e cognições negativas relacionadas com a prestação informal de cuidados do que à sobrecarga causada pelos cuidados adicionais requeridos pelas crianças com CCS.

Tal como já havia sido referido na literatura (Bolden, & Wicks, 2009; Green, 2007; Pinquart, & Sörensen, 2003), algumas mães perceberam benefícios associados à prestação informal de cuidados, em termos de sentimentos positivos, satisfação com as tarefas de cuidados e melhoria da relação com os filhos. Estes *outcomes* positivos da prestação de cuidados associaram-se positivamente ao bem-estar psicológico das mães. Consistentemente com o trabalho de outros autores (e.g. Kazak, 1987), este grupo de mães também revelou melhor QdV no domínio das relações sociais, comparativamente a um grupo homólogo da população em geral, sugerindo que, face às adversidades causadas pela CCS dos filhos, as mães tendem a estreitar as suas relações pessoais e redes de suporte social.

Face aos resultados obtidos neste estudo, as CCS pediátricas parecem constituir um factor de maior risco para o comprometimento da QdV e da saúde mental deste grupo de mães. Assim, no sentido de melhorar a QdV

e a saúde mental dos cuidadores, potenciando a sua tarefa de prestação informal de cuidados, e, conseqüentemente, maximizando a saúde física e psicológica das crianças e adolescentes com CCS, será importante, no contexto dos cuidados de saúde pediátricos, a integração de intervenções psicossociais dirigidas aos cuidadores. Sendo a dimensão subjectiva do desgaste que mais se associa com a QdV e com o *distress* das mães, intervenções psicoterapêuticas focalizadas na redução dos afectos negativos e na promoção de atribuições positivas à prestação informal de cuidados poderão traduzir-se numa redução do desgaste e no aumento do crescimento pessoal, e, conseqüentemente numa melhor adaptação destas mães. As implicações deste estudo estendem-se, não apenas ao nível clínico, mas também ao nível político e institucional acarretando necessidades de reorganização das rotinas dos cuidados de saúde pediátricos, de recursos financeiros e de reestruturação das entidades empregadoras das mães no sentido de minimizar os conflitos entre as obrigações laborais e familiares destas mães.

Os resultados deste estudo lançam alguns desafios para investigações futuras, salientando a necessidade de identificar outras variáveis preditoras da QdV e da saúde mental das mães de crianças e adolescentes com CCS, assim como esclarecer o papel moderador ou mediador destas variáveis na relação entre as CCS e a adaptação individual e familiar. Podem ser apontadas como exemplos de algumas destas variáveis as estratégias de *coping*, a percepção de suporte social e a satisfação/ conflito com o trabalho. É igualmente fundamental clarificar os processos transaccionais entre a adaptação individual e familiar das crianças e adolescentes com CCS e dos seus cuidadores familiares. Também deverão ser alvo de mais investigação as dimensões positivas da adaptação e as oportunidades de desenvolvimento, no sentido de promover o bem-estar dos cuidadores primários de crianças e adolescentes com CCS.

REFERÊNCIAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bolden, L., & Wicks, M. N. (2009). Predictors of mental health, subjective burden, and rewards in family caregivers of patients with chronic liver

- disease. *Archives of Psychiatric Nursing* (in press). Retirado de <http://www.sciencedirect.com>, em 22 de Outubro de 2009.
- Bradford, R. (1997). *Children, families and chronic disease: Psychological models and methods of care*. London: Routledge.
- Canavarro, M.C. (1999). *Relações afetivas e saúde mental: Uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canning, R.D., Harris, E.S., & Kelleher, K.J. (1996). Factors predicting distress among caregivers to children with chronic medical conditions. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(5), 735-749.
- Goldbeck, L. (2006). The impact of newly diagnosed chronic pediatric conditions on parental quality of life. *Quality of Life Research*, 15, 1121-1131.
- Green, S.E. (2007). “We’re tired, not sad”: Benefits and burdens of mothering a child with a disability. *Social Science & Medicine*, 64, 150-163.
- Hoare, P. (1984). Psychiatric disturbance in the families of epileptic children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 26, 14-19.
- Kazak, A.E. (1987). Families with disabled children: Stress and social networks in three samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(1), 137-146.
- Krulik, T., Turner-Henson, A., Kanematsu, Y., Al-Ma’aitah, R., Swan, J., & Holaday, B. (1999). Parenting stress and mothers of young children with chronic illness: A cross-cultural study. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(2), 130-140.
- Montgomery, R.J.V., Borgatta, E.F., & Borgatta, M.L. (2000). Societal and family change in the burden of care. In W.T. Liu & H. Kendig (Eds.), *Who Should Care for the Elderly? An East-West Divide* (pp. 27-54). Singapore: The National University of Singapore Press.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58(2), 112-128.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiving stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61(1), 33-45.
- Quittner, A.L., Opipari, L.C., Regoli, M.J., Jacobsen, J., & Eigen, H. (1992). The impact of caregiving and role strain on family life: Comparisons between mothers of children with cystic fibrosis and matched controls. *Rehabilitation Psychology*, 37(4), 275-290.
- Raina, P., O’Donnell, M., Schweltnus, H., Rosenbaum, P., King, G., Brehaut, J., et al. (2004). Caregiving process and caregiving burden: Conceptual models to guide research and practice. *Pediatrics*, 4, 1-13.

- Ramaglia, G., Romeo, A., Viri, M., Lodi, M., Sacchi, S., & Cioffi, G. (2007). Impact of idiopathic epilepsy on mothers and fathers: Strain, burden of care, worries and perception of vulnerability. *Epilepsia*, *48*(9), 1810-1813.
- Silver, E.J., Westbrook, L.E., & Stein, R.E.K. (1998). Relationship of parental psychological distress to consequences of chronic health conditions in children. *Journal of Pediatric Psychology*, *23*(1), 5-15.
- Thornton, N., Hamiwka, L., Sherman, E., Tse, E., Blackman, M., & Wirrell, E. (2008). Family function in cognitively normal children with epilepsy: Impact on competence and problem behaviors. *Epilepsy & Behavior*, *12*, 90-95.
- Wallander, J.L., Pitt, L.C., & Mellins, C.A. (1990). Child functional independence and maternal psychosocial stress as risk factors threatening adaptation in mothers of physically or sensorially handicapped children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*, 818-824.

BONDING E PREMATURIDADE: ESTUDO DO ENVOLVIMENTO
PATERNAL PRECOCE NUM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

Nuno Saldanha / Isabel Leal

ISPA – Instituto Universitário

A presença constante das mães como cuidadoras primárias promoveu, até recentemente, o implícito pressuposto de que a relação pai/filho teria pouco impacto sobre o desenvolvimento infantil (Cabrera, Tamis-LeMonda, Bradley, Hofferth, & Lamb, 2000). Valorizado sobretudo pelo seu suporte financeiro e instrumental, o homem tem sido frequentemente remetido para o papel de segundo objecto ou primeiro estranho (Gomez, 2005). Apesar do foco de investigação, quase exclusivo, na relação mãe/criança, o papel do pai enquanto prestador de cuidados, e as singularidades do seu envolvimento físico e emocional com a criança têm despertado, nos últimos anos, particular interesse, tanto na comunidade científica, como na sociedade em geral (Lamb, 1992). Actualmente são vários os estudos cujos resultados demonstram uma vivência mais efectiva e afectiva da paternidade (Mendes, 2007). Existe, por conseguinte, uma vontade por parte dos pais em estarem presentes no crescimento e no desenvolvimento dos filhos, embora esta tendência não seja regular (Monteiro, Veríssimo, Santos, & Vaughn, 2008), dependendo principalmente da idade e da posição socioeconómica dos homens em questão.

O termo *bonding* foi empregue pela primeira vez por Klaus e Kennell em 1976, tendo sido utilizado para descrever um vínculo único, específico e duradouro que se estabelece nos primeiros contactos entre a mãe e o bebé. Actualmente, o *bonding* tem sido descrito como um processo gradual de envolvimento afectivo dos pais com o filho, que se estabelece/constrói a partir da gravidez mas, fundamentalmente, no parto e nos primeiros momentos que se seguem ao nascimento. Os poucos estudos realizados com a figura paterna demonstram um impacto positivo no envolvimento emocional e na qualidade de interacção dos pais com os filhos quando existe um contacto precoce com o bebé (Figueiredo, 2005).

Na opinião de Fegran, Helseth, e Fagermoen (2008), o nascimento pré-termo e a consequente hospitalização têm um grande impacto emocional nos progenitores e são disruptivos do processo de vinculação e de envolvimento com o bebé. Apesar destas dificuldades, o homem parece estar preparado para o envolvimento e para a interacção com o filho desde o nascimento. Consequentemente, assistimos a sentimentos de ambivalência face aos primeiros contactos do indivíduo com o recém-nascido.

A situação de parto pré-termo representa, deste modo, um momento específico de crise familiar, cujo impacto ao nível da relação pai/filho permanece ainda insuficientemente explorado/investigado. É, pois, necessário incrementar em Portugal a investigação na área da prematuridade, especialmente no que diz respeito ao envolvimento paterno precoce. Este trabalho de investigação ambiciona assim ser uma útil contribuição para o estudo e para a divulgação da paternidade activa, num contexto de internamento.

MÉTODO

Participantes

Para a realização deste trabalho de investigação foram entrevistados cinco homens, pais de um bebé prematuro internado numa unidade de cuidados intensivos neonatais. Os critérios de inclusão dos participantes neste estudo foram bastante latos, pelo que os pais entrevistados e que vieram posteriormente a integrar o presente projecto de investigação, constituem uma amostra rica, mas também bastante heterogénea e diversificada. Os critérios para a inclusão de participantes neste estudo foram os seguintes: indivíduo do sexo masculino pai de um bebé prematuro (24-35 semanas), com um mínimo de três visitas ao bebé até à data da entrevista.

Material

No presente trabalho de investigação foi utilizada uma entrevista clínica, semi-estruturada, de forma a avaliar o envolvimento emocional dos pais participantes. A entrevista em questão compreendeu o estudo exploratório e qualitativo do envolvimento emocional, da adaptação parental e sua satisfação, da motivação/vontade de envolvimento paternal e da interacção de cada indivíduo com o respectivo bebé. Foram também indagadas as atribuições que os pais e respectivas companheiras fazem a respeito do envolvimento paterno precoce.

Procedimentos

A amostra foi recolhida no Hospital São Francisco Xavier – Unidade de Neonatologia. Após a selecção inicial dos participantes através de uma

amostra de conveniência, foi realizado um primeiro contacto de apresentação e consequente explicação do âmbito geral do trabalho de investigação. Posteriormente a este contacto, foi agendada uma entrevista semi-estruturada com os pais que acordaram participar no presente estudo. O método utilizado na decomposição e no tratamento das conversações obtidas foi a análise de conteúdo (Bardin, 2008).

RESULTADOS

Após a aplicação da entrevista semi-estruturada e do posterior início da análise de conteúdo, foi possível agrupar as respostas dos cinco pais entrevistados em torno de cinco temas base: matriz de apoio; sentimentos e reacções anteriores ao nascimento do bebé; sentimentos e reacções posteriores ao nascimento do bebé; envolvimento com o bebé e reflexão final. A constituição destas categorias facilitou a análise e a posterior elaboração do tema que nos propusemos investigar. Deste modo, registaram-se os seguintes resultados: a existência de uma relação conjugal de apoio e incentivo à participação paterna no seio do casal; a sobreposição de sentimentos positivos de felicidade e satisfação antes e após o nascimento do bebé em detrimento de sentimentos negativos; a existência não só de um desejo de contacto e proximidade com o recém-nascido, como também um efectivo envolvimento com a criança prematura; a valorização do envolvimento paterno por parte dos homens entrevistados, principalmente a partir dos primeiros dias após o nascimento do bebé; a manifestação de uma carência por parte dos pais em serem ouvidos, expressa pela necessidade de falar e pela disposição em participar na presente investigação.

DISCUSSÃO

Segundo Bouchard, Lee, Asgary, e Pelletier (2007), o envolvimento paterno é determinado por diferentes razões. Com base na análise dos quatro factores condicionantes do envolvimento de um pai com o filho enumerados por Lamb (1992) (Motivação, Autoconfiança, Apoio e Práticas Institucionais), parecem estar reunidas as condições necessárias

para que os homens entrevistados possam estabelecer uma relação de proximidade e de envolvimento com seus bebês pré-termo. Parece existir igualmente uma divisão da responsabilidade no que diz respeito ao envolvimento paterno, sendo que dois dos factores abordados são inerentes e da responsabilidade do pai (Motivação e Autoconfiança), enquanto que os outros dois aspectos são extrínsecos à vontade e à capacidade do homem (Apoio e Práticas Institucionais). Apesar de todos os níveis serem igualmente importantes e interdependentes, é necessário destacar a motivação do homem em participar e se envolver. Este factor parece, deste modo, destacar-se como o ponto de partida para o estabelecimento de uma relação efectiva e afectiva entre pai e filho.

Com base na amostra recolhida podemos também concluir que a avaliação do envolvimento paterno (Lamb, Pleck, & Charnov, 1985) pode ser classificada de forma positiva na presente investigação. Apesar da heterogeneidade dos cinco pais participantes, verificou-se também uma constante e intensa vontade dos homens em interagirem e se envolverem com o bebé prematuro. Todos os indivíduos abordados demonstraram-se ainda acessíveis e responsáveis pelas suas crianças. Apesar da homogeneidade ao nível das intenções e dos comportamentos dos pais abordados, torna-se equitativamente necessário enquadrar a especificidade do envolvimento paterno abordado. Se, por um lado, a situação de internamento consiste num momento de crise familiar com elevados riscos ao nível da perturbação da adaptação parental (Pedrosa et al., 2005) e, naturalmente, ao nível da capacidade de envolvimento dos pais com o bebé prematuro (Fegran et al., 2008), por outro, esta situação particular parece também oferecer ao pai condições específicas, potenciadoras do desenvolvimento da sua relação com a criança (Lindberg, Axelsson, & Ohrling, 2008). Verifica-se, por conseguinte, a existência de um espaço comum e igualitário para o contacto e para a interacção dos pais com o recém-nascido, assim como também parece existir, neste tipo de unidades, uma atenção especial à figura paterna por parte da equipa médica. Deste modo, é prestado ao homem um suporte adicional, tanto em termos de apoio e incentivo à participação, como também ao nível de suporte psicológico prestado neste período inicial de transição para a parentalidade.

Assim, a condição de internamento por prematuridade parece evidenciar-se como uma situação que, embora se apresente difícil e sôfrega para os progenitores, oferece também possibilidades de contacto e envolvimento do pai com o recém-nascido. Tal como referiu um dos pais entrevistados,

o período de internamento é um momento de pausa, de estabelecimento de uma relação difícil, mas também necessária e fundamental. Apesar de o envolvimento precoce ser maioritariamente descrito como limitado e insuficiente, parece igualmente revelar-se como capital no posterior envolvimento do pai com o bebé após a alta hospitalar (Falceto, Fernandes, Baratojo, & Giugliani, 2008).

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bouchard, G., Lee, C.M., Asgary, V., & Pelletier, L. (2007). Fathers' Motivation for Involvement with Their Children: A Self-Determination Theory Perspective. *Fathering: A Journal of Theory, Research, & Practice about Men as Fathers*, 5(1), 25-41.
- Cabrera, N., Tamis-LeMonda, C., Bradley, R., Hofferth, S., & Lamb, M. (2000). Fatherhood in the Twenty-First Century. *Child Development*, 71(1), 127-136.
- Gomez, R. (2005). O Pai – Paternidade em transição. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de século.
- Falceto, O.G., Fernandes, C.I., Baratojo, C., & Giugliani, E.J. (2008). Factores Associados ao Envolvimento do Pai nos Cuidados ao Lactente. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1034-1040.
- Fegran, L., Helseth, S., & Fagermoen, M.S. (2008). A comparison of mothers and fathers experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 810-816.
- Figueiredo, B. (2005). 'Bonding' pais-bebé. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 287-314). Lisboa: Fim de Século.
- Lamb, M., Pleck, J.H., & Charnov, E.L. (1985). Paternal Behavior in Humans. *American Zoologist*, 25(3), 883-894.
- Lamb, M. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise Psicológica*, 1(10), 19-34.
- Lindberg, B., Axelsson, K., & Ohrling, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 79-85.
- Mendes, R. (2007). *A parentalidade experimentada no masculino: As vivências da paternidade*. Acedido em 5/5/2008, em <http://www.cies.iscte.pt/documents/CIES-WP22.pdf>

- Monteiro, L., Veríssimo, M., Santos, A., & Vaughn, B. (2008). Envolvimento Paterno e Organização dos Comportamentos de Base Segura das Crianças em Famílias Portuguesas. *Análise Psicológica*, XXVI(3), 395-409.
- Pedrosa, A.A., Matos, D., Canavarro, M.C., Oliveira, C.M., Moura-Ramos, M.M., & Monteiro, S.O. (2005). Prematuridade e transição para a parentalidade: comparação da percepção de stress e impacto emocional em mães e pais de bebés prematuros. In Actas de las comunicaciones y pósters presentados en el II Congreso Hispano-Portugués de Psicología. Acedido em 5/4/2009, em http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi10/congreso_lisboa/araujo/araujo.htm

PROCESSOS COGNITIVOS E EMOCIONAIS ASSOCIADOS
AO COMPORTAMENTO SEXUAL NA TERCEIRA IDADE

Patrícia Alinho^{1,2} / Marina Carvalho^{1,3}

¹Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias,

²Liga de Amigos do Hospital Garcia de Orta,

³Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

A sexualidade é um aspecto central da condição humana e representa uma das formas de interacção entre indivíduos, pelo que a sua compreensão pode facilitar a identificação dos mecanismos que as regulam (Vala, & Monteiro, 2004).

Frequentemente, emergem preocupações e/ou problemas relacionados com a sexualidade, de ordem física, psicológica e cultural que afectam os indivíduos de todas as idades.

Apesar de vivermos numa sociedade moderna, existe uma perpetuação das dificuldades em lidar com a temática da sexualidade, particularmente, no que se refere aos idosos, tornando este assunto complexo para ser discutido nesta faixa etária (Hirt, 1966).

A ideia de degeneração do idoso é reforçada pelos estereótipos e preconceitos existentes na sociedade actual. Alguns indivíduos desta faixa etária crêem que a manutenção do interesse sexual nesta fase constitui uma aberração, ficando constrangidos com os assuntos relacionados com esta temática (Gatzanis, 1999). Desta forma, é fundamental reformular os conceitos existentes acerca do comportamento sexual dos idosos.

O tema da sexualidade tem sido alvo de mitos que comprometem o modo como esta é percebida pelos idosos. A combinação de factores físicos, psicológicos e sociais exerce influência nos pensamentos e atitudes subjacentes à sexualidade. Alguns estudos revelaram que o comportamento dos idosos é regulado segundo o estado de saúde, os tabus sociais, o relacionamento conjugal, o conhecimento e a informação de que dispõem acerca da sexualidade e também o tipo de atitudes que revelam acerca da mesma.

Os escassos estudos realizados com esta população sugerem que a maioria dos homens e mulheres permanece sexualmente activa até tarde, contrariando o mito que associa inevitavelmente a fase tardia da vida à inactividade sexual entre os idosos. Com efeito, o desejo e a actividade sexual mantêm-se ao longo da vida, no entanto podem ser afectados de diferentes modos pelo processo de envelhecimento e por todos os factores inerentes (Meston, 1997).

No que concerne às alterações fisiológicas e biológicas a estimativa da prevalência de disfunções sexuais na Terceira Idade é complexa, uma vez que as alterações psicológicas suscitam consequências no funcionamento sexual análogas às resultantes das disfunções sexuais.

De um modo geral, as dificuldades no funcionamento sexual feminino surgem posteriormente à menopausa, tornando-se difícil definir a etimologia das disfunções. De igual forma, nos homens, as alterações hormonais que se verificam e que influenciam o funcionamento sexual, em conjunto com os factores psicológicos e sociais inerentes a cada indivíduo, tornam também complexa a compreensão da sua incidência (Trudel, Turgeon, & Piché, 2000).

Apesar da ênfase colocado no coito como única forma de actividade sexual, o que coloca os idosos como inactivos nesta matéria, os estudos realizados apontaram para a existência de uma série de práticas em que estes casais se envolvem com maior frequência, tais como o toque, a carícia, a fantasia e a masturbação (Meston, 1997).

Outro estudo revelou que os indivíduos desta faixa etária incluíam nas suas práticas sexuais o toque e os beijos. Porém, como actividades não experienciadas ou necessárias referiram o coito/penetração e a masturbação simultânea (Ginsberg, Pomerantz, & Kramer-Feeley, 2005).

Assim sendo, considerando que as alterações físicas resultantes do avançar da idade contribuem de modo negativo para a actividade sexual, tornando-se menos importante e representando maiores dificuldades, a verdade é que todos os idosos deviam incitar e estimular diferentes formas de vivenciar a intimidade, alterando os seus comportamentos sexuais de modo mais adequado às suas capacidades e desejos (Parker, 2006).

Para além da influência de factores biológicos, sociais ou relacionais, outros autores salientaram a importância e determinação dos processos de cariz cognitiva e emocional no funcionamento sexual de ambos os géneros (Nobre, 2006).

Padoani e colaboradores (2000) defenderam a importância do funcionamento cognitivo na avaliação da actividade sexual na Terceira Idade, em especial nas mulheres. Para os homens, as limitações que acompanham a idade e a satisfação com a qualidade de vida são os preditores mais relevantes do interesse sexual. Por outro lado, o género feminino é mais susceptível às influências culturais e ao relacionamento conjugal, é presumível que quanto maior a qualidade de vida maior o interesse sexual.

A revisão da literatura indica que os processos cognitivos em geral, em consonância com múltiplos factores, desempenham um papel relevante no funcionamento sexual dos indivíduos, podendo implicar dificuldades face à sexualidade (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006).

Embora a literatura identifique alterações decorrentes do desenvolvimento humano como potenciais factores de interferência no funcionamento sexual, nomeadamente, no interesse, desejo e actividade sexual, comumente, verificou-se a tendência em rigidificar algumas crenças pelas experiências dos indivíduos percebidas negativamente e os pensamentos procedentes das mesmas.

O presente estudo foi desenvolvido com o objectivo de analisar a relação entre as atitudes, as crenças e os comportamentos de indivíduos na Terceira Idade face à sexualidade, analisando e comparando a frequência da actividade sexual e o interesse e as atitudes sexuais aos 35/45 anos e no momento da avaliação.

MÉTODO

Participantes

Participaram no presente estudo 136 indivíduos, 54 do sexo masculino e 82 do sexo feminino, com idades compreendidas entre 65 e 82 anos respectivamente, pertencentes à população em geral e alunos da Universidade Sénior de Almada (USALMA). A maior parte dos participantes (68,5%) eram casados, reformados (84,9%), oriundos de um meio social urbano (76,9%) e católicos (74,4%).

Material

Neste estudo foram utilizados 5 instrumentos, o *Mini-Mental State Examination* (MMSE, Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro et al., 1994), utilizado para excluir da amostra todos os indivíduos que apresentassem um défice cognitivo; o *Senior Adult Sexuality Scales* (SASS; Weinstein, 1988); o *Questionário de Modos Sexuais* (QMS; Nobre & Pinto-Gouveia, 2003); o *Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais* (QCSD; Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2003) e o *Questionário de Activação de*

Esquemas Cognitivos em Contexto Sexual (QAECES; Nobre & Pinto-Gouveia, no prelo).

Procedimentos

A amostra de idosos foi recolhida junto da população em geral, bem como alunos da USALMA. A aplicação dos instrumentos realizou-se em grupos pequenos e individualmente, sendo a previamente aplicado o MMSE em contexto individual.

A recolha de dados para a presente investigação foi efectuada em aproximadamente três meses.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que diz respeito aos relatos sobre a frequência média da prática sexual (por semana) segundo o género, os resultados apontaram para um valor médio de frequência de relações sexuais relatadas pelos indivíduos de 2,1 vezes no género masculino e de 1,9 vezes no género feminino. Os dados obtidos foram confirmados pela investigação efectuada por Wiley e Bortz II (1996), na qual os indivíduos relataram praticar actividades sexuais pelo menos uma vez por semana. De igual forma, Lindau e colaboradores (2007) afirmaram que 54% dos indivíduos activos mantêm relações sexuais duas a três vezes por mês, e 23% indicou uma vez por semana ou mais.

Quanto à prática sexual relatada com maior frequência pelos sujeitos em estudo verificou-se o toque. Trudel e colaboradores (2000) defendem que, nesta faixa etária, a prioridade na actividade sexual não é a penetração, mas sim o toque e as relações íntimas por si só, encontrando-se em concordância com os resultados obtidos neste estudo.

Considerando a avaliação dos relatos referentes aos dois momentos em análise, denotou-se uma diminuição do interesse sexual no momento da avaliação, comparativamente à faixa etária dos 35/45 anos de idade. De acordo com o estudo de Wiley e Bortz II (1996), regista-se uma diminuição de 60% na frequência de actividades sexuais, o que, uma vez mais, confirma os resultados obtidos no presente trabalho.

No que concerne às atitudes sexuais na terceira idade, a variável idade mostrou estar relacionada com uma alteração das atitudes face à

sexualidade, evidenciando uma evolução para atitudes menos liberais com o avançar da idade, na amostra em estudo. Estes resultados foram confirmados por Trudel e colaboradores (2000) que defendem a alteração nas atitudes sexuais, tornando-se mais conservadoras.

Os resultados referentes às atitudes sexuais indicaram ainda que o género masculino, tanto no momento da avaliação como nos relatos referentes à faixa etária 35-45 anos, relatou atitudes mais liberais comparativamente ao género feminino. Na literatura consultada não existe indicação de nenhum estudo efectuado com esta faixa etária, dirigido à evolução das atitudes sexuais ao longo do ciclo de vida. Todavia, num estudo efectuado com participantes com idades compreendidas entre os 18 e 31 anos, com o objectivo de avaliar as atitudes sexuais dos mesmos face a si e aos outros, os relatos dos participantes indicaram atitudes sexuais mais conservadoras face a si próprios e mais liberais face aos outros (Duyan, & Duyan, 2005). Por fim, no que respeita aos processos cognitivos inerentes à sexualidade na terceira idade, o género masculino, apresentou uma associação negativa entre a maioria das crenças disfuncionais e a frequência do toque, bem como, entre os esquemas cognitivos negativos a frequência de sexo oral. Para além da crença conservadora (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006), nenhum outro resultado foi confirmado pelos estudos consultados na literatura disponível.

De igual forma, no género feminino observou-se uma associação negativa entre a maioria das crenças e os esquemas cognitivos para a frequência de relações sexuais. Estes resultados não foram suportados pela literatura.

REFERÊNCIAS

- Duyan, V., & Duyan, G. (2005). Turkish social work students' attitudes toward sexuality. *Sex Roles, 52*(9/10), 697-706.
- Gatzanis, S. (1999). Sexuality across the life course. *Sexual and Marital Therapy, 14*(4), 414-415.
- Ginsberg, T., Pomerantz, S., & Kramer-Feeley, V. (2005). Sexuality in older adults: Behaviours and preferences. *Age and Ageing, 43*, 1-5.
- Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, M.A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população Portuguesa da Tradução do Mini-Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia, 51*, 9-10.

- Hirt, N. (1966). Sexual Difficulties after 50: the psychiatrist's view. *Canadian Medical Association Journal*, 94, 213-214.
- Lindau, S., Schumm, L., Laumann, E., Levinson, W., et al. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the united states. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774.
- Meston, C. (1997). Aging and sexuality. *Successful Aging*, 167, 285-289.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções Sexuais* (pp. 129-134, 153-156, 164). Lisboa: Climepsi Editores.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2003). Sexual modes questionnaire: measure to assess the interaction among cognitions, emotions, and sexual response. *The Journal of Sex Research*, 40(4), 368-382.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *The Journal of Sex Research*, 43(1), 68-75.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (no prelo). Questionnaire of cognitive schema activation in sexual context. A questionnaire to assess cognitive schemas in sexual failure situations. *Journal of Sex Research*.
- Padoani, W., Buono, M., Marietta, P., Scocco, P., Zaghi, P., & De Leo, D. (2000). Influence of Cognitive status on the Sexual Life of 352 Elderly Italians Aged 65-105 Years. *Gerontology*, 46, 258-265.
- Parker, S. (2006). What barriers to sexual expression are experienced by older people in 24-hour care facilities? *Reviews in Clinical Gerontology*, 16, 275-279.
- Trudel, G., Turgeon, L., & Piché, L. (2000). Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*, 15(4), 381-406.
- Vala, J., & Monteiro, M.B. (2004). *Psicologia Social* (6ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Weinstein, E. (1998). Senior Adult Sexuality Scales. In C. Davis, W. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. Davis (Eds.), *Handbook of Sexuality – Related Measures* (pp. 63-65). London: SAGE Publications.
- Wiley, D., & Bortz II, W. (1996). Sexuality and Aging – Usual and Successful. *The Journal of Gerontology*, 51A(3), 142-146.

MEDOS SOCIAIS POR GÊNERO:
UNIFORMIDADE OU DIVERSIDADE

Paula Vagos / Anabela Pereira

Universidade de Aveiro

A ansiedade social caracteriza-se por medo relativo à vivência de situações sociais, nomeadamente, acerca da possibilidade de ser mal avaliado, criticado, humilhado, por não estar à altura dos padrões sociais estabelecidos para a situação. Pode apresentar-se em vários graus, desde uma sensação ligeira e com pouca ou nenhuma interferência na vida do sujeito, até uma apresentação acentuada, persistente e disfuncional (Neal & Edelman, 2003). É caracterizada por sintomas de ansiedade, evitamento comportamental ou comportamentos de segurança (MacManus, Sacadura, & Clark, 2008; Rowa & Antony, 2005) e pensamento automáticos negativos, relativos à própria incapacidade e ao grau elevado de exigência atribuída ao outro (Rapee & Abbott, 2006, Rheinglod, Herbert, & Franklin, 2003).

Vários tipos de situações podem suscitar medos sociais, nomeadamente, interação com sujeitos do mesmo sexo ou do sexo oposto (Alden & Wallace, 1995; Beazley, Glass, Chambless, & Arnkoff, 2001), fazer discursos públicos, ser avaliado em testes, ter um desempenho desportivo (Creed & Funder, 1998), falar com pessoas com autoridade, comer e beber em público, entre outras (Albano & DiBartolo, 2007).

Este tipo de ansiedade ou embaraço é característico da adolescência, por aumentarem as exigências ao nível de competências sociais e de desempenho público, e estas serem avaliadas frequentemente por adultos e pares. Esta realidade conjugada com a recém-adquirida consciência de si mesmo como alvo de avaliação e julgamento por outros tornam a adolescência em terreno propício ao desenvolvimento de ansiedade ou medos sociais (Albano & DiBartolo, 2007; Cunha, & Salvador, 2000; Erath, Flanagan, & Bierman, 2007).

A presença de medos sociais é, portanto, uma experiência comum na adolescência. Estudos em amostras clínicas e não clínicas de adolescentes descrevem a incidência de medos sociais em cerca de 5 a 18% da população geral (Beidel et al., 2007; Cunha, 2005), parecendo associar-se a repercussões e significados diferentes para rapazes e raparigas (Erath et al., 2007). Vários trabalhos tenham demonstrado a presença de maiores níveis de ansiedade social nas raparigas (Dell’Osso et al., 2003; Ranta et al., 2007; Rey, Pacini, & Chavira, 2006; Turk et al., 1998; Vagos, &

Pereira, 2009a), embora sejam os rapazes a procurarem mais ajuda face aos seus medos sociais (Weinstock, 1999). Por outro lado, as diferenças encontradas são muitas vezes qualitativas e não quantitativas (Del'Osso et al., 2002; Turk et al., 1998).

Podemos encontrar o mesmo padrão de resultados no nosso país (Cunha, 2005). Ponderando que a ansiedade social parece decrescer com a idade, principalmente no sexo feminino (Levpuscek, 2004), o presente trabalho pretende avaliar a caracterizar as diferenças por género numa amostra de adolescência tardia, considerando os três níveis de funcionamento que parecem ser afectados por medos sociais: ansiedade, evitamento e pensamentos sociais negativos.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 678 adolescentes, sendo 38,4% do sexo masculino ($n=261$) e 61,4 % do sexo feminino ($n=416$). As suas idades variaram entre os 15 e os 20 anos ($M=16,69$; $DP=1,13$). Do total da amostra, 31,6% frequentava o 10º ano de escolaridade ($n=213$), 36,3% o 11º ano ($n=245$) e 32,1% o 12º ano ($n=217$). Relativamente ao nível socioeconómico (NSE), 28,7% da amostra pertencia a um NSE baixo ($n=186$), 50,4% a um NSE médio ($n=327$) e 21% a um NSE alto ($n=136$). Não verificámos diferenças estatisticamente significativas ($t=0.30$; $p=0.766$) entre a média de idades do sexo masculino ($M=16,7$; $DP=1,11$) e feminino ($M=16,68$; $DP=1,15$), nem na distribuição de género por anos de escolaridade ($\chi^2=0,488$, $p=0,784$). Foram verificadas diferenças significativas da distribuição de géneros por NSE ($\chi^2=30,76$, $p<0,001$), sendo que a percentagem de raparigas no NSE baixo é de 36,1, enquanto para os rapazes é de apenas 16,3.

Material

Escala de Ansiedade e Evitamento Social para Adolescentes

Trata-se de uma escala construída para avaliar a ansiedade social experienciada 34 situações sociais representativas dos medos sociais mais frequentes na adolescência. É composta por duas escalas de resposta,

desconforto e evitamento, que, de acordo com AFE e AFC, são constituídas por seis factores não coincidentes: interacção com o sexo oposto, interacção assertiva, observação por outros, interacção em situações sociais novas, desempenho em situações sociais formais, e comer e beber em público. Estudos anteriores confirmam a adequabilidade psicométrica do instrumento (Cunha, Gouveia, Salvador, & Alegre, 2004; Cunha, Gouveia, & Salvador, 2008). No presente trabalho, os índices de consistência interna avaliados pelo *Alpha de Cronbach* foram adequados, variando entre 0,68 e 0,94 para a dimensão de ansiedade e entre 0,68 e 0,92 para a dimensão de evitamento.

Escala de Pensamentos e Crenças Sociais

Trata-se de uma escala constituída por 21 itens que pretende avaliar pensamentos sociais negativos característicos de indivíduos com ansiedade social. A sua adaptação portuguesa junto a adolescentes demonstrou adequabilidade psicométrica e a constituição em 2 subescalas: desconforto em interacções sociais e desconforto em desempenhos públicos (Vagos, Pereira, & Beidel, 2009). No presente trabalho, os índices de consistência interna avaliados pelo *Alpha de Cronbach* foram adequados, variando entre 0,83 e 0,93.

Procedimentos

Os questionários foram administrados em contexto de sala de aula pelo professor, após ter sido obtida permissão nacional (Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular) e local (conselhos executivos das escolas). Todos os participantes foram sucintamente informados dos objectivos do presente trabalho. A sua confidencialidade e anonimato foram garantidos e a sua participação foi voluntária.

As análises de dados para comparação de médias em função do género foram realizadas por recurso ao programa de análise estatística SPSS v.15,0.

RESULTADOS

Os estudantes do sexo feminino obtiveram valores mais elevados em todas as subescalas e escalas completas incluídas no presente trabalho (Quadro 1).

Quadro 1

Medidas descritivas por género para EAESSA e EPCS

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Teste-t</i>
Ansiedade – Interação com sexo oposto			
Sexo masculino	7,51	3,00	-2,19*
Sexo feminino	8,06	3,54	
Ansiedade – Interação assertiva			
Sexo masculino	15,48	5,07	-5,28***
Sexo feminino	17,74	5,96	
Ansiedade – Observação por outros			
Sexo masculino	8,22	3,09	-6,75***
Sexo feminino	10,09	4,10	
Ansiedade – Interação em situações sociais novas			
Sexo masculino	14,14	4,54	-2,91**
Sexo feminino	15,22	4,78	
Ansiedade – Desempenho em situações sociais formais			
Sexo masculino	9,94	3,75	-4,18***
Sexo feminino	11,24	4,02	
Ansiedade – Comer e beber em público			
Sexo masculino	4,09	1,60	<i>n.s.</i>
Sexo feminino	4,26	1,79	
Ansiedade – Escala completa			
Sexo masculino	59,38	17,01	-5,04***
Sexo feminino	66,62	19,94	
Evitamento – Interação com sexo oposto			
Sexo masculino	7,60	3,48	<i>n.s.</i>
Sexo feminino	8,11	3,52	
Evitamento – Interação assertiva			
Sexo masculino	14,59	4,99	<i>n.s.</i>
Sexo feminino	15,21	4,68	
Evitamento – Observação por outros			
Sexo masculino	6,52	3,22	-2,48*
Sexo feminino	7,15	3,19	
Evitamento – Interação em situações sociais novas			
Sexo masculino	8,52	3,07	-2,22*
Sexo feminino	9,07	3,18	
Evitamento – Desempenho em situações sociais formais			
Sexo masculino	11,58	4,54	<i>n.s.</i>
Sexo feminino	12,26	4,71	
Evitamento – Comer e beber em público			
Sexo masculino	7,67	3,46	<i>n.s.</i>
Sexo feminino	7,65	3,20	
Evitamento – Escala completa			
Sexo masculino	63,07	19,99	-2,3*
Sexo feminino	66,50	18,22	
Pensamentos sociais – Desconforto na interação social			
Sexo masculino	26,31	8,59	<i>n.s.</i>
Sexo feminino	27,00	8,64	
Pensamentos sociais – Desconforto no desempenho público			
Sexo masculino	17,72	5,85	-3,23**
Sexo feminino	19,17	5,55	
Pensamentos sociais – Escala completa			
Sexo masculino	44,03	13,77	-2,01*
Sexo feminino	46,17	13,36	

Nota. *n.s.*=não significativo; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

Estes resultados apenas não foram significativos para as subescalas comer e beber em público de ansiedade e evitamento, evitamento de interacção assertiva, com o sexo oposto e em situações sociais novas, e pensamentos sociais negativos relativos ao desempenho público.

Considerando que a distribuição por género na amostra era significativamente diferente em função no NSE, foi realizada uma ANOVA a dois tempos, tendo o género e o NSE como variáveis independentes. Não se verificou um efeito significativo de interacção para qualquer uma das subescalas e escalas completas consideradas.

DISCUSSÃO

A experiência de medo ou ansiedade é indissociável do desenvolvimento humano, sendo dirigida a diferentes preocupações ao longo do ciclo vital. Na adolescência, o foco é colocado em situações sociais, sendo ansiedade social, portanto, o medo característico da adolescência (Albano & DiBartolo, 2007; Cunha & Salvador, 2000; Erath et al., 2007).

Os medos sociais na adolescência podem ser específicos ou generalizados, em função dos tipos de situações sociais temidas. O perfil de ansiedade social parece variar de forma qualitativa em função do género (Del'Osso et al., 2002). Os resultados obtidos no presente trabalho confirmam esta realidade numa fase da adolescência tardia. As adolescentes do sexo feminino parecem experienciar maior medo de avaliação negativa em situações de desempenho (Levpuscek, 2004; Turk, 1998), sendo invadidas por pensamentos relativos ao próprio fracasso e incompetência, e evitando este tipo de situações sociais. Considerando a ansiedade social parece diminuir com a idade (Levpuscek, 2004), verificamos que, em comparação com trabalhos anteriores no nosso país (Cunha, 2005), a diferença entre géneros é esbatida no que respeita ao desempenho em situações sociais formais e interacção com o género oposto.

A natureza diferenciada de relações com pares na adolescência entre rapazes e raparigas poderá explicar estes dados. O facto de as raparigas geralmente estabelecerem relações mais íntimas e recorrerem a elas para rever e discutir problemas sociais (Erath et al., 2007) pode ajudá-las a experienciar as situações de interacção social com menos ansiedade, dando-lhes prática e experiência de sucesso, tidos como factores protectores e interventivos na ansiedade social (Cunha, 2005; Vagos &

Pereira, 2009b). As diferenças qualitativas nos eventos temidos e evitados parecem associar-se a diferentes estilos de interação que devem ser tidos em conta na intervenção (Alden, & Taylor, 2004; Kachin, Newman, & Pincus, 2001), promovendo formas de interação saudáveis, que são uma das maiores dificuldades de adolescentes com ansiedade social (Erath et al., 2007). Por outro, lado, serem os adolescentes do gênero masculino a procurarem e receberem mais apoio para gerir as suas dificuldades sociais (Cunha, 2005; Weinstock, 1999) poderá diminuir a sua demonstração de medos sociais numa fase tardia da adolescência, como a considerada no presente trabalho.

A particularidade e superioridade dos medos sociais no gênero feminino poderão ter implicações para a intervenção. Culturalmente, o papel feminino associa-se a uma postura passiva, dócil, submissa (Bromberger & Matthews, 1996), que facilmente poderá levar a negligenciar os sintomas de ansiedade social, descartando-os como timidez (Neal & Edelman, 2003), e contribuindo para a prevalência continuada destas dificuldades sociais no gênero feminino. Será importante alertar e sinalizar os sintomas específicos de ansiedade social para que também as raparigas procurem ajuda.

O presente trabalho permite verificar a continuada diversidade de medos sociais entre gêneros numa fase tardia da adolescência, sendo as adolescentes do sexo feminino a experienciar maior ansiedade social, especialmente no que se refere a situações sociais de desempenho público. Tal deverá ser considerado, para melhor compreender e intervir junto a esta população, recorrendo ao potencial de apoio social de que poderão estar a usufruir.

REFERÊNCIAS

- Albano, A.M., & DiBartolo, P.M. (2007). *Cognitive-Behavioral therapy for social phobia in adolescents – Stand up, speak out*. NY, EUA: Oxford University Press.
- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 857-882.
- Alden, L.E, & Wallace, S.T (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 497-505.

- Beazley, M.B., Glass, C.R., Chambless, D.L., & Arnkoff, D.B. (2001). Cognitive self-statements in social phobia: A comparison across three types of social situations. *Cognitive Therapy and Research*, 25(6), 781-799.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., Young, B.J., Ammerman, R.T., Sallee, F.R., & Crosby, L. (2007). Psychopathology of adolescent social phobia. *Journal of Psychopathological Behavior Assessment*, 29, 47-54.
- Bromberger, J.T., & Matthews, K.A. (1996). A “feminine” model of vulnerability to depressive symptoms: A longitudinal investigation of middle-aged women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 591-598.
- Creed, A.T., & Funder, D.C. (1998). Social anxiety: From the inside and outside. *Personality and Individual Differences*, 25, 19-33.
- Cunha, M., & Salvador, M.C. (2000). Fobia social na infância e adolescência: Diagnóstico, avaliação a tratamento. In J. P. Gouveia (Ed.), *Ansiedade social: da timidez à fobia social*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Cunha, M., Gouveia, J.P., Salvador, M.C., & Alegre, S. (2004). Medos sociais na adolescência: A Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA). *Psychologica*, 36, 195-217.
- Cunha, M. (2005). Ansiedade social na adolescência – Avaliação e trajetórias de desenvolvimento (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Cunha, M., Gouveia, J.P., & Salvador, M.C. (2008). Social fears in adolescence – The Social Anxiety and Avoidance Scale for Adolescents. *European Psychologist*, 13(3), 197-213.
- Dell’Osso, L., Sacttoni, M., Papisogli, A., Rucci, P., Ciapparelli, A., Di Poggio, A.B., Ducci, F., Hardoy, C., & Cassano, G.B. (2002). Social anxiety spectrum: Gender differences in Italian high school students. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 190(4), 225-232.
- Dell’Osso, L., Rucci, P., Ducci, F., Ciapparelli, A., Vivarelli, L., Carlini, M., Ramacciotti, C., & Cassano, G.B. (2003). Social anxiety spectrum. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(6), 286-291.
- Erath, S.A., Flanagan, K.S., & Bierman, K.L. (2007). Social anxiety and peer relations in early adolescence: Behavioral and cognitive factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 405-416.
- Kachin, K., Newman, M.G., & Pincus, A.L. (2001). An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes. *Behavior Therapy*, 32, 479-501.
- Levpuseck, M.P. (2004). Development of the two forms of social anxiety in adolescence. *Horizons of Psychology*, 13(3), 27-40.
- MacManus, F., Sacadura, C., & Clark, M.D. (2008). Why social anxiety persists. An experimental investigation of the role of safety behaviours as a

- maintaining factor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 147-161.
- Neal, J.A., & Edelman, R.J. (2003). The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. *Clinical Psychology Review*, 23, 761-786.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Koivisto, A.M., Tuomisto, M.T., Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2007). Age and gender differences in social anxiety symptoms during adolescence: The Social Phobia Inventory (SPIN) as a measure. *Psychiatry Research*, 153(3), 261-270.
- Rapee, R., & Abbott, M.J. (2006). Mental representations of observable attributes in people with social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 113-126.
- Rey, G.J.F.D., Pacini, C.A., & Chavira, D.J.F. (2006). Fobia social em uma amostra de adolescentes. *Estudos de Psicologia*, 11(1), 111-114.
- Rheingold, A.A., Herbert, J.D., & Franklin, M. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 27(6), 639-655.
- Rowa, K., & Antony, M.M. (2005). Psychological treatments of social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6), 308-316.
- Turk, C.L., Heimberg, R.G., Orsillo, S.M., Holt, C.S., Gitow, A., Street, L.L., Schneier, F.R., & Liebowitz, M.R. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(3), 209-223.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2009a). Cognitive, affective and behavioral correlates of social anxiety in adolescence. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 293-301.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2009b). Promoting social abilities in school: An intervention program proposal. Actas do 1st International Conference of Psychology and Education (ISBN: 978-989-654-012-8).
- Vagos, P., Pereira, A., & Beidel, D. (2009). Cognição na ansiedade social: A versão portuguesa da Escala de Crenças e Pensamentos Sociais. Manuscrito em preparação.
- Weinstock, L.S. (1999). Gender differences in the presentation and management of social anxiety disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(9), 9-13.

ESTUDO DE ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE ATITUDES SEXUAIS –
VERSÃO ADOLESCENTES (EAS-A)

Patrícia Gouveia^{1,2} / Isabel Leal^{1,3} / João Maroco^{1,3} / Jorge Cardoso^{3,4}

¹ISPA – Instituto Universitário; ²Liga de Amigos do Hospital Garcia de Orta; ³Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D, ISPA – Instituto Universitário; ⁴Instituto Superior de Ciências da Saúde

A versão original da escala de Atitudes Sexuais (EAS) de Hendrick e Hendrick (1987), pretende medir as atitudes sexuais de acordo com quatro subescalas: *Permissividade Sexual* (PER) referente às atitudes face ao “sexo ocasional”, ao sexo “sem compromisso” e à diversidade de parceiros sexuais; *Práticas Sexuais* (PRA) que inclui as atitudes face ao planeamento familiar e à educação sexual, bem como à aceitação de práticas como a masturbação – sexo não convencional –; *Comunhão* (COM) que reflecte atitudes para com o sexo como experiência íntima física e psicológica, partilha de envolvimento e idealismo e *Instrumentalidade* (INS) indicativa de uma atitude de orientação para o sexo utilitário, visando a obtenção meramente física de prazer sexual.

Altas concordâncias reflectem atitudes utilitárias do sexo, baixas concordâncias reflectem o oposto.

A adaptação portuguesa da EAS foi efectuada por Alferes (1999), tendo a escala revelado, através dos estudos psicométricos realizados, bons índices de validade e fiabilidade, pelo que é considerada um instrumento válido para a avaliação das atitudes sexuais. Na adaptação de Alferes (1999) foi utilizada uma amostra de 365 estudantes universitários. Os 43 itens da EAS estão directamente relacionados com as seguintes subescalas: *Permissividade* (PER); *Comunhão* (COM); *Instrumentalidade* (INS) e *Práticas Sexuais* (PRA). Trata-se de uma escala do tipo Likert, variando de 1 (completamente em desacordo) a 5 (completamente de acordo) e cujas posições correspondem às opiniões, pensamentos ou sentimentos. É solicitado aos sujeitos que indiquem, mediante cada uma das afirmações, o grau de intensidade (de 1 a 5) que corresponde às suas opiniões, pensamentos ou sentimentos. Altos valores de acordo reflectem atitudes positivistas (utilitárias) da sexualidade, enquanto que baixos resultados reflectem o oposto. O resultado de cada uma das quatro subescalas é obtido pelo somatório das respostas dadas em cada um dos itens que compõem a subescala. O somatório da pontuação obtida em cada uma das dimensões será o resultado considerado. Dos itens que constituem a escala três são invertidos (37, 39, 41). Os resultados das subescalas da EAS, relativos aos

valores do coeficiente *alpha de Cronbach*, são sugestivos de um bom índice de consistência interna da generalidade, da do que a *Permissividade* obteve um coeficiente de 0,88, a *Comunhão* e a *Instrumentalidade* de 0,71. A excepção recai na subescala *Práticas Sexuais* com um coeficiente de 0,61, o que dado o número reduzido de itens e a natureza da própria subescala, se pode considerar aceitável (Ribeiro, 1999).

A presente escala foi adaptada a partir da escala acima mencionada resultante da adaptação de Alferes (1999), sendo constituída apenas por 14 itens, dos 43 originais, seleccionados com base no que vem referenciado na literatura acerca das atitudes sexuais dos adolescentes, dando origem à *Escala de Atitudes Sexuais – Versão Adolescentes (EAS-A)*.

MÉTODO

Participantes

No processo de adaptação da EAS-A, utilizou-se uma amostra de estudantes na fase da adolescência ($N=267$), dos quais 137 foram raparigas e 130 rapazes. Os sujeitos eram estudantes do 3.º ciclo do Ensino Básico e Secundário, divididos por 3 faixas etárias distintas (12-14 anos; 16-16 anos e 17-18 anos), com o intuito de diferenciar o princípio, meio e fim desta etapa do ciclo de vida.

Material

A EAS-A procura avaliar, tal como indica o próprio nome da escala, as atitudes sexuais dos jovens adolescentes. Esta escala é constituída por 14 itens, que afiguram um conjunto de afirmações que remetem para atitudes sexuais.

A análise das componentes atitudinais da EAS-A, permitiu-nos definir 3 subescalas ou dimensões: *Permissividade face ao sexo ocasional ou sem compromisso* (PER-O: 6 itens); *Instrumentalidade* (ou prazer físico – INS: 5 itens) e, *Permissividade com amor* (PER-A: 3 itens).

Procedimentos

O estudo da adaptação da escala ao contexto português desenvolveu-se mediante os seguintes objectivos:

- a) Análise da sensibilidade dos itens – para definir o grau em que os resultados obtidos aparecem distribuídos, diferenciando os sujeitos entre si nos seus níveis de motivação;
- b) Análise da validade do constructo – que consiste no estudo da estrutura factorial da escala e de cada subescala e na análise dos componentes principais que permite verificar de modo empírico, a forma pela qual os itens se distribuem pelas subescalas;
- c) Análise da fiabilidade da escala (consistência interna das dimensões resultantes, através do *alpha de Cronbach*);
- d) Avaliação crítica sobre as características da escala.

RESULTADOS

Estatísticas descritivas

A caracterização descritiva dos itens da escala é dada no Quadro 1, onde se apresentam os valores medianos (Me), moda (Mo), assimetria (SK) e achatamento (Ku).

Quadro 1

Mediana (Me), moda (Mo), assimetria (SK) e achatamento (Ku) para os 18 itens da EAS-A. N=267, $Se_{SK}=0,149$; $Se_{Ku}=0,297$

Itens	Min.	Max.	Me	Mo	SK	Sk/Se _{SK}	Ku	Ku/Se _{Ku}
1	1	5	3	5	-0,01	0,15	-1,46	0,30
2	1	5	3	3	0,16	0,15	-1,08	0,30
3	1	5	2	1	0,83	0,15	-0,06	0,30
4	1	5	5	5	-1,00	0,15	-0,24	0,30
5	1	5	5	5	-1,19	0,15	0,14	0,30
6	1	5	2	1	0,85	0,15	-0,35	0,30
7	1	5	3	3	-0,00	0,15	-1,13	0,30
8	1	5	1	1	1,78	0,15	2,72	0,30
9	1	5	3	5	-0,30	0,15	-0,96	0,30
10	1	5	3	5	-0,27	0,15	-1,25	0,30
11	1	5	5	5	-1,15	0,15	0,20	0,30
12	1	5	3	3	0,34	0,15	-0,94	0,30
13	1	5	3	3	-0,03	0,15	-1,11	0,30
14	1	5	4	5	-0,53	0,15	-0,86	0,30
15	1	5	2	1	0,49	0,15	-1,02	0,30
16	1	5	1	1	1,34	0,15	1,41	0,30
17	1	5	1	1	1,11	0,15	0,22	0,30
18	1	5	1	1	1,67	0,15	2,22	0,30

Considera-se, através da análise do Quadro 1 que os valores do coeficiente de assimetria e de curtose, em grande parte, aproximam-se ou ultrapassam a unidade o que demonstra uma fraca sensibilidade dos itens, ou seja, estes não conseguem discriminar adequadamente os indivíduos estruturalmente diferentes que avaliam (Maroco, 2007). Quando comparados com os parâmetros da curva normal, os itens sofreram um enviesamento positivo (distribuição do lado esquerdo com grande cauda para o lado direito) ou um enviesamento negativo (distribuição do lado esquerdo com grande cauda para o lado direito) (Maroco, 2007), isto é, as pontuações médias dos itens oscilam entre 1,56 (item 8) e 4,11 (item 5), centrando-se no “totalmente de acordo” ou no “discordo totalmente”, no que respeita aos componentes atitudinais da sexualidade.

Composição Factorial e Consistência Interna

A nossa escala foi submetida a uma análise de componentes principais (APC), seguida de rotação VARIMAX, incluindo os 18 itens acima mencionados, o que nos permitiu reter 4 factores (tal como na escala original com 43 itens), com valor próprio superior a 1, que explicam na totalidade 52,17% da variância, explicando o primeiro factor 19,41% da variância, os outros três, 12,23%, 11,02% e 9,51% (Quadro 2) e uma boa medida de adequação da amostragem ($KMO=0,810$).

Tal como podemos verificar através do Quadro 2, existem algumas discrepâncias entre os nossos resultados e os obtidos por outros autores (Alferes, 1997; Antunes, 2007). Por um lado, pelo facto de não terem sido utilizados os 43 itens originais e por outro porque quando olhamos em detalhe os itens que constituem os 4 factores resultantes, verificamos que nesta amostra com jovens adolescentes o significado das dimensões atitudinais da sexualidade não é o mesmo do obtido pelas amostras com jovens adultos.

Após uma análise detalhada da conjuntura destes itens e revermos o que a literatura cita acerca das atitudes sexuais nos adolescentes, foram retirados 4 itens, tendo os 14 restantes sido novamente submetidos a uma análise factorial em componentes principais com rotação VARIMAX.

A nova escala com 14 itens permitiu reter 3 factores, com valor próprio superior a 1, que explicam na totalidade 52,81% da variância, explicando o primeiro factor 20,30% da variância, os outros três, 16,81% e 15,69% (Quadro 3) e uma boa medida de adequação da amostragem ($KMO=0,833$).

Quadro 2

Saturações factoriais dos 18 itens da EAS-A, nos 4 factores retidos após rotação VARIMAX e variância explicada para cada factor e comunalidades (h^2). Por motivos de clareza apresentam-se apenas os itens com pesos factoriais superiores a 0,40 (validade convergente)

Itens	Factores				h^2
	1	2	3	4	
1 PER	0,72				0,54
2 PER	0,63				0,45
4 PER	0,57				0,52
5 PER	0,48				0,45
10 PER	0,72				0,54
11 PER	0,46				0,39
12 PRA	0,65				0,49
13 PER	0,59				0,57
7 INS		0,73			0,57
9 INS		0,76			0,61
14 INS		0,48			0,43
15 PER			0,50		0,46
16 COM			0,54		0,47
17 PER			0,81		0,69
18 PER			0,74		0,61
3 COM				0,71	0,54
6 COM				0,69	0,51
8 PRA				0,64	0,56
% Variância Explicada	19,41	12,23	11,02	9,51	

Quadro 3

Saturações factoriais dos 14 itens da EAS-A, nos 3 factores retidos após rotação VARIMAX e variância explicada para cada factor e comunalidades (h^2). Por motivos de clareza apresentam-se apenas os itens com pesos factoriais superiores a 0,40 (validade convergente)

Itens	Factores			H^2
	1	2	3	
1 PER_O	0,73			0,58
2 PER_O	0,69			0,54
10 PER_O	0,42			0,53
11 PER_O	0,67			0,34
12 PER_O	0,69			0,49
13 PER_O	0,58			0,56
4 INS		0,47		0,51
5 INS		0,47		0,45
7 INS		0,77		0,60
9 INS		0,78		0,62
14 INS		0,52		0,43
15 PER_A			0,53	0,42
17 PER_A			0,84	0,71
18 PER_A			0,78	0,62
% Variância Explicada	20,30	16,81	15,69	

Conforme se pode verificar através do Quadro 3, o factor 1 integra 6 itens da subescala agora denominada por *permissividade face ao sexo ocasional ou sem compromisso* (PER_O). O factor 2 passa a ser constituído por 5 itens a representar a subescala *instrumentalidade* (INS) e o factor 3 apresenta agora 3 itens formando a subescala *permissividade com amor* (PER_A).

De seguida apresentam-se as 3 dimensões da EAS-A retidas pela análise factorial efectuada e os itens correspondentes a cada uma delas, sendo estes que iremos utilizar nesta investigação (Quadro 4).

Os resultados dos coeficientes *alpha de Cronbach* obtidos, na versão final constituída por 14 itens, demonstram uma boa fiabilidade, dado que a subescala PER_O obteve um valor de 0,77, a subescala INS obteve um resultado de 0,73 e por fim a subescala PER_A um alpha de 0,65. Verifica-se apenas uma ligeira descida nesta última dimensão, o que se pode justificar pelo reduzido número de itens que constitui este factor, apenas 3. Assim, apesar do valor ser ligeiramente inferior, podemos considerá-lo aceitável no âmbito das ciências sociais (Ribeiro, 1999).

Quadro 4

Subescalas e respectivas dimensões atitudinais da sexualidade da EAS-A e respectivos itens. Versão final (14 itens)

Subescalas	Itens
Permissividade face ao sexo ocasional ou sem compromisso (PER_O) 6 itens	1 – Não é preciso estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela 2 – As relações sexuais ocasionais são aceitáveis 7 – É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa 8 – O sexo é mais divertido com alguém que não amamos 9 – A masturbação é algo agradável e inofensivo 10 – O sexo, só pelo sexo, é perfeitamente aceitável
Instrumentalidade (INS) 5 itens	3 – Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros (as) 4 – É correcto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo 5 – O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro 6 – O sexo é, principalmente, uma actividade física 11 – O sexo é, principalmente, uma função corporal, tal como comer
Permissividade com amor (PER_A) 3 itens	12 – O sexo sem amor não faz sentido 13 – As pessoas deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais 14 – Para que o sexo seja bom é necessário fazer sentido para as pessoas

Contextos, tempo de aplicação e procedimentos de correcção

A escala foi aplicada em sessões colectivas, assegurando-se o seu preenchimento individual e garantindo o total anonimato, podendo também ser aplicada individualmente, em contexto clínico. Esta escala tem um tempo de aplicação entre 5 a 8 minutos.

Os valores atribuídos a cada resposta são cotados numa escala de 5 pontos, tipo Likert, de 1 (totalmente de acordo) a 5 (discordo totalmente), com excepção da subescala PER_A (ítems 12, 13 e 14) em que os itens estão invertidos [totalmente de acordo=5 (...) discordo totalmente=1]. A pontuação é feita através do cálculo da média das respostas para as diferentes dimensões, obtendo-se assim o grau de concordância atribuindo a cada uma delas, no que concerne às atitudes sexuais.

Podemos ainda obter uma média total da escala, a partir de todos os itens que compõem a escala, em que elevadas concordâncias significam atitudes menos utilitárias do sexo, ou seja, de ordem emocional e baixas concordâncias, atitudes mais utilitárias do sexo.

DISCUSSÃO

Para a amostra utilizada na presente adaptação, deverão ser tidas em consideração as medidas de tendência central e de dispersão acima descritas, bem como a distribuição de respostas aos itens da EAS-A. O sentido a atribuir às pontuações obtidas na EAS-A irá depender do contexto de aplicação e das hipóteses de investigação ou objectivos de intervenção que o especificam.

Avaliação crítica

Em síntese, a escala apresenta uma fraca sensibilidade dos itens, o que origina uma distribuição positiva ou negativa, o que poderá ser facilmente explicado pelo facto desta amostra se constituir por adolescentes, período que se caracteriza por um pensamento extremista e dicotómico. Esta seria então uma reacção esperada, dada esta visão dicotómica do mundo e de si mesmos: é o “tudo ou nada”, é “sim ou não” e neste caso “muito importante” ou “nada importante”.

Das soluções ensaiadas reteve-se a mais facilmente interpretável e que explica uma parte razoável da variância. A solução em questão comporta 3 factores resultantes dos 14 itens.

Em relação às designações adoptadas para cada factor, recorreu-se às que foram utilizadas pelos autores originais, com excepção da subescala permissividade sexual, que ficou dividida em duas subescalas, uma referente à permissividade face ao sexo ocasional (PER_O) e outra relacionada com o amor (PER_A).

Mediante esta linha de pensamento, a versão final será a que iremos utilizar no estudo empírico sobre as atitudes sexuais nos adolescentes, dado estarmos na presença de técnicas de análise exploratória.

Por último, cumpre-nos destacar que, os estudos psicométricos da EAS-A revelam, de forma global, bons índices de fiabilidade e validade do instrumento, uma vez que os valores obtidos são elevados e satisfatórios.

REFERÊNCIAS

- Alferes, V.R. (1999). Escala de Atitudes Sexuais (E.A.S). In M.R. Simões, M.M. Gonçalves, & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. 2). Braga: APPORT/SO.
- Hendrick, S., & Hendrick, C. (1987). Multidimensionality of sexual attitudes. *The Journal of Sex Research*, 23(4), 502-526.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: CLIMEPSI.

ESTUDO DE ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE MOTIVOS PARA FAZER E PARA NÃO FAZER SEXO – VERSÃO ADOLESCENTES

Patricia Gouveia^{1,2} / Isabel Leal^{1,3} / João Maroco^{1,3} / Jorge Cardoso^{3,4}

¹ISPA – Instituto Universitário; ²Liga de Amigos do Hospital Garcia de Orta; ³Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D, ISPA – Instituto Universitário; ⁴Instituto Superior de Ciências da Saúde

O conjunto original de questões sobre os Motivos para Fazer Sexo e para Não Fazer Sexo, foi traduzido para a população portuguesa por Alferes (1997), a partir de *Reasons for Having Sex and Reasons for Not Having Sex* (Leigh, 1989). A sua aplicação, inseriu-se na bateria de Questionários VAC (Valores, Atitudes e Comportamentos) do estudo de Alferes (1997) e pedia-se aos sujeitos que indicassem a importância que se atribui a 13 motivos para fazer sexo e 11 motivos para não fazer sexo, numa escala de 5 pontos, tipo Likert, de 1 (nada importante) a 5 (muito importante).

A fim de avaliar a validade de constructo, Alferes (1997) recorreu à análise factorial em componentes principais, seguida de rotação de tipo VARIMAX, utilizando o critério do valor próprio (*eigenvalue*) superior a 1. Os 13 motivos para fazer sexo foram reduzidos a cinco factores principais: *interdependência relacional* (itens 4, 5, 6, e 11), *hedonismo* (erotismo e dimensão lúdica: itens 1, 7, 9 e 10), *normatividade* (itens 12 e 13), *paixão* (itens 2 e 8) e *reprodução* (item 3), aos quais corresponderam as seguintes percentagens da variabilidade total: 28,7%, 11,2%, 9,9%, 8,9% e 8,2%. Após rotação, e pela mesma ordem, os contributos proporcionais para a variabilidade explicada (66,9%) são: 29,0%, 19,5%, 14,3%, 15,2% e 22,0%. A matriz de intercorrelações foi significativamente diferente da matriz de identidade (o teste de Bartlett forneceu um $\chi^2=657.92$, $p<0.001$) e a amostragem foi significativamente adequada (a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi de 0,74 para o conjunto das 13 variáveis). No que diz respeito aos 11 motivos para não fazer sexo foram redutíveis a quatro componentes: *medo* (1, 2 e 3), *dificuldades relacionais* (incluindo factores disposicionais: itens (5, 6, 7, 8 e 9), *conservadorismo* (itens 10 e 11) e *funcionalidade* (item 4). No conjunto, os quatro componentes explicaram 66,0% da variabilidade total, cabendo a cada um deles, respectivamente 24,9%, 17,7%, 13,8% e 9,6%. Após a rotação, os contributos proporcionais para a variabilidade explicada foram, pela mesma ordem, 31,9%, 31,3%, 21,3% e 15,5%. O teste de Bartlett forneceu um $\chi^2=586.53$, $p<0,001$, e a medida de adequação da amostragem KMO foi de 0,74 para as 11 variáveis, mostrando ter tido uma adequação razoável.

Na presente escala, foram utilizados 23 dos 24 itens constituintes do grupo MOT, do Questionário VAC de Alferes (1997). Mantiveram-se os 13 itens da subescala Motivos para Fazer Sexo e retirámos um item (*Porque não sou casado*) aos 11 da subescala Motivos para Não Fazer Sexo, por não ir ao encontro dos critérios de inclusão convencionados para a amostra de adaptação.

Posteriormente, procedemos à adaptação destas duas subescalas para a população de adolescentes portugueses, que deram origem à *Escala de Motivos para Fazer e para Não Fazer Sexo – Versão Adolescentes*.

MÉTODO

Participantes

O processo de adaptação da Escala de Motivos para Fazer e para Não Fazer sexo – Versão Adolescentes, foi efectuado numa amostra de 267 adolescentes (137 raparigas e 130 rapazes), estudantes do 3.º ciclo do Ensino Básico e do Ensino Secundário, divididos por três faixas etárias (12 aos 14 anos; 15 aos 16 anos e 17 aos 18 anos de idade), que permitem distinguir o início, meio e final da adolescência.

Material

Tal como o nome indica, a Escala de Motivos para Fazer e para Não fazer sexo – Versão Adolescentes, procura avaliar os principais motivos para os adolescentes fazerem sexo, bem como as principais razões para não iniciarem as práticas sexuais. A escala é constituída por 18 itens, que representam um conjunto de frases que remetem para motivos positivos e negativos face à iniciação das práticas sexuais.

A Escala de Motivos para Fazer e para Não fazer sexo – Versão Adolescentes é constituída por 2 subescalas: Motivos para Fazer Sexo e Motivos para não Fazer Sexo, com 9 itens cada. A análise dos componentes motivacionais da sexualidade, de cada subescala permitiu-nos definir duas dimensões na primeira (Hedonismo (lúdico/erótico) e Saúde, e Interdependência Relacional) e três na segunda (Por medo, Conservadorismo/Desinteresse e Dificuldades Relacionais).

Procedimentos

O estudo da adaptação da escala ao contexto português desenvolveu-se mediante os seguintes objectivos:

- a) Análise da sensibilidade dos itens – para definir o grau em que os resultados obtidos aparecem distribuídos, diferenciando os sujeitos entre si nos seus níveis de motivação;
- b) Análise da validade do constructo, que consiste no estudo da estrutura factorial da escala e de cada subescala e na análise dos componentes principais que permite verificar de modo empírico, a forma pela qual os itens se distribuem pelas subescalas;
- c) Análise da fiabilidade da escala (consistência interna das dimensões resultantes, através do *alpha de Cronbach*);
- d) Avaliação crítica sobre as características da escala.

RESULTADOS

Estatísticas descritivas

A caracterização descritiva dos itens da escala é dada no Quadro 1, onde se apresentam os valores medianos (Me), moda (Mo), assimetria (SK) e achatamento (Ku).

Considera-se, através da análise do Quadro 1 que os valores do coeficiente de assimetria e de curtose, em grande parte, se aproximam ou ultrapassam a unidade, o que demonstra uma fraca sensibilidade dos itens, ou seja, estes não conseguem discriminar adequadamente os indivíduos estruturalmente diferentes que avalia (Maroco, 2007). Quando comparada com os parâmetros da curva normal, os itens sofreram um enviesamento positivo (distribuição do lado esquerdo com grande cauda para o lado direito) ou um enviesamento negativo (distribuição do lado esquerdo com grande cauda para o lado direito) (Maroco, 2007), isto é, as pontuações médias dos itens oscilam entre 1,87 (item 23) e 4,10 (item 8), centrando-se no “nada importante” ou no “muito importante”, no que respeita aos componentes motivacionais da sexualidade.

Quadro 1

Mediana (Me), moda (Mo), assimetria (SK) e achatamento (Ku) para os 23 itens da Escala de Motivos para Fazer e para Não Fazer sexo – Versão adolescentes. N=267, $Se_{SK}=0,149$; $Se_{Ku}=0,297$

Itens	Min.	Max.	Me	Mo	SK	Sk/Se _{Sk}	Ku	Ku/Se _{Ku}
1	1	5	3	3	0,18	1,22	-1,01	-3,40
2	1	5	4	3	-0,52	-3,46	-0,38	-1,27
3	1	5	4	5	-0,49	-3,31	-0,94	-3,17
4	1	5	2	1	0,43	2,85	-0,75	-2,52
5	1	5	2	1	0,47	3,13	-0,85	-2,86
6	1	5	3	2	0,23	1,57	-0,94	-3,17
7	1	5	3	1	0,10	0,65	-1,19	-4,02
8	1	5	5	5	-1,19	-7,97	0,52	1,75
9	1	5	2	3	0,35	2,36	-0,82	-2,75
10	1	5	2	1	0,58	3,87	0,72	2,42
11	1	5	2	1	0,61	4,11	-0,58	-1,95
12	1	5	2	1	0,44	2,95	-0,92	-3,09
13	1	5	3	3	0,14	0,94	-0,90	-3,03
14	1	5	4	5	-0,45	-3,02	-0,98	-3,30
15	1	5	4	5	-0,71	-4,75	-0,83	-2,79
16	1	5	4	5	-0,61	-4,07	-0,87	-2,91
17	1	5	3	3	0,23	1,56	-1,14	-3,83
18	1	5	3	3	0,35	2,34	-1,00	-3,35
19	1	5	3	5	-0,31	-2,06	-1,19	-4,00
20	1	5	3	3	0,12	0,81	-1,03	-3,47
21	1	5	3	1	0,40	2,67	-0,98	-3,29
21	1	5	4	5	-0,52	-3,51	-0,97	-3,28
23	1	5	1	1	1,12	7,49	0,18	0,60

Composição Factorial e Consistência Interna

A nossa escala foi submetida a uma análise de componentes principais (APC), incluindo os 23 itens acima mencionados, de forma a comprovar a existência de um determinado tipo de distribuição factorial. Os primeiros 2 factores juntos contaram com uma variância explicada de 35,1% (Quadro 1) e uma medida de adequação da amostragem ($KMO=0,773$) razoável.

Por motivos de clareza apresentam-se apenas os itens com pesos factoriais superiores a 0,40 (validade convergente). Desta forma, tal como podemos observar através do Quadro 2, os itens 2, 3 e 8 não integraram os dois factores obtidos, o que significa que a subescala Motivos para Fazer Sexo não apresentou uma estrutura correlacional dos itens semelhante à original. Deste modo, o factor 1 integra 10 itens, dos 13 da subescala Motivos para Fazer Sexo, todos com saturações superiores a 0,40. O factor 2 abrange os 10 correspondentes à versão original dos Motivos para Não Fazer Sexo, todos com saturações iguais ou superiores a 0,40.

Quadro 2

Saturações factoriais dos 23 itens da Escala de Motivações para Fazer e para Não Fazer Sexo – Versão Adolescentes, nos 2 factores retidos e variância explicada para cada factor e comunalidades (h^2)

Itens	Factores		h^2
	1	2	
1	0,60		0,51
2			0,68
3			0,61
4	0,64		0,72
5	0,66		0,78
6	0,72		0,61
7	0,67		0,55
8			0,69
9	0,64		0,56
10	0,66		0,67
11	0,59		0,61
12	0,65		0,71
13	0,58		0,64
14		0,53	0,80
15		0,54	0,89
16		0,52	0,70
17		0,49	0,64
18		0,54	0,59
19		0,58	0,63
20		0,47	0,60
21		0,61	0,61
22		0,60	0,51
23		0,53	0,58
% Variância Explicada	20,79	14,31	

Os 10 motivos para fazer sexo foram, também sujeitos a análise factorial (foi eliminado o item 11, pelo que no final esta subescala ficou reduzida a 9 itens) e reduzidos a 2 dimensões: hedonismo (erotismo e dimensão lúdica) e saúde (itens 1, 6, 7, 9, 10, 12 e 13) e interdependência relacional (itens 4 e 5), às quais corresponderam as seguintes percentagens da variabilidade total: 43,39% e 11,36%. Após rotação, e pela mesma ordem, os contributos proporcionais para a variabilidade explicada (54,75%) são: 29,9% e 24,78%.

A matriz de intercorrelações foi significativamente diferente da matriz de identidade (o teste de Bartlett forneceu um $\chi^2=907,76$, $p<0,001$) e a adequação da amostragem foi boa (a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi de 0,846 para o conjunto dos 9 itens).

No que diz respeito aos 10 motivos para não fazer sexo foram redutíveis a 3 dimensões: por medo (itens 14, 15 e 16), conservadorismo/desinteresse

(itens 17, 18 e 23) e dificuldades relacionais (itens 19, 21 e 22). Foi excluído o item 20, uma vez que não correspondeu a qualquer um dos factores retidos, pelo que no final a subescala ficou apenas com 9 itens. No conjunto, os 3 componentes explicaram 62,92% da variabilidade total, cabendo a cada um deles, respectivamente 31,9%, 20,64% e 10,38%. Após a rotação, os contributos proporcionais para a variabilidade explicada foram, pela mesma ordem, 24,98%, 19,56% e 18,38%.

O teste de Bartlett forneceu um $\chi^2=913,30$, $p<0,001$, e a medida de adequação da amostragem KMO foi de 0,702 para os 9 itens, mostrando ter tido uma adequação razoável.

Assim, após procedermos à exclusão destes 5 itens, apresentam-se seguidamente as 2 subescalas da Escala de Motivos para Fazer e para Não Fazer Sexo – Versão Adolescentes, retidas pela análise factorial efectuada e os itens correspondentes a cada uma delas, sendo estes que iremos utilizar nesta investigação (Quadro 3).

Os resultados dos coeficientes *alpha de Cronbach* obtidos, na versão final constituída por 18 itens, demonstram uma boa fiabilidade, dado que a subescala Motivos para Fazer Sexo obteve um valor de 0,85 (hedonismo e Saúde: $\alpha=0,82$; interdependência relacional: $\alpha=0,73$) e a subescala Motivos para Não Fazer Sexo obteve um resultado de 0,74 (por medo: $\alpha=0,87$; conservadorismo/desinteresse: $\alpha=0,63$ e dificuldades relacionais: $\alpha=0,66$). Verifica-se apenas uma ligeira descida nas nestas duas últimas dimensões, o que se pode justificar pelo reduzido número de itens que constituem estes factores, apenas 3 em cada. Assim, apesar do valor ser ligeiramente inferior, podemos considerá-lo aceitável no âmbito das ciências sociais (Ribeiro, 1999).

Contextos, tempo de aplicação e procedimentos de correcção

Os questionários foram aplicados em sessões colectivas, assegurando-se o seu preenchimento individual e garantindo o total anonimato, podendo também ser aplicada individualmente, em contexto clínico. Esta escala tem um tempo de aplicação entre 8 a 10 minutos.

Os valores atribuídos a cada resposta são cotados numa escala de 5 pontos, tipo Likert, de 1 (nada importante) a 5 (muito importante). A pontuação é feita através do cálculo da média das respostas para as diferentes dimensões de cada subescala, obtendo-se assim o grau de importância atribuindo a cada uma delas, ao nível das dimensões motivacionais da sexualidade.

Quadro 3

Subescalas e respectivas dimensões motivacionais da sexualidade da Escala de Motivos para Fazer e para não Fazer Sexo – Versão Adolescentes e respectivos itens. Versão final (18 itens)

Subescalas/ dimensões	Itens
Motivos para fazer sexo Hedonismo e Saúde (7 itens)	1 – Por mero prazer 4 – Para seduzir 5 – Para aliviar a tensão sexual 6 – Por curiosidade 7 – Por divertimento e/ou brincadeira 8 – Porque é “normal” fazer sexo 9 – Porque é indispensável à saúde física e mental
Interdependência Relacional (2 itens)	2 – Porque o meu parceiro (a) quer 3 – Para agradar ao meu parceiro (a)
Motivos para não fazer sexo Por Medo (3 itens)	10 – Por medo de doenças venéreas 11 – Por medo da sida 12 – Por medo de uma gravidez
Conservadorismo/Desinteresse (3 itens)	13 – Por não gostar de usar contraceptivos 18 – Porque é imoral 14 – Por desinteresse
Dificuldades Relacionais (3 itens)	15 – Por falta de oportunidade ou incapacidade de encontrar um parceiro (a) de quem goste o suficiente 16 – Por não gostar de sexo 17 – Por não conhecer o parceiro (a) há tempo suficiente

DISCUSSÃO

Para a amostra utilizada na presente adaptação, deverão ser tidas em consideração as medidas de tendência central e de dispersão acima descritas. O sentido a atribuir às pontuações obtidas irá depender do contexto de aplicação e das hipóteses de investigação ou objectivos de intervenção que o especificam.

Avaliação crítica

Em síntese, o facto de a escala apresentar uma fraca sensibilidade dos itens, o que origina uma distribuição dos itens positiva ou negativa, poderá ser facilmente explicada pelo facto desta amostra se constituir por

indivíduos que se encontram na adolescência, período, que como já foi mencionado, se caracteriza por um pensamento extremista e dicotómico. Esta seria então uma reacção esperada, dada esta visão dicotómica do mundo e de si mesmos, centrando-se as respostas no “muito importante” ou no “nada importante”.

Das soluções ensaiadas reteve-se a que apresentava maior número de pontos de contacto com a resposta apresentada pelos autores da escala, era mais facilmente interpretável e explica uma parte razoável da variância. A solução em questão comporta 2 factores resultantes dos 23 itens.

Das subescalas originais retiveram-se apenas 9 itens, que explicam 54,75% da variância total, da subescala Motivos para Fazer Sexo e 9 itens da subescala Motivos para Não Fazer Sexo, que explicam 62,92% da variância. Ainda que não sejam valores elevados, situam-se na proximidade dos apontados noutros estudos com estas subescalas (Alferes, 1997; Roque, 2001).

Segundo esta linha de pensamento, a versão final será a que iremos utilizar no estudo empírico sobre as dimensões motivacionais da sexualidade nos adolescentes, dado estarmos na presença de técnicas de análise exploratória.

Por último, cumpre-nos destacar que, os estudos psicométricos da Escala de Motivos para Fazer e para não Fazer Sexo – Versão Adolescentes, revelam, de forma global, bons índices de fiabilidade e validade do instrumento, dado que os valores obtidos são elevados e satisfatórios.

REFERÊNCIAS

- Alferes, V.R. (1997). *Comportamentos sexuais – Para uma psicologia social da saúde*. Porto: Edições Afrontamento.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Évora: APF.

PSICONEUROIMUNOLOGIA E STRESS:
INFLUÊNCIA DO GÊNERO SEXUAL NO FUNCIONAMENTO
DO EIXO HPA EM SITUAÇÕES DE STRESS

Pedro Cerveira / Anabela Pereira

Universidade de Aveiro

De entre a ampla diversidade de estudos que têm sido desenvolvidos nos últimos anos na área da psiconeuroimunologia, os que se debruçam sobre o impacto do stress no sistema imunitário têm merecido especial destaque. Isto porque o stress parece influenciar o eixo hipotalamico-pituitário-adrenal (HPA), um dos principais responsáveis pela regulação da homeostase e do sistema imune (McCormick & Mathews, 2007). Esta influência, acredita-se, é iniciada pela projecção de ligações do sistema nervoso simpático (SNS) para os tecidos linfáticos primário e secundário. Posteriormente os eixos HPA, simpático-adrenal-medular (SAM) e hipotalamico-pituitário-ovariano (HPO) produzem hormonas específicas que se ligam a linfócitos, afectando a sua distribuição e função (Segerstrom & Miller, 2004).

As investigações desta temática específica, apesar de trazerem novidades ao conhecimento sobre o stress, têm sido algo marcadas pela indiferenciação no que respeita ao sexo, apesar de se crer que o género sexual desempenha um papel determinante na propensão de homens e mulheres a algumas doenças, bem como o facto de o stress poder ajudar a entender melhor o porquê desta “especificidade de sexo” para outras doenças (Kajantie & Phillips, 2006). Estudos recentes de Darnall e Suarez (2009) indicam que, apesar de na fase pré-puberdade não se encontrarem diferenças no funcionamento do eixo HPA, no qual o stress parece ter algum impacto, após o início da mesma as diferenças no seu funcionamento em cada um dos sexos começam a notar-se (Darnall & Suarez, 2009). É pois perceptível a importância do surgimento de estudos que façam esta diferenciação por sexo sobretudo a nível da vulnerabilidade imune perante situações de stress. Infelizmente isto não tem acontecido a nível nacional e mesmo a nível internacional as diferenças entre sexos não têm sido tidas em conta no tratamento de algumas doenças e a prova disso é que as mulheres sofrem mais de efeitos secundários do que os homens, exactamente pela sua baixa representatividade nos testes laboratoriais efectuados (Fish, 2008).

O presente trabalho tem como objectivo fazer uma revisão da literatura sobre o que tem sido produzido ao nível do estudo da influência do género

sexual na resposta do eixo HPA em situações de stress. Como resultado deste trabalho pretende-se ainda chamar a atenção para a importância da realização destes estudos, bem como da sua utilidade ao nível da prevenção da doença e da protecção da saúde, nomeadamente em situações indutoras de stress e de adversidades da vida.

Reacção do eixo HPA em situações de stress: homens vs mulheres

No que toca aos dados que a literatura tem dado a conhecer até ao momento, um dos primeiros pontos a realçar é que estes não têm sido consensuais. A título de exemplo salientam-se estudos realizados com o cortisol, também apelidado de “hormona do stress”, na medida em que parece influenciar o eixo HPA, provocando mesmo uma diminuição da capacidade de resposta do sistema imunitário (Uhart, Chong, Oswald, Lin, & Wand, 2006). Enquanto nas crianças os níveis de cortisol se apresentam similares (Kudielka, Buske-Kirschbaum, Hellhammer, & Kirschbaum, 2004) e mesmo no adulto existem estudos a indicar um equilíbrio dos níveis de cortisol e segregação adrenocortical (Kirschbaum, Wust, & Hellhammer, 1992), outros têm verificado algumas diferenças. Ao passo que o homem tem sido apontado como biológica e psicologicamente mais vulnerável (Seegerstrom & Miller, 2004), há quem defenda o contrário e que sugira que as mulheres experienciam mais stress, apresentam mais sintomatologia somatoforme e mais altos níveis de vulnerabilidade ao stress do que os homens (Kudielka & Kirschbaum, 2004). Já a nível fisiológico, as investigações na área têm apontado o cortisol como factor diferenciador na regulação do eixo HPA. Num estudo com homens e mulheres jovens, verificou-se um aumento dos níveis de cortisol nos homens jovens superior ao das mulheres jovens em situação de stress, o que se mostrou inverso quando este foi realizado com indivíduos de uma faixa etária mais avançada (Seeman, Singer, Wilkinson, & McEwen, 2001). A apoiar esta diferenciação, parece que os níveis de ACTH e cortisol livre aumentam no homem mais do que nas mulheres, em situações de antecipação de stress (Kudielka & Kirschbaum, 2004) ou face a um agente de stress psicológico (Uhart, Chong, Oswald, Lin, & Wand, 2006). Já noutro estudo, os níveis de cortisol plasmático mostraram-se mais altos nas mulheres do que nos homens, na população mais envelhecida. Contudo, os níveis de cortisol salivar livre apresentaram-se com valor inverso (Kudielka, Buske-Kirschbaum, Hellhammer, & Kirschbaum, 2004), o que pode ser explicado pela escolha

do tipo de cortisol a ser medido, uma vez que a medição dos níveis de cortisol através de saliva tem-se revelado ser um melhor método (Kirschbaum, Wust, & Hellhammer, 1992). A par dos estudos anteriores que apontam diferenças entre sexos na regulação do eixo HPA em situações de stress num ou noutro sentido, têm aparecido outros que, apesar de sugerirem a existência de diferenças, ainda defendem que os resultados variam muito (Kudielka & Kirschbaum, 2004). Mais a nível do sexo feminino, mulheres na fase luteal do ciclo menstrual apresentam valores idênticos aos dos homens, o que já não acontece quando estão na fase folicular (Kudielka, Buske-Kirschbaum, Hellhammer, & Kirschbaum, 2004); e mulheres em pré-menopausa apresentam índices de resposta do eixo HPA inferiores às dos homens, sendo que estes índices se revelam semelhantes quando estas se encontram na fase lutea do ciclo menstrual (Darnall & Suarez, 2009). Com toda esta diversidade de dados, a questão acerca das diferenças existentes na regulação do eixo HPA em cada um dos sexos torna-se mais numa área a necessitar de maior investigação para tentar perceber que mecanismos se encontram por trás das diferenças já encontradas. É nesse ponto que iremos focar o seguinte segmento do presente artigo.

Comparação por género: Modelos explicativos interdisciplinares

No seguimento das diferenças encontradas na reacção de cada género sexual ao stress e a influência que essa reacção tem no eixo HPA, têm sido sugeridos alguns mecanismos/responsáveis por essas alterações. De uma perspectiva mais psicológica, a interpretação das situações por ambos os sexos, a ser diferente, pode levar a níveis diferentes de libertação de cortisol que podem influenciar o efeito do stress no sistema imune (Kirschbaum, Wust, & Hellhammer, 1992). O próprio tipo de stressor em causa pode estar na base das respostas específicas do eixo HPA, uma vez que a antecipação de um confronto ou perigo parece predizer mais respostas nos homens, enquanto que situações de preocupação interpessoal podem ter maior influência nas mulheres. Já o papel do estado emocional como moderador da interacção entre o sistema nervoso e o sistema imune pode vir a ser desvalorizado em detrimento das motivações e das percepções cognitivas (Segerstrom & Miller, 2004). A par destes dados, que remetem para uma diferenciação mais baseada nas características psicológicas particulares de cada um dos sexos, alguns estudos acerca do papel do stress na regulação do eixo HPA têm sugerido

que a resposta deste eixo a situações indutoras de stress pode não reflectir as respostas psicológicas subjectivas de cada indivíduo (Kudielkaa & Kirschbaum, 2004), sugerindo-se mesmo que o género pode moderar o efeito do stress no sistema imune através dos efeitos das hormonas sexuais no sistema imunitário (Kudielkaa & Kirschbaum, 2004; Segerstrom & Miller, 2004). Esta hipótese não é de todo despropositada e são cada vez mais os estudos que apontam para uma relação mais fisiológica do que psicológica, em parte talvez porque seja mais fácil perceber estes mecanismos complexos de regulação a nível fisiológico, numa fase inicial, e só depois a nível psicológico. Ainda assim, vários têm sido os responsáveis apontados por esta vertente de estudos. Na mulher, os estrogénios parecem promover uma menor reactividade do cortisol através de protecção e promoção de mecanismos de *feedback* negativo com o eixo HPA, no entanto este efeito é anulado quando existem mais altos níveis de progesterona (Seeman, Singer, Wilkinson, & McEwen, 2001), o que acontece na fase lutea da mulher e talvez ajude a explicar os níveis equilibrados que se tem encontrado quando comparados com os dos homens. Neste ponto, parece que mesmo a progesterona pode influenciar a regulação do eixo HPA nas mulheres (Kudielkaa & Kirschbaum, 2004). Nos homens, a testosterona parece ter um papel imunossupressivo e as mulheres são mesmo apontadas como apresentando uma resposta imune, celular e humoral, melhor (Darnall & Suarez, 2009). Embora estes dados pareçam diferenciar os responsáveis em cada sexo, a transcortina (CBG) também parece desempenhar um papel nesta regulação uma vez que as moléculas de cortisol só se encontram activas quando esta alfa-globulina não está ligada a ele (Kudielka, Buske-Kirschbaum, Hellhammer, & Kirschbaum, 2004). Esta alfa-globulina tem sido mais estudada, uma vez que interfere directamente com o cortisol, um dos grandes mediadores da resposta do eixo HPA em situações de stress.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES FUTURAS

Esta revisão é baseada em investigações recentes na área da psiconeuroimunologia e por isso traduz em parte a realidade que advém dos resultados que têm sido conseguidos. Apesar da inconsistência já reportada começam a surgir muitos resultados a sugerir que os homens parecem responder ao stress psicológico com maiores aumentos de

cortisol quando comparados com as mulheres. Daí surgem duas hipóteses. Por um lado, a maior reactividade ao stress observada nos homens poderá estar associada com um maior risco para doenças associadas com altos níveis de cortisol, como as doenças cardiovasculares e a diabetes, e por isso pode ajudar a explicar a elevada prevalência destas doenças no sexo masculino. Por outro lado, os níveis mais baixos de cortisol, ou a menor actividade deste na mulher, podem estar relacionados com uma hipoactividade do eixo HPA, o que se encontra associado ao aumento de risco para doenças auto-imunes, condição mais prevalente no sexo feminino. Assim, existe uma crescente necessidade de serem desenvolvidos novos estudos que permitam clarificar as diferenças encontradas até agora entre sexos. Esta maior clarificação pode não só ajudar a compreender os mecanismos responsáveis por esta aparente influência do stress no sistema imune, como também ajudar os profissionais de psicologia da saúde na criação de programas de promoção da saúde mental e física. Havendo cada vez mais indícios de que o sistema nervoso interage com o sistema imune, não deixa de fazer sentido que esta ligação seja bidireccional e que a frase “mente sã em corpo sã” seja cada vez mais verdadeira. É nesse sentido que a investigação é necessária, no sentido da promoção da saúde do ser humano como um todo, sendo que tal objectivo poderá ser optimizado com o importante contributo das áreas da psiconeuroimunologia e da psicologia da saúde.

REFERÊNCIAS

- Darnall, B.D., & Suarez, E.C. (2009). Sex and gender in psychoneuroimmunology research: Past, present and future. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23, 595-604.
- Fish, E.N. (2008). The X-files in immunity: Sex-based differences predispose immune responses. *Nature Reviews – Immunology*, 8, 737-744.
- Kajantie, E., & Phillips, D.I. (2006). The effects of sex and hormonal status on the physiological response to acute psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 31(2), 151-178.
- Kirschbaum, C., Wust, S., & Hellhammer, D. (1992). Consistent Sex Differences in Cortisol Responses to Psychological Stress. *Psychosomatic Medicine*, 54, 648-657.

- Kudielka, B., Buske-Kirschbaum, A., Hellhammer, D., & Kirschbaum, C. (2004). HPA axis responses to laboratory psychosocial stress in healthy elderly adults, younger adults, and children: impact of age and gender. *Psychoneuroendocrinology*, *29*(1), 83-98.
- Kudielka, B.M., & Kirschbaum, C. (2004). Sex differences in HPA axis responses to stress: A review. *Biological Psychology*, *69*(1), 113-132.
- McCormick, C.M., & Mathews, I.Z. (2007). HPA function in adolescence: Role of sex hormones in its regulation and the enduring consequences of exposure to stressors. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, *86*(2), 220-233.
- Seeman, T.E., Singer, B., Wilkinson, C.W., & McEwen, B. (2001). Gender differences in age-related changes in HPA axis reactivity. *Psychoneuroendocrinology*, *26*, 225-240.
- Segerstrom, S.C., & Miller, G.E. (2004). Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*, *130*, 601-630.
- Uhart, M., Chong, R.Y., Oswald, L., Lin, P.-I., & Wand, G.S. (2006). Gender differences in hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis reactivity. *Psychoneuroendocrinology*, *31*, 642-652.

O PSICÓLOGO NA SAÚDE PÚBLICA E A INTERFACE COM A PSICOLOGIA DA SAÚDE

*Railda Fernandes Alves / Hediany de Andrade Melo /
Kílvia Barbosa Cavalcante / Láisy de Lima Nunes /
Pamela de Sousa Gonzaga / Raquel Medeiros Angelim*

As últimas décadas testemunharam uma inserção gradativa dos psicólogos nos serviços de saúde pública (Campos, 1992). Processo decorrente da crise econômica na sociedade brasileira, que rompeu com o paradigma de uma prática psicológica exclusivamente privada e, portanto, elitista; das mudanças no conceito de saúde; do tardio processo de reforma psiquiátrica brasileiro e dos investimentos do governo brasileiro em políticas públicas, voltadas à atenção primária de saúde (Teixeira, 2006).

Esta seqüência de eventos foi dando visibilidade e importância ao trabalho do psicólogo nos Serviços públicos de Saúde, ainda que a inserção destes profissionais nesses Serviços tenha sido pouco ou nada preparada (Dimenstein, 2003). De tal modo que as intervenções advindas da clínica tradicional passaram a ser reproduzidas nos Serviços sem que houvesse nenhuma adaptação ou consciência da necessidade de adequação das práticas em seu nível de atenção de saúde.

Sabendo-se que o campo de assistências em saúde pública é extenso e inclui todas as intervenções de saúde que vão desde as primárias, passando pelas especializadas até as de alta complexidade, o ingresso a esse campo exige do profissional a compreensão de seu fazer e a conformidade com o respectivo nível de atenção (Alves, 2008). Se para alguns profissionais de saúde este seria um tema de fácil resolução, para os psicólogos ainda não o é. Principalmente porque a formação do psicólogo foi e continua sendo, na maioria dos casos, desvinculada dos temas de saúde pública.

Mais recentemente e, sobretudo em consequência da implantação do Programa de Saúde da Família – principal Programa do Ministério da Saúde do Brasil que tem como filosofia a resolução dos problemas de saúde das populações ainda no nível primário (Brasil, 1997) – e das Equipes Matriciais (Campos & Domitti, 2007) passou-se a exigir do psicólogo uma outra postura interventiva. Fato que evidenciou o problema antes latente. O aporte da Psicologia da Saúde é aqui indicado para minimizar possíveis defeitos da formação acadêmica para atuação nos centros de saúde pública, já que se propõe a garantir as assistências de saúde nos níveis de hierarquia primário, secundário e terciário (Alves, 2008). Além de orientar as intervenções no nível primário que é o setor em

que se encontram os críticos problemas de falta de adequação das práticas dos psicólogos.

Notas históricas sobre a psicologia da saúde e a inserção do psicólogo nos serviços de saúde pública

Os marcos iniciais da Psicologia da Saúde no Brasil foram na década de 50, anteriores portanto à própria regulamentação da profissão de psicólogo neste país, datada de 1961. Segundo Sebastiani (2007) o Brasil está entre os países que iniciaram mais precocemente os trabalhos em Psicologia da Saúde em todo o mundo, em 1952, tendo como pioneira a Dra. Mathilde Neder.

Porém é na década de 70 que observamos um intenso desenvolvimento, incentivado pelo processo da Reforma Psiquiátrica e pela mudança da concepção do processo saúde-doença. O psicólogo foi ganhando espaço e inserindo-se gradativamente nos serviços de saúde pública. Processo acentuado durante os anos 80 (Campos & Guarido, 2007). Sua entrada neste campo de atuação e a conseqüente mudança e/ou ampliação do modelo clínico individual proposto para o atendimento em consultórios privados (Teixeira, 2006), se deu em duas etapas: primeiro, uma crise econômica na sociedade brasileira, que rompeu com o paradigma restrito da prática psicológica (psicoterapeuta – profissional liberal), numa atuação limitada, exclusiva e elitista; e em segundo lugar, percebeu-se uma mudança estrutural no conceito de saúde, bem como se observou crescentes investimentos do Governo nos programas de saúde pública (mental e reintegração psicossocial). Deste modo, as políticas públicas de saúde reorganizaram suas intervenções, valorizando o trabalho multiprofissional e requisitando largamente o saber-fazer do psicólogo (Rutsatz & Câmara, 2006).

Além das mudanças no sistema de saúde, a realidade social em que os psicólogos se encontram também sofreu alterações. Movidos pelos problemas enfrentados pelo país – desemprego, pobreza, grandes desigualdades sociais – os psicólogos necessitaram transcender a atuação prioritariamente clínica, aumentando o interesse na área da saúde pública e nas demandas do contexto social (Gioia-Martins & Júnior, 2001). Diante disso abrem-se novos espaços de atuação que exigem uma especificidade de atuação. É neste contexto que a Psicologia da Saúde surge com a necessidade de promover e de pensar o processo saúde/doença como um fenômeno social (Benevides, 2005; Dimenstein, 2001). O psicólogo vê-se

obrigado a rever suas práticas laborais a fim de atender à nova demanda de saúde.

Campo conceitual da Psicologia da Saúde

O mundo da Psicologia da Saúde é marcado por várias conceituações, por vezes antagônicas. Sustentamos, no âmbito deste trabalho, ser a Psicologia da Saúde um campo de práticas autônomo em relação à clínica, e mais abrangente que esta. Dedicada às práticas de atenção à saúde em todos os níveis de assistência e voltada, prioritariamente, à promoção da saúde e à prevenção primária de doenças (Alves, 2008).

Nesta direção, Godoy (1999), diz que a psicologia da saúde se caracteriza pela ênfase na promoção e manutenção de saúde e na prevenção das doenças, resultando da confluência das contribuições específicas de diversas áreas do conhecimento psicológico (psicologia clínica, psicologia comunitária, psicologia social, psicobiologia). Sendo assim, a Psicologia da Saúde não pode ser compreendida com uma aplicação do fazer clínico no contexto da saúde. A sua finalidade principal é a compreensão de como é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos, dos grupos e das comunidades (Alves, Eulálio, & Brobeil, 2009).

Na mesma linha se encontra Teixeira (2007) definindo a psicologia da saúde como um campo específico, que foca a psicologia como ciência e profissão voltada para a saúde, a doença e a prestação de cuidados à saúde, considerando diversos aspectos da vida dos indivíduos, tais como suas experiências e comportamentos.

Aguiar, Medina, Besnosik, Vasconcelos, e Barreto (2004), complementam esta idéia mostrando que a psicologia da saúde reconhece a importância da inter-relação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

A Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde a define como sendo: “o domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia, com vista à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e com disfunções a elas associadas, à análise e melhoria dos sistemas de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde” (Leal, 2006, p. 4).

Para além dos aspectos consensuais, a Psicologia da Saúde também enfrenta entraves. As discordâncias que vão marcando o referido campo são percebidas à hora de explicar o seu paradigma teórico de pertinência.

A começar pela diversa taxonomia: Psicologia clínica da saúde; Psicologia Social e Saúde (Campos, & Guarido, 2007), Psicologia e Saúde. Termos utilizados como sinônimos, ainda que de maneira incongruente, já que tal diversidade reflete, em alguns casos, antagonismos de ordem teórica. O mapeamento como campo de aplicação autônomo em relação à clínica ou mesmo como campo que engloba a clínica, a diferenciação do que é da ordem do mental e do físico é quiçá o debate mais problemático.

Segundo Ribeiro (2007) em Portugal a Psicologia da Saúde não se diferencia formalmente da psicologia clínica. O autor argumenta que a fronteira entre as duas psicologias se faz entre o mental e o físico. A clínica mais ligada à saúde mental e a psicologia da saúde direcionada às doenças físicas. Para Ribeiro (op. cit.) esta é uma ideia equivocada já que não existe fronteira entre o mental e o físico.

A separação entre o físico e o mental realmente não procede, se tomados como condição para compreensão do ser humano. Entretanto, faz-se mister reconhecer que a intervenção de saúde, considerada na amplitude das assistências de saúde pública, tem suas especificidades. Muito mais por questão técnica que teórica é fundamental compreender e estabelecer o corte entre uma intervenção de nível especializado de saúde, no caso a prática da psicoterapia, de uma intervenção de nível primário, no caso uma ação que vise à promoção de saúde, por exemplo.

A falta de uma delimitação clara nas formas de desenvolver tais ações implica e talvez justifique a inércia dos psicólogos à hora de atuar nos diferentes níveis de cuidados à saúde. Por esta razão adotou-se aqui a definição de Alves (2008) que afirma ser a Psicologia da Saúde o campo de aplicação da Psicologia que engloba as ações de saúde física e mental. Segundo a lógica desta autora a Psicologia da Saúde entende-se pela subdivisão de seus níveis de intervenção em saúde. De maneira que o nível de atenção de saúde determinará se a intervenção é voltada para a saúde geral ou mental.

Sobre a formação profissional e a falta de preparo diante dos programas de saúde pública

Apesar de a Psicologia ter se inserido dentro dos programas de saúde pública, percebe-se mediante pesquisas realizadas por Abdala e Rasera (2006); Dimenstein (2003); Teixeira (2006); Rutsatz e Câmara (2006), Traverso-Yépez (2001), dentre outros pesquisadores, que muitos Psicólogos ainda não se encontram preparados para o exercício de tais

papeis nestes novos campos de atuação, já que suas práticas ainda se encontram enraizadas nos modelos clínicos.

A defasagem observada em suas aptidões decorre da formação acadêmica que, por defeito, não capacita adequadamente os profissionais para intervirem junto à comunidade em serviços de saúde pública. Segundo Abdala e Rasera (op. cit.), o novo contexto de atuação profissional do psicólogo tende a exigir outras posturas que venham a enfrentar uma nova realidade para a qual estes não haviam sido preparados durante a graduação. Por essa razão, tais profissionais usam o modelo da clínica privada em todos os níveis de saúde, modelo que prioriza o atendimento individual com objetivos curativos e assistencialistas e a psicoterapia de longo prazo.

Vale salientar que não obstante os centros de atenção primária requisitem outras ações do psicólogo voltadas, tais como: à promoção de saúde, à qualidade de vida e à ajuda psicológica familiar e psicossocial, muitos ainda se encontram arraigados ao viés tradicional e conseqüentemente dissociados dos princípios geradores das políticas de saúde do SUS (Benevides, 2005).

Sendo assim, para que esta situação seja revertida faz-se necessário que o psicólogo em atuação reavale as suas práticas, buscando um amadurecimento teórico e metodológico de suas atuações, e ao mesmo tempo tornado-as condizentes com a realidade atual vigente. Isso exige o esforço conjunto das Unidades formadoras e dos profissionais. A primeira adequando currículos e os segundos investindo na formação continuada.

Os papeis do Psicólogo nos serviços de saúde pública mediados pela Psicologia da Saúde

A configuração do modelo de atenção à saúde visando alcançar o objetivo de atender integralmente a saúde do indivíduo, tem sua organização pautada em hierarquias, compreendendo os níveis de atenção primário, secundário e terciário, a partir dos quais são oferecidas ações programadas para a promoção de saúde e prevenção de doenças (Campos & Guarido, 2007).

Para que o psicólogo trabalhe de maneira eficaz na atenção primária de saúde (APS) é necessário um conhecimento amplo de epidemiologia, de políticas públicas e sociais, de antropologia e sociologia da saúde, e dos indicadores de desenvolvimento humano (IDH), além de conhecimentos técnicos e teóricos de psicologia.

Segundo Alves, Eulálio, e Brobeil (2009) a atenção primária deve priorizar a elaboração de programas de promoção de saúde e de prevenção de doenças. Deve centralizar-se nos problemas epidemiológicos da população e na construção de estilos de vida saudáveis e na inibição dos comportamentos de risco. Deve focalizar-se nos programas de educação para a saúde (Rey, 1997).

Dentre as ações principais estão: o atendimento aos usuários em consultas primárias, (nunca psicoterapia), abordar temas de saúde comunitária (Santos & Trindade, 1997), fazer uso de técnicas de dinâmicas de grupo, promover e organizar grupos informativos, fazer visitas domiciliares e assistência familiar.

O nível secundário de atenção à saúde, desenvolvido em ambulatórios e centros de especialidades, tem como principais atividades: acompanhar o paciente no seguimento do tratamento de alguma enfermidade, seja ela física ou psicológica; aceder aos problemas de saúde mental; realizar psicodiagnósticos diferenciais; elaborar junto com outros profissionais, os programas de adesão ao tratamento de doenças crônicas, praticar a psicoterapia, entre tantas outras.

A atenção terciária de saúde está associada à assistência aos problemas de alta complexidade. É praticada em hospitais e em centros especializados (Oliveira, 2001). As principais atividades são: a orientação dos pacientes internados e de suas famílias, atuação nos cuidados paliativos (Psicologia, 2006), preparação pré-cirúrgica, acompanhamento pós-cirúrgico, assistência aos profissionais de saúde, prestação de serviços em hospitais psiquiátricos, em Centros de Assistência Psicossocial (CAPS) e em residências terapêuticas, entre outras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À guisa de conclusão, a Psicologia da Saúde em sua configuração teórica e prática ainda não foi incorporada de forma satisfatória pelos psicólogos em atuação nos programas de saúde pública. Fato comprovado pelos estudos empíricos referidos ao largo deste artigo.

Falta aos psicólogos dos serviços públicos de saúde clareza do que sejam suas práticas dentro deste campo de atuação e principalmente do que sejam suas intervenções nos variados níveis de atenção à saúde.

É imprescindível reconhecer que o psicólogo tem amplo espaço no campo da saúde pública e junto à população usuária. Portanto deve contribuir para a construção de soluções para os problemas de saúde mais freqüentes. Todavia, para que isto venha a se realizar de maneira eficaz, se faz necessária uma tomada de atitude por parte deste profissional, que deve repensar e ressignificar as suas práticas psicológicas tradicionais, desenvolvendo assim meios de intervenção mais condizentes com os programas de saúde pública, com observância do nível de assistência em que vai atuar, e, finalmente, com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

- Aguiar, A., Medina, E., Besnosik, R., Vasconcelos, S., & Barreto, T. (2004). A formação em Psicologia da Saúde. *CienteFico, 1*, 1-14.
- Alves, R.F. (2008). Intervenciones de profesionales en el campo de la salud: Estudio antropológico compartivo entre Brasil, España y Portugal. *Tese de doutorado*. Granada: Universidade de Granada.
- Alves, R.F., Eulálio, M.D., & Brobeil, S.A. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 61*, 1-12.
- Benevides, R. (2005). A psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais interfaces? *Psicologia & Sociedade, 17*(2), 21-25.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1997). *Saúde da família: Uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde.
- Campos, F.C. (1992). O lugar da saúde mental na saúde. In F.C. Campos (Org.), *Psicologia e Saúde: Repensando práticas* (pp. 47-57). São Paulo: Hucitec.
- Campos, F.C., & Guarido, E.L. (2007). O psicólogo no SUS: Suas práticas e as necessidades de quem o procura. In M. J. Spik (Ed.), *A psicologia em diálogo com o SUS: Prática profissional e produção acadêmica* (pp. 81-102). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Campos, G.W., & Domitti, A.C. (2007, Fevereiro). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública, 399-407*.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo, 6*, 57-63.

- Dimenstein, M. (2003). Los(des) caminhos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13, 341-345.
- Gioia-Martins, D., & Júnior, A.R. (2001). Psicologia da Saúde e o novo paradigma: novo paradigma? *Revista Psicologia – Teoria e Prática*, 3(1), 35-42.
- Godoy, J.F. (1999). Psicología de la Salud: Delimitación conceptual. In M. A. Simón (Ed.), *Manual de la Salud: fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 39-76). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Leal, I. (2006). *Perspectivas em psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto
- Oliveira, C. (2001). *Saúde Mental e PSF: Manual instrucional para o PSF*. São Paulo: USP.
- Psicologia, Ciência e Profissão. (2006). O crescimento dos cuidados paliativos. *Psicologia Ciência e Profissão – Diálogos*, 3, 18-19.
- Rey, F.G. (1997). Psicologia e Saúde: Desafios atuais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(2), 275-288.
- Ribeiro, J.L. (2007). *Introdução à psicologia da Saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Rutsatz, S.D., & Câmara, S.G. (2006, janeiro/junho). O psicólogo na saúde pública: Trajetórias e percepções na conquista desse espaço. *Aletheia*, 23, 55-64.
- Santos, A.C., & Trindade, I. (1997). Intervenção psicológica em programas de saúde para idosos. In J.L. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 385-398). Lisboa: ISPA.
- Sebastiani, R.W. (2007) *Psicologia da Saúde no Brasil: 50 anos de história*. Recuperado em 02 de Novembro de 2009, de <http://www.nemeton.com.br/nemeton/artigos>.
- Teixeira, J.A. (2007). Psicologia da Saúde. In I. Trindade & J. A. Carvalho (Eds.), *Psicologia nos cuidados de Saúde Primários* (pp. 17-40). Lisboa: Climepsi.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: Perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6, 49-56.

EXPERIÊNCIA DE SUPORTE SOCIAL
EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA

Rita Pereira / José A. Carvalho Teixeira

ISPA – Instituto Universitário

De acordo com Rasclé et al. (cit. por Silva et al., 2003), há vários estudos que demonstram a existência de efeitos positivos directos entre suporte social e a saúde, em casos de doença crónica, em que a qualidade e a quantidade de suporte social percebido estão associadas de forma positiva e significativa com vários indicadores fisiológicos e comportamentais de adaptação, mas também existem efeitos indirectos como a diminuição do stress psicológico criado pela doença, a redução do risco de depressão, ansiedade e de patologias causadas por situações stressantes.

O suporte social traz benefícios psicossociais às mulheres com cancro da mama, mas pode existir um desencontro entre o suporte que é necessário e aquele que é prestado. A discrepância, ou não, entre o tipo de suporte social desejado e o tipo de suporte social percebido pela doente explica a variação do ajustamento psicossocial ao cancro da mama melhor do que a satisfação com o suporte social percebido como recebido ou uma simples contagem das acções de suporte recebidas (Reynolds & Perrin, 2004).

Consequentemente, não é suficiente receber suporte social, é necessário que a paciente com cancro da mama percepcione esse suporte social como adequado para que ele seja benéfico e ajude a melhorar o seu estado psicológico. É por isso importante ajudar os prestadores de suporte social e as pessoas que o recebem a alinhar as expectativas e acções de ambos, pelo que a comunicação é muito importante. Os membros da rede social dos pacientes desempenham diferentes papéis ao ajudá-los nos seus esforços para lidar com a doença em diferentes pontos temporais (Reynolds & Perrin, 2004).

No estudo de Thewes, Butow, Girgis, e Pendlebury (2004), tanto as pacientes mais novas como as mais velhas que nele participaram, mencionaram a importância de receber suporte emocional e prático por parte dos seus companheiros, filhos, pais, família alargada e de amigos próximos.

Apesar de gostarem de receber apoio, as participantes na investigação de Landmark, Strandmark, e Wahl (2002) sentiam que os seus familiares mais próximos estavam a ser sobrecarregados e algumas mulheres não sabiam bem como comunicar com os outros, em particular, com a família

próxima. No entanto, apesar dessas dificuldades, as participantes nessa investigação consideram ter tido boas experiências no que diz respeito ao suporte social. O apoio em forma de “presença”, no sentido de ter as pessoas por perto, foi enfatizado. Os dados também revelaram a importância do suporte de carácter prático realizado por parte da família próxima. A compreensão e o suporte social dos amigos próximos pareceram ter uma forte influência na luta destas mulheres contra o cancro da mama. Os amigos emergiram como importantes e como pessoas que são boas a resolver as coisas. A confraternização com outras pessoas na mesma situação foi muito valorizada. As participantes nesta investigação, também experienciaram suporte social por parte de fontes inesperadas (Landmark, Strandmark, & Wahl, 2002).

De acordo com Arora e col. (2006), aquilo que as mulheres consideravam como útil por parte dos membros da sua rede social varia de acordo com as suas características psicológicas pessoais. De acordo com as características das participantes e com o suporte que consideraram ter tido puderam chegar-se a algumas conclusões. As mulheres que potencialmente tinham maiores necessidades de suporte (por exemplo, por terem que se submeter a tratamentos mais agressivos) eram de facto mais passíveis de receber suporte. Por outro lado, mulheres de cor, mulheres com níveis de escolaridade mais baixos eram menos passíveis de vir a receber suporte.

O objectivo deste estudo foi o de conhecer quais são as experiências, fontes e necessidades de suporte social de mulheres com cancro da mama. As questões a investigar foram: como é experimentado o suporte social, quais são as fontes de suporte social e quais as necessidades de suporte social das mulheres com cancro da mama.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi recolhida no Hospital Pulido Valente (Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE) e no Centro de Saúde de Santiago do Cacém. A amostragem foi sequencial pelo que todos os sujeitos que eram elegíveis para participar no estudo foram incluídos conforme foram surgindo.

Eram elegíveis para fazer parte da amostra as mulheres com cancro da mama que já tivessem passado por uma fase inicial de tratamento do mesmo. Foram realizadas 6 entrevistas no total. Todos os nomes e outra informação que pudessem identificar as participantes foram alterados. As participantes tinham entre os 30 e os 65 anos (em média 51 anos). A maioria era casada (4) e as restantes estavam em fase de divórcio (1) ou a viver em união de facto (1). Quatro destas mulheres têm filhos.

Material

O instrumento utilizado neste estudo foi a Análise Fenomenológica Interpretativa de Jonathan Smith (IPA). O objectivo da IPA é explorar detalhadamente o ponto de vista do participante sobre o tópico a ser investigado. Esta abordagem é fenomenológica, uma vez que diz respeito à percepção pessoal ou opinião acerca de um objecto ou acontecimento em vez de ser uma tentativa de produzir uma descrição objectiva sobre esse objecto ou acontecimento (Smith, Jarman, & Osborn, 1999).

De acordo com a IPA, o processo de pesquisa é dinâmico, uma vez que reconhece que o investigador está a tentar, de alguma forma, pôr-se no lugar do participante e ver as coisas do seu ponto de vista mas nunca o consegue fazer completamente. O acesso a essa perspectiva depende de e é complicado pelas concepções e percepções do investigador que são necessárias para construir significados e realizar um trabalho interpretativo dos dados obtidos (Smith, Jarman, & Osborn, 1999). Além disso, não existe uma forma definitiva de utilizar este tipo de abordagem, sendo que esta pode sofrer algumas alterações dependendo daquilo que está a ser investigado e do investigador.

Apesar de a IPA só se ter tornado um tipo de abordagem importante em Psicologia, já era há muito utilizada pelas ciências sociais. Mais actualmente, a psicologia da saúde parte do princípio que as pessoas pensam sobre o seu corpo e que aquilo que as pessoas dizem acerca do seu corpo tem a ver com aquilo que pensam (Smith, Flowers, & Osborn, 1997).

Procedimentos

A técnica de recolha de dados utilizada foi a entrevista semi-estruturada. De acordo com Mathieson (1999), esta técnica de recolha de dados é particularmente apropriada para estudos exploratórios de natureza

descritiva e é um método qualitativo de pesquisa muito importante em psicologia da saúde.

Antes da realização de cada entrevista, as participantes foram informadas acerca do objectivo geral do estudo e foi-lhes dada a oportunidade de exporem as suas dúvidas relativamente à sua participação nesta investigação. Foi assegurado aos sujeitos que poderiam interromper a entrevista sempre que necessitassem de o fazer sem terem que se justificar e que os dados recolhidos seriam mantidos em anonimato. Foi também informado que as entrevistas iriam ser gravadas. As entrevistas foram individuais, face a face e tiveram a duração média de cerca de uma hora. A entrevista teve como base algumas questões abertas que de forma a permitir ao paciente falar livremente sobre os tópicos em questão. As perguntas que serviram de esqueleto à entrevista foram construídas a partir de temas retirados da literatura relacionada principalmente com suporte social e cancro da mama e tiveram como objectivo explorar as necessidades de suporte social e a satisfação com o suporte social recebido.

As entrevistas foram transcritas e os textos foram analisados de acordo com o método de Análise Fenomenológica Interpretativa (IPA) (Smith, Jarman, & Osborn, 1999). A primeira fase da análise consistiu em várias leituras atentas de um texto de uma entrevista e em anotar os pontos de interesse e de significado. Num segundo momento, estes comentários iniciais foram utilizados para documentar temas emergentes com o objectivo de captar a qualidade essencial das experiências das participantes. Estes temas emergentes envolveram um nível maior de abstracção quando comparados com os comentários analíticos iniciais. Na terceira fase, foi compilada uma lista de temas comuns e procuraram-se ligações entre os temas. Os temas com ligação foram agrupados em temas globais e foram catalogados. Este processo foi realizado com duas entrevistas. A fase seguinte envolveu a comparação dos temas gerais de cada entrevista e a produção de uma tabela de temas iniciais comparativos. As restantes 4 entrevistas foram analisadas da mesma forma e as duas tabelas de temas gerais comparativos inicialmente criadas foram integradas numa. Finalmente, foi compilada uma tabela mestre de temas comparativos que serviu de base para a escrita dos resultados, onde a tabela foi transformada numa narrativa ilustrada com citações das participantes.

RESULTADOS

A partir da análise, emergiram 5 temas gerais comparativos. Os conteúdos que se inserem dentro destes temas descrevem a forma como foi experienciado o suporte social pelas participantes enquanto pacientes com cancro da mama e quais foram as principais fontes desse suporte. Os cinco temas foram:

1. Partilha do diagnóstico;
2. Suporte social percebido (suporte emocional, instrumental e informativo);
3. Variação do suporte social percebido ao longo do tempo;
4. Necessidades de suporte social não correspondidas;
5. Evitamento social.

A fase de diagnóstico mostrou ser relevante para as participantes no estudo pelo que fizeram questão de falar nela. No geral, as mulheres preocuparam-se em relação às reacções das outras pessoas e esse receio levou a que não partilhassem o seu diagnóstico até algum tempo após terem recebido a notícia:

“Portanto, na altura do diagnóstico ninguém sabia, só vieram a saber depois.”; [demorou 3 meses]; “... só disse mesmo, mesmo, mesmo à família na altura em que já tinha a data marcada para a operação; foi nessa altura que eu disse, pronto.”

Todas as participantes, independentemente da sua situação familiar quiseram, de certa forma, proteger as outras pessoas, nomeadamente a sua família mais próxima, do sofrimento que advém de uma situação de cancro. O facto de guardarem o diagnóstico para si significa que não obtiveram mais suporte social na fase de diagnóstico do que numa situação normal de saúde. Além disso, as pacientes que desvalorizaram a sua situação terão tido uma resposta social que foi de encontro a essa desvalorização.

No geral, as pacientes obtiveram reacções negativas em resposta ao seu diagnóstico de cancro da mama. No caso das pacientes com filhos, os filhos pareceram ter uma especial dificuldade em lidar com o diagnóstico de cancro da mama das suas mães:

“De facto, ele desmoronou-se e disse «oh mãe isto não pode acontecer, a mãe do não sei quantos faleceu agora com este problema...» e a R., a minha filha mais nova, aquilo que me disse foi “oh mãe tu não me deixes, oh mãe não me deixes...”

Todas as participantes consideraram que o suporte social que receberam foi de encontro às suas necessidades. Desta forma, teoricamente, aquilo que perceberam como suporte corresponde àquilo que consideraram ser as suas necessidades. Um dos sujeitos sentiu que o apoio que recebeu foi adequado às suas necessidades mas, no entanto, esse apoio só foi adequado porque a paciente sentia que não precisava de muito. Algo semelhante aconteceu com duas outras pessoas:

“Acho que o apoio foi adequado porque, como digo, eu tinha a minha própria força e nunca me pus à espera de muita coisa. Se eu fosse daquelas pessoas que precisava muito, talvez não tivesse sido adequado.”

As participantes consideraram unanimemente que o suporte social foi importante para elas e as ajudou a lidar melhor com o cancro da mama e com os tratamentos que esta doença acarreta. Todas as outras mulheres consideraram que o suporte social que receberam por parte da sua família mais chegada foi o mais importante. Nomeadamente, o apoio por parte dos maridos ou companheiro pareceu ser bastante significativo em todos os casos excepto no caso de uma paciente, que se encontrava numa situação de divórcio que explica essa divergência em relação às outras participantes.

Os profissionais de saúde foram referidos como fonte de suporte emocional. A família, os amigos e outras pessoas com cancro também foram vistas como fontes de suporte emocional positivo. Algumas pacientes referiram que só quem passa pela situação de cancro da mama é que consegue perceber o que isso significa. Além das fontes externas, algumas participantes referiram que elas próprias se apoiaram emocionalmente:

“Em parte ajudou mas acho que a maior força vinha de mim.”

Quanto ao suporte instrumental, a família foi a única fonte percebida como útil pelas participantes. As mulheres que participaram neste estudo sentiam que alguns familiares se esforçavam para as ajudar. No entanto, por vezes esta ajuda era recusada porque as pacientes sentiam que estavam a sobrecarregar a sua família (mães e irmãs, com as tarefas domésticas). No que diz respeito ao suporte informativo, os profissionais de saúde e os meios de comunicação social constituíram as maiores fontes de suporte. No entanto, as participantes neste estudo também receberam suporte informativo por parte de outras pessoas com cancro. As pacientes sentiam necessidade de se manterem informadas e, para isso, pesquisavam e liam

o que encontravam acerca de cancro da mama de forma a preencher alguma falta de suporte informativo que pudessem sentir.

As principais fontes de suporte emocional foram os profissionais de saúde, a família, os amigos e outras pessoas com cancro.

A maioria das participantes referiu que o suporte social que receberam foi constante ao longo do tempo. As restantes participantes consideraram que o suporte social que lhes foi prestado variou ao longo do tempo. Quando referiram que o suporte variou, os sujeitos consideraram que o apoio variou de acordo com as suas necessidades tendo sido mais apoiadas na altura em que necessitaram mais, como por exemplo, na fase de tratamento.

Houve algumas necessidades de suporte social que não foram correspondidas. As necessidades não correspondidas mais mencionadas tiveram a ver com falta de suporte informativo por parte dos profissionais de saúde, falta de suporte emocional por parte da família (e mesmo o facto de terem que prestar suporte social em vez de o receberem) e falta de compreensão e de sensibilidade por parte das entidades patronais no local de trabalho. A descontinuidade de acompanhamento por parte de alguns profissionais de saúde constituiu um problema para algumas pacientes. No excerto seguinte, uma paciente refere-se à falta de suporte informativo por parte de profissionais de saúde:

“... eles (médicos) são um bocado fechados porque, se calhar, estão habituados a lidar com um tipo de pessoas que o médico diz que é assim e elas fazem. Muitas vezes nem lhe dizem o que têm e elas fazem as coisas que os médicos dizem.”

O evitamento social esteve presente nos discursos da maior parte das mulheres que participaram neste estudo. Na nossa opinião, este isolamento terá dificultado a existência de mais suporte social.

DISCUSSÃO

Este estudo realizou uma análise qualitativa detalhada de experiências de suporte social de mulheres com cancro da mama, que era o objectivo central deste trabalho.

Tal como verificado no estudo de Logan, Hackbusch-Pinto, e De Grasse (2006), as pacientes isolaram-se na fase de diagnóstico mas depois acabaram por procurar as pessoas mais próximas em busca de algum

conforto e suporte. As reacções das outras pessoas perante o diagnóstico de cancro da mama foram negativas. O mesmo se verificou no estudo de Wilkinson (2008). Os jovens pareceram ter particular dificuldade em lidar com a doença das suas mães e o evitamento foi uma estratégia usada frequentemente para lidar com a mesma. Por sua vez, ao depararem-se com reacções negativas por parte dos seus filhos, as pacientes tiveram que lhes dar apoio em vez de o receberem.

A investigação conduzida por Thewes, Butow, Girgis, e Pendlebury (2004) também indica que o diagnóstico e o tratamento de cancro da mama tiveram um enorme impacto negativo nos maridos das pacientes que participaram no estudo e nas suas famílias. No nosso estudo, os maridos das pacientes não demonstraram reacções negativas e tentaram apoiá-las dentro das suas possibilidades. O suporte oferecido pelos maridos foi principalmente emocional e prático.

Podemos afirmar que a experiência de suporte social foi vivida como positiva e importante. Nos estudos realizados por Thewes, Butow, Girgis, e Pendlebury (2004) e por Landmark, Strandmark, e Wahl (2002), o suporte social também foi considerado importante na luta contra o cancro da mama e pareceu influenciar positivamente a capacidade para lidar com a situação de doença crónica.

A experiência de suporte social por parte da família foi bastante valorizada. O mesmo se verificou no estudo conduzido por Landmark, Strandmark, e Wahl (2002). A participação da família em termos de suporte prático foi bem recebida. No entanto, nalguns casos as pacientes tentaram afastar algumas pessoas porque sentiram que as estavam a sobrecarregar (familiares do género feminino, com as tarefas domésticas). No estudo referido de Sinding, Wiernikowski, e Aronson (2005), a maior parte das pacientes contaram com a ajuda de familiares para as transportar ao local de tratamento. No nosso estudo isso também se verificou, nomeadamente por parte dos companheiros e dos filhos (do género masculino) das pacientes. Em termos gerais, as pacientes acharam que os maridos/companheiros se expressaram de forma adequada. No nosso estudo, as duas necessidades de suporte não correspondidas por parte de maridos é em termos de suporte prático e suporte emocional.

Ao contrário do que extraiu a partir dos dados obtidos no estudo de Landmark, Strandmark, e Wahl (2002), o tempo passado no hospital não foi considerado um fardo, pelo contrário, no geral, foi considerado um tempo de confraternização com outros pacientes com cancro e com os profissionais de saúde.

No estudo realizado por Dakof e Taylor (1990), o suporte informativo por parte de outros pacientes com cancro foi visto como bastante útil por um número substancial de respondentes e a falta de suporte informativo foi experienciado como uma lacuna. No nosso estudo, o suporte informativo e emocional por parte de outros pacientes com cancro também foi bastante valorizado.

O estudo de Arora e col. (2007) concluiu que o suporte social percebido recebido a seguir ao diagnóstico diminuiu significativamente ao longo do primeiro ano após as mulheres terem sido diagnosticadas. No caso do nosso estudo, nos casos em que não houve prestação de suporte social na fase de diagnóstico, o suporte social aumentou a partir dessa fase.

De acordo com a investigação realizada por Landmark, Strandmark, e Wahl (2002), a falta de suporte social influenciou negativamente a capacidade para lidar com a situação de doença. Isso também se verificou no presente estudo. Tomando como exemplo a falta de compreensão por parte das entidades patronais que foi sentida por duas das mulheres, isso criou alguma desorganização e instabilidade e conseqüentemente influenciou negativamente a sua capacidade para lidar com o cancro da mama. O mesmo se pode concluir a partir das outras necessidades de suporte social que não foram correspondidas. Apesar de se considerarem satisfeitas com os serviços de saúde e com os profissionais de saúde, algumas das pacientes que participaram no nosso estudo referiram que lhes faltou algum suporte informativo.

REFERÊNCIAS

- Arora, N.K, Rutten, L.J.F., Gustafson, D.H., Moser, R., & Hawkins, R.P. (2006). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 474-486.
- Dakof, G.A., & Taylor, S.E. (1990). Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 80-89.
- Landmark, B.T., Strandmark, M., & Wahl, A. (2002). Breast cancer and experiences of social support. *Nordic College of Caring Sciences*, 16, 216-223.

- Logan, J., Hackbusch-Pinto, R., & De Grasse, C.E. (2006). Women undergoing breast diagnostics: The lived experience of spirituality. *Oncology Nursing Forum*, 33(1), 121-126
- Mathieson, C.M. (1999). Interviewing the ill and the healthy. In M. Murray & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative health psychology – Theories and methods*. London: Sage Publications.
- Reynolds, S.J., & Perrin, N.A. (2004). Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer. *Health Psychology*, 23, 425-430.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S., Dias, S., & Gonçalves, H. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 21-32.
- Sinding, C., Wiernikowski, J., & Aronson, J. (2005). Cancer care from the perspectives of older women. *Oncology Nursing Forum*, 9, 137-146.
- Smith, J.A., Flowers, P., & Osborn, M. (1997). Interpretative phenomenological analysis and the psychology of health and illness. In L. Yardley (Ed.), *Material Discourses of Health and Illness*. London: Routledge.
- Smith, J.A., Jarman, M., & Osborn, M. (1999). Doing interpretative phenomenological analysis. In M. Murray & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative health psychology* (pp. 218-240). London: Sage Publications.
- Thewes, B., Butow, P., Girgis, A., & Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors: A qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 177-189.
- Wilkinson, S. (2008). Mujeres feministas en lucha contra el cáncer de mama: Lo personal y lo político. *Anuário de Psicologia*, 39(1), 9-22.

AUTOBIOGRAFIA ORIENTADA COMO ESTRATÉGIA
DE PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR NA VELHICE:
REVISÃO DA LITERATURA E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Rosa Marina Afonso

Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior /
UnIFai – Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos

A autobiografia orientada implica que o indivíduo relate histórias da sua vida e reminiscências que tem de pessoas, relações, acontecimentos e situações. Trata-se de um processo educacional a partir do qual a pessoa compreende o seu passado no presente e no qual integra as suas experiências e acontecimentos ao longo do tempo (de Vries, Birren, & Deutchman, 1995), podendo ser desenvolvido como estratégia de promoção do bem-estar na velhice.

A autobiografia orientada, geralmente, é desenvolvida em grupo, implica actividades de escrita autobiográfica e é dinamizada em sessões em que é trabalhado um conjunto de temas que pretendem abranger o ciclo vital e fomentar a construção de um sentido de continuidade entre as reminiscências activadas. A aprendizagem, a conceptualização e exploração parecem ser os processos essenciais na autobiografia orientada que conduzem ao desenvolvimento psicossocial nos pequenos grupos em que se dinamiza esta actividade (Thornton, 2008).

Autobiografia orientada: o papel central da memória autobiográfica

A autobiografia trabalha directamente com a memória autobiográfica que se pode definir, em termos gerais, como a memória da informação que o indivíduo tem de si mesmo (Brewer, 1986) e que se encontra em permanente reconstrução. A memória autobiográfica implica a compilação e recuperação de informações autobiográficas específicas que o indivíduo vai acumulando desde o início e que permite à pessoa construir um sentimento de identidade e continuidade (Conway, 1997).

Este tipo de memória tem um papel central no processo de construção da identidade, em que o indivíduo revê a avaliação dos acontecimentos e do eu passado, altera a distância subjectiva em relação aos mesmos e perspectiva e organiza os episódios de modo a criar novas representações do eu. Deste modo, a memória autobiográfica pode proporcionar um sentido do eu, que depende das recuperações que o indivíduo faz do seu passado (Klein, German, Cosmides, & Gabriel, 2004). Esta função da

memória autobiográfica relacionada com o eu parece ser fundamental para a saúde emocional e psicológica (Bluck, 2003). O sentido de identidade ao longo do tempo faz com que o indivíduo se sinta uma entidade coerente, com um passado, um futuro e um propósito de vida. Erikson (1959) e Butler (1963) atribuem uma especial importância à memória autobiográfica no desenvolvimento e satisfação na velhice. Erikson sugere que no final da vida, o indivíduo tende a analisar as experiências passadas, a avaliar as metas alcançadas, a reflectir sobre si mesmo e sobre o facto da sua vida ter sido ou não significativa. Butler considera que na velhice ocorre um processo de revisão de vida, em que a pessoa analisa diversos acontecimentos da sua vida tentando integrar esses eventos e encontrar um significado para os mesmos, de modo a alcançar a integridade do eu.

Nesta perspectiva, o objectivo da construção da autobiografia na velhice, ao trabalhar com a memória autobiográfica, seria o de desenvolver a identidade e alcançar a integridade do eu que pode ser conceptualizada como o desenvolvimento de um conjunto de auto-esquemas positivos, realistas e unificados que proporcionam um sentido de coerência e identidade.

Autobiografia e reminiscência(s)

O processo de construção uma autobiografia implica, também, exercícios de reminiscência, que consistem na recuperação de episódios significativos experienciados pessoalmente no passado. Na reminiscência simples não é necessário que exista lógica ou sequência entre os temas. No entanto, a construção da autobiografia é um acontecimento planeado, que exige, além da reminiscência dos acontecimentos, uma estrutura, para que abranja os principais temas e acontecimentos de vida, podendo incluir avaliação dos mesmos

Relativamente à reminiscência, Wong e Watt (1991) enfatizam o carácter multidimensional da mesma sugerindo a existência de distintos tipos, dos quais alguns seriam adaptativos: a reminiscência instrumental e a reminiscência de integração. Com a reminiscência de integração promove-se a aceitação do eu e dos outros, a resolução de conflitos e reconciliação, o sentido, significado e valor pessoal e a integração do passado e do presente. Trata-se de um processo de auto descoberta através do qual os indivíduos tentam solucionar conflitos do passado, resolver a discrepância existente entre o ideal e a realidade, encontrar um sentido de continuidade

entre o passado e o futuro (Lieberman & Tobin, 1983) e a redescobrir que a sua vida, tal como se viveu, tem valor (Butler, 1963; Erikson, 1959). A reminiscência instrumental, exige que o indivíduo identifique um problema de forma específica e que descreva de forma detalhada memórias relacionadas com: estratégias de *coping*; planos desenvolvidos para resolver situações difíceis; actividades dirigidas para objectivos e situações em que o indivíduo alcançou objectivos ou ajudou outros a consegui-los (Watt & Wong, 1991; Wong & Watt, 1991). A recuperação de memórias instrumentais pode ajudar o indivíduo a identificar e reconhecer recursos importantes no passado para lidar de forma adaptativa com dificuldades.

Uma das estratégias para promover o bem-estar através da autobiografia orientada pode, por conseguinte, consistir em promover a produção de reminiscências de tipo instrumental e de integração. O processo de construção da autobiografia poderá assim funcionar como uma estratégia de desenvolvimento da auto-eficácia e do suporte social mútuo e de *empowerment* na velhice. A ideia subjacente é que os acontecimentos que a pessoa relata possam fazer com que o indivíduo se auto promova, se sinta capaz e defenda o seu eu (Viney, 1989). O objectivo da utilização da autobiografia orientada como estratégia de intervenção psicológica é que o indivíduo, por um lado, reconstrua as histórias em que se auto limita, e por outro lado, valorize os acontecimentos em que se auto promove.

Autobiografia e promoção do bem-estar na velhice

Um dos desafios do processo de envelhecimento é que a pessoa sinta a sua identidade e integre na mesma mudanças, perdas e acontecimentos que possam ocorrer na velhice. A tendência para recuperar acontecimentos autobiográficos do passado pode ser considerada uma estratégia que favorece a adaptação às mudanças associadas envelhecimento e que promove a satisfação pessoal na velhice (Vega & Bueno, 1996). Trata-se de fazer com que o indivíduo, ao contar a sua história, trace um contínuo temporal ao longo do qual situe as suas memórias autobiográficas (Thorsheim & Roberts, 1995).

A tendência para a recuperação de acontecimentos do passado na velhice, pode surgir, de forma espontânea, ou pode ser desenvolvida e implementada como estratégia de intervenção para promover o envelhecimento com êxito (Butler, 1974; Coleman, 1992; Wong & Watt, 1991).

A autobiografia orientada desenvolvida como uma estratégia de intervenção baseia-se na influência da reminiscência, da autobiografia e da revisão de vida sobre o bem-estar na velhice (Birren & Deutchman, 1991; Ryff & Essex, 1992), a formação da identidade e continuidade do eu (Atcheley, 1989), a procura de um sentido para a vida e coerência (Wong, 1995), a preservação do sentido de competência (Wong, 1995), a redução da sintomatologia depressiva (Afonso, 2007; Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit, & Cuijpers, 2005; Serrano, Latorre, Gatz, & Montañes, 2004), aceitação da morte (Georgemiller & Maloney, 1984), funcionamento cognitivo (Hughston & Merriam, 1982) e significado da vida (Birren & Hedlund, 1987).

Implicações dos exercícios de autobiografia

A análise dos efeitos da autobiografia orientada sugere que esta contribui para promover um papel activo do indivíduo na construção da sua história de vida. Além disso, De Vries, Birren, e Deutchman, (1995) enfatizam que a autobiografia orientada estimula a memória autobiográfica, melhora o contacto interpessoal e o suporte social.

A construção da autobiografia parece ainda contribuir para integrar e dar um sentido à vida da forma que se viveu, favorecer um sentido de continuidade do eu, renovar a confiança, aumentar a autoconfiança e a capacidade de adaptação, melhorar a auto-compreensão, funcionamento cognitivo, pessoal, espiritual, inter-geracional e familiar e desenvolver aptidões para lidar com outras exigências (Birren & Deutchman, 1991).

A partir de um estudo que se analisaram de forma sistemática os efeitos da autobiografia orientada, Reedy e Birren (1980) consideram que a construção da autobiografia contribui para melhorar a auto-aceitação, integração pessoal, diminuição da ansiedade e alteração da percepção dos outros.

A participação de idosos em workshops estruturados de escrita autobiográfica parece ainda melhorar os seus desempenhos em testes de memória visual e atenção (de Medeiros, Kennedy, Cole, Lindley, & O'Hara, 2007).

Botella e Feixas (1992-1993), baseando-se num estudo em que avaliaram idosos que participaram num grupo de autobiografia orientada, sugerem que estes apresentam uma mudança significativa e gradual no seu sistema de construção da autobiografia e que reduzem a distância entre o “eu

ideal” e o “eu” e entre o “eu ideal” e os outros, em comparação aos sujeitos do grupo de controlo.

Neste sentido, a autobiografia orientada pode ser considerada uma ferramenta terapêutica para promover a reconstrução de experiências na velhice com um impacto positivo ao nível do seu bem-estar.

Autobiografia orientada em contexto de grupo

A autobiografia orientada deve ser desenvolvida, preferencialmente, em contexto de grupo, sendo a gestão da dinâmica do mesmo essencial para favorecer o intercâmbio de histórias de vida entre os elementos. A experiência do grupo oferece aos participantes a oportunidade de rever semelhanças e diferenças das suas experiências com as dos outros.

Birren e Deutchman (1991) consideram que, no grupo de autobiografia orientada, a pessoa pode revelar aspectos e experiências que considerava secretos ou inaceitáveis, e que o grupo pode receber essas revelações com elevada aceitação fazendo, inclusivamente, revelações similares. As interações desenvolvimentais entre os participantes aumentam as revelações que os elementos fazem no grupo. O grupo pode ainda funcionar como um suporte social.

Autobiografia orientada: proposta de intervenção

Partindo da tendência desenvolvimental das pessoas mais velhas para recuperarem acontecimentos do passado e na contribuição das actividades de reminiscência, revisão de vida e autobiografia no bem-estar na velhice, apresenta-se uma proposta de dinamização da autobiografia orientada como estratégia de promoção do bem-estar na velhice. Com a autobiografia orientada pretende-se que o indivíduo: (1) recupere experiências significativas da sua vida; (2) identifique potencialidades, resistências e debilidades; (3) desenvolva um sentido de coerência da sua vida e (4) aceite e valorize a sua vida tal como a viveu.

Esta proposta de intervenção consiste na apresentação e dinamização de um conjunto de temas que funcionam como material que pode evocar experiências e emoções significativas, sendo valorizada a produção de reminiscências instrumentais e de integração. A selecção de temas para a autobiografia orientada baseou-se, sobretudo nos trabalhos de Afonso (2007), que desenvolveram um programa de reminiscência para idosos portugueses com sintomatologia depressiva e na proposta de autobiografia

guiada de De Vries, Birren e Deutchman, (1995). Os temas da autobiografia orientada pretendem fazer com que o exercício abranja as principais mudanças, acontecimentos e adaptações que a pessoa realizou ao longo da sua vida. Os temas propostos são: (1) Infância e história familiar; (2) Juventude; (3) Adulterez e pontos de bifurcação; (4) Educação e aprendizagens; (5) Relações interpessoais: encontros e desencontros; (6) Trabalho e carreira; (7) Identidade e auto-retrato e (8) Crenças e valores que dão sentido à vida. Estes temas podem ser adaptados às características do grupo /indivíduo.

Preferencialmente, a implementação desta proposta deve integrar um componente escrito, para facilitar a reflexão e valorização do passado, e deve ser desenvolvida em grupo (no caso de impedimentos e/ou características específicas, o programa pode ser aplicado individualmente e registado oralmente).

A proposta é composta por 10 sessões de autobiografia. Na sessão inicial é apresentado o programa e são definidas as regras do grupo através do envolvimento dos participantes. Na sessão final são apresentadas as autobiografias produzidas (a forma e destinatários da apresentação é definida com o grupo). Nas 8 restantes sessões são trabalhados os temas propostos (está pré-definida uma sessão por tema, no entanto, caso o grupo considere necessário, pode ser dedicada mais do que uma sessão extra a alguns temas). No final de cada uma das sessões é dado o tema da sessão seguinte (para que o indivíduo possa preparar o mesmo, recolher materiais, sistematizar e seleccionar informações). As sessões consistem numa introdução ao tema da sessão e na apresentação, por parte de cada um dos participantes, das suas reminiscências sobre o tema. Podem ainda ser lançadas, pelo dinamizador do grupo, questões para reflexão que pretendem: identificar e promover reminiscências de integração e instrumentais; identificar e reforçar a reminiscência de acontecimentos de carácter positivo; desenvolver visões abrangentes sobre os temas; recuperar memórias que não tenham surgido de forma espontânea.

No final de cada uma das sessões sobre os temas da autobiografia serão sistematizados/registados os materiais evocados. No final do processo compilam-se todos os materiais produzidos ao longo do processo de autobiografia orientada para produção de uma “autobiografia” que pode posteriormente vir a ser trabalhada ou pode constituir importante material pessoal de estimulação cognitiva. O quadro 1 apresenta as características gerais desta proposta de intervenção de autobiografia orientada.

Quadro 1

Características Gerais da Autobiografia orientada

Organização/Dinâmica	Em cada sessão é trabalhado um tema. No final da sessão é lançado o tema da sessão seguinte para que o indivíduo o possa preparar.
Duração	10 sessões (semanais ou quinzenais)
Participantes (Grupo)	5/6 participantes
Primeira reunião	Apresentação e discussão de aspectos relativos à organização.
Reuniões de Autobiografia	Duração: cerca de 60 minutos. Introdução ao tema. Cada elemento apresenta aspectos autobiográficos sobre o tema. Orientação na sistematização e organização dos conteúdos.
Última reunião	Apresentação das autobiografias (é decidido com o grupo de que forma e a quem se apresentam as autobiografias produzidas).

REFERÊNCIAS

- Afonso, R.M. (2007). *Efectos de la terapia de reminiscencia sobre la sintomatologia depresiva, la integridad del yo y el bienestar psicológico en población mayor portuguesa*. Tesis Doctoral. Universidad de Beira Interior, Portugal.
- Atchley R.C. (1989). A continuity theory of normal aging. *Gerontologist*, 29, 183-90.
- Birren, J.E., & Hedlund, B. (1987). Contributions of Autobiography to Developmental Psychology. In N. Eisenberg (Ed.), *Contemporary topics in developmental psychology* (pp. 394-415). New York: John Wiley & Sons.
- Birren, J.E., & Deutchman, D.E. (1991). *Guiding autobiography groups for older adults: Exploring the fabric of life*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot project. *Aging & Mental Health*, 9(4), 302-304.
- Botella, L., & Feixas, G. (1992-1993). The autobiographical group: A tool for the reconstruction of past life experience with the aged. *International Journal of Aging and Human Development*, 36(4), 303-319.
- Brewer, W.F. (1986). What is autobiographical memory? In D.C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp. 25-49). New York: Cambridge University Press.

- Butler, R.N. (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- Butler, R.N. (1974). Successful aging and the role of life review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 22, 529-535.
- Coleman, P.G. (1992). Personal adjustment in late life: Successful aging. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2, 67-78.
- Conway, M.A. (1997). Inventory experience memory identity. In J.W. Pennebaker, D. Paez, & B. Rimé (Eds.), *Collective memory of political events: Social psychological perspectives* (pp. 21-45). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- De Medeiros, K., Kennedy, Q., Cole, T., Lindley, R., & O'Hara, R. (2007). The impact of autobiographic writing on memory performance in older adults: A preliminary investigation. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(3), 257-261.
- De Vries, B., Birren, J.E., & Deutchman, D.E. (1995). Method and uses of the guided autobiography. In B. K. Haight & J. D. Webster (Eds.), *The art and the science of reminiscing: Theory, research methods, and applications* (pp. 165-177). Bristol, PA: Taylor & Francis.
- Erikson, E. (1959). *Identity and life cycle*. New York: International Universities Press.
- Georgemiller, R., & Maloney, H. (1984). Group life review and denial of death. *Clinical Gerontologist*, 2(4), 37-49.
- Hughston, G.A., & Merriam, S.B. (1982). Reminiscence: A nonformal technique for improving cognitive functioning in the aged. *International Journal of Aging & Human Development*, 15(2), 139-149.
- Klein, S.B., German, T.P., Cosmides, L., & Gabriel, R. (2004). A theory of autobiographical memory: Necessary components and disorders resulting from their loss. *Social Cognition*, 22(5), 460-490.
- Lieberman, M.A., & Tobin, S.S. (1983). *The experience of old age: Stress, coping, and survival*. New York: Basic Books.
- Reedy, M.N., & Birren, J.E. (1980). *Life review through guided autobiography*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Montreal, Quebec, Canada.
- Ryff, C.D., & Essex, M.J. (1991). Psychological well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory processes. In K.W. Schaie & M.P. Lawton (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 144-171. New York: Springer Publishing Company.
- Serrano, J.P., Latorre, J.M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*, 19(2), 272-277.

- Thornton, J.E. (2008). The guided autobiography method: A learning experience. *International Aging Human Development*, 66(2), 155-173.
- Thorsheim, H.I., & Roberts, B. (1995). Finding common ground and mutual social support through reminiscing and telling one's story. In B.K. Haight & J.D. Webster (Eds.), *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications* (pp. 193-204). Bristol, PA: Taylor & Francis.
- Vega, J.L., & Bueno, B. (1996). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Viney, L.L. (1989). Psychotherapy as shared reconstruction. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 3, 423-442.
- Watt, L., & Wong, P. (1991). A taxonomy of reminiscence and therapeutic implications. *Journal of Mental Health Counseling*, 12, 270-278.
- Wong, P.T.P., & Watt, L.M. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and Aging*, 6(2), 272-279.
- Wong, P.T.P. (1995). The processes of adaptive reminiscence. In B.K. Haight & J.D. Webster (Eds.), *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications* (pp. 23-35). Bristol, PA: Taylor & Francis.

ANÁLISE DOCUMENTAL SOBRE OS PROGRAMAS DE
INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO SEXUAL E PREVENÇÃO À
AIDS/ SIDA EM CONTEXTO ESCOLAR EM PORTUGAL E NO
BRASIL

Rosana Patané¹ / Maria Amélia Reis²

¹Universidade de Aveiro; ²Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO/RJ/Brasil)

Nos dedicamos a realizar um estudo centrado em verificar como os governos de Portugal e Brasil, ainda não se distanciaram por completo das prescrições, das normas e das regras que marcam as heranças dos discursos normalizadores no campo da sexualidade.

Para constatar tal afirmação, tomamos como técnica de recolha de dados a análise documental e para o tratamento dos discursos oficiais, a metodologia da análise de conteúdo. Os documentos selecionados foram: Relatórios do Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES 2005, 2007) no que se refere à Portugal e o Censo Escolar 2005 – Levantamento das ações em DST/AIDS, Saúde Sexual e Reprodutiva e Drogas (2007) no que se refere ao Brasil.

Investidos de tais procedimentos, fomos pouco a pouco desvelando a existência de instrumentos disciplinares por de trás de um discurso progressista e defensor dos aspectos directamente relacionados com a promoção de saúde, educação em direitos humanos e com o exercício da cidadania.

Vale ressaltar que apesar de todo o avanço das tecnologias de contraceção e, também, das tecnologias de comunicação de massa, em especial da micro informática, ao longo dos anos 90 e da primeira década deste século, não conseguiram atenuar as consequências negativas de um exercício sexual desprotegido, assim como, não conseguiu estabelecer de forma mais contundente um rompimento com os obstáculos de ordem sócio-cultural (comportamentos e as formas de pensamento homofóbicos e heterossexistas) que impedem que se edifique uma compreensão sólida sobre as diferentes formas de expressão da sexualidade e de seus novos costumes.

Deste modo, elegemos como o problema deste estudo a existência de uma contradição entre o que os documentos oficiais destacam em relação à Educação Sexual em contexto escolar, assente numa perspectiva de autonomia, responsabilização e a aquisição de competências pessoais e sociais para o exercício da sexualidade e a real intenção dos governos de Portugal e do Brasil quanto às estratégias e determinações relativas à sistematização do trabalho pedagógico.

Assim, os resultados de nossas análises nos mostraram que os discursos propalados pelos governos português e brasileiro embora sejam favoráveis e defensores da implementação de programas de educação sexual dentro de uma visão mais compreensiva, mais holística e mais emancipatória, e, portanto, mais próxima do que significa o exercício da cidadania sexual, dos direitos sexuais e reprodutivos e de uma plataforma ética sobre o valor da diversidade, da justiça social e da não-violência, de um modo geral, ainda não conseguiram se distanciar por completo das idéias que se coadunam com modelos normalizadores no campo das práticas educativas. As análises de conteúdo dos documentos que seleccionamos nos mostraram que o quadro legal e normativo de Portugal (GTES, 2005, 2007) e Brasil (Brasil, Censo Escolar, 2005) ainda estão constituídos por incongruências e contradições que inviabilizam o desenvolvimento de um modelo relacional e compreensivo sobre a educação sexual.

DISCUSSÃO

Começamos por apontar como uma das incongruências, o fato das propostas dos governos valorizarem em demasiado as ações directas de política de saúde em detrimento das dos aspectos relacionados com a personalidade humana, sob o pretexto de estarem trabalhando a nova perspectiva de modelo de atenção à saúde (Brasil, Censo Escolar, 2005). Destacamos este fato porque encontramos “sinais” de um pensamento alinhado com o que Foucault destaca como “medicalização dos corpos”, conforme o excerto abaixo:

“Temas como sexualidade, direitos reprodutivos e prevenção das DST e do HIV/aids encontram importantes referências na produção acadêmica e na reflexão que governos, organismos não-governamentais e organizações internacionais empreendem para fomentar comportamentos de prevenção e promoção da saúde e para a luta pelo controle da epidemia. Por outro lado, essas abordagens buscam ser ferramentas de transformação social, em que professores e alunos fazem parte de um contexto interativo de sujeitos sociais [...] A preocupação por incorporar políticas de prevenção de DST/HIV/aids nos ambientes escolares do país, o fato de ter sido criado um programa que articula esforços do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, na incorporação de conteúdos sobre saúde e

sexualidade no currículo do ensino fundamental e do ensino médio, significa vigorosa conquista na trajetória de mobilização da sociedade brasileira para controlar e diminuir os efeitos da epidemia de HIV/aids, (...)” (Brasil, Censo Escolar 2005, p. 11).

As preocupações do governo brasileiro estão centradas em novos intervenientes que vêm atuando sobre os processos de socialização e formação das identidades dos cidadãos neste início de século XXI e, principalmente, com a população de 10 a 24 anos em função dos altos índices de infecção por HIV/DST (VIH/SIDA) não só por vias sexuais, mas, por transmissão vertical, além dos altos índices de gravidez indesejada na adolescência e do aumento das práticas de aborto clandestino, segundo Berquó (2005, cit. por Brasil, Ministério da Saúde e da Educação, 2007).

O comportamento sexual dos jovens brasileiros, segundo esse mesmo estudo de Berquó revelou que a idade com que as jovens do sexo feminino costumavam ter a sua primeira relação sexual deixou de ser acima dos 16 anos como era apontado entre os anos de 1991 e 2000 e passou a rondar a faixa dos 13 aos 15anos, conforme o Censo Escolar 2005:

“Os dados disponíveis sobre a iniciação sexual dos adolescentes, que ocorre, em termos nacionais, entre os 14 e os 15 anos para meninos e meninas respectivamente, constitui também um fator importante de conscientização entre os gestores federais, estaduais e municipais para tomar medidas que visem ao desenvolvimento da saúde integral a partir dos espaços escolares e um alerta para a necessidade de se encontrar meios mais eficazes para a educação sexual dos jovens” (Brasil, Censo Escolar 2005, p. 11).

Em se tratando dos Relatórios Preliminar e Final do GTES (2005, 2007) a perspectiva da Educação para a Saúde é o principal mote do Despacho n.º 19737/ 2005 (2.ª série) que anuncia em seu primeiro parágrafo que: “entre os objectivos prioritários de política educativa, a promoção da saúde global da população escolar, é nomeadamente uma das múltiplas responsabilidades da escola actual [...] no que respeita à educação para a saúde, para a sexualidade e para os afectos” (p. 1).

No mesmo Despacho é mencionado que o Relatório do GTES segue as considerações e as recomendações do DL 259/2000, como também, do documento *Linhas Orientadoras*, apesar do mesmo ter sido contestado e ter sido alvo de críticas, por veicular a aplicação de temáticas delicadas em relação a manifestação da sexualidade para a aceitação da comunidade escolar e dos pais, conforme se afirma no referido Despacho:

“Considerando ainda a sensibilidade com que as temáticas em apreço são acolhidas na opinião pública, importa que a definição dos modelos de aplicação e a efectivação de uma educação sexual em meio escolar sejam alicerçadas nas orientações de um conjunto de especialistas nestas matérias.

Nesse sentido, importa, desde já, criar um grupo de trabalho no âmbito do Ministério da Educação com o objectivo de estudar e propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar, na perspectiva da promoção da saúde escolar” (Despacho n.º 19737/ 2005, 2.ª série, p. 1) (GETS, 2005).

O GETS em seu Relatório Preliminar de 2005 se preocupou em apresentar a nova perspectiva de dinâmica curricular que se pretendia implementar para servir de base para a realização de ações educativas que tratam de assuntos transversais como é o caso do tema da sexualidade. Assim, julgamos importante apresentar em forma de citação, a visão que o Ministério da Educação de Portugal defende que seja desenvolvida para o fomento da Educação para a Saúde, que se concentra numa dinâmica curricular que tem como foco:

“*As alternativas*, ou seja, a forma de ajudar crianças e adolescentes na procura de modos alternativos de lidar com a ansiedade, com o stress, com a depressão, com o tédio, com o relacionamento com o outro género, bem como com os desafios da vida em geral, sem recurso a comportamentos desajustados de “*externalização*”: consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas) e violência, ou os comportamentos desajustados de “*internalização*” (depressão, sintomas físicos, ansiedade) ou ainda a uma sexualidade ligada ao risco (gravidez não desejada e IST’s (Infecção Sexual Transmitida, p.e.). A nova dinâmica curricular beneficiará se tiver como objectivo último *a autonomia, a responsabilização e a participação activa dos jovens* na construção do seu futuro com saúde e bem-estar” (GTES, 2005, pp. 4-5).

Um outro ponto de incongruência se ressaltou em nossas análises foi a intenção dos governos de manterem instrumentos disciplinadores no trabalho de sistematização pedagógica a partir de um controle sobre os agentes educativos escolares. Um traço que revitaliza os modos tradicionais de trabalharem os processos educativos e de socialização através da escola, que muito se difundiu em Portugal e no Brasil durante os regimes de Ditadura (Portugal atravessou um período de Ditadura entre 1926 e 1974 e o Brasil um regime de Ditadura de 1930-1934 – Ditadura do Estado Novo – e de Ditadura Militar entre 1964 e 1985).

O exemplo deste traço é a exigência que os documentos exprimem sobre o professor, ao explicitar que os mesmos devem ter não só formação específica, o que é bastante pertinente para se trabalhar o tema em contexto escolar, mas, uma postura e um perfil ideal, que se alinhe aos objetivos pretendidos pelos órgãos de gestão educativa e das organizações internacionais.

A aquisição de uma postura e de um perfil específico pelo professor são vistas como um conjunto de prescrições e de recomendações, mas que um aspecto importante para se garantir um processo de ensino e de aprendizagem no campo da sexualidade pautado na criatividade, na imaginação, nos afetos, na autonomia, na liberdade de expressão e de pensamento, na independência e na coerência.

CONCLUSÃO

A grande incongruência que realçamos consiste na estratégia dos governos de saberem utilizar de modo funcional o discurso que se alinha com a compreensão do exercício da sexualidade dentro de uma visão crítica, reflexiva, emancipatória e holística aos ditames e aos interesses das políticas de regulação visando a coesão social. Uma estratégia imposta pelos valores do capitalismo, que mesmo hoje, na era da globalização não se distanciaram da herança dos modelos de normalização das sociedades disciplinares impostos a instituições sociais como a escola e a família nos séculos XVIII e XIX, que encararam a questões do campo da sexualidade como um “negócio de Estado” (Foucault, 2003).

Salientamos assim, que os governos aqui estudados ao enfatizarem a importância dos aspectos relacionados com as competências dos docentes para atuar com o tema em questão, são expressivos e taxativos quando se referem que estes devem adquirir um perfil e uma postura adequados, como também, a habilidade de saberem estar atentos e vigilantes para os mínimos sinais de manifestação da sexualidade apresentados pelos educandos dentro do espaço escolar, o que realça a herança do pensamento normalizador.

O professor, deste modo, continua a ser alvo não só da prescrição, mas de um processo de moldagem e de modelagem no sentido de aprender a ser alerta e vigilante para as diferentes formas de expressão da sexualidade que os alunos venham a apresentar no âmbito escolar, porque é a figura do professor (o educador) que movimenta os objetivos da Educação Sexual, no entanto, transparece a incongruência quando os próprios documentos,

ao mesmo tempo que incentivam que o professor detenha de autonomia e de reflexão crítica, também se submeta à função de “fiscal” e de “moderador” das manifestações do comportamento sexual como forma de controle social.

Por fim, os documentos são contraditórios quanto ao que realmente desejam em relação ao trabalho pedagógico dos professores face ao tema da Educação Sexual. Pois, de um lado, realçam que o professor deve buscar conhecimentos que lhe permitam trabalhar com os educandos idéias sobre atitudes e aquisição de valores democráticos e pluralistas, bem como de responsabilidades que se implicam às questões de saúde sexual e saúde reprodutiva, e, por outro lado, os mesmos documentos, salientam claramente a obrigação que cabe ao professor de se preocuparem com a sua postura para o desempenho com o tema que não venha colidir com os objetivos das políticas disseminadas pelo Estado.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Censo Escolar 2005 – Levantamento sobre as ações em DST/Aids, Saúde Sexual e Reprodutivas e Drogas (2007). *Instrumento do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: Atitude pra curtir a vida (SPE)*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO, UNICEF, UNFPA.
- Brasil. Diretrizes para *Implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: Atitude pra curtir a vida – SPE* (2007). Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Série Manuais, nº77. Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO, UNICEF, UNFPA.
- Foucault, M. (2003). *A História da sexualidade I – A vontade de saber*. São Paulo: Editora Graal.
- GTES. (2005). Relatório Preliminar do Grupo de Trabalho de Educação Sexual criado no âmbito do Despacho 19737/2005. Lisboa. Consultado a Julho de 2008 em http://www.dgdc.min-edu.pt/EducaçãoSexual/Relatório_Preliminar_ES_31-10-2005.pdf
- GTES. (2007). Relatório Final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Lisboa. Consultado a Julho de 2008 em http://www.dgdc.min-edu.pt/EducaçãoSexual/Relatório_Preliminar_ES_07_09_2007.pdf.
- Hiernaux, J.P. (2005). Análise estrutural de conteúdos e modelos culturais: aplicação a matérias volumosas. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais* (2ª ed., pp. 156-187). Lisboa: Gradiva.

AVALIAÇÃO DA ESCALA DE OTIMISMO APLICADA A
UNIVERSITÁRIOS DO AMAZONAS/BRASIL

*Rosenir de Souza Lira¹ (leponat@hotmail.com) / Suely Aparecida do
Nascimento Mascarenhas¹ / Denise Machado Duran Gutierrez¹ /
Iolete Ribeiro da Silva¹ / José Luís Pais Ribeiro²*

¹Universidade Federal do Amazonas; ²Universidade do Porto

O otimismo é um fenômeno psicossocial que afeta, condiciona e determina as ações das pessoas diante das suas circunstâncias de vida. É uma expressão derivada de ótimo; do latim “optimus”, forma sincopada de “opitumus” (que possui muitas “opes” – riquezas, dons, recursos). Passou a ser empregado como superlativo de “bônus” (bom). É considerado um sentimento ou atitude fundamental que leva o sujeito a visualizar sempre as pessoas, as coisas e as situações, sob suas perspectivas boas, agradáveis, positivas (Ávila, 1985). Entendido também como a atitude de julgar tudo o melhor possível, tendência a achar tudo bem (Bueno, 1986).

É um fenômeno que se opõe ao sentimento e atitude pessimista que leva o indivíduo a supervalorizar os aspectos negativos e sombrios de circunstâncias pessoais e coletivas. O otimista e o pessimista vêem a mesma coisa sob ângulos diferentes, razão pela qual reagem de modo diferente. O otimismo não é uma atitude ingênua, uma vez que a pessoa percebe claramente os obstáculos, todavia analisa as circunstâncias e entende que tem potencial para avançar positivamente em suas aspirações. Usualmente as pessoas adotam uma orientação predominante positiva ou negativa. Tal comportamento é condicionado por sua trajetória de vida bem como fatores educativos que a caracterizam. O pessimismo pode funcionar como inibidor da ação e proporcionar desenvolvimento do senso crítico. O otimismo pode ser positivo, todavia quando sucumbe para a ingenuidade pode conduzir a desilusões e à inseqüência de atitudes nocivas ao bem-estar psicossocial dos indivíduos e da sociedade (Ávila, 1985). Numa perspectiva filosófica, o otimismo pode ser entendido como “a convicção segundo a qual o mundo não é isento do mal, nem o melhor possível, mas em vias de aperfeiçoamento e melhoramento” (Clément, Demonque, Hansen-Love, & Kahn, 1994, p. 282).

Nos paradigmas conceituais da Psicologia da Saúde o fenômeno do otimismo é estudado no sentido de apoiar a compreensão sobre o bem-estar psicossocial dos indivíduos numa perspectiva ecológica e holista uma vez que o ser humano é um organismo cujo comportamento é afetado

por vários fatores (físicos, sociais, emocionais, psicológicos e afins) que condicionam seu bem-estar e sua saúde em sentido amplo (Ribeiro, 2005; 2007; WHO, 1948; 1986). Este trabalho, uma continuação de estudos anteriores (Lira, Mascarenhas, Silva, Caminha, & Ribeiro, 2009), tem como propósito ampliar a oferta de informações sobre este domínio da investigação em ciências humanas originadas do contexto que caracteriza a sociodiversidade Amazônica (Brasil, 1988).

MÉTODOS

Participantes

Este trabalho conta com a participação voluntária de 442 sujeitos. Destes 63,8% do sexo feminino e 36,2% do sexo masculino; as idades estão compreendidas entre 18 e 55 anos ($M=25,20$; $DP=1,35$); destes 84,6% são estudantes e 15,4% professores, além de estudantes universitários. Quanto à etnia 22,2% declararam-se brancos, 10,4% negros, 54,8% pardos, 2% indígenas, 0,5% brasileiros e 10,2% não declararam a etnia.

Material

O instrumento utilizado para coleta dos dados analisados neste estudo é a Escala de Otimismo e Orientação Para a Vida (Scheier, Carver, & Bridges, 1994) na versão estudada e apresentada por Ribeiro e Pedro (2006). A escala está constituída por 10 itens dos quais 4 são distratores (2, 5, 6 e 8); 3 itens medem a orientação negativa (3, 7 e 9) e 3 itens que medem a orientação positiva (1, 4 e 10). Os itens são respondidos com cinco opções: 1, discordo totalmente; 2, discordo; 3, neutro; 4, concordo e 5, concordo totalmente.

Procedimentos

Os dados apresentados e analisados nesta investigação de caráter transversal foram coletados com a aplicação da Escala de Otimismo a estudantes universitários da Amazônia nos exercícios acadêmicos do segundo semestre de 2008 e primeiro semestre de 2009. Os sujeitos foram escolhidos aleatoriamente e a participação foi voluntária. A atividade de coleta dos dados foi realizada em horário de aula cedido pelos professores.

O instrumento foi respondido individualmente pelos participantes da amostra após serem informados dos objetivos, observando procedimentos éticos vigentes. O tempo de resposta não ultrapassou 10 minutos.

RESULTADOS

A fiabilidade da escala de expectativas/esperança aplicada à amostra em estudo (método *alpha de cronbach*) foi de 0,44 para o fator de orientação negativa e de 0,62 para o fator de orientação positiva, indicadores considerados regulares para a investigação nas ciências humanas. Da análise da *Anova* realizada não foram identificadas diferenças estatisticamente significativa de gênero junto a amostra em estudo.

Quadro 1

Estrutura fatorial Escala de Otimismo e Orientação Para a Vida (n= 442; Amazônia)

Item	Características do item	Fator 1	Fator 2
		Orientação Positiva	Orientação Negativa
1	Em momentos difíceis espero sempre o melhor.	0,78	
4	Sou sempre otimista acerca do meu futuro	0,75	
10	Em geral, espero sempre que me aconteçam mais coisas boas que ruins.	0,72	
9	Raramente espero que me aconteçam coisas boas.		0,73
3	Se houver a mínima hipótese de alguma coisa correr mal, tenho certeza que correrá.		0,66
7	Quase nunca espero que as coisas corram como eu quero.		0,65
	Valor próprio	1,94	1,22
	Variância % do Fator	32,25%	20,25%
	Variância total 2 fatores	52,50%	

Nota. Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

No Quadro 1, é possível constatar a estrutura fatorial obtida a partir do modelo proposto por Ribeiro e Pedro (2006). No Quadro 2 estão registrados os valores indicadores das médias e desvios padrão do total de itens válidos da Escala de Otimismo e Orientação para a vida. Orientação

positiva (1, 4 e 10) e orientação negativa (9, 3 e 7). Da análise dos resultados constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para a variável de agrupação gênero.

Quadro 2

Média e desvio padrão dos itens da Escala de Otimismo e Expectativas (N=442; variável de agrupação: Gênero)

Itens	Características	Sexo	N	M	DP
Orientação positiva					
1	Em momentos difíceis espero sempre o melhor.	Fem.	282	2,06	1,16
		Mas.	160	2,11	1,13
4	Sou sempre otimista acerca do meu futuro	Fem.	282	1,97	1,11
		Mas.	160	1,88	1,08
10	Em geral, espero sempre que me aconteçam mais coisas boas que ruins.	Fem.	282	1,79	1,18
		Mas.	160	1,69	1,13
Orientação negativa					
9	Raramente espero que me aconteçam coisas boas.	Fem.	282	3,54	1,40
		Mas.	160	3,41	1,54
3	Se houver a mínima hipótese de alguma coisa correr mal, tenho certeza que correrá.	Fem.	282	3,42	1,17
		Mas.	160	3,38	1,06
7	Quase nunca espero que as coisas corram como eu quero.	Fem.	282	3,34	1,18
		Mas.	160	3,23	1,21

DISCUSSÃO

Da análise dos dados apurados pode-se afirmar que os objetivos do estudo foram atingidos de modo satisfatório. As propriedades métricas do instrumento, dadas as características e proporções da amostra, podem ser consideradas satisfatórias para o estudo em causa.

Os resultados sugerem que a orientação manifestada pelos integrantes da amostra por ocasião da coleta dos dados é predominantemente negativa, tendo em conta o registro de valores elevados das médias dos itens correspondentes à orientação negativa (9, 3 e 7) em contraste com os valores relativos à orientação positiva (1, 4 e 10) (Quadro 2).

Os indicadores apresentados neste trabalho podem ser úteis a lideranças acadêmicas que atuam com orientação educativa, apoiando estudos que visem criação de projetos de interesse da área. Em síntese, o instrumento pode ser utilizado para a finalidade a que se propõe, podendo apoiar outros estudos neste domínio das Ciências Humanas.

REFERÊNCIAS

- Ávila, F.B. (1985). *Pequena enciclopédia de moral e civismo*. Rio de Janeiro: FENAME.
- Bueno, F S. (1986). *Dicionário escolar da língua portuguesa* (11ª ed.). Rio de Janeiro: FAE.
- Clément, E., Demonque, C., Hansen-Love, L., & Kahn, P. (1994). *Dicionário prático de filosofia*. Lisboa: Terramar.
- Lira, R.S., Mascarenhas, S., Silva, A.Q., Caminha, I.S., & Ribeiro, J.L.P. (2009). Avaliação do otimismo de universitários do Amazonas. In S.N. Jesus, I. Leal, & M. Rezende (Coords). *Actas I Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 125-134). Faro: APPS, Universidade do Algarve.
- Ribeiro, J.L., & Pedro, L. (2006). Contribuição para a análise psicométrica e estrutural da escala revista de avaliação do otimismo (escala de orientação para a vida revista-Lot-R) em doentes com esclerose múltipla. In I. Leal, J.L.P. Ribeiro, & S.N. Jesus (Eds.), *Actas 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 133-139). Lisboa: ISPA.
- 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.
- Scheier, M., Carver, C., & Bridges, W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (a trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- WHO. (1948). *Official Records of the world Health Organization*, n. 2, United Nations, World health Organization. Geneve: Interim comission.
- WHO. (1986). *Health promotion: Concepts and principles in action, a policy framework*. Geneve: WHO.

AValiação DO BEM-ESTAR SUBJETIVO DE ESTUDANTES DO AMAZONAS (BRASIL)

*Rosenir de Sousa Lira*¹ (leponat@hotmail.com) /
*Suely A. do N. Mascarenhas*¹ / *Denise Machado Duran Gutierrez*¹ /
*Luís Sérgio Vieira*² / *Saul Neves de Jesus*² / *Rebeka Silva Aguiar*¹

¹Universidade Federal do Amazonas; ²Universidade do Algarve

O serviço de coordenação de atividades de ensino-pesquisa-extensão que caracterizam o trabalho acadêmico pode beneficiar-se do estudo do bem-estar subjetivo dos estudantes para orientar suas decisões de orientação e tutoria universitária. Tal concepção sustenta-se na literatura da área onde se verifica que o comportamento humano é afetado, condicionado e determinado por um conjunto de variáveis cognitivas, pessoais e contextuais dentre estas as psicológicas e emocionais.

Este texto introdutório, fruto de um estudo piloto está dividido em duas partes: (i) a primeira parte apresenta uma abreviada revisão do conceito de bem-estar subjetivo ponderando sobre a sua pertinência para a gestão do ensino superior e (ii) a segunda parte registra uma avaliação e análise preliminar de características psicométricas dos instrumentos de avaliação utilizados, verificadas a partir dos dados obtidos junto ao grupo amostral em causa.

O trabalho tem como um dos seus propósitos ampliar a base de informações e conhecimentos com sustentação empírica acerca do grupo focal estudantes em contexto universitário, notadamente no interior da Amazônia/Amazonas/Brasil atendidos por uma nova Instituição Federal de Ensino Superior localizada em Humaitá, Sul do Amazonas.

Conceito de bem-estar subjetivo

A literatura especializada situa o bem-estar subjetivo como uma dimensão positiva da saúde. É um conceito que vem sendo cunhado recentemente e que abarca investigações de vários domínios da psicologia em especial a psicologia social, a psicologia da saúde e a psicologia clínica (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

A natureza do conceito de bem-estar subjetivo é inerente a cada pessoa que lançando mão de variáveis afetivas, cognitivas, emocionais, psicológicas, circunstanciais ou contextuais, define o grau de satisfação com a própria vida e que de certa forma se torna uma percepção pessoal estável ao longo do tempo (Siqueira, Chiuzi, Padovan, Fonseca, & Santos, 2006; Siqueira,

Jesus, & Oliveira, 2007). O bem-estar subjetivo foi definido por Diener (2000) como um construto multidimensional que se compõe pela satisfação geral com a vida compreendendo afetos positivos e afetos negativos e relaciona-se com a compreensão de uma atitude proativa em prol da prevenção e promoção de ações individuais, coletivas e contextuais que se concretizam no usufruto da saúde em sentido amplo (Galinha, & Pais-Ribeiro, 2005; Galinha, 2008; Ribeiro, 2005, 2007, 2008, 2009; Siqueira, 2009; Vieira, 2009). Um nível aceitável de bem-estar subjetivo verifica-se quando a pessoa identifica mais experiências de afetos positivos que experiências de afetos negativos avaliando sua vida como satisfatória para seus padrões pessoais.

Compreendemos que a gestão do ensino que considere como uma prioridade o diagnóstico, avaliação e gestão do bem-estar subjetivo do estudante em todas as esferas. Deste modo, a gestão acadêmica do ensino superior pode favorecer a melhoria dos indicadores da universidade otimizando as condições que caracterizam o clima e a infra-estrutura logística institucional no sentido de favorecer condições para a eficiência e a eficácia das atividades acadêmicas a partir da melhoria dos indicadores que afetam, condicionam e determinam o bem-estar subjetivo dos estudantes na universidade. O estudante que usufrui de um contexto universitário onde sinte-se bem, onde é acolhido, reconhecido, aceito e apoiado de acordo com suas características e necessidades, pode concentrar energias e atenção no aprofundamento e qualidade de suas atividades de estudo-pesquisa-extensão elevando a qualidade acadêmica da instituição fortalecendo sua responsabilidade social.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi composta por 110 estudantes universitários do sul do Amazonas, matriculados na Universidade Federal do Amazonas, Campus Vale do Rio Madeira e Universidade do Estado do Amazonas, Campus avançado de Humaitá. Com idades situadas nos intervalos de 18 a 53 anos ($M=26,64$; $DP=7,01$), 65 estudantes são do sexo feminino (61,9%) e 45 estudantes do sexo masculino (38,1%), sendo 75 da UFAM (68,2%) e 35 da UEA (31,8%).

Destes, 20 são matriculados no curso de letras (18,2%), 20 no curso de biologia/química (18,2%), 20 no curso de matemática/física (18,2%), 35 (31,8%) no curso de agronomia e 15 (13,6%) no curso de Tecnologia e análise de sistemas – TADS.

Quanto ao rendimento acadêmico, 9 (8,2%) registram uma média de rendimento baixo (0 a 5 pontos), 51 (26,4%) um rendimento médio (5,1 a 7,0 pontos), 32 (29,1%) rendimento médio alto (7,1 e 8 pontos) e 14 (12,7%) rendimento alto (acima de 8 pontos). 47,2% estão devendo matérias e 52,8% não estão devendo matérias variando de 1 a 9 matérias em pendência com relação ao cronograma do curso. 40 (41,9%) são empregados, 37 (33,6%) são desempregados, 15 (13,6%) são bolsistas e 9 (8,2%) são autônomos. 46,8% praticam atividades físicas e 52,3% não praticam atividades físicas. Com relação à convivência na universidade, 1,8% afirmam não ter amigos; 4,6% afirmam ter um amigo; 1,8% afirmam ter dois amigos e 91,7% afirmam ter mais de dois amigos.

Material

Os dados foram obtidos por meio da aplicação da *Escala de Afetividade Positiva e Negativa* (PANAS – *Positive and Negative Affect Schedule*) para medir a vertente afetiva do bem-estar subjetivo e a *Escala de Satisfação Com a Vida* (SWLS – *Satisfaction With Life Scale*) para avaliar a componente cognitiva do bem-estar subjectivo.

Procedimentos

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

RESULTADOS

Ao realizar a análise e avaliação dos dados relativos às amostras de estudantes da UFAM ($n=75$) e UEA ($n=35$), constatamos que os objetivos para esta etapa da pesquisa foram atingidos de modo satisfatório. As informações sobre afetividade positiva e negativa manifestada pelo conjunto de estudantes que integram a amostra apresentam propriedades psicométricas fiáveis o suficiente para investigações desta natureza no domínio das ciências humanas e sociais, tendo-se obtido um coeficiente de *Alpha de Cronbach* de 0,63 na PANAS, sendo que para a afetividade positiva a fiabilidade é de 0,49 e para a afetividade negativa 0,85. Na SWLS verificamos uma consistência interna de 0,73. Da *Anova* realizada verificamos a ocorrência de diferenças de gênero com significação estatística no que se refere à manifestação de afetividade positiva: *ativo/a* [$F(4,620)$; $p=0,034$]; *emocionado/a* [$F(5,862)$; $p=0,017$] e *decidido/a* [$F(6,021)$; $p=0,016$] favoráveis ao sexo feminino. Nos quadros 1, 2 e 3, registram-se indicadores de média e desvio padrão dos itens individuais relativos à escala PANAS (Quadros 1 e 2) e escala SWLS (Quadro 3).

Quadro 1

Valores das médias e desvios padrão obtidos em cada item relativo à afetividade positiva – PANAS (n= 110 estudantes; variável de contraste: sexo)

Itens	Sexo	N	M	DP
1. Interessado/a	Fem.	65	3,75	0,90
	Mas.	39	3,53	0,99
3. Estimulado/a, animado/a	Fem.	65	3,41	1,07
	Mas.	39	3,20	1,03
5. Forte	Fem.	65	3,52	1,14
	Mas.	39	3,28	1,07
9. Entusiasmado/a; arrebatado/a	Fem.	65	3,15	1,10
	Mas.	39	3,33	1,15
10. Orgulhoso/a	Fem.	65	2,95	1,39
	Mas.	39	3,17	1,16
12. Atento/a	Fem.	65	4,27	1,98
	Mas.	39	3,17	1,14
14. Inspirado/a	Fem.	65	3,29	1,11
	Mas.	39	3,25	1,14
16. Decidido	Fem.	65	3,75	1,00
	Mas.	39	3,29	1,13
17. Atencioso	Fem.	65	3,66	1,14
	Mas.	39	3,43	0,88
19. Ativo/a; Mexido/a; Virado/a	Fem.	65	3,20	1,20
	Mas.	39	2,69	1,10
21. Emocionado/a	Fem.	65	2,76	1,38
	Mas.	39	2,15	0,98

Da análise dos valores apurados nas médias e desvios padrão relativos aos itens correspondentes à manifestação de afetividade positiva, contata-se a ocorrência de diferenças significativas nos itens: 12. *Atento/a* ($M=4,27$; $DP=1,98$), 16. *Decidido/a* ($M=3,75$; $DP=1,00$) e 19. *Ativo/a* ($M=3,20$; $DP=1,20$), favoráveis ao sexo feminino.

Quadro 2

Valores das médias e desvios padrão obtido em cada item relativo a afetividade negativa – PANAS (n= 110 estudantes; variável de contraste: sexo)

Itens	Sexo	N	M	DP
2. Afrito/a	Fem.	65	2,58	1,18
	Mas.	39	2,48	1,09
4. Aborrecido/a	Fem.	65	2,15	1,16
	Mas.	39	2,35	0,95
6. Culpado/a	Fem.	65	1,87	1,19
	Mas.	39	2,20	1,30
7. Assustado/a	Fem.	65	1,89	1,17
	Mas.	39	2,02	0,90
8. Hostil; inimigo/a	Fem.	65	2,02	1,11
	Mas.	39	1,64	0,94
11. Irritado/a	Fem.	65	1,82	1,34
	Mas.	39	2,07	0,97
13. Envergonhado/a	Fem.	65	1,89	1,14
	Mas.	39	1,92	1,24
15. Nervoso/a	Fem.	65	2,40	1,33
	Mas.	39	2,33	1,10
18. Agitado/a	Fem.	65	2,60	1,36
	Mas.	39	2,46	1,09
20. Medroso/a	Fem.	65	1,95	1,21
	Mas.	39	1,79	1,05
22. Magoado/a	Fem.	65	2,04	1,39
	Mas.	39	2,10	1,20

Como é possível comprovar (Quadro 2), os valores de média e desvio padrão apurados da maioria dos itens não registram diferenças de gênero significativas entre os participantes da amostra no que se refere a manifestação de afetividade negativa.

Como é possível verificar nos dados contidos no Quadro 3, referentes a indicadores de média e desvio padrão apurados, que não foram registradas diferenças significativas com relação a variável de agrupamento gênero, na percepção de satisfação com a vida dos sujeitos que integram esta amostra.

Quadro 3

Valores das médias e desvio padrão obtido em cada item relativo à satisfação com a vida – SWLS (n=110 estudantes; variável de contraste: sexo)

Itens	Sexo	N	M	DP
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, como o que eu desejava que ela fosse.	Fem.	65	2,95	1,28
	Mas.	39	2,87	1,19
2. As minhas condições de vida são muito boas.	Fem.	65	3,10	1,32
	Mas.	39	3,00	1,21
3. Estou satisfeito com a minha vida.	Fem.	65	3,60	1,27
	Mas.	39	3,56	1,31
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejo.	Fem.	65	3,49	1,39
	Mas.	39	3,51	1,18
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria nada.	Fem.	65	2,80	1,44
	Mas.	39	2,82	1,41

DISCUSSÃO

Os resultados nos grupos de estudantes que integram a amostra estudada registraram diferenças significativas na afetividade positiva favoráveis aos estudantes do gênero feminino na escala PANAS. Não foram registradas diferenças significativas de gênero com relação à escala de satisfação com a vida (SWLS). A avaliação dos resultados psicométricos deste estudo piloto, demonstra que os instrumentos utilizados são adequados para o diagnóstico a que se propõe. Os instrumentos podem apoiar o trabalho de diagnóstico de gestores de contextos acadêmicos interessados na programação de ações para intervenções que possam otimizar a estrutura logística e de orientação educativa que favoreça a melhoria dos indicadores de bem-estar subjetivo de estudantes universitários, o que pode exercer efeitos positivos sobre o rendimento nas atividades de estudo-pesquisa-extensão favorecendo o cumprimento da missão institucional da universidade e de sua responsabilidade social e acadêmica (Brasil, 1988).

REFERÊNCIAS

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Congresso Nacional.

- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Galinha, I.C., & Ribeiro, J.L.P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5(2), 203-214.
- Galinha, I.C. (2008). *Bem-estar subjectivo factores cognitivos, afetivos e contextuais*. Porto: Porto Editora.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Lisboa: 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. Jesus, & C. Nunes (CoordS.). *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Siqueira, M.M.M., Chiuzi, R.M., Padovam, V.A.R., Fonseca, F.L.S., & Santos, F.D.G. (2006). Bem-estar subjectivo e otimismo entre universitários. In I. Leal, J.L.P. Ribeiro, & S.N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 37-41). Lisboa: ISPA Edições.
- Siqueira, M.M.M., Jesus, S.N., & Oliveira, V.B. (2007). *Psicologia da Saúde, Teoria e Pesquisa*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo.
- Siqueira, M.M.M. (2009). Bem-estar no trabalho. In J.P. Cruz, S.N. Jesus, & C. Nunes (CoordS.). *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 249-264). Alcochete: Textiverso.
- Vieira, L.S. (2009). O trabalho dá saúde? In J.P. Cruz, S.N. Jesus, & C. Nunes (CoordS.). *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 267-284). Alcochete: Textiverso.