



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

ACTAS DO 3.º CONGRESSO
DA ORDEM
DOS **PSICÓLOGOS**
PORTUGUESES



ORDEM DOS PSICÓLOGOS
PORTUGUESES
2017



Editor: Ordem dos Psicólogos Portugueses

Prefixo de Editor: 978-989-99037

Título: Actas do 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses

Coordenadores: Telmo Mourinho Baptista, Miguel Ricou, Francisco Miranda Rodrigues, David Neto, Teresa Espassandim, Ana Teresa Ramos, Miguel Oliveira, Nuno Baptista e Tânia Almeida

ISBN: 978-989-99037-7-7

Sugestão de Citação:

Ordem dos Psicólogos Portugueses (Ed.) (2016). *Actas do 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Autor(es) (2016). Título do Artigo. In *Actas do 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa, 28 Setembro 2016 a 1 de Outubro 2016* (pp. XX-XX). Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Especial Agradecimento

A Constança Paúl, Presidente da Comissão Científica do Congresso e a Silvia Amado Cordeiro, por toda a dedicação e empenho.

Nota:

O cumprimento das normas APA foi da responsabilidade dos autores.



Prefácio

O 3º Congresso Nacional da Ordem dos Psicólogos Portugueses, realizado no Porto, em Setembro de 2016, foi um evento marcante para a psicologia em Portugal com mais de 1.800 participantes, de 30 países, 800 comunicações. A diversidade de temas apresentados e discutidos, de projectos comunicados pelos profissionais e a cada vez maior partilha na procura de soluções para os problemas da profissão fizeram da terceira edição do nosso Congresso um momento alto da vida da OPP. O Congresso também se abriu mais ainda a profissionais de fora da psicologia e aos decisores políticos. A cidade do Porto foi a anfitriã do primeiro Congresso descentralizado.

Com o livro de actas do 3.º Congresso finalizamos o ciclo deste evento e abrimos as portas do 4.º Congresso. A publicação destas actas regista assim de forma permanente o contributo de muitos daqueles que trabalharam para o sucesso do 3.º Congresso com as suas comunicações.

Albert Einstein disse um dia “Existe uma coisa que uma longa existência me ensinou: toda a nossa ciência, comparada à realidade, é primitiva e inocente; e, portanto, é o que temos de mais valioso.” O registo que constitui este livro de actas do 3.º Congresso é uma afirmação da psicologia como ciência e da profissão de psicólogo como baseada na evidência científica, aspecto basilar para o nosso desenvolvimento profissional e para a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos.

Muito obrigado a todos os que tornaram este evento um sucesso!

A Psicologia na Prevenção e Promoção do Desenvolvimento das Pessoas e o seu contributo para a Coesão Social e Desenvolvimento Económico é o mote para o próximo Congresso da OPP, onde é essencial que os psicólogos se mobilizem para a submissão do trabalho que fazem todos os dias, conheçam o que de melhor se faz em Portugal e no Mundo e participem na discussão dos problemas e soluções para a profissão.

Até Braga, no 4.º Congresso Nacional da OPP.

FRANCISCO MIRANDA RODRIGUES
Bastonário da Ordem dos Psicólogos Portugueses

ADAPTAÇÃO, APRENDIZAGEM
E INCLUSÃO



Literacia sobre o Papiloma Vírus Humano (HPV) e Cancro do Colo do Útero (CCU): estudo exploratório em estudantes da área da saúde do ensino superior

Ana Maria Galvão^{1, 2, 3}, Cátia Costa¹, Maria José Gomes¹ & Ana Rita Noné⁴

1. *Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança, Portugal*

2. *Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde.*

3. *Especialista em Psicologia do Trabalho, Social e das Organizações e Executive e Life Coach, ICF*

4. *Psicóloga Clínica, Portugal*

Resumo

No Despacho n.º 3618-A/2016 encontramos evidenciado que o programa para a saúde estabelece como prioridade promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, através designadamente da criação de um Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados. Agostinho (2012) divulga que os jovens reconhecem que o desenvolvimento do CCU está relacionado com a atividade sexual, mas que desconhecem o modo de transmissão do HPV e quais as suas possíveis consequências. Objetivou-se avaliar a literacia sobre o HPV e CCU, numa amostra de alunos do ensino superior através de um estudo descritivo e exploratório, quantitativo, num plano transversal. Amostra não probabilística e por conveniência, constituída por 337 alunos. Foi utilizado o questionário “HPV e cancro do colo do útero” (2012), aferido por Agostinho, adaptado de Medeiros e Ramada (2010).

No domínio da transmissão do HPV verificamos que apenas 14,2% assinalou como verdadeiras as afirmações “o HPV transmite-se por sexo anal” e “o HPV transmite-se por sexo oral”, ou 7,4% “o HPV transmite-se por contacto de pele”, apenas 25,9% dos inquiridos assinalam como falsa a afirmação “O HPV transmite-se através do sangue” e manifestam igualmente pouco conhecimento no que diz respeito à incidência e mortalidade por CCU e à percentagem de presença de HPV no CCU.

Os inquiridos evidenciam conhecimentos reduzidos sobre os meios de transmissão do HPV, desconhecimento nos domínios da incidência, mortalidade do CCU e percentagem de presença de HPV no CCU podendo conduzir ao aumento de comportamentos sexuais de risco.

Palavras-chave: Literacia em saúde; HPV; Cancro do colo do útero; Estudantes do ensino superior.



Abstract

In Order No. 3618-A / 2016 we find evidence that the health program sets a priority to promote health through a new ambition for public health, in particular through the creation of a National Programme for Health Literacy and Auto-care. Agostinho (2012) discloses that young people recognise that the development of cervical cancer is related to sexual activity, but are unaware of HPV transmission mode and what its possible consequences.

This study aimed to assess the literacy about HPV and cervical cancer, through a descriptive, quantitative and transversal study of a sample of higher education students. Non-probabilistic and by convenience sample, consisting of 337 students. The "HPV and cervical cancer questionnaire", adapted from Medeiros and Ramada (2010) as validated by Agostinho (2012).

In the field of transmission of HPV we found that only 14.2% stated as true the statements "HPV is transmitted by anal sex" and "HPV is transmitted by oral sex," and 7.4% that "HPV is transmitted through skin contact", only 25.9% of respondents indicated as false the statement "HPV is transmitted through blood" and the respondents also expressed little knowledge regarding the incidence and mortality from cervical cancer and the percentage of presence of HPV in cervical cancer cases.

Respondents showed reduced knowledge about HPV transmission modes, ignorance in the areas of incidence and mortality of cervical cancer and the percentage of HPV in cervical cancer, which may lead to the increase of risky sexual behaviour.

Keywords: Literacy in health; HPV; Cervical cancer; Higher education students.



Introdução

O início da atividade sexual cada vez mais numa idade muito precoce propicia a que os jovens tenham uma elevada vulnerabilidade para problemas da área da sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis como o HPV. Por isso a importância de conhecermos na realidade, quais os conhecimentos dos jovens, para que se possam adequar estratégias de rastreio e promoção para a saúde, tentando minimizar a propagação do vírus e, naturalmente, desenvolvimento do CCU.

Há poucos estudos recentes relacionados com este tema em Portugal, Varino (2013); Ferreira, Matos, Oliveira, e Bettencourt (2013); Agostinho (2012); Diaz (2012) e Medeiros e Ramada (2010), internacionalmente foram realizados, por: Panobianco, Lima, Oliveira, e Gozzo (2013) e Costa e Goldenberg(2013) ambos no Brasil; Urrutia, Concha, Riquelme e Padilla (2012) no Chile; por Gómez e Lince (2011) e Murillo, et al., (2010) ambos na Colombia e por Cirino, Nichiata e Borges (2010) no Brasil e Mehu-Parant, Rouzier, Soulat, e Parant, (2010)em França.

Segundo Mehu-Parant, Rouzier, Soulat e Parant (2010) o conhecimento de infeções por HPV, doenças associadas e prevenção foi limitado, uma descoberta que indica a necessidade de prosseguir campanhas educativas. Para Gómez e Lince (2011) o desconhecimento sobre HPV é alto na população estudada pode-se considerar este como um dos principais fatores de risco para aquisição de HPV, torna-se então necessário começar a implementar programas específicos de promoção da literacia em saude sexual e reprodutiva dentro da Universidade. Neste estudo, dos entrevistados 25% tinham um alto nível de conhecimento, 32% um nível médio, 23% menor e 20% não sabem. Após a análise da literatura é importante ressaltar a grande falta de literacia em áreas como: o tipo de vírus que provoca lesões (70,5%), os fatores de risco para infeção (72,6%), o diagnóstico (63,2%) e a prevenção (54%). Agostinho (2012) divulga que em vários estudos verifica-se que os jovens reconhecem que o desenvolvimento do CCU está relacionado com a atividade sexual, mas a maioria desconhece o modo de transmissão do HPV e quais as possíveis consequências da infeção por este vírus. Da mesma forma, alguns jovens reconhecem a relação entre o HPV e o CCU ignorando ainda a existência de cofatores.

Para a realização deste estudo, partimos da seguinte questão de investigação: Quais são os conhecimentos/literacia sobre o Papiloma Vírus Humano e Cancro do Colo Útero, numa amostra de alunos do ensino superior? Propusemos como objetivo geral avaliar a literacia sobre o Papiloma Vírus Humano e CCU, numa amostra de alunos do ensino superior. Como objetivos específicos propusemos: conhecer o grau de literacia sobre modos de transmissão e prevenção do HPV; Avaliar a literacia sobre o Papiloma Vírus Humano e CCU, numa amostra de alunos do ensino superior; Comparar os resultados obtidos com estudos já realizados; e Conhecer a importância e necessidade de formação e intervenção da população em estudo.



Dados epidemiológicos

Leite, Lisboa e Azevedo (2011) afirmam que o risco de infeção é máximo imediatamente após o início da atividade sexual diminuindo com a idade. Em algumas populações as mulheres em idade de menopausa também apresentam um risco aumentado. Segundo Nakagawa, Schirmer e Barbieri (2010) a infeção pelo HPV é a infeção sexualmente transmissível mais comum. Satyaprakash, Creed, Ravanfar e Mendoza(2009) divulga que anualmente cerca de 1-2% dos adultos sexualmente ativos apresentam condilomas acuminados anogenitais.

Segundo a DGS (2008) no Programa Nacional de Vacinação (Introdução da vacina contra infeções por vírus do papiloma humano) os genótipos do HPV em Portugal, de um modo geral, tem uma distribuição semelhante aos países do resto da Europa. Sendo os 16 e 18 os mais prevalentes e responsáveis por 70 a 75% dos casos de CCU e os 31 e 45 foram encontrados em apenas 6% dos casos em portuguesas com CCU (dados anteriores a 2006). Ferreira, Matos, Oliveira e Bettencourt (2013) afirmam que a história natural da doença desde a infeção até ao CCU é bem conhecida e a sua evolução lenta. Pelo que o programa de rastreio direcionado às mulheres entre os 25-64 anos é eficaz. Em Portugal existem cerca de 1000 novos casos de CCU todos os anos, o que demonstra a importância deste rastreio na nossa população.

Bragagnolo, Eli e Haas (2010) referem que a incidência por CCU torna-se evidente na faixa etária de 20 aos 29 anos e o risco aumenta na faixa dos 45 aos 49 anos. Para a DGS (2008) a idade de maior incidência do CCU é entre os 45 e 55 anos e desenvolve-se geralmente lenta, progressiva e assintomaticamente.

Causas

Segundo Costa e Goldenberg (2013) o comportamento sexual foi sofrendo modificações ao longo do tempo passando de um padrão tradicional que dá ênfase à sexualidade com o sentido da reprodução para a liberação sexual. Desvinculada a atividade sexual da reprodução destaca-se em primeira instância a questão da prevenção da gravidez. No decorrer desse movimento, regista-se o aumento das Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST's), o que amplificaria a preocupação com a prevenção em torno da contraceção. Castellsagué (2008) explica que fatores como estado imunológico, tabagismo, herança genética, hábitos sexuais e uso prolongado do contraceptivo oral contribuem para a persistência da infeção e a progressão para lesões intraepiteliais.

Agostinho (2012) menciona que outros cofatores são necessários para a progressão da infeção pelo HPV até ao CCU. A alimentação (nomeadamente baixos níveis de vitamina A e C e de ácido fólico), raça, tabagismo, idade precoce do início da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, parceiro sexual de alto risco, alta paridade e uso de anticoncepcionais orais são cofatores já identificados. Segundo Ferraro, Canedo, Oliveira, Carvalho e Dias (2011) a infeção pelo HPV pode agir sinergicamente com agentes carcinogénicos, como tabaco e álcool.



Transmissão

A disseminação do HPV para Maucourt-Boulch (2008, citado por Reis et al., 2010) tende a ser universal em indivíduos sexualmente ativos, sendo o homem um importante fator propagador deste vírus. “A transmissão do HPV acontece por contato direto com a pele infetada e dos HPV’s genitais, por meio das relações sexuais, podendo causar lesões na vagina, no colo do útero, no pênis e ânus. Também existem estudos que demonstram a presença rara dos vírus na pele, na laringe (cordas vocais) e no esófago” (Panobianco et al., 2013, p. 202).

Segundo o Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia das Doenças Associadas ao Papilomavírus (Brasil) o HPV é altamente contagioso, sendo possível a contaminação com uma única exposição, qualquer tipo de atividade sexual, incluindo o contato genital, pode contrair o HPV. Embora seja raro, o vírus pode propagar-se também por meio de contato com a mão, pele, objetos, toalhas e roupas íntimas.

Leto et al. (2011) e Pereira (2010) referem que o HPV é transmitido pelo contato direto ou indireto com o indivíduo que tem a lesão, disfunções na barreira epitelial por traumatismos, pequenas agressões ou macerações que provoquem perda de continuidade das mucosas, possibilitando a infecção viral. Após a inoculação o período de incubação varia de três semanas a oito meses, na maioria dos casos observa-se regressão espontânea.

Literacia em Saúde

No Diário da República, 2.ª série — N.º 49 — 10 de março de 2016: Despacho n.º 3618-A/2016, encontramos O Programa do XVII Governo Constitucional, o qual reconhece os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde. Na verdade, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

Neste decreto lei, encontramos evidenciado que o programa para a saúde, estabelecendo como prioridade promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, através designadamente da criação de um Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados.

Nesse mesmo despacho Literacia em Saúde, é entendida como a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, na vida de todos os dias, e também naquilo que diz respeito ao desenvolvimento do Sistema de Saúde, na medida em que contém elementos essenciais do processo educativo e proporciona capacidades indispensáveis para o autocuidado, constituindo a referência nuclear deste Programa. Lemos ainda que os estudos divulgados apontam para baixos níveis de literacia em saúde em Portugal.

Existe hoje considerável evidência de que a educação, a literacia e o autocuidado são de grande importância não só para a promoção e proteção da saúde da população mas também



para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde, constituindo, por isso, um fator crítico para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O Programa Nacional de Saúde Escolar 2015, refere que a literacia para a saúde traduz-se num conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde. A literacia para a saúde pode ser então definida como a conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde, estendendo-se o seu alcance também à cura e prevenção da doença.

Estas competências permitem uma gestão adequada dos determinantes da saúde, o acesso a fontes de informação credíveis e de qualidade, a compreensão da informação técnica, o desenvolvimento de formas adequadas de comunicar e uma utilização mais eficiente dos recursos de saúde. (Plano Saúde Escolar 2015).

A OMS (Nutbeam, 1998) refere-se ao conceito de "Literacia para a Saúde" da seguinte forma: "Literacia para a Saúde representa as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos conseguirem o acesso, a compreensão e o uso da informação de forma a que promovam e mantenham uma boa saúde."

Em termos gerais tem-se vindo a assumir três níveis de literacia (Nutbeam, 2000):

- Literacia básica ou funcional, em que a pessoa tem competências básicas para a leitura e escrita, de forma a poder funcionar eficientemente nas situações do dia-a-dia;
- Literacia comunicativa ou interativa, em que a pessoa tem competências cognitivas e de literacia mais avançada, que em conjunto com competências sociais, lhe permite (i) participar ativamente nas atividades do dia-a-dia, (ii) selecionar informação e dar-lhe significado e (iii) aplicar nova informação para a mudança de situações;
- Literacia crítica, em que a pessoa tem competências cognitivas e de literacia ainda mais avançadas, e que em conjunto com competências sociais, é capaz de analisar criticamente a informação que recebe, e usar esta informação para exercer maior controlo sobre os mais variados acontecimentos nas diversas situações de vida.

Desta classificação pode concluir-se que os níveis de literacia progressivamente mais elevados permitem também uma maior autonomia e Capacitação pessoal. Esta progressão não será apenas dependente do desenvolvimento cognitivo da pessoa, já que a componente de exposição à informação ou comunicação, bem como a resposta a estas é importante e mediada pelas competências pessoais e sociais do indivíduo.

Encontramos na literatura, diferentes interpretações do conceito de "capacitação" empowerment, sendo o mais dominante o que se refere ao processo pela qual a pessoa,



individualmente, ou os grupos ou populações se tornam mais envolvidas no seu bem-estar, sendo capazes de tomar as decisões apropriadas à melhoria da saúde individual ou coletiva. Esta noção de capacitação coincide com a interpretação da OMS sobre Promoção da Saúde, expressa na já referida Carta de Ottawa, onde se pode ler logo no seu primeiro parágrafo (OMS, 1986:1): "A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio".

Com o objetivo de aplicar o conceito de capacitação em situações práticas, diversos autores têm vindo a tentar identificar os requisitos pessoais que influenciam a capacitação pessoal bem como os aspetos que caracterizam uma pessoa "capacitada".

Scriven e Stiddard (2003) identificaram três aspetos específicos fundamentais para os requisitos e competências pessoais que caracterizam a capacitação pessoal: Aquisição de competências: pensamento crítico e crítica tomada de decisão; Autoconfiança e competências interpessoais: conhecimento cognitivo, incluindo a compreensão sobre a informação relacionada com saúde e aumento da consciência crítica; e Percepção psicológica: incluindo autoestima, autoeficiência e percepção de controlo.

Metodologia

Segundo Coutinho (2014), num nível mais geral a metodologia analisa e descreve os métodos e distancia-se da prática para poder tecer considerações teóricas em torno do seu potencial na produção do conhecimento científico. Metodologia, métodos e mesmo técnicas são termos que surgem na literatura para designar os diversos meios que ajudam e/ou orientam o investigador na sua busca do conhecimento.

Realizámos um estudo quantitativo, num plano transversal.

Participantes

A população-alvo deste estudo são os 1077 alunos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Considerando que são jovens com uma vida sexual ativa e futuros profissionais de saúde. A população do nosso estudo é constituída por alunos dos 5 cursos de licenciatura: Enfermagem, Gerontologia, Dietética e Nutrição, Análises Clínicas e Farmácia. A amostra é não probabilística e por conveniência, constituída por 337 alunos.

Procedimentos

Como critérios de inclusão definimos os alunos de licenciaturas da Escola Superior de Saúde do IPB (Enfermagem, Gerontologia, Dietética e Nutrição, Análises Clínicas e Farmácia); e Os alunos com idade $\geq$ a 17 anos. Como critérios de exclusão definimos: resposta aos questionários incompletos; alunos dos cursos CETS, pós-graduações, pós- licenciaturas e mestrados; e alunos ausentes no dia da aplicação do questionário



Sendo as variáveis em estudo a literacia sobre HPV referentes a 6 domínios: Significado de HPV; Transmissão do HPV; Prevenção do HPV; Faixa etária de maior incidência do HPV; Manifestações do HPV; e Localização do HPV; e a literacia sobre o CCU referentes a 6 domínios: Relação do CCU com o HPV; Incidência do CCU; Mortalidade por CCU; Fatores de risco do CCU; Percentagem de presença de HPV no CCU; e Eficácia da vacina tetravalente

Como variáveis sociodemográficas e académicas selecionamos a Idade; Género; Curso; e Ano escolar.

Foi explicado aos inquiridos o contexto e propósito do estudo. Obteve-se sempre por parte dos inquiridos, o consentimento livre e esclarecido, mantendo os seus direitos: à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade e respeitando a sua autodeterminação.

Instrumentos

O instrumento de recolha de dados foi um questionário, intitulado *“HPV e cancro do colo do útero”* (2012), utilizado e testado por Agostinho, adaptado de Medeiros e Ramada (2010), com carácter anónimo, confidencial e de autopreenchimento. É constituído por quatro grupos. O grupo I é composto por 9 questões com o objetivo de caracterizar a amostra e verificar qual o conhecimento e fontes de informação dos inquiridos sobre o HPV. O grupo II é dirigido aos indivíduos que já ouviram falar em HPV, é formado por 46 afirmações sobre vários assuntos relacionados com o HPV (significado, prevenção, manifestações, localização da infeção, transmissão, faixa etária, portadores, diagnóstico e tratamento. Os conhecimentos sobre o CCU e a relação com o HPV, e os subtipos da vacina tetravalente, são avaliados por 28 afirmações no grupo III. O grupo IV apresenta 3 questões para avaliar o interesse dos jovens em obter mais conhecimentos sobre estas duas temáticas e 4 questões referentes ao seu comportamento sexual.

Resultados

Literacia sobre o HPV

Os resultados evidenciam um desconhecimento elevado em torno do HPV, tornando-se especialmente preocupante, atendendo ao facto que todos os inquiridos serem alunos de licenciaturas na área da saúde, sendo assim de esperar que tenham conhecimentos superiores sobre esta matéria quando comparados com a restante população. Denota-se grande desconhecimento, nomeadamente, nas questões relacionadas com a transmissão e localização do vírus, sendo de salientar que a maioria dos inquiridos desconhece que o vírus se pode transmitir por contacto de pele (7,4% de respostas corretas) ou que a infeção pode ocorrer no esófago (3,9% de respostas corretas).

No lado positivo, ou seja, afirmações onde os conhecimentos são em média sólidos, salientamos o conhecimento sobre a transmissão por via vaginal (91,5% de respostas corretas) e questões relacionadas com a prevenção em que, a título de exemplo, 80,5% dos inquiridos respondeu corretamente à afirmação que a transmissão podia ser prevenida pela redução do número de parceiros sexuais.



Agrupando as várias respostas pelos 6 domínios sob análise, salientamos principalmente os conhecimentos baixos sobre os meios de transmissão do HPV que, não obstante serem menos negativos do que sobre a localização do HPV, são mais preocupantes dado serem o domínio de literacia que em conjunto com o da prevenção, poderão evitar casos da doença. Embora à primeira vista possa parecer pouco coerente um aceitável conhecimento sobre como prevenir a doença e um fraco conhecimento sobre as formas de transmissão da doença, tal poderá dever-se ao facto de as questões relacionadas com a prevenção serem comuns a outras doenças sexualmente transmissíveis e serem de carácter mais geral do que aquelas sobre as formas de transmissão.

Tabela 1 - Distribuição das respostas face aos domínios dos conhecimentos do HPV

Domínio	% Corretas	DP
Significado HPV	82,4%	26,3%
Transmissão HPV	35,6%	18,5%
Prevenção HPV	66,0%	25,1%
Faixa Etária HPV	48,5%	36,8%
Manifestação HPV	34,7%	23,1%
Localização HPV	23,1%	21,3%

Literacia sobre o CCU

Em relação aos conhecimentos sobre o Cancro do Colo do Útero, o nível de conhecimentos é igualmente preocupante sendo, no entanto, de salientar um conhecimento que podemos considerar de bom sobre a relação entre o HPV e o CCU bem como que as doenças sexualmente transmissíveis serem um factor de risco para o desenvolvimento do CCU (70,6% de respostas corretas). No entanto, não deixa de ser preocupante que somente 57,4% dos inquiridos soubessem que o HPV e o CCU não são sinónimos.

Analisando os conhecimentos sobre o CCU agrupados pelos 6 domínios de literacia, tornam-se evidente a baixa literacia em geral havendo só um domínio, o da relação entre o HPV e o CCU, em que a média das respostas corretas é acima dos 50%.

Tabela 2 - Distribuição das respostas face aos domínios dos conhecimentos do CCU

Domínio	% Corretas	DP
Relação HPV e CCU	57,0%	31,5%
Incidência CCU	9,0%	20,0%
Mortalidade CCU	9,5%	19,6%
Factores Risco CCU	49,6%	19,6%
Percentagem presença HPV em casos de CCU	12,1%	22,1%
Eficácia vacina tetravalente	10,3%	25,8%



Género e literacia sobre o HPV e o CCU

Para a última parte da análise procedeu-se a testes de Mann-Whitney para verificar se existe relação entre género e nível de literacia nos vários domínios sobre análise. Optou-se por um teste não-paramétrico, em função da não normalidade da distribuição das médias em cada um dos domínios, verificados através do teste de Shapiro-Wilk. Os resultados mostraram que não existe diferença estatisticamente significativa entre géneros no que concerne o nível de literacia em qualquer um dos domínios, seja no caso do HPV ou do CCU. O mesmo verifica-se em relação às restantes variáveis sociodemográficas

Discussão

Dos 282 estudantes (83,7%) que já tinham ouvido falar em HPV, 90,8% conhecem o significado das siglas “HPV”, 51.1% identificam a faixa etária em que a infeção por este agente é mais frequente, 70,2% afirmam que esta se pode manifestar de forma assintomática e 48,6% sabem que se trata de uma infeção curável. No estudo de Agostinho (2012) dos 582 estudantes (67.8%) que já tinham ouvido falar em HPV, 94.5% conhecem o significado das siglas “HPV”, 51.5% identificam a faixa etária em que a infeção por este agente é mais frequente, 67.1% afirmam que esta se pode manifestar de forma assintomática e 53.1% sabem que se trata de uma infeção curável. No estudo de Costa e Goldenberg (2013), os alunos, “na sua maioria, já ouviram falar sobre o HPV”.

Relativamente ao domínio da localização, os resultados são ainda mais fracos. Uma pequena percentagem responderam corretamente às seguintes afirmações: “A infeção pelo HPV pode ocorrer na cavidade oral” (13,5%), “A infeção pelo HPV pode ocorrer no esófago” (3,9%), “A infeção pelo HPV pode ocorrer na região anal” (17,4%), “A infeção pelo HPV pode ocorrer na pele” (12,1%), “A infeção pelo HPV pode ocorrer em qualquer lugar, desde que haja contacto com o vírus e exista uma porta de entrada” (39,0%), comparando com os resultados de Agostinho (2012), que são significativamente melhores nos primeiros 4 casos, 22,6%, 11,6%, 23,3%, 17,3%, 31,0% respetivamente.

Para Varino (2013) é claro que a nível global o conhecimento acerca do HPV dos inquiridos do seu estudo é insuficiente assim como existe um conhecimento limitado em itens mais específicos. Apenas 10,6% identifica corretamente os subtipos de HPV que a vacina tetravalente protege percentagem superior em Agostinho (2012) 12.2%.

Relativamente ao CCU no que diz respeito aos fatores de risco, 87,6% responde corretamente, referindo o HPV como um fator de risco e 58,9% os fatores genéticos, múltiplos parceiros sexuais em 68,4%, doenças sexualmente transmissíveis 70,6% e o início precoce da atividade sexual em 47,2%. No estudo de Medeiros e Ramada (2010) em que a maioria dos inquiridos referiram os fatores genéticos como o principal fator de risco para o desenvolvimento de CCU e em Agostinho (2012) 70,7% da amostra identifica a infeção pelo HPV como o principal fator. Os conhecimentos em geral sobre este domínio são bons.



Por outro lado, os inquiridos manifestam baixa literacia face ao conhecimento do impacto desta problemática na saúde no que diz respeito à incidência e mortalidade por CCU em Portugal e à percentagem de presença de HPV no CCU. Apenas 10,3% dos jovens referiu que em Portugal, anualmente, “são detetados cerca de 1000 casos de CCU” e 10,6% mencionou que “morrem cerca de 200 mulheres” vítimas desta patologia. Estes valores são inferiores aos observados por Agostinho (2012) 13,4% e 12,7% e Medeiros e Ramada (2010) 20,9% e 17,1% respetivamente.

Concluindo, o presente estudo leva-nos a concluir que o desenvolvimento da Literacia para a Saúde sexual e reprodutiva revela-se como uma importante componente para a capacitação pessoal e social, uma vez que contribui decididamente para que as pessoas se tornem capazes de identificar e de tomar consciência das suas próprias necessidades de saúde, e saibam desenvolver as competências adequadas não só para promoverem as ações conducentes às mudanças para ambientes mais saudáveis, mas também para conduzirem as suas próprias mudanças de comportamento para adquirirem estilos de vida mais saudáveis.

Contacto para Correspondência

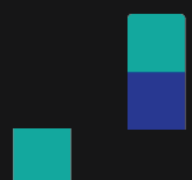
Ana Maria Galvão, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança, Avenida D.Afonso V, 5300-121 Bragança, Portugal, anagalvao@ipb.pt

Referências

- Agostinho, M. I. (2012). *Conhecimento dos Jovens Universitários sobre HPV e Cancro do Colo do Útero, Na era da Vacina*. Dissertação de Mestrado em Oncologia, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto e Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto.
- Bragagnolo, A., Eli, D., & Haas, P. (2010). Papiloma Vírus Humano (HPV). *Revista Brasileira de Análises Alínicas*, 42(2), 91-96.
- Castellsagué, X. (2008). Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, 110(3), S4- S7.
- Cirino, F. M., Nichiata, L. Y., & Borges, A. L. (2010). Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e hpv em adolescente. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 14(1), 126-134.
- Costa, L. A., & Goldenberg, P. (2013). Papilomavírus humano (HPV) entre os Jovens: um sinal de alerta. *Saúde e Sociedade*, 22(1), 249- 261.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. Lisboa: Leya.
- DGS (2008). *Programa Nacional de Vacinação - Introdução da vacina contra infeções por vírus do papiloma humano*.
- Diaz, P. M. (2012). *Diferença de conhecimentos entre estudantes do sexo masculino e do sexo feminino do ensino secundário acerca do Papiloma Vírus Humano (HPV) e Cancro do Colo do Útero: Implicações nas estratégias de saúde e vacinação*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina- Artigo de Investigação Médica, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Ferraro, C. T., Canedo, N. H., Oliveira, S. P., Carvalho, M. G., & Dias, E. P. (2011). Infecção oral pelo HPV e lesões epiteliais proliferativas associadas. *Jornal Brasileiro de Patologia Médica Laboratorial*, 47(4), 451- 459.
- Ferreira, C., Matos, A. A., Oliveira, A. T. B., & Bettencourt, J. (2013). Cancro do Colo do Útero: o que sabem as jovens?. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29(4), 226-34.



- Arias Gómez, M. L., & Pineda Lince, S. A. (2011). Conocimientos que tienen los estudiantes de una universidad pública de Manizales sobre el papillomavirus humano. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1).
- Instituto HPV. (2013). *Guia do HPV*. Brasil. Obtido em 17 de agosto de 2015, de www.incthpv.org.br
- Leite, I., Lisboa, C., & Azevedo, F. (2011). Vírus do papiloma humano e vacinação. *Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia*, 69(3), 395.
- Leto, M. G., Porro, A. M., Júnior, G. F., & Tomimori, J. (2011). Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(2), 306-317.
- Medeiros, R., & Ramada, D. (2010). *Conhecimento dos estudantes: HPV e cancro do colo do útero*. Tese de Mestrado em Oncologia, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Mehu-Parant, F., Rouzier, R., Soulat, J.-M., & Parant, O. (2010). Elegibilidade e vontade dos alunos do primeiro ano de entrar na universidade para participar de um programa de vacinação contra o HPV. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 146, 186-190.
- Murillo, Z., Suárez, Y., Hinestroza, L., Bedoya, A. M., Sánchez, G. I., & Baena, A. (2010). Conocimiento de los estudiantes y docentes de la Escuela de Microbiología de la Universidad de Antioquia sobre la infección por el virus del papiloma humano. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 28(2).
- Nakagawa, J. T. T., Schirmer, J., & Barbieri, M. (2010). Vírus HPV e câncer de colo de útero. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2).
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion—progress, problems and solutions. *Health promotion international*, 13(1), 27-44.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Sanches Panobianco, M., Faim de Lima, A. D., Barbosa Oliveira, I. S., & de Oliveira Gozzo, T. (2013). O conhecimento sobre o HPV entre adolescentes estudantes de graduação em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(1).
- Pereira, A. S. (2010). *Genotipagem do vírus do papiloma humano em citologia cérvico vaginal*. Dissertação, Universidade de Aveiro, Departamento de Biologia, Aveiro.
- Reis, A. A., Monteiro, C. D., Paula, L. B., Santos, R. S., Saddi, V. A., & Cruz, A. D. (2010). Papilomavírus humano e saúde pública: prevenção ao carcinoma de cérvix uterina. *Ciências & Saúde Coletiva*, 15(1), 1055-1060.
- Satyaprakash, A., Creed, R., Ravanfar, P., & Mendoza, N. (2009). Human papillomavirus vaccines. *Dermatologic therapy*, 22(2), 150-157.
- Scriven, A., & Stiddard, L. (2003). Empowering schools: translating health promotion principles into practice. *Health Education*, 103(2), 110-118.
- Urrutia, M. T., Concha, X., Riquelme, G., & Padilla, O. (2012). Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas. *Revista chilena de infectología*, 29(6), 600-606.
- Varino, V. E. C. H. R. (2013). *Conhecimento das jovens acerca da infeção genital por HPV: um estudo piloto* (Doctoral dissertation, Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa).



AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA





Adaptação, aplicação e validação da “Escala de Positividade”: Evidência adicional em contextos desportivos

José Fernando A. Cruz¹, Ricardo Teixeira¹, Rui Manuel Sofia¹, & Maria José Ferreira²

1. Escola de Psicologia, Universidade do Minho

2. Faculdade de Psicoogia, Educação e Desporto, Universidade Lusófona do Porto

Resumo

O presente estudo tem como objectivo a apresentação de dados preliminares do processo de adaptação e validação, para a língua portuguesa e em contextos desportivos, da EP-Escala de Positividade (*Positivity Scale*), desenvolvida por Caprara e colaboradores (2012). Este construto de positividade avançado pelos autores, tem subjacente a avaliação combinada de três dimensões teóricas relacionadas: a auto-estima, a satisfação com a vida e o optimismo. A unidimensionalidade deste indicador tem corroborado a correlação elevada entre os constructos da autoestima, da satisfação com a vida e do otimismo. Estudos anteriores em países de língua Portuguesa forneceram já alguma evidência para a sua validade noutros contextos aplicados. Para tal, neste estudo, recorreu-se a uma amostra de 109 atletas dos escalões juvenil/júnior e sénior, sendo 88 (80.7%) do sexo masculino e 21 (19.3%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 36 anos ($M = 20.77$; $DP = 4.91$). Os participantes pertenciam a oito clubes nacionais (modalidades colectivas e individuais) e competiam nas divisões principais dos respetivos escalões. Para além de dados sócio-demográficos, foram administradas medidas adicionais de satisfação com a vida e de características psicológicas para o desenvolvimento da excelência no desporto. Os resultados obtidos sugerem uma estrutura factorial unidimensional consistente com a versão original e índices de fidelidade adequados. A análise de correlações com as outras medidas aponta igualmente, para a validade do uso da EP, sugerindo pistas para sua aplicação num novo e inexplorado contexto aplicado. São discutidas ainda as potencialidades desta medida, para a investigação futura, e para a avaliação da eficácia da intervenção psicológica em contextos desportivos.

Palavras-chave: Positividade. Avaliação Psicológica. Desporto. Excelência.



Abstract

The goal of the present study is the presentation of preliminary data of adaptation and validation in sport contexts of the Portuguese language of the *Positivity Scale* (EP) developed by Caprara and collaborators. This construct of positivity advanced by the authors has underlying the combined assessment of three related theoretical dimensions: self-esteem, satisfaction with life and optimism. The unidimensionality of this indicator has corroborated the high correlation between the constructs of self-esteem, satisfaction with life and optimism. Previous studies in Portuguese language countries furnished some evidence for its validity in another applied contexts. In the present study participated a sample of 109 athletes from juvenile, junior and senior competitive levels, 88 males (80.7%), and 21 females (19.3%), with ages ranging from 14 to 36 years-old ($M = 20.77$; $DP = 4.91$). Participants were members of eight national clubs (individual and collective sports), competing in the main divisions of the respective competitive levels. In addition to socio-demographic data, measures of satisfaction with life and psychological characteristics for developing excellence in sport were administered. Results suggest a unidimensional factorial structure consistent with the original one, as well as adequate reliability values. The correlational analyses with other psychological measures point in the same way to the validity of the use and application of EP in a new and unexplored applied field. Limitations and future potentialities of this measure for future research and for the assessment of efficacy of psychological interventions in sport contexts are also discussed.

Keywords: Positivity. Psychological Assessment. Sport. Excellence.



Introdução

O presente estudo tem como objectivo a apresentação de dados iniciais e preliminares do processo de adaptação e validação, para a língua portuguesa, junto de uma amostra de jovens atletas, da EP-Escala de Positividade (*Positivity Scale*) desenvolvida por Caprara e colaboradores (2012). Este construto de positividade avançado pelos autores, tem subjacente a avaliação combinada de três dimensões teóricas relacionadas: a auto-estima, a satisfação com a vida e o optimismo. A unidimensionalidade deste indicador tem corroborado a correlação elevada entre os constructos da autoestima, da satisfação com a vida e do otimismo. Com efeito, desde os estudos iniciais (e.g., Caprara e Steca, 2005, 2006), os autores “identificaram” e “registaram” um factor comum latente aos três construtos já referidos, originalmente designado de “pensamento positivo” e, mais recentemente, de orientação positiva ou positividade (e.g., Caprara et al. 2010; Alessandri, Caprara & Tisak, 2011). Paralelamente, a utilidade, invariância e validade desta medida foi testada em vários países (e.g., Itália, Espanha, Alemanha, Polónia, Servia, EUA, Japão; ver Caprara et al., 2010, 2012), mostrando que se trata de um instrumento válido e fidedigno, igualmente adequado para estudos multiculturais (e.g., Borsa et al., 2015; Caprara et al., 2012;). Para além de um indicador geral de ajustamento e funcionamento óptimo” (p. 691), Alessandri, Vechione e colaboradores (2012) consideram a orientação positiva uma “predisposição básica que pode contribuir significativamente para o ajustamento e realização dos indivíduos” (p. 692), nos mais variados contextos, domínios e actividades profissionais. Em suma, como referem os autores (Caprara, Alessandri et al., 2013, p. 2), a orientação positiva ou positividade reflecte um traço disposicional e um “modo de ver e enfrentar a realidade que afecta as formas como as pessoas avaliam as suas experiências subjectivas”.

Metodologia

Participantes

Este estudo recorreu a uma amostra de conveniência, constituída por 109 atletas, 88 (80.7%) do sexo masculino e 21 (19.3%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 36 anos ($M = 20.77$; $DP = 4.91$). Todos os atletas pertenciam a oito clubes nacionais que competiam nas divisões principais dos respetivos escalões. Os participantes possuíam uma média de 12.61 internacionalizações nas respectivas modalidades ($DP=22.05$) e de 10.03 anos de prática federada ($DP= 5.13$)



Na Tabela 1 encontram-se descritas as principais características demográficas dos participantes.

Tabela 1

Características demográficas dos participantes

	Amostra total	
	N = 109	%
Género		
Masculino	88	80.7
Feminino	21	19.3
Idade		
14-18 anos	39	35.8
19-24 anos	48	44.0
25-36 anos	22	20.2
Modalidades		
Colectivas (Basquetebol, Andebol, Futebol, Voleibol)	78	73.8
Individuais (Kickboxing, Atletismo, Canoagem)	31	26.2
Escalão Competitivo		
Júnior/Juvenil	38	34.9
Sénior	71	65.1
Nível Competitivo		
Regional	3	4.1
Nacional	53	71.6
Profissional	18	24.3

Medidas

Para além de um breve questionário demográfico que teve como objetivo recolher informação diversa acerca do participante (e.g., idade, género, estado civil) e informação desportiva (e.g., clube, divisão/liga, modalidade, escalão competitivo, nível competitivo, idade de início da prática da modalidade, número de anos da prática federada da modalidade), foram administradas as medidas que seguidamente se apresentam.

Escala da Positividade (EP; Caprara, Alessandri, Eisenberg, Kupfer, Steca, Caprara, Yamaguchi, Fukuzawa, & Abela 2012). Recorreu-se à versão para investigação autorizada, traduzida e adaptada por Cruz (2012). Questionário que avalia a orientação positiva dos indivíduos e que tem como objetivo avaliar o traço disposicional “positividade” e que tem subjacente a avaliação “partilhada ou combinada” de três construtos teóricos relacionados



(autoestima, satisfação com a vida e otimismo). É composto por oito itens (e.g., “estou satisfeito com a minha vida”) respondidos através de uma escala tipo likert de 5 pontos (1=Discordo totalmente; 5=Concordo totalmente), podendo os *scores* totais (média do somatório dos itens) variar entre 1 e 5. Os dados psicométricos iniciais (e.g., Cruz & Ferreira, 2012) sugerem uma boa validade para a versão portuguesa (coeficiente *Alpha* de Cronbach de .76).

Escala de Satisfação com a Vida (ESV; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Recorreu-se à versão traduzida e validada, de forma consistente, para a língua Portuguesa por Simões (1992; ver Neto, 1993). O questionário é constituído por 5 itens (e.g., “as minhas condições de vida são muito boas”) e é respondido numa escala do tipo *likert* de 5 pontos (1=“Discordo muito”; 5=“Concordo muito”). O “*score*” final é calculado através da média do somatório dos itens, podendo variar entre um mínimo de 1 (=baixa satisfação) e um máximo de 5 (=alta satisfação com a vida). Foi obtido neste estudo um *Alpha* de Cronbach de .78.

Questionário das Características Psicológicas para Desenvolver a Excelência (*Psychological Characteristics of Developing Excellence Questionnaire*) (PCDEQ; MacNamara & Collins, 2011;2013; Cruz, 2011). Este questionário tem como intuito avaliar a posse e implementação de características psicológicas no desenvolvimento da excelência. É constituído por 59 itens (tanto negativos, como positivos, de modo a minimizar o viés aquiescente) usando uma escala tipo *likert* de 6 pontos (1=não se aplica nada a mim; 6=aplica-se muito a mim). Mede ainda 6 categorias de características psicocomportamentais que influenciam o desenvolvimento eficaz no desporto. No presente estudo, foram obtidos os seguintes valores do *Alpha* de Chronbach nas seguintes subescalas: “apoio para o sucesso a longo prazo” .95; “uso da visualização mental durante treino e competição” .88; “coping com pressões de rendimento e desenvolvimentais” .83; “capacidade de organização e envolvimento em treino de qualidade” .78; “avaliação do rendimento e trabalho nos pontos fracos” .80; “apoio dos outros para competir ao nível do potencial pessoal” .87.

Procedimentos

Para a passagem dos questionários, todos os treinadores foram contactados através de intermediários próximos dos mesmos, de modo a garantir a devida autorização. Os questionários foram preenchidos nas próprias instalações de cada clube, num espaço calmo e privado, sem a presença dos treinadores na recolha de dados. Foram transmitidos a todos os participantes os objetivos do projeto de investigação e informação relativa à confidencialidade dos dados recolhidos, bem como o anonimato dos dados identificados.

Análise de Dados

Recorreu-se ao software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS; 22ª Versão) para a análise de dados. Para a análise inicial da estrutura factorial da EP, realizou-se uma AFE (eixos principais e rotação oblímin), índices de consistência interna (“*lpha*” de Cronbach), foram calculadas as estatísticas descritivas das variáveis em estudo, permitindo a descrição dos valores médios do conjunto de valores obtidos. De modo a avaliar os dados iniciais de validade constructo (validade convergente), bem como testar a direção (positiva ou



negativa) e magnitude das correlações entre as seis características/qualidades da excelência avaliadas pelo QPCDE e as variáveis pessoais (satisfação com a vida), calculou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson.

Resultados

Na Tabela 2 são apresentados os resultados da AFE à EP, enquanto na Tabela 2 se apresentam as estatísticas descritivas da EP no presente estudo, comparativamente às registadas no estudo original de Caprara e colaboradores (2012).

Tabela 2

Escala de positividade: Análise factorial exploratória com extração do eixo principal (rotação *oblimin*)

Itens	Saturação	h^2	$ritc$
1	.72	.52	.61
2	.56	.31	.48
3	.45	.20	.34
4	.73	.53	.55
5	.77	.60	.64
6	---	.02	.00
7	.48	.23	.46
8	.74	.39	.55
Valor próprio	2,79		
% de variância	34,91%		

Tabela 3

Análise comparativa dos valores médios e “alphas” no presente estudo e no estudo original

Presente estudo ($\alpha = .76$)) Estudo original; Caprara *et al.*, 2012 ($\alpha = .75$)

Itens	M	DP	M	DP
1	3,99	0,84	3.41	.1.01
2	3,96	0,80	4.13	0.88
3	4,12	0,74	3.44	1.40
4	4,30	0,69	3.22	1.20
5	4,07	0,71	3.90	0.88
6(*)	3.08	1,04	3.75	0.89
7	4.12	0,82	4.42	0.72
8	3.99	0,85	3.26	0.60

Nota. (*) – Item invertido

Tanto a medida KMO ($= .784$) como o teste de esfericidade de Bartlett, $X^2(28) = 238,83$; $p < .000$, sugeriram o grau de adequação da amostra e a factoriabilidade da matriz de correlações (Field, 2005; Tabachnick & Fidell, 2001). Posteriormente, os itens da Escala de Positividade foram sujeitos a uma Análise Factorial Exploratória (AFE), recorrendo ao método “*Principal Axis Factoring*”, que permitiu extrair e identificar um factor único, consistente com a versão original, explicando, nesta amostra, cerca de 34,91% da variância. Todos os itens, com excepção do item 6 (saturação abaixo do mínimo aceitável de .30), apresentam saturações superiores a .40, variando, para os restantes itens, entre um mínimo de .46 e um máximo de .77 (ver Tabela 2) à semelhança de estudos realizados noutros



contextos (e.g., Cruz & Ferreira, 2012; 2014). Estes resultados preliminares sugerem assim uma estrutura unidimensional similar à original, aliada a uma consistência interna muito aceitável (α Cronbach= .75), que aumenta para um valor superior (.81), com a remoção do item 6. De referir que o item 6 é o único item invertido da escala e não é de excluir possíveis efeitos de aquiescência social.

Paralelamente, o padrão de relações com outros construtos, no sentido de avaliar a validade de constructo (convergente) evidenciou relações positivas e significativas moderadas a fortes (Cohen, 1992), com a medida de satisfação com a vida ($r=.58, p<.001$), mas também com diversas características e competências de desenvolvimento da excelência em contextos desportivos: apoio para o sucesso a longo prazo ($r=.30, p<.01$); uso da visualização mental durante treino e competição ($r=.47, p<.001$); *coping* com pressões de rendimento e desenvolvimentais ($r=.27, p<.01$); capacidade de organização e envolvimento em treino de qualidade ($r=.51, p<.001$); avaliação do rendimento e trabalho nos pontos fracos ($r=.31, p<.01$); e apoio dos outros para competir ao nível do potencial pessoal ($r=.38, p<.001$).

Discussão

Os resultados preliminares evidenciam não só a natureza unidimensional da EP, mas fornecem igualmente bons índices de fidelidade e validade para esta versão em língua portuguesa, constituída por 8 itens (um dos quais invertidos item 6), na linha dos dados obtidos em estudos multiculturais já realizados com a escala original, incluindo na versão Brasileira (ver Borsa, Figueiredo, Souza, Koller, & Caprara, 2015). Para além dos dados exploratórios relativos às suas características psicométricas, são ainda sugeridas as potencialidades na utilização futura deste instrumento para avaliar as tendências individuais para a percepção de experiências positivas na vida dos indivíduos e, mais especificamente, a percepção positiva que cada um tem da sua auto-estima, da sua vida, do seu futuro e do grau de confiança nos que o rodeiam.

O estudo da identificação, papel e impacto da positividade e outros traços, cognições, emoções e comportamentos, na promoção do bem-estar e do funcionamento óptimo humano tem constituído um dos objectivos centrais da recente agenda da investigação da ciência psicológica (Caprara et al., 2013). Tais objectivos podem igualmente ser facilmente aplicáveis aos contextos desportivos.

Em síntese, os dados obtidos sugerem a potencial validade desta versão em língua portuguesa, nomeadamente (mas não só) em contextos desportivos, como medida de “outcome” de intervenções psicológicas, onde são crescentes os estudos de avaliação da eficácia de intervenções destinadas ao desenvolvimento positivo e de competências de vida através da prática desportiva.

Estudos futuros deverão procurar clarificar e/ou confirmar a utilidade de manter, remover e/ou reformular o conteúdo do único item problemático (item 6) da EP, no presente estudo. A título meramente indicativo sugere-se que dada a consistência interna da EP mesmo sem o item 6, a escala na sua versão completa continue a ser utilizada. A replicação e confirmação dos dados obtidos junto de outras amostras mais representativas e mais heterotogéneas, sobretudo em termos de variáveis como o sexo, a idade ou o tipo de modalidade,



contribuirá certamente para a investigação futura da sua validade na investigação do funcionamento óptimo, bem-estar e ajustamento psicológico no desporto. Os dados psicométricos exploratórios desta versão Portuguesa da EP, em contextos desportivos, evidenciam assim, não só a avaliação da eficácia de intervenções, mas também as suas potencialidades para avaliar as tendências individuais para a percepção de experiências positivas na vida dos indivíduos e, mais especificamente, a percepção positiva que cada um tem da sua auto-estima, da sua vida, do seu futuro e do grau de confiança nos que o rodeiam.

Contato para Correspondência

José Fernando Cruz, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4710-057 Braga. Email: jrcruz@psi.uminho.pt

Referências

- Alessandri, G., Caprara, G.V., & Tisak, J. (2012). Further explorations on the unique contribution of positive orientation to optimal functioning. *European Psychologist*, 17, 44–54.
- Alessandri, G., Vecchione, M., Tisak, J., Deiana, G., Caria, C., & Caprara, V. The utility of positive orientation in predicting job performance and organisational citizenship behaviors. *Applied Psychology. An International Review*, 61, 69–698 doi: 10.1111/j.1464-0597.2012.00511.
- Borsa, J., Damásio, B., Souza, D., Koller, S., & Caprara, V. (2015). Psychometric properties of the positivity scale- Brazilian version. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28, 61–67.
- Caprara, G., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M., Yamaguchi, S., Fukuzawa, A., & Abela, J. (2012). The positivity scale. *Psychological Assessment*, 24, 701–712. doi:10.1037/a0026681
- Caprara, G.V., Alessandri, G., Trommsdorff, G., Heikamp, T., Yamaguchi, S., & Suzuki, F. (2012). Positive orientation across countries. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 43, 77–83.
- Caprara, G.V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J.R.J., & McWhinnie, C.M. (2010). Positive orientation: Explorations on what is common to life satisfaction, self-esteem, and optimism. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18, 63–71
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155–159.
- Cruz, J. (2012). *Tradução e adaptação da "Positivity Scale" para a língua Portuguesa: Versão preliminar para investigação*. Braga: Universidade do Minho. Manuscrito não publicado.
- Cruz, J., & Ferreira, M. (2012). Adaptação e validação Portuguesa da "Positivity Scale": Estudo exploratório das características psicométricas. Apresentação no "1º Congresso Internacional de Psicologia, Educação e Cultura": Gaia: ISPGAYA.
- Cruz, J., & Ferreira, M. (2014). Adaptação e validação da "Positivity Scale" em língua Portuguesa: Estudo das características psicométricas iniciais. Apresentação no "IX Congresso Iberoamericano de Psicologia". Lisboa: OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276–302.
- MacNamara, A., & Collins, D. (2011). Development and initial validation of the Psychological Characteristics of Developing Excellence Questionnaire. *Journal of Sports Sciences*, 29(12), 1273–1286. doi:10.1080/02640414.2011.589468
- MacNamara, A., & Collins, D. (2013). Do mental skills make champions? Examining the discriminant function of the psychological characteristics of developing excellence questionnaire. *Journal of Sports Sciences*, 31, 736–744. doi:10.1080/02640414.2012.747692



- Neto, F. (1993). Satisfaction with life among Portuguese adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 125-134. doi:10.1024/1421-0185.66.4.215
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características da personalidade. *Psychologica*, 22, 55-70.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI, 503-515.
- Tabachnick, B. L., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. (5th ed.). Boston, MA: Pearson Education, Inc.
- Tangney, J., Baumeister, R., & Boone, A. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72, 271-324.



Prospective and Retrospective Memory Questionnaire: Propriedades Psicométricas da Adaptação para Português Europeu

Diana R. Pereira¹ & Pedro B. Albuquerque²

1. Laboratório de Neuropsicofisiologia - CIPsi, Universidade do Minho, Portugal

2. Laboratório de Cognição Humana - CIPsi, Universidade do Minho, Portugal

Resumo

A construção de ferramentas que permitam caracterizar a ocorrência de lapsos de memória no dia-a-dia constitui um passo essencial para uma avaliação ajustada das dificuldades mnésicas presentes em diferentes fases do desenvolvimento. Neste contexto, o objectivo deste estudo é apresentar uma adaptação para o português europeu do Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ). Este questionário é uma medida de 16 itens que avalia a frequência subjectiva de lapsos de memória retrospectiva (MR) e prospectiva (MP). Recorrendo à disponibilização online do PRMQ, o estudo contou com a colaboração de 1052 participantes ($M_{idade} = 22.24$; 71,6% mulheres; $M_{escolaridade} = 14.24$). A validade de constructo foi avaliada através de uma análise factorial confirmatória de diferentes modelos propostos na literatura. O modelo tripartido com um factor de memória episódica geral mais dois factores adicionais que abrangem os itens referentes à MP e à MR revelou ser o mais ajustado. O questionário apresentou também uma boa validade convergente ($.778 < r < .853, p < .001$) com o Questionário de Lapsos de Memória. Apresentou ainda uma boa consistência interna em termos da escala total e das subescalas ($.779 < \alpha < .887$), correlações significativas entre pontuações da escala completa e das subescalas ($.723 < r < .937, p < .001$) e uma boa fiabilidade teste-reteste ($.815 < r < .852, p < .001$). Embora estes resultados sejam encorajadores quanto à adequação da escala, é importante salientar que existem dificuldades na generalização dos resultados por ser uma amostra jovem e altamente escolarizada. Estudos futuros podem averiguar outras qualidades psicométricas, bem como incluir outros grupos populacionais.

Palavras-chave: memória prospectiva; memória retrospectiva; PRMQ; queixas de memória.



Abstract

The construction of measures that allow the characterization of the frequency of daily memory lapses can be regarded as crucial step to perform a comprehensive assessment of memory difficulties in different stages of development. In this context, the main objective of this study is to provide an adaption of the Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ) to the European Portuguese. This is a 16-item questionnaire that evaluates the subjective frequency of retrospective memory (RM) and prospective memory (PM) lapses. Using an online survey with the PRMQ, this study counted with the collaboration of 1052 participants ($M_{\text{age}} = 22.24$; 71,6% women; $M_{\text{education}} = 14.24$). The construct validity was addressed by performing a confirmatory factor analysis with different models already advanced in the literature. The tripartite model with one general episodic memory factor plus two additional factors englobing respectively the PM and RM items was the model with the best adjustment. The questionnaire yielded a good convergent validity ($.778 < r < .853$, $p < .001$) with the Memory Lapses Questionnaire, and a good internal consistency regarding the total scale and the subscales ($.779 < \alpha < .887$), with significant correlations amid the scores of all scales ($.723 < r < .937$, $p < .001$). It also revealed a good test-retest reliability ($.815 < r < 0.852$, $p < .001$). Although the former results support the reliability of the scale, it is noteworthy that there are some difficulties in the generalization of the results since the participants were young and highly-educated. Thus, future studies can examine other psychometric properties, and can include other population groups.

Keywords: prospective memory; retrospective memory; PRMQ; memory complaints.



Introdução

Lapsos de memória fazem parte do nosso dia-a-dia, tanto que a investigação tem demonstrado que queixas subjectivas de memória constituem um fenómeno presente em diferentes etapas do desenvolvimento, ainda que com diferentes características e com maior predominância entre os mais idosos (Balash et al., 2013; Ginó et al., 2010; Mendes et al., 2008; Yates, Clare, Woods, & MRC CFAS, 2015). A construção e a exploração das propriedades psicométricas de instrumentos de auto-relato que permitem avaliar queixas subjectivas de memória afigura-se, portanto, como um passo importante na análise compreensiva dos lapsos de memória. Neste contexto, uma das medidas de auto-relato mais usadas até ao momento é o questionário de memória prospectiva e retrospectiva (Prospective and Retrospective Memory Questionnaire - PRMQ; Smith, Della Sala, Logie, & Maylor, 2000), que permite avaliar a frequência de lapsos de memória retrospectiva (MR) e de memória prospectiva (MP). O uso deste instrumento em diferentes contextos culturais e com diferentes populações saudáveis e clínicas tem contribuído para a sua ampla disseminação (e.g., Crawford, Henry, Ward, & Blake, 2006; Crawford, Smith, Maylor, Della Sala, & Logie, 2003; González-Ramírez & Mendoza-González, 2011; Hsu & Hua, 2011; Piaulino et al., 2010; Rönnlund, Mäntylä, & Nilsson, 2008; Smith et al., 2000). Não obstante, no caso do português europeu, nenhum trabalho de adaptação do mesmo foi publicado até ao momento, quanto é do nosso conhecimento. Assim, o principal objectivo deste estudo é contribuir com alguns dados informativos sobre as propriedades psicométricas da versão portuguesa europeia do PRMQ a partir de uma amostra de jovens saudáveis considerando, igualmente, o papel de variáveis sociodemográficas como o sexo e a idade. O estudo destas variáveis é de particular relevância, visto estudos anteriores apresentarem alguns resultados contraditórios. Mais especificamente, algumas investigações reportam ausência de diferenças entre homens e mulheres quanto à frequência de lapsos de memória (Crawford et al., 2006; Hsu & Hua, 2011; Rönnlund et al., 2008), enquanto outros verificam, por exemplo, que homens tendem a reportar mais falhas de MR (Crawford et al., 2003) ou de MP (Crawford et al., 2006), ou até mesmo o padrão oposto no qual mulheres evidenciam mais falhas gerais de memória (Piaulino et al., 2010). Já no caso do factor idade, os dados tendem a convergir para associações de índole negligenciável (e.g., González-Ramírez & Mendoza-González, 2011; Hsu & Hua, 2011) ou até mesmo para a ausência das mesmas (e.g., Crawford et al., 2006; Crawford et al., 2003; Piaulino et al., 2010; Smith et al., 2000). Tendo em linha de conta que os resultados anteriores podem advir do tamanho da amostra utilizado, que tende a ser considerável em estudos de validação (e.g. Crawford et al., 2003; González-Ramírez & Mendoza-González, 2011), é possível especular que o sexo e a idade podem não desempenhar um papel proeminente nos resultados do PRMQ. Não obstante, esta hipótese necessita de ser testada no caso da versão em português europeu.

Metodologia

Participantes

Um total de 1052 participantes saudáveis, 753 dos quais mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos ($M = 22.24$, $DP = 5.59$) e com uma escolaridade formal média de 14.24 ($DP = 2.37$) colaboraram neste estudo. Um subgrupo da presente



amostra ($n = 236$; 74.2%; mulheres; $M_{idade} = 23.28$; $M_{escolaridade} = 14.88$) completou novamente a avaliação num espaço temporal de aproximadamente 13.87 dias ($DP = 3.46$), com o intuito de avaliar a estabilidade temporal do PRMQ. Todos os participantes providenciaram consentimento informado de forma a serem integrados no presente estudo.

Instrumentos

Com o intuito de caracterizar a amostra, um breve questionário sociodemográfico foi administrado, o que permitiu recolher informações quanto ao sexo, idade, nível de escolaridade, nacionalidade(s), língua(s) materna(s) e estado de saúde actual. Já as falhas de memória foram avaliadas recorrendo ao PRMQ (Smith et al., 2000) e ao questionário de lapsos de memória (QLM; Pinto, 1990). O primeiro é composto por 16 itens que representam diferentes falhas de memória que podem ocorrer no dia-a-dia, sendo que os participantes são convidados a avaliar numa escala de cinco pontos (1-nunca; 2-raramente; 3-às vezes; 4-frequentemente; 5-muito frequentemente) a frequência de ocorrência de cada uma. Metade dos itens refere-se especificamente a falhas de natureza prospectiva, enquanto a restante metade refere-se a lapsos retrospectivos. A pontuação total varia entre 16 e 80 e é obtida através da soma de todos os itens, sendo que pontuações mais altas apontam para uma maior frequência percebida de falhas de memória. Também é possível obter pontuações relativas à MP e à MR através da soma dos itens referentes a cada uma destas dimensões. Estudos anteriores têm demonstrado que o PRMQ apresenta valores satisfatórios de consistência interna e de fiabilidade teste-reteste para diferentes adaptações culturais (e.g., Crawford et al., 2006; Crawford et al., 2003; González-Ramírez & Mendoza-González, 2011; Hsu & Hua, 2011; Piaulino et al., 2010; Rönnlund et al., 2008; Smith et al., 2000). Já o QLM (Pinto, 1990) é composto por 36 itens cuja resposta é dada numa escala de 7 pontos, de nunca (1) a sempre (7), sendo a pontuação total calculada a através da resposta média de todos os itens. Este questionário também apresenta uma boa consistência interna e fiabilidade teste-reteste (Pinto, 1990; Vaz, Daniel, & Vicente-Castro, 2011).

Procedimentos

No que respeita o processo de tradução do PRMQ, este foi baseado no trabalho de Cha, Kim e Erlen (2007) que propõe a combinação de diferentes abordagens, como seja a tradução/retroversão, o comité e o pré-teste. Neste sentido a versão original inglesa do PRMQ foi traduzida para o português por três tradutores independentes. As três versões resultantes foram então discutidas em grupo de forma a chegar a uma versão final por acordo de todos os membros. A estrutura da maioria dos itens foi preservada à excepção do item 10 – *“Do you intend to take something with you, before leaving a room or going out, but minutes later leave it behind, even though it’s there in front of you”* – que sofreu algumas alterações na estrutura da frase. Esta versão foi posteriormente discutida num pequeno grupo de pessoas ($n = 10$) de forma a averiguar a clareza do conteúdo e da linguagem usada. Pequenas alterações foram adoptadas nesta fase. O procedimento de retroversão foi realizado por um investigador com domínio de ambas as línguas e a versão resultante foi contrastada com a versão original de forma a asseverar a equivalência em termos de conteúdo. De seguida, foi feito um novo piloto ($n = 16$) com o objectivo de atestar a clareza das instruções e de cada um dos itens do questionário.

De forma a proceder à recolha de dados, o PRMQ e o QLM foram primeiramente adaptados para formulário online, recorrendo ao *Google Forms* (Google Inc., California, USA, 2016). Este inquérito era constituído por quatro partes sequenciais, a saber: consentimento informado, questionário sociodemográfico, PRMQ e QLM. Na última parte era também perguntado aos participantes se estariam disponíveis para preencher novamente os questionários com

intervalo de aproximadamente 10 dias. A divulgação do estudo foi concretizada essencialmente através de redes sociais e do apoio de algumas universidades portuguesas.

Análises Estatísticas

A validade de constructo foi testada através de uma análise factorial confirmatória (AFC). Foram testados três modelos com base na literatura prévia com o PRMQ (e.g., Crawford et al., 2006; Crawford et al., 2003; González-Ramírez & Mendoza-González, 2011; Hsu & Hua, 2011; Piaulino et al., 2010; Rönnlund et al., 2008), nomeadamente: o Modelo 1 que aponta para a existência de um único factor geral de memória episódica como sendo responsável pela covariância dos 16 itens; o Modelo 2 que propõe dois factores associados, um factor de MP e um de MR, responsáveis pela covariância; o Modelo 3 que é designado de tripartido visto incluir um factor geral de memória episódica tal como o Modelo 1, mais dois factores específicos, um de MP e um de MR, que são respectivamente responsáveis pela covariância dos oito itens de MP e os oito itens de MR. De notar que no Modelo 3, todos os factores são posicionados de forma ortogonal e a mesma lógica é aplicada às variâncias erro de todos os modelos. O método de máxima verosimilhança (MV) foi usado para estimar todos os parâmetros, uma vez que é robusto a violações moderadas de normalidade (Hu, Bentler, & Kano, 1992; Muthén & Kaplan, 1985). Diferentes índices foram seleccionados de forma a avaliar qual o modelo com melhor ajustamento aos dados observados. Mais especificamente, foram considerados os seguintes indicadores: *root mean squared error of approximation* (RMSEA) < 0.06; *standardized root mean squared residual* (SRMS) < 0.08; *comparative fit index* (CFI) ≥ 0.95 (Bentler & Moijart, 1989; Hu & Bentler, 1999). Já a validade convergente foi testada através de coeficientes de correlação de Pearson entre a média das respostas do QLM e as pontuações do PRMQ. No que concerne a fiabilidade, a consistência interna do questionário foi analisada através do alfa de Cronbach, enquanto a fiabilidade teste-reteste foi explorada através de correlações de Pearson entre o primeiro e o segundo momento de avaliação numa subamostra de participantes. Já a influência de variáveis sociodemográficas foi perscrutada pela realização de um teste t para amostras independentes no caso da variável sexo e de correlações de Pearson no caso da idade.

Resultados

Validade de Constructo

Na Tabela 1 podem ser consultados os índices de ajustamento obtidos para cada um dos modelos testados. Embora o teste qui-quadrado (χ^2) tenha sido estatisticamente significativo ($p < .05$) para todos os modelos, o que sugere um fraco ajustamento dos mesmos aos dados, é importante referir que este teste não é o melhor indicador por ser amplamente influenciado pelo tamanho da amostra. Neste sentido, a análise dos índices de ajustamento surge como essencial para interpretar os dados. Verificamos, assim, que o modelo tripartido (Modelo 3) que propõe um factor geral de memória episódica, um de MP e um de MR, todos independentes entre si, foi aquele que evidenciou melhores índices de ajustamento aos dados.

Tabela 1. Índices de ajustamento dos três modelos testados recorrendo à análise factorial confirmatória

Modelo	χ^2	gl	RMSEA	SRMR	CFI
1. Factor geral de memória episódica	652.956	104	0.071	0.0460	0.895
2. Factores de MP e MR associados	578.801	103	0.066	0.0432	0.909
3. Tripartido	352.027	88	0.053	0.0325	0.949



Nota. CFI = Comparative Fit Index; gl = Graus de Liberdade; MP = Memória Prospectiva; MR = Memória Retrospectiva; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation; SRMR = Standardized Root Mean Squared Residual. O modelo que reuniu melhores índices de ajustamento encontra-se assinalado a negrito.

Validade Convergente

As correlações entre as pontuações obtidas no PMRQ e no QLM foram positivas e satisfatórias ($p < .001$), sendo que a correlação foi mais elevada para a pontuação total do PMRQ ($r = .853$), depois para a subescala de MP ($r = .804$) e, por último, para a subescala de MR ($r = .778$).

Consistência Interna

As estatísticas descritivas das pontuações totais da escala completa e das subescalas do questionário, bem como as correlações entre as mesmas podem ser consultadas na Tabela 2. Os valores de consistência interna foram também aceitáveis, nomeadamente de .887 considerando a escala completa, de .840 para a subescala de MP e de .779 para a subescala de MR.

Tabela 2. Estatística descritiva das pontuações do PMRQ e das correlações entre as mesmas

	<i>M (DP)</i>	Amplitude	Assimetria	Curtose	PMRQ (total)	PM	RM
PMRQ (total)	39.10 (9.264)	17-74	0.542	0.436	-	.937*	.919*
PM	20.98 (5.282)	9-40	0.494	0.209	.937*	-	.723*
RM	18.13 (4.697)	8-37	0.600	0.629	.919*	.723*	-

Nota. MP = Memória Prospectiva; MR = Memória Retrospectiva; PMRQ = Prospective and Retrospective Memory Questionnaire; * $p < .001$.

Fiabilidade Teste-reteste

A partir das correlações efectuadas entre os dois momentos de avaliação num subgrupo de participantes, foi possível verificar que o PMRQ parece revelar uma boa estabilidade temporal, dado que os resultados foram fortes, positivos e estatisticamente significativos ($p < .001$). Os coeficientes de correlação foram de .852 para as pontuações da escala total, de .833 para as pontuações da subescala de MP e de .815 para as pontuações da subescala de RM.

Influência das variáveis sociodemográficos de sexo e idade

Constatou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre participantes do sexo masculino e do sexo feminino na pontuação total do PMRQ ($t(1045) = 1.564, p = .118, d = 0.108$) e na pontuação da subescala de MR ($t(1045) = 0.652, p = .514, d = 0.043$). No entanto, verificou-se uma diferença significativa, ainda que de magnitude pequena, no que concerne a subescala de MP ($t(1045) = 2.158, p = .031, d = 0.149$), na qual as participantes do sexo feminino reportaram maior frequência de lapsos de MP ($M = 21.18, DP = 5.240$) em comparação com elementos do sexo masculino ($M = 20.40, DP = 5.277$).

Já no caso da variável idade, as correlações realizadas demonstraram associações negativas com a pontuação total do PMRQ ($r = -.089, p = .004$), com a pontuação da subescala de MP ($r = -.091, p = .003$) e com a pontuação da subescala de MR ($r = -.074, p = .017$). Ainda assim, é importante salientar que os coeficientes das correlações são negligenciáveis por serem diminutos.



Discussão

O principal objectivo deste estudo foi apresentar alguma evidência de validade e de fiabilidade para a tradução portuguesa europeia do PRMQ, que pode ser consultada através do seguinte link: <http://www.ed.ac.uk/ppls/psychology/research/facilities/philosophy-and-psychology-library/psychological-tests/prmq>. Os resultados aqui encontrados, como sejam os valores satisfatórios de consistência interna e de fiabilidade teste-reteste, suportam a ideia de que este questionário é uma medida robusta e fidedigna da frequência de lapsos de memória quotidianos. De facto, no presente estudo foi possível replicar a estrutura factorial tripartida como sendo aquela com melhor ajustamento aos dados, tal como tem sido reportado em outras investigações com diferentes amostras socioculturais (e.g., Crawford et al., 2006; Crawford et al., 2003; González-Ramírez & Mendoza-González, 2011; Hsu & Hua, 2011; Piaulino et al., 2010; Rönnlund et al., 2008). Não obstante, verificamos que nem todos os itens do questionário saturaram nos factores expectados. Inclusive, as cargas factoriais foram superiores no modelo 1 e 2, embora os índices de ajuste não tenham sido satisfatórios. Este dado em particular levanta algumas dificuldades no uso das subescalas de MP e de MR, pelo que é importante ter alguns cuidados na aplicação das mesmas, nomeadamente pelo reconhecimento que existe variância que é específica, mas também partilhada entre estes factores (Crawford et al., 2003). O presente estudo também permitiu apurar que o PRMQ apresenta validade convergente com instrumentos de auto-relato de memória episódica geral, sendo que este dado está de acordo com estudos prévios, ainda que estes sejam escassos (e.g., Benites & Gomes, 2007; Gondo, Renge, Ishioka, Kurokawa, & Ueno, 2010).

No que respeita a exploração da influência da variável sexo nas pontuações obtidas no PRMQ, foi possível constatar que este factor não parece ter um papel preponderante, pelo menos em jovens adultos, visto que não foram encontradas diferenças entre os participantes do sexo feminino e os do sexo masculino na pontuação geral e na pontuação da subescala de MR. Ainda assim, foi identificada uma diferença de pequena magnitude no caso da subescala de MP, que pode ser explicada pelo tamanho amostral (Crawford et al., 2003). Já no caso da variável idade, esta também parece não deter uma influência proeminente nos resultados do PRMQ, dado que todas as correlações apresentaram coeficientes negligenciáveis, sendo que este resultado se encontra em concordância com o que tem sido proposto na literatura (Crawford et al., 2006; Crawford et al., 2005; González-Ramírez & Mendoza-González, 2011, Hsu & Hua, 2011; Piaulino et al., 2010). De uma forma geral, pode ser afirmado que tanto o factor sexo como o factor idade não parecem influenciar de forma significativa o relato de falhas de memória subjectivas, pelo menos no caso de adultos jovens, o que de resto tem sido suportado por investigações prévias (e.g., Hsu & Hua, 2011; Mendes et al., 2008; Smith et al., 2000).

De notar que este foi o primeiro estudo, quanto é do nosso conhecimento, a recolher dados do PRMQ através de um formulário online, o que pode levantar algumas questões. Uma delas tem por base a equivalência dos resultados extraídos entre diferentes procedimentos de recolha de dados, como seja o inquérito online versus papel-e-lápis. Embora esta questão não tenha sido abordada directamente neste estudo, os resultados aqui apresentados estão de acordo com que tem sido encontrado em outras investigações, o que parece sugerir que o uso do formulário online não deteve um impacto diferenciador nos resultados. Uma outra



questão que pode ser levantada assenta na noção de que metodologias online tendem a provocar um viés amostral a favor de jovens altamente escolarizados e com acesso a tecnologias, o que de resto se verificou neste estudo. Neste sentido, uma das principais limitações deste trabalho encontra-se enraizada na ausência de representatividade do universo amostral da população portuguesa, o que também acaba por impor restrições na exploração da influência de variáveis como a idade e até mesmo a escolaridade. Estudos futuros podem, assim, suprir o presente trabalho através da integração de outros grupos populacionais, especialmente grupos de meia idade, idosos e pessoas menos escolarizadas. Estes estudos podem averiguar também o papel de variáveis de humor, sociodemográficas e clínicas, bem como explorar de forma mais aprofundada a validade de constructo e a validade convergente/divergente. Ainda assim, podemos afirmar que os resultados deste estudo evidenciam que o PRMQ é uma ferramenta fiável e válida, reunindo potencial para ser administrada no rastreio de queixas subjectivas gerais de memória episódica, de natureza prospectiva ou retrospectiva, contribuindo também para uma avaliação mnésica mais holística.

Agradecimentos

Um especial agradecimento é devido a todos os participantes e a todas as instituições (Universidade da Beira Interior; Universidade do Porto) que colaboraram neste estudo. De igual forma, agradecemos aos autores originais do questionário. De notar que este estudo foi financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) através de uma bolsa de doutoramento (PD/BD/105964/2014) ao abrigo dos Programas de Doutoramento FCT. Este estudo foi parcialmente conduzido no Centro de Investigação em Psicologia (UID/PSI/01662/2013) da Universidade do Minho, que também conta com o apoio da FCT e do Ministério Português da Educação e Ciência através de fundos nacionais e de co-financiamento da FEDER através do COMPETE2020 no âmbito da parceria PT2020 (POCI-01-0145-FEDER-007653).

Contacto para Correspondência

Diana R. Pereira, Laboratório de Neuropsicofisiologia - CIPsi, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4710-057 Braga, Portugal, morada, diana.r.pereira@gmail.com.

Referências

- Balash, Y., Mordechovich, M., Shabtai, H., Giladi, N., Gurevich, T., & Korczyn, A. D. (2013). Subjective memory complaints in elders: Depression, anxiety, or cognitive decline? *Acta Neurologica Scandinavica*, 127(5), 344-350. doi:10.1111/ane.12038
- Benites, D., & Gomes, W. B. (2007). Tradução, adaptação e validação preliminar do Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ). *Psico-USF*, 12(1), 45-54. doi:10.1590/S1413-82712007000100006
- Bentler, P. M. & Moijart, A. (1989). Choice of structural model by parsimony: A rationale based on precision. *Psychological Bulletin*, 106(2), 315-317. doi:10.1037/0033-2909.106.2.315



- Cha, E. S., Kim, K. H., & Erlen, J. A. (2007). Translation of scales in cross-cultural research: Issues and techniques. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), 386-395. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04242.x
- Crawford, J. R., Henry, J. D., Ward, A. L., & Blake, J. (2006). The Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ): Latent structure, normative data and discrepancy analysis for proxy-ratings. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 83-104. doi:10.1348/014466505X28748
- Crawford, J. R., Smith, G., Maylor, E. A., Della Sala, S., & Logie, R. H. (2003). The Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Memory*, 11(3), 261-275. doi:10.1080/09658210244000027
- Ginó, S., Mendes, T., Maroco, J., Ribeiro, F., Schmand, B. A., Mendonça, A., & Guerreiro, M. (2010). Memory complaints are frequent but qualitatively different in young and elderly healthy people. *Gerontology*, 56(3), 272-277. doi:10.1159/000240048
- Gondo, Y., Renge, N., Ishioka, Y., Kurokawa, I., Ueno, D., & Rendell, P. (2010). Reliability and validity of the Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ) in young and old people: A Japanese study. *Japanese Psychological Research*, 52(3), 175-185. doi:10.1111/j.1468-5884.2010.00433.x
- González-Ramírez, M. T., & Mendoza-González, M. E. (2011). Spanish version of the Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ-S). *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 385-391. doi:10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.35
- Hsu, Y.-H., & Hua, M.-S. (2011). Taiwan version of the Prospective and Retrospective Memory Questionnaire: Latent structure and normative data. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 26(3), 240-249. doi:10.1093/arclin/acr012
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Hu, L., Bentler, P. M., & Kano, Y. (1992). Can test statistics in covariance structure analysis be trusted? *Psychological Bulletin*, 112(2), 351-362. doi:10.1037/0033-2909.112.2.351
- Mendes, T., Ginó, S., Ribeiro, F., Guerreiro, M., Sousa, G., Ritchie, K., & Mendonça, A. (2008). Memory complaints in healthy young and elderly adults: Reliability of memory reporting. *Aging & Mental Health*, 12(2), 177-182. doi:10.1080/13607860701797281
- Muthén, B., & Kaplan, D. (1985). A comparison of some methodologies for factor analysis of non-normal Likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38(2), 171-189. doi:10.1111/j.2044-8317.1985.tb00832.x
- Piaulino, D. C., Bueno, O. F. A., Tufik, S., Bittencourt, L. R., Santos-Silva, R., Hachul, H., Gorenstein, C., & Pompéia, S. (2010). The Prospective and Retrospective Memory Questionnaire: A population-based random sampling study. *Memory*, 18(4), 413-426. doi:10.1080/09658211003742672
- Pinto, A. C. (1990). Questionário de lapsos de memória (QLM): Dados psicométricos e análise dos efeitos da idade e sexo sobre a frequência de lapsos. *Psychologica*, 4, 1-20.
- Rönnlund, M., Mäntylä, T., & Nilsson, L. G. (2008). The Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ): Factorial structure, relations to global subjective memory ratings, and Swedish norms. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(1), 11-18. doi:10.1111/j.1467-9450.2007.00600.x
- Smith, G., Della Sala, S. D., Logie, R. H., & Maylor, E. A. (2000). Prospective and retrospective memory in normal ageing and dementia: A questionnaire study. *Memory*, 8(5), 311-321. doi:10.1080/09658210050117735
- Vaz, A., Daniel, F., & Vicente-Castro, F. (2011). Memory lapses and negative emotional states: Case-study based on a sample of teachers. *Revista de Psicología y Educación*, 6, 25-36.



Yates, J. A., Clare, L., Woods, R. T., & MRC CFAS. (2015). Subjective memory complaints, mood and MCI: A follow-up study. *Aging & Mental Health*. Advance online publication. doi:10.1080/13607863.2015.1081150



EAACE: um instrumento para a psicologia escolar

Marta Tavares¹, Suzana Nunes Caldeira² & Osvaldo Silva²

1. GaPEOS - Universidade dos Açores, Portugal

2. CICS.UAc/CICS.NOVA.UAc – Universidade dos Açores, Portugal

Resumo

A assertividade revela ser protetora do sucesso académico e benéfica para o estabelecimento de relações saudáveis na convivência escolar. No entanto, parecem ser escassos ou inexistentes instrumentos de avaliação da assertividade visando especificamente o contexto escolar. Considerando que a assertividade corresponde a respostas ativadas por situações sociais e contextuais e sendo a escola um dos contextos de vida mais duradouros dos jovens, com especificidades na relação com as pessoas e com as tarefas, entendeu-se que poderia ser útil dispor de um instrumento de avaliação da assertividade adequado ao contexto escolar. Este trabalho apresenta, então, a Escala de Atitudes Assertivas em Contexto Escolar (EAACE), e estudos sobre as suas propriedades psicométricas.

Os estudos foram realizados com base numa amostra de 455 alunos, de ambos os sexos, do 3º ciclo e ensino secundário, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos. No estudo da dimensionalidade, através da análise em componentes principais categórica, foram identificadas três dimensões: Assertividade Básica, Assertividade com Desconhecidos e Assertividade em Situações de Confronto. A fidelidade, avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach, obteve bons indicadores de consistência interna. A validade, apreciada através do coeficiente de correlação ordinal de Spearman e dos testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, é a qualidade que requer, ainda mais apuramento.

Não obstante a necessidade de desenvolver mais estudos sobre a EAACE, espera-se que este instrumento possa ser utilizado pelos psicólogos escolares, enquanto instrumento de despiste de défices de assertividade, auxiliando no combate ao insucesso e minimização de vulnerabilidades em crianças e jovens.

Palavras-chave: assertividade; instrumento de avaliação; psicólogo escolar; sucesso escolar.



Abstract

Assertiveness reveals be protective of academic success and beneficial to establish healthy relationships in school life. However, they appear to be scarce or non-existent evaluation tools assertiveness specifically targeting the school environment. Whereas assertiveness represents responses activated by social and contextual situations and being the school one of the longest life contexts of young people with specific characteristics in relation to people and tasks, it was understood that it might be useful to have an instrument evaluation of appropriate assertiveness to the school context. This work presents, then, Assertive Attitude Scale in School Context (EAACE), and studies on its psychometric properties.

The studies were conducted on a sample of 455 students, of both sexes, the 3rd cycle and secondary education, aged between 13 and 18 years. In the study of dimensionality, through the analysis of categorical main components, three dimensions were identified: Assertiveness Basic, Assertiveness with Unknowns and Assertiveness in Confrontation Situations. Fidelity, assessed by Cronbach's alpha, had good internal consistency indicators. The validity, appreciated by ordinal correlation coefficient of Spearman and Mann-Whitney and Kruskal-Wallis, is the quality that requires further clearance.

Despite the need for further studies on EAACE, it is expected that this instrument can be used by school psychologists while screening instrument assertiveness deficits, helping to combat failure and minimizing vulnerabilities in children and youth.

Keywords: assertiveness; evaluation instrument; school psychologist; school success.



Introdução

No seio das competências sociais situa-se a assertividade, sendo entendida como um conjunto de respostas emitidas pelo sujeito habilitando-o a expressar, de forma adequada ao contexto e situação, as suas opiniões, desejos, opiniões ou direitos (Bandeira, Quaglia, Bachetti, Ferreira & Souza, 2005).

Focando no contexto escolar, a assertividade é uma competência de elevada importância ao representar uma forma vantajosa de estabelecer relacionamentos interpessoais (Claudino, 2012). Comportamentos assertivos propiciam a criação, conservação e fortificação de vínculos, os quais irão contribuir para a adaptação escolar e a inserção bem-sucedida do indivíduo (Melo, Pereira e Silvério, 2014).

Mayer, Caruso e Salovey (2008) referem que relações interpessoais ajustadas surgem articuladas com níveis elevados de inteligência emocional, parecendo que a assertividade promove a inteligência emocional. Esta noção foi comprovada pelo estudo de Cordeiro (2015) onde, “efeitos positivos ao nível da assertividade são potenciadores do mesmo tipo de efeito ao nível da inteligência emocional” (p. 59).

Relações ajustadas evidenciam ainda favorecer o envolvimento escolar (Pestana, 2015), podendo inferir-se que a assertividade ao favorecer, o estabelecimento de relações interpessoais ajustadas e positivas, está também a promover o envolvimento. Segundo Fernandes (2012), o relacionamento harmonioso com toda a comunidade escolar ajuda o aluno a beneficiar de um sentimento de pertença e da sensação de segurança, de apoio e vínculo, favorecendo o seu bem-estar e o seu sucesso escolar.

A assertividade parece ainda favorecer uma menor ocorrência de conflitos entre pares, perante situações de divergência (Claudino, 2012). Assim alunos mais assertivos resolvem os seus conflitos através do diálogo e do respeito pela opinião do outro, apresentando uma maior complexidade cognitiva que os ajudará na construção de várias formas para a resolução desses conflitos (Vagos, 2010).

Vagos (2010) aponta para a existência de uma associação negativa entre a assertividade e a ansiedade. Desta maneira, sujeitos ansiosos exibem menos comportamentos assertivos e revelam mais tensão e autoavaliações negativas, as quais irão prejudicar o sucesso escolar do aluno (Bandeira, Quaglia, Bachetti, Ferreira & Souza, 2005).

A assertividade revela ser muito importante na prevenção do sucesso escolar, visto atuar como variável protetora do insucesso escolar, refletindo-se este último nas reprovações e no absentismo escolar (Bandeira, Rocha, Pires, Del Prette & Del Prette, 2006). Lemos e Meneses (2002) mostraram, através do seu estudo, que baixos níveis de assertividade se associam a desempenho escolar negativo.

Com base no exposto denota-se a relevância do constructo da assertividade para a proteção de algumas das problemáticas presentes no contexto escolar, nomeadamente, conflitos entre pares, ansiedade face aos testes, ansiedade social e principalmente o insucesso escolar.

A partir da literatura, repara-se na existência de quatro instrumentos de avaliação da assertividade aferidos para os adolescentes portugueses (Assertive Self-Statement Test, Scale for Interpersonal Behaviour, Escala de Comportamento Interpessoal para Adolescentes Portugueses - versão reduzida e Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo) (Pasquali & Gouveia, 1990). No entanto, estes destinam-se à avaliação de situações sociais decorrentes do quotidiano, não particularizando para situações específicas



do contexto escolar. Assim, apura-se a ausência de um instrumento de avaliação da assertividade para adolescentes, especialmente adequado para este contexto.

O contexto escolar é uma “unidade vivencial” (Santos, 2004, p. 165) com as suas próprias especificidades, dadas as relações que os alunos estabelecem com os professores e outras figuras de autoridade, estando, em certa medida, estas relações sujeitas ao tradicionalismo, a relações verticais, à obrigatoriedade e ao cumprimento de regras nem sempre entendidas pelos alunos (Santos, 2004). Além disso existem as relações horizontais com os pares. Na escola há a necessidade do foco dos alunos no trabalho escolar, situação que exige mobilização de recursos cognitivos e persistência pessoal num ambiente que ou tem como concorrente as distrações e entretenimentos associados às relações com pares, ou apela ao trabalho cooperativo com pares, ou, ainda, em alguns casos, é definido pela competição com os pares.

Correspondendo a assertividade a respostas “determinadas por circunstâncias sociais, contextuais e desenvolvimentais” (Vagos, 2010, p. 38), o sujeito irá comportar-se de maneira diferente conforme os contextos onde está inserido, devido às variáveis das quais sofre influência.

Assim, pondera-se ser pertinente a existência de um instrumento de avaliação da assertividade próprio para o contexto escolar. Posto isto, recupera-se e replica-se o estudo de Nunes e Caldeira (2012) sobre a versão para investigação da Escala de Atitudes Assertivas em Contexto Escolar (EAACE), constituída por 60 itens. A replicação do estudo da escala almeja dar continuidade à análise do instrumento a partir de uma amostra mais robusta.

Metodologia

Objetivo Contribuir para o desenvolvimento da Escala de Atitudes Assertivas em Contexto Escolar (EAACE), apresentando as suas propriedades psicométricas.

Amostra Participaram no estudo 455 alunos do 8.º ano (62.9%) e do 10.º ano (37.1%) de seis escolas do Ensino Básico e Secundário da ilha de São Miguel – Açores com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos (média=14.45 anos; DP=1.265). A repartição por sexo foi de 55.6% raparigas e 44.4% rapazes. A maioria dos alunos da amostra “nunca” ou “raramente” falta às aulas (83.8%) e 25.9% dos alunos já reprovaram pelo menos uma vez.

Instrumentos A recolha dos dados realizou-se a partir de um questionário sociodemográfico e escolar e por outros seis instrumentos: Escala de Atitudes Assertivas em Contexto Escolar (EAACE); Questionário de Inteligência Emocional para Adolescentes (QIE-A), de Carvalho e Caldeira (2014); Escala de Conflitos entre Pares (ECEP), de Vagos, Rijo e Santos (2012); Escala de Envolvimento dos Alunos na Escola (EAE-E4D), de Veiga (2013); Questionário de Ansiedade Face aos Testes (QAT), de Rosário e Soares (2004); e Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), de Ribeiro, Honrado e Leal (2004).

Questionário sociodemográfico e escolar: A partir deste questionário foram recolhidos dados pessoais, como por exemplo sexo e idade, e escolares, como por exemplo ano frequentado e insucesso escolar, nomeadamente, reprovações e absentismo escolar.



Escala de Atitudes Assertivas em Contexto Escolar: Nunes (2011), com base na literatura e nas descrições do comportamento escolar de alunos, concebeu um instrumento composto por 60 itens com cinco opções de resposta tipo *Likert*, onde 1 corresponde a “Nunca” e 5 a “Sempre”, indicando pontuações mais elevadas níveis superiores de assertividade. Após tratamento estatístico dos itens, a escala foi reduzida a 34 itens que descrevem comportamentos ou sentimentos decorrentes da rotina escolar, repartidos por quatro dimensões: autoafirmação em situações de confronto, expressão de sentimentos, conversação social e interação com desconhecidos ou com situações novas.

Na atual investigação, recorreu-se à versão de 60 itens da EAACE, pois, segundo Fernandes e Almeida (2001), aquando da replicação de estudos devem ser utilizadas versões mais longas, a fim de possibilitar a eliminação/ reformulação de itens, perdurando os que contribuem mais significativamente para a explicitação do constructo em estudo.

Questionário de Inteligência Emocional para Adolescentes (versão para investigação): O QIE-A avalia a maneira como os adolescentes lidam com as suas emoções, através de um conjunto de 30 itens de resposta tipo *Likert*, variando entre 0 “Nunca” e 4 “Sempre”, equivalendo pontuações mais elevadas a mais competências emocionais por parte do sujeito (Carvalho, Caldeira, Raposo, Motta & Benevides, s/d). Este questionário é composto por cinco dimensões: reconhecimento emocional nos outros, empatia, regulação emocional, modo agónico e modo hedónico. Quanto às qualidades psicométricas do instrumento, o valor do coeficiente alfa de *Cronbach* para a totalidade dos itens foi de 0.771, enquanto para as dimensões reconhecimento emocional nos outros, empatia, regulação emocional, modo agónico e modo hedónico, os valores foram 0.618, 0.727, 0.617, 0.677 e 0.759, respetivamente. No presente estudo, o questionário revelou possuir uma boa consistência interna com o coeficiente alfa de *Cronbach* para o total da escala de 0.820, enquanto para as dimensões reconhecimento emocional nos outros, empatia, regulação emocional, modo agónico e modo hedónico os valores foram respetivamente: 0.637, 0.675, 0.600, 0.833 e 0.733.

Escala de Conflitos entre Pares: A ECEP destina-se à avaliação da agressividade em adolescentes, tratando-se de um instrumento composto por 40 itens de resposta tipo *Likert* apreciados entre 1 “Tem muito pouco a ver comigo” e 5 “Tem tudo a ver comigo”, correspondendo pontuações mais elevadas à prática de comportamentos agressivos entre pares (Vagos, Rijo & Marsee, 2014). A escala é ainda constituída por quatro dimensões: agressividade proactiva aberta, agressividade proactiva relacional, agressividade reativa relacional e agressividade reativa aberta, sendo o valor do coeficiente alfa de *Cronbach* para as presentes dimensões respetivamente de 0.90, 0.89, 0.87 e 0.91, não sendo aludido o valor para a escala global. Na presente investigação, os valores do coeficiente alfa de *Cronbach* foram: escala geral, 0.955; dimensão agressividade proactiva aberta, 0.822; dimensão agressividade proactiva relacional, 0.862; dimensão agressividade reativa relacional, 0.830; e dimensão agressividade reativa aberta, 0.907.

Escala de Envolvimento dos Alunos na Escola: A EAE-E4D pretende avaliar o envolvimento dos alunos na escola, através de um conjunto de 20 itens de resposta tipo *Likert* que varia



entre 1 “Total desacordo” e 6 “Total acordo”, onde pontuações mais elevadas traduzem um maior envolvimento dos alunos na escola (Veiga, 2013). A escala é formada por quatro dimensões: cognitiva, afetiva, comportamental e agenciativa. O valor do coeficiente alfa de *Cronbach* para a escala geral foi de 0.828, enquanto as dimensões cognitiva, afetiva, comportamental e agenciativa obtiveram, respetivamente, os seguintes valores: 0,768, 0,823, 0.706 e 0.828. No presente estudo, o valor do coeficiente alfa de *Cronbach* para o total da escala foi de 0.758 e para as dimensões cognitiva, afetiva, comportamental e agenciativa foi 0.711, 0.827, 0.806 e 0.404, respetivamente.

Questionário de Ansiedade Face aos Testes: O QAT procura avaliar a ansiedade dos alunos do 2.º e 3.º ciclo, face aos testes, por meio de 10 itens de resposta tipo *Likert* de cinco pontos variando entre 1 “Nunca” e 5 “Sempre”, apontando pontuações mais elevadas para maiores níveis de ansiedade face aos testes (Rosário & Soares, 2004). O questionário divide-se em duas subescalas, uma relativa à tensão e outra destinada aos pensamentos em competição. No respeitante às propriedades psicométricas o QAT obteve um valor do coeficiente alfa de *Cronbach* para a totalidade dos itens de 0.86, enquanto para a subescala tensão o valor foi de 0.83 e para a subescala pensamentos em competição o valor do coeficiente alfa foi de 0.66. Na presente investigação, o valor do coeficiente alfa de *Cronbach* para a totalidade dos itens foi de 0.822, para a subescala tensão foi de 0.838 e para a subescala pensamentos em competição foi de 0.707.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress: A EADS-21 destina-se à avaliação da ansiedade, depressão e *stress* de jovens a partir dos 18 anos de idade. A escala é composta por 21 itens relativamente aos quais o indivíduo é instruído a responder numa escala de tipo *Likert*, variando entre 0 “Não se aplicou nada a mim” e 3 “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”, representando pontuações mais elevadas estados afetivos mais negativos. A EADS-21 encontra-se repartida em três escalas: depressão, ansiedade e *stress*, sendo cada dimensão formada por 7 itens. Para fins de investigação utilizou-se apenas a subescala da ansiedade, sendo o valor do coeficiente alfa de *Cronbach* de 0.74, enquanto no presente estudo o valor deste coeficiente foi de 0.846 (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Procedimentos Ao longo do processo de recolha de dados foram cumpridos os procedimentos éticos de investigação, destacando-se a participação anónima e voluntária dos jovens.

O tratamento estatístico dos dados reunidos foi efetuado através *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 23.

A análise da EAACE iniciou-se pela usabilidade, sendo analisados os itens mais poderosos do instrumento, a fim de proceder à sua redução. Seguidamente, procedeu-se ao estudo da dimensionalidade, recorrendo-se à análise em componentes principais categórica (CatPCA), visto estar-se na presença de itens avaliados por meio de uma escala ordinal (Moreira, 2007). Passou-se, depois, à análise da fidelidade, ao nível da consistência interna dos itens das dimensões e da escala geral, através do coeficiente alfa de *Cronbach*. Por último, realizou-se o estudo da validade, investigando-se a relação da assertividade com a inteligência emocional, o envolvimento escolar, os conflitos entre pares, a ansiedade face aos testes, a



ansiedade social e o insucesso escolar (reprovações e absentismo escolar). Uma vez não serem satisfeitos os pressupostos de normalidade das distribuições das variáveis (Pestana & Gageiro, 2000), a apreciação da validade foi realizada a partir de testes não paramétricos, nomeadamente, coeficiente de correlação ordinal de *Spearman* e testes de *Mann-Whitney* e de *Kruskal-Wallis*.

Resultados

Na usabilidade da EAACE selecionaram-se os itens mais poderosos, excluindo-se os que apresentavam baixa correlação (inferior a 0.30) e não estatisticamente significativa, conseguindo-se um total de 35 itens.

Na dimensionalidade, os 35 itens foram submetidos a uma análise em componentes principais categórica (CatPCA), através da qual foram alcançadas três dimensões designadas: Assertividade Básica, Assertividade com Desconhecidos e Assertividade em Situações de Confronto. A deliberação do número de dimensões a manter apoiou-se se na regra do valor próprio ou *eigenvalue*, a partir da qual se devem conservar as componentes com *eigenvalue* superior a 1, para que cada componente principal escolhida explique mais variância do que cada uma das variáveis originais (Maroco, 2010). As três dimensões explicam 36.36% da variância total da escala.

No Quadro 1 exibem-se os itens pertencentes a cada uma das dimensões e respetiva saturação.

Quadro 1 - Distribuição dos itens da EAACE, por dimensão

Dimensão	Itens	Correlação item/total
Assertividade Básica	1 Quando um professor me chama à atenção por estar a perturbar a aula quando eu estou apenas a ajudar um colega que tem uma dúvida sobre a matéria que está a ser lecionada, peço para falar e explico ao professor o que estou a fazer.	0.448
	4 Quando os meus colegas fazem algo de bom, elogio-os.	0.534
	5 Quando um colega se esquece de me devolver um livro que me pediu emprestado, sinto-me à vontade para o pedir de volta.	0,432
	6 Quando preciso utilizar um material ou um objeto de um colega, sinto-me à vontade para o pedir emprestado.	0,475
	7 Quando o professor pede voluntários para a realização de uma atividade diferente do habitual, ofereço-me prontamente.	0,394
	8 Não tenho dificuldade em demonstrar carinho pelos(as) meus(minhas) amigos(as).	0,509
	10 Participo facilmente numa conversa com os meus colegas.	0.558
	12 Agradeço os elogios que os meus colegas me fazem.	0,520
	14 Quando falo com os meus colegas, não tenho dificuldade em continuar a conversa.	0.488
	17 Quando um colega me pede para lhe devolver um material ou um objeto que ainda estou a utilizar, explico-lhe que ainda me está a fazer falta e peço-lhe para me deixar continuar a utilizá-lo.	0,479
	18 Quando um professor me cumprimenta, cumprimento-o também.	0,481
	22 Quando tenho necessidade de iniciar uma conversa com o professor, por qualquer motivo, faço-o sem dificuldade.	0.500
	26 Quando estou a fazer um trabalho com os meus colegas, não tenho dificuldades em dizer a minha opinião.	0,492
	28 Agradeço os elogios que os professores me fazem.	0.539
	30 Quando converso com os meus colegas, ouço com atenção o que eles dizem.	0.478
	32 Quando tiro uma nota boa num teste, consigo expressar o meu contentamento ao professor.	0.504
	34 Quando tenho necessidade de falar perante a turma, faço-o com facilidade.	0,405
	38 Quando um professor fala comigo, ouço com atenção o que me está a dizer.	0.448
	40 Quando tiro uma nota boa num teste, consigo expressar o meu contentamento aos meus colegas.	0,512
	42 Quando tenho necessidade de pedir um favor a um colega, peço-o sem dificuldade.	0,533



	44 Quando estudei para um teste de avaliação e fico triste porque tiro uma nota má, digo aos meus colegas como me estou a sentir.	0.448
	46 Quando um colega me pede para lhe explicar um exercício, faço-o de bom agrado.	0,518
	52 Quando um colega me pede para dizer como me estou a sentir, não tenho dificuldade em expressar os meus sentimentos.	0,476
	56 Quando um colega me ajuda num trabalho, expresso-lhe o meu agradecimento.	0,526
	58 Se um colega me interrompe quando estou a falar, peço-lhe para esperar até eu acabar.	0.497
	Valor Próprio	6,969
	Percentagem de Variância Explicada	19.91%
	Alfa de Cronbach	0.882
Assertividade com Desconhecidos	15 Quando preciso falar com algum professor que não conheço, sinto-me à vontade para falar com ele.	0.561
	39 Quando entro num local onde estão professores desconhecidos, cumprimento-os sem dificuldade.	0,563
	47 Quando preciso de um material ou de um objeto que pertence a um colega que não conheço, não tenho dificuldade em lho pedir emprestado.	0,507
	51 Quando estou na presença de um grupo de professores desconhecidos, sinto-me à vontade para falar.	0,667
	59 Num grupo de colegas desconhecidos, sinto-me à vontade para falar.	0.626
	Valor Próprio	3.306
	Percentagem de Variância Explicada	9.45%
	Alfa de Cronbach	0.718
Assertividade em Situações de Confronto	24 Quando fico chateado(a) porque um colega falou mal de mim, vou ter com esse colega e digo-lhe como me estou a sentir.	0.426
	29 Quando os meus colegas me criticam por alguma coisa que eu fiz de errado, e vejo que têm razão para me criticarem, peço-lhes desculpa pela minha atitude.	0.504
	33 Quando os meus colegas gozam comigo, controlo a minha agressividade e digo-lhes que não concordo com o que estão a fazer.	0.537
	37 Quando os meus colegas têm brincadeiras que me ofendem, explico-lhes, sem os ofender, que não gosto dessas brincadeiras.	0.593
	49 Quando um professor me faz uma pergunta à qual não sei responder, admito que não sei.	0.365
	Valor Próprio	2.448
	Percentagem de Variância Explicada	7.0%
	Alfa de Cronbach	0.609

A leitura do Quadro 1 informa que a dimensão Assertividade Básica é composta por 25 itens, os quais explicam 19.91% da variância dos resultados, podendo ser tida como a capacidade de expressar opiniões ou necessidades de forma assertiva e reconhecer, analisar e gerir as emoções apropriando a sua expressão ao contexto. A dimensão Assertividade com Desconhecidos incorpora 5 itens que explicam 9.45% da variância dos resultados, sendo entendida como a capacidade em estabelecer relações com pessoas desconhecidas do contexto escolar. A dimensão Assertividade em Situações de Confronto integra 5 itens que explicam 7.0% da variância dos resultados, correspondendo esta à capacidade de defesa dos próprios direitos em situações divergentes.

Na fidelidade estudou-se a consistência interna dos itens. Assim, o valor do coeficiente alfa de Cronbach para a globalidade dos 35 itens foi de 0.949, valor indicando como muito bom (Pestana & Gageiro, 2000). A leitura do Quadro 1 permite observar boa consistência para a Assertividade Básica ($\alpha = 0.882$), média consistência para a Assertividade com Desconhecidos ($\alpha = 0.718$) e razoável consistência para a Assertividade em Situações de Confronto ($\alpha = 0.609$) (Pestana & Gageiro, 2000). Fernandes e Almeida (2001) referem que na presença de dimensões com reduzido número de itens, podem ser aceites valores de consistência interna a partir de 0.60, encontrando-se o alfa da Assertividade em Situações de Confronto dentro dos valores exigidos.

Na validade estudou-se a relação da assertividade com a inteligência emocional, o envolvimento escolar, os conflitos entre pares, a ansiedade face aos testes, a ansiedade social



e o insucesso escolar, incluindo-se neste último as reprovações e o absentismo escolar, variáveis que, de acordo com a teoria, relacionam positiva ou negativamente com o construto em referência.

Da relação entre a assertividade e a inteligência emocional verificou-se existir-se uma associação positiva, embora fraca ($r = 0.101$), e estatisticamente significativa ($p = 0.000 \leq 0.05$), indo, em certa medida, ao encontro do postulado na literatura, que prevê relações interpessoais ajustadas articuladas com níveis elevados de inteligência emocional (Mayer, Caruso & Salovey, 2008).

Tomando como referência a relação da assertividade com o envolvimento escolar atenta-se a existência de uma associação positiva moderada ($r = 0.571$) e estatisticamente significativa ($p = 0.000 \leq 0.01$), a favor do referido na literatura, onde mais assertividade se associa a maior envolvimento escolar (Veiga, Galvão, Festas & Taveira, 2012).

No respeitante à relação da assertividade com os conflitos entre pares repara-se existir uma associação negativa, embora fraca ($r = -0.126$), e estatisticamente significativa ($p = 0.007 \leq 0.01$), o que vai no sentido do referido na revisão da literatura, pois à medida que a assertividade aumenta diminuem as situações de conflito entre pares e vice-versa (Claudino, 2012).

Quanto à relação da assertividade com a ansiedade face aos testes, foi verificada uma associação positiva muito fraca ($r = 0.016$) e não significativa ($p = 0.730 > 0.01$), sendo expectável que resultados mais elevados na assertividade relacionassem inversamente com resultados mais elevados na ansiedade face aos testes, isto é, mais assertividade se associasse diretamente a menos ansiedade aos testes (Cassady & Johnson, 2002).

Relativamente à relação da assertividade com a ansiedade social apura-se a existência de uma associação negativa, embora fraca ($r = -0.132$), e com significado estatístico ($p = 0.005 \leq 0.01$), indo ao encontro do referido na literatura, onde sujeitos mais assertivos demonstram menos ansiedade na interação com os desconhecidos (Bandeira, Quaglia, Bachetti, Ferreira & Souza, 2005).

Quanto à assertividade tendo em atenção as reprovações escolares, por meio da comparação das médias das ordens (MR) do total da EAACE dos alunos que não reprovaram (MR= 242.78) em relação aos que já reprovaram (MR= 185.80), verifica-se que há diferenças significativas entre os dois grupos ($U = 14903.500$; $p = 0.000 \leq 0.05$), sendo os alunos mais assertivos os relativos aos que não apresentam reprovações.

Por fim, a análise relativa à assertividade (pontuação total da EAACE) tendo em atenção o absentismo escolar, revela que há diferenças significativas ($\chi^2 = 15.882$; $p = 0.001 \leq 0.05$) entre pelo menos dois dos grupos, sendo os alunos que “nunca faltam” (MR= 246.18) mais assertivos comparativamente aos que faltam “muitas vezes” (MR= 230.00), salientando-se que níveis elevados de assertividade traduzem menos absentismo escolar.

As diferenças significativas observadas entre o total da EAACE e as reprovações e o absentismo escolar vão ao encontro do referido na literatura (assertividade protetora do sucesso escolar) (Bandeira, Rocha, Pires, Del Prette & Del Prette, 2006).



Discussão

Este estudo assumiu como principal objetivo contribuir para o desenvolvimento da Escala de Atitudes Assertivas em Contexto Escolar. Para tal efeito, estudou-se a EAACE ao nível sua usabilidade, dimensionalidade, fidelidade e validade.

Na usabilidade obteve-se uma escala de simples utilização, composta por 35 itens, de fácil aplicação e resposta. Em termos de dimensionalidade, os 35 itens distribuem-se por três dimensões: Assertividade Básica (25 itens), Assertividade com Desconhecidos (5 itens) e Assertividade em Situações de Confronto (5 itens). Observando as dimensões atenta-se, porém, na desigualdade de itens presentes na Assertividade Básica, por comparação com as duas restantes, tornando-se pertinente o estudo mais minucioso desta dimensão na tentativa de equilibrar o número de itens presentes em cada uma das dimensões.

Na fidelidade, os valores da consistência interna revelaram ser satisfatórios quer para a globalidade dos itens quer para as três dimensões. Em investigações subsequentes, pretende-se o estudo da fidelidade a partir do teste teste-reteste com a mesma forma (Almeida & Freire, 2008), visto apenas ter sido, na presente investigação, avaliada a consistência dos itens.

Na validade, os resultados alcançados são, na sua generalidade, consistentes com o evidenciado na literatura, sendo alcançadas: associações positivas com significado estatístico entre assertividade e inteligência emocional e assertividade e envolvimento escolar; associações negativas estatisticamente significativas entre assertividade e conflitos entre pares, assertividade e ansiedade social e assertividade e insucesso escolar (reprovações e absentismo). A associação menos previsível constatada entre a assertividade e a ansiedade face aos testes solicita maior clarificação, pois segundo Janeiro (2013) a ansiedade perante momentos de avaliação é algo frequente no percurso da vida académica, podendo a assertividade interferir beneficemente no estado emocional do aluno. Também, algumas das associações alcançadas foram de baixa magnitude, remetendo para a necessidade de produzir mais estudos neste domínio. Neste sentido, importa, igualmente, analisar a validade da EAACE comparando os resultados desta escala com os de outro instrumento de medição da assertividade, que se encontre validado para a população adolescente portuguesa.

Aponta-se ainda a necessidade de expandir a colheita de dados a uma amostra mais diversificada em anos de escolaridade e a nível geográfico, permitindo análises psicométricas que possibilitem alcançar-se um instrumento detentor de boa validade, precisão e sensibilidade para a alunos de 3.º ciclo e ensino secundário.

Apesar da necessidade em prosseguir com estudos de validação da EAACE, destaca-se a importância desta escala, dada a ausência de um instrumento de avaliação da assertividade para o contexto escolar e a importância desta variável na proteção do sucesso escolar.

Contacto para Correspondência

Marta Tavares, GaPEOS - Universidade dos Açores, Rua da Mãe de Deus, 13, 9500-321 Ponta Delgada, martinhajt@gmail.com

Suzana Nunes Caldeira, Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais - Universidade dos Açores, Rua da Mãe de Deus, 13, 9500-321 Ponta Delgada, suzana.n.caldeira@uac.pt



Osvaldo Silva, Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais - Universidade dos Açores, Rua da Mãe de Deus, 13, 9500-321 Ponta Delgada, osvaldo.dl.silva@uac.pt

Referências

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5.ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Bandeira, M., Quaglia, M., Bachetti, L., Ferreira, T., & Souza, G. (2005). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 111-121.
- Bandeira, M., Rocha, S., Pires, L., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2006). Competência académica de crianças do ensino fundamental: características sociodemográficas e relação com habilidades sociais. *Interação em Psicologia*, 10(1), 53-62.
- Carvalho, C. B., Caldeira, S. N., Raposo, C., Motta, C. & Benevides, J. (manuscrito submetido para publicação). *Development and validation studies of the emotional intelligence questionnaire for adolescents (EIC-A)*.
- Cassady, J., & Johnson, R. (2002). Cognitive test anxiety and academic performance. *Contemporary Educational Psychology*, 27(2), 270-295.
- Claudino, A. (2012). *Relação entre a assertividade e estilos de gestão de conflito - estudo exploratório numa amostra de professores*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Cordeiro, M. (2015). *Assertividade em crianças do 1.º ciclo do ensino básico - contributos para um programa de competências emocionais e sociais*. Dissertação de Mestrado. Universidade dos Açores, Ponta Delgada.
- Direção Regional da Educação (2015). *ProSucesso - Açores pela educação: plano integrado de promoção do sucesso escolar*. Acedido em 15 de maio de 2015, de: <https://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/452518FA-EE58-40B0-A752-356AF8F63FA3/870503/ProSucesso.pdf>
- Fernandes, E., & Almeida, L. (2001). *Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação psicológica*. Braga: Universidade do Minho, Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- Fernandes, H. (2012). *Envolvimento dos alunos na escola - um estudo em escolas de São Miguel*. Dissertação de Mestrado. Universidade dos Açores, Ponta Delgada.
- Ferreira, V., Oliveira, M., & Vandenberghe, L. (2014). Efeitos a curto e longo prazo de um grupo de desenvolvimento de habilidades sociais para universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(1), 73-81.
- Janeiro, A. (2013). *Ansiedade aos exames/avaliações - estudando e caracterizando este fenómeno no ensino básico e secundário*. Dissertação de Mestrado. Universidade dos Açores, Ponta Delgada.
- Lemos, M., & Meneses, H. (2002). A avaliação da competência social: versão portuguesa da forma para professores do SSRS. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 18(3), 267-274.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)* (3.ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Mayer, J. D., Caruso, D., & Salovey, P. (2008). Emotional intelligence: new ability or eclectic traits. *American Psychologist*, 63(6), 503-517.
- Melo, M., Pereira, M., & Silvério, J. (2014). Impacto de um programa de competências em alunos do 2.º ciclo de escolaridade. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 18(1), 113-124.



- Moreira, A. (2007). Comparação da análise de componentes principais e da CATPCA na avaliação da satisfação do passageiro de uma transportadora aérea. *Investigação Operacional*, 27(1), 165-178.
- Nunes, L. (2011). *Prevenção da indisciplina em sala de aula: uma proposta de intervenção no âmbito da assertividade*. Dissertação de Mestrado. Universidade dos Açores, Ponta Delgada.
- Nunes, L., & Caldeira, S. (2012). Escala de atitudes assertivas em contexto escolar. In L. S. Almeida, B. D. Silva, & A. Franco, (Eds.), *In II Seminário Internacional "Contributos da psicologia em contextos educativos"* (pp. 1182-1192). Braga: Universidade do Minho.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pasquali, L., & Gouveia, V. (1990). Escala de assertividade rathus - RAS: Adaptação Brasileira. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 6(3), 233- 249.
- Pestana, C. (2015). Perceções de suporte social e envolvimento na escola: um estudo com adolescentes de 3.º ciclo. Dissertação de Mestrado. Universidade de Évora, Évora.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Rosário, P., & Soares, S. (2004). Questionário de ansiedade face aos testes (QAT). In A. Leandro, M. Simões, C. Machado, & M. Gonçalves, (Eds.), *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 39-51). Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, M. R. (2004). Violência(s) na escola. *Psychologica*, 36(9), 163-174.
- Vagos, P. (2010). *Ansiedade social e assertividade na adolescência*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Vagos, P., Rijo, D., & Marsee, M. (2014). Forms and functions of aggression in adolescents: validation of the portuguese version of the peer conflict scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(4), 570-579.
- Veiga, F. (2013). Envolvimento dos alunos na escola: elaboração de uma nova escala de avaliação. *International Journal of Developmental and Educational Psychology - Familia Y Educación: Aspectos Positivos*, 1(1), 441-449.
- Veiga, F., Galvão, D., Festas, I., & Taveira, C. (2012). Envolvimento dos alunos na escola: relações com variáveis contextuais e pessoais - uma revisão de literatura. *Psicologia, Educação e Cultura*, XVI(2), 36-50.



Análise da qualidade dos itens de uma prova de compreensão em leitura para universitários pela TRI

Maria Cristina Rodrigues Azevedo Joly ¹ & Anelise Silva Dias ²

1. Universidade de Brasília, DF; Universidade São Judas Tadeu, SP, Brasil

2. Universidade Paulista, SP, Brasil

Resumo

A leitura, por meio de textos técnicos e científicos, é uma das principais fontes de obtenção de informações e de aprendizagem para o estudante no ensino superior. Diante desta importância e da necessidade de avaliar o nível de compreensão do universitário, este estudo avaliou as características dos itens de um Teste de Cloze (TCZMS) por meio dos modelos de dois e três parâmetros da Teoria de Resposta ao Item. Participaram 653 universitários brasileiros, 69,8% do sexo feminino, de três instituições de ensino superior, pertencentes ao estado de São Paulo (69,8%) e Minas Gerais (30,2%). Os universitários cursavam psicologia (24,0%), administração (58,5%) e educação (17,5%), do primeiro ao décimo semestre. As idades variaram de 17 a 62 anos ($M = 25,44$; $DP = 7,56$). A prova foi aplicada coletivamente com duração média de 40 minutos. Verificou-se que a estrutura textual é organizada com itens dos mais fáceis aos mais difíceis, distribuídos com variabilidade adequada, discriminação alta, baixa probabilidade de acerto ao acaso e ótima precisão ($KR-20 = 0,77$) considerando todos os itens do teste. Alguns itens mostraram-se desajustados aos modelos de análise utilizados na TRI por serem muito fáceis ou muito difíceis em relação aos demais e requerem revisão. Assim, constataram-se qualidades psicométricas ao TCZMS para aferir a compreensão em leitura e caracterizar o perfil do universitário em termos de habilidade para compreender considerado o tipo de item quanto à sua dificuldade, sintaxe, semântica e relação com o contexto.

Palavras-chave: compreensão em leitura; universitários; teoria de resposta ao item; Cloze.



Abstract

This study aimed to evaluate, through full information factorial analysis and application of Item Response Theory (IRT), the psychometric qualities of a Cloze test in order to evaluate the characteristics of the test items. There were 653 college students, 69.8% of them were female. The ages ranged from 17 to 62 years ($M = 25.44$, $SD = 7.56$). They attended psychology (24.0%), administration (58.5%) and pedagogy (17.5%) at first through tenth semester from three different Colleges in São Paulo (69.8%) and Minas Gerais (30.2%). Cloze test was applied collectively to the participants with an average duration of 40 minutes. Factorial full information analysis revealed the predominance of one-dimensional test and IRT enabled verification of instrument calibration records to models of one, two and three parameters, indicating empirical evidence of validity and satisfactory reliability. Despite this, some items will be revised. Thus found psychometric qualities to TCZMS to assess reading comprehension and characterize the profile of the university in terms of ability to understand the type of item considered as to its difficulty, syntax, semantics and relationship with the context.

Keywords: psychometric; full information factorial analysis; Cloze; higher education



Introdução

No âmbito do ensino superior, a leitura é uma habilidade fundamental para o universitário, pois se apresenta não somente como um meio para aquisição do conhecimento, mas também como facilitadora para a sua participação social e integração com o meio por possibilitar o desenvolvimento de posturas argumentativas e críticas (Silva & Zilberman, 1991; Joly & Paula, 2005; Witter, 1997). Neste contexto, ler é uma atividade intencional que requer a organização de uma ampla variedade de habilidades cognitivas para decodificar, compreender e aprender. Tais habilidades são essenciais principalmente nessa última etapa de escolarização formal (McNamara, 2001). Espera-se que o universitário seja um leitor hábil, com estratégias próprias de compreensão das informações, capacidade de síntese e avaliação das informações apreendidas do texto, realize inferências e utilize o conhecimento adquirido na resolução de problemas, bem como possibilitar tomada de decisões em sua prática profissional (Joly & Paula, 2005; Pearson & Camperell, 2001).

A despeito de quão essencial é a compreensão para o universitário, algumas pesquisas realizadas em estudantes brasileiros revelam o hábito limitado de leitura destes e deficiências na compreensão do que é lido, os quais estão relacionados com o baixo desempenho académico, de acordo com dados apresentados por Joly e Dias (2016). Tal constatação impacta negativamente o processo de escolarização no qual o universitário está inserido, pois é principalmente por meio da leitura que ocorre o acesso ao conteúdo técnico-científico das diversas disciplinas.

Sob esta perspectiva, é fundamental diagnosticar a compreensão em leitura dos universitários de modo a caracterizar as dificuldades e possibilitar não apenas o seu desenvolvimento cognitivo, como também o desejável desenvolvimento pessoal e profissional. A Técnica de Cloze criada por Taylor (1953) é um dos recursos a ser utilizado para avaliação e intervenção, que possibilita identificar a capacidade do leitor de integrar a informação impressa que recebe e o conhecimento que tem da estrutura da língua (Chance, 1985) quando a técnica é aplicada como uma prova de compreensão em leitura. Ao lado disso, Flanagan, Ortiz, Alfonso e Mascolo (2002) consideram o Cloze como uma das habilidades do Fator Leitura e Escrita (*Grw*) na Teoria de Cattell-Horn-Carroll (CHC) das Habilidades Cognitivas. O *Grw* refere-se ao conhecimento adquirido em habilidades básicas de compreensão de textos e expressão escrita e o Cloze relaciona-se à capacidade de utilizar vocabulário adequado para completar, com sentido, lacunas referentes a vocábulos omitidos em um texto.

O procedimento para organizar um teste usando Cloze consiste em eliminar palavras de um texto escrito, substituindo-as por um espaço vazio sublinhado que será preenchido pelo leitor com a palavra que ele julgar mais adequada. As tarefas são organizadas e os textos escolhidos a partir do interesse, das características linguísticas e das necessidades educacionais específicas dos estudantes (Scrimshaw, 1993). O procedimento, inicialmente caracterizado pelo preenchimento da lacuna por palavras exatamente iguais às omitidas, passou a admitir o uso de sinônimos, a apresentar opções de escolha, a eliminar palavras por categorias de conteúdo ou a última palavra da frase ou de um trecho previamente definido. Quanto mais lacunas há para serem preenchidas, maior a dificuldade da tarefa (Pearson & Hamm, 2005). Baseado nas premissas descritas e na eficiência do Cloze como uma técnica



de avaliação e treino de compreensão em leitura, tanto no modo tradicional (omissão de todo quinto vocábulo) quanto progressivo (critério de dificuldade progressiva), Joly (2009) desenvolveu o Sistema Orientado de Cloze (SOC). O SOC consiste na organização de um teste a partir de critérios específicos relativos ao número de palavras e omissões de vocábulos, no que se refere ao texto, bem como ao tamanho de lacunas e opções de resposta para definição dos itens. Estudos psicométricos com o SOC foram realizados mais para leitores principiantes – 1o ao 9o ano (e.g. Caparrotti, 2005; Dias, 2008; Joly, 2006, 2007; Joly & Nicolau, 2005) em relação aos universitários (Joly & Piovezan, 2011; Joly & Dias, 2016). Ao lado disso, de acordo com levantamento de Suehiro (2013), há uma lacuna para testes de leitura usando Cloze com evidências de validade e precisão para universitários. Em assim sendo, o presente estudo analisou o funcionamento diferencial dos itens do Teste Cloze – EM/ES [TCZMS] de Joly (2013) por meio da Teoria de Resposta ao Item (TRI) para dois e três parâmetros visando buscar evidências de validade de construto para a prova de acordo *American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education e Joint Committee on Standards for Educational and Psychological Testing* (2014) e a Resolução 005/2012 do Conselho Federal de Psicologia do Brasil que regulamenta a construção e adaptação de testes psicológicos (CFP, 2012).

Metodologia

Participantes

Foram participantes deste estudo 653 universitários de três Instituições de Ensino Superior de dois estados brasileiros, São Paulo (69,8%) e Minas Gerais (30,2%), selecionados por conveniência. Os universitários estavam matriculados nos cursos da área de humanas, a saber, psicologia (24,0%), administração (58,5%) e pedagogia (17,5%) do primeiro ao décimo semestre. Do total da amostra, 69,8% eram do sexo feminino e 30,2% do sexo masculino. Quanto à idade, variaram de 17 a 62 anos, com média de 25,44 anos (DP = 7,56).

Instrumento

Teste Cloze – EM/ES [TCZMS] (Joly, 2013).

O texto de leitura geral é composto por um texto editorial, com aproximadamente 300 palavras, no qual foram mantidos o primeiro e o último parágrafo e as omissões iniciaram-se no segundo parágrafo, a cada cinco vocábulos. As omissões foram substituídas por lacunas, todas do mesmo tamanho, num total de 40 lacunas. As palavras omitidas são verbos (25%), substantivos (22,5%), conjunção (17,5%), preposição (17,5%), advérbios (10,5%), artigos (5%) e adjetivo (2,5%). O respondente deve ler o texto do princípio o fim antes de iniciar o preenchimento das lacunas com as palavras que considere mais adequadas quer sintática quanto semanticamente. São consideradas corretas as respostas cujas palavras escolhidas são idênticas ao texto original. A pontuação total máxima do teste é de 40 pontos.

Procedimentos de Coleta e Análise de Dados

Salvaguardados todos os procedimentos éticos, a aplicação foi realizada por dois aplicadores, em sala de aula, com autorização e agendamento prévio com a instituição e com o professor. A aplicação foi coletiva em uma única sessão. O tempo de aplicação foi de aproximadamente 40 minutos. As instruções de preenchimento dos instrumentos foram



lidas por um dos aplicadores para os participantes, as dúvidas que ocorreram foram esclarecidas e, após este cuidado, iniciava-se a aplicação prova.

Os protocolos foram corrigidos por dois bolsistas de Iniciação Científica, estudantes de psicologia, sob a orientação dos pesquisadores. Os resultados por item e total para cada participante, bem como sua caracterização pessoal e acadêmica foram inseridos em uma planilha de dados Excell, resguardando a identificação do respondente. A análise dos itens pela TRI com o auxílio do programa XCALIBRE (Assessment System Corporation, 1995) e com base na planilha de dados dos resultados obtidos.

Resultados

Foram analisados os ajustes dos dados aos modelos de dois e três parâmetros da TRI considerando os 40 itens do teste, uma vez que, segundo Joly e Dias (2016), o TCZMS atende os pressupostos de unidimensionalidade e independência local. Os resultados das estatísticas gerais dos itens indicam a adequabilidade ou não dos itens aos modelos matemáticos da TRI propostos (Tabela 1). Essas estatísticas são calculadas a partir do agrupamento dos escores de habilidades semelhantes, da probabilidade de acerto teórica para cada subgrupo, da curva característica do item e dos resíduos relativos à probabilidade real observada.

No que se refere ao modelo de dois parâmetros, observa-se, por meio dos dados apresentados na Tabela 1, que 11 itens apresentaram desajuste quanto à dificuldade do item. Destes, dois itens, o 3 e o 7 apresentaram valores igual a -3,00, indicando serem muito fáceis em relação aos demais itens do teste. E, os demais, a saber, 11, 19, 23, 27, 29, 30, 34, 35 e 38, apresentaram índices igual a 3,00, sendo os mais difíceis do teste. Neste modelo, as médias dos parâmetros foram, para o (b) igual a 0,65 (DP = 0,17) e para o (a) igual a 0,71 (DP = 1,99). Os dados dos itens do TCZMS para três parâmetros revelaram que, dos 40 itens, 10 apresentaram valores do índice de dificuldade (b) acima do valor crítico de 2,95 ou abaixo de -2,95. O item 7 teve valor abaixo de -2,95, e os itens 11, 19, 23, 27, 29, 30, 34, 35 e 38, valor acima de 2,95. E os itens 11, 19, 27, 29, 30, 34, 35 e 38 com valores de resíduo maiores do que 2,00, sendo que estes valores variaram de 2,11 (item 30) a 3,11 (itens 29 e 35). Cabe destaque que, as médias dos parâmetros foram, para o (b) igual a 0,72 (DP = 0,20), para o (a) igual a 0,81 (DP = 0,20) e o (c) igual a 0,06 (DP = 0,01) considerando todos os itens do teste.

Destaca-se que quatro itens mantiveram os valores fora do intervalo crítico nos dois parâmetros, a saber, 29, 34, 35 e 38. Os demais itens apresentaram desajustes somente quanto ao parâmetro da dificuldade do item, sendo muito fácil ou muito difícil.

No tocante ao índice que avalia a proporção de estudantes na amostra que responderam ao item corretamente – PC (Tabela 1), os itens 6, 11, 19, 23, 27, 28, 29, 30, 34, 35 e 38 foram os itens mais difíceis para essa amostra, sendo que uma porcentagem correspondente até 10,0% dos universitários acertaram tais itens. Tais dados são confirmados a partir da análise de dificuldade do item apresentado nos dois modelos matemáticos. E, os itens 3, 7 e 40 os que os estudantes mais acertaram. Constata-se que 94,0% acertaram os itens 3 e 7 e 92,0% dos universitários responderam corretamente o item 40 (Joly & Dias, 2016).



Outra análise realizada para os itens da prova foi o mapa de itens e das pessoas (Figura 1), que numa mesma escala logit, variaram no eixo das ordenadas de -6 a 7. Os itens do TCZMS apresentam uma amplitude de representação ampla e distribuída no intervalo de -5 a 7 logit. Quanto às pessoas, pode-se observar que, os comportamentos concentraram-se entre -3 e 1 logit. A Figura 1 facilita a visualização dos itens que tiveram dificuldade acima do limite crítico aceitável. Embora os itens tenham maior variabilidade do que a habilidade da amostra avaliada foi possível à verificação dos parâmetros e ajustes dos itens e da amostra avaliada.

Quanto ao índice de fidedignidade para o TCZMS estimado pelos modelos de dois e três parâmetros, os resultados revelaram o mesmo valor de precisão para os dois modelos, a saber, 0,77, indicando bom índice de fidedignidade obtidos por meio da técnica de Kuder-Richardson. O mesmo índice foi obtido pela análise usando Rasch de acordo com Joly e Dias (2016).

Tabela 1.

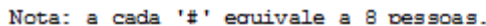
Parâmetros dos Itens do Teste Cloze para os modelos de 2 e 3 parâmetros

Item	2 parâmetros			3 parâmetros						
	a	b	resíduo	a	b	c	resíduo	PC	PBs	PBt
1	0,46	2,34	1,37	0,64	2,30	0,07	0,70	0,18	0,22	0,19
2	0,38	0,80	1,89	0,40	0,96	0,06	1,52	0,40	0,24	0,20
3	0,65	-3,00	0,72	0,66	-2,94	0,06	0,75	0,94	0,26	0,30
4	0,72	-0,53	0,60	0,73	-0,37	0,06	0,34	0,62	0,49	0,52
5	0,78	0,96	1,16	0,85	0,98	0,06	0,76	0,31	0,49	0,50
6	0,62	2,68	0,80	0,80	2,71	0,06	0,93	0,09	0,27	0,24
7	0,59	-3,00	0,79	0,61	-2,99	0,06	0,91	0,94	0,23	0,26
8	0,42	-0,29	1,78	0,42	-0,07	0,06	1,52	0,55	0,29	0,26
9	0,40	-0,39	1,54	0,41	-0,16	0,06	341,40	0,56	0,28	0,25
10	0,44	-2,57	1,45	0,45	-2,26	0,06	1,19	0,84	0,20	0,21
11	0,93	3,00	1,43	1,01	3,00	0,05	2,98	0,00	0,16	0,14
12	0,68	-0,35	0,44	0,68	-0,21	0,06	0,53	0,58	0,48	0,50
13	0,49	2,47	1,11	0,65	2,54	0,06	0,63	0,15	0,23	0,20
14	0,83	-0,46	0,32	0,84	-0,32	0,06	0,50	0,61	0,53	0,57
15	0,69	-0,81	0,98	0,67	-0,63	0,06	0,65	0,67	0,46	0,48
16	0,35	1,17	1,69	0,40	1,32	0,07	1,45	0,36	0,21	0,16
17	0,78	-0,32	0,40	0,78	-0,19	0,06	0,40	0,58	0,52	0,55
18	0,76	0,45	1,00	0,78	0,49	0,06	0,59	0,43	0,50	0,51
19	0,77	3,00	1,53	0,99	3,00	0,05	2,51	0,02	0,14	0,11
20	0,49	-1,87	1,69	0,50	-1,59	0,06	1,38	0,78	0,30	0,31
21	0,63	2,02	0,77	0,77	2,04	0,06	0,59	0,16	0,35	0,32
22	0,57	2,29	1,03	0,72	2,34	0,06	0,36	0,14	0,29	0,27
23	0,70	3,00	0,38	0,88	3,00	0,05	1,58	0,04	0,23	0,20
24	0,42	-1,51	1,92	0,41	-1,24	0,06	1,69	0,71	0,24	0,24
25	0,53	-1,87	1,30	0,54	-1,60	0,06	1,16	0,79	0,33	0,35
26	0,60	2,34	0,83	0,80	2,32	0,06	0,39	0,13	0,31	0,27
27	0,97	3,00	1,36	1,04	3,00	0,05	2,97	0,01	0,27	0,23
28	0,64	2,87	0,87	0,82	2,95	0,05	0,75	0,08	0,26	0,23
29	0,98	3,00	1,54	1,02	3,00	0,05	3,11	0,00	0,19	0,16
30	0,76	3,00	0,88	0,97	3,00	0,05	2,11	0,03	0,22	0,19



31	0,60	-1,47	0,67	0,61	-1,24	0,06	0,38	0,76	0,41	0,43
32	0,68	0,08	0,64	0,72	0,18	0,06	0,44	0,50	0,49	0,49
33	0,72	2,29	0,68	0,84	2,37	0,05	1,06	0,11	0,34	0,32
34	0,95	3,00	1,39	1,04	3,00	0,05	2,96	0,01	0,25	0,21
35	0,98	3,00	1,54	1,02	3,00	0,05	3,11	0,00	0,19	0,16
36	0,61	0,95	1,07	0,65	1,01	0,06	0,49	0,34	0,42	0,41
37	0,57	0,08	0,67	0,60	0,20	0,06	0,51	0,50	0,43	0,42
38	0,86	3,00	1,88	1,03	3,00	0,05	2,94	0,01	0,13	0,10
39	0,44	-0,98	1,41	0,46	-0,71	0,06	1,25	0,65	0,31	0,31
40	0,61	-2,88	1,37	0,63	-2,62	0,06	1,33	0,92	0,28	0,32

Legenda: *a* (parâmetros de discriminação); *b*(parâmetros de dificuldade); *c* (probabilidade de acerto ao acaso); PC (proporção de estudantes na amostra que responderam ao item corretamente); PBs (correlação item-total pelo produto momento de Pearson); PBt (a correlação item-total na qual se substitui o escore total pelo traço latente (θ) subjacente).



Discussão

- 56 -



(11, 19, 29, 38), conjunção comparativa (27), advérbio (34) e substantivo (35), além de palavras que possuem significado semântico e função sintática (por exemplo, figuras de linguagem), o que hipotetizou-se imprimir dificuldade ao processo de compreensão (Cegalla, 2009). Tais resultados ratificam os obtidos por Joly e Dias (2016) quando da análise do TCZMS pelo modelo de Rasch.

Quanto à representação do traço latente, os itens com escore igual ou acima de 0,50 em PBT possuem índice de discriminação alto (α variou de 0,68 a 0,85) para os modelos de 2 e 3 parâmetros, a saber itens 4, 5, 12, 14, 17 e 18 (Andrade, Tavares & Valle, 2000). Resultado esse que indica que o TCZMS conta com 15% de itens que possibilitam identificar os leitores hábeis com precisão para compreender a linguagem escrita, levando em conta a relação entre vocabulário, vocábulo, estrutura textual e contexto, indicando evidências de validade de construto (Dias, 2008; Pearson & Camperell, 2001; Pearson & Hamm, 2005). Acrescente-se a isso a constatação de que a estrutura textual está organizada com itens dos mais fáceis aos mais difíceis, distribuídos com variabilidade adequada, apesar de esta ser maior do que a habilidade dos estudantes participantes da amostra. O mapa de itens e das pessoas (Figura 1) mostra que a pontuação média em logit dos itens em torno da média está acima da pontuação média dos sujeitos, indicando que o nível médio de *theta* dos respondentes foi menor que o nível médio de dificuldade (b) dos itens. Ao lado disso, há de se levar em conta que apenas 10% dos estudantes acertaram os itens mais difíceis do teste, apesar do nível médio de acerto ter sido de 19,34 pontos dos 40 pontos possíveis.

À guisa de síntese, a análise realizada pelos modelos da TRI constatou adequação estrutural para aferir a compreensão em leitura e, ainda, permite caracterizar o perfil do universitários em termos de habilidade para compreender considerado o tipo de item quanto à sua dificuldade, sintaxe, semântica e relação com o contexto (Abraham & Chapelle, 1992; Chance, 1985; Flanagan, Ortiz, Alfonso & Mascolo, 2002; McNamara, 2001; Scrimshaw, 1993). A despeito dos itens desajustados, a serem revisados, se referem a 22,5% do total de itens do teste. Quanto ao teste como um todo, foram constatadas evidências de validade de construto para o TCZMS e precisão, conferindo-lhe qualidades psicométricas para ser utilizado como instrumento psicoeducacional para avaliar a compreensão em leitura de estudantes universitários (AERA, APA, NCME, JCSEPT, 2014; CFP, 2012; ITC, 2013).

Agradecimentos

Agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, Brasil pelo auxílio financeiro e Prof. Dr. Leandro da Silva Almeida, Universidade do Minho, Braga – Portugal pela colaboração e apoio à investigação como orientador da segunda autora durante seu estágio como pesquisadora, no período de doutoramento.

Contacto para Correspondência

Maria Cristina Rodrigues Azevedo Joly – joly@unb.br; Anelise Silva Dias – anelisesd@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade São Judas Tadeu - Av. Vital Brasil, 1000 - Butantã, São Paulo - SP, 05503-001.



Referências

- Abraham, R. G., & Chapelle, C. A. (1992). The meaning of cloze test scores: an item difficulty perspective. *The Modern Language Journal*, 76(4), 468-479.
- AERA, APA, NCME, JCSEPT- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education & Joint Committee on Standards for Educational and Psychological Testing (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: AERA.
- Andrade, D. F., Tavares, H. R., & Valle, R. C. (2000). *Teoria de resposta ao item: conceitos e aplicações*. São Paulo, SP: Associação Brasileira de Estatística.
- Assessment System Corporation (1995). *User's manual for the XCALIBRE-Marginal Maximum-Likelihood IRT Parameter Estimation Program*. (2ª ed.). Windows 3.x/95/NT version, St. Paul, MN: Author.
- Caparrotti, N. B. (2005). *Prova de compreensão em leitura: evidências de validade*. (Dissertação de Mestrado não Publicada), Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo.
- Cegalla, D. P. (2009). *Novíssima gramática da língua portuguesa. Novo acordo ortográfico*. (48ª ed.). São Paulo, SP: Editora Nacional.
- Chance, L. (1985). Use cloze encounters of the readability kind for secondary school students. *Journal of Reading*, 29, 690-693.
- CFP – Conselho Federal de Psicologia (2012). *Resolução CFP N.º 005/2012*. Disponível: www.pol.org.br. Acesso em: 06 mar. 2016.
- Dias, A. S. (2008). *Evidências de validade de uma prova de compreensão em leitura em estatística*. (Dissertação de Mestrado não Publicada). Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo.
- Flanagan, D. P., Ortiz, S. O., Alfonso, V. C., & Mascolo, J. T. (2002). *The achievement test desk reference* (ATDR). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Joly, M. C. R. A. (2006). Escala de Estratégias de leitura e avaliação dinâmica da inteligência: evidências de validade. Relatório de pesquisa apresentado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade São Francisco, Itatiba, SP.
- Joly, M. C. R. A. (2007). The validity of Cloze Oriented System (COS): a correlation study with an electronic comprehension test and a reading attitude survey. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11(especial), 49-58.
- Joly, M. C. R. A. (2009). Estudos com o Sistema Orientado de Cloze para o Ensino Fundamental. In A. A. Santos, E. Boruchovitch & K. L. Oliveira (Ed.), *O Cloze como instrumento de diagnóstico e intervenção* (pp. 119-146). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Joly, M. C. R. A. (2013). *Teste Cloze EM-ES [TCZMS]* (Relatório Técnico). Universidade de Brasília, DF, Brasília.
- Joly, M. C. R. A., & Dias, A. S. (2016). Avaliação da compreensão em leitura em universitários: Elementos de validação do Teste de Cloze. *Psicologia, Educação e Cultura*, XX(1), 214-239.
- Joly, M. C. R. A., & Nicolau, A. F. (2005). Avaliação de compreensão em leitura usando Cloze na 4ª série. *Temas sobre desenvolvimento*, 14(83-84), 14-19.
- Joly, M. C. R. A., & Paula, L. M. (2005). Avaliação do uso de estratégias de aprendizagem e a compreensão em leitura de universitários. In M. C. R. Joly, A. A. Santos, & F. F. Sisto (ED.), *Questões do cotidiano universitário* (pp. 33-57). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Joly, M. C. R. A., & Piovezan, N. M. (2011). Funcionamento diferencial dos itens do Teste Cloze por Opção. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(2), 58-68.



- International Commission for Tests – ITC (2013). ITC *Guidelines on quality control in scoring, test analysis and reporting of test scores - version 1.2*. Documento ITC-G-QC-20131012. Disponível em https://www.intestcom.org/files/guideline_quality_control.pdf. Acesso: 8 setembro 2016.
- Pearson, P. D., & Camperell, K. (2001). Comprehension of text structures. In R. B. Ruddell, M. R., Ruddell & H. Singer (Ed.), *Theoretical models and processes of reading* (pp. 448-468). Newark, NJ: IRA.
- Pearson, P. D., & Hamm, D. N. (2005). The assessment of reading comprehension: A review of practices – Past, present, and future. In S. G. Paris & S. A. Stahl (Ed.), *Children's reading comprehension and assessment* (pp. 13-69). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- McNamara, D. S. (2001). Reading both high-coherence and low-coherence texts – Effects of text sequence and prior knowledge. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 55, 51-62.
- Scrimshaw, P. (1993) Text Completion Program. In P. Scrimshaw (Ed.), *Language, classroom & computers*. New York, NY: Routledge.
- Silva, E. T., & Zilberman, R. (1991). Pedagogia da Leitura: Movimento e História. Em E. T. Silva & R. Zilberman (Org.). *Leitura e Perspectiva Interdisciplinares* (pp.111-115) SP: Ática.
- Suehiro, A. C. B. (2013). Produção Científica sobre o Teste de Cloze. *Psicologia Escolar e Educacional*, 17(2), 223-232.
- Taylor, W. I. (1953). Cloze procedure: a new tool for measuring readability. *Journalism Quarterly*, 30, 415-433.
- Witter, G. P. (1997). Leitura e Universidade. In G. P. Witter (Ed.), *Psicologia: leitura e universidade* (pp. 09-18). Campinas, SP: Alínea.



Validade de Constructo da Versão Portuguesa Reduzida da Escala Multidimensional de Perfeccionismo Compósita

Maria João Soares¹, Ana Telma Pereira¹, Mariana Marques^{1,2}, Ana Paula Amaral^{1,3}, António Macedo¹

¹ Serviço de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

² Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal

³ Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de Coimbra, Coimbra, Portugal

Resumo

O perfeccionismo está implicado no risco e manutenção de várias perturbações mentais, sendo um processo transdiagnóstico. Objetivo: analisar a validade de constructo da Versão Portuguesa Reduzida da Escala Multidimensional de Perfeccionismo Compósita

Amostra: 259 estudantes do ensino superior (80.1% mulheres), com idade média de 20.58±1.86 anos (variação: 18-31 anos).

Instrumentos: (1) EMP-H&F 13 (Soares et al., 2016), que avalia as dimensões Perfeccionismo Auto-orientado (PAO), Socialmente Prescrito (PSP) e Orientado para os Outros (POO). (2) EMP-F 24, que resultou da seleção dos quatro itens com peso mais elevado nas dimensões Padrões Pessoais (PP), Preocupação com os Erros (PE), Dúvidas sobre as Ações (DA), Expectativas Parentais (EP), Críticas Parentais (CP) e Organização (O), na versão portuguesa da EMP-F (Amaral et al., 2013).

Resultados: A análise de componentes principais dos itens da EMP-H&F 13 e da EMP-F 24 revelou dois fatores (Variância total explicada: Total-36.37%; F1-23.87%; F2-12.50%). Foi realizada a rotação varimax dos fatores e foram retidos no respetivo fator os itens com um peso fatorial >.40. O F1 avalia o perfeccionismo não adaptativo, englobando itens das dimensões PE, DA, EP, CP e PSP. F2 avalia o perfeccionismo adaptativo, incluindo itens das dimensões PAO, PP e O. A escala total e os fatores mostraram elevada consistência interna (α : Total=.891; F1=.894; F2=.884). F1 e F2 correlacionaram-se positivamente ($r=.379$, $p<.01$).

Conclusão: A versão reduzida da Escala Multidimensional de Perfeccionismo Compósita apresenta adequada validade de constructo e pode ser útil para avaliar o perfeccionismo adaptativo/não adaptativo, na clínica e na investigação, levando menos tempo a administrar.

Palavras-chave: Perfeccionismo; Validade de constructo; Versão Portuguesa Reduzida da Escala Multidimensional de Perfeccionismo Compósita.



Abstract

Perfectionism is implicated in the risk and maintenance of several mental disorders, being a transdiagnostic process. Objective: To analyze the construct validity of the Portuguese Short Version of the Composite Multidimensional Perfectionism Scale.

Sample: 259 higher education students (80.1% women) with a mean age of 20.58 ± 1.86 years (range: 18-31 years).

Instruments: (1) The H&F-MPS 13 (Soares et al., 2016), which evaluates Self-oriented (SOP), Socially-prescribed (SPP) and Other-oriented (OOP) perfectionism dimensions. (2) F-MPS 24, which results from the selection of the four items with highest loadings in Personal Standards (PS), Concern over Mistakes (CM), Doubts about Actions (DA), Parental Expectations (PE), Parental Criticism (PP) and Organization (O) dimensions, in the Portuguese version of the F-MPS (Amaral et al., 2013).

Results: The principal components analysis of the H&F-MPS 13 and F-MPS 24 items indicated two factors (Total variance explained: Total-36.37%; F1-23.87% F2-12.50%). The factors *varimax* rotation was performed and the items with a factor loading $>.40$ were retained in the respective factor. The F1 assesses maladaptive perfectionism, including the items of CM, DA, PE, PC and SPP dimensions. The F2 evaluates the adaptive perfectionism, and includes items of SOP, PS and O dimensions. The total scale and the factors revealed high internal consistency (α : Total=.891; F1=.894; F2=.884). F1 and F2 were positively correlated ($r=.379$, $p < .01$).

Conclusion: The Short Version of the Multidimensional Perfectionism Scale Composite shows adequate construct validity, and it can be useful to evaluate the adaptive/maladaptive perfectionism in clinical and research settings, taking less time to administrate.

Keywords: Perfectionism; Construct Validity; Portuguese Short Version of the Composite Multidimensional Perfectionism Scale.



Introdução

O perfeccionismo pode ser definido como a procura de elevados padrões de desempenho, que se acompanha de uma autoavaliação excessivamente crítica e do medo de falhar (Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993).

Este traço de personalidade está implicado na génese, manutenção e intensificação do stresse (Hewitt & Flett, 2002) e constitui um fator de risco para o sofrimento psicológico e para diversas perturbações mentais, sendo um processo transdiagnóstico (Egan, Wade, & Shafran, 2011).

As duas Escalas Multidimensionais de Perfeccionismo (EMP), que foram desenvolvidas por Frost, Marten e Rosenblate (EMP-F, 1990) e por Hewitt e Flett (EMP-H&F, 1991), têm sido as mais frequentemente usadas para avaliar este traço de personalidade. Estas duas escalas foram adaptadas e validadas para a população portuguesa (Amaral, Soares, Pereira, Bos, Marques, Valente, Nogueira, Azevedo, & Macedo, 2013; Soares, Gomes, Macedo, Santos, & Azevedo, 2003).

A EMP-F original (Amaral et al., 2013; Frost et al., 1990) é composta por 35 itens, que são respondidos quanto ao grau de concordância, numa escala Likert de 5 pontos, que vai desde *Discordo fortemente* (1) até *Concordo fortemente* (5). As dimensões que a escala avalia são: Padrões Pessoais (PP, padrões pessoais excessivamente elevados), Preocupação com os Erros (PE, preocupação excessiva com os erros/fracasso no desempenho), Dúvidas sobre as Ações (DA, dúvidas sobre a qualidade das ações), Expectativas Parentais (EP, expectativas parentais excessivamente elevadas), Críticas Parentais (CP, avaliação parental) e Organização (O, valorização excessiva da precisão, ordem e organização).

A EMP-H&F original (Hewitt & Flett, 1991; Soares et al., 2003) é composta por 45 itens, que também são respondidos quanto ao grau de concordância, numa escala Likert de 7 pontos, que vai desde *Discordo Completamente* (1) até *Concordo completamente* (7). As dimensões avaliadas por esta escala são o Perfeccionismo Auto-orientado (PAO; motivação para atingir a perfeição, persistência de expectativas elevadas face aos fracassos, autoavaliação focalizada nos erros e fracassos), o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP, perceção de que os outros impõem ao indivíduo padrões excessivamente elevados, aceitação condicional ao desempenho atingido) e o Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO, expectativa de que o outro atinja a perfeição, avaliação rigorosa do outro).

Vários estudos que submeteram à análise fatorial os itens da EMP-F e da EMP-H&F conjuntamente (e.g., Frost et al., 1993), incluindo os que usaram amostras de indivíduos Portugueses (Soares, Amaral, Pereira, Bos, Marques, Valente, Nogueira, Macedo, 2013, 2014; Pereira, Soares, Amaral, Nogueira, Madeira, Roque, Marques, Bos, Maia, Macedo, 2014), mostraram que as duas escalas avaliam dois fatores de segunda ordem. Estas duas dimensões, encontradas através de análise fatorial, fundamentam o modelo dual de perfeccionismo, postulado por alguns autores, incluindo alguns dos primeiros grandes teóricos do perfeccionismo (e.g. Hamachek, 1978; Slade & Owens, 1998; Terry-Short, Owens, Slade, & Dewey, 1995). Segundo este modelo o perfeccionismo tem duas componentes, uma positiva, adaptativa ou normal e a outra negativa, não adaptativa ou neurótica. A literatura também tem mostrado que a componente não adaptativa, que envolve as preocupações avaliativas mal adaptativas, está relacionada com processos, mecanismos e resultados negativos (e.g., perturbação psicológica, psicopatologia) e que a componente mais adaptativa, que envolve a procura de elevados padrões, está relacionada com processos, mecanismos e resultados mais positivos. A partir do modelo dual de perfeccionismo podem ser também definidos os vários tipos de perfeccionistas (Stoeber, & Otto, 2006). Desta forma, uma escala que possibilite a avaliação destas duas componentes do perfeccionismo pode ser uma ferramenta profícua para definir e caraterizar os vários tipos de perfeccionistas.

Em suma, a versão portuguesa original da Escala Multidimensional de Perfeccionismo Compósita (Soares et al., 2013, 2014), que é composta por 65 itens, pode ser um instrumento



útil para aplicar na prática clínica e na investigação, mas a sua aplicação revela-se morosa. O presente estudo visa analisar a validade de constructo da Versão Portuguesa Reduzida da Escala Multidimensional de Perfeccionismo Compósita (EMPC - Versão Portuguesa Reduzida).

Metodologia

Amostra

Este estudo teve a autorização da comissão de Ética da FMUC e enquadra-se num Projeto de Investigação “Perfeccionismo e Regulação Emocional – Uma Perspetiva Transgeracional” (Ref. 098-CE-2014).

A amostra é constituída por 259 estudantes do ensino superior (80.1% mulheres), que frequentam maioritariamente os cursos de medicina (49.8%) e de medicina dentária (35.1%), da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. A maior parte (83.9%) dos estudantes encontra-se no 3º (60%) e 1º ano (23.9%). A idade média dos sujeitos é de 20.58 ± 1.86 anos (variação: 18-31 anos) e a maioria é de nacionalidade Portuguesa (95%) (Tabela 1).

Tabela 1: Características da amostra]

Idade (Anos)	Média $\pm$ dp (variação)
	20.58 $\pm$ 1.86 (18-31)
Sexo	N (%)
Homem	51 (19.9)
Mulher	205 (80.1)
Nacionalidade	N (%)
Moldava	1 (.4)
Dupla Nacionalidade (portuguesa/outra)	2 (.8)
Portuguesa	245 (94.6)
Cursos – UC/ IPC	N (%)
Farmácia	11 (4.2)
Medicina	129 (49.8)
Medicina Dentária	91 (35.1)
Outros†	19 (7.5)
Ano do Curso	N (%)
1º	58 (23.9)
2º	9 (3.7)
3º	146 (60.1)
4º	30 (12.3)

]Os valores podem não coincidir com o total, devido a valores omissos; †Arquitetura (.4%), Audiologia (3.5%), Engenharia Mecânica (.4%), Fisiologia Clínica (1.6%), Imagem Médica e Radioterapia (1.6%); UC= Universidade de Coimbra; IPC= Instituto Politécnico de Coimbra.

Instrumentos

A Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost et al. - 24 (EMP-F 24).

A EMP-F 24 resultou da seleção dos 4 itens com peso mais elevado nas respetivas dimensões da versão original portuguesa (EMP-F, Amaral et al., 2013) e apresentou boa consistência interna na amostra do presente estudo (alfa de Cronbach/ α : PP= .832; PE= .815; DA= .772, EP= .879; CP= .883; O= .863; Escala Total= .850).



A Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett - 13 (EMP-H&F 13) (Soares et al., 2016).

A EMP-H&F 13 foi construída selecionando os 13 itens com pesos fatoriais $\geq .60$ nas respetivas dimensões da versão original portuguesa (Soares et al., 2003). A EMP-H&F 13 apresenta adequada validade de constructo, validade convergente com a EMP-F e retém as propriedades psicométricas da escala original (Soares, Pereira, Araújo, Silva, Valente, Nogueira, Roque, & Macedo, 2016).

Análise estatística

A análise estatística foi realizada com o programa SPSS (versão 21 para o Windows; IBM, 2012). Antes de proceder à análise fatorial foram analisadas as premissas que a fundamentam.

Os itens das escalas EMP-F 24 e EMP-H&F 13 foram conjuntamente submetidos à análise de componentes principais e à análise fatorial exploratória, seguida da rotação *varimax* dos fatores. Foram utilizados o índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (Kaiser 1970, 1974) e o teste de esfericidade de Bartlett (Bartlett, 1954) para a confirmação da factoriabilidade da matriz de correlações.

O coeficiente alfa de Cronbach foi usado para avaliação da consistência interna da escala e dos fatores retidos.

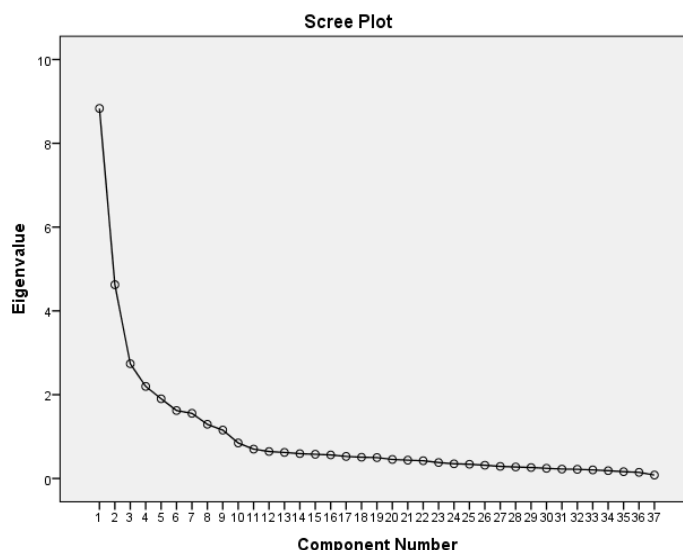
As correlações de Pearson foram aplicadas para analisar a correlação entre os fatores e usamos os critérios de Cohen (1992) para avaliar a magnitude das associações: .01 baixa; .30 moderada; .50 elevada.

Resultados

Antes de proceder análise fatorial foram analisadas algumas das suas premissas. O tamanho da amostra do presente estudo permitia a realização da análise fatorial dos dados ($N > 150$; pelo menos 5 casos por item) (Pallant, 2007). O índice KMO de .853 foi superior ao valor mínimo recomendado de .6 (Pestana & Gageiro, 2005) e o teste de esfericidade de Bartlett apresentou significância estatística, o que indicou a factoriabilidade da matriz de correlações.

A análise de componentes principais indicou 9 componentes com *eigenvalues* superiores a 1 (Variância Total explicada/VTE= 70.06%). A análise do *scree plot* (gráfico de sedimentação) mostrou uma grande inclinação na reta depois das 2^a/3^a componentes (Figura 1).

Figura 1: *Scree plot* da Versão Portuguesa Reduzida da EMP Compósita



Procedemos à análise fatorial, com rotação ortogonal *varimax* dos fatores. Analisamos o conteúdo dos itens das soluções fatoriais de 2 e 3 fatores. A solução mais interpretável foi a de 2 fatores. Os dois fatores explicaram 36.37% da variância total da escala (VTE) (Fator/F1= 23.87%, F2= 12.50%). Foram retidos no fator os itens com um peso fatorial > .40. Os itens 33 e 31 da dimensão O da EMP-F e itens 10 e 43 da dimensão POO da EMP-H&F tiveram um peso fatorial < .40 (Tabela 2).

O F1 avalia o perfeccionismo não adaptativo, engloba itens das dimensões PE, DA, EP, CP e PSP e foi designado Preocupações Avaliativas. O F2 avalia o perfeccionismo mais adaptativo, incluindo itens das dimensões PAO, PP e O e foi designado Procura Positiva. A escala total e os fatores tiveram uma elevada consistência interna (α : Total= .891; F1= .894; F2= .884).

Os dois fatores, F1 e F2, correlacionaram-se positiva e moderadamente entre si ($r = .379, p < .01$) e de forma elevada com a pontuação total da escala ($r = .855, r = .804$, respetivamente; $p < .01$ nos dois casos). As médias (dp; variação) das pontuações de F1 e F2 encontram-se descritas na Tabela 2.

Tabela 2: Matriz das componentes após rotação e saturações dos itens nos fatores (loadings), VTE, α de Cronbach e Média (dp, variação) das pontuações fatoriais e total

Item/ Dimensão	F1	F2
	Preocupações Avaliativas	Procura Positiva
	Saturações (Loadings)	Saturações (Loadings)
EMP-F 29/CP	.693	.016
EMP-F 28 /CP	.652	.020
EMP-F 27 /CP	.622	.017
EMP-F 26/ CP	.619	.000
EMP-F 23/EP	.615	.277
EMP-F 8/PE	.607	.242
EMP- H&F 13/PSP	.600	.361
EMP-F 7/PE	.581	.132
EMP-F 6/PE	.577	.217
EMP- F 18/DA	.573	.090
EMP-F 17/DA	.551	.098



EMP-H&F 30/PSP	.522	.012
EMP-H&F 41/PSP	.511	.181
EMP-F 3/PE	.505	.335
EMP-F 22/EP	.491	.372
EMP-F 21/EP	.486	.417
EMP-F 20/DA	.441	-.015
EMP-F 19/DA	.440	.094
EMP-F 24/EP	.439	.339
EMP-H&F 31/PSP	.412	.318
EMP-F 33/O	-.392	.294
EMP-F 31/O	-.382	.380
EMP-H&F 10/POO	-.312	.150
EMP-H&F 43/POO	-.279	.178
EMP-H&F 15/PAO	.058	.807
EMP-H&F 28/PAO	.132	.748
EMP-H&F 17 PAO	.043	.732
EMP-H&F 20/PAO	.252	.718
EMP-H&F 6/PAO	.165	.703
EMP-H&F 14/PAO	-.033	.673
EMP-H&F 12/PAO	.043	.641
EMP-F 16/PP	.177	.574
EMP-F 14/PP	.155	.533
EMP-F 34/O	-.258	.512
EMP-F 12/PP	.196	.462
EMP-F 35/O	-.335	.450
EMP-F 15/PP	.242	.403
VTE E. Total (%)= 36.37 %	23.87%	12.50%
α E. Total = .891	.894	.884
E. Total M $\pm$ dp (mín-máx) = 96.28 $\pm$ 18.81 (41.00- 141.00)	45.00 $\pm$ 12.01 (20.00-79.00)	51.53 $\pm$ 10.46(21.00-76.00)

[Nº de item e dimensão de acordo com a versão original (Amaral et al., 2013; Soares et al., 2003); M= Média; dp= desvio padrão; E. Total= Escala Total; EMP-F= Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost e colaboradores; EMP-H&F= Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett; PP= Padrões Pessoais; PE= Preocupação com os Erros; CP= Críticas Parentais; EP= Expectativas Parentais; O= Organização; PAO= Perfeccionismo Auto-orientado; PSP= Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO= Perfeccionismo Orientado para os Outros]

Discussão

A Versão Portuguesa Reduzida da Escala Multidimensional de Perfeccionismo Compósita (EMPC - Versão Portuguesa Reduzida) é constituída por 33 itens e apresenta adequada validade de constructo, na amostra de estudantes do ensino superior do presente estudo. A análise fatorial indicou dois fatores, que explicaram 36.37% da variância total da escala. O F1 avalia as Preocupações Avaliativas perfeccionistas (inclui os itens das dimensões PSP, PE, DA, CP e EP) e o F2 a Procura Positiva (inclui itens das dimensões PAO, PS e O). Os dois fatores apresentam uma boa consistência interna, assim como a escala total (α : F1= .894;



F2= .884; Total= .891). Os dois fatores correlacionaram-se entre si positiva e moderadamente e de forma elevada com a pontuação total da Escala.

Os itens com saturações aceitáveis em F1 e em F2 integram estes mesmos fatores na versão original da Versão Portuguesa da Escala Multidimensional de Perfeccionismo Compósita (Soares et al., 2013, 2014). As únicas exceções são os itens 35, da dimensão Organização e o item 24, da dimensão Expectativas Parentais. Na presente análise o primeiro destes itens tem uma saturação > .4 e positiva no fator Procura Positiva e na versão original tinha uma saturação mais elevada, mas negativa, nas Preocupações Avaliativas. O segundo destes itens tem no presente estudo uma saturação > .4 em Preocupações Avaliativas e na versão original tinha um peso > .4 na dimensão Procura Positiva.

A EMPC - Versão Portuguesa Reduzida pode ser útil para avaliar o perfeccionismo adaptativo e o não adaptativo, na área clínica e na investigação, levando menos tempo a administrar do que a versão portuguesa compósita original. Os estudos futuros sobre a fidedignidade e a validade da EMPC - Versão Portuguesa Reduzida, com outras amostras da população geral e com amostras clínicas poderão fornecer um conhecimento adicional sobre as suas características psicométricas.

Agradecimentos

Agradecemos aos professores que facilitaram o acesso aos alunos e também aos alunos que responderam aos questionários.

Contacto para Correspondência

Maria João de Castro Soares, Serviço de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Rua Larga 3004 504 Coimbra, Portugal, msoares@fmed.uc.pt.

Referências

- Amaral, A. P. M., Soares, M. J., Pereira, A. T., Bos, S. C., Marques, M., Valente, J., Nogueira, V., Azevedo, M. H., & Macedo, A. (2013). Frost Multidimensional Perfectionism Scale: the Portuguese Version. *Revista Psiquiatria Clínica*, 40(4), 144-149.
- Bartlett, M. S. (1954). A note on multiplying factors for various chi square approximations. *Journal of Royal Statistics Society*, 16(Series B), 296-298.
- Cohen, J. A. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. L., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119-126.
- Frost R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Hewitt, P.L., & Flett, G. L. (2002). Perfectionism and stress process in psychopathology. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Ed.), *Perfectionism: Theory, research and treatment* (pp. 255-284). Washington DC: American Psychological Association.
- Hewitt, P.L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conception, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.



- Kaiser, H. (1970). A second generation Little Jiffy. *Psychometrika*, 35, 401-415.
- Kaiser, H. (1974). Na index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Soares, M. J.; Gomes, A. A.; Macedo, A. F.; Santos, V.; & Azevedo, M. H. P. (2003). Escala Multidimensional de Perfeccionismo: Adaptação à População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 46-55.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for windows*. Berkshire, England: McGraw-Hill.
- Perstana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (pp. 491). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, A. T., Soares, M. J., Amaral, A. P., Nogueira, V., Madeira, N., Roque, C., Marques, M., Bos, S., Maia, B., Macedo, A. (2014). The multidimensional perfectionism scales: Combined factorial analysis of the Portuguese versions. Poster apresentado no XVI World Congress of Psychiatry, Madrid, Espanha, 14-18 Setembro.
- Slade, P. D., & Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based in reinforcement theory. *Behavior Modification*, 22, 372-390.
- Soares, M. J., Amaral, A. P., Pereira, A. T., Bos, S.C., Marques, M., Valente, J., Nogueira, V., Macedo, A. (2013). Multidimensional perfectionism scales underlying higher order factors. Poster apresentado no 34th STAR Conference, Faro, Portugal, 1-3 Julho.
- Soares, M. J., Amaral, A. P., Pereira, A. T., Bos, S. C., Marques, M., Valente, J., Nogueira, V., Macedo, A. (2014). Multidimensional Perfectionism Scales Underlying Higher Order Factors In K Kaniasty, KA Moore, S Howard, & P Buchwald (Eds). *Stress and Anxiety Applications to Social and Environmental Threats. Psychological Well-being, Occupational Challenges, and Developmental Psychology* (pp. 115-125). Berlin: Logos Verlag Berlin GmdH.
- Soares, M. J., Pereira, A. T., Araújo, A., Silva, D., Valente, J., Nogueira, V., Roque, C., & Macedo, A. (2016). The H&F-Multidimensional Perfectionism Scale 13 (H&F-MSP13): Construct and Convergent Validity. *European Psychiatry*, 33(Suppl), 345.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295-319.
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18, 663-668.

COACHING



Roda da Vida: Particularidades da população portuguesa

Hugo Rodrigues-Fernandes¹, Bruna Magalhães², Inês Maia Ferreira³, Cristina Borges⁴, & Rafaela Barbosa Silva³

1. Câmara Municipal da Ribeira Brava, Portugal

2. Clínica Hora São, Portugal

3. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal

4. Instituto de Ciências Comportamentais e de Gestão, Portugal

Resumo

A *Roda da Vida* é uma ferramenta reconhecidamente importante no trabalho de tomada de consciência do *Coachee*, no processo de *Coaching*. Contudo, poucos estudos estão desenvolvidos nesta área, ao nível da identificação de particularidades culturais no que à população portuguesa diz respeito. O objetivo do presente estudo consiste na apresentação de dados descritivos referentes às áreas da vida primordiais de adultos portugueses. Participaram um total de 249 adultos portugueses, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos de idade. Os resultados demonstraram que a população portuguesa identifica áreas como Família, Amizades, Profissão, Saúde e Amor, enquanto áreas importantes das suas vidas. Para além disso, o estudo apresenta algumas áreas evocadas pelos participantes que não costumam surgir no modelo padrão do instrumento *Roda da Vida* (e.g. Exercício Físico, Música, Filhos). Os resultados são discutidos quanto à importância de se conhecerem as regras gerais e as idiosincrasias culturais para melhor e mais eficazmente se produzir intervenções que ajudem as pessoas no processo de *Coaching*.

Palavras-chave: Roda da Vida; Processo de Coaching; Adultos Portugueses.



Abstract

The Wheel of Life is an admittedly important tool in the work coachee awareness of, the process of coaching. However, few studies are developed in this area, in terms of identification of cultural particularities in the Portuguese population concerns. The aim of this study is to present descriptive data on key areas of the life of Portuguese adults. They participated in a total of 249 Portuguese adults aged between 18 and 64 years of age. The results showed that the Portuguese population identifies areas such as family, occupation, health, love or friendships as important areas of their lives. In addition, the study presents some areas mentioned by the participants that do not usually appear in the standard model of the Life Wheel instrument (eg Physical Exercise, Children, Music). The results are discussed on the importance of getting to know the general rules and cultural idiosyncrasies to better and more effectively to produce interventions that help people in the coaching process.

Keywords: Wheel of Life; Coaching Process; Portuguese Adults.



Introdução

A Roda da Vida (RV) é um dos instrumentos de *assessment* mais difundidos e utilizados pelos profissionais na área do *Coaching* (Catalão & Penim, 2013; Moreira & Gomes, 2014). Pelo seu caráter e validade universal, com aplicação transversal em várias áreas de atuação (e.g. Life Coaching, Executive Coaching, Sport Coaching) notabilizou-se pelo impacto que exerce numa fase de trabalho relacionada com o autoconhecimento do *Coachee* (Catalão & Penim, 2013). Dado o reconhecimento do seu impacto e utilidade prática no processo de *Coaching*, importa sistematizar estudos no sentido de identificar ou compreender fenómenos decorrentes da forma em que o mesmo instrumento é metodicamente utilizado em cada contexto.

Embora se apresente como uma ferramenta desprendida de qualquer crença religiosa, a RV resulta de uma aplicação ao *Coaching*, a partir de trabalhos dos povos budistas (Andrade & Apolloni, 2010). Especificamente, a RV atualmente utilizada e difundida nos processos de *Coaching*, deriva da chamada *Roda do Devir* e *Roda do Vir-a-Ser*, criada pela extinta escola *Sarvastivada*, precursora do *Budismo Mahayana* (Andrade & Apolo, 2010).

A partir dos trabalhos de adaptação, a RV é aplicada no processo de *Coaching* de diversas formas. Por exemplo, baseando-se no *Coaching* centrado em Programação Neurolinguística, Lages e O'Connor (2004) dividem a RV em oito áreas a serem trabalhadas, definindo-as de forma clara. Já ao nível do *Coaching* executivo, Reis (2010) não apresenta as áreas específicas. Pode-se subentender que quem define as áreas, com a ajuda do *Coach*, é o próprio *Coachee*. Para Lima (2013), a apresentação da RV num processo de *Coaching* é determinante, já que vai condicionar o autoconhecimento do *Coachee* e igualmente a sua definição de objetivos e metas.

Perante as evidências, o debate que com este trabalho se quer promover deriva da noção da dicotomia *Nomotético* vs. *Idiossincrático*, aplicados ao processo de aplicação do instrumento RV e deste modo introduzir informações que auxiliem o pensamento do *Coach*, na utilização, em termos de método suportado em evidências empíricas. Assim, se por um lado, devemos atender a modelos nomotéticos, capazes de sustentar a atuação do profissional, por outro lado, não atender a espetos idiossincráticos pode representar uma vulnerabilidade pragmática que acaba por limitar o trabalho de desenvolvimento do potencial humano do *Coachee*. Conforme abordou Larrossa (2011), uma experiência corresponde a um fenómeno plural. Contudo, a experiência deriva do singular. Por exemplo, podemos referir que a morte de um ser humano é algo plural, pois acontece a todos os indivíduos, sendo que, porém, em pormenor, a morte de uma pessoa nunca é igual à de outra (Larrossa, 2011). A partir destes conhecimentos, acaba-se naturalmente por levantar algumas questões. Por exemplo, a RV, aplicada sem áreas propostas previamente consideradas, retira efeitos semelhantes ou diferentes, comparativamente a se for aplicada sem utilizar as indicações propostas no modelo comum do instrumento? A apresentação geral do modelo da RV, conforme proposto, baliza o pensamento do *Coachee*, ou estimula-o a ficar preso num conjunto de termos que podem não corresponder a áreas que estão a contribuir verdadeiramente para o estado de incongruência em que se encontra? A RV, induz respostas semelhantes numa amostra



constituída por pessoas de nacionalidade portuguesa, comparativamente às propostas gerais do modelo da mesma ferramenta?

Por estes factos, o presente estudo pretende introduzir informações, respeitantes às particularidades de resposta da população portuguesa ao instrumento RV, no debate em torno da forma de utilização deste instrumento de *assessment* pelos profissionais que trabalham com esta população específica. Pretende-se, deste modo, empregar um contributo epistemológico na área do *Coaching*, auxiliando os profissionais nas suas tomadas de decisão aquando do recurso à utilização deste poderoso instrumento de *assessment*.

Face ao exposto, objetivo geral da pesquisa é o de apresentar dados descritivos quanto às evocações de adultos portugueses, no que se refere à ferramenta RV. Assim expõem-se dados quanto às áreas com maior prevalência de evocação, as mais e menos importantes e com maior e menor grau de satisfação, segundo a opinião dos participantes. Dá-se ainda a conhecer as áreas que, na opinião da amostra, precisam de ser alvo de mudanças ou de investimentos para assim alavancar as restantes áreas. Por fim, apresentam-se áreas evocadas pela amostra que não constam explicitamente nos modelos teóricos propostos para apresentação da escala.

Metodologia

Amostra

Neste estudo piloto, participaram um total de 249 adultos portugueses, tendo sido, a amostra final, composta por 185 pessoas (sexo feminino: 71.4%), com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos ($M = 31.14$; $DP = 10.53$). Relativamente à situação profissional, 25.4% dos participantes eram trabalhadores (as) com contrato sem termo, 16.2% estavam contratados (as) a termo certo, 12.4% trabalhavam em regime de prestação de serviços, 10.8% por conta própria, 19.5% eram estudantes e 13.5% da amostra encontrava-se em situação de desemprego. Verificou-se que 81.1% dos participantes nunca havia beneficiado de uma sessão de *Coaching* aquando do estudo, enquanto 67.6% nunca beneficiaram de uma sessão de psicologia.

Tabela 1: *Análise descritiva da amostra*

	N	%
	185	100
Sexo		
Feminino	132	71.4
Masculino	53	28.6
Situação Profissional		
Contrato sem termo	47	25.4
Contrato a termo certo	30	16.2
Prestador(a) de serviços	23	12.4
Trabalhador por conta própria	20	10.8



Desempregado(a)	25	13.5
Estudante	36	19.5
Beneficiário(a) de sessões de Coaching		
Sim	35	18.9
Não	150	81.1
Beneficiário(a) de sessões de Psicologia		
Sim	60	32.4
Não	125	67.6

Instrumentos

Questionário sociodemográfico. Foram recolhidos dados sociodemográficos, com base na elaboração de um questionário específico para o efeito.

Roda da vida. Esta ferramenta de *Coaching* consiste num sistema de auto-avaliação, sendo uma das ferramentas mais simples e mais utilizadas por *Coaches* profissionais para monitorizar e mapear as várias áreas da vida do *Coachee* em processo de *Coaching*, num momento específico da sua vida. Apresenta-se graficamente em formato circular que inclui entre 8 a 12 áreas gerais da vida (mediante o modelo). Cada área foi desenhada por se verificar exercer um impacto significativo ao nível do estabelecimento do equilíbrio pessoal de cada um. Cada área é avaliada mediante uma escala de 0 a 10 (ou 0% a 100%) que traduz o grau de satisfação da pessoa com cada área específica. A sua utilidade deriva do facto de, a partir da auto-avaliação, se poder detetar a área sobre a qual é necessário investir para assim alavancar as restantes e operar mudanças positivas na vida do indivíduo (Catalão & Penim, 2013).

Procedimentos

Para a pesquisa em questão abordaram-se os participantes por intermédio da divulgação do protocolo de investigação nas redes sociais e pelos endereços de correio electrónico. As pessoas foram convidadas a tomar conhecimento e a se pronunciarem sobre o consentimento informado e esclarecido. Após a resposta às questões sociodemográficas as pessoas foram instruídas sobre em que consiste a roda da vida, a partir de uma dinâmica criada através de uma analogia com a vida virtual do super-herói “Super Mário” (ver anexo 1). Para além de áreas específicas da vida fictícia do desenho animado escolhido (e.g. cultivo de cogumelos, vidas), também se introduziram duas áreas mais associadas à proposta do modelo original da RV. Contudo procurou-se evitar, ao máximo, facultar mais “pistas exemplo”.

Análise Estatística

Para análise dos resultados, procedeu-se à exclusão de participações que continham erros nas respostas, tendo em conta a dinâmica do instrumento RV que constituíam vieses à análise dos resultados. Os dados qualitativos foram transformados em dados quantitativos para assim se poder proceder à análise apresentada de seguida. Após esta fase procedeu-se



à análise descritiva dos resultados, por meio das frequências absolutas e relativas das dimensões em estudo.

Resultados

A tabela 2 mostra as 10 áreas mais evocadas pela amostra. As dimensões Família (85.1%), Amizades (81.1%) e Profissão (80%) foram as mais vezes evocadas pela amostra nas 8 possibilidades evocação possibilitadas pela RV. Já a tabela 3 descreve as três áreas mais importantes para os participantes da amostra, onde a área Família (41.1%) foi a área evocada como a mais importante. De seguida a tabela 4 apresenta as áreas com maior prevalência, entre aquelas que se manifestaram menos importantes para as pessoas que participaram no estudo (Lazer, Desporto/ Exercício Físico e Dinheiro). Nas tabelas 5 e 6 apresentam-se as dimensões que mais foram evocadas como sendo aquelas onde existia maior grau e menor grau de satisfação no momento de participação da amostra, respetivamente. A amostra evidenciou um maior grau de satisfação com a área Família (30.8%) e menor grau de satisfação para com a dimensão Profissão (26.5%). As áreas onde a amostra sentira que devesse operar a mudanças por forma a alavancar as restantes (tabela 7) foram as áreas: Profissão (22.7%), Amizade (9.2%) e Saúde (5.4%). Por fim, apresentam-se áreas que não surgem explicitamente nos modelos da RV propostos, mas que foram evocadas pela amostra de modo particular (tabela 8). Assim, as quatro mais prevalentes foram as áreas: Desporto/ Exercício Físico (23.3%), Atividades Musicais/ Música (9.2%), Animais (6.5%) e Filhos (3.7%).

Tabela 2: Dimensões mais evocadas na RV

	<i>n</i>	%
Família	158	85.4
Amizades	150	81.1
Profissão	148	80.0
Saúde	90	48.6
Relacionamento Amoroso	64	34.5
Lazer	49	26.5
Amor	38	20.5
Dinheiro	35	18.9
Viagens	26	14.1
Desenvolvimento pessoal	22	11.0

Tabela 3: Dimensões mais importantes

	<i>n</i>	%
Família	76	41.1
Profissão	28	15.1
Saúde	17	9.2

Tabela 4: Dimensões menos importantes

	<i>n</i>	%
Lazer	22	11.9
Desporto/ Exercício Físico	14	7.6
Dinheiro	14	7.6

Tabela 5: Dimensões com maior grau de satisfação

	<i>n</i>	%
Família	57	30.8
Relacionamento amoroso	20	10.8
Profissão	15	8.1

Tabela 6: Dimensões com menor grau de satisfação

	<i>n</i>	%
Profissão	49	26.5
Amor	14	7.6
Desenvolvimento pessoal	12	6.5

Tabela 8: Outras áreas evocadas pela amostra



Tabela 7: Área em que com um menor esforço alavancaria as restantes

	<i>n</i>	%
Profissão	42	22.7
Amizade	17	9.2
Saúde	10	5.4

	<i>n</i>	%
Desporto/ Exercício Físico	43	23.3
Atividades Musicais/ Música	17	9.2
Animais	12	6.5
Filhos	7	3.7

Discussão

Com esta pesquisa procurou-se compreender as tendências de resposta e de evocação das áreas primordiais de uma amostra de pessoas de nacionalidade portuguesa no que à RV diz respeito. Embora em ciência se reconheça, por um lado, o importante papel dos dados nomotéticos na predição, descrição e compreensão da realidade dos fenómenos humanos e sociais, também é necessário reconhecer a necessidade de sistematizar pesquisas que visem identificar idiosincrasias alusivas a populações específicas. Neste contexto, a pertinência deste estudo resultou da necessidade de se compreender melhor esses aspetos, a partir de uma testagem empiricamente sustentada e dotada de bases metodológicas específicas que facilitassem o acesso às particularidades de resposta de uma amostra portuguesa.

Os nossos resultados demonstram, por um lado, que do ponto de vista nomotético os participantes evocaram áreas dentro dos modelos gerais propostos da ferramenta RV (e.g. família, amizades, profissão). Por outro lado, surgem ainda algumas áreas que normalmente não estão previstas no mesmo modelo geral proposto (e.g. viagens, animais, desporto/ exercício físico, filhos). A área mais importante e com a qual a amostra se sente mais satisfeita foi a área *família*, enquanto aquela que mereceu mais evocações como sendo a menos importante foi a área *lazer* e a que mais foi evocada como área com menor grau de satisfação foi a área *profissão*. Estes resultados indicam a importância que o contexto familiar exerce ao nível da vida do ser humano, enquanto a insatisfação com a profissão parece estar presente na realidade quotidiana das pessoas, considerando a presente amostra portuguesa. Estes dados parecem ganhar mais sustentação quando verificamos que a área em que as pessoas sentem necessidade de operar mudanças para alavancar as áreas restantes das suas vidas é a área *profissão*.

Analisando a presença de termos apresentados no procedimento experimental (amizades e relacionamento amoroso), estes surgem como bastante prevalentes no caso das amizades e moderadamente prevalentes no termo relacionamento amoroso. Estes dados podem ser indicativos de que apresentar *à priori* um exemplo de RV pode induzir respostas e condicionar assim aspetos latentes da reflexão do *Coachee*. Para além disso, notamos que deixando a critério, dos respondentes a evocação de áreas da vida pessoal (sem lhes dar muitas *pistas exemplo*), estes foram capazes de referir áreas normalmente presentes no modelo de exemplo da RV (e.g. família, profissão, saúde). Estes dados são elucidativos que o método de aplicação do instrumento RV, deve ser bem ponderado e que aplicar o instrumento com recurso a exemplos (Lages & O'Connor, 2004) ou optar por não o fazer (Reis, 2010) pode corresponder a uma decisão que influenciará todo o restante processo de



Coaching, no que diz respeito à procura do autoconhecimento e de seguida de novas possibilidades de desenvolvimento pessoal ou profissional do *Coachee*.

Nesta fase, importa discutir algumas limitações do estudo. Em primeiro lugar, apontar o tamanho reduzido da amostra, dado que resulta de uma pesquisa *online*. Contudo, dado que a recolha ocorreu num pequeno espaço temporal e por se tratar de um estudo piloto, cremos que os resultados podem lançar novas pesquisas que prolonguem a busca de conhecimento sobre o comportamento deste instrumento e de métodos de aplicação do mesmo. Em segundo lugar, referir possíveis viéses no que se refere a dificuldades de compreensão ou familiarização com o instrumento. Embora esta limitação deva ser tida como relevante, importa referir que para o efeito foram facultados contactos para eventuais necessidades de esclarecimento de dúvidas, sendo que não foi solicitado qualquer pedido de esclarecimento.

A presente investigação apresenta uma série de informações que podem ajudar no lançamento da investigação futura. Por exemplo, dada a escassez de estudos empíricos sobre a RV, sobretudo no âmbito da intervenção em *Coaching* em Portugal, a sistematização de estudos que procurem controlar variáveis comportamentais e metodológicas da aplicação ao instrumento deve ser estimulada. Também procurar apresentar a RV sem qualquer tipo de área, pedindo apenas uma evocação de áreas importantes para o respondente poderá ser um passo a seguir para perceber se pessoas (preferencialmente sem conhecimentos na área do *Coaching*) indicam áreas semelhantes ou distintas dos modelos padrão do instrumento. Outra possibilidade de investigação é a aplicar a metodologia do presente estudo em áreas específicas de intervenção em *Coaching* (e.g. *Life Coaching*, *Executive Coaching*, *Sport Coaching* entre outras). Também perceber a influência de aspetos como a personalidade sobre a evocação de áreas da vida pode ser um ponto interessante de abordagem. Por fim, aplicando os nossos dados ao *Coaching* de uma maneira geral, talvez importe incentivar a pesquisa científica no âmbito do *Coaching*, no sentido de atingir conhecimentos, melhorar métodos e instrumentos dotando, deste modo, de suporte empírico ainda mais pormenorizado esta área de intervenção.

Em suma, os nossos resultados indicam, por um lado, que os dados nomotéticos que sugerem áreas específicas como mais prevalentes na vida das pessoas foram verificados no estudo. Contudo, também foram identificadas áreas específicas que normalmente não se encontram associadas aos modelos gerais de apresentação do instrumento (e.g. viagens, desporto/exercício físico, música). Estes fatores sustentam a visão de que a apresentação da RV, num processo de coaching, deve ser feita com o máximo de isenção e mínimo de informação, para que o *Coachee* possa refletir e expressar livremente áreas que, de facto, experiencia e identifica como significativas na sua realidade vivencial. Assim, os nossos resultados expressam, no fundo, evidências de que, embora os dados científicos acrescentem dados nomotéticos sobre os fenómenos, cada fenómeno acaba sempre por reservar particularidades e idiosincrasias que devem ser levadas em linha de conta pelo profissional em intervenção, devendo assim este atender ao facto de cada ser humano ser útil e especial e a partir desse pressuposto estimular o potencial humano em cada pessoa.



Agradecimentos

Às pessoas que colaboraram e participaram no processo de investigação.

Contacto para Correspondência

Hugo Rodrigues-Fernandes – hugo.psi22@gmail.com

Bruna Magalhães – bruna.magalhaes0@gmail.com

Inês Maia Ferreira – inesmaia_9@hotmail.com

Cristina Borges – cristina.borges@nlpc-incta.com

Rafaela Barbosa Silva – rafaelabrsilva@gmail.com

Referências

- Andrade, J., & Apolloni, R. W. (2010). Dos ciclos da natureza à roda de Samsara: a geografia na raiz do budismo. *Interações Cultura e Comunidade*, 5(8), 63-78.
- Catalão, J. A., & Penim, A. T. (2013). Ferramentas de Coaching (7ªed.). In J. A. Catalão & A. T. Penim. *A Rodada Vida* (pp. 113-116). Lisboa: Lidel.
- Lages, A. (2004). *Coaching com PNL: o Guia Prático para Alcançar o Melhor em Você e nos Outros*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Larrosa, J. (2011). Experiência e alteridade em educação. *Revista Reflexão e Ação, Santa Cruz do Sul*, 19(2), 04-27.
- Lima, M. P. (2013). Uma abordagem aos principais tipos de coaching (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Tecnologia Aplicada e Ciências Sociais: Brasília.
- Moreira, P. A., & Gomes, R. T. (2014). Coaching: Estudo dos benefícios que a técnica pode oferecer a uma rede de imobiliárias e a seus parceiros. *Revista da Escola de Negócios*, 1, 17-32
- Reis, H. (2010). *Coaching Ontológico: A teoria da decisão*. Brasil: Thesaurus



COMPORTAMENTOS DE RISCO E ADITIVOS





PROJETO NACIONAL DE EDUCAÇÃO PELOS PARES DA FUNDAÇÃO PORTUGUESA “A COMUNIDADE CONTRA A SIDA” A Formação Pedagógica dos Jovens Voluntários

Filomena Aguiar,¹ & Paula Costa²

1. Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA, Portugal

2. Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA, Portugal

Resumo

A Educação pelos Pares é uma metodologia utilizada na promoção da saúde, na prevenção da doença e dos comportamentos de risco. O Projeto Nacional de Educação pelos Pares (PNEP) conta com a contribuição de voluntários universitários que recebem formação (científica e pedagógica) para atuarem junto dos alunos das escolas parceiras. Este artigo objetiva caracterizar esses voluntários, conhecer as suas motivações e expectativas iniciais, avaliar a formação pedagógica ministrada e perceber as expectativas alcançadas na sua experiência de voluntariado.

Os resultados obtidos, através da realização de três questionários, no ano letivo 2015/2016, revelaram que os 80 jovens voluntários, maioritariamente na faixa etária dos 18-22 anos, são provenientes sobretudo de cursos de Medicina, Psicologia e Comunicação. Face à formação pedagógica recebida realçam o interesse, a utilidade e a organização, mas também as estratégias utilizadas pelas professoras do PNEP. Salientam vários aspetos positivos, nomeadamente o “Clima de total abertura” e a “Elevada interação entre os voluntários e as professoras”. Quanto os motivos para a adesão ao PNEP referem, entre outros: “ajudar os jovens a ter acesso a informação sobre VIH e prevenção de outras IST”; “participar em projetos de voluntariado”; “obter enriquecimento pessoal e profissional” e “fazer parte de um projeto interessante e contribuir para a alteração de comportamentos e mentalidades”.

Os resultados legitimam a importância da formação pedagógica dos jovens voluntários na consecução do PNEP e evidenciam pontos fortes deste programa a dar relevo em edições futuras.

Palavras-chave: Educar para a Saúde; Educação pelos Pares; Jovens Voluntários, Prevenção do VIH/Sida.



Abstract

Peer Education is a methodology used in promoting health, preventing disease and risk behaviors. The National Project for Peer Education (PNEP) features the contribution of university volunteers who receive scientific and pedagogical training to work with the students from partnering schools. This article aims to describe these volunteers, know their motivations and initial expectations, evaluate the pedagogical training provided as well as understand the expectations achieved in their volunteering experience.

Results obtained in three questionnaires conducted in the 2015/2016 academic year reveal that 80 volunteers, mainly students aged 18 to 22, come essentially from Medicine, Psychology and Communication courses.

In regards to the pedagogical training they received, they point out its importance, usefulness and organization, but also the strategies used by PNEP teachers. They highlight many positive aspects, namely the “total openness” and the “great interaction between volunteers and teachers”. As for their reason for joining the PNEP they mention, among others, “helping young people access information about HIV and how to prevent other sexually transmitted diseases”, “participating in volunteering projects”, “achieving personal and professional development” and “being part of an interesting project and contributing to changing behaviours and mentalities”. The results prove the importance of the young volunteers’ pedagogical training in carrying out the PNEP and present the strong points of this program to be highlighted in future editions.

Keywords: Health Education; HIV/AIDS Prevention; Peers Educators; Volunteers.



Introdução

Educar para a Saúde é uma responsabilidade de diversos setores da sociedade, nomeadamente do setor da saúde e da educação, mas também de outras organizações que consideram a saúde um recurso para a vida, em direção a um bem-estar global dos indivíduos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) Educar para a Saúde pode constituir-se como “qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes” (DGE, 2014) e que visa contribuir para a operacionalização do conceito de Promoção da Saúde. Tal como consignado na Carta de Ottawa (1986), a Promoção da Saúde é um processo de “capacitação dos indivíduos e das comunidades para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986).

Partindo destes pressupostos foi desenvolvido, pela Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA” (FPCCSida), um projeto pioneiro, em Portugal, designado por Projeto Nacional de Educação pelos Pares (PNEP) que se traduz pelo desenvolvimento, a nível nacional, do Programa Sexualidade e Prevenção do VIH/SIDA (FPCCSIDA, 2007) em escolas com 3º ciclo do ensino básico, iniciando-se no 7º ano de escolaridade e finalizando no 9º ano, abrangendo um público-alvo com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos de idade. A concretização do PNEP conta com a valiosa contribuição de jovens voluntários(as), estudantes universitários(as), provenientes de diversos cursos superiores que recebem formação científica e pedagógica para atuarem junto dos(as) alunos(as) das escolas parceiras e contam com a supervisão pedagógica dos(as) docentes destacados(as) nas diversas delegações regionais da FPCCSida e dos(as) docentes das turmas envolvidas. Estes(as) jovens universitários(as), voluntários(as) neste projeto, constituem-se como pares educadores e organizam-se em dois grupos distintos, mas que complementam: i) BUI (Brigadas Universitárias de Intervenção) que animam os momentos de formação e informação junto dos(as) alunos(as), partilham vivências, medos, preconceitos, gostos, sentimentos e, refletem em conjunto sobre o que há de mais e de menos positivo nas atitudes e nos comportamentos que são assumidos pelos(as) jovens na comunidade social em que estão inseridos; e pelo ii) TUI (Teatro Universitário de Intervenção), grupo que apresenta uma peça de teatro-debate. Em ambos os grupos as temáticas abordadas são as que estão consignadas no Programa Sexualidade e Prevenção do VIH/SIDA e que estão em conformidade com as diretrizes do Ministério da Educação.

O desenvolvimento do Programa “Sexualidade e Prevenção do VIH/SIDA” no âmbito do Projeto Nacional de Educação pelos Pares, implementado em contexto de sala de aula, utiliza como metodologia a Educação de Pares, incentivando os (as) estudantes a explorarem as valências relacional, afetiva, social e fisiológica da sexualidade humana, estimulando a partilha de vivências, a compreensão de problemas associados a comportamentos de risco, a tomada de decisão com responsabilidade no âmbito da vivência saudável da sexualidade, tendo em conta os valores pessoais, familiares e sociais. Para a concretização do referido Programa os(as) voluntários(as) universitários(as), recrutados(as) a nível nacional, sobretudo nas regiões afetadas aos Centros de Aconselhamento e Orientação de Jovens (CAOJ), delegações regionais da FPCCSida, recebem dois tipos de formação: científica e pedagógica. A formação científica, de carácter generalista, é ministrada por especialistas das áreas de



medicina, psicologia, direito, educação e segurança e assenta, sobretudo, nas seguintes temáticas: “VIH – sida e outras IST”, “Sexualidade, saúde e educação”; Questões ético-jurídicas associadas ao VIH-Sida”, “Perigos da Internet”, “Igualdade de Género e Violência no Namoro”, “Riscos associados ao consumo de álcool e drogas” e “Métodos contraceptivos e gravidez na adolescência”. A formação pedagógica visa preparar os(as) jovens para a sua intervenção em sala de aula e perspetiva, não só, o conhecimento do Programa “Sexualidade e Prevenção do VIH/SIDA”, mas também prevê a apresentação e dinamização dos jogos e outras atividades que nele estão inseridos de forma a familiarizar os(as) voluntários(as) para essas mesma estratégias e metodologias de implementação do referido Programa. Habitualmente, é ministrada pelos(as) docentes ao serviço de cada CAOJ. Ambas a formações são avaliadas pelos(as) intervenientes através da aplicação de questionários.

O presente artigo irá debruçar-se, por um lado, na caracterização desses(as) jovens universitários(as), percebendo a sua proveniência universitária, a sua faixa etária e quais as suas motivações e expetativas iniciais aquando da sua entrada no projeto, e por outro, procura compreender como os(as) voluntários(as) avaliam a formação pedagógica e quais as expetativas alcançadas na sua experiência de voluntariado.

Metodologia

A consecução dos objetivos deste trabalho requereu a recolha de dados provenientes do Questionário de Satisfação aplicado no final da formação pedagógica e dos dados obtidos nos Questionário Inicial – BUI e no Questionário Final BUI aplicados a 80 jovens voluntários (as) universitárias, no ano letivo 2015/16, distribuídos pelas delegações dos CAOJ do Porto, Coimbra, Lisboa e Setúbal. Relativamente à avaliação da Formação Pedagógica, ministrada após o recrutamento dos jovens e antes da formação das BUI, foi implementado um questionário de avaliação do curso, constituído por nove questões de resposta fechada: (1) os objetivos definidos para o curso, (2) a metodologia usada, (3) a duração global, (4) as expectativas dos jovens, bem como (5) o relacionamento entre os/as participantes na formação, (6) organização da ação, (7) desenvolvimento de competências pessoais e sociais, (8) desenvolvimento de competências sobre sexualidade e (9) nível de satisfação face aos aspetos pedagógicos abordados, tendo sido utilizada uma escala em que (1) significa Nada e (5) Totalmente. As décima e décima primeira questões foram de resposta aberta, a primeira diz respeito aos aspetos positivos do curso e a segunda aos aspetos que deveriam ser melhorados. Quanto ao Questionário Inicial BUI, que foi aplicado após a formação das Brigadas Universitárias de Intervenção, que constituem grupos de voluntários que posteriormente se distribuem pelas escolas parceiras no projeto, é composto por quatro questões de resposta aberta nas quais se pretende perceber: (1) os motivos de adesão ao PNEP; (2) resultados que espera atingir com o desenvolvimento do projeto; (3) dúvidas e receios relativamente à implementação juntos dos(as) alunos(as) mais novos(as) e (4) qual ou quais a(s) área(s) de formação do Programa que necessita de formação e informação. Contudo, para este trabalho apenas iremos explanar as questões (1) e (2), deste mesmo questionário. No que concerne ao objetivo “perceber as expetativas alcançadas nesta experiência de voluntariado” analisou-se a questão (1) indique as expetativas que foram alcançadas com a consecução do PNEP referente ao Questionário Final da BUI.



Os dados obtidos foram tratados recorrendo à criação de um sistema de categorias indutivas. Posteriormente, foi feita uma análise relativa à frequência com que emergiram cada uma das categorias de análise nos dados recolhidos, que serão apresentados conjuntamente com alguns excertos das respostas para uma melhor explicitação dos mesmos.

Resultados

Relativamente aos(as) jovens voluntários(as) que colaboraram no ano letivo transato verifica-se que a maioria são do sexo feminino (72%) e os restantes (28%) do sexo masculino, de idades compreendidas entre os 18 e os 22 anos, sendo oriundos, maioritariamente, dos Cursos de Medicina, Psicologia e Comunicação, das diversas Universidades e Politécnicos Nacionais.

Face aos resultados obtidos no questionário de avaliação da Formação Pedagógica apresentam-se, de seguida, na **tabela 1**. Avaliação dos Curso de Formação Pedagógica de voluntários(as), as quantificações relativas a cada uma das questões de resposta fechada. Os dados obtidos nas questões de resposta aberta apresentam-se nas tabelas seguintes.

Questão	Escala				
	1	2	3	4	5
1 - Os objetivos definidos para a ação foram atingidos?	0	0	5	33	42
2 - A metodologia global da ação foi adequada?	0	0	0	18	62
3 - A ação correspondeu às suas expectativas?	0	0	3	33	44
4 - A duração global da ação foi adequada?	0	0	9	47	24
5 - O relacionamento entre os participantes favoreceu a formação?	0	0	3	42	35
6 - A organização da ação foi eficiente?	0	0	7	21	52
7 - Qual o nível de consecução no âmbito do desenvolvimento de competências pessoais e sociais?	0	0	9	27	44
8 - Qual o nível de consecução no âmbito do desenvolvimento de competências sobre sexualidade?	0	3	8	31	38
9 - Qual o nível de satisfação, quanto aos aspetos pedagógicos abordados?	0	0	4	22	54

NOTA: 1=Nada; 5=Totalmente

Tabela 1. Avaliação dos Curso de Formação Pedagógica de voluntários(as)

Relativamente à primeira questão aberta do questionário que procura perceber os aspetos positivos da formação pedagógica, os dados apresentados na **tabela 2**. Aspetos Positivos da Formação, são apresentados de acordo com as categorias definidas *a posteriori*:

Aspetos Positivos da Formação		
Categoria	Subcategoria	Exemplos extraídos das respostas aos questionários
Temáticas abordadas	Interesse e pertinência	Inclui aspetos pertinentes; Muito bons temas; Informações e assuntos muito pertinentes; Temáticas interessantes no desenvolvimento e preparação do indivíduo;



		Muito interessante. Esta formação demonstra a capacidade de despertar o interesse relativamente a estas temáticas; Temas adequados; Esclarecimentos científicos, sociais e de comportamentos.
	Desenvolvimento	Os temas foram muito bem desenvolvidos; Realização de atividades pedagógicas diferentes; Criatividade; Inovador; Debate, conversas sobre os temas; Formação - Clareza; Recursos utilizados - Transmissão de conteúdos; Formas interativas e interessantes de aprendizagem; Boa organização.
Apresentação	Dinamização	Elevada interação entre os voluntários e as professoras; Metodologias de apresentação dos conteúdos; Dinâmicas de grupo; Clareza com as palavras; Explicação da informação; Dinâmicas interessantes; Boas práticas - exemplificativas dos temas de interesse; Não haver tempos “mortos”; Muitos jogos e dinamismo; Número das dinâmicas; Esclarecedor.
	Clima relacional	Clima de total abertura; Interação; Coesão do grupo; Boa comunicação; Interação com o público-alvo; Bom envolvimento dos formadores com os participantes; Boa disposição; Novas amizades; Confiança; Criar bons laços; Relações interpessoais; Simpatia e disponibilidade das professoras; O “à vontade” das formadoras; Boa relação formadoras-formandos; Ambiente, conforto e abertura.
Desenvolvimento pessoal	Concetual	Empowerment pessoal; Permitiu alargar o meu conhecimento a nível da abordagem acerca da sexualidade; Conhecimentos novos para ensinar de forma eficiente; Dinâmica pedagógica capacitante; Deu-nos objetos de trabalho; Melhor perceção dos conteúdos abordados; Aumento do conhecimento em relação às IST; Enriquecer os meus conhecimentos;



		Mais aprendizagem; Aprofundar conhecimentos sobre os métodos contracetivos e conhecer novas instituições de saúde; Permitiu compreender quais os pontos fundamentais a abordar com os jovens e com intervir nas escolas; Desenvolvimento de competências; Prevenir comportamentos de risco; Desmistificação de ideias.
	Relacional	Desenvolver os conceitos falados e a minha expressão para com os outros; Conhecer novas pessoas; Capacidade de intervir e falar sobre os assuntos abordados; Ajudou-me bastante na interação com os outros; Aumentar a nossa autoconfiança

Tabela 2. Aspetos Positivos da Formação Pedagógica

Face à décima primeira questão: Aspetos a serem melhorados na formação destacam-se, os seguintes dados:

- Não modificaria nada nesta formação; Nada a acrescentar, achei interessante; Nada. Foi tudo positivo na minha opinião;
- Dois dias seria interessante;
- Melhor gestão do tempo; Colocaria um intervalo a meio da manhã;
- Teatro mais completo ... identifique a problemática de essência tratada pelo CAOJ;
- Refletir um pouco mais sobre as dinâmicas;
- Faltou um pouco mais de “instrução” de como interagir com os alunos pouco recetivos e mais provocativos;
- Gostava com muito orgulho de continuar a participar nas outras formações.

As motivações e expetativas iniciais dos(as) voluntários(as) para integrarem o Projeto Nacional de Educação pelos Pares são apresentadas na **tabela 3**. Questionário Inicial BUI, e tal como foi referido anteriormente apenas se apresentam as categorias de análise às duas questões (1 e 2), atendendo aos objetivos traçados inicialmente.

Questionário Inicial BUI	
Questão 1. Motivo (s) que o (a) levaram a aderir ao Projeto Nacional de Educação pelos Pares	
Categoria	Exemplos extraídos das respostas aos questionários



Espírito de entreeajuda	Ajudar os jovens a ter acesso a informação sobre VIH e prevenção de outras IST; Interesse em trabalhar com os adolescentes diversas problemáticas da sociedade atual; Optei por aderir ao projeto porque sempre gostei da ideia de fazer voluntariado; Ainda para mais a minha área que é a Educação o projeto é uma mais-valia para poder aprender e ensinar; Participar em projetos de voluntariado; Porque penso que o projeto é uma mais-valia nas escolas, tanto para os alunos adquirirem conhecimentos, mas também para eles próprios transmitirem o que aprenderam a outros alunos. Porque gosto bastante dos temas que são abordados e gosto das interações durante as sessões; Proximidade com os jovens; Fazer parte de um projeto interessante e contribuir para a alteração de comportamentos e mentalidades.
Aprendizagem pessoal	Após ter tido um ano de voluntariado no projeto achei interessante dar continuação a este trabalho porque é algo que realmente me cativa; Tenho muito interesse na área da sexualidade e acredito que a educação em sexualidade é de grande importância para a formação pessoal; Uma oportunidade de aprender mais sobre o tema e adquirir experiência, além de poder ajudar a contribuir com um futuro com menos DST'S e preconceito; Interesse pelas temáticas abordadas; Partilha de conhecimentos e experiências.
Realização pessoal	Obter enriquecimento pessoal e profissional; Já faço voluntariado noutra área e sinto que é sem dúvida uma grande mais-valia pra mim, tanto a nível pessoal como profissional juntar-me a este projeto; Crescimento pessoal e profissional;
Questão 2. Resultado (s) que espera atingir com o desenvolvimento do Programa Sexualidade e Prevenção da SIDA	
Categoria	Exemplos extraídos das respostas aos questionários
Desenvolver competências e conhecimentos	Desenvolver as minhas capacidades enquanto futura animadora, adquirindo experiência em contexto real; Espero aprimorar meus conhecimentos sobre a sexualidade e a Sida, bem como as minhas experiências na área do ensino, e que os estudantes realmente construam conhecimentos sobre essa área; Obter mais conhecimento na área de sexualidade e prevenção de DST'S e mais experiência com turmas; A nível pessoal, espero o desenvolvimento de capacidades ao nível de lidar com adolescentes e poder de alguma forma contribuir para o seu crescimento e melhor formação;
Transmitir conhecimentos aos(às) alunos(as)	Espero que os objetivos de cada sessão sejam conseguidos, que os jovens percebam a importância e a abrangência da sexualidade ao longo da vida, enquanto mais-valia para a prevenção da Sida; Espero que nas turmas onde eu estiver presente, conseguir transmitir algum conhecimento e que depois os alunos possam ir transmitindo o que aprenderam durante a sua vida;



	Espero poder participar numa boa educação aos jovens, podendo mudar algo na sua vida ao diminuir comportamentos de risco; Espero conseguir “chegar” aos alunos e alertá-los para a prevenção e consciência, desmistificando mitos e ideias feitas que não correspondem à realidade;
Valorização pessoal	Como desta vez estou num centro educativo que é um contexto diferente, sinto-me mais entusiasmada ao ponto de tirar mais proveito do programa;

Tabela 3. Questionário Inicial BUI – questões 1 e 2

Como forma de perceber o alcance das expectativas iniciais manifestadas pelos(as) voluntários(as) apresentam-se na tabela 4. Avaliação do PNEP – Questão 1.1 as expectativas identificadas como tendo sido alcançadas.

Avaliação do PNEP - Questionário Final BUI	
Das expectativas que tinha relativamente ao PNEP e ao Programa Sexualidade e Prevenção da SIDA Questão 1.1 Indique quais as que foram alcançadas	
Adquirir conhecimentos	Adquirir alguns conhecimentos teóricos e pedagógicos sobre a área, contactar com jovens num âmbito de Educação – promoção de competências e conhecimentos, sentir que fui útil; Obtive informação técnica e aprendi a comunicar assuntos tabus com naturalidade com os meus colegas; Sendo este o 2º ano a participar no projeto, já tinha uma noção do que esperar em relação ao mesmo. Todavia, posso dizer que, neste 2º ano de formações, consegui ser surpreendido com uma turma desafiante e muito diferente daquela com que tinha trabalhado no ano anterior, pelo que considero ter aprendido novas formas de lidar com jovens diferentes e de “chegar até eles”, transmitindo-lhes os conhecimentos pretendidos; Melhoria das minhas capacidades de comunicação, e entendimento da perspetiva e conhecimentos dos mais novos acerca da sexualidade; As expectativas em relação ao conteúdo abordado foram todas alcançadas, o que foi uma grande mais-valia para rever certos conceitos; Conhecer a rotina escolar em outro país; conhecer o que os alunos já sabiam dos assuntos abordados e suas opiniões; Aprendi mais sobre as doenças sexualmente transmissíveis; Melhorar os meus conhecimentos sobre os temas abordados.
Adquirir competências relacionais	Desenvolvi as minhas capacidades de comunicação e de dinamização; Consegui captar a atenção e o interesse da turma, transmitindo adequadamente os temas abrangidos pelo nosso Projeto; Transmissão de informações importantes e adequadas ao nível de ensino dos alunos. Autonomia que nos deram para o conseguir; As expectativas foram superadas e as minhas capacidades melhoradas; Treinar a minha aptidão na sala de aula; Melhorar a minha capacidade para lidar com eles.
Adquirir experiência de voluntariado	Experiência de voluntariado muito agradável com intervenção direta importante, num grupo etário adequado - 9ºano; A possibilidade de realizar voluntariado com as crianças/ adolescentes; Melhorar os meus conhecimentos sobre os temas abordados e a minha capacidade para lidar com eles.



Desenvolver trabalho com os(as) alunos(as)	Conseguimos alcançar vários conceitos sobre sexualidade e sobre SIDA; A oportunidade de realmente esclarecer dúvidas reais dos jovens e de abordar temas importantes sem tabus; A possibilidade de acompanhar o projeto até ao final, desmistificar os mitos em que os alunos acreditavam, capacidade de transmitir conhecimento aos mais jovens. Embora se tenha verificado que o projeto era uma novidade para a turma e que existiam alguns mitos, também foi muito interessante verificar a facilidade com que a maioria dos alunos falava dos assuntos; Transmissão de conhecimentos aos mais novos, procura de interação com as camadas mais jovens de forma a consciencializá-los para os perigos que se correm, demonstrar que é possível divertirmo-nos sem correr riscos Divulgar todos os assuntos propostos e realizar todos os trabalhos de grupo com sucesso. Conseguir tornar as aulas dinâmicas e captar o interesse dos alunos foi algo bastante complicado devido à turma e ao seu comportamento, mas o feedback foi positivo e conseguimos cumprir o objetivo. Os alunos, de forma geral, empenharam-se mais do que o esperado, isto porque foi-nos logo dado informações acerca da turma em questão e portanto as expectativas não estavam muito altas. Os trabalhos foram muito bem concebidos e conseguiram-se trabalhos realmente surpreendentes. Em suma, superou as expectativas; Auxiliar os alunos no esclarecimento de dúvidas sobre a sexualidade e VIH/SIDA; Trazer mais dinamismo, e contribuir para tal, nas aulas do projeto. Sentir que realmente marquei a diferença.” Acredito ter alcançado todas as expectativas, consegui experiência no ensino.

Tabela 4. Questionário Final BUI – questão 1.1

Discussão

Quando se trata de desenvolver um trabalho com voluntários(as) é importante, no âmbito do PNEP, conhecer esses(as) jovens no que concerne à sua proveniência académica, à sua faixa etária e às suas motivações e expectativas iniciais à entrada para o referido projeto. O presente artigo pretendeu caracterizar os(as) jovens universitários(as) que colaboraram, ao longo do ano letivo 2015/16, na persecução do Programa Sexualidade e Prevenção do VIH/SIDA no âmbito do Projeto Nacional de Educação pelos Pares da FPCCSida, numa amostra de 80 voluntários(as), maioritariamente do sexo feminino e dos cursos ligados ao setor da Saúde, mas também da Educação e Comunicação, com idades muito próximas das idades dos(as) alunos(as) com os quais iriam trabalhar, garantindo deste modo um dos requisitos da metodologia de Educação pelos Pares, dado que “Peer education typically involves the use of members of a given group to effect change among other members of the same group” (UNAIDS, 1999).

No que diz respeito às motivações e expectativas iniciais à entrada para o PNEP os(as) intervenientes destacaram sobretudo o espírito de entreajuda ressaltando, especialmente, a ideia de ajudar os(as) mais novos(as) a ter acesso a informação sobre o VIH e outras IST, alterar comportamentos e mentalidades, para além de uma forma de participar em projetos de voluntariado. Paralelamente, assinalaram questões de ordem pessoal, nomeadamente a sua própria aprendizagem, pelo tipo de temáticas abordadas e pela oportunidade de



aprender mais e adquirir experiência, obtendo um enriquecimento pessoal e profissional, como alguns(algumas) proferiram.

Igualmente fundamental foi perceber que avaliação fizeram da Formação Pedagógica relativamente à realização da mesma, pois é essa formação que prepara os(as) voluntários(as) para a intervenção nas escolas e outras entidades parceiras, enquanto Pares Educadores. A análise dos dados obtidos pelo questionário de avaliação reforça que as metodologias empregues, os temas e as dinâmicas utilizadas e as estratégias aplicadas, bem como a atitude positiva e o clima relacional existente, caracterizado pela simpatia e disponibilidade dos(as) formadores(as) contribuem para que este(as) jovens percecionem o Programa e o consigam implementar posteriormente. Consideramos pois, que salvaguardando algumas questões de pormenores (apontados como aspetos a serem melhorados na formação) os aspetos organizacionais (duração, temas, relação pedagógica, comunicação, recursos, dinâmicas e interação entre participantes) são para manter em próximas edições da formação pedagógica.

No final da intervenção destes(as) jovens foi com enorme satisfação que percebemos que para além da boa persecução do Programa, estes(as) jovens adquiriram novo conhecimentos *“obtive informação técnica e aprendi a comunicar assuntos tabus com naturalidade com os meus colegas”*; melhoraram as suas capacidades e competências pessoais *“melhoria das minhas capacidades de comunicação, e entendimento da perspetiva e conhecimentos dos mais novos acerca da sexualidade”*; e ajudar os seus pares não só na desmistificação de tabu, esclarecimento de ideias erróneas, mas num crescimento salutar *“Transmissão de conhecimentos aos mais novos, procura de interação com as camadas mais jovens de forma a consciencializá-los para os perigos que se correm, demonstrar que é possível divertirmo-nos sem correr riscos”*, constitui-se de extrema importância para estes e estas jovens. Em jeito de conclusão, as expetativas alcançadas, parafraseando um(a) destes(as) voluntários(as) *“foram o crescimento pessoal e profissional, a capacidade de falar em público e a consciência crítica sobre as temáticas do programa. Sentir que realmente marquei a diferença.”*

Em suma, os resultados alcançados mostram que o Projeto Nacional de Educação pelos Pares teve um impacto positivo na formação dos(as) voluntários(as) como pares educadores tendo correspondido às suas expetativas de formação e constituindo-se como primordial na concretização do Programa Sexualidade e Prevenção do VIH/SIDA, em meio escolar.

Agradecimentos

A FPCCSida agradece a todos(as) os(as) jovens voluntários(as) universitários(as) que colaboraram na boa persecução do Projeto Nacional de Educação pelos Pares. Igualmente agradecemos a todas as individualidades e entidades públicas e privadas que permitiram que se concretizasse o recrutamento destes(as) jovens, a realização das respetivas formações: científica e pedagógica e a implementação do PNEP nas escolas e outras instituições parceiras.



Contacto para Correspondência

Filomena Aguiar, Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a Sida” - FPCCSida, Praceta António Sardinha, nº9 1º, 1170-028 Lisboa, fpccsida1992@gmail.com

Referências

- Direção Geral de Educação - DGE. (2014). Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde. Consultado em http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes_doc.pdf.
- FPCCSIDA (2007). Programa Sexualidade e Prevenção VIH/SIDA. (Texto não publicado).
- FPCCSIDA (2016). Relatório Anual de Atividades. (Texto não publicado).
- World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization (WHO/HPR/HEP/95.1)
- UNAIDS (1999). *PEER EDUCATION AND HIV/AIDS: Concepts, uses and challenges*. UNAIDS BEST PRACTICE COLLECTION. Switzerland. Consultado em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc291-peereduc_en_0.pdf



As emoções de pacientes aditos em tratamento

Tânia Caetano¹, & Eduardo Silva¹

1. Departamento de Investigação do Centro de Tratamento Villa Ramadas

Resumo

Uma das principais características da adição é a dificuldade em lidar com as emoções. Indivíduos aditos apresentam uma evidente incapacidade ao nível da regulação emocional, que se revela em comportamentos disfuncionais. A adição funciona como uma fuga à realidade emocional, sendo importante desenvolver estratégias de gestão emocional no decorrer de qualquer processo terapêutico no âmbito das dependências. O presente estudo tem como objetivo compreender o impacto da intervenção terapêutica através do Modelo Change & Grow[®] no domínio emocional de pacientes em tratamento. Pretende-se estudar as emoções de indivíduos aditos, nomeadamente o repertório, diferenciação, expressividade e regulação emocional, em diferentes etapas do processo terapêutico e nos vários princípios de Change & Grow[®]. Recorreu-se a uma amostra de 44 pacientes aditos, do sexo masculino e feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 58 anos, que realizaram tratamento em Villa Ramadas. Foram utilizados como instrumentos de recolha de dados, adaptados para a população portuguesa, a Escala de Avaliação do Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional, a Escala de Expressividade Emocional e a Escala de Dificuldades na Regulação Emocional, assim como um questionário sociodemográfico. Os resultados mostraram que os indivíduos que se encontram no fim de tratamento apresentam um maior repertório emocional, maior capacidade de distinguir diferenças subtis entre emoções similares e menores dificuldades de regulação emocional. A intervenção terapêutica através do Modelo Change & Grow[®] mostrou trazer melhorias significativas ao nível das variáveis em estudo, relacionadas com o domínio emocional.

Palavras-chave: Emoções; Adição; Modelo Change & Grow[®]



Abstract

One of the main characteristics of addiction is the difficulty in dealing with emotions. Addicts present a clear failure in terms of emotional adjustment, which can result in dysfunctional behaviors. Addiction works as an escape from emotional management during any therapeutic process in addiction treatment. The present study aims to understand the impact of the therapeutic intervention, through the Change & Grow® Model, regarding the emotional domain of the patients in treatment. We intend to study the emotions in addicts, particularly the repertoire, differentiation, expressivity and emotional regulation in the different stages of the therapeutic process and on several Change & Grow® principles. Therefore, we used a sample of 44 individuals addicts, both male and female, between the ages of 14 and 58, collected in Villa Ramadas. It was used the Portuguese versions of Range and Differentiation of Emotional Experience Scale, Emotional Expressivity Scale and Difficulties in Emotion Regulation Scale, as well as a demographic questionnaire. The results showed us that the individuals in the end of the treatment present greater emotional repertoire, greater capacity to see subtle differences in similar emotions and minor difficulties in emotional regulation. The therapeutic intervention, through the Change & Grow® Model, showed significant improvement on the studied variables that are related with emotional domain.

Keywords: Emotions; Addition; Change & Grow® Model



Introdução

A adição é um processo complexo que se caracteriza pela presença de comportamentos que tanto podem contribuir para conceber prazer como para aliviar determinado sofrimento psicológico. Este conceito não inclui apenas dependências de abuso de substâncias, como também problemas ao nível do jogo, alimentação, entre outros (Bickel, Mueller, & Jarmolowicz, 2013; Goodman, 1990). Neste sentido, os comportamentos aditivos funcionam geralmente como uma forma de substituir a incapacidade de regular emoções, ou seja, indivíduos aditos apresentam dificuldades no âmbito da regulação emocional, manifestando condutas compulsivas, como por exemplo, o abuso de drogas (Jouanne, Edel, & Carton, 2005).

O processo de diferenciação emocional segue-se à reação fisiológica de um determinado estímulo e consiste na atribuição de significado a esse mesmo impulso, tendo por base o tipo de ativação fisiológica, o contexto e as vivências de cada sujeito (Barrett, 2006). Este processo de representação mental é constituído por duas dimensões: 1) repertório (relacionado com a diversidade de experiências emocionais que cada indivíduo consegue vivenciar) e 2) diferenciação (a capacidade para distinguir emoções semelhantes) (Kang & Shaver, 2004). Após o processo de diferenciação emocional, segue-se o processo de regulação emocional, no qual o sujeito escolhe as estratégias a utilizar (Vaz, 2009).

Por outro lado, a expressividade emocional diz respeito a um conjunto de mudanças comportamentais que funcionam como uma exteriorização das emoções, tendo em conta as diferenças individuais. Este constructo diz respeito à forma como os indivíduos exteriorizam constantemente as suas emoções, podendo ser uma manifestação verbal ou não-verbal (Dinis, Gouveia, & Xavier, 2011).

A regulação emocional diz respeito à capacidade em controlar e gerir emoções, ou seja, a forma como os indivíduos influem, vivenciam e expressam as suas emoções (Thompson, 1994). A capacidade de regular emoções diz então respeito a um mecanismo através do qual os indivíduos modificam, intencionalmente ou não, as suas próprias emoções, por forma a alcançar um determinado objetivo desejado (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). Vários estudos têm evidenciado a presença de défices ao nível da regulação emocional em indivíduos com comportamentos aditivos (Janfaza & Shirazi, 2015; Wilcox, Pommy, & Adinoff, 2016).

A literatura existente indica-nos que estratégias de autorregulação mal-adaptativas podem ter um papel importante no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (Janfaza & Shirazi, 2015; Moore, Zoellner, & Mollenholt, 2009; Schreiber, Grant, & Odlaug, 2012). Schreiber et al. (2012) no seu estudo sobre a regulação emocional e impulsividade em jovens adultos, concluíram que existe uma relação entre estas duas variáveis. Neste sentido, observaram que maiores níveis de desregulação emocional conduzem a um aumento de comportamentos impulsivos que, por sua vez, podem levar ao comportamento aditivo.



A desregulação emocional, baixos níveis de tolerância, impulsividade e baixo autocontrolo parecem ter uma relação positiva significativa com o abuso de substâncias. O comportamento aditivo parece funcionar como um impulso de evitamento em lidar com emoções negativas (Janfaza & Shirazi, 2015; Taylor, Hiller, & Taylor, 2013).

As dificuldades de regulação emocional na adição têm sido referidas por diversos autores, nomeadamente no âmbito das perturbações de abuso de substâncias (Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper, & Sinha, 2007; Pierrehumbert et al., 2002; Tice, Bratslavsky, & Baumeister, 2001), perturbações alimentares (Pierrehumbert et al., 2002), depressão (Joormann & Gotlib, 2010) e jogo patológico (Williams, Grisham, Erskine, & Cassedy, 2012).

O Modelo Change & Grow® foi desenvolvido por Eduardo Silva, através da prática clínica no Centro de Tratamento Villa Ramadas, unidade privada com fins lucrativos. A intervenção na presente comunidade terapêutica utiliza fundamentalmente o Modelo Change & Grow®, embora também recorra ao Modelo Minnesota dos 12 passos. As terapias individuais e grupais consistem também num aspeto relevante de todo o processo terapêutico (Augusto, 2016). O presente modelo é utilizado no tratamento da adição, nas suas variadas formas, seja com dependências químicas (drogas, álcool), emocionais (co-dependência, depressão) ou comportamentais (jogo patológico, perturbações alimentares, sexo, fobias, perturbação obsessivo-compulsiva). Trata-se de um modelo integrativo que resulta da influência de diversas correntes da psicologia (humanista, psicodinâmica, sistémica, cognitivo-comportamental, gestalt, psicologia positiva), colocando o foco na solução, com vista ao desenvolvimento pessoal e à autossuficiência na tomada de decisões de uma forma responsável, equilibrada e saudável (Silva, 2016b, 2016c).

Este modelo de cariz holístico e integrativo apresenta na sua constituição cinco princípios básicos que são desenvolvidos ao longo de todo o processo terapêutico: Verdade, Aceitação, Gratidão, Amor e Responsabilidade. O princípio da Verdade é basilar da integridade humana e permite que o indivíduo entre em contacto com os seus sentimentos e pensamentos de forma libertadora. O princípio da Aceitação permite que cada um seja quem realmente é, possibilitando assim, uma aceitação completa do Ser. Quanto maior for a aceitação, maior será a capacidade de adaptação às circunstâncias do dia-a-dia. O princípio da Gratidão é fundamental para se atingir a felicidade plena, assente no agradecimento das pequenas coisas, havendo um equilíbrio entre o Eu, o Outro e o Mundo. O princípio do Amor é o alicerce para o distanciamento do egocentrismo, dos medos e dos defeitos de carácter. O amor é o sentimento mais poderoso que permite a ligação com os outros. Por fim, o princípio da Responsabilidade possibilita a aquisição e a manutenção de um estilo de vida honesto, respeitável e saudável. Ser responsável é assumir as consequências dos seus atos, afirmar a sua identidade e integridade nas relações que se estabelecem (Silva, 2016a).

O Modelo Change & Grow® olha para a adição como um comportamento compulsivo, sendo importante recorrer à utilização de técnicas psicológicas como a reestruturação cognitiva, estratégias de gestão emocional, treino de habilidades sociais, entre outras, no âmbito da



intervenção terapêutica, de forma a promover um desenvolvimento pessoal adaptativo (Silva, 2016a, 2016b, 2016c).

O presente estudo tem como objetivo geral compreender o impacto da intervenção terapêutica através do Modelo Change & Grow®, no domínio emocional dos pacientes em tratamento. Como objetivos específicos pretendemos caracterizar a amostra em estudo, comparar o repertório, a capacidade de diferenciação, a expressividade e a regulação emocional entre pacientes em diferentes fases de tratamento, bem como nos diversos princípios de Change & Grow®.

Metodologia

Participantes

A amostra é composta por 44 pacientes com idades compreendidas entre os 14 e os 58 anos, dos quais 29 (65.9%) são do sexo masculino e 15 (34.1%) do sexo feminino, com diferentes níveis de escolaridade (2º e 3º ciclo – 22.7%, ensino secundário – 43.2% e ensino superior – 34.1%). Cerca de 34.1% dos indivíduos estão empregados, 36.4% estão desempregados e 29.5% são ainda estudantes. Relativamente aos diagnósticos do DSM-V, mais de metade apresenta a Perturbação do Uso de Substâncias (56.8%), seguindo-se a Perturbação Depressiva (11.4%), a Perturbação de Uso de Álcool (9.1%) e a Bulimia Nervosa (9.1%). No que respeita à fase de tratamento, 16 pacientes (36.4%) encontravam-se no início, 15 (34.1%) a meio e 13 (29.5%) no fim do tratamento. Relativamente aos princípios do Modelo Change & Grow®, verificámos que 16 (36.4%) se encontravam no princípio da Verdade, 6 (13.6%) na Aceitação, 9 (20.5%) na Gratidão, 8 (18.2%) no Amor e 5 (11.4%) na Responsabilidade. Dos 44 pacientes, 24 (54.5%) já tinham feito tratamentos anteriores.

Instrumentos

Foram utilizados vários instrumentos no presente estudo, entre os quais a Escala de Avaliação do Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional (EARCDE), a Escala de Expressividade Emocional (EEE) e a Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE), bem como um questionário sociodemográfico.

A Escala de Avaliação do Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional (*Range and Differentiation of Emotional Experience Scale*, Kang & Shaver, 2004) é constituída por 14 itens, numa escala tipo *Likert* que varia entre 1 (“Não me identifico”) e 7 (“Identifico-me totalmente”). Esta escala de auto-relato é composta por duas subescalas, repertório emocional e diferenciação emocional. A primeira subescala, o repertório emocional, é composto por seis itens e avalia a diversidade de emoções que os indivíduos conseguem vivenciar, pelo que pontuações mais elevadas indicam maior repertório emocional. Por sua vez, a segunda subescala, a diferenciação emocional, tem na sua constituição oito itens, que permitem medir a capacidade de distinguir subtilezas entre emoções idênticas, sendo que pontuações superiores correspondem a uma maior capacidade de diferenciação emocional (Kang & Shaver, 2004; Vaz, 2009).



A Escala de Expressividade Emocional (*Emotional Expressivity Scale*, Kring, Smith, & Neale, 1994); versão portuguesa de Dinis, Gouveia, & Xavier, 2011) é um instrumento de autorresposta, constituído por 17 itens, que tem como intuito medir a intensidade com que os indivíduos manifestam as suas próprias emoções. Trata-se de uma escala tipo *Likert*, de 1 a 6, em que 1 corresponde a “nunca verdadeiro” e 6 a “sempre verdadeiro”. A versão portuguesa da escala revelou uma estrutura fatorial unidimensional e possui valores elevados de consistência interna ($\alpha = .89$), o que sugere a fiabilidade da escala. Ao nível da estabilidade temporal obtiveram-se resultados aceitáveis.

A Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa de Veloso, Gouveia, & Dinis, 2011), é composta por 36 itens com uma escala tipo *Likert*, na qual o 1 corresponde a “quase nunca” e o 5 assinala o “quase sempre”. Os itens deste inventário de auto-resposta são subdivididos em seis dimensões: não-aceitação de respostas de foro emocional, limitação ao nível das estratégias emocionais, falta de consciência emocional, dificuldade em controlar impulsos, falta de clareza das emoções e dificuldades nos comportamentos direcionados para objetivos. No que diz respeito às propriedades psicométricas, apresenta uma consistência interna elevada, na medida em que apresenta um alfa de Cronbach de .93 na versão original e de .90 na validação para a população portuguesa.

Procedimento

Primeiramente, foram selecionadas as escalas a aplicar e construído um questionário de dados sociodemográficos. De seguida, foram pedidas autorizações aos autores dos instrumentos em estudo. Procedeu-se então, à recolha da amostra no Centro de Tratamento Internacional Villa Ramadas. Previamente à aplicação do protocolo, foi dada a conhecer a todos os participantes o âmbito, os princípios éticos e a natureza anónima e confidencial da investigação. Após a obtenção do consentimento informado, cada um dos participantes preencheu o protocolo do estudo.

Análise Estatística

O presente estudo teve por base uma amostra do tipo não probabilística por conveniência. Trata-se de um estudo comparativo e correlacional, com recurso à análise quantitativa. Os dados recolhidos foram tratados estatisticamente através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21. Utilizou-se a estatística não paramétrica, nomeadamente o teste de Kruskal-Wallis, para comparar as ordens médias do repertório, capacidade de diferenciação, expressividade e regulação emocional entres os pacientes das diferentes fases do tratamento. Foi também utilizado o mesmo teste estatístico para comparar as várias variáveis entre os princípios de Change & Grow®. Por fim, recorreu-se à correlação de spearman para observar a relação entre as variáveis em estudo.

Resultados

Dos 44 pacientes verificámos que 36.4% (16) se encontravam no início do tratamento, 34.1% (15) na fase intermédia e 29.5% (13) na fase final do tratamento.



Através da tabela 1 é possível observarmos que no decorrer do tratamento existe um aumento da ordem média ao nível do total da EARCDE. A subescala repertório emocional segue a mesma tendência, pelo que a ordem média no início de tratamento é inferior (Ordem Média ≈ 20.19), aumentando significativamente no fim do tratamento (Ordem Média ≈ 31.50). Desta forma, através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que os pacientes que se encontram no fim do tratamento apresentam maiores pontuações ao nível da capacidade de diferenciação emocional, quando se compara com o início e meio do tratamento, havendo diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$).

Relativamente à expressividade emocional (EEE Total) não se obtiveram diferenças com significado estatístico, embora se tenham observado também pontuações mais elevadas no fim do tratamento.

No que diz respeito à EDRE, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível do total e das subescalas não-aceitação e impulsos. Neste sentido, a ordem média foi sempre superior no fim do tratamento, o que indica que os pacientes que estão nesta etapa de tratamento apresentam menos dificuldades ao nível da regulação emocional, nomeadamente maior aceitação de respostas emocionais e menores dificuldades no controlo de impulsos.

Tabela 1.

Repertório, Diferenciação, Expressividade, Regulação Emocional e as diferentes fases de tratamento

	Início ($n = 16$) Ordem Média	Meio ($n = 15$) Ordem Média	Fim ($n = 13$) Ordem Média	X^2	p
EARCDE Total	18.06	19.43	31.50	9.160	.010
Repertório Emocional	20.19	17.57	31.04	8.509	.014
Diferenciação Emocional	18.06	21.83	28.73	5.026	.081
EEE Total	22.63	20.23	24.96	.948	.623
EDRE Total	31.25	19.60	15.08	12.540	.002
Estratégias	28.34	20.33	17.81	5.504	.064
Não-Aceitação	28.91	20.63	16.77	6.916	.031
Consciência	25.31	19.27	22.77	1.730	.421
Impulsos	31.72	23.80	9.65	21.647	.000
Objetivos	24.34	20.47	22.58	.713	.700
Clareza	24.84	23.13	18.88	1.639	.441

Nota. Legenda: EARCDE – Escala de Avaliação do Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional; EEE – Escala de Expressividade Emocional; EDRE – Escala de Dificuldades na Regulação Emocional

Na tabela 2, foi possível verificarmos que ao nível dos Princípios de Change & Grow®, o princípio da aceitação é o que revela uma média inferior (Ordem Média ≈ 14.58) e o princípio da responsabilidade é o que expõe uma pontuação média superior (Ordem Média ≈ 32.70),



no que diz respeito à EARCDE. O mesmo acontece na subescala do Repertório Emocional, onde existem diferenças de significado estatístico, pelo que o princípio da aceitação apresenta de igual modo um valor médio mais baixo (Ordem Média ≈ 11.92), quando comparado com os outros quatro princípios do Modelo Change & Grow®, enquanto que o princípio da responsabilidade corresponde ao princípio com pontuação mais elevada (Ordem Média ≈ 34.80). Desta forma, quando os pacientes se encontram no princípio da aceitação tendem a ter menores índices ao nível da EARCDE. Contrariamente, os indivíduos que se encontram no último princípio (responsabilidade), tendem para pontuações mais elevadas nestes domínios, particularmente ao nível da subescala de diferenciação emocional, ou seja, no que diz respeito à capacidade de distinguir subtilezas entre diversas emoções.

No que concerne à análise da EEE, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os vários princípios de Change & Grow®. Contudo, a média do princípio da aceitação mostrou-se novamente inferior (Ordem Média ≈ 19.42) e a do princípio da responsabilidade mais elevada (Ordem Média ≈ 28.70).

Relativamente à Regulação Emocional, encontramos diferenças estatisticamente significativas ao nível da escala total ($p = .008$), bem como diferenças estatisticamente muito significativas na subescala impulsos ($p = .000$). Neste sentido, observou-se que as pontuações médias mais elevadas incidiram no princípio da responsabilidade e contrariamente, os valores médios mais baixos destacaram-se no princípio da verdade. Assim sendo, os pacientes que apresentam mais dificuldades de regulação emocional tendem a situar-se no primeiro princípio de Change & Grow®, enquanto que os indivíduos que se encontram na reta final do seu tratamento, ou seja, no princípio da responsabilidade, apresentam menores dificuldades ao nível da regulação emocional.

Tabela 2.

Repertório, Diferenciação, Expressividade, Regulação Emocional e os Princípios de Change & Grow®

	Verdade ($n = 16$)	Aceitação ($n = 15$)	Gratidão ($n = 13$)	Amor ($n = 13$)	Responsabilidade e ($n = 13$)	X^2	p
	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média		
EARCDE Total	18.06	14.58	22.67	30.75	32.70	10.65 9	.031
Repertório Emocional	20.19	11.92	21.33	28.69	34.80	11.15 1	.025
Diferenciação Emocional	18.06	18.25	24.22	29.31	27.80	5.850	.211
EEE Total	22.63	19.42	20.78	22.63	28.70	1.678	.795
EDRE Total	31.25	16.67	21.56	17.44	11.30	13.76 5	.008
Estratégias	28.34	13.83	24.67	18.13	17.30	8.092	.088
Não-Aceitação	28.91	19.00	21.72	18.19	14.50	7.333	.119



Consciência	25.31	17.83	20.22	25.19	18.90	2.595	.628
Impulsos	31.72	24.50	23.33	11.75	6.30	22.23 7	.000
Objetivos	24.34	21.75	19.61	23.94	20.40	1.049	.902
Clareza	24.84	18.75	26.06	17.75	20.70	2.999	.558

Nota. Legenda: EARCDE – Escala de Avaliação do Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional; EEE – Escala de Expressividade Emocional; EDRE – Escala de Dificuldades na Regulação Emocional

Através da análise da tabela 3 é possível verificarmos que existem várias correlações significativas entre as variáveis do presente estudo. Assim, importa referir que observámos que a EARCDE apresentou uma correlação positiva baixa com a EEE, particularmente uma relação baixa entre a subescala repertório emocional e a EEE. Por sua vez, verificámos uma relação positiva moderada entre a EEE e a subescala consciência do EDRE. Contudo, observámos que não existe qualquer correlação entre a EARCDE e a EDRE, mesmo ao nível das suas subescalas.

Tabela 3.

Correlação de Spearman entre as variáveis em estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9.	10	11
1. EARCDE Total	-	.802**	.857**	.372*	.010	.073	.054	.071	-.288	.139	-.031
2. Repertório Emocional		-	.416**	.385**	.007	.156	.031	-.071	-.201	.176	-.030
3. Diferenciação Emocional			-	.237	.049	-.014	.054	.197	-.228	.116	-.012
4. EEE Total				-	.113	-.143	.172	.480**	-.204	-.007	-.184
5. EDRE Total					-	.721**	.772**	.421**	.574**	.593**	.447**
6. Estratégias						-	.583**	-.064	.458**	.590**	.383*
7. Não-Aceitação							-	.096	.458**	.477**	.128
8. Consciência								-	-.160	-.048	.278
9. Impulsos									-	.397**	.069
10. Objetivos										-	.071
11. Clareza											-

Nota. Legenda: EARCDE – Escala de Avaliação do Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional; EEE – Escala de Expressividade Emocional; EDRE – Escala de Dificuldades na Regulação Emocional; * $p < .05$ ** $p < .01$

Discussão

Ao nível da identificação das emoções, indivíduos aditos tendem a ter dificuldades em identificar as suas próprias emoções, bem como as dos outros, o que pode conduzir a falhas e distorções na comunicação (Parker, citado em Janfaza & Shirazi, 2015). Os resultados que obtivemos apoiam esta ideia na medida em que verificámos valores altos ao nível do repertório e diferenciação emocional nos indivíduos em início de tratamento. Como



esperado, estes resultados foram melhorando significativamente ao longo de todo o tratamento.

De acordo com Barrett, Gross, e Benvenuto (2001), os indivíduos que apresentam capacidade de diferenciação emocional superior detêm um maior leque de estratégias de regulação emocional, o que é corroborado pelo nosso estudo, no sentido em que verificámos que os indivíduos com maiores pontuações ao nível da diferenciação emocional, mostraram também menos dificuldades de regulação emocional, ou seja, os indivíduos em fim de tratamento.

Ravenna, Hölzl, Kirchler, Palmonari, e Costarelli (2002) realizaram um estudo com uma amostra de 29 indivíduos com a perturbação de abuso de substâncias, de 10 comunidades terapêuticas, e verificaram que ao longo do tratamento os pacientes foram demonstrando uma maior capacidade de vivenciarem diversas emoções positivas. Os nossos resultados vão ao encontro do respetivo estudo no que diz respeito ao repertório emocional, uma vez que ao compararmos os indivíduos em início, meio e fim de tratamento, verificámos pontuações médias superiores nos pacientes a terminar o tratamento, o que correspondente aos princípios do amor e responsabilidade.

A desregulação emocional está na origem de muitos comportamentos aditivos, incluindo perturbações alimentares, abuso de substâncias e depressão (Janfaza & Shirazi, 2015). Os nossos resultados parecem suportar esta ideia, uma vez que verificamos pontuações elevadas ao nível da EDRE (o que indica desregulação emocional) nos pacientes que iniciaram tratamento há pouco tempo, ou seja, os pacientes em início de tratamento. Verificámos também que existe uma diminuição das dificuldades de regulação emocional numa fase final do tratamento, o que vai ao encontro do estudo de Baptista (2011), que concluiu que ao fim de 6 meses os pacientes começaram a apresentar menos dificuldades ao nível da regulação das suas emoções.

De acordo com Janfaza e Shirazi (2015) indivíduos que possuem ferramentas consistentes para gerir e lidar de forma funcional com as emoções, conseguem utilizar estratégias de coping em situações de alto risco de comportamento aditivo. Possuem assim, maior capacidade de antecipar as necessidades dos outros, o que consequentemente resulta numa comunicação mais eficaz. Neste sentido, consideramos através dos resultados obtidos que o Modelo Change & Grow® permite que sejam desenvolvidas estratégias de gestão emocional ao longo de todo o tratamento, uma vez que se verificam melhorias evidentes ao nível do domínio emocional.

O presente estudo permitiu verificar que a intervenção através do Modelo Change & Grow® no domínio das emoções, nomeadamente ao nível do repertório, diferenciação, expressividade e regulação emocional, permite melhorias significativas nos pacientes aditos em tratamento.



Agradecimentos

Queremos expressar os nossos sinceros agradecimentos a todos os pacientes que participaram no estudo e que permitiram que o mesmo fosse possível. Agradecemos também à Doutora Rita Morais por todo o apoio prestado e à Dr.^a Sandra Branco pela sua colaboração na investigação. Por fim, mas não menos importante, agradecemos à Dr.^a Vanessa Sardinha, por todo o apoio na revisão da componente inglesa do artigo.

Contacto para Correspondência

--

Eduardo Silva · jeduardo@villaramadas.com

Departamento de Investigação do Centro de Tratamento Villa Ramadas, Av. Combatentes da Grande Guerra n.º24 2.º Esq. Ret. 2400-121 Leiria

Referências

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. doi:10.1016/j.cpr.2009.12.001
- Augusto, J. (2016). *Tratamento de dependências: Evolução do sistema português 1958-2014*. Lisboa: LouresGráfica.
- Baptista, A. (2011). *Disfuncionalidades emocionais na toxicodependência: Estudo longitudinal numa comunidade terapêutica* (Dissertação de Mestrado não Publicada). Departamento de Psicologia Social e das Organizações, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Barrett, L. (2006). Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 10(1), 20–46.
- Barrett, L., Gross, J., & Benvenuto, T. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15(6), 713–724. doi:10.1080/02699930143000239
- Bickel, W., Mueller, E., & Jarmolowicz, D. (2013). What is addiction? In *Addictions: A comprehensive guidebook* (pp. 3–16). New York: Oxford University Press.
- Dinis, A., Gouveia, J., & Xavier, A. (2011). Estudo das características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Expressividade Emocional. *Psychologica*, 54, 111–138.
- Fox, H., Axelrod, S., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2–3), 298–301. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.12.026
- Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403–1408.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Janfaza, M., & Shirazi, M. (2015). The Predictive role of difficulties in emotion regulation and self-control with susceptibility to addiction in drug-dependent individuals. *Research on Addiction Quarterly Journal of Drug Abuse*, 9(33), 45–54.
- Joormann, J., & Gotlib, I. (2010). Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition & Emotion*, 24(2), 281–298. doi:10.1080/02699930903407948
- Jouanne, C., Edel, Y., & Carton, S. (2005). Déficits émotionnels chez des patients polytoxicomanes. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 163(8), 625–630. <http://doi:10.1016/j.amp.2004.05.013>



- Kang, S., & Shaver, P. (2004). Individual differences in emotional complexity: Their psychological implications. *Journal of Personality*, 72(4), 687–726.
- Kring, A., Smith, D., & Neale, J. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: Development and validation of the emotional expressivity scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 934–949. doi:10.1037/0022-3514.66.5.934
- Moore, S. A., Zoellner, L., & Mollenholt, N. (2009). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 993–1000. doi:10.1016/j.brat.2008.05.001
- Pierrehumbert, B., Bader, M., Miljkovitch, R., Mazet, P., Amar, M., & Halfon, O. (2002). Strategies of Emotion Regulation in Adolescents and Young Adults with Substance Dependence or Eating Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 384–394. doi:10.1002/cpp.339
- Ravenna, M., Hölzl, E., Kirchler, E., Palmonari, A., & Costarelli, S. (2002). Drug addicts in therapy - Changes in life space in the course of one year. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12, 353–368. doi:10.1002/casp.688
- Schreiber, L., Grant, J., & Odlaug, B. (2012). Emotion Regulation and Impulsivity in Young Adults. *Journal of Psychiatric Research*, 46(5), 651–658. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.02.005
- Silva, E. (2016a). *Acredita em ti*. Lisboa: Guerra e Paz Editores.
- Silva, E. (2016b). *As promessas de Change & Grow®*. Lisboa: Guerra e Paz Editores.
- Silva, E. (2016c). *Os doze passos de Change & Grow®*. Lisboa: Guerra e Paz Editores.
- Taylor, L., Hiller, M., & Taylor, R. (2013). Personal factors and substance abuse treatment program retention among felony probationers: Theoretical relevance of initial vs. shifting scores on impulsivity/low self-control. *Journal of Criminal Justice*, 41(3), 141–150. doi:10.1016/j.jcrimjus.2013.01.001
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, 59(2/3), 25–52. doi:10.1111/1540-5834.ep9502132762
- Tice, D., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 53–67. doi:10.1037//0022-3514.80.1.53
- Vaz, F. (2009). *Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: Tradução e validação de dois instrumentos de avaliação para a população portuguesa* (Dissertação de Mestrado não Publicada). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga.
- Veloso, M., Gouveia, J., & Dinis, A. (2011). Estudos de validação com a versão portuguesa da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE). *Psychologica*, 54, 87–110.
- Wilcox, C., Pommy, J., & Adinoff, B. (2016). Neural circuitry of impaired emotion regulation in substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 173(4), 344–361. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15060710
- Williams, A., Grisham, J., Erskine, A., & Cassedy, E. (2012). Deficits in emotion regulation associated with pathological gambling. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 223–238. doi:10.1111/j.2044-8260.2011.02022.x



Dependência da Internet: Prevalência numa Amostra Portuguesa

Loureiro, M. J., Alves, S. M., Seabra, L. S., Pereira, H., Monteiro, S., Afonso, R. M., & Esgalhado, M. G.

Universidade da Beira Interior, Portugal

Resumo

A dependência da Internet tem sido conceptualizada como a incapacidade do sujeito controlar o uso da Internet, conduzindo a problemas relacionais, ocupacionais e sociais (Young, 2007). O presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência da dependência da Internet numa amostra de indivíduos de nacionalidade portuguesa e, simultaneamente, contribuir para um melhor conhecimento desta problemática. O estudo baseou-se num design do tipo descritivo/correlacional. A amostra, por conveniência, foi constituída por um total de 602 participantes, com idades entre os 14 e os 80 anos ($M = 33.49$). A dependência da Internet foi medida utilizando o *Internet Addiction Test* (Young, 1998). A maioria dos participantes foram classificados como utilizadores normais da Internet ($N = 431$, 71.6%), no entanto obteve-se uma percentagem significativa de sujeitos dependentes ($N = 171$, 28.4%), entre estes 26.6% ($N = 160$) apresentaram dependência moderada e 1.8% ($N = 11$) apresentaram dependência severa. Os participantes do sexo masculino, jovens com idade entre os 14 e 25 anos e estudantes foram os mais afetados. A dependência da Internet surge, assim, como um fenómeno relevante a ser estudado em Portugal, onde a sua prevalência se revelou significativa. Os resultados obtidos trazem importantes implicações para o panorama da saúde mental neste país. Torna-se necessário olhar para a dependência da Internet como algo real, com implicações para a vida daqueles que dela sofrem, sendo urgente desenvolver e implementar estratégias de intervenção e prevenção adequadas a esta problemática.

Palavras-chave: Portugal; Internet; Dependência da Internet; Saúde Mental.



Abstract

Internet addiction is characterized by an uncontrollable and damaging use of the Internet, that leads to social and occupational problems (Young, 2009). The aim of this study is to examine the prevalence of internet addictive users in a Portuguese sample and also to contribute to the study of this problematic behavior. The study had a descriptive and correlational design. The sample (convenience sample) included 602 Portuguese Internet users, from 14 to 80 years old ($M = 33.49$), who responded to the Internet Addiction Test (IAT) (Young, 1998). Evaluation of the data determined that the majority of the participants were average Internet users ($n = 431$, 71.6%). From the remaining 28.4% ($n = 171$) of the participants, 26.6% ($n = 160$) were mildly addicted to the Internet and 1.8% ($n = 11$) had a severe addiction to the Internet. In the analysis of the IAT, we found that the groups exhibiting elevated levels of Internet addiction included: men, youths from 14 to 25 years old and students. The data uncovered in this study reveals that internet addiction is a matter of public concern in Portugal, where it is expected an ever-increasing amount of users. Internet addiction or problematic Internet use is a severe and real problem, with serious consequences to the user's life. It is urgent to develop and implement prevention and intervention strategies suitable to this problem.

Keywords: Portugal; Internet; Internet Addiction; Mental Health.



Introdução

Uma das mais marcantes mudanças no ambiente social nos séculos XX e XXI relaciona-se com o surgimento das Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC), em especial a Internet. A Internet converteu-se rapidamente num instrumento usado rotineiramente numa vasta gama de atividades e por um largo número de pessoas (Bakken, Wenzel, Gotestam, Johansson, & Øren, 2009). No que concerne ao contexto português, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), em novembro de 2015 cerca de 70% dos agregados familiares em Portugal tinham ligação à Internet e 69% das pessoas com idade entre os 16 e os 74 anos acediam à Internet. Contudo, a par com as suas vantagens e popularidade, alguns indivíduos têm reportado sérios problemas associados a um uso mal adaptativo da Internet.

A dependência da Internet é tipicamente descrita como uma condição em que ocorre uma perda do controlo do uso da Internet por parte do indivíduo, que continua a usá-la mesmo experienciando consequências negativas decorrentes do seu uso excessivo (Young, Lie & Ying, 2011). Os resultados negativos podem relacionar-se com conflitos familiares e com amigos, prejuízo no trabalho ou escola, ou problemas financeiros (Beard & Wolf, 2001).

A maioria das pesquisas na dependência da Internet basearam-se nas investigações de Young (1998) que a conceptualizou como uma perturbação de controlo dos impulsos e a caracterizou com base nos critérios de diagnóstico para o jogo patológico do DSM-IV: a) preocupação excessiva com a Internet; b) necessidade de aumentar o tempo conectado (online) para ter a mesma satisfação; c) exibir esforços repetidos para diminuir o tempo de uso da Internet; d) presença de irritabilidade e/ou depressão; e) quando o uso da Internet é restringido, apresenta labilidade emocional (Internet como forma de regulação emocional); f) permanecer mais tempo conectado (online) do que o programado; g) trabalho e relações sociais em risco pelo uso excessivo; e h) mentir aos outros a respeito da quantidade de horas online.

Em termos de prevalência geral, um estudo levado a cabo em 31 países demonstrou uma prevalência de 6% (Cheng & Li, 2014); no entanto, outros estudos levados a cabo em países como a Jordânia têm apontado para prevalências que podem ir até 40% (Al Gamal, Alzavyatm & Ahmad, 2015). Portugal parece seguir a mesma tendência. Patrão, Rita e Pontes (2013) verificaram que, numa amostra com 587 estudantes universitários portugueses, 16% dos inquiridos apresentavam níveis de utilização da Internet considerados problemáticos.

A variável sexo tem sido investigada com frequência enquanto fator de risco. De modo geral, os estudos não são conclusivos quanto a esta variável. Enquanto alguns não revelam diferenças significativas entre o sexo (Ferraro, Caci, D'Amico & Di Blasi, 2007; Khazall et al. 2008; Fu, Chan, Wong, & Yip, 2010; Smahel, Brown & Blinka, 2012), outros têm sugerido a existência de uma diferença significativa, sendo o sexo masculino aquele que surge com uma maior prevalência (Esen & Gündogdu, 2010; Gencer & Koc, 2012).

Quanto à idade, parece haver uma menor prevalência da dependência da Internet entre adolescentes, variando de 4.6% a 4.7%. Quando se trata de universitários esse índice sobe para 13 a 18.4%, sendo esta a população na qual se tem verificado maior prevalência (Young, et al., 2011). Mafe & Blas (2006) descreveram um perfil de dependentes da Internet: jovens altamente educados e com uma conexão próxima com a Internet.



O objetivo do estudo é avaliar a prevalência da dependência da Internet numa amostra de indivíduos de nacionalidade portuguesa e, simultaneamente, contribuir para um melhor conhecimento desta problemática.

Metodologia

O presente estudo envolveu 602 participantes, entre estes 65% (N = 391) pertencem ao sexo feminino e 35% (N = 211) pertencem ao sexo masculino. As idades variam entre os 14 e os 80 anos (M = 33.49). Para efeitos de análise estatística os participantes foram divididos em vários grupos etários: dos 14 aos 25 anos (2.2%), dos 26 aos 38 anos (62.1%), dos 39 aos 50 anos (33.3%) e dos 51 aos 83 anos (2.4%). A maioria dos participantes são trabalhadores (51.1%, N = 306), 30.4% (N = 182) são estudantes e 15.4% (N = 92) não têm ocupação, incluem-se aqui os reformados e desempregados. Os participantes foram recrutados através da Internet de forma a assegurar que os mesmos eram utilizadores. A disseminação do link do questionário, disponível na plataforma *Google Documents*, foi realizada via *e-mail* e através de sites de redes sociais, como o Facebook. Os questionários foram administrados em português. Os participantes responderam de forma voluntária e com o seu consentimento. Os dados foram organizados numa base de dados e analisados quantitativamente com o auxílio do programa de análise estatística *IBM SPSS Statistics 20*. Para mensuração da dependência da Internet usou-se o *Internet Addiction Test* (Young, 1998). O IAT foi desenvolvido por Young (1998), constituindo uma das primeiras medidas para mensuração da dependência da Internet. Consiste num questionário de 20 itens aos quais o sujeito deve responder numa escala do Tipo Likert de cinco pontos fornecendo o grau em que o uso excessivo da Internet interfere na sua rotina diária, vida social, produtividade, padrões de sono e sentimentos. A pontuação obtida varia de um mínimo de 20 a um máximo de 100. Quanto maior a pontuação obtida pelo indivíduo, maior é o nível de dependência da Internet e os prejuízos a ela associados. Sujeitos com pontuação entre 20 e 39 são considerados utilizadores normais da Internet e, portanto, não dependentes. Pontuações entre 40 e 69 revelam a existência de problemas frequentes associados ao uso da Internet e os sujeitos são considerados dependentes moderados. Pontuações entre os 70 e os 100 indicam problemas significativos relacionados ao uso da internet, ou seja, dependência severa (Young, 1998). O IAT é o instrumento mais usado em todo o mundo para medir a dependência da Internet (Laconi, Rodgers & Chabrol, 2014). A versão portuguesa do IAT foi traduzida e adaptada por Conti e colaboradores (2012) e apresentou uma consistência interna satisfatória (0.85).

Resultados

Três grupos de utilizadores da Internet foram identificados, de acordo com os critérios de Young (1998): (1) não dependentes; (2) dependentes moderados; e (3) dependentes severos. O grupo de não dependentes representa 67.4% da amostra (N = 923, M = 28.23, SD = 5.30), 30.5% dos sujeitos são considerados dependentes moderados (N = 418, M = 48.99, SD = 5.29) e 2% são considerados dependentes severos (N = 28, M = 80.58, DS = 10.4).

No que concerne às variáveis em estudo, a tabela 1 apresenta os resultados obtidos, oferecendo uma comparação entre sujeitos não dependentes, dependentes moderados e dependentes severos. Verifica-se a existência de diferenças significativas entre os sujeitos do sexo masculino e os do sexo feminino face aos níveis de dependência da Internet [t(600)



= 3.64, $p = .000$]. Os sujeitos do sexo masculino relatam níveis de dependência da Internet superiores aos do sexo feminino. Observa-se que 37.9% dos sujeitos do sexo masculino são considerados dependentes da internet, enquanto que no sexo feminino esta percentagem é de 28.7%. Também no que se refere aos grupos etários, observam-se diferenças estatisticamente significativas [$F(2, 582) = 5.32$, $p = .005$]. Cerca de 44.1% dos sujeitos com idade compreendida entre os 14-25 anos apresentam dependência da internet. Entre os sujeitos com 26-38 anos esta percentagem é de 37.5%, seguidos do grupo dos 39-50, com 25.4% e do grupo dos 51-83, com 23.6%. Na variável, situação profissional, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas [$F(2, 596) = 7.65$, $P = .001$]. Entre os estudantes, 56.2% não apresentaram dependência da internet, enquanto que 43.8% foram considerados dependentes. Entre os trabalhadores e sujeitos sem ocupação, a maioria não apresenta problemas relativos ao uso da internet.

Tabela 3: Análise das variáveis em estudo, comparação entre não dependentes, dependentes moderados e dependentes severos.

Variável		Scores do IAT		Testes de diferença	Não Dependentes	Dependentes Moderados	Dependentes Severos
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t/F</i>	%	%	%
Sexo	Feminino	33.47	10.85	$t = 3.64^*$	75.7	23.8	0.5
	Masculino	37.24	14.83		64.0	31.8	4.3
Idade	14-25	44.60	15.92	$F = 5.324^*$	53.8	38.5	7.7
	26-38	36.30	12.89		67.8	30.0	2.2
	39-50	31.86	11.22		77.9	21.0	1
	51-83	29.48	8.35		85.7	14.3	0
Situação profissional	Estudante	39.08	14.74	$F = 7.65^*$	57.7	38.5	3.8
	Trabalhador	32.53	11.21		79.1	19.6	1.3
	S/ ocupação	34.17	10.28		70.7	29.3	0

* $p < 0.5$

Discussão

A dependência da internet tem sido conceptualizada como a incapacidade do sujeito controlar o uso da internet, conduzindo a problemas relacionais, ocupacionais e sociais (Young, 2007). Baseados nesta definição e nos critérios propostos por Young, conduzimos a presente investigação. A prevalência de dependência da internet obtida foi de 32.5%. Entre estes, 30.5% ($N = 428$) dos sujeitos apresentou prejuízos moderados relacionados com o uso da internet e 2% ($N = 28$) relatou prejuízos severos, indicando que o uso da internet afeta significativamente as suas vidas diárias, originando disfuncionamento ao nível das suas



relações, trabalho/escola, rotina diária e padrões de sono e sentimentos. Os resultados são bastante elevados comparativamente com outros estudos realizados com a população portuguesa onde se observou uma prevalência de 1.2% e 16% (Patrão, Rita & Pontes, 2013; Pontes, Patrão & Griffiths, 2014). Esta discrepância pode estar relacionada com diferenças metodológicas que se relacionam essencialmente com a tipologia da amostra e com diferentes critérios de diagnóstico. Este, aliás, é um problema recorrente no estudo da Dependência da Internet, como salientam Liu e Potenza (2007). De acordo com os autores, as diferentes definições e critérios utilizados para caracterizar a dependência da internet criam parâmetros de entendimento distintos, fazendo com que os questionários possuam enfoques diversos e dificultando uma interpretação comum.

No que concerne ao género, homens e mulheres divergiram nos seus *scores* do IAT. O sexo masculino pontuou valores significativamente mais elevados comparativamente com o sexo feminino. Apesar de alguns estudos não apresentarem diferenças significativas (Leung, 2004; Kazaal et al., 2008; Bakken et al., 2008), a maioria mostra uma maior preponderância no género masculino (Ceyhan, 2008; Young, et al., 2011). Alguns autores sugerem que as diferenças observadas se devem ao facto de os homens, particularmente, adolescentes e jovens adultos, usarem mais a internet que as mulheres e demonstrarem maior interesse em atividades como o jogo *online* e ver pornografia, as quais foram associadas à dependência da internet (Morahan-Martin, 2007).

Em linha com os resultados obtidos nos estudos os sujeitos mais jovens, pertencentes aos grupos com idades compreendidas entre os 14–25 anos, apresentaram maior dependência da internet que os sujeitos mais velhos. Tais resultados parecem indicar que esta é uma perturbação primeiramente encontrada em crianças, adolescentes e jovens adultos (Brenner, 1997; Mafe & Blas, 2006; Young, et al., 2011). Por sua vez, observou-se que o grupo de estudantes também era aquele que apresentava maior dependência da internet, como tem vindo a ser reportado em várias investigações (Mafe & Blas, 2006; Ceyhan, 2008; Khazaal, et al. 2008; Siomos, Dafouli, Braimiotis, Mouzas & Angelopullod, 2008). Para estes números parece contribuir a maior facilidade de acesso à Internet, assim como o uso obrigatório da Internet para fins académicos (Ceyhan, 2008; Khazaal et al., 2008; Siomos, et al., 2008). Além disso, fatores psicológicos e desenvolvimentais associados ao início da vida adulta, tais como o processo de desenvolver as suas identidades e o começo do estabelecimento de relações íntimas, poderão tornar esta população mais suscetível ao desenvolvimento de dependência da Internet (Kuss, Griffiths & Binder, 2013).

Não obstante, o estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, apesar de o IAT ser o instrumento mais utilizado para a avaliação da dependência da Internet, alguns itens encontram-se desatualizados. Um exemplo prático refere-se ao item 7 (“Verifica o seu *e-mail* ou Facebook antes de qualquer coisa que precise fazer?”). Atualmente a maior parte das pessoas recebe notificações nos seus dispositivos móveis, não implicando um acesso direto ao e-mail. Tais itens podem levar a uma sobrestimação da prevalência da dependência da Internet. Outra limitação deve-se ao facto de alguns grupos etários, nomeadamente o dos 14-25 anos e dos 51-83 anos serem pouco representativos. Tal facto dificulta a comparação entre grupos e, conseqüentemente, a retirada de conclusões acerca das diferenças observadas entre estes.



As investigações realizadas até então são claras na identificação de um problema relacionado com o uso excessivo da Internet. Neste estudo, a dependência da Internet surge como um importante fenómeno a ser investigado em Portugal, onde a sua prevalência se revelou significativa. Enquanto as tecnologias continuam a evoluir, o número de pessoas que se rendem a elas tem aumentado, o que leva a supor que a prevalência do problema aumente. Torna-se, no entanto, crucial entender que a Internet em si não conduz a um disfuncionamento, mas é a forma como é usada que pode conduzir a comportamentos mal adaptativos, expondo assim as nossas fragilidades e incapacidades. Assim, mais investigações são necessárias de modo a perceber os mecanismos pelos quais a dependência da Internet opera e ser possível desenvolver métodos eficazes de avaliação e tratamento. A solução poderá passar pela compreensão de como a Internet pode ser usada adequadamente e de forma saudável.

Contato para Correspondência

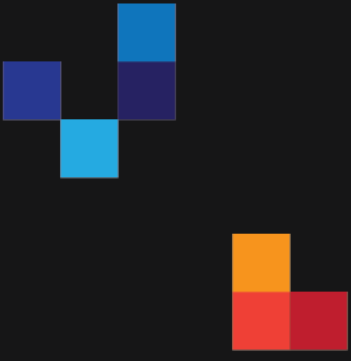
Manuel Joaquim da Silva Loureiro, Universidade da Beira Interior, Convento de Santo António. 6201-001 Covilhã, loureiro@ubi.pt

Referências

- Al-Gamal, E., Alzayyat, A., & Ahmad, M.M. (2015). Prevalence of Internet Addiction and Its Association With Psychological Distress and Coping Strategies Among University Students in Jordan. *Perspectives in Psychiatric Care*, doi: 10.1111/ppc.12102.
- Bakken, I. J., Wenzel, H.G., Gotestam, K.G., Johansson, A., & Øren, A. (2009). Internet addiction among Norwegian adults: a stratified probability sample study. *Scandinavian Journal*, 50 (2), 121-127.
- Beard, K.B., & Wolf, E.M. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Cyberpsychology & Behavior*, 4(3), 377-383.
- Brenner, V.(1997). Psychology of Computer Use: XLVII. Parameters of Internet Use, Abuse and Addiction: The First 90 Days of the Internet Usage Survey. *Psychological reports*. 80(1), 879-882.
- Ceyhan, A. (2008). Predictors of Problematic Internet Use on Turkish University Students. *CyberPsychology & Behavior*, 11(3), 363-266.
- Cheng, C., & Li, A. (2014). Internet addiction prevalence and quality of (real) life: a meta-analysis of 31 nations across seven world regions. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networkinh*, 17(12), 755-759.
- Conti, M. A., Jardim, A. P., Hearst, N., Cordas, T. A., Tavares, H. & Abreu, C. N (2012). Avaliação da equivalência semântica e consistência interna de uma versão em português do Internet Addiction Test (IAT), *Revista de psiquiatria Clínica*, 39 (3), 106-10.
- Esen, B. K., & Gündogdu, M. (2010). The Relationship Between Internet Addiction, Peer Pressure and Perceived Social Support Among Adolescents. *The International Journal of Educational Researchers*, 2(1), 29-36.
- Ferraro, G., Caci, B., D'Amico, A., & Di Blasi, M. (2007). Internet Addiction Disorder: An Italian Study. *CyberPsychology & Behavior*, 10(2), 170-175.
- Fu, K.A., Chan, W. S., Wong, P. W., & Yip, P. S. (2010). Internet Addiction: Prevalence, Discriminant Validity and Correlates among Adolescents in Hong Kong. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 486-492.
- Gencer, S. L., & Ko, C. M. (2012). Internet abuse among teenagers and its relations to internet usage patterns and demographics. *Educational Technology & Society*, 15(2), 25-36.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias*. Recuperado de [emhttps://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=222639904&att_display=n&att_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=222639904&att_display=n&att_download=y).



- Khazaal, Y., Billieux, J., Thorens, G., Khan, R., Louati, Y., Scarlatti, E., ... & Zullino, D. (2008). French Validation of the Internet Addiction Test. *CyberPsychology & Behavior*, 11(6), 703-706.
- Laconi, S., Rodgers, R.F. and Chabrol, H. (2014) The measurement of Internet addiction: a critical review of existing scales and their psychometric properties. *Comput. Hum. Behav.*, 41, 190-202.
- Leung, L. (2004). Net-generation attributes and seductive properties of the Internet as predictors of online activities and Internet addiction. *Cyberpsychology & Behavior*. 7, 333-348.
- Liu, T., & Potenza, M.N. (2007) Problematic Internet Use: clinical implications. *CNS Spectr*, 12(6), 453-466;
- Mafe, C.R. & Blas, SS. 2006. Explaining Internet dependency: An exploratory study of future purchase intention of Spanish Internet users. *Internet Research* 16(4), 380-96.
- Morahan-Martin, J. (2007). Internet Use and Abuse and Psychological Problems. In J. Joinson, K. McKenna, T. Postmes, & U. Reips (Eds.), *Oxford Handbook of Internet Psychology* (pp. 331-345). Oxford: Oxford University Press.
- Siomos, K.E., Dafouli, E.D., Braimiotis, D.A., Mouzas, O.D., & Angelopoulos, N.V. (2008). Internet Addiction among Greek Adolescent Students. *CyberPsychology & Behavior*, 11(6), 653-657.
- Patrão, I., Rita, J., & Pontes, H. (2013). Internet addiction and loneliness among Portuguese elementary school students: an exploratory quantitative study. *Atención Primaria*, 45(2), 132-188.
- Pontes, H.M., Patrão, I.M. (2014). Portuguese validation of the internet addiction test: an empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 107-114.
- Smahel, D., Brown, B.B., & Blinka, L., (2012). Associations between online friendship and Internet addiction among adolescents and emerging adults. *Developmental Psychology*, 48(2), 381-388;
- Young, K.S. (1998). *Caught in the net*. New York: Wiley & Son.
- Young, K.S. (2007). Cognitive Behavior Therapy with Internet Addicts: Treatment Outcomes and Implications. *CyberPsychology & Behavior*, 10(5), 671-679.
- Young, K. S., Yue, X. D. & Ying, L. (2011). Prevalence Estimates and Etiologic Models of Internet Addiction. In K. Young & C. Abreu (Eds.), *Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*, (pp. 3-17). New Jersey: John Wiley & Sons.



DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM





Efeito da percepção de apoio social no bem-estar psicológico de adolescentes portugueses

Hugo Rodrigues-Fernandes¹, Eduarda Z. Ramião², Sofia D. Quesado² & José Vasconcelos-Raposo²

1. Câmara Municipal da Ribeira Brava

2. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Resumo

Apesar da sistemática investigação em torno da Percepção de Apoio Social (PAS), poucos são os estudos que procuraram compreender a sua influência ao nível do Bem-Estar Psicológico (BEP) na adolescência. Com o presente estudo objetivou-se identificar influências da PAS sobre as várias dimensões do BEP. A amostra final do estudo integrou 672 estudantes portugueses, do terceiro ciclo e ensino secundário, entre os 12 e os 18 anos de idade, em que 52.8% dos participantes correspondem ao sexo feminino. Foram usadas duas escalas de autorrelato para avaliar o BEP e a PAS no que se refere à percepção de apoio recebido de professores, da família, dos amigos e do apoio geral. Grupos com índices mais baixos de percepção de apoio apresentaram níveis menores de BEP na comparação com os grupos de percepção de apoio mais elevada. Os resultados indicam que uma maior PAS estabelece relações positivas com o BEP, deixando o pressuposto de que o apoio percebido pelos adolescentes constitui uma variável passível de influenciar o desenvolvimento positivo de capacidades inerentes à realização dos mesmos. Neste prisma, incentiva-se a aplicação de programas de intervenção e sistematização de pesquisas sobre a temática, por forma a potenciar ganhos nas relações significativas mantidas pelos adolescentes e no que ao BEP alude, já que ambas se mostram relevantes para o desenvolvimento humano bem-sucedido.

Palavras-chave: Percepção de Apoio Social; Bem-Estar Psicológico; Adolescência.



Abstract

Even though there has been systematic research into the Perception of Social Support (PSS), few studies have sought to understand their influence on the Psychological Well-Being (PWB) at the adolescence. The present study aimed to identify influences of PAS on the various dimensions of the BEP. The final sample consisted of 672 Portuguese students, ranging from grammar to secondary education, within the age groups of 12 and 18 years old, in which 52.8% of the participants were female. Two self-report scales were used to evaluate the PWB and PSS in relation to the perception of support received from teachers, family, friends and general support. We concluded that in the dimensions of psychological well-being, low levels of perceptions of support were associated with lower levels of PWS compared to those with higher perception support. The results show that a higher PSS establishing positive relationships with the PWB, leaving the assumption that the support perceived by adolescents to influence is a positive development capabilities inherent in the realization of the same variable. In this way, encourages the application of intervention and systematization of research on the subject programs in order to maximize gains in meaningful relationships maintained by adolescents and that alludes to the BEP, since both show to be relevant to successful human development.

Keywords: Perceived Social Support; Psychological Well-being; Adolescence.



Introdução

Poucos os estudos têm analisado as influências da Perceção de Apoio Social (PAS) especificamente sobre o Bem-Estar Psicológico (BEP) em amostras de adolescentes. Porém, a investigação científica tem alertado para a importância de entender o ser humano numa perspetiva bio-psico-sociocultural (Reed, Bell, & Edwards, 2011; Siddall, Huebner, & Jiang, 2013; Vasconcelos-Raposo, 1993; Vaux, 1988). Importa assim aprofundar conhecimentos na matéria.

Neste enlace, a adolescência é um período de transformações e de relações significativas para a diferenciação do indivíduo na fase adulta. Ser adolescente passa por atravessar um período de construção de identidade, associada a uma natural instabilidade emocional com alterações físicas, cognitivas e mudanças ecológicas (Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Bertelli, & Almeida, 2011). Deste modo, importa compreender o impacto da perceção do adolescente, face ao apoio dos agentes significativos com quem convive, sobre o seu processo de florescimento (Fernandes & Vasconcelos-Raposo, 2008; Freire & Tavares, 2011; Rawana, 2013).

O BEP tem sido crescentemente explorado no domínio empírico, desde o final do século passado (Ryff, 1989). De natureza *eudamónica*, movimento Aristotélico que sustenta a visão de desenvolvimento como processo de *florescimento e realização* do ser humano (Fernandes & Vasconcelos-Raposo, 2008), o BEP demarca-se do Bem-estar Subjetivo pelo facto de, ao contrário do segundo, este associar-se a uma explicação semântica mais minuciosa, decomposta em seis dimensões do funcionamento psicológico, nomeadamente na *autonomia*, do *domínio do meio*, do *crescimento pessoal*, das *relações positivas com os outros*, dos *objetivos na vida* e *aceitação de si* (Fernandes & Vasconcelos-Raposo, 2008; Freire & Tavares, 2011; Ryff, 1989).

A PAS diz respeito às funções levadas a cabo por grupos ou pessoas significativamente importantes na vida e contextos de interação do adolescente. Segundo Antunes e Fontaine (2005), o apoio social relaciona-se com o ajustamento psicossocial do adolescente, bem como, com o processo da sua autoestima e identidade. Questões adjacentes ao apoio emocional resultante de relações sociais positivas, têm sido progressivamente estudadas e indicadas como fatores promotores de bem-estar (Reed et al., 2011; Tomé, Camacho, Matos, & Diniz, 2011). Face às evidências, e pela escassa pesquisa, torna-se pertinente compreender os efeitos da PAS sobre o BEP, fundamentalmente em adolescentes portugueses. No geral, a PAS mostra relacionar-se positivamente com o BEP (Liu & Yu, 2013), mas quanto ao apoio de agentes sociais específicos (e.g. família, professores, amigos) estas relações não estão objetivamente clarificadas.

O estudo sobre o apoio dos pares sobre o BEP carece de compreensão para avaliar o seu impacto no processo de desenvolvimento psicológico do adolescente (Tomé et al., 2011). Os dados têm apontado para a importância do apoio dos pares, uma vez que estes parecem



prevenir questões ligadas à saúde, desenvolvimento positivo de competências sociais, satisfação global com a vida e aprendizagem (Mota & Matos, 2010).

Outro aspeto é o impacto que a perceção de apoio de professores, tida pelos jovens, pode ter nas suas vidas. Para Siddall et al. (2013) não existiram diferenças sobre a relação professor-aluno e a satisfação escolar. Já num estudo longitudinal que analisou apoio emocional de professores aos alunos Pössel, Rudasill, Sawyer, Spence, e Bjerg (2013) concluíram que a perceção de apoio associa-se negativamente a sintomas depressivos em alunos com níveis de stresse e depressão. De registar efeitos iatrogénicos em alunos com baixos níveis dessas variáveis (Pössel et al., 2013). Segundo Fernandes et al. (2011), o BEP relaciona-se positivamente com a satisfação escolar. Quanto a Sousa, Maia, e Vasconcelos-Raposo (2012) referem que o contexto escolar simboliza um ponto de referência para o desenvolvimento das várias dimensões do BEP.

Sobre o apoio familiar, Fernandes e colaboradores (2011) identificaram relações positivas quanto à qualidade de relações pais-filhos e a satisfação escolar, tendo esta última demonstrado efeitos positivos ao nível do BEP. Alguns estudos realçam a importância da família na satisfação com a vida dos adolescentes (Siddall et al., 2013; Tomé et al., 2011). Para Tomé et al. (2011), uma comunicação familiar eficaz revela-se um fator facilitador de um relacionamento positivo, levando a uma maior sensação de bem-estar e satisfação com a vida. Num estudo longitudinal, Shahimi, Heaven, e Ciarrochi (2013) concluíram que os estilos parentais são importantes para o BEP do adolescente. Já Fernandes e Vasconcelos-Raposo (2008) veiculam que a independência do adolescente deve incluir um trabalho ao nível da *autonomia* (física, económica, de valores e de aptidões), acompanhada de certas exigências e atitudes dos familiares.

Para compreender os aspetos bio-psico-socioculturais da adolescência, a presente investigação pretende contribuir para o entendimento holístico do BEP, com enfoque na moderação causal da PAS. Dada a escassez empírica, urge a necessidade de compreender até que ponto a PAS afeta os processos do *florescimento humano* (Fernandes & Vasconcelos-Raposo, 2008), numa fase em que as relações sociais tendem a integrar-se além das fronteiras da família e onde os padrões culturais tendem a ser específicos. Para vários autores (Antunes & Fontaine, 1994; Fernandes & Vasconcelos, 2008; Sousa et al., 2012), é útil prolongar os estudos referentes à adolescência.

Face ao exposto, esta investigação visa compreender os efeitos da PAS sobre o BEP de adolescentes portugueses. Os objetivos específicos passam por comparar grupos de baixa, média e alta PAS, referente à escala global e respetivas subescalas pelas dimensões do BEP.



Metodologia

Amostra

Constitui-se como uma amostra por conveniência, sendo que as escolhas institucionais e dos participantes foram constituídas sem recurso a técnicas aleatórias de amostragem. A amostra final compôs-se por 672 estudantes do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário, de 3 estabelecimentos em Portugal. Definimos como critérios de exclusão alunos de nacionalidade não portuguesa e alunos com menos de 12 anos ou mais de 18 anos, dada o reduzido número de casos. Da amostra final, 52.8% ($n=355$) são do sexo feminino. Em termos de idade, estas variaram entre os 12 e os 18 anos de idade (Média= 14.31 ± 1.52). Dos estudantes, 21.5% ($n=145$) tinham reprovado pelo menos uma vez. Quanto à zona de residência, 47% dos adolescentes ($n= 316$) eram provenientes de meios urbanos e 53% ($n=356$) habitavam em meio rural. Face aos hábitos de consumo de cigarros, 86.3% ($n= 580$) nunca tinham fumado e 13.7% ($n= 92$) alegaram fumar atualmente ou já ter fumado. Referente ao álcool, 91.3% ($n= 613$) não consumiam habitualmente e 8.7% manifestaram manter hábitos de consumo ($n= 59$). Relativamente ao agregado familiar, os alunos provinham de famílias nucleares (71.7%; $n= 482$), monoparentais (9.4%; $n= 63$), reconstituídas (3.9%; $n=26$) e alargadas (15.0%; $n=101$). No que diz respeito à situação profissional dos pais, 79.8% ($n= 536$) tinha o pai empregado e 77.4% dos inquiridos ($n=520$) tinha a mãe empregada, à data da recolha dos dados.

Instrumentos

No processo de pesquisa, utilizou-se um questionário sociodemográfico, bem como a escala de avaliação subjetiva do BEP (Fernandes, Vasconcelos-Raposo, & Teixeira, 2010; Ryff, 1989) e a *Social Support Appraisal Scale* (Antunes & Fontaine, 1994; 2005; Vaux, 1988).

Psychological Well-Being Scale. É uma escala tipo *Likert* de cinco pontos entre 1 (*discordo plenamente*) e 5 (*concordo plenamente*), avaliando o BEP em seis dimensões – *Autonomia* (itens 1; 7; 3; 19; 25), *Domínio do meio* (2; 8; 14; 20; 26), *Crescimento pessoal* (itens 3; 9; 15; 21; 27), *Relações positivas* (itens 4; 10; 16; 22; 28), *Objetivos de Vida* (itens 5; 11; 17; 23; 29) e *Aceitação de Si* (itens 6; 12; 18; 24; 30). Deve ser procedida a inversão dos itens 2, 5 e 19, dada a sua formulação negativa. Fernandes et al. (2010) apresentaram valores aceitáveis de fiabilidade da escala em contexto português, quer nos valores de *alpha* para a escala global ($\alpha = .90$), quer nos das subescalas (*autonomia* $\alpha = .595$; *domínio do meio* $\alpha = .593$; *crescimento pessoal* $\alpha = .688$; *relações positivas* $\alpha = .628$; *objetivos de vida* $\alpha = .675$; *na aceitação de si* $\alpha = .702$).

Social Support Appraisal Scale. A versão portuguesa da SSAS (Antunes & Fontaine, 1994; 2005), organiza-se numa escala de *Likert* de seis pontos, entre (1) *discordo totalmente* até (6) *concordo totalmente*. A escala avalia a PAS em termos de *perceção de apoio dos amigos* (itens 1; 8; 11; 14; 17; 24; 27), *perceção de apoio da família* (itens 3; 6; 9; 16; 22; 25; 30), *perceção de apoio dos professores* (itens 2; 5; 12; 15; 18; 21; 28) e *perceção de apoio em geral*



(itens 4; 7; 10; 13; 20; 23; 26; 29). Os itens 4; 11; 18; 22; 28; 29 e 30 devem ser invertidos, dada a sua formulação pela negativa. Quanto às qualidades psicométricas, testes à consistência interna (Antunes & Fontaine, 2005), indicaram boas qualidades psicométricas tanto na escala global ($\alpha=.91$) como nas subescalas, apoio dos amigos ($\alpha=.79$), apoio da família ($\alpha=.80$), apoio de professores ($\alpha=.79$) e apoio geral ($\alpha=.72$).

Procedimentos

Após permissões institucionais para realização da investigação, abordou-se os alunos nos cujos encarregados de educação tinham sido previamente informados e autorizado a sua participação na pesquisa. Os alunos prestaram igualmente o consentimento informado e esclarecido, tendo sido clarificadas noções associadas à voluntariedade de participação e confidencialidade dos dados, tendo em conta os procedimentos éticos da investigação em Psicologia. À recolha de dados não esteve associada qualquer recompensa aos participantes, tendo sido estes informados que poderiam desistir a qualquer momento. O procedimento realizou-se a partir de técnicas de testagem em grupo, em contexto sala de aula. A recolha de dados durou cerca de quinze minutos e as condições logísticas foram garantidas.

Análise Estatística

De início, efetuaram-se testes com vista à caracterização descritiva da amostra. Procedeu-se ao tratamento e cotação dos itens das escalas. Efetuaram-se também testes *Skewness* e *Kurtosis*, para analisar a simetria e achatamento das variáveis dependentes, bem como a análise da confiabilidade a partir do *alfa de Cronbach's*. Para a operacionalização e transformação da PAS em variável independente analisou-se a escala de PAS, em cada uma das subescalas, pela divisão das pontuações, de modo a constituir os grupos de indivíduos com percepção baixa, percepção média e percepção alta de PAS. Cada grupo foi organizado em parcelas de 33.3%. Efetuaram-se análises multivariadas da variância (MANOVA), com recurso ao teste *Post-Hoc* de *Bonferroni*, tendo em atenção a observação da homogeneidade, estimativa de efeito parcial (η^2) atendendo ao teste *Wilk's Lambda*. Determinou-se o nível de confiança a 95% ($p < .05$). Para tratamento estatístico recorremos ao *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.

Resultados

A partir de uma MANOVA comparamos as dimensões do BEP pelos grupos referentes aos valores globais da escala de PAS (Tabela 1). Nesta comparação identificámos efeitos significativos, quer na comparação dos valores globais do BEP, quer na análise comparativa pelas restantes subescalas [$F_{(12,132)} = 31.531$; $p = .000$, *Wilk's* $\lambda = .606$]. Quanto à comparação por grupos observa-se que para a *autonomia* existem diferenças significativas quanto ao grupo de percepção baixa de apoio social face aos restantes grupos [$F_{(12,132)} = 31.531$; $p = .000$, *Wilk's* $\lambda = .606$], indicativa de que adolescentes com menor PAS apresentam menores níveis de *autonomia* comparativamente aos grupos de percepção média e percepção alta de apoio social, explicado à luz de um efeito moderado ($\eta^2 = .077$). Para as restantes comparações verificam-se diferenças significativas entre grupo de percepção baixa, média e alta de apoio.



Os dados apontam a existência de maiores níveis de *domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas, objetivos de vida e aceitação de si* nos grupos de percepção média comparativamente ao grupo de alunos com baixa PAS. Para os mesmos construtos, apresentaram níveis superiores alunos com percepção alta de apoio comparativamente aos alunos com percepção baixa e média de apoio social [$F_{(12,132)} = 31.531$; $p = .000$, $Wilk's \lambda = .606$], sendo as comparações explicadas mediante um efeito forte.

Tabela 1: Comparação do BEP por nível de PAS (MANOVA)

	PBA (n= 238) M±DP	PMA (n=218) M±DP	PAA (n=216) M±DP	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>≠ Sig. entre grupos</i> <i>Post Hoc</i>
BEP (G)	107.63±13.15	119.46±10.30	126.94±8.87	178.708	.0001***	.348	PBA <PMA <PAA
A	18.24±3.02	19.59±2.87	20.25±2.88	27.934	.0001***	.077	PBA <PMA; PAA
DM	16.87±2.67	18.52±2.38	19.44±2.16	65.989	.0001***	.165	PBA <PMA <PAA
CP	20.41±3.10	22.18±2.45	23.20±1.85	70.304	.0001***	.174	PBA <PMA <PAA
RP	18.24±3.33	20.56±2.57	22.37±2.07	130.893	.0001***	.281	PBA <PMA <PAA
OV	16.72±3.50	18.43±3.32	19.88±3.55	52.005	.0001***	.135	PBA <PMA <PAA
AS	17.14±4.29	20.17±3.10	21.80±2.59	108.298	.0001***	.245	PBA <PMA <PAA

Nota: **PBA**- Percepção Baixa de Apoio; **PMA**- Percepção Média de Apoio; **PAA**- Percepção Alta de Apoio.

Variáveis dependentes: **BEP (G)** - Bem-Estar Psicológico Global; **A**- Autonomia; **DM**- Domínio do Meio;

CP- Crescimento Pessoal; **RP**- Relações Positivas; **OV**- Objetivos de Vida; **AS**- Aceitação de Si;

*** $p < .001$;

A partir da MANOVA procedeu-se à comparação das dimensões do BEP pelos grupos apresentados na dimensão de *apoio emocional dos amigos* (Tabela 2). Para esta comparação podemos identificar diferenças significativas em todas as dimensões do BEP consideradas [$F_{(12,132)} = 34.133$; $p = .000$, $Wilk's \lambda = .584$]. Quanto à comparação por grupos da escala global de BEP observam-se diferenças significativas com efeito forte [$F_{(12,132)} = 34.133$; $p = .000$, $Wilk's \lambda = .584$, $\eta^2 = .251$], sendo que os adolescentes com menores índices de percepção de apoio dos amigos demonstram menores níveis de BEP comparativamente com os adolescentes que manifestaram uma média e elevada percepção de apoio. Adolescentes com alta percepção de apoio também apresentaram níveis de BEP mais acentuados que os que evidenciaram experimentar uma percepção de apoio média. Esta tendência comparativa é verificada para as restantes dimensões do BEP, com os valores de magnitude de efeito a exprimir-se entre valores moderados (*autonomia*, $\eta^2 = .047$; *objetivos de vida*, $\eta^2 = .059$) e fortes (*domínio do meio*, $\eta^2 = .083$; *crescimento pessoal*, $\eta^2 = .153$; *relações positivas*, $\eta^2 = .393$; *aceitação de si*, $\eta^2 = .131$).

Tabela 2: Comparação do BEP por nível de percepção do adolescente face ao apoio emocional dos amigos (MANOVA)



	PAB (n=230) M±DP	PAM (n=240) M±DP	PAA (n=202) M±DP	<i>F</i>	<i>P</i>	η^2	<i>≠ Sig. entre grupos</i> <i>Post Hoc</i>
BEP (G)	109.07±14.25	119.02±10.88	125.89±9.52	111.867	.0001***	.251	PBA <PMA <PAA
A	18.53±2.92	19.38±2.95	20.17±3.06	16.456	.0001***	.047	PBA <PMA <PAA
DM	17.25±2.83	18.45±2.42	19.10±2.30	30.124	.0001***	.083	PBA <PMA <PAA
CP	20.52±3.14	22.06±2.56	23.22±1.74	60.288	.0001***	.153	PBA <PMA <PAA
RP	17.76±3.04	20.77±2.30	22.72±2.03	216.571	.0001***	.393	PBA <PMA <PAA
OV	17.22±3.69	18.40±3.27	19.36±3.35	20.973	.0001***	.059	PBA <PMA <PAA
AS	17.79±4.53	19.96±3.22	21.31±3.08	50.584	.0001***	.131	PBA <PMA <PAA

Nota: **PBA**- Perceção Baixa de Apoio; **PMA**- Perceção Média de Apoio; **PAA**- Perceção Alta de Apoio.

Variáveis dependentes: **BEP (G)** - Bem-Estar Psicológico Global; **A**- Autonomia; **DM**- Domínio do Meio; **CP**- Crescimento Pessoal; **RP**- Relações Positivas; **OV**- Objetivos de Vida; **AS**- Aceitação de Si;

*** $p < .001$

Na tabela 3 apresentam-se os resultados dos testes MANOVA relativos à comparação das dimensões de BEP por índices de *perceção de apoio emocional da família*. Para o BEP global, *domínio do meio*, *crescimento pessoal*, *relações positivas* e *aceitação de si* as comparações indicam diferenças significativas entre os três grupos, apresentando maiores níveis dos construtos considerados no grupo de perceção média comparativamente ao grupo de perceção baixa de apoio e níveis significativamente maiores daquelas dimensões para o grupo de perceção alta de apoio comparativamente aos grupos de perceção média e perceção baixa [$F_{(12,133)} = 16.697$; $p = .000$, *Wilk's* $\lambda = .755$]. Em todas estas comparações os valores da magnitude de efeito são fortes. Para as dimensões de *autonomia* e *objetivos de vida*, estudantes enquadrados no grupo de perceção baixa de apoio da família apresentam níveis mais baixos, comparativamente aos indivíduos dos grupos de média e elevada perceção de apoio [$F_{(12,133)} = 16.697$; $p = .000$, *Wilk's* $\lambda = .755$]. Os valores de magnitude de efeito apresentam-se moderados para ambas as dimensões.

Tabela 3: Comparação do BEP pelo nível de perceção do adolescente face ao apoio emocional da família (MANOVA)

	PBA (n=225) M±DP	PMA (n=243) M±DP	PAA (n=204) M±DP	<i>F</i>	<i>P</i>	η^2	<i>≠ Sig. entre grupos</i>
BEP (G)	109.03±13.94	119.81±10.86	126.99±13.60	95.750	.0001***	.223	PBA <PMA <PAA
A	18.26±3.01	19.63±2.81	20.13±3.03	23.457	.0001***	.066	PBA <PMA; PAA
DM	16.94±2.78	18.59±2.33	19.22±2.27	49.934	.0001***	.130	PBA <PMA <PAA
CP	20.62±3.21	22.06±2.44	23.05±2.05	47.362	.0001***	.124	PBA <PMA <PAA
RP	18.94±3.46	20.55±2.84	21.56±2.75	41.202	.0001***	.110	PBA <PMA <PAA



Tabela 4: Comparação do BEP pelo nível de percepção do adolescente face ao apoio emocional dos professores

	PBA (n=226) M±DP	PMA (n=256) M±DP	PAA (n=190) M±DP	<i>F</i>	<i>P</i>	η^2	<i>≠ Sig. entre grupos</i>
BEP (G)	112.46±14.26	117.50±12.38	124.12±11.56	42.657	.0001***	.113	PBA <PMA <PAA
A	18.78±3.32	19.37±2.92	19.92±2.73	7.328	.001**	.021	PBA <PAA
DM	17.38±2.77	18.29±2.48	19.17±2.37	25.444	.0001***	.071	PBA <PMA <PAA
CP	21.35±3.12	21.70±2.69	22.77±2.26	14.837	.0001***	.042	PBA; PMA <PAA
RP	19.38±3.63	20.35±2.95	21.40±2.65	21.574	.0001***	.061	PBA <PMA <PAA
OV	17.23±3.73	18.13±3.33	19.75±3.10	28.484	.0001***	.078	PBA <PMA <PAA
AS	18.33±4.39	19.66±3.34	21.12±3.60	27.859	.0001***	.077	PBA <PMA <PAA

Nota: **PBA**- Percepção Baixa de Apoio; **PMA**- Percepção Média de Apoio; **PAA**- Percepção Alta de Apoio.

Variáveis dependentes: **BEP (G)**- Bem-Estar Psicológico Global; **A**- Autonomia; **DM**- Domínio do Meio; **CP**- Crescimento Pessoal; **RP**- Relações Positivas; **OV**- Objetivos de Vida; **AS**- Aceitação de Si;

** $p < .01$; *** $p < .001$;

OV	16.96±3.56	18.69±3.17	19.25±3.54	26.858	.0001***	.074	PBA <PMA; PAA
AS	17.32±4.19	20.29±3.30	21.34±3.12	74.876	.0001***	.183	PBA <PMA <PAA

Nota: **PBA**- Percepção Baixa de Apoio; **PMA**- Percepção Média de Apoio; **PAA**- Percepção Alta de Apoio.

Variáveis dependentes: **BEP (G)**- Bem-Estar Psicológico Global; **A**- Autonomia; **DM**- Domínio do Meio; **CP**- Crescimento Pessoal; **RP**- Relações Positivas; **OV**- Objetivos de Vida; **AS**- Aceitação de Si;

*** $p < .001$

Na MANOVA efetuada, a comparação por grupos da *percepção de apoio emocional dos professores* face às dimensões do BEP (tabela 4) indicou para o *BEP global*, *domínio do meio*, *relações positivas*, *objetivos de vida* e *aceitação de si*, valores superiores destas dimensões para o grupo de percepção média comparativamente ao grupo de percepção baixa de apoio. O grupo de percepção alta de apoio apresentou *scores* mais elevados comparativamente ao grupo de percepção média e percepção baixa de apoio dos professores [$F_{(12,328)}=4.815$; $p=.000$, Wilk's $\lambda = .871$]. Na *autonomia*, a média é superior nos jovens com percepção alta de apoio comparativamente ao grupo de percepção baixa [$F_{(12,328)}=4.815$; $p=.000$, Wilk's $\lambda = .871$]. Quanto ao *crescimento pessoal*, alunos com percepção alta de apoio apresentam médias superiores, comparativamente ao grupo de alunos com percepção baixa e média de apoio emocional de professores.



Para comparar os níveis de *apoio geral percebido* (Tabela 5) recorreu-se à MANOVA. Alunos com percepção média de apoio apresentaram níveis mais elevados nas dimensões do BEP comparativamente aos que demonstraram uma percepção baixa de apoio. Aqueles que evidenciaram uma percepção alta de apoio apresentam melhores índices em todos os construtos do BEP comparativamente àqueles com baixa e média percepção de apoio geral [$F_{(12,133)} = 27.249$; $p = .000$, Wilk's $\lambda = .644$]. As comparações apresentaram magnitude de efeitos fortes.

Tabela 5: Comparação do BEP pelo nível de percepção do adolescente face ao apoio emocional geral (MANOVA)

	PBA (n=225) M±DP	PMA (n=243) M±DP	PAA (n=204) M±DP	<i>F</i>	<i>P</i>	η^2	<i>≠ Sig. entre grupos</i>
BEP (G)	107.75±13.62	119.05±10.19	126.99±9.17	160.968	.0001***	.325	PBA <PMA <PAA
A	18.18±2.98	19.44±2.84	20.45±2.91	33.041	.0001***	.090	PBA <PMA <PAA
DM	16.92±2.80	18.41±2.23	19.48±2.24	59.719	.0001***	.151	PBA <PMA <PAA
CP	20.47±3.14	22.05±2.51	23.24±1.82	62.923	.0001***	.158	PBA <PMA <PAA
RP	18.42±3.34	20.52±2.68	22.18±2.39	94.670	.0001***	.221	PBA <PMA <PAA
OV	16.72±3.66	18.51±3.08	19.74±3.25	44.639	.0001***	.118	PBA <PMA <PAA
AS	17.04±4.44	20.10±2.90	21.91±2.60	112.352	.0001***	.251	PBA <PMA <PAA

Nota: **PBA**- Percepção Baixa de Apoio; **PMA**- Percepção Média de Apoio; **PAA**- Percepção Alta de Apoio.

Variáveis Dependentes: **BEP (G)**- Bem-Estar Psicológico Global; **A**- Autonomia; **DM**- Domínio do Meio; **CP**- Crescimento Pessoal; **RP**- Relações Positivas; **OV**- Objetivos de Vida; **AS**- Aceitação de Si;

*** $p < .001$

Discussão

Este estudo procurou compreender o impacto da PAS ao nível do BEP numa amostra de adolescentes. Assim, pensamos contribuir, não apenas para o aprofundar dos conhecimentos empíricos, mas sobretudo para a discussão e questionamento em torno dos fatores que podem influenciar o processo de *florescimento humano* (Fernandes & Vasconcelos, 2008; Reed et al., 2011; Shahimi et al., 2013; Sousa et al., 2012). Mais que a análise sobre os efeitos da PAS sobre o BEP, procurou-se compreender em que dimensões da percepção de apoio prevalecem tais efeitos para, a partir daí, levantar questões para a intervenção e investigação na área.

Na sua generalidade, estudos prévios debruçados sob aspetos de influência dos grupos sociais no bem-estar e saúde de adolescentes, revelaram benefícios das boas relações



mantidas entre os variados agentes com quem o adolescente mantém um contacto diário significativo (Mota & Matos, 2010; Rawana, 2013; Sidall et al., 2013; Tomé et al., 2011). Nos vários contextos de investigação, a crença geral é que o apoio por parte dos amigos funciona como um elemento protetor contra efeitos nefastos na vida dos adolescentes (Pössel et al., 2013). Quanto ao apoio da família, este revela-se peça chave para o desenvolvimento positivo do jovem (Fernandes et al., 2011; Mombelli et al., 2011; Reed et al., 2011; Siddall et al., 2013). Referente ao apoio do professor e à qualidade de relações mantidas entre este e os adolescentes, as evidências deixam certas questões. De um modo geral, a PAS parece exercer efeitos positivos no BEP dos adolescentes (Liu & Yu, 2013).

Os nossos resultados encontram-se em linha com as investigações prévias, ainda que poucas se tenham debruçado sobre o impacto específico da PAS sobre o BEP em adolescentes. Relativamente aos níveis globais de PAS, indicámos que alunos com maiores níveis de PAS apresentam um desenvolvimento positivo mais acentuado. Quanto à perceção de apoio dos amigos, os resultados evidenciam que uma baixa perceção de apoio nesta dimensão associa-se a menores índices de BEP comparativamente com níveis mais elevados de perceção de apoio dos pares. Já quanto ao apoio da família, os nossos dados apontam que o BEP é reforçado nos adolescentes que apresentam perceções mais elevadas de perceção de apoio emocional recebido dos familiares. Já quanto à perceção de apoio dos adolescentes, recebido dos professores, esta dimensão apresenta-se igualmente catalisadora do BEP. Por fim, na análise à perceção de apoio emocional geral, os nossos resultados auferem também uma tendência positiva nos níveis de BEP, quanto maior a perceção de apoio emocional de professores.

A influência da PAS sobre o BEP revela-se importante na adolescência, dado ser uma fase complexa nas relações entre fatores bio-psico-socioculturais (Antunes & Fontaine, 2005; Fernandes & Vasconcelos-Raposo, 2008). Sugere-se então a implementação de programas de intervenção especializada, no contexto escolar e comunitário, que tenham como objetivo a promoção de relações promotoras da PAS (e.g., assertividade, empatia, cooperativismo) e que catalisem relações responsivas. Acreditamos na importância de trabalhar não apenas objetivos curriculares ou a intervenção secundária e terciária, mas sim na promoção da aquisição de competências úteis para a vida, centrado na prevenção e no desenvolvimento positivo.

Com as evidências anteriores, importa debater algumas limitações. A apontar sobretudo ao tipo e tamanho da amostra, sendo que importa sistematizar estudos para clarificar os resultados obtidos. Outra limitação refere-se ao facto da investigação não ter explorado especificamente o impacto da perceção de suporte não docente no meio escolar, embora se tenha medido a perceção de apoio geral. Como aponta a literatura (Siddall et al., 2013), defendemos que os esforços para uma melhoria do contexto escolar não devem cingir-se à sala de aula. Em suma, os nossos resultados apontam para a necessidade de incentivar a sistematização dos estudos e de intervenções promotoras da melhoria das relações sociais, nos vários contextos de interação dos adolescentes, uma vez que se mostra útil no aumento



do bem-estar centrado na conceção *eudamónica*, que lhes faculta capacidades virtuosas de autodireção e realização pessoal.

Agradecimentos

Aos órgãos executivos, professores(as) e alunos(as) das escolas que participaram no processo.

Contacto para Correspondência

Hugo Rodrigues-Fernandes – hugo.psi22@gmail.com

Eduarda Z. Ramião – eduarda_ramiao@hotmail.com

Sofia D. Quesado – ngfia_21@hotmail.com

José Vasconcelos-Raposo – jvraposo@utad.pt

Referências

- Antunes, C., & Fontaine, A. (1994). Diferenças na percepção de apoio social na adolescência: adaptação de uma escala, “social support appraisals”. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 10(11), 115-127.
- Antunes, C., & Fontaine, A. (2005). Perceção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. *Paidéia*, 15(32), 355- 366.
- Fernandes, H., & Vasconcelos-Raposo, J. (2008). *O bem-estar psicológico em adolescentes: Uma abordagem centrada no florescimento humano*. Vila Real: CEDAFES-UTAD.
- Fernandes, H., Vasconcelos-Raposo, J., Bertelli, R., & Almeida, L. (2011). Satisfação escola e bem-estar psicológico em adolescentes portugueses. *Revista Lusófona de Educação*, 18(1), 155–172.
- Fernandes, H., Vasconcelos-Raposo, J., & Teixeira, C. (2010). Preliminary analysis of the psychometric properties of Ryff’s scales of psychological well-being in portuguese adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 1032-1043. doi: 10.1017/s1138741600002675.
- Freire, T., & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e de género no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(5), 184-188. doi:10.1590/0101-60832011000500003.
- Liu, C. & Yu, C. (2013). Can facebook use induce well-being? *Cyberpsychology, Behavior and social Networking*, 16(9), 674-678. doi: 10.1089/ 2012.0301.
- Mombelli, M., Costa, J., Marcon, S., & Moura, C. (2011). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stresse infantil. *Estudos de Psicologia*, 28(3), 327-335. doi:10.1590/S0103-166X2011000300 004.
- Mota, C., Matos, P. (2010). Adolescentes institucionalizados: o papel das figuras significativas na predição da assertividade, empatia e autocontrolo. *Análise Psicológica*, 2(28), 245-254.
- Pössel, P., Rudasill, K., Sawyer, M., Spence, S., & Bjerg, A. (2013). Associations between teacher emotional support and depressive symptoms in australian adolescents: a 5-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 1(1), 1–12. doi: 10.1037/a0031767.
- Rawana, J. (2013). The relative importance of body change strategies, weight perception perceived social support, and self-esteem on adolescent depressive symptoms: longitudinal findings from anational sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(1), 49-54. doi:10.1016.2013.04.012.
- Reed, S., Bell, J., & Edwards, T. (2011). Adolescent well-being in washington state military families. *American Journal of Public Health*, 101(9), 1676–1682. doi: 10.2105/.2011.300165.



- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069- 1081. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069.
- Shahimi, F., Heaven, P., & Ciarrochi, J. (2013). The interrelations among the perception of parental styles and psychological well-being in adolescence: A longitudinal study. *Iranian Journal of Public Health*, 42(6), 570-580.
- Siddall, J., Heubner, S., & Jiang, X. (2013). A prospective study of differential sources of school-related social support and adolescent global life satisfaction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 107-114. doi: 10.1111/ajop.12005.
- Sousa, B., Maia, M., & Vasconcelos-Raposo, J. (2012). Bem-estar, autoestima e índice de massa corporal de adolescentes. *Motricidade*, 8(2), 1065-1075.
- Tomé, G., Camacho, I., Matos, M., & Diniz, J. (2011). A influência da comunicação com a família e grupo de pares no bem-estar e nos comportamentos de risco nos adolescentes portugueses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 747-756. doi:10.1590/S0102-79722011000400015.
- Vasconcelos-Raposo, J. (1993). *Os factores psico-sócio-culturais que influenciam e determinam a busca da excelência pelos atletas da elite desportiva portuguesa* (Dissertação de Doutoramento não Publicada). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro: Vila Real.
- Vaux, A. (1988). *Social support, theory, research and interventions*. New York: Praeger.



O DESEMPENHO INTELECTUAL E OS RITMOS BIOLÓGICOS EM ALUNOS PORTUGUESES: DADOS PRELIMINARES

Marco Martins Bento^{1,2} & José Alberto Martins³

¹Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (Portugal)

²PIN – Centro de Desenvolvimento (Portugal)

³Agrupamento de Escolas de Moure e Ribeira do Neiva (Portugal)

Resumo

Diferentes estudos (síntese de Gomes e colaboradores, 2014) encontram que as dimensões cronobiológicas se relacionam com o desempenho em provas cognitivas. O presente estudo teve como objetivo relacionar o ritmo biológico e o desempenho numa prova intelectual. Pretendíamos perceber se o efeito de sincronia temporal influencia os resultados na avaliação intelectual. Neste estudo exploratório, os dados preliminares reportam-se a 107 alunos portugueses (dos 5.º e 9.º anos). O cronótipo foi medido através do questionário de cronótipo para crianças (Gomes e colaboradores, 2013). A medição intelectual foi realizada com as MPR-Standard (Raven, 1996). Os resultados indicam que a realização da prova num período temporal congruente com o cronótipo não influenciou o desempenho, pois não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre quem fez a prova em “hora ótima” e em “hora não ótima”. Apesar de não apresentarem significância estatística, os alunos que estavam em “hora não ótima” revelaram maior cansaço mental percebido e indicaram dormir menos. Observou-se, ainda, que os alunos em horário “não ótimo” demoraram mais 2 minutos a concluir a tarefa.

Palavras-Chave: cronótipo; desempenho intelectual, ritmos biológicos, crianças.



Abstract

Several studies (cf. Gomes et al, 2014) found that chronobiological dimensions relate to the performance in cognitive tasks. This study aimed to relate the child's biological rhythm and performance in an intellectual test. We wanted to analyze if the temporal synchrony effect influences the results in intellectual assessment. Preliminary data refer to 107 Portuguese students (elementary school). The chronotype was measured by chronotype questionnaire for children (Gomes et al, 2013). Intellectual measurement was performed with the MPR-Standard (Raven, 1996). The results indicate there were no statistically significant differences between intellectual performance and time of day times matched individuals' preferences. Although not present statistical significance, the students who were "not great time" reveal higher perceived mental fatigue and indicate sleep less. It was noted also that the students in time "not great" more took 2 minutes to finish the task.

Keywords: chronotype, intellectual performance, biological rhythms, children.



Introdução

A atividade orgânica é fortemente influenciada pelos ritmos biológicos, isto é, uma sequência de acontecimentos fisiológicos, organizados em função do tempo, que se repetem, ciclicamente, segundo uma ordem e intervalo constantes (Gomes, 2005; Silva et al., 1996). Para Crépon (1985) as diferentes variáveis fisiológicas e, até mesmo, psicológicas evoluem de modo cíclico, passando por períodos de atividade máximos e mínimos. Estas variações fisiológicas e comportamentais são reguladas pelo "relógio biológico", com características individuais, que permitem ao sujeito antecipar e prever diferentes estímulos ambientais, correspondendo a um mecanismo de adaptação ao meio (Garcia, Rosen, & Mahowald, 2001; Gomes, 1998; Potts, Cheeseman, & Warman, 2011; Vitaterna, Takahashi, & Turek, 2001).

Os ritmos biológicos têm uma etiologia genética (Crépon, 1985; Foster, 2008; Laposky, Bass, Kohsaka, & Turek, 2008; Levi & Schibler, 2007; Marques & Menna-Barreto, 2003; Randler, 2008), sendo que a nível endógeno, se destaca o "relógio biológico" que pode ser definido como uma oscilação periódica que ocorre em variados sistemas biológicos, e cuja frequência serve um sistema temporal interno (Foster, 2008; Marques & Menna-Barreto, 2003). O seu principal objetivo é controlar diversos processos fisiológicos, medindo o tempo, sincronizando e regulando as funções orgânicas, de acordo com os acontecimentos ambientais diários (Thorpy & Yager, 2001, cit. Couto, 2011). A nível exógeno, identificam-se os designados sincronizadores ou *zeitgebers* (Ferber & Kryger, 1995; Shneerson, 2000, cit. Couto, 2011), isto é, aspetos do meio ambiente que permitem a regulação do "relógio biológico" às condições ambientais. Os sincronizadores mais fortes para os seres humanos são o claro/escuro resultante do movimento de rotação da Terra (Evans, 2010; Reinberg, 1999; Roenneberg et al., 2007; Vitaterna, Takahashi, & Turek, 2001) e os ritmos sociais, inerentes à interação social (Evans, 2010; Silva, 2000; Silva et al., 1996; Reinberg, 1999). O processo de adaptação do ser humano ao ritmo das 24 horas do dia é denominado de *sincronização* (Evans, 2010).

Uma característica importante destes ritmos cíclicos é a bioperiodicidade, isto é, os vários ritmos orgânicos tendem a manter relações estáveis entre si, denominadas de fase (Crépon, 1985). Um determinado ritmo biológico encontra-se em fase com outro quando as suas fases cíclicas coincidem ou, ao invés, podem estar desfasados quando existe uma diferença temporal entre ambos que não seria expetável (Silva, 2000), designando-se, respetivamente, efeito de sincronia e dessincronia.

Os ritmos circadianos apresentam uma hierarquia complexa e organizada (Borisenkov, 2010; Hofstra & de Weerd, 2008, cit. Couto, 2011), e são descritos como ciclos endógenos com um período próximo de 24 horas. São disto exemplos, o ciclo da temperatura corporal profunda, o sono-vigília, a secreção hormonal (nomeadamente da melatonina), a função imunitária, a secreção gástrica, a motilidade intestinal e a eficácia terapêutica (Couto, 2011; Crépon, 1985; Garcia, Rosen, & Mahowald, 2001; Potts, Cheeseman, & Warman, 2011).

Do ponto de vista neuroanatômico, o principal centro endógeno de regulação dos vários ritmos circadianos nos humanos localiza-se no Núcleo Supraquiasmático (Couto, 2011; Crowley, Acebo & Carskadon, 2007; Marques & Menna-Barreto, 2003; Potts et al., 2011; Silva et al., 1996; Vitaterna et al., 2001).

É descrito na literatura por *Tipo Diurno* ou *Cronótipo*, o padrão individual de distribuição dos parâmetros circadianos pelo nictómero (toda e qualquer periodicidade equivalente ao ciclo



dia-noite ou ciclo natural luz-escuro (Gomes, 2005; Martins, Azevedo & Silva, 1996). Estas características individuais demonstram um caráter relativamente estável e apresentam-se em função do período do dia em que o sujeito se sente "no seu melhor", isto é, determinada função biológica ou psicológica, por interação endógena e exógena, evidencia uma atividade máxima (acrofase) (Silva, Moura, Carvalhais, Ferreira, Monteiro, & Figueiredo, 2006; Gomes, 2005, 2006; Martins, Azevedo, & Silva, 1996).

A este respeito, Hörne e Ostberg (1976, cit. Evans, 2010) definiram cinco categorias distintas acerca do tipo diurno dos sujeitos: definitivamente matutino, moderadamente matutino, intermédio (nem matutino/nem vespertino), moderadamente vespertino e definitivamente vespertino. Assim, cada categoria apresenta características que lhes são próprias. O perfil mais matutino evidencia acrofases (períodos de melhor desempenho) mais avançadas, com ritmos circadianos mais curtos. Nestes indivíduos, a libertação de melatonina ocorre mais cedo, bem como a regulação de outros processos orgânicos são desencadeados com melhor atividade pela manhã. Assim, este cronótipo tende a preferir atividades matinais, em que tem um melhor rendimento, ao invés do declínio de atividade que ocorre à medida que o dia avança.

Em oposição, os sujeitos com um cronótipo mais vespertino tendem a apresentar acrofases mais atrasadas, isto é, denotam um melhor desempenho no período da tarde, tendo preferência por atividades nesse período. Concomitantemente, a libertação de melatonina nestes indivíduos ocorre mais tarde (estudos citados por Evans, 2010).

A presença de características mais matutinas ou vespertinas decorre ao longo de um contínuo que poder-se-á modificar ao longo da vida do sujeito, em função de circunstâncias diversas (tanto internas como externas). As crianças mostram-se mais matutinas, havendo um atraso de fase durante a adolescência e parte da idade adulta (Aschoff, 1992; Crowley, Acebo, & Carskadon 2007). Os mesmos autores indicam que, habitualmente, a presença dos diferentes tipos de cronótipo apresentam semelhanças com uma curva de distribuição normal, sendo que a maioria dos sujeitos se situa no cronótipo intermédio. Estes sujeitos apresentam acrofases entre o meio da manhã e o meio da tarde.

A sincronia entre o ritmo biológico e o marcador temporal ocorre quando o sujeito realiza determinadas tarefas no período temporal congruente com o seu cronótipo. A este ponto chamamos de "hora ótima" (Gomes, Couto, Cruz, & Silva, 2014).

Diversos autores (Crowley et al., 2007; Silva et al., 2006; Vitaterna et al., 2001) indicam que um desfasamento entre o cronótipo e os horários das rotinas do sujeito, a longo termo, afetará o seu desenvolvimento. A este propósito estudos documentam problemas de sono em crianças e a sua relação com o rendimento escolar e comportamento (Blader, Koplewicz, Abikoff, & Folley, 1997; Klein, Veloso, & Gonçalves, 2007; Seixas, 2009). Kim e colaboradores (2002) estudaram o cronótipo em alunos dos oito aos dezasseis anos, encontrando uma transição no cronótipo aos 13 anos, passando de matutino para vespertino, em virtude, crê-se, de alterações hormonais.

Os estudos relativos à associação entre género e cronótipo têm revelado resultados pouco ou não significativos (Achari & Pati, 2007; Gomes, 2005, 2006; Randler, 2008). Em oposição, foram encontradas relações entre o cronótipo e a genética, idade, maturação sexual, fotoperiodismo, sono-vigília e fatores sociais (Borisenkov, 2010).



Ritmos cronobiológicos e desempenho intelectual

A sincronia entre o ritmo biológico e o marcador temporal ocorre quando o sujeito realiza determinadas tarefas no período temporal congruente com o seu cronótipo. A este ponto podemos chamar de "hora ótima" (Gomes, Couto, Cruz, & Silva, 2014). Pelo contrário, uma "hora não ótima" é o período temporal que não é congruente com o cronótipo do indivíduo, e.g., uma criança com um perfil mais matutino terá uma "hora ótima" no período da manhã. Os mesmos autores encontram na literatura documentados estudos que avaliam o cronótipo, os efeitos da hora e os diferentes desempenhos, ainda assim poucas são as investigações que têm procurado relacionar essas variáveis em simultâneo.

A este propósito, apresentaram uma síntese de estudos que demonstram, consistentemente, existir de modo significativo, um "efeito de sincronia" ou de interação entre hora do dia e cronótipo sobre os desempenhos (cf. Tabela 1).

Tabela 1.

Síntese de estudos que relacionam o cronótipo e o desempenho cognitivo (citado de Gomes et al., 2014).

Autores e ano	Tarefas/variáveis/medidas
Monk & Leng (1986);	Tarefas de deteção de estímulos ("simples") e de raciocínio lógico ("complexa");
Anderson et al. (1991);	Tarefa envolvendo o acesso à memória a longo prazo;
Natale & Lorenzetti (1997);	Compreensão de leitura;
Song & Stough (2000);	Medidas de inteligência;
Natale, Alzani, & Cicogna (2003);	Uma tarefa "simples" de deteção visual, envolvendo atenção seletiva; três tarefas "complexas": raciocínio silogístico, espacial e "cripto-aritmético";
Hidalgo et al. (2004);	Vários testes de memória;
Goldstein et al. (2007);	Medidas de inteligência - subtestes selecionados da WISC-III;
Bennett et al. (2008);	Funções executivas
Matchock & Mordkoff (2009);	Componentes da atenção (<i>alerting, orienting, and executive components</i>);
Clarisse et al. (2010);	Flutuações diurnas da atenção [Adolescentes];
Wieth & Zacks (2011);	Resolução de problemas "analíticos" vs. de "insight" (os segundos beneficiam das horas não ótimas, talvez devido a um controlo inibitório diminuído);
Hahn et al. (2012);	Em adolescentes de 11-14 anos: Bateria de testes funções executivas [Adolescentes 11-14 anos];
Lara, Madrid, & Correa (2014);	Tarefas envolvendo controlo executivo sobre a inibição de resposta;

Recentemente, um estudo acerca da relação entre o cronótipo e desempenho em provas de leitura, cujos resultados preliminares foram já apresentados, revelou um efeito sincronia nas crianças de cronótipo matutino (i.e., melhor desempenho em todas as provas no período da manhã) e um efeito de dessincronia ou assincronia nas crianças de cronótipo vespertino, em algumas provas (i.e., em determinadas provas, os vespertinos obtiveram melhores



desempenhos no período da manhã). Este achado é contrário ao que a literatura tem documentado e os autores sugerem que poderão existir determinadas competências que, em face do seu funcionamento, beneficiam de um período "não ótimo" para a sua execução (Cruz, Gomes, Couto, Leitão, Carvalhais, & Silva, 2015).

Assim, podemos dizer que, do mesmo modo que cada sujeito tem uma hora preferencial para deitar e acordar, o mesmo acontece com a realização das tarefas escolares ou laborais. Mais, a literatura documenta que determinados períodos do dia parecem favorecer os desempenhos em tarefas cognitivas, avaliando variáveis que, invariavelmente, estão presentes nos processos de aprendizagem.

Diversas investigações têm concluído que os preditores mais consistentes do melhor desempenho académico são a aptidão cognitiva, a conscienciosidade, o género (em algumas tarefas escolares), a motivação escolar e os ritmos cronobiológicos (cf. Preckel et al., 2013). Outra investigação documenta que a matutividade se relaciona positivamente com a inteligência. Ainda nesse estudo, um *early midpoint of sleep*, a conscienciosidade e a inteligência associam-se a melhores notas, contudo é a capacidade intelectual que melhor prediz o desempenho académico (Arbabi, Vollmer, Dörfler, & Randler, 2014).

Num estudo com mais de 4000 alunos, entre os 11 e os 18 anos, Vinne e colaboradores (2015) encontraram que o desfasamento entre o ritmo biológico (interno) e as exigências sociais (externas), em adolescentes, é a causa de um padrão de sono deficiente e crónico, cuja repercussão está no menor rendimento académico. Neste estudo correlacional, os autores apontam ainda que o efeito do ritmo biológico no desempenho académico está relacionado com o período temporal em que a avaliação decorre. Assim, alunos mais matutinos obtêm resultados mais elevados se avaliados de manhã bem cedo ou a meio da manhã, comparativamente com os alunos vespertinos. Esta diferença entre matutinos e vespertinos desaparece com a realização da avaliação no período da tarde.

Finimundi e colaboradores (2013) observaram, numa amostra de crianças com 12 anos, que os alunos considerados matutinos que estudam no turno da manhã demonstram um desempenho académico superior aos alunos vespertinos que estudam no turno da manhã e aos matutinos que estudam no turno da tarde. A corroborar esta ideia, Kirby, Maggi e D'Angiulli (2011) referem que a sincronia entre as necessidades cronobiológicas e as rotinas escolares contribui, de modo significativo, para o sucesso académico, documentando, em estudos-piloto, a existência de ganhos ao nível do sono e desempenho académico em alunos de escolas que procederam a alterações nos horários escolares.

Investigações recentes demonstraram que um atraso de cerca de 30 minutos no início das atividades letivas para adolescentes se traduz em ganhos ao nível da qualidade e duração do sono, menor sonolência diurna, melhor humor e menor consumo de cafeína (Boergers, Gable, & Owens, 2014).

Dessa forma, parece ser pertinente que a escola considere os diferentes ritmos biológicos dos seus alunos, de acordo com as diversas faixas etárias, uma vez que a literatura evidencia que, grosso modo, a realização de tarefas cognitivas é beneficiada pela sua realização em "hora ótima".



Objetivos

O presente estudo, de carácter exploratório, pretendeu relacionar o cronótipo e o desempenho intelectual.

Especificamente, procurou-se i) averiguar se a realização de uma prova intelectual numa “hora ótima” beneficiava os desempenhos obtidos pelos participantes; ii) caracterizar o cronótipo dos participantes.

Método

Participantes

Participaram neste estudo alunos dos 2.º e 3.º ciclos do ensino básico, de uma escola de ensino privado no Grande Porto. Para caracterização do cronótipo foram considerados 228 alunos, e para relacionar o cronótipo e o desempenho intelectual participaram 107 alunos. Os participantes foram selecionados por conveniência, tratando-se, portanto, de uma amostra não probabilística.

Foram excluídos do presente estudo os alunos a beneficiar de medidas educativas especiais ou com diagnóstico conhecido de Perturbação Depressiva, Perturbação da Ansiedade, Perturbação de Hiperatividade / Défice de Atenção, Traumatismo Crânio-Encefálico ou outras condições psiquiátricas ou neurológicas.

Instrumentos

Children’s Chronotype Questionnaire (CCTQ). O CCTQ é um questionário de autorrelato, desenvolvido por Werner e colaboradores (2009), que pretende avaliar os períodos do dia em que o sujeito espera obter melhores desempenhos, sente que estará em melhor forma ou demonstra preferência por deitar/acordar. É composto por 27 itens, respondidos pelos pais de crianças entre os 4 e os 11 anos de idade. O CCTQ inclui três escalas distintas de cronótipo em crianças: (i) Ponto Médio de Sono em Dias Livres; (ii) Escala de Matutividade/Vespertinidade, calculada através da soma das pontuações das questões 17 a 26, que abordam preferências de sono e comportamentos recentes das crianças, onde as pontuações variam entre 10 (matutividade extrema) e 49 pontos (vespertinidade extrema); e (iii) Escala de Cronótipo, calculada com base na questão 27. O CCTQ encontra-se adaptado e validado para a população portuguesa numa amostra representativa dos 4 e os 11 anos (Couto, 2011; Couto, Gomes, Pinto de Azevedo, Leitão & Silva, 2014). Na sua versão original o CCTQ é preenchido pelos pais das crianças, contudo neste estudo optou-se por adaptá-lo para o formato de autorrelato. Esta adaptação foi autorizada pelos autores da versão portuguesa, tendo-se apenas alterado o sujeito da frase sobre a qual é formulada a questão (e.g., “Considera que o seu filho(a)...” foi adaptado para “Consideras que...”). Não houve alterações semânticas que alterassem o sentido do item. Com esta alteração na formulação dos itens pretendeu-se permitir o autorrelato e alargar o espectro de aplicação a crianças mais velhas e adolescentes. No presente estudo foi apenas analisada a escala de Matutividade/Vespertinidade de modo a se investigar o perfil cronotípico de alunos Portugueses a frequentar o 2.º e 3.º ciclos do Ensino Básico. A consistência interna (alfa de *Cronbach*) desta versão de autorrelato foi de .71, muito próxima da obtida no artigo de validação portuguesa ($\alpha = .73$).



Matrizes Progressivas de Raven – Forma Standard (MPR). As MPR foram aplicadas para mensurar a inteligência geral não verbal. As MPR são constituídas por 60 itens de escolha múltipla (6 a 8 opções de resposta) divididos por 5 séries de 12 itens ordenados por grau de dificuldade que requerem um adequado raciocínio para a correta identificação da matriz em falta.

Procedimento

O estudo iniciou-se após anuência dos órgãos diretivos e consentimento dos encarregados de educação e participantes, com a colaboração do serviço de psicologia da escola.

Ocorreram dois momentos de avaliação. No primeiro foi solicitado o preenchimento do questionário para avaliar o cronótipo, aos alunos dos 5.º aos 9.º anos, que decorreu com o apoio dos diretores de turma, com uma duração média inferior a 30 minutos. No segundo decorreu a realização da prova intelectual, somente com alunos do 5.º e 9.º anos. A prova foi aplicada em diferentes períodos do dia, não excedendo os 45 minutos por turma.

O propósito das tarefas foi dado a conhecer aos alunos, sendo a sua participação livre e voluntária. Não se registaram recusas à participação.

Todos os dados recolhidos foram analisados com recurso ao IBM SPSS® 22, salvaguardando a confidencialidade dos mesmos.

Resultados

cronótipo / ritmo biológico

Para analisar este construto, a medida utilizada foi a pontuação obtida no questionário de cronótipo (CCTQ). A cotação dos itens permite obter um perfil cronotípico, ou seja, quanto mais baixa a pontuação, maior é a tendência matutina do aluno; quanto mais elevada, maior é a tendência vespertina.

Para a definição do cronótipo utilizam-se os seguintes pontos de corte aos percentis 10, 25, 75 e 90 (conforme recomendações para cotação do instrumento, Horne e Östberg, 1976).

A tabela 2 apresenta os resultados no questionário de cronótipo, em função do ano de escolaridade.

Tabela 2.

Resultados no CCTQ, por ano de escolaridade (n = 228).

<i>Ano de escolaridade</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
5.º	58	28.8	6	16	41
6.º	44	31.6	5.6	22	42
7.º	35	31.5	5.5	16	44
8.º	40	32.9	4.2	20	44
9.º	51	34.6	5.2	22	45

A média na pontuação obtida no instrumento situa todos os níveis de escolaridade avaliados no cronótipo “intermédio” (melhores desempenhos entre o final da manhã e início da tarde).



Ainda assim, há um aumento gradual da pontuação, de acordo com o avanço na escolaridade/idade dos alunos, demonstrando a tendência de passagem de um cronótipo mais matutino para um mais vespertino.

cronótipo e desempenho intelectual

Os dados seguintes reportam-se ao desempenho intelectual e cansaço mental percebido dos alunos dos 5.º e 9.º anos ($n = 107$).

Tabela 3.

Desempenho nas MPR, cansaço mental percebido e horas de sono ($n = 107$).

Ano	N		Em que medida está mentalmente cansado antes da prova	Quantas horas dormiu esta noite	Duração da prova	Pontuação bruta na prova	Em que medida ficou cansado depois da prova
			1 (Nada cansado) até 5 (Exausto)	1 (<4 horas) até 5 (>10 horas)	minutos		1 (menos cansado) até 5 (muito mais cansado)
5.º	57	<i>M</i>	2.04	3.42	25.78	42	2.91
		<i>DP</i>	0.98	0.65	7.1	7.2	1
9.º	50	<i>M</i>	1.98	2.94	24.6	47.4	3.2
		<i>DP</i>	0.74	0.51	8.2	4.5	0.72

A Tabela 4 apresenta os dados da amostra (5.º e 9.º anos), mas em função da realização da prova numa “hora ótima” ou “não ótima”, de acordo com o cronótipo. Isto é, divididos em dois grupos: no primeiro estão os resultados dos alunos que fizeram a prova dentro do período temporal síncrono ao cronótipo, e no segundo estão aos alunos que realizaram a prova numa hora que não era síncrona com o seu melhor período.

Não foi possível determinar estes dados em 4 alunos pois não participaram em todos os momentos ($n=103$).

Tabela 4.

Desempenho nas MPR, cansaço mental percebido e horas de sono, por hora ótima e não ótima ($n = 103$).

			Em que medida está mentalmente cansado antes da prova	Quantas horas dormiu esta noite	Duraçã o da prova	Pont uaçã o bruta na prov a	Em que medida ficou cansado depois da prova
	<i>N</i>		1 (Nada cansado) até 5 (Exausto)	1 (<4 horas) até 5 (>10 horas)	minutos	total	1 (menos cansado) até 5 (muito mais cansado)
Hora ótima	49	<i>M</i>	1.95	3.31	24	44.4	3
		<i>DP</i>	0.79	0.65	6.31	5.3	0.88
	54	<i>M</i>	2.09	3.15	26.13	44.6	3



Hora não ótima		<i>DP</i>	0.96	0.56	8.47	7.8	0.93
Total	10	<i>M</i>	2.02	3.2	25.1	44.5	3
	3	<i>DP</i>	0.88	0.63	7.6	6.69	0.91

Realizou-se uma análise de significância entre média para amostras independentes (teste t), comparando a pontuação e duração das MPR, em função da sua realização em “hora ótima” e “não ótima” (cf. Tabela 5).

Tabela 5.

Teste t para amostras independentes – Pontuação e Duração das MPR, em função da “hora ótima” e “não ótima”.

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>	<i>d</i>
<i>Pontuação nas MPR</i>	<i>Hora ótima</i>	49	44.4	5.3	1.421	0.159	.003
	<i>Hora não ótima</i>	54	44.6	7.8			
<i>Duração nas MPR</i>	<i>Hora ótima</i>	49	24	6.31	.166	0.869	.29
	<i>Hora não ótima</i>	54	26.13	8.47			

Intervalo de Confiança a 95%.

Discussão

A distribuição da amostra pelos ritmos cronobiológicos propostos por Horne e Östberg (1976) indicam uma distribuição normal, apurada pelo total da escala de Matutividade/Vespertividade do CCTQ. Este padrão tem sido, consistentemente, encontrado em amostras nestas faixas etárias (cf. Estudos de Evans, 2010; Achari & Pati, 2007; Couto, 2011; Couto et al., 2014; Werner et al., 2009).

Comparando os participantes, por níveis de escolaridade, encontramos uma tendência para um cronótipo mais vespertino com o avançar da idade relacionado com as mudanças hormonais características da puberdade (Borisenkov, 2010; Kim et al., 2002; Mathias et al. 2004; Randler & Frech, 2009)

Na caracterização do desempenho intelectual, os dados indicam existirem poucas diferenças quanto ao nível de cansaço mental percebido antes da prova em relação aos dois níveis de escolaridade. A média é de 2,04/1,98 o que corresponde a “ligeiramente cansado”.

Quanto ao número de horas de sono encontramos maiores diferenças. O 5.º ano pontua 3,42 numa escala de *Likert* de 5 pontos, correspondendo a uma média de 9 horas de sono. O 9.º ano regista 2,94, o que na mesma escala significa 6 a 7 horas. Este é um aspeto significativo pois, em média, os alunos do 9.º ano dormem menos 2 horas que os do 5.º ano. Relativamente à duração da prova é observado que o 5.º ano demorou, em média, 25,8 minutos, face aos 24,6 do 9.º ano. Esta tendência é inversa na análise da pontuação bruta na prova, como seria expectável. Assim, os alunos do 9.º ano obtiveram, em média, mais 5,4 pontos que os alunos do 5.º ano.

No final da prova, os alunos do 9.º ano percecionam estar ligeiramente mais cansados mentalmente que os alunos do 5.º.

Há uma distribuição, praticamente, equitativa da amostra em relação à sincronia temporal, isto é, 49 alunos fizeram a prova numa “hora ótima” e 54 alunos numa “hora não ótima”.



Encontramos que, à partida, eram os alunos que estavam em “hora não ótima” que se percecionavam mentalmente mais cansados (2,09 versus 1,95). Relativamente ao cansaço percebido no final da prova, os resultados foram similares em ambos os grupos.

Os resultados obtidos na prova intelectual não apontam diferenças estatisticamente significativas, tanto na pontuação bruta, como na duração, comparando “hora ótima” e “hora não ótima”. Todavia, os alunos que realizaram a prova numa “hora não ótima” demoraram, em média, mais 2,13 minutos que os restantes. Estes dados vão de encontro às conclusões do estudo de Song e Stough (2000) que também reportam a não existência de efeitos significativos, relacionando o efeito sincronia e o desempenho intelectual. Todavia, outras evidências empíricas apontam para a influência positiva do efeito sincronia (hora ótima) em diferentes tarefas intelectuais (Goldstein, Hahn, Hasher, Wiprzycka, & Zelazo, 2007; Hahn et al., 2012; Matchock & Mordkoff, 2009).

Apesar do carácter exploratório deste estudo, com manifestas limitações sobretudo ao nível da amostra, que não obedeceu a critérios de aleatoriedade e representatividade, entendemos que esta investigação pode ser um contributo para a reflexão em torno da importância dos ritmos biológicos. Mais, cremos que este pode ser um ponto de partida para uma discussão mais alargada acerca das políticas educativas que, num futuro próximo, devem integrar os conhecimentos emanados na investigação em cronopsicologia, nomeadamente a organização de horários escolares em função dos ritmos biológicos em diferentes faixas etárias.

Contacto para Correspondência

Marco Martins Bento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Rua Alfredo Allen, 4200-135 Porto, marco.bento@outlook.com

Referências

- Achari, K., & Pati, A. (2007). Morningness-eveningness preference in indian school students as function of gender, age and habitat. *Biological Rhythms Research*, 38(1), 1-8.
- Arbabi, T., Vollmer, C., Dörfler, T., & Randler, C. (2014). The influence of chronotype and intelligence on academic achievement in primary school is mediated by conscientiousness, midpoint of sleep and motivation. *Journal Chronobiology International*, 32(3), 349-357.
- Aschoff, J. (1992). Volume IV - Biological Rhythms. In J. Aschoff (ed.). *Handbook of behavioral neurobiology*. Nova Iorque: Plenum Press.
- Blader, J., Koplewicz, H., Abikoff, H., & Foley, C. (1997). Sleep problems of elementary school children. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine Journal*, 151, 473-480.
- Boergers, J., Gable, C., & Owens, J. (2014). Later school start time is associated with improved sleep and daytime functioning in adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 35(1), 11-17.
- Borisenkov, M. (2010). Human chronotypes in the north. *Human Physiology*, 36(3), 348-352.
- Couto, D. (2011). *Questionário de cronótipo em crianças: Adaptação portuguesa do children's chronotype questionnaire*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro.
- Crépon, P. (1985). *O ritmo biológico da criança – do recém-nascido ao adolescente*. Lisboa: Editora Verbo.
- Crowley, S., Acebo, C., & Carskadon, M. (2007). Sleep, circadian rhythms, and delayed phase in adolescence. *Sleep Medicine*, 8, 602-612.



- Cruz, H., Gomes, A., Couto, D., Leitão, J., Carvalhais, L., & Silva, C. F. (2015). Combined impact of diurnal type and time of day on children's results in a battery of measurements probing reading abilities: Preliminary Results. *Submitted to the Proceedings of the 17th European Conference in Developmental Psychology. Medimond, in the Conference Proceedings Citation Index* by Thomson Reuters – Philadelphia.
- Evans, C. (2010). *An investigation of the relationship between chronotype and achievement in grade eight students*. Tese de Doutoramento. Universidade de Massachusetts Lowell, Massachusetts, EUA.
- Finimundi, M., Rico, E., & Souza, D. (2013). Relação entre ritmo circadiano, turno e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Revista de Neurociências*, 21(2), 175-183.
- Foster, R. (2008). Circadian rhythms, light, sleep & health: The importance of biological time. *The Institute Magazine*, 13.
- Garcia, J., Rosen, G., & Mahowald, M. (2001). Circadian rhythms and circadian rhythm disorders in children and adolescents. *Seminars in Pediatric Neurology*, 8(4), 229-240.
- Goldstein, D., Hahn, C. S., Hasher, L., Wiprzycka, U. J., & Zelazo, P. D. (2007). Time of day, intellectual performance, and behavioral problems in morning versus evening type adolescents: Is there a synchrony effect? *Personality and Individual Differences*, 42(3), 431-440.
- Gomes, A. (1998). *Questionário de noção de tempo: Desenvolvimento e análise psicométrica*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Gomes, A. (2005). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Gomes, A. (2006). Matutividade-vespertividade e ativação do desenvolvimento psicológico. In A. Pereira, J. Tavares, & S. Monteiro (orgs.). *Ativação do desenvolvimento psicológico, Atas do Simpósio Internacional*. Aveiro: Departamento de Ciências da Educação, Universidade de Aveiro.
- Gomes, A., Couto, D., Cruz, H., & Silva, C. F. (2014). Matutividade-vespertividade em crianças e hora do dia: efeitos de sincronia? In *Atas do IX Congresso Iberoamericano de Psicologia/2º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa, 9-13 setembro 2014* (pp. 272-287). Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Hahn, C., Cowell, J. M., Wiprzycka, U. J., Goldstein, D., Ralph, M., Hasher, L., & Zelazo, P. D. (2012). Circadian rhythms in executive function during the transition to adolescence: The effect of synchrony between chronotype and time of day. *Developmental Science*, 15(3), 408-416.
- Hörne, J. A., & Östberg, O. (1976). A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *International Journal of Chronobiology*, 4, 97-110.
- Klein, J., Veloso, F., & Gonçalves, A. (2007). Matutividade-vespertividade em crianças de idade escolar e sua relação com a sintomatologia de sono. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 14(1), Ano 11, 195-206.
- Kim, S., Duekera, G., Hasher, L., & Goldstein, D. (2002). Children's time of day preference: Age, gender and ethnic differences. *Personality and Individual Differences*, 33, 1083-1090.
- Kirby, M., Maggi, S., & D'Angiulli, A. (2011). School start times and the sleep-wake cycle of adolescents: A review and critical evaluation of available evidence. *Educational researcher*, 40(2), 56-61.
- Laposky, A., Bass, J., Kohsaka, A., & Turek, F. (2008). Sleep and circadian rhythms: Key components in the regulation of energy metabolism. *Federation of the European Biochemical Society Letters*, 582, 142-151.
- Levi, F., & Schibler, U. (2007). Circadian rhythms: Mechanisms and therapeutic implications. *The Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 47, 593-628.
- Marques, N., & Menna-Barreto, L. (orgs.) (2003). *Cronobiologia: Princípios e aplicações*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.



- Martins, L., Azevedo, M., & Silva, C. F. (1996). Questionário compósito de matutividade para medição do "tipo diurno": Caracterização psicométrica. *Psiquiatria Clínica*, 17, 115-121.
- Matchock, R. L., & Mordkoff, J. (2009). Chronotype and time-of-day influences on the alerting, orienting, and executive components of attention. *Experimental Brain Research*, 192(2), 189-198.
- Potts, A., Cheeseman, J., & Warman, G. (2011). Circadian rhythms and their development in children: Implications for pharmacokinetics and pharmacodynamics in anesthesia. *Pediatric Anesthesia*, 21, 236-246.
- Preckel, F., Lipnevich, A., Boehme, K., Brandner, L., Georgi, K., Könen, T. et al. (2013). Morningness-eveningness and educational outcomes: the lark has an advantage over the owl at high school. *British Journal of Educational Psychology*, 83(1), 114-134.
- Reinberg, A. (1999). *O tempo humano e os ritmos biológicos* (Carvalho, M. (trad.)). Lisboa: Instituto Piaget.
- Randler, C. (2008). Morningness-eveningness comparison in adolescents from different countries around the world. *Chronobiology International*, 25 (6), 1017-1028.
- Randler, C., & Frech, D. (2009). Young people's time-of-day preferences affect their school performance. *Journal of Youth Studies*, 12(6), 653-667.
- Roenneberg, T., Kuehne, T., Juda, M., Kantermann, T., Allebrandt, K., Gordjin, M., et al. (2007). Epidemiology of the human circadian clock. *Sleep Medicine*, 11, 429-438.
- Seixas, M. (2009). *Avaliação da qualidade do sono na adolescência: Implicações para a saúde física e mental*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Silva, C. F., Pereira, A., Matos, P., Silvério, J., Parente, S., Domingos, M. C., et al. (1996). *Introdução às Cronociências*. Coimbra: Formasau.
- Silva, C. F. (2000). Fundamentos teóricos e aplicações da cronobiologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-265.
- Silva, C. F., Moura, J., Carvalhais, L., Ferreira, A., Monteiro, S., & Figueiredo, S. (2006). Ritmos biológicos e ativação do desenvolvimento psicológico. In J. Tavares, A. Pereira, C. Fernandes, & S. Monteiro (eds.). *Ativação do Desenvolvimento Psicológico. Atas do Simpósio Internacional*. Aveiro: Universidade de Aveiro – Comissão Editorial.
- Song, J., & Stough, C. (2000). The relationship between morningness-eveningness, time-of-day, speed of information processing, and intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29, 1179-1190.
- Vinne, V., Zerbini, G., Siersema, A., Pieper, A., Mero, M., Hut, R. et al. (2015). Timing of Examinations Affects School Performance Differently in Early and Late Chronotypes. *Journal of Biol Rhythms*, 30(1), 53-60.
- Vitaterna, M., Takahashi, J., & Turek, F. (2001). Overview of circadian rhythms. *Alcohol Research and Health*, 25(2), 85-93.
- Werner, H., LeBourgeois, M., Geiger, A., & Jenni, O. (2009). Assessment of chronotype in four-to eleven-year-old children: Reliability and validity of the children's chronotype questionnaire (CCTQ). *Chronobiology International*, 26(5), 992-1014.



Mecanismos de compensação adotados por uma nonagenária impossibilitada de andar: Um estudo de caso

Rosaine Santos

Universidade de Coimbra, Portugal

Resumo

A investigação que aqui se apresenta seguiu a seguinte estrutura: revisão da literatura, numa perspectiva histórica, acerca do processo de envelhecimento e apresentação dos achados acerca dos mecanismos de compensação, adotados por uma nonagenária impossibilitada de andar. O estudo de caso teve a participação de um indivíduo do sexo feminino, que sobreviveu à Segunda Guerra Mundial, com a idade de 91 anos. Para uma abordagem compreensiva dos fatos, as principais ferramentas utilizadas foram: A técnica de análise de história oral e a observação participante. As observações ocorreram ao longo de três meses, durante três dias das semanas destes mesmos meses. Os resultados mostraram que, apesar ter enfrentado graves problemas na sua mobilidade, a idosa explorou o máximo das oportunidades, selecionou as tarefas com potencial de continuidade, otimizou e compensou as perdas através do gerenciamento e retirada de satisfação destas tarefas.

Palavras-chave: Envelhecimento; Mecanismos de Compensação



Abstract

The research presented here was developed in the following structure: a literature review, in a historical perspective, about the aging process, and presentation of findings about the compensation mechanisms adopted by a nonagenarian unable to walk. The case study had the participation of a female individual, with 91 years old and survived the Second World War. For a comprehensive approach to the facts, the main tools used were: The analysis technique of oral history and participant observation.

The observations were developed for three months, for three days per week of these same months. The results showed that despite having faced serious problems in their mobility, the elderly participant explored the most of the opportunities, selected tasks with continuity potential, optimized and compensated the losses through the management and removal of fulfillment of these tasks.

Keywords: Aging, Compensation Mechanisms



Introdução

Na concepção da antropologia, o processo de envelhecimento, as categorias sociais criadas pelos mais jovens em relação a velhice e suas diversas representações estão ligadas ao momento histórico, social e cultural, que podem adquirir diferentes modulações. Os estudos antropológicos perspectivam ainda que, a velhice não é um construto que uniformiza e explica os comportamentos dos indivíduos (Moraes e Barros, 2006), o que não vai ao encontro do que é defendido pela psicologia do desenvolvimento. Por alusão a última área citada, podemos referenciar Kant ao defender em sua conversação sobre a bondade: ¹“... que o movimento da alma não se baseia num fundamento universal”. Céfalos, ao dialogar com um dos personagens de Platão, incita um pensamento: se as pessoas ²“forem sensatas e bem dispostas, também a velhice é moderadamente penosa; caso contrário, ó Sócrates, quer a velhice, quer a juventude, serão pesadas a quem assim não for”. Logo, consideramos que a idade cronológica não deve ser medida como substancial para determinar ações e acontecimentos relacionados com a idade avançada, mas que esta apenas nos fornece referências de alguns eventos holísticos que são similares na espécie humana. Importa clarificar que, aqui neste artigo, o conceito de “velhice” está relacionado com o padrão de idade, de 60 anos ou mais, definido pelas Nações Unidas.

Novamente ao depararmo-nos com a filosofia, encontramos Immanuel Kant nas “observações sobre o sentimento do belo e do sublime” relacionando a idade avançada com o sublime e a juventude com o belo. Platão, referenciando-o mais uma vez neste estudo, em um dos seus diálogos com Céfalos, como um dos seus possíveis personagens, Sócrates, exprime que a ciência que a pessoa de mais idade tem em relação ao caminho que já percorreu pode ser valiosa, pois pode conhecê-lo melhor do que aquele que possivelmente ainda o irá percorrer.

Segundo Destrem (1979), em tempos remotos, os limites etários tinham sido fixados pelos egípcios nos cem anos de idade, sendo que a duração média de vida não ultrapassava um quarto de século.

Na idade média existia um interesse em encontrar métodos para atingir a longevidade indefinida (imortalidade) da vida, que se prolongou pelos séculos XVI, XVII e XVIII e finalmente a partir do século XIX o foco passou a estar mais centrado em tornar essa longa duração de vida mais saudável. Duarte (1999), cita que a Organização Mundial de Saúde indicou que “o importante não é dar anos à vida, mas sim vida aos anos”.

No âmbito académico, por longos períodos, as investigações negligenciaram o estudo sobre o envelhecimento a partir de uma idade mais avançada - o envelhecimento é um processo que ocorre desde o nascimento do indivíduo até a sua morte, o que nos leva a inferir que ora por uma via, ora por outra, sempre existiram estudos relacionados ao tema. No entanto, com o desenvolvimento e o prolongamento geracional mundial, também surgiu mais interesse por parte dos investigadores das mais diversas áreas, como a psicologia, medicina, antropologia, sociologia, gerontologia, em estudar essa população. Segundo Debert, com o

¹ Immanuel Kant em “Observações sobre o sentimento do belo e do sublime - Ensaio sobre as doenças mentais”, p.46.

² Platão em “A República de Platão”, 329d p.5-6.



processo de modernização das sociedades, as alterações históricas culminaram no diferenciar o indivíduo de acordo com etapas desenvolvimentais e no próprio conhecimento sobre a evolução da vida como uma fundação social com uma importante ordem de relevância (1999, citado por Silva, 2008).

Numa perspetiva histórica, a velhice se vincula a processos de inatividade laboral, social, cultural, incapacidade, dependência, etc. (Duarte, 1999). Com as alterações temporais, idade avançada e condições crónicas de saúde passaram a não ser mais sinónimos. Não é impossível identificar os casos dos chamados centenários de sucesso. Já em 1971, em França, se encontravam 3200 homens e 13 200 mulheres com cem anos e 124 desses homens e 1186 dessas mulheres tinham ultrapassado, em mais de 50 milhões de habitantes, o centenário (Destrem, 1979). Foram englobadas, num estudo que investigou a perspetiva dos idosos em relação a definição de envelhecer ativamente, 20 categorias com elementos do envelhecimento saudável que vão ao encontro das componentes mais adiante mencionadas: *saúde física; saúde social; saúde emocional; saúde cognitiva; alimentação e exercícios; evitar fatores de risco; atividades gerais; aceitação dessa fase; espiritualidade; atividade operacional; estrutura familiar; viver plenamente; ter espírito jovem; ter novas habilidades; não guardar mágoas; aprender; integridade; manter o controle; atividades específicas para a terceira idade e envelhecimento patológico*. Contrariando a visão histórica, os resultados indicaram uma não consideração do envelhecimento como um período patológico e que a perspetiva dos idosos corrobora com os estudo que defendem o envelhecimento saudável atrelado à saúde física, cognitiva, emocional, social, etc (Curpetinho et al. 2007).

São narradas por Rowe e Kahn, três possíveis trajetórias de desenvolvimento no ser humano: Normal, patológica e saudável. Sendo o envelhecimento saudável aquele que tem diminuto risco de doenças e incapacidades causadas por doenças; funcionamento físico e mental em estados de excelência; e vida ativa (1998, citados por Cupertino, Rosa e Ribeiro, 2007). Segundo Lamb, a incapacidade está ligada a prejuízos no plano social individual e na execução das atividades quotidianas e dos papéis que são ditados pela esfera social e cultural na qual a pessoa está inserida (1996, citado por Rabelo e Neri, 2005).

Com o crescimento do conhecimento acerca do envelhecer, a nossa busca passa a estar centrada em encontrar métodos/caminhos que ajudem o indivíduo a permanecer independente e com a sua vida quotidiana ativa e este fomenta os debates atuais sobre o envelhecimento saudável: exitoso, bem sucedido, ativo, etc. Sendo que, como já referenciado, o envelhecimento saudável é considerado um construto multifacetado, que inclui componentes físicas, sociais, emocionais e cognitivas (Aldwin, 1994; Baltes & Baltes, 1990; Baltes & Smith, 1995; Levenson, Aldwin & Cupertino, 2001; Mauad, 1999; Neri, 1997; Rowe & Kahn, 1998, citados por Curpetino et al. 2007).

Baltes e Goulet (1970) propuseram o modelo do *Life Span* e a partir deste surgiram mais estudos relacionados ao envelhecimento. Paul Baltes e Margret Baltes propuseram o modelo de seleção, otimização e compensação, onde o seu principal pilar se fundamenta na suposição de que o envelhecimento exitoso é mediado pelo esforço seletivo, aplicado a campos, onde é possível que o desenvolvimento se mantenha e desse esforço, possivelmente, resultará a otimização da funcionalidade, compensando as perdas inerentes e não inerentes ao envelhecimento (1990, citados por Neri, 2007). De acordo com Duarte e Pavarini, a qualidade de vida na idade avançada tem sido quase que na generalidade, relacionadas a



dois domínios: dependência e autonomia (1997, citados por Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). Indo de encontro e definindo um desses dois domínios, quase que estandardizados da qualidade de vida, entre os três tipos de dependência descritos por Baltes & Silvenberg, encontramos a dependência física que refere-se à incapacidade operacional do indivíduo em executar as atividades de vida diária (1995, citados por Sousa et al. 2003).

Segundo Rabelo e Neri (2005), quando o funcionamento físico, sensorial e cognitivo do indivíduo sofre algum défice, o desempenho diário do indivíduo e a avaliação subjetiva que este faz da sua vida, também pode ser afetada. A perspectiva do sujeito idoso em relação a sua condição pode influenciar, positivamente ou negativamente, a forma de estar e agir diante da sua realidade. O modelo multidimensional de bem-estar psicológico de Ryff, inclui a autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal. Para este autor, intrínseco ao processo de autonomia está a autodeterminação e independência e isso não exclui a possibilidade de apoio operacional para o indivíduo fazer suas escolhas e executar suas atividades quotidianas. Inclui a livre decisão do indivíduo sobre como agir, pensar, sobre o que é melhor para ele. Para este autor, o domínio sobre o ambiente se trata da capacidade de adequar o contexto aos seus valores e necessidades, minimizar as barreiras e adaptar a si e ao ambiente (1989, citado por Resende e Neri, 2009).

Com base na revisão executada inferimos que aceitar ou compensar as perdas relacionadas ao envelhecimento é uma decisão do indivíduo, então, o fulcro deste estudo foi se propor a responder o seguinte questionamento: É possível um indivíduo em uma condição crónica de imobilidade encontrar estratégias de compensação para manter a sua vida o mais “ativa”/autónoma possível?

O percurso desenvolvimental de cada um envolve perdas e ganhos e o sujeito pode otimizar os ganhos ao buscar, selecionar e adaptar seus objetivos e metas em resposta às mudanças que favorecem as oportunidades ao longo do ciclo vital (Heckhausen & Wrosch, 2010). Para a máxima realização de seu potencial, o indivíduo deve decidir sobre os domínios da vida nos quais deve incidir e sobre quais deve abstrair-se, compensando e confrontando os limites e desafios que encontra ao longo do curso da vida para que ele tenha um desenvolvimento bem sucedido. Alguns indivíduos que antes da velhice têm limitações, inatas ou adquiridas, utilizam essas estratégias para a exploração máxima do seu potencial.



Metodologia

Participou nesta investigação um indivíduo do sexo feminino, com a idade de 91 anos. Devido ao interesse em investigar em profundidade os processos e as relações deste caso específico/individual, o trabalho que aqui se apresenta foi de natureza qualitativa: foi utilizado um gravador digital para fazer o registro da entrevista de história oral através de um roteiro, composta por questões relacionadas à biografia da participante e valeu-se também dos recursos da observação participante, sendo esta naturalística, tendo como objetivo respeitar a ocorrência espontânea dos fenómenos para responder de forma não invasiva a questão inicialmente colocada.

Para a análise e tratamento dos dados da entrevista foi utilizada a técnica de análise de história oral. Segundo Meihy (2006), é pertinente fazer uso da história oral quando os meios convencionais não são capazes de tirar o véu do subliminar, quando os documentos formalizados não revelam detalhes que são relevantes. As informações foram recolhidas, na cidade do Porto - Portugal, ao longo de três meses de observações, durante três dias por semana destes mesmos meses.

Segundo Goode e Hatt (1979), um dos principais objetivos do estudo de caso é preservar o caráter unitário do objeto investigado. Este método está enraizado na pesquisa etnográfica tradicional, sendo seu foco fundamental compreender as múltiplas perspetivas de um fenómeno e a forma como as mesmas interagem entre si. Em relação a observação científica, o que a torna distinta da observação quotidiana, é sua natureza intencional e sistemática, que pressupõe documentação rigorosa, atenção selecionada aos aspectos centrais do estudo.

Resultados

Visão biográfica do caso a ser relatado. MM é uma alemã de 91 anos que imigrou para Portugal em 1946 depois de se casar, após o término da segunda guerra mundial, sendo então, uma sobrevivente desse período conturbado.

Ela relata que nunca gostou de praticar exercício físico, mas que tinha uma vida ativa, passeava com as amigas, viajava com frequência com uma amiga de infância, convivia com os netos, etc.

Descrição das causas da imobilidade. A participante descreve que em 2010 sofreu um grave acidente quando estava a passeio na Alemanha, que passou por uma cirurgia no fémur e conseguiu continuar com sua vida normal; em 2011 sofreu outro acidente e fraturou novamente o fémur, após outra cirurgia conseguiu com alguma dificuldade novamente andar. Em 2013 sofreu um AVC, que não se lembra desse período, mas pelo que relatam, ela não conseguia comer, falar, se mexer. Após alguns meses conseguiu se recuperar e voltar a dar alguns passos até a retrete, com a ajuda de enfermeiras que foram contratadas para a assistir em sua residência. Em 2014 sofreu novamente outro AVC, enfrentou as mesmas condições de saúde, novamente recuperou a consciência, mas após este ultimo não conseguiu mais voltar a andar. Ela apenas conseguia se movimentar em cima da cama. Desde a primeira dificuldade que enfrentou na sua mobilidade até a data das observações, MM já necessitava de ser auxiliada por enfermeiras em sua casa, ou seja, havia três anos que precisava de assistência, sendo que no início de tudo uma de suas filhas passou a tomar todas as decisões relativas as formalidades da casa.

Descrição de um dia característico da participante. MM dispunha de 6 enfermeiras que



revezam o turno de trabalho para a acompanhar 24 horas por dia. Acordar cedo era um acontecimento natural, pois MM costuma tomar os remédios cedo e dormir logo a seguir. Pela manhã quem vinha trazia o pão e MM tomava o pequeno almoço não muito tarde, a seguir adormecia com um dos programas dos canais alemão. Almoçava não muito cedo, a seguir lia a revista alemã com os programas semanal de televisão. Na parte da tarde conversava e lanchava com a pessoa que estivesse no turno de trabalho. Ao fim do dia após ocorrer a troca de horário, a pessoa fazia-lhe o lanche da noite, a seguir MM tomava os remédio para dormir.

Discussão dos resultados

Visão dos mecanismos de compensação. MM passou por períodos muito conturbados, como descrito mais acima. Depois do óbito do marido, a idosa viveu sozinha vinte anos e após os fatos relatados mais acima, perdeu sua autonomia e se viu obrigada a dividir a casa com outras pessoas (enfermeiras). Passou a necessitar de assistência contínua para executar suas atividades diárias. Diante de toda adversidade enfrentada seria mais simples resignar-se e apenas lamentar as perdas, mas o constatado nas observações indicaram resultados diferentes.

Tendo como ponto de partida a autodeterminação em manter-se independente, mesmo necessitando de apoio operacional, os resultados obtidos vão de encontro com os achados da literatura, de Ryff, anteriormente citada. Se referindo a autonomia nas tomadas de decisão, MM deu seguimento ao que fazia antes de estar em um estado crónico de imobilidade. Foi observado que ela tomava suas próprias decisões, resolvia o horário e o que ia almoçar, lanchar, quando lhe deviam fazer a toalete. Assistia os noticiários, demonstrou grande familiaridade em assistir programas de esporte apenas pelo interesse e também para depois comentar com o filho. Os dois filhos visitavam ela todos os dias e uma das filha que vive na Alemanha falava por chamadas telefónicas quase todos os dias e muitas vezes a idosa tinha a iniciativa de ligar-lhe; alguns netos, genros, noras e amigos também faziam visitas semanais. MM logo pela manhã pedia que a penteassem e passassem o seu hidratante no rosto. Também tinha em sua agenda os contatos das amigas antigas, às quais ligava pelo menos uma vez por semana. Gostava de participar nas trocas de turnos, sempre ao fim do dia quando uma das enfermeiras se despedia, ela a interrogava sobre quem viria no dia a seguir. Notei uma maior afeição por uma das enfermeiras que cuidava dela, assim quando era o dia ou turno de trabalho desta, MM tinha uma maior satisfação. A senhora que fazia a limpeza da casa duas vezes por semana há vinte, que já tinha se transformado em uma amiga da família, não foi despedida quando foram contratadas as enfermeiras. Neste caso, era uma amiga muito querida que a visitava duas vezes por semana, levava a revista alemã semanal e o pão que dizia ser o ³“mais agradável de todos”.

Como na análise feita por Platão, se a autora da história explicitada nesta investigação não retirasse contentamento nas atividades quotidianas ao longo do seu percurso desenvolvimental, e se optasse por manter a continuidade nessa decisão, certamente na condição crónica de imobilidade não retiraria satisfação das pequenas atividades diárias, sendo que estas se tornaram fator fundamental na satisfação pessoal.

³ A filha dizia: “tudo que a ZZ faz ou traz, para ela, é extraordinário”. Parece que a grande amizade aperfeiçoava tudo.



Considerações finais

O mecanismo de compensação, parte do modelo proposto por Baltes, relaciona-se com os processos psicológicos ou empenhos comportamentais que visam otimizar a funcionalidade (1996, citado por Rabelo e Neri, 2005). Ao observar o histórico da idosa relatada no caso, percebemos que esta vivenciou períodos que seria exigido de qualquer ser humano extrema resiliência para ultrapassá-los. Entre inúmeras atrocidades inimagináveis, MM ainda na adolescência passou por continência alimentar, viu amigos, parentes muito próximos e pessoas em geral morrer. Quando enquanto idosa constatou um declínio nas suas faculdades individuais, explorou o máximo das oportunidades que as limitações lhe impuseram, não absteu-se da vida simplesmente, buscou implementar mecanismos que tinham como objetivo manter a autonomia e compensar as perdas através da satisfação nas atividades diárias e nas relações interpessoais - apesar do seu funcionamento físico ter sofrido um grave défice, a avaliação que a idosa fez da situação não teve uma configuração negativa; não influenciou negativamente sua forma de estar e interagir com o meio. Podemos concluir que seria menos complexo implementar mecanismos de seleção, otimização e compensação em condições mais susceptíveis de serem geridas, ou seja, em condições de saúde sem um curso crónico. A idosa selecionou as tarefas que podiam ser levadas adiante, otimizou as oportunidades e compensou as perdas mantendo-se participativa na administração das suas atividades diárias e retirando satisfação destas.

Contacto para Correspondência

Rosaine Santos, Universidade de Coimbra, Matosinhos, rosantos.psico@gmail.com

Referências

- Baltes, P. B., & Goulet, L. R. (1970). Status and issues on life-span developmental psychology. In L. R. Goulet, & P. B. Baltes (Eds.), *Life-span developmental psychology: research and theory* (pp. 4-21). New York: Academic Press.
- Curpetino, A., Rosa, F., & Ribeiro, P. (2007). Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 1, 81-86. doi:xxxxxxx
- Duarte, L. (1999). Idade Cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. *Estud. interdiscip. envelhec*, 2, 35-47, 1999.
- Goode, J. Hatt, K. (1979). *Métodos em pesquisa social*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological Review*, 117, 32-60.
- Kant, I. (2005). Observações sobre o sentimento do belo e do sublime. Ensaio sobre as doenças mentais (P. Panarra, Trad.). Lisboa: Edições 70.
- Meihy, J. (2006). Os novos rumos da história oral: o caso brasileiro. *Revista de História*, 2, 191-203.
- Moraes, M., & Barros, L. (2006). *Velhice ou terceira idade?* (4a ed.). Brasil: Fundação Getulio Vargas.
- Platão (2014). *A república* (tradutor grego). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original publicada em 1949).
- Rabelo, D., Neri, A. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente a incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, 3, 403-412. doi:xxxxxxx
- Resende, M., Neri, A. (2009). Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. *Psicologia em Estudo*, 4, 767-776. doi:xxxxxxx



- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Saúde Pública*, 3, 364-371. doi:xxxxxxx
- Whyte, W. (2005). Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada (M. L. Oliveira, Trad.). Brasil: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1943).



Percurso familiar do adolescente e o desenvolvimento da perturbação antissocial da personalidade

Rosaine Santos

Universidade de Coimbra, Portugal

Resumo

Os estudos têm vindo a comprovar a importância do ajuste familiar no desenvolvimento do bem estar físico, psicológico e social do adolescente. Esses sugerem uma associação entre aprendizagens disruptivas decorrentes do meio familiar e criminalidade multigeracional. Quando a aprendizagem do comportamento desajustado e as tendências para a delinquência são precoces, existem probabilidades elevadas desse mesmo comportamento se tornar consistente e apresentar persistência espaciotemporal, ocasionando, assim, a Perturbação da Personalidade Antissocial.

O objetivo desse estudo foi apresentar dados de investigações que nos façam inferir sobre o papel familiar na possível génese da perturbação anti-social da personalidade.

Palavras-chave: Adolescência; Contexto familiar; Criminalidade.



Abstract

The Studies have come to prove the importance of family adjustment in the development of the individual physical, psychological and social well-being of the adolescent. These suggest an association between disruptive learning arising from the family environment and multigenerational criminality. When maladjusted learning behavior and delinquency tendencies are early, there is a high probability of this behavior becoming consistent and persist through time causing an Antisocial Personality Disorder.

The aim of this study was to present research data that makes us infer about the family role in the possible genesis of antisocial personality disorder.

Keywords: Adolescence; Family Atmosphere; Crime.



Introdução

Desde tempos remotos o objetivo fundamental da sociedade está enquadrado em tentar encontrar uma solução para as normas que são gravemente violadas. Seguindo a evolução, as novas perspectivas começam a transcender o singular e passam a enxergar o indivíduo violador ou não das regras, não como um sistema único, mas como sendo fruto da interação entre dimensões multifacetadas: biopsicossocial. Deste modo e se tratando, aqui, especificamente da etapa desenvolvimental da adolescência, o fator de atenção passa a ser não apenas a pessoa, mas também o sistema no qual esta está inserida.

É defendido por alguns antropólogos culturais como Margaret Mead (1928), LeVine e LeVine (1966, cit. por Nerlove & Levine, 1967), que os fatores ambientais intervêm mais no desenvolvimento dos adolescentes do que os maturacionistas. Acreditam que os problemas enfrentados pelos adolescentes refletem suas aprendizagens enquanto crianças. Albert Bandura, um dos autores mais importantes da teoria da aprendizagem social, escreveu que os comportamentos agressivos e antissociais dos adolescentes do sexo masculino eram possivelmente uma aprendizagem adquirida através da família e do seu contexto de inserção (1969, cit. por Sprinthall e Collins, 2003). A antropóloga Ruth Benedict (1938), procurou descobrir quais as diferenças existentes em variadas culturas que tornam o período da adolescência um momento mais ou menos conturbado. Através de vastas informações, em diversas sociedades, esta autora constatou que quanto maior a descontinuidade — novas aprendizagens na fase adulta, praticamente uma nova identidade, diferentes das que foram aprendidas na infância — entre a infância e adolescência, maiores as dificuldades enfrentadas nesta última etapa desenvolvimental aqui mencionada.

Sendo a família sinalizada como primeiro meio de interação social de quase todos os indivíduos, as investigações passam a incidir sobre a influência que esta exerce no comportamento desviante dos adolescentes. Ocorre, então, uma associação entre aprendizagens disruptivas decorrentes do meio familiar e criminalidade multigeracional (Rowe & Farrington, 1997; McCord, 2002; Carvalho, 2011).

Como exemplo de atitude criminoso passada de uma geração para a outra e como um fator estrangeiro à psicologia, podemos mencionar a primitiva vida familiar de um rei de Israel que é descrita na história das crenças da cultura judaica: Davi manda matar Urias, um soldado, para ficar com a mulher deste, Bate-Seba, posteriormente Absalão, por sua vez, com o objetivo de usurpar o trono, tenta matar Davi, seu pai, tendo por objetivo usurpar o trono. Mas, em que medida podemos sugerir que a delinquência dos pais poderá ser transmitida aos filhos? Já no século passado, Michaux (1950, citado por Paula e Assumpção, 2013) defendeu:

... a delinquência da criança e do adolescente aparece como dependente sobretudo de fatores sociais. É na cidade, nos bairros mais pobres onde as pessoas têm ocupações incertas e rudimentares, onde se encontra o alcoolismo, a sífilis, a tuberculose, e onde a família tende a não ser mais que uma palavra que não corresponde a uma realidade afetiva e moral, que se recrutam os jovens delinquentes.

Quando trata-se da delinquência juvenil, apesar de não existir um fator causal específico, as práticas parentais se mantêm como o principal objeto de estudo (Sprinthall e Collins, 2004).



Será, então, o objetivo deste estudo, apresentar dados de investigações que nos façam inferir sobre o papel familiar na possível génese da perturbação antissocial da personalidade.

De acordo com o DSM V, em comparação com a população geral, é mais provável ocorrer a perturbação da personalidade antissocial em indivíduos que têm familiares biológicos de primeiro grau com esta perturbação. Duas variáveis que parecem estar relacionadas com a perturbação mencionada, e que podem ser citadas, são: a baixa condição socioeconómica e os contextos urbanos. Ainda de acordo com o DSM V, a personalidade antissocial apenas deve ser diagnosticada quando antes dos 15 anos existir um histórico de transtorno da conduta e se o indivíduo não possuir menos de 18 anos de idade. Mais especificamente, a perturbação deve ser estável e originar algum tipo de sofrimento ou incapacidade, com um padrão de comportamento que não está de acordo com o esperado para o indivíduo em determinada cultura, com início na adolescência ou no começo da idade adulta (APA, 2014).

Nas pesquisas, relativas as práticas parentais, em comparação com os indivíduos jovens, os sujeitos adolescentes ou adultos criminosos têm um número mais elevado de chances de ter tido pais criminosos ou que utilizavam práticas parentais inadequadas: não consistentes, cruéis e severas (Sprinthall e Collins, 2003). Investigações apontam existir uma associação entre práticas parentais pouco consistentes e eficientes e comportamento delinquente nos filhos. A probabilidade dos pais que têm filhos em conflito com as normas impostas pela sociedade exercerem suas funções de forma incoerente, inadequada e de não saber quais são as atividades e com quem os seus filhos estão diariamente, é elevada. Em direção à não ciência dos pais em relação às atividades dos seus filhos, Sutherland defende, na teoria da associação diferencial, que a transgressão a lei pode estar relacionada com a ruína da família e em paralelo a esta ruína, em, por exemplo, fornecer regras ao jovem, pode resultar na associação, fora de casa, com outros delinquentes (1966, citado por Pasquali, Pinheiro & Lima, 1987). Relativamente aos pais, os que cometem crimes diversos, que consomem abusivamente o álcool, que utilizam violência física, psicológica ou sexual direcionada à sua prole, acabam por dispor de práticas parentais inapropriadas (American Psychological Society, 1997, citado por Gallo e Williams, 2005). Estão sempre presentes nos relatos dos adolescentes detidos, e.g., a violência física, negligência, abandono, punições severas vindas da parte dos seus progenitores (Straus, 1994; American Psychological Society, 1997; Gomide, 2003; Loeber; Stouthamer-Loeber, 1998, cit. por Gallo e Williams, 2005).

Foi realizado por Petterson, um estudo de observação familiar que visava analisar crianças sinalizadas como violadoras das normas familiares, escolares e dos tribunais, e com famílias cujas crianças não tinham indicação de possuir esses problemas de comportamento. O autor previamente referido constatou que nas interações familiares, as respostas das crianças que possuíam um padrão comportamental antissocial, dos seus irmãos e as respostas dos restantes membros da família diante de algum “confronto”, estavam inclinadas a serem coercivas — interação através de violência, palavras pejorativas, etc. —, diferentes das interações das outras famílias examinadas no estudo (1982, cit. por Sprinthall e Collins, 2003).

Um estudo clássico, comparativo, que revolucionou as investigações sobre a delinquência, foi o de Glueck & Glueck. Estes investigadores estudaram 500 indivíduos do sexo masculino, de Massachusetts, com a média de idade de 15 anos, que tinham sido condenados por terem cometido atos antissociais graves, e com um grupo de controlo de 500 rapazes que não



apresentavam comportamento delinquente. Os grupos se diferiam apenas no aspecto da delinquência ou não delinquência. Ao cabo da investigação, os autores constataram que o ambiente familiar dos dois grupos eram distintos em uma ordem de relevância elevada. A figura “A” mostra, na amostra total, os modelos de comportamento entre os progenitores e seus filhos (1950, citados por Sprinthall e Collins, 2003).

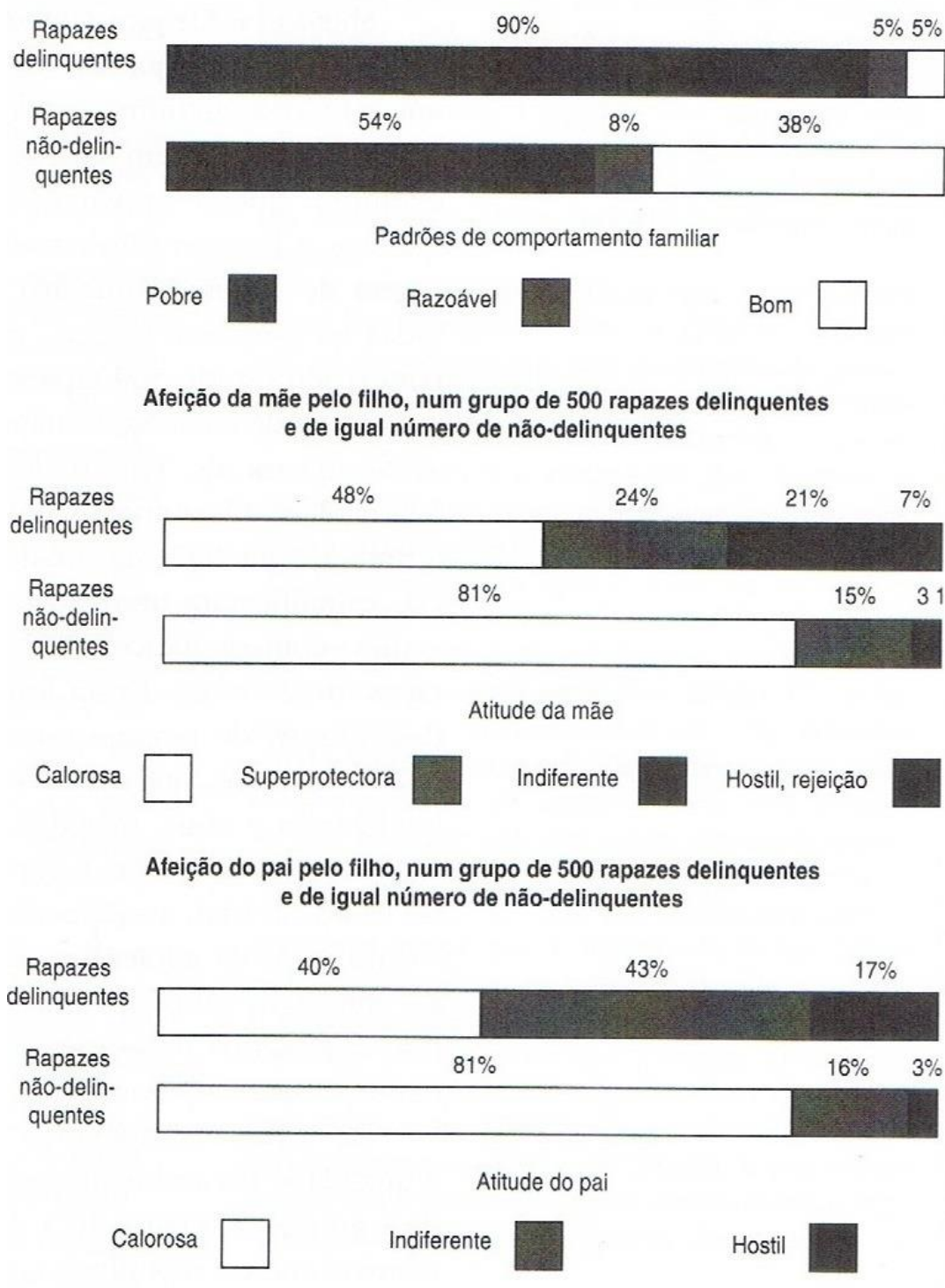


Figura A. Modelos de comportamentos entre pais e filhos. Por N. A. Sprinthall & W. A. Collins, 2004, *Calouste Gulbenkian*, 3.ª ed, pp. 468.



Os autores acima mencionados, a partir dos resultados, construíram um método para considerar alguns fatores sociais que no global podem predizer a delinquência juvenil.

Quadro A
Fatores preditivos da delinquência juvenil

FACTORES SOCIAIS	ESCORE PONDERADO*	ORDEM DE IMPORTÂNCIA
1. Disciplina imposta ao rapaz pelo pai:		
Demasiado severa ou irregular;	72.5	5
Pouco firme;	59.8	
Firme, mas aplicada com uma certa doçura;	9.3	
2. Supervisão do rapaz pela mãe:		
Inadequada	83.2	3
Razoável	57.5	
Adequada	9.9	
3. Afeição do pai em relação ao filho:		
Indiferente ou hostil	75.9	4
Calorosa (incluindo uma relação de super-protecção)	33.8	
4. Afeição da mãe em relação ao filho:		
Indiferente ou hostil	86.2	2
Calorosa (incluindo uma relação de super-protecção)	43.1	
5. Coesividade da família:		
Desintegrada	96.9	1
Alguns elementos de coesão	61.3	
Coesa	20.6	

* As ponderações foram determinadas pela proporção de rapazes que eram delinquentes em cada factor social.

Por N. A. Sprinthall & W. A. Collins, 2004, *Calouste Gulbenkian*, 3.^a ed, pp. 469.

Os fatores por ordem de importância são: coesão, relacionamento entre mãe e filho e relação pai e filho. Em concordância, muitos estudos sugerem que a delinquência persistente ao



longo da vida está ligada ao início precoce e, como referenciado por Fonseca, a fatores de risco individuais, como comportamento antissocial dos pais e práticas parentais pouco ajustadas (2004, cit. por Martinho, 2010). De acordo com Bourdier, a adaptação ao crime em crianças e adolescentes pode ser denominada por *habitus* (1989, citado por Possmozer, 2015). Souza ao inferir sobre a definição do autor acima citado, apontou que o *habitus* pode ser apresentado como a integração das preferências e ideias que são desenvolvidas sem a conscientização de que tal está em curso (2014, citado por Possmozer, 2015).

Joan McCord: Família e Criminalidade - Domínios de Contribuição

McCord (2002), lavra em três domínios as contribuições da família no território da criminalidade: transmissão dos genes, contexto físico, social e económico familiar, e práticas parentais. Nos debruçaremos, no seguimento, diante delas.

Transmissão dos Genes

Há quatro tipos de argumentos que parecem demonstrar a relação entre genética e crime:

- Investigações destacam que pais que já cometeram algum tipo de delito têm elevadas chances de terem filhos criminosos, mesmo que este tenha ocorrido antes da existência do filho (Farrington, Gundry & West, 1975; McCord, 1977; 1991; Osborn & West, 1979; Robins, 1966; Rowe & Farrington, 1977, cit. por McCord, 2002).
- Existe uma continuidade entre a observação da antissocialidade na infância e a ação criminal na fase adulta — o criminoso enquanto criança, causava perturbações. Investigações longitudinais, realizadas por Huesmann & Eron, relatam a agressão aos oito anos de idade e a agressão perpetrada sobre os filhos vinte e dois anos mais tarde (1984, cit. por McCord, 2002). Essa continuidade seria citada como a comprovação da “semente estragada”: respostas autónomas morosas, insuficiências neurológicas e tendências para comportamentos que podem ser posteriormente causadores da delinquência (McCord, 2002).
- Nas comparações entre gémeos monozigóticos e dizigóticos, os monozigóticos (genética idêntica), têm manifestado, por exemplo, maiores níveis de atividades agitadas, impulsividade — fatores relacionados com o crime (Goldsmith & Gottesman, 1981; Goodman & Stevenson, 1989; Pedersen, Plomin, McClean & Friberg, 1988; Tambs, Sundet, Eaves, Solaas & Berg, 1991, cit. por McCord, 2002) — e quando estes são separados, os tais fatores continuam relevantes mesmo em meios distintos. Outros estudos relevantes neste domínio, são os realizados com filhos adotivos. Em comparação com os pais biológicos e com os pais adotivos, existe maior ligação entre ação criminosa dos filhos e dos pais biológicos do que entre ação criminosa dos filhos e dos pais por adoção (Bohman, Cloninger, Sigvardsson & Von Knorring, 1982; Cowe, 1975; Mednick, Gabrielli & Hutchings, 1987; Schulsinger, 1977, cit. por MacCord, 2002). Eysenck, na teoria biopsicológica da criminalidade, formula que a combinação entre o ambiente e as características herdadas, resultam em comportamento delinquente (1977, cit. por Fonseca, 2010).
- Ponto 4 e em conclusão - Os estudos têm sugerido que os genes operam alguma ação no comportamento humano. No entanto, devido a complexidade em comprovar os argumentos explicitados nos pontos anteriores, muitas das contribuições da genética no âmbito da criminalidade não devem ser tomadas como fatos irrevogáveis (McCord, 2002).



Contexto Físico, Social e Económico Familiar

O autor defende que o meio físico e a condição socioeconómica dos pais influenciam o desenvolvimento dos filhos. Como referido, o não conhecimento das atividades que os filhos estão envolvidos, pares delinquentes e problemas de organização na comunidade em que o indivíduo está inserido parecem potenciar os delitos. Pesquisas que avaliam o comportamento delituoso e os que resultam em prisão, demonstram que, frequentemente, a taxa de criminalidade é mais elevada onde o nível económico é mais baixo e onde há maiores índices de repetência ou desistência escolar (McCord, 2002).

Em uma análise sobre sujeição criminal, Missi registra que o indivíduo membro de uma comunidade de nível económico baixo pode sofrer algum tipo de retaliação, por exemplo, por policiais, por apenas ser um membro integrante desta. Neste sentido, o autor defende:

quando os próprios indivíduos frequentemente suspeitos ou acusados incorporam em sua própria identidade essa suspeita e essa acusação, fazem-no como um papel social esperado e como uma carreira a que se pode apegar. No entanto, quando esse papel e essa carreira contaminam todos os demais papéis sociais desse indivíduo, de modo a produzi-lo como um ser anômalo, uma personalidade anormal, um 'perigo' para os demais, então, a incriminação passa a habitar plenamente o sujeito social (2007, cit. por Passmozer, 2015).

Práticas Parentais

Como já recorrido ao longo da pesquisa que aqui se apresenta, diversos estudos suportam a defesa de que as práticas parentais parecem influenciar o desenvolvimento normativo ou desviante dos sujeitos. Falando dos comportamentos desviantes, McCord (2002) defende:

existem três formas de os pais forjarem criminosos, mediante as práticas de educação dos seus filhos: 1. transmitindo valores através das suas próprias ações e daquilo que aprovam; 2. desenvolvendo ou não vínculos com os membros da família e da comunidade; 3. estabelecendo legitimidade aos métodos que impõem os seus desejos aos filhos.

Bordin e Offord, a partir da perspectiva de Farrington, pontuam que as crianças com comportamentos antissociais tendem a permanecer antissociais na adultez e estes, por sua vez, tendem a transmitir este tipo de comportamento aos filhos através de uma educação ineficaz (2000; 1995, cit. por Rosando, 2013). Estudos salientam que estilos parentais coercivos potenciam o desenvolvimento de jovens delinquentes e quando adultos em indivíduos antissociais, originando um modelo cíclico, pois os progenitores que utilizam a punição como um meio para educar, ensinam aos filhos que a resolução de conflitos deve ocorrer através desta prática (Maldonado & Williamns, 2005, cit. por Rosando, 2013).

No modelo da coerção acredita-se que os fatores mais relevantes que fomentam o desenvolvimento da Perturbação do Comportamento, são: disciplina parental inadequada e ambiente social desajustado. Acredita-se que a combinação, a longo prazo, dos efeitos destes fatores potenciam o desenvolvimento da personalidade antissocial no indivíduo adulto (Patterson et al., 1992; Bahls & ingbermann, 2005; Pacheco & hutz, 2009; cit. por Rosando, 2013).



Considerações Finais

Os estudos sugerem que o ajuste do desenvolvimento físico, psicológico e social do indivíduo estão, em grande parte, dependentes do contexto familiar. A aprendizagem e a manifestação das tendências para delinquência precoces, elevam as probabilidades desse comportamento se prolongar até a vida adulta e originar a Perturbação da Personalidade Antissocial. Vale ressaltar que o diagnóstico acertado desta Perturbação deve partir dos critérios definidos pelo DSM-V-TR.

Não encontramos irrefutavelmente a pedra angular na continuidade das tendências criminosas, que são transmitidas de uma geração para a outra, mas, como indicado por Sprinthall e Collins (2004), as práticas parentais continuam sendo o principal motor na busca do entendimento deste género de comportamento.

A abordagem cognitivo-desenvolvimentista é fundamental para se inferir sobre o desenvolvimento humano: os processos de maturação e aculturação, meio (seja familiar ou comunitário) no qual o indivíduo está inserido, influenciam fortemente o seu desenvolvimento. (Sprinthall & Collins, 2004). A qualidade das relações familiares precoces repercutem no desenvolvimento global do indivíduo e quando desajustadas, se relacionam com uma possível Perturbação Antissocial da Personalidade.

Diante da infinitude de fatores envolvidos no conceito de criminalidade, torna-se desmedido e quase romântico afirmar que as tendências antissociais partem da hereditariedade ou do ambiente. Contudo, diante das evidências científicas, pode-se concluir que a combinação destes fatores potenciam a criminalidade multigeracional.

Contato para correspondência

Rosaine Santos, rosantos.psico@gmail.com

Referências

- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*, 5ª ed (C. Agostinho, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 2013).
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ª ed (J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1994).
- Paula, M., & Assumpção, F. (2013). Delinquência juvenil e família. *Rev. Psicopedagogia*, 91, 43-51.
- Benedict, R. (1938). Continuities and discontinuities in cultural conditioning. *Psychiatry*, 1, 161-167.
- Carvalho, O. (2011). *De pequenino se torce o destino*. Oliveira de Azeméis: Legis.
- Fonseca, C. (2010). Perturbação de personalidade antissocial: enquadramento jurídico legal. Retirado de: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0244.pdf>
- Gallo, A., Williamns, L. (2005). Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. *Teoria e Prática*, 1, 81-95.
- Martinho, L. (2010). *O papel da educação parental no comportamento antissocial dos adolescentes* (Tese de mestrado). Retirada de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14232/1/O%20Papel%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Parental.pdf>
- Mead, M. (1928). *Coming of age in Samoa: A psychological study of primitive youth for Western civilization*. New York: William Morrow & Company.



- McCord, J. (2002). Forjar criminosos na família. In A.C. Fonseca (Ed.), *Comportamento anti-social e família*, (pp.15-36). Coimbra: Almedina.
- Nerlove, S. B., & Levine, R. A. (1967). *Population Growth in a Kenya Community*. Communication presented for the Gusii community of "Nyansongo", Kenya.
- Pasquali, L., Pinheiro, A., & Lima, V. (1987). Delinquência: etiologia. Desenvolvimento de um modelo explicativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2, 151-165.
- Paula, M., & Assumpção, F. (2013). Delinquência juvenil e família. *Rev. Psicopedagogia*, 91, 43-51.
- Possmozer, M. (2015, Setembro). *Crianças no tráfico: uma análise do município de Vitória*. Paper apresentado no Congresso Nacional de Ciencias Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos, Vitória, Brasil.
- Rosando, A. (2013). Perturbação do Comportamento na infância e adolescência: uma revisão da literatura. *Revista de Psicologia da criança e do adolescente*, 1, 117-127.
- Rowe, D., & Farrington, D. (1997). The familial transmission of criminal convictions. *Criminology*, 1, 177-201.
- Sprinthall, N., & Collins, W. A. (2004). *Psicologia do Adolescente do Adolescente* (C. M. C. Vieira, Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (obra original publicada em 1988).



EDUCAÇÃO E COMPETÊNCIAS SOCIO-ECONOMICAS





Integração de um programa de desenvolvimento pessoal e interpessoal no currículo académico do Mestrado Integrado de Psicologia

Graça Silva¹, Margarida Matias¹ & Maria Emília Costa¹

1. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

Resumo

O desenvolvimento de competências socioemocionais no contexto universitário tem sido considerado na literatura como promotor do bem estar e do sucesso académico, pelo que foi construído e integrado no plano de estudos do Mestrado Integrado de Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto um programa de desenvolvimento de competências pessoais e interpessoais dirigido aos estudantes do 1º ano.

Para avaliar este programa procuramos aceder à perspetiva dos 90 estudantes/participantes, recorrendo a uma metodologia qualitativa assente no preenchimento de um questionário construído para o efeito. Este questionário incidiu em alguns vetores de análise tais como a valoração da experiência e perceção de mudanças pessoais daí decorrentes.

Os resultados apontam para uma valoração positiva desta experiência de desenvolvimento e para a perceção de mudança pessoal decorrente da participação neste programa. Estes dados revelam melhorias no desenvolvimento pessoal e interpessoal dos estudantes, o que reforça a importância e as potencialidades deste tipo de programa no ensino superior.

Palavras-chave: programa; desenvolvimento pessoal e interpessoal; estudantes universitários



Abstract

The development of soft skills in universities has been considered as a good basis for the well-being and the academic success of college students. Because of that, it was built and applied a soft skills program for first grade students of psychology of the Faculty of Psychology and Educational Sciences of the University of Porto.

To assess this program we asked the 90 students/participants of the program how they experienced it and their perception of personal changes in themselves.

Results show that the students liked to participate in the program of soft skills development and believe they changed themselves throughout their participation in it. These data reveal that students improved their personal development and their soft skills, which emphasizes the importance and the potentialities of the application of this kind of program with college students.

Key-words: soft skills program; personal development; college students



Introdução

“A vida por aqui não é tão fácil quanto pensava. Não basta vestir uma farpela académica e afivelar um ar grave para que tudo corra bem no mundo universitário.” (Rosário, Núñez & González-Pienda, 2006, p.26).

A transição do ensino secundário para o ensino superior tem sido caracterizada como um período de grandes desafios para os jovens estudantes (Almeida & Cruz, 2010; Almeida, 2007; Almeida, Soares & Ferreira, 2000; Dias & Fontaine, 2001). A preocupação com o desenvolvimento de competências transversais ao longo do percurso académico tem-se tornado, por isso, uma preocupação crescente, quer nacional quer internacionalmente (Fernandes, Boto & Martins, 2010; Dias, 2008; Savoji & Ganji, 2013; Selemat, Ismail, Ahmad, Hussin, Seliman, 2013; Sharma & Sharma, 2010; Shek, 2013). Vários têm sido os autores que têm realçado a importância dos currículos de cursos superiores integrarem o desenvolvimento de competências pessoais e interpessoais que, tornando-se ferramentas úteis para os estudantes, aumentem o sucesso académico e profissional, prevenindo também o desajustamento psicoemocional.

As competências transversais (também denominadas competências socioemocionais, competências de vida ou soft skills) são “um conjunto de qualidades pessoais relacionadas com o saber ser, com as atitudes e comportamentos” (Jardim, 2008, p. 86) importantes no desempenho de várias atividades, pelo que a presença das mesmas está associada a melhores desempenhos a nível académico e pessoal (Fernandes et al, 2010; Goleman, 2000, 2010; Weisen, Orley, Evans, Lee, Sprunger & Pellaux, 1997).

Diversos autores (Almeida, 2007; Almeida, Soares & Ferreira, 2000; Jardim, 2008; Goleman, 2000) defendem que as competências sociais e emocionais são essenciais para se ser um bom estudante, um bom cidadão e um bom trabalhador e que por isso devem ser desenvolvidas em diversos contextos de vida. O contexto escolar tem sido evidenciado como um contexto privilegiado para este desenvolvimento, tanto ao nível do ensino básico e secundário (CASEL, 2013, 2015; Carvalho, Almeida, Amann, Leal, Marta, Pereira, Ladeiras, Lima & Lopes, 2016) como no ensino superior (Osterholt & Barratt, 2012; Jardim, 2008; Nelson & Low, 2011).

Assumindo que a entrada para o ensino superior representa, de facto, uma etapa desafiante à capacidade de adaptação de qualquer jovem (saída de casa, estabelecimento de novas relações, novas exigências relativas aos hábitos de trabalho e de estudo, entre outras) e que é da responsabilidade social das instituições universitárias, acolhedoras destes jovens, a promoção do seu bem estar e do desenvolvimento da sua identidade aliado à promoção da aquisição de competências técnico científicas específicas (Costa, 1991; Jardim, 2008; Ribeiro & Bolsoni-Silva, 2011).

A Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) decidiu, no ano letivo de 2012/2013, concretizar esta preocupação numa unidade curricular dirigida a todos os alunos do primeiro ano do Mestrado Integrado em Psicologia, em funcionamento até ao ano letivo atual. Além disso, sendo estes estudantes de Psicologia e, portanto, futuros profissionais da área, é entendido também que devem fortalecer as suas competências interpessoais uma vez que o êxito do seu desempenho profissional se baseia na qualidade das relações estabelecidas (Del Prette, Del Prette & Barreto, 1999).



Não obstante a existência de diferentes propostas para os conteúdos mais específicos de programas de desenvolvimento pessoal, parece consensual a inserção de momentos promotores do desenvolvimento de competências mais pessoais (como o autoconhecimento, a autoestima ou a autorregulação emocional) e outras interpessoais (como as competências de comunicação e a assertividade, de resolução de conflitos, a empatia, o trabalho em grupo e/ou a cooperação). Os programas podem ainda focar competências de procura de emprego e de inserção profissional, sobretudo se dirigidos a estudantes de anos mais avançados.

A unidade curricular de Desenvolvimento Pessoal e Interpessoal adotou o nome do programa aqui apresentado (programa DPI) que foi originalmente construído e desenvolvido na FPCEUP, de acordo com a população alvo e o contexto institucional. Este programa integra de forma aprofundada as seguintes competências: autoconhecimento, autoestima, autorregulação emocional, autocuidado, empatia, comunicação e trabalho em equipa.

Os dados aqui apresentados pretendem descrever de que forma este programa foi experienciado e avaliado pelos estudantes no ano letivo de 2015/2016. Pretende-se com estes promover uma reflexão sobre o possível impacto de um programa desta natureza, pioneiro nesta instituição universitária, no bem estar geral dos estudantes do ensino superior.

Programa de Desenvolvimento Pessoal e Interpessoal

O programa DPI teve como objetivo principal proporcionar um espaço de desenvolvimento de competências pessoais e interpessoais para os estudantes, sensibilizando-os para a relevância deste desenvolvimento para o seu sucesso pessoal, académico e profissional.

Os objetivos gerais do programa são:

- a) Integrar um grupo de desenvolvimento.
- b) Desenvolver competências sócio-emocionais paralelamente à aquisição de competências técnico-científicas na Psicologia.
- c) Desenvolver competências pessoais e relacionais de modo construtivo e integrado, que permitam aos estudantes uma melhor adaptação a nível académico e um melhor desempenho pessoal e profissional enquanto psicólogos.
- d) Estimular a continuidade do desenvolvimento dos estudantes ao longo da vida nos percursos pessoais e interpessoais (através de exercícios de reflexão propostos para casa).

Este programa está organizado em 12 sessões, com a duração de uma hora e trinta minutos cada, com periodicidade semanal. A sua construção e implementação tem como base uma estrutura assente em três componentes: definição, compreensão e aquisição, e integração da competência.

Assim, cada sessão foi iniciada com uma atividade de quebra gelo, seguida de momentos de clarificação e definição da competência, dinâmicas de grupo e momentos de discussão e reflexão em grupo com vista à compreensão e integração da competência. No final de cada sessão era sugerido aos participantes uma atividade para trabalho de casa, como forma de



dar continuidade à reflexão iniciada na aula, sendo dessa forma promotora do desenvolvimento da competência abordada na aula. Esta estrutura foi alterada apenas nas sessões 9, 10 e 11 em que os estudantes apresentaram umas brochuras, resultantes do trabalho em grupo, acerca de um conjunto competências socioemocionais (Suporte social, resiliência, criatividade, cooperação e trabalho em grupo, gestão do tempo e otimismo e esperança). A tabela seguinte (Tabela 1) descreve de modo sucinto, a estrutura do programa.

Tabela 1. Descrição do Programa de Desenvolvimento Pessoal e Interpessoal

Sessão (1h30min)	Objetivos	Estratégias e atividades
Sessão 1 Apresentação	Apresentação do grupo. Apresentação dos objetivos gerais e temáticas do Programa. Definição de competências pessoais e interpessoais e reflexão sobre a sua relevância para o desenvolvimento pessoal e profissional.	Quebra-gelo: “Quem somos” Dinâmica de grupo(DG): Scrabble de DPI Reflexão em grupo Atividade de continuidade (AC): Texto “Caranguejo eremita”
Sessão 2 Autoconhecimento	Definição do autoconhecimento como uma competência chave para o desenvolvimento de si próprio e para o estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias. Promoção do autoconhecimento; consciencialização das características e mudanças pessoais ao longo da vida; compreensão das semelhanças e diferenças entre eu e o outro, possibilidades e dificuldades de mudança/crescimento pessoal.	Quebra-gelo: Cadeira quente DG: “Quem sou eu?” e “Mercado de características” Reflexão em grupo. AC: livro “As terças com Morrie”
Sessão 3 Autoestima	Definição da autoestima e compreensão da sua importância para o desenvolvimento psicoemocional. Abordagem de alguns aspetos integrantes de uma autoestima positiva (autoconhecimento, autoaceitação, capacidade de expressão, autoconfiança e autoconsciência). Promoção da autoestima dos participantes.	Quebra-gelo: Cumprimentos DG: Checklist autoestima e Imagem da autoestima Reflexão em grupo AC: “Admira-te a ti próprio”
Sessão 4 Autorregulação emocional	Definição de emoção e das suas diferentes componentes (biológica, psicológica e social). Reconhecimento e discriminação de emoções em si mesmo e nos outros. Desenvolvimento de competências de gestão e regulação emocional.	Quebra-gelo: Relaxamento DG: Música e Emoções. Reflexão em grupo. AC: Questionário de autoavaliação Stress
Sessão 5 Autocuidado	Compreensão da importância de cuidar de si próprio. Discussão de três temas (hábitos de sono, redes sociais e prevenção da violência nas relações de intimidade).	Quebra-gelo: Relaxamento DG: Análise e discussão de textos. Reflexão em grupo. AC: Filme “Patch Adams”
Sessão 6 Trabalho em grupo	Realização de trabalhos de grupo sobre competências diversas: Suporte Social, Resiliência, Criatividade, Cooperação e trabalho em grupo, Gestão do Tempo e Otimismo e Esperança. Proposta de elaboração em grupo, de modo autónomo, criativo e responsável, de uma brochura sobre estas competências.	Quebra-gelo: “Robot humano” DG: Trabalho em pequeno grupo. AC: Realização de Brochura
Sessão 7 Empatia	Definição de empatia e caracterização das suas principais componentes (cognitiva, afetiva e comportamental). Desenvolvimento de competências de empatia e de escuta ativa.	Quebra-gelo: Mímica e emoções DG: “preocupação pessoal” Reflexão em grupo. AC: Treinar a empatia
Sessão 8 Comunicação	Compreensão da comunicação interpessoal como uma competência social. Definição dos estilos de comunicação.	Quebra-gelo: Comunicar sem palavras.



	Conhecimento e desenvolvimento de competências para uma comunicação assertiva.	DG: Questionário de auto avaliação do estilo de comunicação . Role-play. Discussão e reflexão em grupo.
Sessões 9, 10 e 11 Apresentação de brochuras sobre competências diversas	Apresentação das brochuras realizadas em relativos às seguintes competências Suporte Social, Resiliência, Criatividade, Cooperação e trabalho em grupo, Gestão do Tempo e Otimismo e Esperança	Dinâmicas orientadas pelos estudantes.
Sessão 12 Integração final	Integração final das aprendizagens feitas ao longo do programa. Avaliação final (questionário sobre a vivência do programa DPI)	Reflexão em grupo. Preenchimento de questionários

Metodologia

Este programa tem sido implementado com estudantes de Psicologia, como Unidade Curricular optativa do 1º ano do Mestrado Integrado em Psicologia (MIP) desde o ano letivo de 2012/2013. Os dados a seguir apresentados referem-se a um estudo realizado com os participantes do programa no ano letivo de 2015/2016. Assim, participaram e concluíram este programa 90 estudantes do 1º ano do MIP.

Os participantes foram organizados em 5 grupos e todos foram dinamizados pelas duas psicólogas autoras do programa, ambas Psicólogas do Serviço de Consultas da FPCEUP. Todas as sessões decorreram numa sala da FPCEUP, com características adequadas à intervenção em grupo.

Foi solicitado aos estudantes o preenchimento de um questionário sobre a vivência do programa. A aplicação dos questionários foi feita coletivamente. Além da informação prestada, foi também recolhido o consentimento informado de cada participante e assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos.

Discussão dos resultados

Os dados foram analisados com base numa metodologia qualitativa, através de um processo de análise de conteúdo (Bardin, 2011).

Adaptação à FPCEUP

De forma geral os estudantes consideram que DPI contribuiu de uma forma positiva para a sua adaptação à FPCEUP. A análise das respostas dos estudantes evidenciou 4 subcategorias de análise: **Melhor autoconhecimento** (“Ajudou-me a perceber que não posso estar à espera de que os outros se moldem, tenho de ir crescendo e aumentando a minha casca” 13); **Melhor relação com os outros** (“ajudou-me a entender melhor os meus colegas e a aceitar a opinião deles” 6); **Aprendizagem de novas competências de estudo e de autocontrolo** (“ensinou-me a gerir melhor o meu tempo” 7; “ajudou-me na motivação de outras unidades curriculares” 50; “aprendi novas estratégias para lidar com a pressão dos exames e o stress” 73) e, por fim, alguns estudantes referiram que **DPI não teve um contributo**



significativo para esta adaptação (“não ajudou muito porque só começou no 2º semestre. Se fosse no 1º sentia mais efeito”5).

Os estudantes referiram que o desenvolvimento de competências pessoais e interpessoais promoveram uma melhor adaptação ao contexto académico, o que reforça a ideia de que o desenvolvimento holístico do estudante potencia bem estar pessoal e relacional. De salientar a percepção dos estudantes de que as mudanças realizadas ao longo deste programa tiveram impacto positivo noutras unidades curriculares contribuindo para melhorar o seu sucesso académico. Estes dados são consistentes com a literatura (Fernandes et al, 2010; Goleman, 2000, 2010; Weisen, Orley, Evans, Lee, Sprunger & Pellaux, 1997).

No entanto, e como foi sugerido por alguns participantes, o benefício desta experiência seria tanto maior quanto mais próxima fosse vivida da etapa de transição e adaptação à faculdade, ou seja no primeiro semestre do primeiro ano.

Mudanças na relação consigo próprio

Após a conclusão do programa, os estudantes foram questionados sobre as mudanças sentidas em relação a si próprios atribuídas à frequência do programa. Da análise das respostas dos estudantes emergiram 2 categorias. Uma delas referente à percepção de efetiva mudança, e referida por 86 alunos, **Melhoria do meu Autoconhecimento**, dentro da qual surgiram 4 subcategorias, que refletem os aspetos enfatizados pelos estudantes neste processo de mudança pessoal. As subcategorias são: Capacidade de autorregulação emocional (“ajudou-me a conhecer e a gerir os meus medos”26); Autoestima (“fez-me valorizar mais as minhas qualidades”25); Autoconfiança (“ajudou-me a pensar mais nos pontos positivos que possuo e como ser alguém melhor”46) e Capacidade de autorreflexão (“ajudou-me a entrar em contacto comigo. Fez-me pensar e refletir na pessoa em que me estou a tornar e na forma como interajo com os outros”50). A outra categoria emergente refere-se à **Ausência de mudança** (Não contribuiu para a mudança de mim próprio), apontada apenas por 4 alunos.

Os resultados apresentados revelam que os estudantes percecionaram várias mudanças no conhecimento de si próprios. Considerando que o programa constituiu uma experiência de apenas um semestre, com 12 sessões, será oportuno refletir sobre a magnitude das mudanças percecionadas. Efetivamente ao longo deste programa os estudantes foram convidados a pensar sobre si de forma orientada, a valorizar os benefícios da intencionalidade desta reflexão pessoal para o seu crescimento. Este exercício permitiu-lhes explorar e melhorar diversas dimensões de si próprios (autoconsciência, autoestima, autorregulação emocional entre outros).

Parece-nos evidente também que, no atual contexto socioeducativo e nos demais contextos da sua vida, os jovens estudantes são estimulados para desenvolver mais as competências de *saber fazer* do que do *saber ser*, carecendo de espaços de partilha genuína e autêntica com os pares que promovam o seu autoconhecimento (Ferreira et al, 2001; Osterholt & Barratt, 2012). Assim, este programa surgiu como um espaço de reflexão e de partilha, para alguns



dos estudantes como uma experiência totalmente nova e desafiadora, o que permitiu as mudanças acima referidas.

Houve também a referência a ausência de mudança o que é compreensível dado o nível desenvolvimental dos estudantes não ser igual assim como a sua motivação para o programa.

Mudanças no relacionamento com os outros

Os estudantes foram também questionados sobre as mudanças sentidas no relacionamento estabelecido com os outros atribuídas à frequência do programa. Da análise das respostas dos estudantes emergiram 3 categorias e 3 subcategorias. Na categoria **Melhoria da competência de relacionamento interpessoal** surgiram 3 subcategorias: Empatia (“ajudou-me a saber escutar mais o outro”13); Assertividade (“percebi que dizer não pode ser muito benéfico para uma relação”47) e Respeito e Tolerância pelo outro (“ajudou-me a perceber melhor a diferença, a tolerar ideias divergentes e não considerar a minha opinião como verdade absoluta”69). As outras duas categorias emergentes apontam o **Aumento da rede social académica** e o **Reduzido contributo para a mudança**, referido por 5 das 90 respostas analisadas.

Os dados apresentados permitem concluir que participação neste programa conduziu a mudanças positivas ao nível das relações interpessoais dos participantes. Das mudanças percebidas pelos estudantes foram destacadas melhorias ao nível da empatia, da assertividade e do respeito e tolerância pelo outro. Sendo o estabelecimento de relações interpessoais ajustadas, uma competência essencial ao exercício da psicologia (Del Prette, Del Prette & Barreto, 1999) e sendo os participantes deste programa estudantes de psicologia parece-nos que este é um dado que deve ser enfatizado. Por outro lado, foi também importante a perceção do aumento da rede social académica. Este dado pode ser explicado pelo formato das sessões que estimulam a participação ativa e partilha.

Por último, emergiu também a categoria relativa à perceção de um reduzido contributo para a mudança, o que pode ser compreendido à luz das diferentes trajetórias de vida dos participantes. Não obstante foi evidente a falta de experiência vividas em grupo pela maior parte dos participantes, o que permite compreender uma generalizada mudança a diferentes níveis.

Recomendação do Programa DPI a colegas

Por fim, os estudantes foram questionados sobre se recomendariam este programa a outros colegas. A análise das respostas permitiu a emergência de 5 categorias, 4 delas no sentido de recomendar a experiência por diferentes motivos: **Promoção do Desenvolvimento Pessoal** (“Recomendaria vivamente porque no final percebemos o quanto nos ajudou e valeu a pena, as pequenas partilhas, os debates e as atividades fazem-nos crescer e desenvolvermo-nos mais um pouco e melhor”15); **Promoção do desenvolvimento de competências importantes para futuro psicólogo** (“sim, certamente. Dada a individualidade de cada pessoa acho que a exploração de competências em grupo pode ser muito valiosa para cada um e, especialmente no desempenho da sua profissão enquanto



psicólogo” 48); **Promoção do desenvolvimento de competências do Desenvolvimento interpessoal** (“sim, pelo desafio pessoal. É um momento para ter voz, para parar e aprender a escutar a voz do outro” 13; “sim, porque aprendemos muito uns com os outros” 69), e por **Aspetos relativos à experiência** (“sim, porque estimula partilha e reflexão que habitualmente não temos no nosso desenvolvimento” 35). A quinta categoria aponta para a **não recomendação pelo desafio da partilha em grupo** (“não recomendaria, porque representa um enorme desafio para as pessoas mais tímidas” 17).

Os estudantes recomendam o programa de DPI apoiando-se na vivência do espaço da aula como um lugar seguro que permite a partilha da sua opinião e o respeito pela opinião do outro. Estes dados são consonantes com as perceções positivas, relativas à vivência do programa e às mudanças por si promovidas, já descritas anteriormente nas outras categorias.

DPI numa palavra

Quando convidados a descrever a experiência neste programa numa palavra os estudantes referiram palavras com uma tonalidade positiva, no sentido de a experiência ter sido enriquecedora e promotora do seu desenvolvimento. As palavras que foram referidas de forma mais frequentes foram: Mudança, Descoberta, Crescimento, Aprendizagem, Reflexão e Partilha.

As palavras escolhidas pelos participantes representam metáforas positivas acerca da mudança vivida.

Conclusões

A participação dos estudantes no programa DPI permitiu-lhes integrar um grupo de desenvolvimento, desempenhando papéis mais ou menos ativos ao longo das sessões, que incluíram a partilha de experiências, o ouvir e respeitar o outro e a assunção de regras, como a confidencialidade, respeito e tolerância. O contexto de grupo parece favorecer a promoção das competências abordadas, proporcionando um contexto real de relacionamento interpessoal e de aprendizagens experienciais, o que é reforçado por outros autores (Del Prette & Del Prette, 2006; Jardim, 2008).

Neste momento socio-histórico do contexto português, caracterizado por uma profunda crise económico-social, os jovens estudantes do ensino superior são confrontados não só com os desafios do contexto académico mas também com os desafios económicos, sociais e familiares, pelo que mais do que nunca urge a necessidade de implementação deste tipo de programas. Estes podem tornar-se espaços onde os jovens estudantes desenvolvam competências que os tornem mais resilientes, mais criativos e mais capazes de encontrar soluções alternativas para os seus problemas vivenciais.

Os resultados evidenciados neste trabalho indicam que o programa de DPI foi vivenciado pela maioria dos estudantes de modo positivo. A sua participação e envolvimento resultaram numa melhoria ao nível pessoal, particularmente no seu autoconhecimento (aumento da capacidade de autorregulação, da autoestima, da autoconfiança e capacidade de



autorreflexão) mas também ao nível interpessoal (aumento da empatia, da assertividade, do respeito e tolerância pelo outro). Estes dados estão de acordo com uma vasta investigação neste domínio que aponta para os benefícios do currículo no ensino superior incluir e promover competências socioemocionais, contribuindo não só para o sucesso académico mas também para o desenvolvimento global e estabilidade emocional dos estudantes (CASEL, 2015; Low & Nelson, 2006). A inclusão desta unidade curricular no plano de estudos em Psicologia confirma a importância de um olhar holístico do estudante, em que a par do desenvolvimento de competências científicas se pretendeu a promoção de competências socioemocionais nos estudantes.

Parece-nos, para além disso, que este tipo de programas deverão ser proporcionados em diferentes momentos do percurso académico, não se resumindo apenas ao 1º ano do curso, uma vez que são promotores do ajustamento e do bem estar dos estudantes, podendo versar objetivos específicos consoante a etapa do percurso académico a que se dirijam.

Acima de tudo, parece-nos que é essencial que as instituições universitárias assumam o seu papel de educação e formação não só ao nível das competências científicas, mas também, ao nível das competências pessoais e interpessoais dos seus estudantes. Resumir o sucesso académico às classificações dos estudantes revela uma visão redutora e desencontrada das exigências da sociedade atual, pelo que estas instituições deverão contribuir para o desenvolvimento das competências do saber fazer mas também do saber ser, cada vez mais exigidas e valorizadas pelo mercado de trabalho (Ferreira et al, 2001).

Referências

- Almeida, S. L. & Cruz, J. F. (2010). Transição e adaptação académica: Reflexões em torno dos alunos do 1º ano da Universidade do Minho. *Atas do Congresso Ibérico: Ensino Superior em Mudança, Tensões e Possibilidades* (pp. 429-440). Braga: UM/CIEd.
- Almeida, S. L. (2007). Transição, adaptação e êxito escolar no ensino superior. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 15(2), 203-215.
- Almeida, S. L., Soares, A. P., & Ferreira, J. A. (2000). Transição para o ensino superior: apresentação de um questionário de vivências académicas (QVA). In M. Veiga & J. Magalhães (Orgs.) *Homenagem ao Prof. Doutor José Ribeiro Dias* (pp. 711-731). Braga: UM/CIEd.
- Bardin, L. *Análise de Conteúdo* (2011). Lisboa: Edições 70, LDA.
- Carvalho, A., Almeida C., Amann, G., Leal, P., Marta, F., Pereira, F., Ladeiras, L., Lima, R., Lopes, I. (2016). *Saúde Mental em Saúde Escolar. Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em meio escolar*. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
- Casel (2013). *Collaborative for academic, social and emotional learning. SEL impact on students*. New York: Casel; [acesso em 2016 julho 16]. Disponível em http://casel.org/wp-content/uploads/CS_Impacts.pdf.
- Casel (2015). *Effective social and emotional learning programs. Middle and high school edition*. New York: Casel; [acesso em 2016 julho 16]. Disponível em http://casel.org/wp-content/uploads/CS_Impacts.pdf.
- Costa, M. E. (1991). *Contextos Sociais de Vida e Desenvolvimento da Identidade*. Porto: Centro de Psicologia da Universidade do Porto.



- Del Prette, A., Del Prette, Z. A. P. & Barreto, M. C. M. (1999). Habilidades sociais en la formación profesional del psicólogo: Análisis de un programa de intervención. *Psicologia Conductual*, 7(1), 27-47.
- Dias, I. S. (2008). *Programa de Promoção de Competências Pessoais e Sociais: um Estudo no Ensino Superior*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro.
- Dias, M. G. & Fontaine, A. M. (2001). *Tarefas Desenvolvimentais e Bem-estar de Jovens Universitários*. Lisboa: FCT e FCG.
- Fernandes, C. P., Boto, I., & Martins, A. (2010). Introdução do desenvolvimento das Soft-skills nos planos curriculares do Ensino Superior. *Atas 1º Congresso Nacional das RESAPES-AP: Apoio psicológico no Ensino Superior Modelos e Práticas*, 234-242.
- Goleman, D. (2000). *Trabalhar com Inteligência emocional* (2ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2010). *Inteligência emocional* (14ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Jardim, J. (2008). *Programa de desenvolvimento de competências sociais e pessoais. Estudo para a promoção do sucesso académico*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Nelson, D. B. & Low, G. R. (2011). *Emotional intelligence: Achieving academic and career excellence* (2ª ed.). Boston: Prentice Hall.
- Osterholt, D. A. & Barratt, K. (2012). Ideas for practice: A collaborative look to the classroom. *Journal of Developmental Education*, 36(2), 22-27.
- Ribeiro, D. C. & Bolsoni-Silva, A. T. (2011). Potencialidades e Dificuldades Interpessoais de Universitários: *Estudo de Caracterização. Ata Comportamental: Revista Latina de Analisis de Comportamiento*, 19(2), 205-224.
- Rosário, P., Núñez, J. C. & González-Pienda, J. A. (2006). *Comprometer-se com o estudar na universidade: "Cartas do Gervásio ao seu umbigo"*. Coimbra: Edições Almedina SA.
- Savoji, A. P. & Ganji, K. (2013). Increasing mental health of university students through life skills training (LST). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1255-1259. doi:10.1016/j.sbspro.2013.06.739
- Selemat, J. H.; Ismail, K. H.; Ahmad, A.; Hussin, M. H. & Seliman, S. (2013). Framework of soft skills infusion based on learning contract concept in Malaysia higher education. *Asian Social Science*, 9(7), 22-28. doi:10.5539/ass.v9n7p22
- Sharma, G. & Sharma, P. (2010). Importance of soft skills development in 21st century curriculum. *International Journal of Education and Allied Sciences*, 2(2), 39-44.
- Shek, D.T.L. (2013). Promotion of holistic development in university students: A credit-Bearing course on leadership and intrapersonal development. *Best Practices in Mental Health* 9 (1): 47-61.
- Weisen, R., Orley, J., Evans, V., Lee, J. Sprunger, B. & Pellaux, D. (1997). *Programme on Mental Health: Life Skills Education in Schools*. Geneva: WHO.



ENSINO DA PSICOLOGIA E FORMAÇÃO PSICOLÓGICA





A Estágio no Centro de Saúde do C.A.C.E.M. (Crescemos, Aprendemos, Construímos, através de Empoderamento Multidimensional)

Ana Farinha¹ & Margarida Brígido²

1. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal

2. ACES Sintra, Portugal

Resumo

Pretende-se caracterizar e contextualizar o estágio académico de Psicologia, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários com população infante/juvenil, no ACES Sintra, nomeadamente no Centro de Saúde do Cacém. Neste Centro de Saúde, o psicólogo participa em equipas multidisciplinares, participando de forma activa nos programas desenvolvidos. Existe uma valorização da necessidade de se prestar atenção especial ao bem-estar psicológico dos sujeitos e grupos sociais, ao longo do ciclo de vida.

De modo a dar visibilidade ao estágio realizado no presente ano lectivo, dar-se-á conta das actividades onde a estagiária participou, não só em termos assistenciais directos, nomeadamente em consulta de psicologia, mas também, no contexto da intervenção comunitária (UCC Cacém Care) quer na escola, nos projectos de educação para a saúde (sexualidade, violência no namoro, cyberbullying); quer no contexto da preparação para a parentalidade. A par, será feita a reflexão sobre a função assistencial e o atendimento em contexto de consulta no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. No Cacém, tentamos através da nossa participação em vários espaços, que reúnam vários profissionais, chamar a atenção com a reflexão sobre o nosso trabalho. Esperamos a vinda de mais profissionais para com eficácia podermos receber quem nos procura.

Palavras-chave: Estágio académico; Centro de Saúde; Cuidados de Saúde Primários; Psicologia da Saúde.



Abstract

We intended to characterize and contextualize the academic stage of Psychology under the Primary Health Care with children's/young population in ACES Sintra, particularly in Cacém Health Centre. In this Health Centre, the psychologist participates in multidisciplinary teams, being an integral part of the programs developed in the Health Centre. There is an appreciation of the need to pay special attention to the psychological well-being of individuals and social groups, particularly at different stages of the life cycle. Thus, the psychologist assumes the most varied functions in primary health care teams. In order to provide visibility into the internship accomplished in this academic year, we will give an account, on the activities where the trainee participated not only in direct assistance terms, particularly in psychology consultations, but also within community intervention (UCC Cacém Care) either at school, in health education projects (sexuality, dating violence, cyberbullying); or in the scope of parenting preparation. Simultaneously we'll do a reflection on the assistance function and service in the consultation context within the Primary Healthcare URAP. In Cacém, we try through our participation in various spaces, where various professionals are reunited, to draw attention, through reflection on our work. We expect the coming of more professionals to effectively be able to receive those who search for us.

Keywords: Academic Internship; Health Center; Primary Health Care; Health Psychology.



Introdução

Trindade e Teixeira (1998) consideram que é urgente definir o papel do psicólogo nas equipas de cuidados de saúde primários, considerando as características do sistema de saúde em Portugal, uma vez que a intervenção psicológica, apesar da sua grande relevância nos serviços de saúde, parece ser a mais desconhecida. Ao falar de equipas de cuidados de saúde primários referimo-nos a equipas constituídas por profissionais de diversas áreas tais como médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social e outros técnicos, nos quais se pode incluir o psicólogo. A constituição destas equipas varia consoante as funções a desempenhar sendo que por exemplo, enquanto na função assistencial estão presentes o médico de família, o técnico de serviço social e o psicólogo, nos programas de educação para a saúde estão presentes o médico, enfermeiro e o psicólogo, ajustando-se desta forma às características da comunidade e dos problemas de saúde.

A equipa de cuidados de saúde primários, em que se inclui o psicólogo, tem como objectivo manter e melhorar a saúde individual e comunitária, assumindo funções de promoção da saúde e prevenção da doença, funções assistenciais ligadas ao tratamento da doença, de reabilitação, não esquecendo a investigação e a formação necessárias ao desempenho das mesmas. Tendo em conta os resultados de diagnóstico de cada comunidade, cada Centro de Saúde desenvolve a sua actividade com os programas de saúde mais adequados ao contexto. Estes programas de saúde podem consistir em: planeamento familiar e saúde materna, saúde infantil, saúde mental, saúde oral, saúde escolar, saúde de adolescentes, saúde do adulto, saúde do idoso, prevenção de acidentes, doenças cardíaco e cerebrovasculares, diabetes, doenças transmissíveis (incluindo programa de vacinação, tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis), etc. A intervenção psicológica é relevante para que o desenvolvimento destes projectos tenha em conta os factores psicológicos envolvidos (Trindade & Teixeira, 1998). Neste sentido, a saúde comunitária constitui o contexto essencial no qual se deverá delinear a intervenção dos psicólogos nos serviços de saúde no século XXI (Diekstra, 1990 citado por Trindade & Teixeira, 1998), prestando especial atenção ao bem-estar psicológico dos sujeitos e grupos sociais, em diferentes fases do ciclo de vida (Trindade e Teixeira, 1998)

Tendo em conta os aspectos referidos anteriormente pretende-se então contextualizar o estágio académico de psicologia no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, com população infante/juvenil, no ACES Sintra, nomeadamente no Centro de Saúde do Cacém. O Gabinete de Psicologia do Cacém encontra-se sediado nas instalações do Olival e conta com a participação de um Psicólogo, para cerca de 100.000 utentes inscritos. A actividade deste profissional é transversal às várias unidades funcionais do ACES Sintra. Pertence à URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados) tendo contratualizadas horas à UCC Cacém Care (Unidade de Cuidados na Comunidade). Serão então descritas as actividades realizadas ao longo do estágio, tendo em conta as funções assistenciais e de promoção da saúde e prevenção da doença.

Assistência Directa (Consulta Psicológica)

Os critérios de referenciação para consulta de psicologia são estabelecidos tendo em conta as necessidades de cada Centro de Saúde e deverão incluir a possibilidade de avaliação e/ou acompanhamento de casos problemáticos em termos de perturbações de ajustamento, de



desenvolvimento e de comportamento infantil, por exemplo (Trindade & Teixeira, 1998). Nestes casos Trindade e Teixeira (1998) consideram que o acompanhamento psicológico de orientação cognitivo-comportamental é o mais adequado nos cuidados de saúde primários. Esta prática clínica difere dos restantes contextos em quatro pontos fundamentais: 1) o número de consultas é elevado; 2) o tempo de cada consulta é mais curto; 3) os utentes não apresentam, geralmente, perturbações mentais relevantes e 4) a colaboração entre o psicólogo e o médico de família é essencial (Trindade & Teixeira, 1998). Apesar de se considerar o acompanhamento individual, a relação com a Medicina Familiar implica que o psicólogo tenha também em atenção as características do ambiente familiar que pode influenciar a saúde dos seus membros em termos de stress emocional, depressão e comportamentos de risco para a saúde, particularmente em crianças e adolescentes (Trindade, 1999).

No Centro de Saúde do Cacém o acesso à consulta de Psicologia é feito através de referenciação pelo Médico de Família, mediante critérios definidos e divulgados em folha de referenciação, colocada na Intranet.

Feita a triagem pela responsável do gabinete de Psicologia foram encaminhados 10 utentes, para realização do estágio. Em todos era solicitada Avaliação Psicológica para melhor compreensão dos sintomas apresentados. Na tabela 1 encontram-se representados os casos acompanhados em consulta de psicologia, segundo o motivo de referenciação e a quantidade de sessões de avaliação e de intervenção realizadas tendo em conta os objectivos e a limitação temporal do estágio.

Tabela 1: *Acompanhamento de crianças e adolescentes em consulta de psicologia*

Idade	Sexo	Motivo de referenciação	Avaliação/Intervenção
7 anos	Masculino	Avaliação Psicológica	4 sessões de avaliação psicológica + encaminhamento para consulta de desenvolvimento
8 anos	Feminino	Avaliação Psicológica	4 Sessões de avaliação Psicológica + encaminhamento para consulta de desenvolvimento
8 anos	Feminino	Alterações de comportamento	4 sessões de avaliação psicológica + 11 de intervenção
8 anos	Masculino	Alterações de comportamento	4 sessões de avaliação + 8 sessões de intervenção
9 anos	Feminino	Dificuldades na aprendizagem	5 sessões d avaliação psicológica + 7 sessões de intervenção + encaminhamento para consulta de desenvolvimento
9 anos	Feminino	Alterações de comportamento	4 sessões de avaliação + 6 de intervenção



11 anos	Feminino	Alterações de comportamento	Drop-out ao fim de 2 sessões, por mudança de residência
12 anos	Masculino	Alterações de comportamento	Drop-out ao fim de 3 sessões
14 anos	Masculino	Alterações de comportamento	4 sessões de avaliação psicológica e 15 sessões de intervenção
15 anos	Masculino	Avaliação Psicológica	4 sessões de avaliação psicológica

Na tabela acima é possível verificar que o acompanhamento clínico foi realizado com dez crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 15 anos de idades. Destes dez pacientes metade eram do sexo feminino e a outra metade do sexo masculino. O principal motivo de referência prendia-se com alterações de comportamento. Três dos casos acompanhados resultaram de pedidos de avaliação psicológica, sendo que dois desses foram seguidamente encaminhados para consulta de desenvolvimento.

Estágio na Unidade Cuidados na Comunidade Cacém Care

Para além da função assistencial directa o psicólogo tem ainda a função de se envolver em actividades de saúde comunitária desenvolvidas pelo Centro de Saúde, promovendo, de um ponto de vista psicológico, a prevenção dos problemas de saúde da comunidade. Neste sentido tem ainda de ter em atenção as características da comunidade que podem influenciar negativamente a saúde como pobreza e condições degradadas de habitação, mobilidade de certos grupos sociais, exposição a violência e erosão de redes sociais (Trindade, 1999), para que a sua intervenção seja o mais adequada possível. Torna-se importante a participação em actividades de educação para a saúde não só em acções direccionadas para a população escolar mas também com outras populações-alvo tendo em conta os projectos desenvolvidos nos Centros de Saúde. O psicólogo deve então proceder a uma avaliação prévia das necessidades do grupo-alvo, adequar as mensagens preventivas aos níveis de desenvolvimentos dos participantes, dinamizar os parceiros necessários ao desenvolvimento destas acções e projectos tendo em conta a credibilidade dos canais de transmissão junto do grupo-alvo. As intervenções deverão, por sua vez, centrar-se em otimizar os recursos afectivos e cognitivos da população envolvida e contribuir para o desenvolvimento de competências que facilitem a resistência à pressão social (Trindade & Teixeira, 1998).

Acções com alunos da Comunidade Educativa do Cacém: Integradas no Plano de Acção da UCC Cacém Care, o Psicólogo assume a co-responsabilidade de algumas das acções de Educação para a Saúde com a Comunidade Educativa. Este ano houve a oportunidade de, no estágio, participar em algumas, destinadas a alunos (parte dos constituintes da Comunidade Educativa). Estas sessões fazem parte de projectos de continuidade. Em anos anteriores, foram ainda desenvolvidas sessões com Encarregados de Educação, e agentes educativos (professores, auxiliares de acção educativa).



O tema do *cyberbullying* foi pela primeira vez abordado, numa sessão de educação para a Saúde, a pedido dos próprios alunos aos professores, que por sua vez interpelaram a equipa de Psicólogos da autarquia e do ACES.

Tabela 2: *Acções de Educação para a Saúde realizadas e população abrangida*

Acções/Projecto	Nº de Sessões	Nº de Turmas	Total de alunos	Idades
Sexualidade/ “Eu, tu e todos os que conhecemos”	2 sessões por turma (40 sessões no total)	20 turmas	480 alunos	Entre os 8 e os 12 anos (3º ano de escolaridade)
Violência no namoro/ “Amor sem Violência”	1 sessão por turma (9 sessões no total)	9 turmas	217 alunos	Entre os 14 e os 18 anos (turmas de 9º ano e ensino secundário)
<i>Cyberbullying</i>	1 sessão por turma (5 sessões no total)	5 turmas	126 alunos	Entre os 11 e os 13 anos (turmas de 7º ano de escolaridade)

Analisando a tabela 2 é possível verificar que ao longo deste estágio curricular foram abrangidas 34 turmas, num total de 823 crianças e jovens entre os 8 e os 18 anos de idade. Os temas abordados foram escolhidos considerando o nível de desenvolvimento da população-alvo.

Acções com população adulta – Curso de Preparação para a Parentalidade: Em 1993, a Organização Mundial de Saúde sublinhou a necessidade de intervir nos cuidados de saúde na primeira infância. A promoção da saúde mental deve ser iniciada precocemente, principalmente considerando que a saúde mental infantil influencia a saúde psicossocial ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo. A União Europeia, por sua vez, em 1996, estabeleceu um plano de acção no qual se inclui a promoção da saúde mental na primeira infância, considerando o período entre os 0 e os 6 anos. Este plano pretendia ainda reduzir os factores de risco para a saúde mental, tais como maus tratos, violência, discriminação e exclusão social, bem como fortalecer os factores que potenciam a saúde mental, tais como o apoio psicológico e social na maternidade e o apoio às relações pais-criança (Silva, Eira, Vicente, & Guerreiro, 2012). Tem-se que as experiências precoces são o fundamento para o desenvolvimento de comportamentos mais complexos, daí a importância dos factores ambientais, principalmente nos primeiros anos de vida, uma vez que os bebés possuem ainda uma grande plasticidade e, por isso, são muito sensíveis às influências do meio (Leitão, 1989).

Neste sentido o Centro de Saúde do Cacém realiza então o Curso de Preparação para a Parentalidade. Este curso é constituído por 12 sessões, que se encontram distribuídas por diferentes profissionais (Enfermeiros, Fisioterapeutas, Técnicos de Higiene Oral, Assistentes Sociais e Psicólogos), mediante os temas da sua área de especialidade. As participantes são grávidas a partir das 30 semanas de gestação, estando o curso aberto ao companheiro/a e possibilitando-se a vinda de alguém nomeado pela grávida. As grávidas inscrevem-se através



da equipa de saúde materna, sendo o grupo fechado e tendo o limite de 10 grávidas por curso. Por questões de disponibilidade do técnico, este dinamiza apenas uma das sessões, onde são abordados conteúdos como as tarefas da gravidez, práticas parentais e desenvolvimento do bebé no primeiro ano de vida. A importância da relação e das interações precoces são pano de fundo desta sessão.

Discussão

O Psicólogo, nos Cuidados de Saúde Primários, assume tarefas diversificadas. Entre o trabalho Clínico (avaliação/acompanhamento psicológico/aconselhamento em saúde); o trabalho Comunitário (potenciando as variáveis psicológicas protetoras/promotoras da Saúde) à Investigação (estudo de variáveis psicológicas que permitam melhor intervir com o utente e com a comunidade). Existe muito para fazer e por falta de recursos humanos (mais psicólogos) as lacunas existem, no trabalho desenvolvido. Neste sentido reforçamos a necessidade de mais profissionais para que se possa dar resposta a quem nos procura e sugerimos a manutenção destes locais de estágio onde é possível Crescer, Aprender, Construir, através de Empoderamento Multidimensional.

Agradecimentos

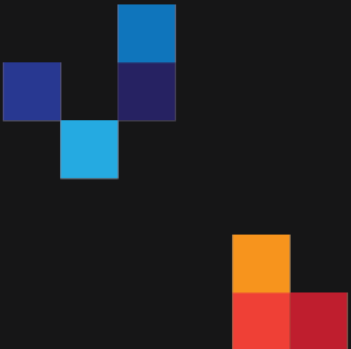
Agradecemos à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e ao ACES Sintra, nomeadamente ao Gabinete de Psicologia do Centro de Saúde do Cacém a possibilidade de realização de estágio curricular nesta instituição. À UCC Cacém Care e a todos os profissionais de saúde que colaboraram connosco ao longo das mais diversas Acções de Educação para a Saúde.

Contacto para Correspondência

Ana Farinha, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Cidade Universitária, asfarinha_93@hotmail.com

Referências

- Leitão, F. A. R. (1989). A avaliação de programas de intervenção educativa precoce. *Educação Especial e Reabilitação*, (1), 43-50.
- Silva, P. C., Eira, C., de Góis Vicente, M., & Guerreiro, R. (2012). Promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças através dos Serviços de Cuidados de Saúde Primários. *Análise Psicológica*, 21(1), 59-76.
- Trindade, I. (1999). Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 17(3), 569-576.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (1998). Intervenção psicológica em centros de saúde: O psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 16(2), 217-229.



FAMÍLIA E DESENVOLVIMENTO INFANTIL





Crianças desaparecidas: Revisão sistemática

Ana Tavares¹, Carla Crespo¹, & Maria Teresa Ribeiro¹,

1. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal

Resumo

Objetivo: O desaparecimento de uma criança pode ser caracterizado por uma perda ambígua em que a criança está ausente fisicamente, mas presente psicologicamente. No contexto da literatura atual não é ainda claro como é que indivíduos e famílias se adaptam a este evento adverso, verificando-se um escasso investimento na investigação sobre este tema.

Método: No presente estudo realizou-se uma revisão sistemática dos estudos empíricos relacionados com a temática do desaparecimento de uma criança.

Resultados: Foram incluídos na revisão 37 estudos, 28 de cariz quantitativo, 5 de cariz qualitativo e 4 que utilizaram metodologias mistas, publicados entre os anos de 1988 e 2014. A partir de uma análise qualitativa, identificaram-se quatro grandes temas: programas de prevenção de rapto; características do desaparecimento; implicações no reconhecimento de pessoas desaparecidas; impacto psicossocial do desaparecimento.

Conclusão: A revisão permitiu concluir que os estudos que avaliam o impacto individual e familiar do desaparecimento são ainda poucos. Verifica-se a necessidade de examinar as características do desaparecimento e o impacto psicossocial do mesmo consoante as características do desaparecimento, de modo a contribuir para práticas de intervenção eficazes e empiricamente sustentadas.

Palavras-chave: criança desaparecida; família; perda ambígua.



Abstract

Aim: A child's disappearance can be characterized by an ambiguous loss, where the child is physically absent but psychologically present. Research on this phenomenon is scarce and currently it is not clear how individuals and families adapt to this event,

Method: This systematic review aims at empirical studies related to the topic of a child's disappearance.

Results: Thirty-seven studies published between 1988 and 2014 were included in this review; of those 28 were quantitative, five were qualitative and four employed mixed methods. After a qualitative analysis, four thematic categories were established: kidnapping prevention programmes; disappearance characteristics; missing person's recognition implications; psychosocial impact of the disappearance.

Conclusion: This review concluded that studies evaluating the individual and family impact of the disappearance are still scarce. The gaps in the current literature include the need to examine the characteristics of the disappearance and its psychosocial impact according to the former in a way that contributes to empirically sustained and efficacious intervention practices.

Keywords: missing child; family; ambiguous loss.



Introdução

O conceito de criança desaparecida refere-se a qualquer pessoa menor de dezoito anos, cujo paradeiro é desconhecido (United Nations Children's Fund [UNICEF] & International Centre for Missing & Exploited Children [ICMEC], 2011). O desaparecimento requer a existência de uma quebra de contacto podendo ser entendido como um *continuum* entre o intencional (e.g. fuga) ou não intencional (e.g. rapto) (Biehal, Mitchell, & Wade, 2003). Devido à heterogeneidade de situações abrangidas, estudos recentes procuraram identificar subcategorias deste conceito (Biehal et al, 2003; Finkelhor, Asdigian, & Hotaling, 1995; Henderson, Henderson, & Kiernan, 2000; Sedlak, Finkelhor, Hammer, & Scultz, 2002). Atualmente, a definição de crianças desaparecidas, adotada também em Portugal, engloba as seguintes categorias: rapto parental; rapto efetuado por terceiros; fuga; perdidos e/ ou feridos ou outro tipo de desaparecimento e crianças migrantes não acompanhadas (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2004; Sedlak et al., 2002; UNICEF & ICMEC, 2011).

A Teoria da Perda Ambígua enquadra o desaparecimento como uma perda que se caracteriza pela ambiguidade devido à incerteza/falta de informação sobre o paradeiro/estado da pessoa (Boss, 2007), podendo encontrar-se fisicamente ausente mas psicologicamente presente (Boss, 1999; Boss, 2002a; Boss, 2009; Boss, Greenberg, & Pearce-McCall, 1990). Provocado por uma causa externa, este tipo de perda pode gerar reacções físicas, emocionais e relacionais negativas (Betz & Thorngren, 2006; Boss, 2002b; Boss, 2004) e promove dificuldades aos membros da família em definirem o seu papel, impedindo ou dificultando o reajustamento do funcionamento familiar (Betz & Thorngren, 2006; Boss, 2002b; Boss, 2004; Bowers, 2007). As fronteiras ambíguas, caracterizadas pela indefinição do papel e da participação no sistema familiar, constituem um factor de risco para o bem-estar e saúde, prejudicando a gestão do stress (Boss, 2007).

A literatura atual sobre a temática das crianças desaparecidas apresenta uma base empírica limitada; poucos estudos existem sobre a avaliação do impacto do desaparecimento nas suas diversas especificações e ainda sobre os fatores que contribuem para a adaptação de indivíduos e famílias. O presente estudo pretende colmatar esta lacuna, reunindo os estudos empíricos existentes que focam a temática das crianças desaparecidas num sentido lato, tendo em conta dois objetivos principais: promover um maior conhecimento sobre o estado de arte nesta temática e compreender as áreas de investigação existentes no estudo do desaparecimento de crianças.

Metodologia

Realizou-se uma revisão sistemática através de uma pesquisa em quatro bases de dados eletrónicas: três incluídas na EBSCO Host (PsycINFO; PsycARTICLES e Psychology and Behavioural Sciences Collection) e a Web of Science. A pesquisa foi efectuada através da combinação dos seguintes termos: “missing child*” OR “child* disappearance” OR “child* abduction” OR “lost child”. Não se utilizou qualquer tipo de limitação no que concerne a datas ou ao tipo de publicação.



Seleção dos estudos

A equação de pesquisa resultou na identificação de 1567 documentos. A amplitude temporal foi de 1892 a 20 de Março de 2015. Após a eliminação de duplicados a partir do programa ENDNOTE, restaram 1466 documentos. Numa primeira revisão, optou-se por selecionar os artigos de acordo com o título e resumo, tendo os critérios de inclusão sido os seguintes: a) artigos científicos empíricos em língua portuguesa ou inglesa b) tema principal relacionado com crianças desaparecidas. O processo de seleção encontra-se descrito na Figura 1. Adicionalmente, foram adicionados quatro artigos à revisão por preencherem os critérios, três dos mesmos selecionados através de referências secundárias e um identificado através de outras fontes.

Dos documentos selecionados, existem oito que foram identificados como relevantes, sendo que não foi possível aceder aos resumos dos mesmos. Por conseguinte, estes não puderam ser avaliados e foram excluídos da seleção final. Foram ainda excluídos, numa segunda triagem, seis artigos por não se conseguir aceder ao texto completo.

Resultados

Após a seleção dos dados, obtiveram-se 37 registos que cumpriram os critérios de inclusão. Os estudos selecionados compreendem um período temporal entre 1988 e 2014, sendo que 12 foram publicados antes de 2000, 14 entre 2001 e 2009, sendo os restantes 11 posteriores a 2010. Os estudos foram realizados maioritariamente nos Estados Unidos da América (n=32), sendo a origem dos restantes a seguinte: Inglaterra (n=1), Canadá (n=1), Bósnia e Herzegovina (n=1) e Austrália (n=2). Relativamente à tipologia das investigações, destacam-se as de cariz quantitativo (n=28), sendo que destes 15 adotaram uma metodologia experimental e 13 uma metodologia não experimental. Os restantes artigos adotaram metodologias mistas (n=4) e qualitativas (n=5). No que concerne às temáticas exploradas nos estudos, foram identificadas quatro principais grupos de estudos: programas de prevenção de rapto (n=7), características do desaparecimento (n=10); implicações no reconhecimento de pessoas desaparecidas (n=9); impacto psicossocial do desaparecimento (n=11).

Discussão

A presente revisão de literatura debruçou-se sobre o contexto psicossocial do desaparecimento de uma criança. Com a finalidade de compreender a investigação existente sobre este fenómeno optou-se por uma estratégia de pesquisa alargada, com base numa equação de pesquisa abrangente em termos de conteúdo e de período temporal, não se tendo fixado qualquer limite em termos da data de publicação dos artigos revistos. Foram identificados 37 artigos provenientes de cinco países publicados entre 1988 e 2014.

A nível global, verificou-se que os estudos de investigação sobre o desaparecimento de uma criança apresentavam uma grande dispersão de temas. Da análise qualitativa realizada, emergiram quatro categorias de estudos relacionadas com a temática em estudo: programas de prevenção de rapto; características do desaparecimento; implicações no reconhecimento de pessoas desaparecidas; impacto psicossocial do desaparecimento.



A complexidade da temática é ainda proeminente pelo facto de se distinguirem diferentes categorias de desaparecimento (IAC, 2004; Sedlak et al., 2002; UNICEF & ICMEC, 2011), o que indicia que podem existir diferentes características associadas a diferentes tipos de desaparecimento, sendo esta uma lacuna significativa na literatura atual. Ao nível familiar, tendo em conta a perspetiva sistémica, é importante compreender o desenvolvimento e a adaptação das famílias neste contexto de adversidade (Tubbs & Boss, 2000), considerando a influência do tempo e dos movimentos da família ao longo do mesmo.

A metodologia de revisão realizada tornou-se fundamental para compreender a direção das investigações relacionadas com crianças desaparecidas. Algumas fragilidades do presente estudo prendem-se com o facto do conceito de crianças desaparecidas englobar diversas categorias e a perda aparecer, por vezes, associada à morte de uma criança, o que interferiu com a pesquisa realizada.

Apesar das limitações identificadas, os resultados contribuem para uma sistematização da investigação nesta área permitindo que, a partir da identificação das linhas de investigação, se possam colmatar as limitações encontradas. As investigações ainda são díspares nas temáticas que focam e têm como objetivo principal a caracterização do fenómeno e a avaliação de medidas preventivas. Uma das lacunas principais ao nível do conteúdo é a inexistência de estudos que avaliem o impacto psicossocial e os diferentes fatores associados à adaptação psicológica. Considera-se também que ainda se conhece pouco sobre o impacto dos diferentes tipos de desaparecimento nos diferentes indivíduos e sistemas envolvidos. O desaparecimento é um evento pouco frequente na comunidade mas é uma situação de crise inesperada e imprevista (Wayland, 2007) que afeta profundamente as famílias e amigos dos desaparecidos (Henderson et al., 2000; Wayland, 2007). É sobretudo pela intensidade deste evento não normativo que se justificam novas investigações que possam contribuir para uma melhor compreensão do seu impacto psicossocial e, conseqüentemente, para a intervenção junto de indivíduos e famílias envolvidos.

Agradecimentos

Estudo financiado pela Universidade de Lisboa.

Contacto para Correspondência

Ana Tavares, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Alameda da Universidade, 1649-013 Lisboa, ana.af.tavares@gmail.com

Referências

- Baraković, D., Avdibegović, E., & Sinanović, O. (2013). Depression, anxiety and somatization in women with war missing family members. *Mater Sociomed*, 25(3), 199-202. doi: 10.5455/msm.2013.25.199-202
- Beasley, J. O., Hayne, A. S., Beyer, K., Cramer, G. L., Berson, S. B., Muirhead, Y., & Warren, J. I. (2009). Patterns of prior offending by child abductors: A comparison of fatal and non-fatal outcomes. *International Journal of Law And Psychiatry*, 32(5), 273-280. doi:10.1016/j.ijlp.2009.06.009



- Beck, K. V., & Miltenberger, R. G. (2009). Evaluation of a commercially available program and in situ training by parents to teach abduction-prevention skills to children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(4), 761-772. doi:10.1901/jaba.2009.42-761
- Betz, G., & Thorngren, (2006). Ambiguous loss and the family grieving process. *The Family Journal*, 14(4), 359-365. doi: 10.1177/1066480706290052
- Biehal, N., Mitchell, F., & Wade, J. (2003). *Lost from view: A study of missing people in the UK*. Bristol: The Policy Press.
- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. United States of American: The Harvard College.
- Boss, P. (2002a). Ambiguous Loss: Working with families of the missing. *Family Process*, 41(1), 14-17. doi: 10.1111/j.1545-5300.2002.40102000014.x
- Boss, P. (2002b). Ambiguous loss in families of the missing. *Lancet Supplement*, 360, s39-s40. doi:10.1016/s0140-6736(02)11815-0
- Boss, P. (2004). Ambiguous loss research, theory, and practice: Reflections after 9/11. *Journal of Marriage and Family*, 66(3), 551-566. doi: 10.1111/j.0022-2445.2004.00037.x
- Boss, P. (2007). Ambiguous loss theory: challenges for scholars and practitioners. *Family Relations*, 56(2), 105-111. doi: 10.1111/j.1741-3729.2007.00444.x
- Boss, P. (2009). The trauma and complicated grief of ambiguous loss. *Pastoral Psychol*, 59(2), 137-145. doi: 10.1007/s11089-009-0264-0
- Boss, P., Greenberg, J., & Pearce-McCall, D. (1990). *Measurement of boundary ambiguity in families*. St. Paul, Minnesota: Minnesota Agricultural Experiment Station University of Minnesota.
- Boudreaux, M., Lord, W., & Dutra, R. (1999). Child Abduction: Aged-Based Analyses of Offender, Victim, and Offense Characteristics in 550 Cases of Alleged Child Disappearance. *Journal of Forensic Sciences*, 44(3), 539-553.
- Bowers, D. (2007) *A children is missing: Providing support for families of missing children*. Alexandria, Virginia: National Center for Missing & Exploited Children.
- Carroll-Rowan, L. A., & Miltenberger, R. G. (1994). A Comparison of procedures for teaching abduction prevention to preschoolers. *Education and Treatment of Children*, 17(2), 113-128.
- Charman, S. D., & Carol, R. N. (2012). Age-progressed images may harm recognition of missing children by increasing the number of plausible targets. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 1(3), 1171-178. doi:10.1016/j.jarmac.2012.07.008
- Clark, J., Warburton, J., & Tilse, C. (2009). Missing siblings: seeking more adequate social responses. *Child & Family Social Work*, 14(3), 267-277. doi:10.1111/j.1365-2206.2008.00593.x
- Clark, J. (2012). 'You are going to drop the ball on this ...': using siblings' stories to inform better interprofessional practice when someone goes missing. *Police Practice and Research*, 13(1), 31-43. doi:10.1080/15614263.2011.574069
- Cole, W. A., & Bradford, J. M. (1992). Abduction during custody and access disputes. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne De Psychiatrie*, 37(4), 264-266.
- DeYoung, R., & Buzzi, B. (2003). Ultimate coping strategies: The differences among parents of murdered or abducted, long-term missing children. *Journal of Death & Dying*, 47(4), 343-360. doi:10.2190/QYTT-GC1X-MNLX-6WLU
- Dixon, R. M., & Pasnak, R. (1997). Perceptions of the risk of child abduction or loss and the utility of child electronic security devices. *Child: Care, Health and Development*, 23(5), 415-421. doi:10.1111/j.1365-2214.1997.tb00908.x
- Erikson, M., & Friendship, C. (2002). A typology of child abduction events. *Legal & Criminological Psychology*, 7(1), 115. doi:10.1348/135532502168423
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Asdigian, N. (1995). Attempted non-family abductions. *Child Welfare League of America*, 34(5), 941-955



- Finkelhor, D. G. (1996). New categories of missing children: Injured, lost, delinquent, and victims of caregiver mix-ups. *Child Welfare League of America*, 75(4), 291-310.
- Gier, V. S., & Kreiner, D. S. (2009). Memory of children's faces by adults: Appearance does matter. *Applied Cognitive Psychology*, 23(7), 972-986. doi:10.1002/acp.1520
- Gier, V. S., Kreiner, D. S., & Hudnell, W. J. (2012). Amber alerts: Are school-type photographs the best choice for identifying missing children?. *Journal of Police And Criminal Psychology*, 27(1), 9-23. doi:10.1007/s11896-011-9085-z
- Greer, J. D., Pan, P., Flores, D., & Collins, M. C. (2012). Priming and source credibility effects on individual responses to AMBER and other mediated missing child alerts. *The Social Science Journal*, 49(3), 295-303. doi:10.1016/j.soscij.2011.09.004
- Greif, G. L. (2000). A parental report on the long-term consequences for children of abduction by the other parent. *Child Psychiatry & Human Development*, 31(1), 59-78.
- Greif, G. L. (2003). Treatment implications for adults who were parentally abducted when young. *Family Therapy*, 30(3), 151-165.
- Greif, G. L., & Bowers, D. T. (2007). Unresolved Loss: Issues in Working with Adults Whose Siblings were Kidnapped Years Ago. *The American Journal of Family Therapy*, 35(3), 203-219. doi:10.1080/01926180600843287
- Greif, G. L., & Hegar, R. L. (1994). Parents who abduct: A qualitative study with implications for practice. *Family Relations*, 43(3), 283-288. doi:10.2307/585419
- Hegar, R. L., & Greif, G. L. (1991). Abduction of children by their parents: A survey of the problem. *Social Work*, 36(5), 421-426.
- Hegar, R. L., Orme, J. G., & Greif, G. L. (1993). Self-esteem in parents of children abducted by the other parent. *Children And Youth Services Review*, 15(1), 9-26. doi:10.1016/0190-7409(93)90050-J
- Hegar, R. L., & Greif, G. L. (1993). Parental assessment of the adjustment of children following abduction by the other parent. *Journal of Child and Family Studies*, 2(2), 143-158. doi:10.1007/bf01350649
- Henderson, M., Henderson, P., & Keirnan, C. (2000). Missing persons: incidence, issues and impact. *Australian Institute of Criminology: Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*, 144, 1-6.
- Instituto de Apoio à Criança [IAC] (2004). *Desaparecimento e exploração sexual de crianças. Situação em Portugal*. Lisboa: Grafitime, Lda.
- International Committee of the Red Cross [ICRC] (2013). Accompanying the families of missing persons - a practical handbook. Geneva: ICRC.
- Johnson, B. M., Miltenberger, R. G., Egemo-Helm, K., Jostad, C. M., Flessner, C., & Gatheridge, B. (2005). Evaluation of behavioral skills training for teaching abduction-prevention skills to young children. *Journal Of Applied Behavior Analysis*, 38(1), 67-78. doi:10.1901/jaba.2005.26-04
- Johnson, B. M., Miltenberger, R. G., Knudson, P., Egemo-Helm, K., Kelso, P., Jostad, C., & Langley, L. (2006). A preliminary evaluation of two behavioral skills training procedures for teaching abduction-prevention skills to schoolchildren. *Journal Of Applied Behavior Analysis*, 39(1), 25-34. doi:10.1901/jaba.2006.167-04
- Lampinen, J., Arnal, J. D., Adams, J., Courtney, K., & Hicks, J. L. (2012). Forensic age progression and the search for missing children. *Psychology, Crime & Law*, 18(4), 405-415. doi:10.1080/1068316X.2010.499873
- Lampinen, J. H., Miller, J. T., & Dehon, H. (2011). Depicting the missing: Prospective and retrospective person memory for age progressed images. *Applied Cognitive Psychology*, 26(2), 167-173. doi:10.1002/acp.1819
- Lampinen, J. M., Peters, C. S., & Gier, V. S. (2012). Power in numbers: The effect of target set size on prospective person memory in an analog missing child scenario. *Applied Cognitive Psychology*, 26(5), 702-708. doi:10.1002/acp.2848



- Lampinen, J. M., & Sweeney, L. N. (2014). Associated adults: Prospective person memory for family abducted children. *Journal of Police And Criminal Psychology*, 29(1), 22-27. doi:10.1007/s11896-013-9120-3
- Miller, J. M., Kurlycheck, M., Hansen, J. A., & Wilson, K. (2008). Examining child abduction by offender type patterns. *JQ: Justice Quarterly*, 25(3), 523-543. doi:10.1080/07418820802241697
- Patterson, G. g. (2007). Examining missing person police reports to identify the service needs of runaway youth and their families. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 16(3), 73-88. doi:10.1080/10911350802107751
- Plass, P. (2007). Secondary victimizations in missing child events. *American Journal of Criminal Justice*, 32(1-2), 30. doi:10.1007/s12103-007-9008-9
- Poche, C., Yoder, P., & Miltenberger, R. G. (1988). Teaching self-protection to children using television techniques. *Journal Of Applied Behavior Analysis*, 21(3), 253-261. doi:10.1901/jaba.1988.21-253
- Sedlak, A; Finkelhor, D; Hammer, H; Scultz, D (2002). *National estimates of missing children: An overview*. Washington: U.S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Spilman, S. K. (2006). Child abduction, parents' distress, and social support. *Violence and Victims*, 21(2), 149-165. doi:10.1891/vivi.21.2.149
- Steidel, S. E. (2006). *Missing and abducted children: A law-enforcement guide to case investigation and program management*. (3^{ed}). Alexandria: National Center for Missing & Exploited Children.
- Sweeney, L. N., & Lampinen, J. M. (2012). The effect of presenting multiple images on prospective and retrospective person memory for missing children. *Journal of Applied Research in Memory & Cognition*, 1(4), 235-241. doi:10.1016/j.jarmac.2012.08.001
- Tarasenko, M. A., Miltenberger, R. G., Brower-Breitwieser, C., & Bosch, A. (2010). Evaluation of peer training for teaching abduction prevention skills. *Child & Family Behavior Therapy*, 32(3), 219-230.
- Tubbs, C. Y., & Boss, P. (2000). An essay for practitioners dealing with ambiguous loss. *Family Relations*, 49(3), 285-286. doi:10.1111/j.1741-3729.2000.00285.x
- United Nations Children's Fund [UNICEF], & International Centre for Missing & Exploited Children [ICMEC]. (2011). *Missing Children in Central America: Research of Practices and Legislation on Prevention and Recovery*. USA: The Koons Family Institute on International Law & Policy.
- Wayland, S. (2007) *Supporting those who are left behind – a counselling framework to support families of missing people*. Canberra: Australian Federal Police.



A promoção do desenvolvimento psicológico em contexto educativo de creche

Ana Mafalda Pinho¹, Maria de Lourdes Cró², & Maria da Luz Vale Dias³

1. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

2. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra, Portugal

3. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

Resumo

Este trabalho enquadra-se na área da Psicologia do Desenvolvimento, particularmente, no que se refere à promoção do desenvolvimento psicológico da criança considerando o contexto educativo. Pretende-se demonstrar a importância para o desenvolvimento psicológico das crianças da sua permanência, em idades precoces, em contextos educativos, baseando a intervenção pedagógica na utilização de um programa específico fundamentado nas diretrizes da abordagem curricular *High/Scope* (Post & Homann, 2011) bem como no modelo *Portage* (Williams & Aiello, 2009).

Uma vez que o cuidado e a educação de crianças em idades precoces têm vindo a ser transferidos do domínio privado da família para o domínio público, em instituições, como resposta às alterações durante as últimas décadas, torna-se necessário que tal contexto e o seu efeito sobre o desenvolvimento das crianças sejam objeto de estudo. Face à ausência de orientações que definam a atuação em contexto de creche, é urgente estabelecer linhas de orientação que permitam aos educadores de infância aperfeiçoar e elevar qualitativamente a sua intervenção. Assim, propomos a apresentação de uma investigação, recentemente desenvolvida (Pinho, 2015), que contou com a participação de crianças (N= 59) com cerca de 2 anos de idade, assim como com os respetivos educadores de infância (N= 4). Desenvolveu-se um estudo comparativo entre grupos de crianças sujeitas ou não ao programa acima referido, sendo que ambicionámos contribuir para a reflexão acerca da importância para o desenvolvimento psicológico das crianças de uma intervenção cientificamente informada, retirando implicações suscetíveis de ser aplicadas no âmbito da política educativa da infância em Portugal.

Palavras-chave: desenvolvimento psicológico dos 0 aos 3 anos; contexto educativo de creche; programa de intervenção; práticas adequadas ao desenvolvimento de crianças em idade precoce.



Abstract

This research falls in the area of developmental psychology, particularly with regard to the promotion of the child's psychological development considering the educational context. It was specifically intended to study the importance to the psychological development of children of their sojourn at early ages in daycare educational contexts, basing the pedagogical intervention in the use of a specific program based on active learning and on key experiences of the High/Scope curricular approach (Post & Homann, 2011), as well as on the Portage model (Williams & Aiello, 2009).

Once the care and education of children in early ages has been transferred from the private domain of the family into the public domain, in institutions, in response to new economic, social and cultural conditions, it is necessary that such a context and its effect on children's development become object of study. The lack of guidance to action in daycare context determines that it is urgent to establish guidelines that enable kindergarten teachers improve and raise qualitatively their intervention. Thus, we present an investigation, (Pinho, 2015), where participated children (N= 59) with ages around 2 years old, and their kindergarten teachers (N= 4). We developed a comparative study between children subjected or not to the program referenced, aiming with this study to contribute to the reflection on the importance of a scientific intervention on the first three years of life. We also address some implications regarding to changes in social, political and cultural contexts that interfere in the childhood education policy in Portugal.

Keywords: psychological development from 0 to 3 years old; educational context of daycare; intervention program; appropriate practices to the development of children at an early age.



Introdução

A temática deste estudo propõe uma perspetiva inovadora de conceber a educação em contexto de creche distinta daquela que tem sido usual. Numa altura em que, finalmente, se começa a perceber que a educação de qualidade é um requisito fundamental para o desenvolvimento psicológico de qualquer criança e que intervenções educativas e/ou contextos de qualidade dúbia podem constituir um risco para a vida das crianças, é premente identificar os fatores mais favoráveis a esse desenvolvimento. As questões relacionadas com a qualidade das intervenções educativas e/ou dos contextos educativos têm sido discutidas, muito recentemente, por estarem a ser perspetivadas como tendo uma relação muito próxima com a evolução dos países, sendo que a educação de qualidade é encarada como o caminho mais plausível para colmatar as desigualdades sociais e para a promoção do empreendedorismo. Tal como “The Organisation for Economic Cooperation and Development” preconiza, reconhece-se que efetivamente há várias teorias a relacionar o investimento no desenvolvimento do capital humano com a educação, bem como a destacar o papel do capital humano no desenvolvimento económico: “Many theories explicitly connect investment in human capital development to education, and the role of human capital in economic development [...]” (OECD, 2013, p. 286). De facto, “a aprendizagem humana está relacionada com educação e desenvolvimento pessoal. É tida como um processo integrado que provoca uma transformação qualitativa na estrutura mental do indivíduo [...]” (Oliveira *et al.* 2012, p. 1627). Neste sentido, e tendo em vista um retorno positivo, procuraremos provocar uma reflexão em torno de questões geradoras da qualidade da intervenção em contexto de creche e do que realmente significa educar no âmbito do contexto em questão, uma vez que se trata de um contexto que integra crianças com especificidades muito particulares, como a precocidade em termos de idade e a consequente dependência relativamente ao adulto.

A propósito da precocidade relativamente à idade, a Organização Mundial de Saúde determinou que a primeira infância decorre do período pré-natal até aos oito anos e, também, que se trata da fase da vida mais importante para o desenvolvimento do ser humano (Cardoso & Mendes, 2014). Assim, e atendendo a que o desenvolvimento da criança se processa na interação com outras crianças, com adultos, com objetos e materiais, é premente perspetivar a infância como uma etapa da vida que implica a díade cuidado e educação, proporcionados intencionalmente em ambientes adequados, de elevada qualidade (Pinho, Cró & Vale-Dias, 2013). É amplamente reconhecido que o desenvolvimento das crianças não se processa de uma forma linear e que todo o ambiente que a envolve a influencia, o que determina que a frequência de contextos de qualidade interfira de forma positiva no desenvolvimento: “It is recognised now that children’s development is not simply linear; rather, children’s development plateaus, accelerates and deviates according to the environment and context of their lives” (Blandford & Knowles, 2013, p. 80).

Considerando o contexto de creche como um ambiente adequado e a intencionalidade educativa como um propósito na intervenção mais apropriada, na medida em que o seu objetivo primordial se relaciona com o bem-estar da criança, o que consequentemente favorece o seu desenvolvimento psicológico (Pinho, Cró & Vale-Dias, 2013; Pinho & Cró, 2013), vários estudos apontam resultados desenvolvimentais superiores, apresentados por



diversas crianças, que têm sido associados à melhor qualidade dos contextos educativos de creche frequentados. No que particularmente se refere aos resultados desenvolvimentais superiores apresentados pelas crianças, destacam-se especificamente: as competências sociais (autorregulação, autocontrolo, cumprimento de regras, capacidade de aceitação); a aptidão para a resolução dos próprios conflitos; as competências ao nível da linguagem (recetiva e expressiva); as competências cognitivas; os níveis de envolvimento mais elevados; as competências ao nível da gestão emocional (bem-estar emocional e expressão de emoções positivas) (Queirós, 2014) e as relações estáveis com vinculações mais seguras, com um papel fulcral na promoção de uma conduta social positiva (Anastácio & Nobre-Lima, 2015). Tal evidência vem corroborar a perspetiva de Zabalza (1998, p. 9) quando refere que “parece [...] não haver dúvida alguma sobre a importância que os aspetos qualitativos adquirem no âmbito da educação. E, mais ainda, quando se trata de dar atendimento a crianças pequenas”, ainda que a análise da qualidade do contexto de creche seja suscetível de se operacionalizar em torno de diferentes indicadores e que se relacione frequentemente com questões social e culturalmente aceites.

No que diz respeito à problemática da investigação tratada neste trabalho, centra-se sobretudo na necessidade de elevar qualitativamente a intervenção educativa no âmbito do contexto de creche, sendo que, para o efeito, formulámos o nosso problema em torno da possibilidade de ativar o desenvolvimento psicológico das crianças, com dois anos de idade, em contexto de creche de qualidade, cuja intervenção educativa se baseie na implementação de um programa específico e em estratégias pedagógicas adequadas. Deste modo, ao problematizar a intervenção educativa em contexto de creche, face à possibilidade de se tratar de um contexto promotor do desenvolvimento psicológico, consideramos que é fulcral o educador de infância criar hábitos enraizados de observação e reflexão para ajustar continuamente a sua intervenção às reais necessidades das crianças.

Relativamente à nossa investigação, adotámos um estudo com carácter de investigação-ação, com uma componente *quasi-experimental*, definindo dois grupos experimentais e dois grupos de controlo, e envolvendo aspetos de natureza qualitativa e quantitativa, uma vez que todo o processo de investigação se desenvolveu de uma forma participada e construída com todos os intervenientes por fases. Para além de envolver os participantes nesse processo, o método alia a investigação à intervenção e possui, igualmente, um carácter reflexivo de extrema relevância para o nosso projeto. Partimos, assim, da hipótese de que a aplicação, em contexto de creche, de um programa de intervenção específico (Variável Independente) se revela como um fator importante para a ativação do desenvolvimento psicológico das crianças (Variável Dependente).

De seguida será feita uma breve alusão à metodologia utilizada, referindo os participantes da investigação, assim como os instrumentos e procedimentos. Posteriormente, serão apresentados os resultados obtidos, uma breve discussão e as principais conclusões gerais.

Metodologia

Participantes

Esta investigação contou com a participação de 59 crianças com cerca de dois anos de idade distribuídas por quatro grupos (Grupo A, N= 16; Grupo B, N= 15; Grupo C, N= 14 e Grupo D,



N= 14), assim como com os respetivos educadores de infância (N= 4). No que especificamente se refere à idade das crianças, as do Grupo A apresentam uma idade média em anos de 2,69, as crianças que integram o Grupo B apresentam uma idade média em anos de 2,49 e as crianças do Grupo C e Grupo D apresentam uma idade média em anos de 2,42. No que particularmente se refere aos educadores de infância, importa destacar que foi nosso objetivo controlar as variáveis: habilitação académica e tempo de serviço. Deste modo, constituiu-se um grupo experimental (Grupo C) e um grupo de controlo (Grupo A) em que os seus educadores apresentavam como habilitação académica o bacharelato e cerca de 16 anos de tempo de serviço; e ainda um grupo experimental (Grupo D) e um grupo de controlo (Grupo B) em que os seus educadores eram licenciados e tinham até 5 anos de tempo de serviço.

Instrumentos e procedimentos

No que se refere aos instrumentos e procedimentos adotados, após a delimitação dos objetivos do estudo empírico e definição dos instrumentos de recolha de dados, recorremos: 1) ao inquérito por entrevista, com base num guião, destinado aos educadores de infância e que pressupunha conhecer aspetos de âmbito pessoal e profissional; 2) à utilização de uma grelha de observação/apreciação do desenvolvimento psicológico das crianças 2-3 anos, que foi aplicada na fase de pré-teste e pós-teste às crianças dos grupos experimentais e dos grupos de controlo, com o propósito de registar informação relativamente ao desenvolvimento da motricidade global e da motricidade fina, ao desenvolvimento da linguagem recetiva e da linguagem expressiva, ao desenvolvimento cognitivo e ao desenvolvimento afetivo-relacional; 3) a um questionário sociodemográfico e de dados sobre características e comportamentos da criança destinado a todas as crianças participantes; 4) à aplicação de um programa de intervenção especificamente elaborado segundo as diretrizes da abordagem curricular *High/Scope* (Post & Homann, 2011) bem como do modelo *Portage* (Williams & Aiello, 2009), para implementar nos grupos experimentais; 5) e, por fim, a um inquérito por entrevista, com base num guião, com o propósito de avaliar a perceção dos educadores responsáveis pelos grupos experimentais acerca da implementação do programa de intervenção.

Resultados

O objetivo deste estudo pressupunha perceber a importância para a ativação do desenvolvimento psicológico das crianças da sua permanência, em idades precoces, em contextos educativos de creche, alicerçando a intervenção educativa num programa elaborado com base nas diretrizes da abordagem curricular *High-Scope* (aprendizagem ativa e experiências-chave) e do modelo *Portage*. Assim, uma das principais formas de verificação desta influência consistiu em comparar grupos experimentais com grupos de controlo, antes e depois da implementação do programa de intervenção a que os primeiros foram sujeitos. Através da comparação dos grupos experimentais no momento inicial com o momento final, avaliando o incremento ou magnitude da mudança após implementação do programa, procurámos aferir os efeitos do programa de intervenção sobre o desenvolvimento psicológico das crianças, comparando também o incremento com o verificado nos grupos de controlo. Deste modo, todas as crianças foram avaliadas, na fase de pré-teste e pós-teste,



relativamente ao desenvolvimento da motricidade global e da motricidade fina, ao desenvolvimento da linguagem recetiva e da linguagem expressiva, ao desenvolvimento cognitivo e ao desenvolvimento afetivo-relacional.

Relativamente à área da Motricidade Global, em média, a magnitude da mudança foi superior nos grupos experimentais (Grupo C, Grupo Experimental em que o Educador de Infância apresenta mais tempo de serviço - GE>ts; Grupo D, Grupo Experimental em que o Educador de Infância apresenta menos tempo de serviço - GE<ts) relativamente aos grupos de controlo (Grupo A, Grupo Controlo em que o Educador de Infância apresenta mais tempo de serviço - GC>ts; Grupo B, Grupo Controlo em que o Educador de Infância apresenta menos tempo de serviço - GC<ts), tendo havido uma diferença estatisticamente significativa ($F(1,57)=23.777$, $p=.000$).

Em relação à área da Motricidade Fina, à semelhança da área da Motricidade Global, verificámos que, em média, a magnitude da mudança foi superior nos grupos experimentais relativamente aos de controlo, tendo havido uma diferença estatisticamente significativa ($F(1,57)=5.584$, $p=.022$; $F_L(3, 55)=1.142$, $p=.290$). Nos grupos experimentais, como se verifica na Tabela 1, 100% das crianças aumentou a sua pontuação, enquanto nos grupos de controlo apenas se observou o incremento de 67.74% das crianças.

Tabela 4 - Proporção de crianças que baixaram, mantiveram e aumentaram as suas pontuações para os grupos experimentais e de controlo na Motricidade Fina

Grupo	Baixou		Manteve		Aumentou	
	n	%	n	%	n	%
Grupos experimentais	0	0.00	0	0.00	28	100.00
Grupo C GE > tempo serviço	0	0.00	0	0.00	14	100.00
Grupo D GE < tempo de serviço	0	0.00	0	0.00	14	100.00
Grupos de controlo	1	3.23	9	29.03	21	67.74
Grupo A GC > tempo serviço	1	6.25	5	31.25	10	62.50
Grupo B GC < tempo de serviço	0	0.00	4	26.67	11	73.33

Ao nível da Linguagem Recetiva apurámos, de acordo com os dados da Tabela 2, que, em média, a magnitude da mudança foi superior nos grupos experimentais relativamente aos grupos de controlo, tendo havido uma diferença estatisticamente significativa ($U=218.500$, $p=.000$).



Tabela 5 - Médias e desvios-padrão da diferença entre o pré-teste e o pós-teste para os grupos experimentais e de controlo na Linguagem Recetiva

Grupo	Mínimo	Máximo	Média	DP
Grupos experimentais	0	11	3.00	2.60
Grupo C GE > tempo serviço	0	11	2.79	3.62
Grupo D GE < tempo de serviço	1	4	3.21	0.89
Grupos de controlo	0	6	0.97	1.72
Grupo A GC > tempo serviço	0	6	1.38	1.96
Grupo B GC < tempo de serviço	0	5	0.53	1.36

No que diz respeito à Linguagem Expressiva, de acordo com a Tabela 3, verificámos que o ponto de partida dos grupos experimentais é inferior ao ponto de partida dos grupos de controlo e tanto os grupos experimentais como os grupos de controlo aumentam as suas pontuações médias do pré-teste para o pós-teste. Em média, a magnitude da mudança foi superior nos grupos experimentais relativamente aos grupos de controlo, sendo que a diferença foi estatisticamente significativa ($U=210.000$, $p=.001$).

Tabela 6 - Pontuações médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, no pré-teste e no pós-teste dos grupos experimentais e dos grupos de controlo relativamente à área da linguagem expressiva

Grupo	Pré-teste					Pós-teste			
	n	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mínimo	Máximo	Média	DP
Grupos experimentais	28	1	20	10.21	5.40	3	20	14.29	3.59
Grupo C GE > tempo serviço	14	1	20	10.14	7.75	3	20	14.29	5.04
Grupo D GE < tempo de serviço	14	9	11	10.29	0.61	13	16	14.29	1.14
Grupos de controlo	31	3	21	15.23	6.08	5	21	17.13	5.35
Grupo A GC > tempo serviço	16	6	18	12.56	4.76	7	21	14.81	5.47
Grupo B GC < tempo de serviço	15	3	21	18.07	6.18	5	21	19.60	4.07

Relativamente ao Desenvolvimento Cognitivo verificámos, de acordo com a nossa hipótese, que, em média, a magnitude da mudança foi superior nos grupos experimentais relativamente aos grupos de controlo (Tabela 4). Assim, foi observado um efeito estatisticamente significativo entre o pré e o pós-teste ($F(1, 57)=66.999$, $p=.000$) e também foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre grupos ($F(1, 57)=51.815$, $p=.000$), tendo os grupos experimentais apresentado um incremento superior.



Tabela 7 - Pontuações médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, no pré e pós-teste, para os grupos experimentais e de controlo relativamente ao Desenvolvimento Cognitivo

Grupo	n	Pré-teste				Pós-teste			
		Mínimo	Máximo	Média	DP	Mínimo	Máximo	Média	DP
Grupos experimentais	28	1	15	8.57	4.53	2	19	12.04	3.86
Grupo C GE > tempo serviço	14	1	15	7.21	5.59	2	19	11.21	4.74
Grupo D GE < tempo de serviço	14	6	14	9.93	2.70	11	17	12.86	2.66
Grupos de controlo	31	3	21	17.29	4.56	6	21	18.71	4.03
Grupo A GC > tempo serviço	16	9	20	15.56	3.93	12	21	17.50	3.90
Grupo B GC < tempo de serviço	15	3	21	19.13	4.58	6	21	20.00	3.87

No que diz respeito ao Desenvolvimento Afetivo-Relacional, conforme é visível na Tabela 5, verificámos, que em média, a magnitude da mudança foi superior nos grupos experimentais relativamente aos grupos de controlo, tendo havido uma diferença estatisticamente significativa ($F(1,57)=39.191$, $p=.000$; $F_L(1,57)=0.025$, $p=.875$). Nos grupos experimentais, 92.86% das crianças aumentou a sua pontuação, enquanto nos grupos de controlo observou-se um incremento em apenas 48.39% das crianças.

Tabela 8 - Proporção de crianças dos grupos experimentais e de controlo que baixou, manteve ou aumentou as suas pontuações relativamente à área do desenvolvimento afetivo-relacional

Grupo	Baixou		Manteve		Aumentou	
	n	%	n	%	n	%
Grupos experimentais	0	.00	2	7.14	26	92.86
Grupo C GE > tempo serviço	0	.00	2	14.29	12	85.71
Grupo D GE < tempo de serviço	0	.00	0	.00	14	100.00
Grupos de controlo	4	12.90	12	38.71	15	48.39
Grupo A GC > tempo serviço	4	25.00	2	12.50	10	62.50
Grupo B GC < tempo de serviço	0	.00	10	66.67	5	33.33

Após a análise dos resultados, podemos afirmar que, de acordo com a nossa hipótese geral, a aplicação, em contexto de creche, de um programa de intervenção específico (Variável



Independente) revela-se como um fator importante para a ativação do desenvolvimento psicológico das crianças (Variável Dependente), tendo-se verificado que, com base na implementação de um programa de intervenção estruturado, as crianças dos grupos experimentais se desenvolveram mais, a vários níveis, do que as crianças dos grupos de controlo, os quais apresentaram magnitude de mudança inferior, apesar de o seu ponto de partida, no pré-teste, ter sido em diversos aspetos superior ao dos grupos experimentais. Considera-se que nestes a ausência do programa de intervenção traça essencialmente um perfil desenvolvimental natural assente numa intervenção normal em contexto de creche. Com efeito, e como seria de esperar de acordo com o avançado anteriormente, desde idades precoces, a adequada estruturação da promoção do desenvolvimento parece ter um efeito muito positivo em diversos domínios do desenvolvimento e a frequência de contextos educativos de qualidade favorece, também, o desenvolvimento de níveis de interação social, de cooperação entre pares e com adultos, além de se verificarem índices de desenvolvimento cognitivo e de linguagem superiores (Cardoso & Mendes, 2014).

Discussão

De acordo com os resultados obtidos, em relação à área de desenvolvimento da Motricidade Global e da Motricidade Fina, aspetos em que o desenvolvimento das crianças foi apreciado/avaliado antes e após o programa de intervenção, no caso dos grupos experimentais, e relativamente aos grupos de controlo, exatamente no mesmo período em que os grupos experimentais foram apreciados/avaliados, verificámos que, em média, a magnitude da mudança foi superior nos grupos experimentais comparativamente aos grupos de controlo, tendo havido uma diferença estatisticamente significativa, facto que se encontra de acordo com a nossa hipótese. No que se refere à área da Motricidade Global verificámos que, em média, a magnitude da mudança foi superior nos grupos experimentais relativamente aos grupos de controlo, sendo que a diferença foi estatisticamente significativa. Em relação a estes resultados importa destacar que, efetivamente, houve uma evolução desenvolvimental mais evidente nas crianças sujeitas ao programa de intervenção. Relativamente à área da Motricidade Fina, e à semelhança da área de desenvolvimento anterior, também esta apresenta resultados que demonstram que, em média, a magnitude da mudança foi superior nos grupos experimentais relativamente aos grupos de controlo, tendo havido uma diferença estatisticamente significativa. Deste modo, verifica-se novamente que a evolução desenvolvimental observada nas crianças foi impulsionada pela implementação do programa de intervenção, corroborando, assim, com a nossa hipótese. No que diz respeito à área da Linguagem, o desenvolvimento das crianças foi apreciado/avaliado em relação à Linguagem Recetiva e em relação à Linguagem Expressiva. Deste modo, tanto o desenvolvimento da Linguagem Recetiva como o desenvolvimento da Linguagem Expressiva foi apreciado/avaliado antes e após o programa de intervenção, no caso dos grupos experimentais, e relativamente aos grupos de controlo, exatamente no mesmo período em que os grupos experimentais foram apreciados/avaliados. Desta forma, ao nível da Linguagem Recetiva apurámos que, em média, a magnitude da mudança foi superior nos grupos experimentais relativamente aos grupos de controlo, sendo que a diferença foi estatisticamente significativa. Assim, nos grupos experimentais, 75% das crianças aumentou a sua pontuação na área da Linguagem Recetiva, enquanto nos grupos de



controlo se observou incremento em apenas 29.03% das crianças. Relativamente à área da Linguagem Expressiva constatámos que, em média, a magnitude da mudança foi igualmente superior nos grupos experimentais relativamente aos grupos de controlo, sendo que a diferença foi estatisticamente significativa, tal como se esperava de acordo com a nossa hipótese geral. Comparados os quatro grupos a diferença foi igualmente estatisticamente significativa, sendo que o Grupo D (GE<ts) obteve uma média superior ao Grupo B (GC<ts) e nos grupos experimentais 85.71% das crianças aumentou a sua pontuação, enquanto nos grupos de controlo o incremento verificou-se em apenas 45.16% das crianças. Tal situação parece dever-se ao facto de o programa de intervenção contemplar um vasto conjunto de atividades com o objetivo de ativar o desenvolvimento da Linguagem Recetiva e Expressiva. No que se refere à área do Desenvolvimento Cognitivo, à semelhança das áreas de desenvolvimento anteriores, esta foi também apreciada/avaliada antes e após o programa de intervenção, no caso dos grupos experimentais e, no caso dos grupos de controlo, foi apreciada/avaliada exatamente no mesmo período em que isto aconteceu nos grupos experimentais. Verificámos, de acordo com a nossa hipótese, que, em média, a magnitude da mudança foi superior nos grupos experimentais relativamente aos grupos de controlo, tendo havido uma diferença estatisticamente significativa. No entanto, comparados os quatro grupos a diferença não foi significativa, sendo que o Grupo D (GE<ts) obteve uma média superior ao Grupo B (GC<ts) e o Grupo B (GC<ts) revelou um resultado superior ao Grupo A (GC>ts). Nos grupos experimentais 85.71% das crianças aumentou a sua pontuação na área do Desenvolvimento Cognitivo, e nos grupos de controlo observou-se incremento em 61.29% das crianças. Mais uma vez, é notória uma evolução desenvolvimental superior nas crianças sujeitas ao programa de intervenção, e aqui é evidente que os grupos de crianças tutelados pelos educadores com licenciatura e com menos tempo de serviço foram os que apresentaram melhores resultados.

Relativamente ao Desenvolvimento Afetivo-Relacional, de acordo com os nossos resultados verificámos que, em média, a magnitude da mudança foi superior nos grupos experimentais relativamente aos grupos de controlo, tendo havido uma diferença estatisticamente significativa. Comparados os quatro grupos a diferença foi igualmente significativa. Assim, nos grupos experimentais, 92.86% das crianças aumentou a sua pontuação ao nível do Desenvolvimento Afetivo-Relacional, enquanto nos grupos de controlo se observou um incremento em apenas 48.39% das crianças.

A concluir esta discussão importa destacar que os dados revelam que os dois grupos experimentais obtiveram na fase de pré-teste e na fase de pós-teste pontuações muito próximas. No caso dos grupos de controlo, o Grupo B apresentou da fase de pré-teste para a fase de pós-teste pontuações ligeiramente superiores ao Grupo A, sobressaindo aqui o interesse em se aprofundar futuramente o impacto da formação do educador na sua prática profissional e, consequentemente, no desenvolvimento da criança. Importa referir também que os resultados obtidos parecem indicar que a implementação de um programa de intervenção pode trazer benefícios extremamente positivos, melhorando o nível desenvolvimental das crianças, uma vez que as atividades apresentadas têm correspondência com as necessidades e interesses dessas mesmas crianças; promove uma intervenção educativa de qualidade superior; os grupos de crianças tutelados por educadores com licenciatura terminada recentemente apresentam melhores resultados; e



as crianças com um nível de desenvolvimento psicomotor adequado apresentam bons resultados em outras áreas de desenvolvimento.

Conclusões gerais

A pertinência deste estudo reside, essencialmente, na demonstração da possibilidade de ativar o desenvolvimento psicológico de crianças em idade de creche, mais especificamente com cerca de 2 anos de idade, com base na implementação de um programa de intervenção organizado a partir da abordagem curricular *High-Scope* e do modelo *Portage*. Há, no entanto, necessidade de a implementação do programa ser realizada de forma rigorosa e em ambiente educativo de qualidade, para que seja possível atingir um sucesso educativo superior, pois de acordo com o que tem vindo a ser alvo de investigação por parte de vários especialistas, sempre que o sistema biológico e psicológico é adequadamente fortalecido com experiências iniciais positivas, há maior probabilidade de as crianças se tornarem adultos saudáveis. Pelo contrário, experiências adversas que ocorrem na infância podem desencadear consequências para o resto da vida, seja ao nível do bem-estar físico seja ao nível do bem-estar emocional. Assim sendo, perturbações de desenvolvimento ou biológicas nos primeiros anos de vida podem levar ao enfraquecimento de respostas fisiológicas, nomeadamente debilidade no sistema imunitário, sendo que, quanto maior é a exposição a situações adversas nos primeiros anos de vida, maior é a probabilidade de desenvolver problemas de saúde (físicos e mentais) posteriormente.

A concluir destaca-se que ativar o desenvolvimento psicológico de crianças em idade precoce, de forma responsiva e intencional, é uma tarefa exigente que requer o conhecimento aprofundado do processo de desenvolvimento e estratégias da sua promoção. Este é um dos caminhos essenciais para a excelência da intervenção educativa.

Contacto para Correspondência

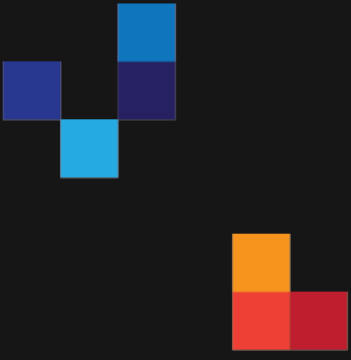
Ana Mafalda Pinho, FPCE Universidade de Coimbra, St.^a M.^a Feira,
anacastropinho@hotmail.com

Referências

- Anastácio, S. & Nobre-Lima, L. (2015). A relação entre a vinculação ao pai e à mãe e a empatia no início da adolescência. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*. Lisboa, 6 (1), 109-123.
- Blandford, S. & Knowles, C. (2013). *Developing Professional Practice 0-7*. New York: Routledge.
- Cardoso, V. B. & Mendes, P. F. (2014). Cuidados não parentais a crianças com idade inferior a três anos – revisão baseada na evidência. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 302-309.
- OECD (2013). Development Co-operation Report 2013: Ending Poverty [em linha]. OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development. Web site. Acedido em janeiro 16, 2014, em <http://dx.doi.org/10.1787/dcr-2013-en>
- Oliveira, A. S.; Martins, L. L.; Rodrigues, L. A.; Inácio, P. A. & Pocinho, M. (2012). Avaliação da personalidade em contexto educativo. In L. S. Almeida, B. D. Silva & A. Franco (Orgs.), *Atas do II Seminário Internacional "Contributos da Psicologia em Contextos Educativos"* (pp. 1627-1638). Braga: Centro de Investigação em Educação (CIED) - Instituto de Educação - Universidade Minho.
- Pinho, A.M. (2015). *O contexto educativo de creche como promotor do desenvolvimento psicológico da criança* (Dissertação de Doutoramento não Publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.



- Pinho, A.M. & Cró, M.L. (2013). Avaliar o desenvolvimento pessoal e social em contexto educativo de creche: instrumentos e procedimentos. *Cadernos de Educação de Infância*, 98, 4-6.
- Pinho, A.M.; Cró, M.L. & Vale-Dias, M.L. (2013). A formação de educadores de infância: práticas adequadas ao contexto educativo de creche. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 47 (1), 109-125.
- Post, J. & Hohmann, M. (2011). *Educação de bebés em infantários: cuidados e primeiras aprendizagens*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Queirós, M. (2014). *Inteligência emocional: aprenda a ser feliz*. Porto: Porto Editora.
- Williams, L. & Aiello, A. (2009). *O inventário portage operacionalizado: intervenção com famílias*. São Paulo: MEMNON.
- Zabalza, M. A. (1998). *Qualidade em educação infantil*. Porto Alegre: Artmed.



FAMÍLIAS E PSICOLOGIA PEDIÁTRICA





Saúde mental no acolhimento residencial de crianças e jovens: Prevalência, fatores de risco e fatores de proteção

Joana Campos¹, Maria Barbosa Ducharne¹, Pedro Dias², & Sónia Rodrigues¹

1. Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

2. Universidade Católica Portuguesa, Centro de Estudos e Desenvolvimento Humano, Faculdade de Educação e Psicologia

Resumo

O Acolhimento Residencial consiste numa medida extrafamiliar de promoção e proteção que visa colocar a criança ou o jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento permanente e de uma equipa de cuidadores que lhe garanta os cuidados adequados às suas necessidades e lhe proporcione condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral.

Em Portugal existem cerca de 8000 crianças e jovens que se encontram em Acolhimento Residencial, correspondendo este número a 0.43% das crianças e jovens portugueses.

Diversos estudos têm concluído que o índice de prevalência e severidade de problemas de saúde mental é superior em crianças e jovens acolhidos relativamente à população geral. Os fatores de risco para as problemáticas observadas estão relacionados não só com o contexto familiar prévio ao acolhimento, bem como características individuais e variáveis contextuais das próprias casas de acolhimento. Paralelamente existe um número significativo de casos clínicos que não são atempadamente diagnosticados, fazendo com que os problemas emocionais e comportamentais manifestados se revelem um fator de risco para a psicopatologia na idade adulta.

O objetivo principal deste trabalho centra-se na apresentação do estado da arte relativamente às prevalências dos problemas de saúde mental em crianças e jovens em acolhimento residencial, bem como os seus fatores de risco e fatores de proteção.

Palavras-chave: Acolhimento residencial; Crianças e adolescentes; Saúde mental; Fatores de risco e proteção



Abstract

The Residential Care is an extrafamilial promotion and protection measure that aims at placing the child or young person in the care of an entity which has the facilities and permanent equipment and a team of caregivers that guarantees you the care appropriate to their needs and provide them conditions that allow their education, welfare and integral development.

In Portugal there are about 8000 children and young people who are in Residential Care, corresponding this number to 0.43% of children and adolescents Portuguese.

Several studies have concluded that the prevalence rate and the severity of mental health problems is higher in children and young people institutionalized in relation to the general population. Risk factors for the problems observed are related not only with the family context previous to institutionalization, as well as individual characteristics and contextual variables from their centres. At the same time there is a significant number of clinical cases that are not promptly diagnosed, causing emotional and behavioral problems manifested reveal a risk factor for the psychopathology in adulthood.

The main objective of this work focuses on the presentation of the state of the art regarding the prevalence of mental health problems in children and young people in Residential Care, as well as their risk factors and protective factors.

Keywords: Residential care; Children and adolescents; Mental health; Risk factors and protective factors



Acolhimento Residencial de Crianças e Jovens

O Acolhimento Residencial (AR) consiste numa medida extrafamiliar de promoção e proteção que visa colocar a criança aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento permanente e de uma equipa que lhe garanta os cuidados adequados às suas necessidades e lhe proporcione condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (art.º49 LCPCJ 142/2015).

Representando mais de 96% das medidas executadas em regime de colocação no nosso país, existem 8297 crianças em AR em Portugal, das quais 7546 vivem em casas de acolhimento que correspondiam às tipologias de CAT e LIJ (ISS, I.P., 2016). Segundo o mesmo Relatório (ISS, I.P., 2016), o maior número de crianças e jovens que se encontram em acolhimento é observado nos distritos de Lisboa (18.6%) e do Porto (17.9%), verificando-se uma predominância de crianças e jovens do sexo masculino (51.7%) face às crianças e jovens do sexo feminino (48.3%). Relativamente à idade das crianças e jovens acolhidas, 69% têm idade igual ou superior a 12 anos (ISS, I.P., 2016).

O AR deve atender às diferentes necessidades das crianças e jovens, considerando as mudanças contínuas ao longo do tempo e do espaço (Courtney & Iwaniec, 2009). Desta forma, é possível afirmar que o AR é situado social e historicamente, fazendo com que se verifiquem diferenças entre os diferentes países (Sellick 1998). Esta rede complexa de interações pode ser descrita em termos do Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 2001), na qual múltiplos fatores influenciam o desenvolvimento que é contextualmente situado. Neste sentido, existem trocas bidirecionais entre o indivíduo e o contexto envolvente. Este contexto para ser compreendido na sua plenitude, é necessário ter em consideração os vários sistemas que o compõem. A interação entre os diferentes microssistemas forma a rede de apoio social da criança que tem o poder de modelar o impacto negativo do desenvolvimento (Siqueira & Dell'Aglia, 2006). No caso das crianças acolhidas, a casa de AR tem a configuração de um microssistema onde as crianças realizam um conjunto de atividades, funções e relações. Assim, perante um ambiente de AR promotor de relações interpessoais positivas, os sinais de problemas emocionais tendem diminuir na criança (Siqueira & Dell'Aglia, 2006).

Saúde Mental no Acolhimento Residencial

Historicamente, a psicologia tem focado nos sintomas e défices e tem definido saúde mental como a ausência de psicopatologia. Bem-estar e psicopatologia não são simplesmente opostos, mas pertencem a um mesmo *continuum* (Keyes, 2006). Alguns estudiosos da psicologia positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) advogam um paradigma com uma conceptualização de saúde mental mais compreensiva e abrangente.

A Psicopatologia do Desenvolvimento contempla o estudo da (des)continuidade dos processos (in)adaptativos e a sua evolução ao longo do ciclo de vida, tendo em vista a necessidade de integração do comportamento normativo e atípico (Achenbach, 1990). Esta grande disciplina não se cinge a uma caracterização da psicopatologia ao longo da vida, antes vai mais longe e ambiciona ultrapassar este nível descritivo e alcançar um nível mais processual e dimensional da compreensão das trajetórias de desenvolvimento, quer este seja adaptativo ou não (Soares, 2009).



Vários estudos apontam para o facto de que o índice de prevalência de problemas de saúde mental é superior em jovens acolhidos quando comparados com jovens que vivem com a sua família (Gearing, MacKenzie, Schwalbe, Brewer, & Ibrahim, 2014; Janssens & Deboutte, 2009; Schmid, Goldbeck, Nutzel, & Fegert, 2008).

Num estudo realizado nos Estados Unidos da América foi possível observar a existência de uma prevalência de perturbações psiquiátricas em crianças acolhidas de 54% (Simms, Dubowitz, & Szilagyi, 2000). Um estudo de Sempik, Ward e Darker (2008) concluiu que relativamente ao total das crianças que se encontram em AR, 72.3% apresentam problemas emocionais e comportamentais, 50.2% apresentam apenas problemas de comportamento e 22.9% apresentam problemas emocionais. Num estudo recente de Bronsard e colaboradores (2011), concluiu-se que na Europa, 48% das crianças em AR apresentam algum tipo de perturbação mental.

Em suma, as prevalências reportadas em diferentes estudos variam entre os 34% e os 86% (Bronsard et al., 2011; Janssens & Deboutte, 2009; Jozefiak et al, 2016; Oliván, 2002; Sempik, Ward, & Darker, 2008; Simms, Dubowitz, & Szilagyi, 2000).

A importância da identificação dos problemas emocionais e comportamentais em crianças prende-se com o facto de estes mais tarde poderem tornar-se fatores de risco para o desenvolvimento de problemas mais severos (Egger & Angold, 2006; Keenan & Wakschlag, 2000). Os problemas emocionais e comportamentais têm demonstrado serem estáveis ao longo do tempo. Alguns autores (Alink et al., 2006) demonstraram que quanto mais precoces forem os problemas emocionais e de comportamento maior é a probabilidade de serem estáveis.

A avaliação da presença de sintomatologia nas crianças deverá ser feita junto de vários informadores em diferentes contextos (Achenbach, Krukowski, Dumenci, & Ivanova, 2005). A Bateria ASEBA (Achenbach et al., 2014) permite a recolha de informação em diferentes contextos (e.g. escola, família) com vários informadores (e.g. cuidadores, adolescentes, professores). Esta é uma maneira rápida e de baixo custo para realizar uma avaliação completa dos problemas apresentados por esta população. O uso de uma avaliação com base empírica é crucial, uma vez que permite a conceção de intervenções clínicas eficazes e baseadas empiricamente (Achenbach et al., 2005). Segundo Tarren-Sweeney, Hazell e Carr (2004) os cuidadores tendem a reportar problemas nas crianças de forma semelhante aos pais, tornando-se, por isso informadores essenciais no contexto de AR. Os professores são também uma importante fonte de informação, uma vez que as crianças passam grande parte do seu tempo na escola (Anderson & Seita, 2006).

Sainero, del Valle e Bravo (2015) concluíram que o acordo entre os jovens e os cuidadores é superior nos problemas de externalização quando comparados com os problemas de internalização. Pereira e colaboradores (2010) identificaram alguns fatores que se associam com o (des)acordo entre os informadores, nomeadamente, tempo de acolhimento, rácio cuidador/criança, rotatividade do cuidador, tempo de interação individual com a criança.

Fatores de Risco para a Saúde Mental em Crianças Acolhidas

Fator de risco pode ser definido como ausência de oportunidades de desenvolvimento devido ao empobrecimento das interações nos seus contextos e à ausência de experiências adequadas às necessidades e capacidades da criança (Garbarino & Ganzel, 2000).



Neste âmbito existem três abordagens teóricas do risco que importa salientar.

1) Modelo Ecológico do Risco (Garbarino & Ganzel, 2000): os múltiplos fatores contextuais influenciam o desenvolvimento das crianças, sendo que estes fatores se correlacionam podendo diminuir ou exacerbar as circunstâncias de risco.

2) Modelo Cumulativo do Risco (Gutman, Sameroff, & Cole, 2003): o poder de cada fator de risco depende da acumulação dos diferentes fatores. É importante salientar que os fatores de risco não são independentes uns dos outros, sendo o número destes fatores o preditor mais importante para o desenvolvimento da criança (Appleyard, Egeland, van Dulmen, & Sroufe, 2005).

3) Modelo da Suscetibilidade Diferencial (Pluess & Belsky, 2013): os indivíduos apresentam diferentes níveis de sensibilidade ao ambiente, relativamente a experiências ambientais positivas (*Vantage Sensitivity*) e negativas (Modelo *Diathesis - Stress*).

A etiologia da psicopatologia é multifatorial destacando-se a privação de cuidados parentais e o AR (Nelson et al., 2007). De seguida serão apresentados os fatores de risco para problemas de saúde mental observados em crianças acolhidas:

1) A etiologia da elevada comorbilidade de perturbações está relacionada com uma complexa relação entre os diferentes fatores de risco como o disfuncionamento familiar, traumas, separações, exposição fetal a substâncias ilícitas e vulnerabilidades genéticas (Hjern & Vinnerljung, 2002).

2) Considerando as características das famílias das crianças acolhidas, as carências psicológicas e educativas potenciadas pelos acontecimentos de vida negativos, propiciam o aparecimento de sintomatologia psicopatológica nesta população, predispondo os jovens a elevadas taxas de morbilidade psiquiátrica (APPIA, 2005). Mesmo as crianças e jovens acolhidos que não apresentem um quadro psiquiátrico específico merecem a atenção clínica e necessitam de um apoio continuado, uma vez que o seu percurso é marcado pela vitimização e pelo insucesso escolar (APPIA, 2005).

3) As situações de perda ou de separação, bem como situações de maus-tratos ou negligência parental são alguns dos fatores responsáveis pelo aparecimento de sintomatologia depressiva em crianças e jovens acolhidos (Marcelli & Braconnier, 2005).

4) A experiência das crianças em casas de AR constitui um fator de risco para o desenvolvimento de problemas no âmbito da vinculação (Chisholm, 1998), bem como apresentam um risco aumentado para diversos problemas sociais e comportamentais (Zeanah, Smyke, Koga, & Carlson, 2005).

5) Pinhel, Torres e Maia (2009) sublinham o efeito da interrupção de cuidados e da alternância de figuras características do AR, que pode constituir um fator de risco para o desenvolvimento de padrões de vinculação inseguros, que poderão estar na base de problemas de internalização ou de externalização (Pinhel et al., 2009).

6) Pracana e Santos (2010) concluíram que quanto pior for a perceção das crianças e jovens relativamente à sua relação com os companheiros e com os cuidadores, maior é o nível de sintomatologia depressiva, ficando desta forma salientada a importância que as relações interpessoais têm para as crianças.

7) Um acolhimento superior a 6 meses potencia também a presença de sintomas depressivos (Schechory & Sommerfield, 2007).



8) O facto das crianças, muitas vezes se encontrarem acolhidas em casas deslocalizadas do seu distrito de origem, constitui um fator de risco para problemas desenvolvimentais, uma vez que este afastamento poderá acarretar sequelas decorrentes das necessidades e características presentes nestas idades (ISS, I.P. 2016).

9) As informações sobre as condições de saúde são muitas vezes difíceis de serem obtidas quando a criança integra a casa de AR. Paralelamente, algumas casas não possuem políticas específicas para averiguar o estado de saúde da criança, devido à falta de profissionais da área da saúde nas equipas das casas de AR. Estes dois fatores podem promover a manutenção de padrões de comportamento desajustados (Simms et al., 2000).

11) A mudança de casa de AR que é particularmente comum no caso das crianças que apresentam problemas psiquiátricos, tendem a impedir o progresso terapêutico (Vinnerljung, Sallnas, & Kyhle, 2001).

É importante salientar que as manifestações sintomáticas diferem consoante a idade; nível de desenvolvimento; temperamento e personalidade; vinculação entre a criança e os pais; experiências prévias; percepção da causa da separação; preparação da criança para a separação; condições do ambiente familiar; condições da casa de AR; duração do acolhimento e cuidados diferenciados em AR (Zurita & del Valle, 2005). Apesar de o AR ser percecionado como um fator de risco para o desenvolvimento das crianças, é importante salientar que este não conduz necessariamente a psicopatologia, uma vez que depende de todas estas variáveis que influenciarão uma melhor ou pior adaptação da criança à casa de AR (Zurita & del Valle, 2005). Assim, pode afirmar-se que as associações em termos das consequências não são lineares, tendo que se ter em consideração a plasticidade do organismo humano, bem como as diferenças individuais e relacionais (Pereira et al., 2010).

Fatores de Proteção para a Saúde Mental em Crianças Acolhidas

Considerando a necessidade premente de prevenção dos riscos associados ao acolhimento residencial deverão ser tidos em conta alguns princípios orientadores que propiciam o melhoramento da forma como as crianças e jovens são acolhidos: 1) duração temporal do acolhimento (deverá ser transitório e durante um curto período de tempo); 2) definição do projeto de vida com celeridade; 3) participação ativa da criança e do jovem na definição do seu projeto de vida; 4) promoção da continuidade e previsibilidade de cuidados à criança ou ao jovem (assegurando a continuidade das relações de qualidade estabelecidas) (Gomes, 2010). A par dos fatores de risco, os fatores protetores merecem ser salvaguardados.

Os fatores protetores em AR vão de encontro a todas as dimensões que contribuam para uma boa qualidade, sendo que este é um constructo complexo, multidimensional, que resulta da adequação dos serviços prestados pelas casas de acolhimento, às necessidades e características das crianças e jovens acolhidos (Rodrigues, Barbosa-Ducharne & Del Valle, 2015).

Um dos fatores mais importantes a ser levado em conta para um melhor desenvolvimento da criança é a capacidade das casas de acolhimento promoverem a criação de boas experiências relacionais e continuadas no tempo (Pinhel et al., 2009). No sentido de salientar esta ideia, Pinhel et al. (2009) destacam como características essenciais nos cuidadores, a continuidade, a disponibilidade, e a sensibilidade da resposta.



Segundo Del Valle, Bravo, Hernández e Santos (2012) para garantir uma boa qualidade no acolhimento residencial, as casas de AR deverão comprometer-se com: 1) individualidade (foco nas necessidades de cada criança); 2) respeito pelos direitos da criança; 3) cobertura das necessidades básicas; 4) educação (proporcionar o melhor recurso escolar, respeitando as capacidades de cada criança); 5) saúde (proporcionar uma boa assistência de saúde e educação para a promoção); 6) normalização e integração social (proporcionar um ambiente integrador); 7) autonomia e independência (proporcionar autonomia adequada à sua capacidade, preparando o jovem para a sua independência); 8) segurança e proteção; 9) considerar a criança como o foco da intervenção; 10) apoio às famílias (integrando-as na intervenção) (Del Valle et al., 2012).

Discussão

As crianças que se encontram em AR são um grupo vulnerável, gerador de situações que podem potenciar uma inadaptação face ao seu desenvolvimento. Considerando o potencial para a plasticidade e resiliência manifestado pelas crianças, torna-se fundamental intervir tão precoce quanto possível, considerando os seus fatores protetores e de que forma estes podem modificar os efeitos do risco numa direção positiva.

As crianças que vivem em casas de AR recebem apoio da equipa técnica que se encarrega da sua educação e desenvolvimento integral. A deteção de problemas de SM e o encaminhamento para serviços especializados depende em grande medida da sensibilidade e conhecimentos apresentados por estes profissionais (Sainero et al., 2015). Neste sentido é de grande importância o investimento em formação para os técnicos no âmbito da avaliação e deteção de problemas de saúde mental (Sainero et al., 2015), contudo para que essa formação possa ser eficiente, ela deve apoiar-se em dados de investigação.

Estes factos têm implicações para as políticas futuras referentes ao AR e para a gestão e práticas das casas de acolhimento: devem ser priorizadas medidas que assegurem a criação de mais unidades de acolhimento especializado, a integração de um maior número de técnicos com formação em Psicologia nas casas de acolhimento e o refinar de processos de triagem e avaliação psicológica e a exigência de formação específica de base ou contínua para todos os cuidadores.

Surge a necessidade de se conhecer os fatores de risco que predispõem as crianças e os jovens em AR para problemas emocionais e comportamentais para possibilitar a prevenção dos mesmos (Sainero et al., 2015).

Simultaneamente, urge a necessidade de se promoverem as competências (fatores de proteção) como forma de estimular um desenvolvimento adequado, visto que maiores índices de problemas estão associados a menores índices de competências (Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2012).

Contacto para Correspondência

Joana Campos, Centro de Psicologia da Universidade do Porto | Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Rua Alfredo Allen 4200-135 Porto, up201309884@fpce.up.pt



Nota

Este trabalho foi financiado pelo Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Fundação para a Ciência e a Tecnologia (PD/BD/114267/2016).

Referências

- Achenbach, T. M. (1990). Conceptualization of developmental psychopathology. In M. Lewis & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychology* (pp. 3-14). New York and London: Plenum Press. ISBN: 978-047-01-4765-8
- Achenbach, T., Krukowski, R., Dumenci, L., & Ivanova, M. (2005). Assessment of adult psychopathology: Meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychological Bulletin*, 131(3), 361-382. doi: 10.1037/0033-2909.131.3.361
- Achenbach, T., Rescorla, L., Dias, P., Ramalho, V., Sousa Lima, V., Machado, B., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar e Escolar*. Braga: Psiquilibrios Edições. ISBN 978-989-83-3319-3
- Alink, L. R., Mesman, J., van Zeijl, J., Stolk, M. N., Juffer, F., Koot, H. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ijzendoorn, M. H. (2006). The early childhood aggression curve: Development of physical aggression in 10- to 50-month-old children. *Child Development*, 77, 954-966. doi: 10.1111/j.1467-8624.2006.00912.x.02
- Anderson, G. R., & Seita, J. (2006). Family and social factors affecting youth in the child welfare system. In N. B. Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 67-90). New York, NY: The Guilford Press. ISBN: 978-159-38-5224-5
- Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M. H., & Sroufe, L. A. (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 235-245. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00351.x
- Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (APPIA). (2005). *Contributos para um diagnóstico e uma estratégia de intervenção integrada em matéria de saúde mental da infância e da adolescência*. Lisboa
- Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human development. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (eds.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, Volume 10 (pp. 6963-6970). New York: Elsevier
- Bronsard, G., Lançon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M., & Siméoni, M. (2011). Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1886-1890. doi:10.1016/j.chilcyouth.2011.05.014
- Chisholm, K. (1998). A Three Year Follow-up of Attachment and Indiscriminate Friendliness in Children Adopted from Romanian Orphanages. *Child Development*, 69(4), 1092-1106. doi: 10.1111/j.1467-8624.1998.tb06162.x
- Courtney, M. E., & Iwaniec, D. (eds.) (2009). *Residential care of children: Comparative perspectives*. Oxford/New York: Oxford University Press
- Del Valle, J. F., Bravo, A., Hernández, M., & Santos, I. (2012). *Equar: Estándares de calidad en acogimiento residencial*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313-337. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x
- Fernández-Daza, M., & Fernández-Parra, A. (2012). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 797-810.



- Garbarino, J., e Ganzel, B. (2000). The human ecology of early risk. In J. Shonkoff e S. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*, (2ª ed., pp. 76-93). New York: Cambridge Press. ISBN: 978-052-15-8573-6
- Gearing, R. E., Schwalbe, C. S., MacKenzie, M. J., Brewer, K. B., & Ibrahim, R. W. (2014). Assessment of adolescent mental health and behavioral problems in institutional care: Discrepancies between staff-reported CBCL scores and adolescent-reported YSR scores. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(3), 279-287. doi: 10.1007/s10488-014-0568-y
- Gomes, I. (2010). *Acreditar no Futuro*. Alfragide: Texto Editores. ISBN: 978-972-47-4121-5
- Gutman, L. M., Sameroff, A. J., & Cole, R. (2003). Academic growth curve trajectories from 1st grade to 12th grade: Effects of multiple social risk factors and preschool child factors. *Developmental Psychology*, 39, 777-790. doi: 10.1037/0012-1649.39.4.777
- Hjern, A., & Vinnerljung, B. (2002). Healthcare for children in foster and residential care. *Acta Paediatrica*, 91, 1153-1154.
- Instituto da Segurança Social, IP. (2016). *CASA 2015 - Relatório de Caracterização Anual da Situação do Acolhimento das Crianças e Jovens*. Lisboa: ISS, IP.
- Janssens, A., & Deboutte, D. (2009). Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 691-700. doi: 10.1007/s00787-009-0030-y
- Jozefiak, T., Kaye, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk A. M., & Wichstrom, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 33-47. doi: 10.1007/s00787-015-0700-x
- Keenan, K., & Wakschlag, S. (2000). More than the terrible twos: The nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 33-46.
- Keyes, C. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 395-402.
- Lei nº 142/15, de 8 de Setembro - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Diário da República. Lisboa: Diário da República.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. (F. Fonseca & R. Rocha Trad.). Lisboa: Climepsi.
- Nelson, C., Zeanah, C., Fox, N., Marshall, P., Smyke, A., & Guthrie, D. (2007). Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest Early Intervention Project. *Science*, 318, 1937-1940. doi: 10.1126/science.1143921
- Oliván, G. (2002). Maltreatment histories and mental health problems are common among runaway adolescents in Spain. *Acta Paediatrica*, 91, 1274-1275.
- Pereira, M., Soares, I., Dias, P., Silva, J., Marques, S., & Baptista, J. (2010). Desenvolvimento, psicopatologia e apego: Estudo exploratório com crianças institucionalizadas e suas cuidadoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 222-231. Doi: 10.1590/S0102-79722010000200004
- Pinhel, J., Torres, N., & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*, 4(27), 509-521.
- Pluess, M., & Belsky, J. (2013). Vantage Sensitivity: Individual differences in response to positive experiences. *Psychological Bulletin*, 139(4), 901-916. doi: 10.1037/a0030196
- Pracana, S., & Santos, S. V. (2010). Depressão em crianças e adolescentes em acolhimento institucional: Caracterização e relação com variáveis do acolhimento. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 721-735.
- Rodrigues, S. Barbosa-Ducharne, M., & Del Valle, J. F. (2015). *ARQUA-P: Sistema Compreensivo de Avaliação da Qualidade do Acolhimento Residencial Português*©. Registo 2650/2015. Lisboa:



- Secretaria de Estado da Cultura, Inspeção-Geral das Atividades Culturais - Direção de Serviços de Propriedade Intelectual.
- Sainero, A., del Valle, J. F., & Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 31(2), 472-480. doi: 10.6018/analesps.31.2.182051
- Schechory, M., & Sommerfield, E. (2007). Attachment style, home-leaving age and behavioral problems among residential care children. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 361-373.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(2), 1-8. doi:10.1186/1753-2000-2-2
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Sellick, C. (1998). The use of institutional care for children across Europe. *European Journal of Social Work*, 1(3), 301-310.
- Sempik, J., Ward, H., & Draker, I. (2008). Emotional and behavioural difficulties of children and young people at entry into care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 221-233. doi: 10.1177/1359104507088344
- Simms, M., Dubowitz, H., & Szilagyi, M. A. (2000). Health care needs of children in the foster care system. *Pediatrics*, 106, 909-918.
- Siqueira, A.C., & Dell'Aglío, D.D. (2006). O Impacto da Institucionalização na Infância e na Adolescência: Uma Revisão de Literatura. *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 71-80.
- Soares, I. (2009). *Relações de Vinculação ao Longo do Desenvolvimento: Teoria e Avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições. ISBN: 978-972-97-3884-5
- Tarren-Sweeney, M. J., Hazell, P. L., & Carr, V. J. (2004). Are foster parents reliable informants of children's behavior problems? *Child: Care, Health and Development*, 30(2), 167-175. doi: 10.1111/j.1365-2214.2003.00407.x
- Vinnerljung, B., & Ribe, M. (2001). Mortality after care among young adult foster children in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 10, 164-173.
- Zeanah, C.H., Smyke, A.T., Koga, S.F., & Carlson, E. (2005). Attachment in Institutionalized and Community in Children in Romania. *Child Development*, 76(5), 1015-1028. doi: 10.1111/j.1467-8624.2005.00894.x
- Zurita, J. F., & del Valle, J. F. (2005). Acogimiento residencial. In J. P. Ochotorena & M. I. Madariaga (Eds.), *Manual de protección infantil* (pp. 409-470). Barcelona: Masson.



Estudo da relação entre características do sono, bullying desempenho académico e comportamento em sala de aula em crianças de idade escolar

Ana Maria Gomes¹, Edite Pinto Ferreira², & Beatriz Silva³

*1. CIP Centro de Investigação em Psicologia, Departamento de
Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal*

2. Departamento de Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa

3. Departamento de Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa

Resumo

Crianças de idade escolar deveriam dormir entre dez a doze horas noturnas, mas estudos demonstram que dormem em média nove horas e que um terço desenvolve problemas de sono (Mindell et al, 2009). O sono é importante para o funcionamento ótimo e para uma boa saúde (Owens, Jones & Nash, 2011). A sonolência diurna comum e frequentemente não reconhecida, pode estar na base de um elevado número de comportamentos agressivos nas escolas (O'Brien, et. al. 2011). O objetivo geral do nosso estudo procura analisar se existe relação entre: características e qualidade do sono, comportamentos de bullying, desempenho académico e comportamentos em sala de aula. Os participantes são crianças inseridas no 1º ciclo, dos 6 aos 10/ 11 anos de idade. Os dados foram recolhidos em escolas públicas e privadas do 1º, ciclo na zona centro do país (Lisboa e Leiria), tendo 1160 participantes. Os resultados sugerem que 70% das crianças avaliadas já foi agredida, não existindo diferenças entre os sexos, nem entre escolas públicas e privadas. Os rapazes perfazem a maioria dos agressores. E os agressores identificados foram na sua maioria vitimados. É saliente que 49% dos rapazes e 50% das raparigas apresenta distúrbios do sono, não existindo diferenças entre o género. Por fim, parece não existir relação estatisticamente significativa entre distúrbios de sono e vitimização, nem entre distúrbios de sono e comportamentos agressivos.

Palavras-chave: sono, bullying, crianças, agressividade



Abstract

School-age children should sleep between ten to twelve hours nightly, but studies show that sleep an average of nine hours and a third develop sleep problems (Mindell et al, 2009). Sleep is important for the optimal functioning and good health (Owens, Jones & Nash, 2011). The common daytime sleepiness and often not recognized, can be the basis of a large number of aggressive behavior in schools (O'Brien, et. Al. 2011). The overall objective of our study to analyze whether there is a relationship between: features and quality of sleep, bullying behavior, academic performance and behavior in the classroom. Participants are children inserted in the 1st cycle, from 6 to 10/11 years old. Data were collected in public and private schools of the 1st, cycle in the center of the country (Lisbon and Leiria), with 1160 participants. The results suggest that 70% of the children has been bullied, there are no differences between the sexes or between public and private schools. The boys make up the majority of bullying behaviors. And the identified bully were mostly victims. It is projecting that 49% of boys and 50% of girls has sleep disorders, there are no differences between gender. Finally, it seems there is no statistically significant relationship between sleep disorders and victimization, or between sleep disturbances and aggressive behavior.

Keywords: sleep, bullying, children, aggression



Introdução

Vivemos numa sociedade privada de sono, quer entre os adultos, quer entre as crianças e onde os comportamentos agressivos em contexto escolar são bastante expressivos. Uma possível explicação para o comportamento agressivo podem ser características do sono perturbadas.

O sono é um fenómeno universal e no seu desenvolvimento, crianças e adolescentes passam, em média, 40% do dia a dormir (Mindell & Owens, 2003), sabemos que a importância do sono é fulcral para o desenvolvimento e saúde infantil (Dworak, Schierl, Bruns & Struder, 2007), sendo deveras importante para o funcionamento ótimo e para uma boa saúde do organismo (Owens, Jones & Nash, 2011)

Crianças de idade escolar (5 a 12 anos) deveriam dormir 10 a 12 horas noturnas, mas estudos demonstram que dormem em média 9,5 horas e que um terço desenvolve problemas de sono. (Mindell et al, 2009)

Dada a importância do sono ao nível do desenvolvimento infantil e com interferência ao nível comportamental, interessa-nos investigar até que ponto é que a higiene do sono e ou perturbações do sono podem potenciar comportamentos agressivos em crianças de idade escolar. Os comportamentos agressivos são comuns entre as crianças, e são um problema importante nas escolas (Gomes, 2013). O bullying caracteriza-se por comportamentos de violência física ou verbal em que um dos intervenientes assume poder sobre o outro. A vítima é o objeto de agressão tendo esse papel de forma repetida, esta agressão pode ser realizada por um só indivíduo, ou um grupo (Olweus, 1997). Os comportamentos de bullying são repetidos no tempo e ocorrem na sua maioria no espaço escolar, estes podem ser: insultos, piadas, gozar, alcunhas depreciativas, ridicularizar, excluir, bater, ameaçar, roubar, tocar sexualmente, intimidar. A vítima pode sofrer em silêncio, ou pode partilhar o sucedido, de qualquer forma, ser vítima de bullying é sempre uma situação altamente traumática e sofredora.

Crianças que praticam bullying apresentam um risco elevado de desenvolver problemas de comportamento, têm maior risco psiquiátricos, delinquência, abuso de substâncias, comportamento antissocial, violência e atividade criminal, enquanto as crianças vítimas de bullying revelam maior tendência para desenvolverem uma autoimagem pobre, depressão e baixa qualidade de vida (O'Brien, et al. 2011).

Messina (2006), numa investigação realizada nos EUA com crianças, apresenta resultados interessantes sobre a relação entre a falta de sono (menos de 6 horas), agressividade e a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA). As causas dos comportamentos agressivos são heterogéneas e incluem importantes fatores sociais e culturais. Alguns estudos têm apresentado uma relação entre a qualidade do sono e os comportamentos agressivos em crianças de idade escolar, e particularmente entre distúrbios do sono (DS) e comportamentos agressivos. O distúrbio respiratório



do sono (DRS) organiza-se num espectro que inclui o ressonar habitual num extremo e apneia obstrutiva do sono no outro (O'Brien, et al. 2011).

A apneia do sono caracteriza-se por uma obstrução parcial ou completa, da via aérea superior (via aérea superior = nariz, boca e orofaringe / via aérea inferior = traqueia e pulmões), disrupção da ventilação normal, hipoxemia (reduzido teor de oxigénio no sangue). Esta problemática leva à interrupção do sono, com despertares causados pela falta de ar (O'Brien, et al. 2011). Outros estudos mostram uma forte associação entre o distúrbio respiratório do sono e perturbação de hiperatividade e défice de atenção PHDA, com manifestações frequentes de comportamentos agressivos por parte de crianças com DRS (O'Brien, et al. 2011). É importante considerar que o distúrbio respiratório do sono passa muitas vezes despercebido na infância, e pode ter consequências significativas na vida escolar e comportamental da criança. Apesar de tudo, pode ser facilmente diagnosticado e tratado.

As características do sono perturbado incluem a análise da duração do sono e das perturbações do sono. Os distúrbios de sono na infância podem ser divididos segundo os que têm etiologia fisiológica e não fisiológica. A etiologia fisiológica considera: distúrbios respiratórios relacionados com o sono DRS (Parassónias) (Blunden, 2011). Os distúrbios de etiologia não fisiológica são os problemas de sono mais comuns nos primeiros anos. Inclui as dissónias, caracterizadas por dificuldade em iniciar ou manter o estado de sono, ou sonolência excessiva (Blunden, 2011). As dissónias extrínsecas incluem uma: higiene de sono inadequada, com atividades de vida diárias inconsistentes com a manutenção de uma boa qualidade de sono e estado de alerta durante o dia. O distúrbio de ajustamento do sono está relacionada temporariamente com stress agudo, conflito, ou mudança ambiental que cause excitação emocional. O síndrome de sono insuficiente ocorre num individuo que falha, persistentemente, em obter o sono noturno suficiente, necessário para suportar a vigília normal. A perturbação de estabelecimento de tempo limite de sono refere-se à aplicação inadequada da hora de dormir pelo cuidador, com a criança a resistir ou recusar ir para a cama na hora apropriada. Na perturbação de sono associada ao início do adormecimento, o início do sono é comprometido pela ausência de um certo objeto ou um conjunto de circunstâncias (Blunden, 2011).

As crianças de idade escolar já alcançaram a consolidação do sono, e já são capazes de se auto acalmarem depois de um período de sono interrompido (Mindell et al, 1999). Apesar disso, ainda são relatadas a perturbação de sono associada ao início do adormecimento e a perturbação de estabelecimento de tempo limite (Mindell, 2003). Um sono inadequado nas crianças, seja por uma fraca higiene do sono, ou por um distúrbio do sono, está associado a um vasto leque de problemas comportamentais, cognitivos e de humor (O'Brien, et al. 2011). Por conseguinte, estatutos socioeconómicos mais baixos bem como níveis baixos de educação das mães estão ambos associados a uma pior higiene do sono dos seus filhos (O'Brien, et al. 2011). Uma redução modesta mas contínua de 1 hora de sono durante a primeira infância está associada a desempenhos cognitivos baixos aquando na entrada na escola e a



scores de hiperatividade altos, mesmo que haja uma melhoria e uma estabilidade da duração do sono entre os 3 e 6 anos. (O'Brien, Holbrook, & Mervis et al., 2013)

Há evidências que sugerem que o DRS pode causar ou contribuir para o comportamento disruptivo, os comportamentos hiperativos e de inatenção estão fortemente associados aos sintomas do DRS (Chervin, Ruzicka, Archbold, & Dillon, 2015). O'Brien (2011) desenvolveu um estudo em escolas públicas nos E.U.A. no estado de Michigan, em que verificou que as crianças em idade escolar com problemas de conduta ou envolvidas em situações de indisciplina e bullying (agressores) em comparação com os seus pares apresentam elevados sintomas de distúrbio respiratório do sono. Também verificou que a sonolência, assim como o ressonar, fazem a ponte entre o risco de DRS e comportamentos agressivos. Os resultados do estudo de O'Brien (2011), são muito interessantes, pois referem que a sonolência diurna comum e frequentemente não-reconhecida, a qual pode estar relacionada ou não com o DRS, é de facto o que está na base de um elevado número de comportamentos agressivos nas escolas públicas. A sonolência é um fator muito mais comum na infância do que o DRS, relacionando-se esta a um vasto conjunto de comportamentos inadequados face ao sono noturno. O mesmo estudo refere que estatutos socioeconómicos mais baixos bem como níveis baixos de educação das mães estão ambos associados a uma pior higiene do sono (O'Brien, et al. 2011).

Um sono inadequado nas crianças, seja por uma fraca higiene do sono, restrição do sono ou devido a um distúrbio do sono, está associado a um vasto leque de problemas comportamentais, cognitivos e de humor. O sono é um fenómeno multifacetado e que influencia várias dimensões: orgânica, psicológica, social, relacional, comportamental. Sendo também ele influenciado por fatores ambientais e de aprendizagem. Como tal, o sono deve ser organizado e gerido de forma saudável, tendo os pais um papel determinante na gestão do sono do seu filho. Os pais como gestores do sono dos filhos, podem influenciar a qualidade e duração do sono, dois domínios determinantes do sono. Qualidade do sono refere-se aos índices subjetivos de como o sono é experimentada, por outro lado, a duração do sono refere-se ao tempo real durante o qual o indivíduo está dormindo. (Dewald, Meijer, Oort, & Kerkhof, 2010)

Uma criança com alterações crónicas do sono pode apresentar dificuldades na aprendizagem escolar e consolidação da memória dos conteúdos aprendidos, irritabilidade e alterações na modulação do humor, dificuldade em manter a atenção e alterações comportamentais, como agressividade, hiperatividade ou impulsividade (Halal et al, 2014). Perturbações na qualidade do sono, e na duração produzem um efeito prejudicial, ao nível do desempenho escolar. Existindo uma forte associação entre a qualidade do sono e funcionamento neurocomportamental em crianças de idade escolar (Dewald, Meijer, Oort, & Kerkhof, 2010).

Vários estudos sugerem uma incidência elevada de perturbações do sono, que vão desde 25-57%, entre crianças e adolescentes diagnosticados com PHDA (Sedky,



Bennett, & Carvalho, 2014). Assim, tratar perturbações do sono em crianças e adolescentes com PHDA pode eliminar ou diminuir a necessidade prescrever medicação psicotrópica para a PHDA (Sedky, Bennett, & Carvalho, 2014). Vários estudos têm mostrado uma forte associação entre o DRS, e PHDA (O'Brien, Lucas, Felt, Hoban, Ruzicka, Jordan, Guire & Chervin, 2011).

O objetivo Geral da presente investigação procura verificar se existe relação entre: características e qualidade do sono, comportamentos de bullying, desempenho académico e comportamentos em sala de aula. Como os dados aqui apresentados são meramente os preliminares, vamos incidir a nossa análise na relação entre bullying e qualidade do sono nas crianças de idade escolar.

Metodologia

Participantes

Foram avaliadas 1160 crianças com idade escolar inseridas em escolas públicas e privadas do 1º ciclo da zona centro de Portugal (Lisboa e Leiria), com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos de idade. Como o Questionário de hábitos de sono das crianças CSHQ-PT não foi devolvido na sua totalidade, só foram analisados estatisticamente 902 protocolos. No total, 453 são do sexo masculino (50,2%) e 449 do feminino (49,8%). Nas escolas públicas foram avaliadas um total de 443 (49,1%) crianças (212 rapazes e 231 raparigas). Nas escolas privadas foram analisadas um total de 459 (50,9%) crianças (241 rapazes e 218 raparigas). A média das idades é 7,99, com desvio padrão 1,223.

Instrumentos

Os instrumentos compreendem: um questionário sócio demográfico, Índice de qualidade de sono de Pittsburg, IQSP (Buysse, Reynolds, Monk, Bernan & Kupfer, 1989, Ramalho, 2007), o Questionário de Bullying – a agressividade entre crianças no espaço escolar, 1º Ciclo (Adaptação do questionário de Dan Olweus 1989, por Beatriz Pereira e Ana Tomás UM/CEFOPE, 1994 e revisto por Beatriz Pereira e Fernando Merlim em 2010 UM/IE), Questionário de hábitos de sono das crianças CSHQ-PT (traduzido e adaptação por Filipe Silva. Validado para crianças dos 2 aos 10 anos) e a Escala de Conners para professores. Versão reduzida (adaptada e traduzida por Ana Rodrigues). Contudo só vão ser aqui apresentados os dados preliminares referentes ao questionário sócio-demográfico, Questionário de Bullying – a agressividade entre crianças no espaço escolar, 1º Ciclo e o Questionário de hábitos de sono das crianças CSHQ-PT.

Procedimentos

Este estudo assume-se como exploratório com análise descritiva e correlacional, utilizou-se uma amostra por conveniência não probabilística. Para a recolha de dados recorreu-se a escolas públicas e privadas do 1º ciclo do ensino básico. Depois de obter



todas as autorizações necessárias, a recolha de dados realizou-se entre os meses de fevereiro e junho de 2016.

Quando os instrumentos foram aplicados nas escolas, os alunos foram sujeitos a uma breve explicação sobre a natureza do estudo, objetivos e características. Foi-lhes pedido que colaborassem dentro dos pressupostos pré definidos e foi garantida a confidencialidade de todos os dados.

Os dados foram analisados com um nível de significância de $p \leq 0,05$. Utilizou-se o Excel

2013 e IBM – SPSS – Statistical Package for Social Sciences, versão 22.0.

Resultados

Vitimização e agressão através do Bullying nas escolas do 1º ciclo (públicas e privadas), na região centro (Lisboa e Leiria).

No que diz respeito à vitimização e género, de um total de 902 (453 rapazes e 449 raparigas), 70% assumem ter sido agredidos pelo menos uma vez no período estudado (628 alunos). Destes, 318 são do sexo masculino, e 310 do sexo feminino.

		Género		Total
		Masculino	Feminino	
Vitimização por Bullying	Não vitimados	135	139	274
	Vitimaods	318	310	628
		453	449	902

As diferenças entre os sexos, nos vitimizados não é estatisticamente significativa. (X2 p-value = ,706).

No que respeita às diferenças entre escolas públicas e privadas, não existem diferenças entre ambas para a presença de bullying. Na escola pública 29,35% assume que não são vitimados e 70,65% assume que é vitimado. Na escola privada 31,37% admite que não é vitimado e 68,63% revela que é vitimado.

Os casos de vitimização por bullying são mais salientes na idade de 7 e 8 anos, na frequência do 2º e 3º ano. A maioria dos não vitimizados, tem 9 anos e frequentam o 4º ano. Estas diferenças são estatisticamente significativas (X2 p-value = ,000).

Para as formas de vitimização e género, salienta-se que as raparigas manifestam predominantemente a queixa “Chamaram-me nomes feios” (198; 44,1%), de seguida “Bateram-me, deram-me murros ou pontapés” (157; 34%), e “Andaram a falar de mim, dizem segredos sobre mim” (135; 30%). Nos rapazes domina a queixa “Bateram-me, deram-me murros ou pontapés” (216; 47,8%), de seguida “Chamaram-me nomes feios” (198; 43,8%), em terceiro, “Andaram a falar de mim, dizem segredos sobre mim” (90; 19,9%).



		Género		
		Masculino	Feminino	Total
Vitimização por uma ou mais formas	0 formas	135	139	274
	1 formas	105	80	188
	2 formas	88	103	189
	3 formas	55	56	111
	4 formas	41	33	74
	5 ou mais formas	29	38	66
		453	449	902

(X2 p-value = ,251)

Dos 628 alunos que relatam ter sofrido um qualquer tipo de agressão, a situação mais habitual é serem atingidos por 1 ou 2 formas de agressão, n=188 (29,9%) e n=189 (30,1%) respetivamente.

Agressão por Bullying

Agressão e género

		Género				Total
		Masculino	%	Feminino	%	
Assumem ter praticado pelo menos uma agressão	Não agrediram	189	41,2%	270	58,8%	459
	Agrediram	264	59,6%	179	40,4%	443
		453	50,2%	449	49,8%	902

X2 p-value (.000)

Os rapazes são a maioria (59,6%) dos alunos que de alguma forma agrediram os seus pares. A agressão é mais saliente no sexo masculino do que no feminino, sendo esta relação estatisticamente significativa.

Vítima Vs Agredir

		Vitimização por Bullying				Total
		Não Vitimados	%	Vitimados	%	
Assumem ter praticado pelo menos uma agressão	Não agrediram	209	45,5%	250	54,5%	459
	Agrediram	65	14,7%	378	85,3%	443
		274	30,4%	628	69,6%	902

X2 p-value (.000)

As crianças que já agrediram, são na sua maioria também vitimados. Sendo esta relação estatisticamente significativa.

Distúrbios do Sono e Género



		Género				Total
		Masculino	%	Feminino	%	
Distúrbios de Sono	Não tem D.Sono	209	50,7%	203	49,3%	412
	Com Distúrbios Sono	244	49,8%	246	50,2%	490
		453	50,2%	449	49,8%	902

X2 p-value (.780)

No que se refere aos distúrbios do sono, não há diferenças significativas entre o género. É saliente que 49% dos rapazes e 50% das raparigas apresenta distúrbios de sono.

Distúrbios do Sono Vs Bullying

		Vitimização por Bullying				Total
		Não vitimado	%	Vitimado	%	
Distúrbios de Sono	Não tem D.Sono	126	30,6%	286	69,4%	412
	Com Distúrbios Sono	148	30,2%	342	69,8%	490
		274	30,4%	628	69,6%	902

X2 p-value (.902)

Não existe relação entre os distúrbios de sono e os vitimados.

Distúrbios do Sono Vs Bullying

		assumem ter praticado pelo menos uma agressão				Total
		Não agrediram	%	agrediram	%	
Distúrbios do Sono	Não tem D.Sono	215	52,2%	197	47,8%	412
	Com Distúrbios Sono	244	49,8%	246	50,2%	490
		459	50,9%	443	49,1%	902

X2 p-value (.475)

Denota-se que não existe relação entre os distúrbios de sono e a agressão. Apesar de existirem distúrbios de sono nesta amostra (54,3%), a agressão não é resultado do distúrbio.

No que respeita aos distúrbios respiratórios de sono, 90% da amostra não apresenta este tipo de distúrbio, pois insere-se numa classificação situada entre 3 e 4 (numa escala em que min=3 e max=9, e quanto mais elevado for esse valor maior é o distúrbio).

Discussão e Conclusões

Do total das 902 crianças estudadas, 70% assume já ter sido agredido, pelo menos uma vez este período, não existindo diferenças entre os sexos. Tal vem reforçar a literatura que admite que o bullying é um fenómeno frequente entre as crianças e os jovens



(Gomes, 2013). A maior parte das vítimas frequenta o 2º e o 3º ano do 1º ciclo e tem entre 7 a 8 anos. As crianças de 9 anos são os menos vitimados, tal é compreensível, uma vez que são os mais velhos a frequentar a escola, talvez por isso mesmo, maiores em tamanho e logo mais respeitados. Entre escolas públicas e privadas, não existem diferenças para o bullying, o que mais uma vez comprova que o bullying é um fenómeno transversal (Gomes, 2013).

A maioria dos alunos vitimados assume ter sido vítima de uma ou duas formas de bullying. Os rapazes são a maioria dos agressores, comparativamente com as raparigas, sendo esta relação estatisticamente significativa. Também é saliente que os agressores também foram na sua maioria vitimados. Nas raparigas a forma de bullying dominante é: “Chamaram-me nomes feios” (44,1%), de seguida “Bateram-me, deram-me murros ou pontapés” (34%), e “Andaram a falar de mim, dizem segredos sobre mim” (30%). Nos rapazes domina a queixa “Bateram-me, deram-me murros ou pontapés” (47,8%), de seguida “Chamaram-me nomes feios” (43,8%), em terceiro, “Andaram a falar de mim, dizem segredos sobre mim” (19,9%).

No que concerne aos distúrbios do sono, não se verificam diferenças entre o género. Contudo é relevante que 49% dos rapazes e 50% das raparigas apresenta distúrbios de sono. Porém, não existe relação entre distúrbios do sono e vitimados, nem entre distúrbios do sono e a agressão. O que significa que as crianças com distúrbios de sono, tanto podem ser agressores, como não agressores, vitimados ou não vitimados. Estes resultados não vão ao encontro do estudo de O’Brien, Lucas, Guire, Felt., Chervin, Hoban, & Ruzicka, (2011), o qual apresentou a existência de uma relação entre a qualidade do sono e os comportamentos agressivos em crianças de idade escolar, assim como entre o distúrbio respiratório do sono (DRS), a sonolência e os comportamentos de bullying na escola. No nosso estudo, 90% das crianças não apresenta distúrbio respiratório do sono (DRS), nem relação entre DRS e o bullying.

Agradecimentos

Agradecemos a todas as crianças, famílias e professores que participaram nesta investigação. Assim como às escolas e aos agrupamentos escolares.

Contacto para Correspondência

Ana Maria Gomes, ana.m28.gomes@gmail.com

CIP Centro de Investigação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Autónoma de Lisboa, Rua de Santa Marta, 56 – 1169- Lisboa; Portugal

Edite Pinto Ferreira, coelhoept@netcabo.pt

Departamento de Psicologia, Universidade Autónoma de Lisboa, Rua de Santa Marta, 56 – 1169- Lisboa; Portugal

Beatriz Silva, beatrizltsilva@gmail.com



Departamento de Psicologia, Universidade Autónoma de Lisboa, Rua de Santa Marta, 56 –
1169- Lisboa; Portugal

Referências

- Archbold, K. H., Pituch, K. J., Panahi, P. & Chervin, R. D. (2002). Symptoms of sleep disturbances among children at two general paediatrics clinics. *Journal of Pediatrics*, 140, 97-102.
- Arman, A. R., Ersu, R. & Save, D. (2005). Symptoms of inattention and hyperactivity in children with habitual snoring: evidence from a community-based study in Istanbul. 2005. *Child Care Health Dev.* (6), 707-717.
- Beebe, D. (2006). Neurobehavioral morbidity associated with disordered breathing during sleep in children: a comprehensive review. *Sleep*, 29(9), 1115-1134.
- Best, M., Williams, J. M. & Coccaro, E. F. (2002). Evidence for a dysfunctional prefrontal circuit in patients with an impulsive aggressive disorder. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 99(12), 8448-8453.
- Blunden, S.L., Thompson, K. & Dawson, R. (2011). Sleep treatments and night time crying in infants: challenging the status quo. *Sleep Med Rev*, (5), 327-34. doi: 10.1016
- Boschloo, A., Krabbendam, L., Dekker, S., Lee, N., Groot, R. & Jolles, J. (2013). Subjective sleepiness and sleep quality in adolescents are related to objective and subjective measures of school performance. *Front Psychol.*; 4, 38.
- Busse, R. S. & Baldini, M. S. (1994). Distúrbios de sono em crianças. *Pediatrics*, 16(4), 161-166.
- Chervin, R. D., Ruzicka, D. L., Archbold, K. H. & Dillon, J. E. (2005). Snoring predicts hyperactivity four years later. *Sleep*, 28(7), 885-890.
- Chervin, R. D., Dillon, J. E., Archbold, K. H. & Ruzicka, D. L. (2003). Conduct problems and symptoms of sleep disorders in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(2), 201-208.
- Chervin, R. D., Hedger, K., Dillon, J. E. & Pituch, K. J. (2000). Pediatric sleep questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness, and behavioral problems. *Sleep Med*, 1(1), 21-32
- Conners, C. K. (1989). Conners' Parent Rating Scales-Revised: Technical Manual. North Tonawanda: NY.
- Conners, C. K. (1997). Conners' Teacher Rating Scale-Revised. North Tonawanda: NY.
- Dewald, J. F., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A. & Bögels, S. M. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Med Rev*, 14 (3), 179-89. doi: 10.1016.
- Dworak, M., Schierl, T., Bruns, T. & Strüder, H. K. (2007). Impact of singular excessive computer game and television exposure on sleep patterns and memory performance of school-aged children. *Pediatrics.*; 120(5), 978-85
- Gomes, A. M. (2013). Não quero ir à escola tenho medo! Guia de intervenção para: pais, terapeutas, educadores, professores e psicólogos. Psicossoma: Viseu.
- LeBourgeois, M. K., Avis, K., Mixon, M., Olmi, J. & Harsh, J. (2004). Snoring, sleep quality, and sleepiness across attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes. *Sleep*, 27(3), 520-525.
- Lecendreux, M., Konofal, E., Bouvard, M., Falissard, B. & Mouren-Simeoni, M. C. (2000). Sleep and alertness in children with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*, 41(6), 803-812.
- Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B. B., Winters, A. & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(12), 1468-1484.
- Lumeng, J.C. & Chervin, R. D. (2008). Epidemiology of pediatric obstructive sleep apnea. *Proc Am Thorac Soc.*, 5(2), 242-252.
- Maroco, J. (2014). Análise Estatística com SPSS Statistics. 6ª Ed. ReportNumber: Pêro Pinheiro



- Mindell, J. A; Telofski, L. S; Wiegand, B. & Kurtz, E. S. (2009). A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. *Sleep*, 32(5), 599–606.
- Mindell, J., Sadeh, A. & Wiegand, B., (2010). How TH, Goh DYT. Cross-cultural differences in infant and toddler sleep. *Sleep Med*, 11, 274–80.
- Mindell, J., Sadeh, A., Kohyama, B. & Hwei, T. (2010). How Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: A cross-cultural comparison *Sleep Medicine*, 11, 393–399
- Mitchell, R. & Kelly, J. (2006). Behavior, neurocognition and quality-of-life in children with sleep-disordered breathing. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 70, 395—406
- Nagin, D. S. & Tremblay, R. E. (2001). Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school. *Arch Gen Psychiatry*. 58(4), 389–394.
- Klein, R.G., Abikoff, H., Klass, E., Ganeles, D., Seese, L. M. & Pollack, S. (1997). Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 54(12), 1073–1080.
- O'Brien, L.M., Holbrook, C. R. & Mervis, C. B., (2003). Sleep and neurobehavioral characteristics of 5- to 7- year-old children with parentally reported symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 111(3), 554–563.
- O'Brien, L. M., Chervin, R. D., Dillon, J. E., Bassetti, C., Ganoczy, D. A. & Pituch, K. J. (1997). Symptoms of sleep disorders, inattention, and hyperactivity in children. *Sleep*. 20(12), 1185–1192.
- O'Brien, L.; Lucas, N.; Guire, K., Felt, B., Chervin, R.; Hoban, T. & Ruzicka, D. (2011), Aggressive behavior, bullying, snoring, and sleepiness in schoolchildren, *Sleep Medicine*, 12, 652–658
- Ortiz, J. & Raine, A. (2004). Heart rate level and antisocial behavior in children and adolescents: a meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(2), 154–162.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school*. Backwell Publisers: Oxford UK.
- Ostrov, J. M. & Godleski, S. A. (2009). Impulsivity-hyperactivity and subtypes of aggression in early childhood: an observational and short-term longitudinal study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19, 231-241
- Patrick, C. J. (2008). Psychophysiological correlates of aggression and violence: an integrative review. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.*, 363(1503), 2543–2555 .
- Serrão, F., Klein, J. & Gonçalves, A. (2007). Qualidade do sono e depressão: que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. *Psico-USF*, v. 12, n. 2, p. 257-268.
- Silva, H. (2012). Adaptação e Validação do Childen Sleep Habits Questionnaire e do Sleep Self Report, para crianças portuguesas. Tese de Mestrado em Ciências do Sono. Faculdade de Medicina de Lisboa. UL.
- Tomas, M., Miralles, L., Torres, A., Beseler & Soto, B. (2007). Spanish version of the Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ). A useful instrument in investigation of sleep disturbances in childhood. Reliability analysis. *An Pediatr*, 66(2), 121–128
- Touchette, E., Petit, D., Seguin, J. R., Boivin, M., Tremblay, R. E. & Montplaisir, J. Y. (2007). Associations between sleep duration patterns and behavioral/cognitive functioning at school entry. *Sleep*, 30(9), 1213–1219.



Qualidade no Acolhimento Residencial e Relação/Intervenção com as Famílias - A Família como um Recurso em Acolhimento Residencial

Maria Helena Pimentel¹, Maria Barbosa-Ducharne², & Sónia Rodrigues²

1. Grupo de Investigação e Intervenção em Acolhimento e Adoção da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

2. Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Resumo

Os princípios orientadores consagrados na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo sustentam que o direito das crianças a serem protegidas não anula ou desvaloriza o seu direito à família. Quando se perspetiva a reunificação familiar (RF) para uma criança em acolhimento residencial (AR), a intervenção com a família é crucial para o sucesso da reintegração da criança no contexto familiar. Este estudo pretende avaliar de que forma as casas de acolhimento (CA) apoiam a família e compreender que características do AR se relacionam com o investimento numa RF de sucesso. Pretende-se compreender a relação entre o envolvimento das famílias e variáveis do AR como a dimensão da CA, a deslocalização relativamente ao domicílio familiar, o acolhimento conjunto de irmãos, a formação de base e as práticas profissionais dos cuidadores. Adicionalmente, visa-se perceber a relação entre a forma como as crianças avaliam a qualidade do AR e o investimento da CA no trabalho com as suas famílias e observar como essas variáveis afetam e são afetadas pelo bem-estar subjetivo, autoestima e satisfação com a vida. Este estudo integra-se no EQAR: Estudo da Qualidade do Acolhimento Residencial. A amostra é nacional representativa e aleatória, constituída por 90 casas de AR. Em cada CA participante estão a ser recolhidos dados junto do diretor, dos cuidadores e das crianças acolhidas. Espera-se que os resultados deste estudo conduzam à definição de práticas de RF baseadas na evidência.

Palavras-chave: Qualidade do acolhimento; Reunificação familiar; Intervenção com as famílias.



Abstract

Portuguese legislation guiding principles aiming children's protection (LPCJ Law) maintain that the right of children to be protected does not exclude or devalue their right to a family. When family reunification (FR) is the life project of a child in residential care (RC), the intervention with the family is crucial to the successful reintegration of children in his/her family context. This study aims to assess how residential care (RC) support the family and understand what RC characteristics are related to the investment in a successful FR. It also aims to understand the relationship between family involvement and RC variables such as the size of the RC center, the relocation (distance from RC centre and the family home), maintenance of siblings together in care, basic and continuous caregiver's education and training practices. In addition, it aims to understand the relationship between how children assess the quality of the RC and the RC's investment in working with their families and see how these variables affect and are affected by subjective well-being, self-esteem and satisfaction with life. This study is part of the EQAR: Portuguese Assessment of Residential Care Quality in Portugal. A random, representative and national sample, consisting of 90 RC centres is being evaluated. In each RC unit we interview the director, caregivers and children in care. It is expected that the results of this study lead to the definition of FR practices based on evidence.

Keywords: Residential care quality; Family Reunification; Families Intervention.



Introdução

As últimas estatísticas nacionais evidenciam que o número de crianças/jovens que se encontravam em AR em 2015 era de 8600, dos quais 36% já tiveram experiências anteriores de acolhimento, e sublinham as inúmeras mudanças/transferências de contexto de Acolhimento Residencial (AR) a que as crianças/jovens são sujeitos e às quais se somam as ruturas com a família biológica e com o ambiente de origem (Instituto de Segurança Social, IP, 2016).

Assume-se que o AR deverá ser sempre o último recurso do sistema de promoção e proteção e que deve garantir a adequada satisfação das necessidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais das crianças/jovens acolhidos (Guerra, 2016). O conceito de Qualidade em AR deve ser, assim, entendido como a adequação dos serviços e recursos às necessidades das crianças/jovens acolhidos (Rodrigues, Barbosa-Ducharne, & Del Valle, 2013).

Acresce que o AR se deveria constituir como uma resposta temporária enquanto é definido o projeto de vida da criança e jovem, sendo que para 31,4% das crianças em AR este projeto de vida é a Reunificação Familiar (RF) (ISS, IP, 2016). Para que tal seja possível, é necessário as Casas de Acolhimento (CA) realizarem um investimento em três vertentes essenciais: intervir junto da família de forma a garantir a sua capacitação no que se refere às responsabilidades parentais; reforçar a relação entre a criança/jovem e a família; proceder a uma intervenção reparadora da criança/jovem no contexto de AR (ISS, IP, 2015).

Por conseguinte, o Apoio à Família para a Reunificação é uma das dimensões essenciais da qualidade do AR. Perceber que ajuda e orientação educativa é dada à família pela CA quando o futuro da criança/jovem passa pelo retorno ao contexto familiar, se esta é adequada, que programas especializados de intervenção são utilizados para permitir à família alcançar os objetivos estipulados e melhorar a sua situação no menor tempo possível são alguns dos indicadores das práticas efetivas de RF (Del Valle, Bravo, Martinez, & Santos, 2012).

Ainda que esteja consagrada na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP) e pareça consensual a importância do trabalho com as famílias durante o período em AR, no sentido de preparar e acompanhar a RF da criança/jovem, não são conhecidos estudos no nosso país, ao contrário do que acontece no estrangeiro (e.g. Farmer, Sturgess, O'Neill, & Wijedaa, 2011), que procurem relacionar as características da CA (nomeadamente a qualidade do AR), a forma como é trabalhada a RF e, sobretudo, que acrescentem medidas de ajustamento psicológico das crianças/jovens em acolhimento. Para além disso, a eficácia da proteção infantil deve ser desenhada tendo em conta as especificidades culturais de cada país e recorrer a evidência científica nacional (Courtney & Iwaniec, 2009), pelo que o presente estudo se reveste de grande relevância, permitindo contribuir para colmatar a lacuna de investigação nesta área.

Objetivos

Este estudo integra-se no EQAR: Estudo da Qualidade do Acolhimento Residencial, em curso no Grupo de Investigação e Intervenção em Acolhimento e Adoção (GIIAA), e no qual já decorrem dois projetos de doutoramento em Psicologia.

O objetivo geral do presente estudo é avaliar o modo como as CA apoiam a família e compreender que características do AR se relacionam com a valorização e o investimento numa reunificação familiar de sucesso. Os objetivos específicos são:



1. Avaliar a abertura das casas de acolhimento ao envolvimento das famílias e a forma como facilitam esse envolvimento nas suas diversas vertentes e rotinas: visitas, acompanhamento das rotinas diárias (e.g. consultas médicas, escola), e definição do projeto de vida;
2. Compreender a relação entre o grau de envolvimento das famílias e outras variáveis como a deslocalização (i.e. maior ou menor distância entre a residência familiar e a casa de acolhimento e a existência de redes de transportes e acessibilidades), irmãos acolhidos na mesma casa de acolhimento, grau de formação de base das equipas, horário da equipa técnica, modelo/fundamentação teórico/a do projeto educativo e entidade tutelar;
3. Analisar como são trabalhadas as competências parentais, preparada a RF e realizado o acompanhamento após o retorno à família (acompanhamento pós-reunificação familiar), na perspetiva do Diretor, dos cuidadores e dos observadores externos/investigadores;
4. Identificar a relação entre a avaliação da qualidade do acolhimento realizada pelas crianças e a avaliação realizada pelos observadores externos relativamente à forma como a casa de acolhimento investe no envolvimento familiar;
5. Observar a relação entre o bem-estar subjetivo, a autoestima e a satisfação com a vida das crianças e a forma como estas avaliam o modo como a casa de acolhimento envolve as famílias no processo de acolhimento.

Metodologia

Amostra. A amostra será partilhada com os dois estudos de doutoramento que integram o EQAR e foi previamente definida de forma a assegurar a aleatoriedade, a dimensão e representatividade nacional das casas de AR, sendo constituída por 90 CA. As casas foram selecionadas de forma randomizada, recorrendo a um programa informático (sem intervenção humana). Em cada CA participante estão a ser recolhidos dados junto do diretor, dos cuidadores e das crianças/jovens acolhidos, dos professores e do técnico de articulação da entidade tutelar. Neste momento, já foram recolhidos dados em cerca de 30% da amostra total.

Planeamento. A Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) deu parecer positivo aos procedimentos estabelecidos para a recolha e armazenamento de dados assegurando o cumprimento das questões deontológicas, éticas e legais subjacentes ao processo de investigação. Os procedimentos foram também submetidos e aprovados por todas as entidades tutelares e confederações que integram as CA. O recrutamento de participantes da amostra efetuar-se-á de acordo com os procedimentos de amostragem estabelecidos e previamente acordados com as tutelas Instituto da Segurança Social, I.P.; Instituto da Segurança Social da Madeira; Instituto da Segurança Social dos Açores; Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e Casa Pia de Lisboa e de acordo com o aprovado pela Comissão de ética da FPCEUP. Antes de iniciado o processo de recolha de dados, o diretor da CA assina uma Declaração de Consentimento Informado autorizando a visita dos investigadores. A participação em todas as entrevistas ou questionários é voluntária e confidencial, sendo obtido o acordo individual de cada participante e usado um sistema de códigos que salvaguarda o anonimato da fonte de informação. A recolha de dados realiza-se em visita à casa de AR e a duração pode variar entre um ou dois dias, dependendo da sua dimensão. É levada a cabo por uma equipa de 3 a 5 investigadores e compreende uma visita às instalações, entrevista ao Diretor Técnico da



casa, entrevistas com as crianças/jovens e com os cuidadores, administração dos instrumentos de autorrelato aos jovens, cuidadores e professores, entrevista ao Técnico de Articulação da Entidade Tutelar e a realização do Semáforo pelos investigadores que, por acordo interobservador, procedem à avaliação da casa de acolhimento com o apoio dos *standards* internacionais de qualidade).

Instrumentos. Neste estudo, os dados serão recolhidos através:

- ARQUA-P: Sistema de Avaliação Compreensiva da Qualidade do Acolhimento Residencial Português (Rodrigues, Barbosa-Ducharne, & Del Valle, 2015): o sistema de avaliação compreensiva do acolhimento residencial deriva do modelo estruturado por Del Valle (1992) que foi traduzido e adaptado à realidade Portuguesa e atualizado segundo os *standards* internacionais de qualidade de AR (Del Valle *et al*, 2012). Do sistema ARQUA-P serão utilizados os seguintes instrumentos:
- Pedido de Informação Prévio (PIP) que possibilita a recolha de informação sociodemográfica (e.g. data de nascimento, idade, sexo, grau de escolaridade); informação relativa a dados de saúde (e.g. tipos de apoio técnico/médico especializado) e familiares das crianças e jovens em AR (e.g. existência de acolhimento anterior, tempo de acolhimento e motivos da institucionalização);
- Grelha de Observações/*Checklist* de Análise Documental que possibilita a recolha de informação a partir da análise dos processos de cada criança e jovem em AR;
- Entrevistas ARQUA-P para crianças entre os 6 e os 12 anos, para adolescentes com idade igual ou superior a 12 anos e para cuidadores. Estas entrevistas são estruturadas, sendo as respostas codificadas numa escala tipo *Likert* de 1 a 5 que permite a realização de uma análise de natureza quantitativa relativa a diversas dimensões de qualidade do contexto, incluindo o Apoio à Família para a Reunificação. Apenas serão utilizadas as variáveis consideradas relevantes para o presente estudo;
- Entrevista ARQUA-P para o diretor. Entrevista aberta, semiestruturada, constituída por 50 questões. A informação recolhida é codificada de acordo com as 20 dimensões relativas à avaliação da qualidade, permitindo, assim, a sua quantificação numa escala tipo *Likert* de 5 pontos;
- Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR/RSES) Rosenberg (1965), tradução de Santos & Maia, 2003 e validação de Romano, Negreiros, & Martins, 2007;
- Escala de satisfação com a Vida (ESCV) *The Satisfaction with Life Scale* (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Neto, 1993; Neto, Barros, & Barros, 1990; Pavot & Diener, 1993);
- Índice de Bem-estar Pessoal (IBP; Cummins & Nistico, 2002, versão portuguesa de Pais-Ribeiro & Cummins, 2008).

Procedimentos. A recolha de dados realizar-se-á em visitas às casas de acolhimento. Os dados serão analisados com recurso a estatística descritiva, análises de correlação e pela análise do papel mediador ou moderador dos indicadores de envolvimento da família no grau de satisfação das crianças/jovens com o AR, na perceção das crianças/jovens sobre a qualidade do AR e na avaliação da qualidade do AR realizada pelos investigadores.



Implicações Futuras

Ainda que esteja consagrada na LPCJP e pareça consensual a importância do trabalho com as famílias durante o período em AR, no sentido de preparar e acompanhar a RF da criança/jovem, não são conhecidos estudos no nosso país, ao contrário do que acontece no estrangeiro (e.g. Farmer, Sturgess, O'Neill, & Wijedaa, 2011), que procurem relacionar as características da CA (nomeadamente a qualidade do AR) com o investimento no trabalho com as famílias. Também não existem no nosso país estudos que relacionem a forma como é trabalhada a RF em AR e o bem-estar subjetivo/bem-estar pessoal, a autoestima e a satisfação com a vida das crianças/jovens em acolhimento.

Por outro lado, a eficácia da proteção infantil deve ser desenhada tendo em conta as especificidades culturais de cada país e recorrer a evidência científica nacional (Courtney & Iwaniec, 2009), pelo que o presente estudo se reveste de grande relevância, permitindo contribuir para colmatar a lacuna de investigação nesta área no nosso país. Espera-se que os resultados deste estudo conduzam à definição de práticas, a nível nacional, de RF baseadas na evidência.

Após esta análise, será possível construir um conjunto de linhas orientadoras nacionais de forma a uniformizar os procedimentos de atuação nos casos cujo projeto de vida da criança/jovem é a RF, possibilitando o trabalho coordenado sobre a unidade família-criança/jovem quer por parte dos técnicos de proteção, quer dos serviços sociais, quer dos técnicos e educadores das casas de acolhimento.

Os resultados do estudo podem vir a apresentar um grande potencial para sustentar mudanças de práticas profissionais nos contextos de acolhimento e influenciar o desenho de políticas na área da Proteção de Crianças e Jovens em Risco. Este estudo contribuirá para o efetivo cumprimento do exposto no número 2 do Artigo 49º da LPCJP (Lei n.º 142/2015), quando refere que “o acolhimento residencial tem como finalidade contribuir para a criação de condições que garantam a adequada satisfação de necessidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais das crianças e jovens e o efetivo exercício dos seus direitos, favorecendo a sua integração em contexto sociofamiliar seguro e promovendo a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral”.

Contacto para Correspondência

Maria Helena Pimentel, Grupo de Investigação e Intervenção em Acolhimento e Adoção, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) Rua Alfredo Allen 4200-135 Porto, mariahelenapimentel@hotmail.com.

Referências

- Cummins, R., & Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: the role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3, 37–6. DOI: 10.1023/A:1015678915305
- Courtney, M. E., & Iwaniec, D. (eds.) (2009). *Residential care of children: Comparative perspectives*. Oxford/New York: Oxford University Press.
- Del Valle, J. F. (1992). Evaluación de programas residenciales de servicios sociales para la infancia. Situación actual y aportaciones de los enfoques ecopsicológicos. *Psicothema*, 4(2), 531-542. URL: <http://www.psicothema.com/pdf/849.pdf>
- Del Valle, J. F., Bravo, A., Martinez, M., & Santos, I. (2012). *EQUAR: Estándares de calidad en acogimiento residencial*. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.



- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Emmons-Larsen-Griffin_1985.pdf
- Farmer, E., Sturgess, W., O'Neill, T., & Wijedasa, D. (2011). *Achieving successful returns from care. Who makes reunification work?*. London: Adoption & Fostering.
- Guerra, P. (2016). *Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo - Anotada*. Coimbra: Edições Almedina.
- Instituto da Segurança Social (ISS, IP). (2016). *CASA 2015: Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*. Lisboa: ISS,IP.
- Instituto da Segurança Social (ISS, IP). (2015). *CASA 2014: Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*. Lisboa: ISS,IP.
- Neto, F. (1993). The satisfaction with life scale: Psychometrics properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(2), 125-134. DOI: 10.1007/BF01536648
- Neto, F., Barros, J. & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida et al. (Eds.), *A Acção educativa: análise psicossocial* (2a reimpr.). 105-117. Leiria: ESEL/APPORT.
- Pais-Ribeiro, J., & Cummins, R. (2008) O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala. In: I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde*, (pp.505-508). Lisboa: ISPA.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the life satisfaction scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 162-172. URL: https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Pavot-Diener_1993.pdf
- Rodrigues, S., Barbosa Ducharne, M., & Del Valle, J. F. (2013). La calidad del acogimiento residencial en Portugal y el ejemplo de la evolución española = Residential care quality in Portugal and the spanish example of evolution. *Papeles del Psicólogo*, 34, 1, 11-22. URL: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77825706002.pdf>
- Rodrigues, S. Barbosa-Ducharne, M., & Del Valle, J. F. (2015). *ARQUA-P: Sistema Compreensivo de Avaliação da Qualidade do Acolhimento Residencial Português*©. Registo 2650/2015. Lisboa: Secretaria de Estado da Cultura, Inspeção-Geral das Atividades Culturais - Direção de Serviços de Propriedade Intelectual.
- Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 109-116. URL: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a08.pdf>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, R. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141-156.
- Santos, P., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala da auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, 253-268. URL: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16170/2/SantoseMaia2003000077930.pdf>

INFÂNCIA E INTERVENÇÃO
PRECOCE



***Incredible Years Teacher Classroom Management Program* na promoção da saúde mental: Que comportamentos mudam nos educadores de infância e nas crianças?**

Sofia Major¹, Maria Filomena Gaspar¹, Maria João Seabra-Santos¹, Andreia Azevedo¹, Tatiana Homem¹, Mariana Pimentel¹, & Elsa Baptista¹

1. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal

Resumo

Introdução: Estudos internacionais têm demonstrado que comportamentos positivos dos educadores em contexto pré-escolar promovem a redução de problemas de comportamento e a melhoria do desempenho social e académico das crianças. Neste contexto, o *Incredible Years Teacher Classroom Management Program* (TCM) é um programa baseado em evidência que visa aumentar os comportamentos positivos dos educadores de infância e reduzir os negativos, bem como promover comportamentos pró-sociais (SEL) nas crianças e reduzir problemas de comportamento. **Objetivo:** Comparar a interação educadoras-crianças e o comportamento socioemocional de crianças pré-escolares quando as educadoras recebem ou não formação no TCM. **Método:** Um total de 65 educadoras de infância participaram num estudo aleatorizado (RCT) e longitudinal. As educadoras foram divididas aleatoriamente por dois grupos: intervenção (formação TCM) e controlo (procedimento habitual). As avaliações pré e pós intervenção tiveram lugar no início e final do ano letivo, respetivamente. O *Teacher-Pupil Observation Tool* (T-POT) foi utilizado como medida da frequência dos comportamentos das educadoras (medida de observação). Para a avaliação das aptidões sociais e dos problemas de comportamento das crianças utilizaram-se as Escalas do Comportamento para a Idade Pré-Escolar – 2ª Edição (ECIP-2). Cada educadora avaliou uma média de 16 crianças (mín-máx 8-25) num total de 1030 ECIP-2 recolhidas. **Resultados:** Os resultados apontam para um aumento de comportamentos positivos das educadoras, e um aumento das aptidões sociais e uma redução dos comportamentos negativos das crianças no grupo com formação TCM. **Conclusão:** São discutidas as implicações e a importância do recurso a programas de intervenção baseados em evidência no pré-escolar.

Palavras-chave: pré-escolar; TCM; programas baseados em evidências; SEL.



Abstract

Introduction: International studies have shown that teachers' positive behaviors in pre-school context promote the reduction of behavior problems and the improvement of children's social and academic performance. In this context, the Incredible Years Teacher Classroom Management Program (TCM) is an evidence-based program that aims to increase the positive behavior of preschool teachers and decrease the negative ones, as well as to promote children's prosocial behavior (SEL) and reduce behavior problems. **Objective:** To compare the teacher-children interaction and preschoolers' socio-emotional behavior when teachers receive or not training in the TCM. **Method:** A total of 65 preschool teachers participated in a randomized trial (RCT) and longitudinal. The teachers were randomly divided into two groups: intervention (TCM training) and control (standard procedure). The pre and post intervention assessments took place at the beginning and end of the school year, respectively. The Teacher-Pupil Observation Tool (T-POT) was used as a measure of the frequency of the teachers' behavior (observation measure). For the assessment of social skills and children's behavior problems the Preschool and Kindergarten Behavior Scales - 2nd Edition (PKBS-2) were used. Each teacher rated an average of 16 children (min-max 8-25) for a total of 1,030 PKBS-2 collected. **Results:** The results indicate an increase in positive behaviors of teachers, and an increase in social skills and a reduction of children's negative behaviors in the group with TCM training. **Conclusion:** The implications and importance of the use of evidence-based intervention programs in preschool are discussed.

Keywords: preschool; TCM; evidence based programs; SEL.



Introdução

As crianças pré-escolares com problemas de comportamento encontram-se em maior risco de esses problemas precoces evoluírem para Perturbação do Comportamento, bem como de um menor ajustamento social e emocional, insucesso/abandono escolar, e delinquência (Webster-Stratton, Reid, & Stoolmiller, 2008). Neste sentido, nos últimos anos tem-se denotado um aumento do interesse pela questão da interação educadores-crianças na sala e das suas repercussões no comportamento destas. Existe evidência de que muitas relações negativas educadores-crianças resultam do número crescente de problemas de comportamento com que os educadores têm de lidar diariamente nas suas salas (Hutchings et al., 2007).

Uma vez que os educadores desempenham um papel central no desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar (Hutchings et al., 2007; Strickland, Hopkins, & Keenan, 2012), a questão do ambiente da sala representa um elemento chave da aprendizagem e ensino (Hamre & Pianta, 2001). Por outro lado, existe evidência de que os problemas de comportamento em contexto de sala não se limitam à criança que apresenta esses problemas mas afetam também os pares e os educadores (Carlson, Tired, Bender, & Benson, 2011). Assim, os comportamentos dos educadores (e.g., recurso a poucos elogios) têm sido associados a comportamentos negativos em sala e a um desempenho académico mais fraco. No sentido oposto, um ambiente acolhedor e positivo, nomeadamente através da utilização de elogio para comportamentos apropriados (Webster-Stratton et al., 2008), aumenta o desempenho académico e está associado a um melhor ajustamento comportamental, social e emocional (Hutchings, Martin-Forbes, Daley, & Williams, 2013; Webster-Stratton et al., 2008).

Neste sentido, é essencial garantir que os jardins-de-infância facultem às crianças as oportunidades de aprenderem as aptidões básicas sociais e de resolução de problemas que lhes permitirão beneficiar da escolarização (Hutchings et al., 2007). No entanto, uma das lacunas frequentemente apontada pelos educadores é precisamente a falta de formação específica acerca de estratégias para lidar com os desafios comportamentais que enfrentam no dia-a-dia (Hutchings et al., 2007).

O *Incredible Years Teacher Classroom Management Program* (TCM) é um dos programas Anos Incríveis, desenvolvidos por Carolyn Webster-Stratton. Estes programas de intervenção são baseados em evidência, e direcionam-se para pais, educadores/professores e crianças. Os principais objetivos destes programas consistem em promover a competência social, emocional e académica das crianças, assim como prevenir e reduzir problemas de comportamento, de forma precoce e eficiente. Assim, utiliza-se uma abordagem colaborativa, centrada na promoção de práticas educativas positivas, recorrendo como metodologias de intervenção ao modelamento por vídeo e à prática de estratégias nas sessões (role-play). A eficácia dos programas Anos Incríveis tem sido amplamente demonstrada na prevenção e intervenção precoce em problemas de comportamento nas crianças de idade pré-escolar. Vários estudos com recurso ao TCM têm demonstrado o seu potencial impacto não apenas no comportamento dos educadores, mas também das crianças (e.g., Hutchings et al., 2013; McGilloway et al., 2011). A utilização do TCM levaria a um menor recurso, por parte dos educadores, a estratégias negativas, e a mais comportamentos



positivos e elogios, refletindo-se numa redução uma redução dos problemas de comportamento das crianças (McGilloway et al., 2011).

O presente estudo tem como objetivo comparar a interação educadoras-crianças e o comportamento socioemocional de crianças pré-escolares quando as educadoras recebem ou não formação no TCM, no sentido de verificar se o treino com este programa leva à redução de práticas educativas negativas e aumento dos comportamentos positivos das educadoras, bem como à redução de comportamentos negativos e aumento dos comportamentos pró-sociais nas crianças.

Metodologia

Participantes

A amostra utilizada no presente estudo foi recolhida no ano letivo 2015/2016, no âmbito do projeto “*Anos Incríveis para a Promoção da Saúde Mental*” (EEA Grants – 51SM04), desenvolvido na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Na avaliação linha de base (outubro/novembro), 65 educadoras de infância de 53 jardins-de-infância da rede pública aceitaram participar num estudo aleatorizado (RCT) e longitudinal em que iriam receber formação no TCM. As educadoras (todas do sexo feminino) tinham entre 42-61 anos ($M = 52.53$; $DP = 3.65$). Quanto à formação académica, 57 (87.7%) tinham um bacharelato e oito (12.3%) uma licenciatura. O número de anos de experiência situava-se entre 12-39 anos ($M = 28.92$; $DP = 4.36$). Nas suas salas trabalhavam com 10-25 crianças ($M = 17.34$; $DP = 4.18$). Após a aleatorização, o grupo intervenção ficou composto por 33 educadoras e o grupo controlo por 32 educadoras.

Na linha de base foram envolvidas 1030 crianças, sendo 538 rapazes e 492 raparigas, com idades dos 3 aos 6 anos ($M = 3.96$; $DP = 0.80$). Na avaliação pós-intervenção (maio/junho do mesmo ano letivo) continuaram envolvidas no estudo 62 educadoras e 969 crianças ($n = 500$ e $n = 469$, para o grupo de intervenção e grupo de controlo, respetivamente).

Intervenção

Incredible Years Teacher Classroom Management Program (TCM): O TCM (Programa Anos Incríveis para Educadores/Professores) é um programa destinado a educadores de infância e professores de crianças dos 3-8 anos. Tem como objetivos facultar aos educadores estratégias que lhes permitam gerir de forma eficaz a sua sala de atividades, promover abordagens educativas pró-ativas, práticas positivas e métodos disciplinares eficazes, promover as competências sociais, emocionais e académicas das crianças e favorecer o envolvimento dos pais na escola. Os educadores participam em seis sessões mensais com a duração de 6 horas, dinamizadas por líderes com formação certificada no Programa. Ao longo da formação com o TCM são abordados os seguintes conteúdos: a) Construir relações positivas e o educador pró-ativo; b) A importância da atenção positiva, do encorajamento e do elogio; c) A motivação das crianças através de incentivos; d) Redução de comportamentos inadequados; e) Consequências negativas; f) Promover as aptidões sociais e a resolução de problemas (Webster-Stratton, 2003; Webster-Stratton & Reid, 2002).



Avaliação

Teacher-Pupil Observation Tool (T-POT): O T-POT é uma medida de observação direta para contagem da frequência de comportamentos dos educadores e crianças, tendo sido especificamente desenvolvido para avaliar as aptidões ensinadas no decorrer da formação TCM. A versão original é composta por 75 categorias agrupadas em nove categorias compósitas: metade em referência a comportamentos do educador e metade para comportamentos da criança (Martin et al., 2010). Para o presente estudo utilizaram-se 11 categorias de comportamentos do educador: Confirmação, Comportamento Negativo, Elogios não Específicos, Elogios Específicos, Comportamento Positivo, Resolução de Problemas, Ignorar, Questões, Ordens Indiretas, Ordens Diretas e Aviso de Tempo de Pausa (Versão portuguesa: Gaspar, Leitão, & Vale, 2011). Não se utilizaram as categorias referentes aos comportamentos das crianças, tendo estes sido avaliados por questionário. Os observadores são considerados competentes para a utilização do T-POT ao alcançarem um grau de acordo de 70%. No presente estudo, as três observadoras implicadas obtiveram uma média de acordo de 76%.

Questionário de Dados Sociodemográficos – Pais: Este questionário foi desenvolvido para o presente estudo, no sentido de recolher dados referentes à criança (e.g., idade, sexo) e ao agregado familiar (e.g., estado civil, profissão dos pais).

Questionário de Dados Sociodemográficos – Educadores: Este questionário permitiu a recolha de dados de identificação da educadora (e.g., idade, estado civil), formação (e.g., tipo de formação), percurso profissional (e.g., número de anos de serviço) e informação referente ao respetivo grupo de crianças (e.g., número de rapazes e raparigas).

Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar - 2ª Edição (ECIP-2): As ECIP-2 são a versão portuguesa das *Preschool and Kindergarten Behavior Scales – 2nd Edition* (Merrell, 2002). As PKBS-2 foram especificamente desenvolvidas para avaliar aptidões sociais e problemas de comportamento em crianças dos 3-6 anos de idade e podem ser preenchidas por informadores em contexto familiar (e.g., pais, avós) e escolar (e.g., educadores de infância, auxiliares). Os itens (idênticos para o contexto familiar e escolar) são cotados em referência à observação do comportamento da criança nos últimos 3 meses, com recurso a uma escala de tipo Likert de 4 níveis (0 “Nunca” a 3 “Muitas vezes”) (Merrell, 2002). As ECIP-2 são compostas por 80 itens, dos quais 34 pertencem à escala de Aptidões Sociais, subdividida em três subescalas: Cooperação/Ajustamento Social, Interação Social/Empatia, e Independência Social/Assertividade. Por sua vez, a escala de Problemas de Comportamento encontra-se dividida em duas subescalas: Problemas Externalizantes e Internalizantes, subdivididas em cinco subescalas suplementares de Problemas de Comportamento, derivadas de estudos de análise fatorial de segunda ordem: três de Problemas de Comportamento Externalizantes - Antissocial/Agressividade, Excesso Atividade/Desatenção e Oposição/Explosivo; e duas de Problemas de Comportamento Internalizantes - Isolamento Social e Ansiedade/Queixas Somáticas. No estudo de aferição para a população portuguesa obtiveram-se níveis de consistência interna muito próximos dos da versão original (e.g., α escalas e subescalas das Aptidões Sociais = .76-.88 e .89-.95,



para a amostra recolhida em contexto familiar e escolar, respetivamente; α escala de Problemas de Comportamento = .78-.95 e .85-.97, para a amostra recolhida em contexto familiar e escolar, respetivamente) (Major, 2011; Major & Seabra-Santos, 2014).

Procedimento

Este estudo insere-se no âmbito do projeto “*Anos Incríveis para a Promoção da Saúde Mental*” (EEA Grants – 51SM04), mais especificamente no foco 1 destinado a facultar uma intervenção universal em contexto de jardim-de-infância. Foram submetidos pedidos de autorização para a realização do estudo junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados e da Direção Geral de Educação. Posteriormente, iniciou-se o processo de recrutamento de jardins-de-infância (JIs)/educadoras interessados em participar no estudo. Foram considerados os agrupamentos de escola do distrito de Coimbra que se situavam em zonas mais carenciadas (e.g., Arganil, Coimbra Sul, Vila Nova de Poiares). Os JIs foram selecionados com base na percentagem de crianças com subsídio – Escalão A ou B (28-100% mín-máx). Após apresentação do projeto junto dos Diretores dos agrupamentos, foram realizadas reuniões com as educadoras para apresentação do projeto, dos diversos incentivos para participação (e.g., formação gratuita, créditos) e, caso concordassem em participar, obtenção do consentimento escrito. Às educadoras que consentiram a sua participação foi entregue um envelope destinado a cada um dos pais/responsáveis das crianças das suas salas contendo um documento de consentimento informado e um questionário de dados sociodemográficos.

Após recrutamento das 65 salas de JIs que iriam participar no estudo, foi efetuada a aleatorização das salas de JIs em duas condições: intervenção (com intervenção TCM) e controlo (procedimento habitual). A aleatorização foi efetuada por dois elementos externos à equipa. A intervenção com o TCM (grupo intervenção) teve início em novembro de 2015 e terminou em abril de 2016 (uma sessão por mês, seguidas de supervisão em sala de JI). As educadoras do grupo de controlo recebem no ano letivo seguinte a formação TCM.

As avaliações na linha de base e pós-intervenção (início e final do ano letivo, respetivamente) foram realizadas por três psicólogas “cegas” relativamente à condição da sala de JI. Num primeiro momento, as avaliadoras receberam formação na cotação do T-POT, que envolveu o estudo do manual, observação e cotação de DVDs com interações de educadoras-crianças, observação em contexto de sala de JI e comparação e discussão das cotações atribuídas. No dia da avaliação (pré e pós-intervenção), as observadoras deslocaram-se aos JIs e procederam à tarefa de observação com recurso ao T-POT, num período de 25 minutos. Juntamente com o documento de consentimento informado, os pais entregavam o Questionário de Dados Sociodemográficos – Pais devidamente preenchido às educadoras. Uma vez obtido o consentimento dos pais das crianças para a participação no estudo, as educadoras procederam ao preenchimento das ECIP-2. Cada educadora avaliou uma média de 16 crianças (entre 8-25). Os Questionários de Dados Sociodemográficos – Educadores e as ECIP-2 foram entregues num envelope às educadoras e posteriormente recolhidas pelas avaliadoras (juntamente com outros questionários do protocolo de avaliação que não serão analisados no presente estudo).

Análises Estatísticas

Todas as análises estatísticas foram realizadas com recurso ao *IBM SPSS Statistics – Version 20* (IBM Corporation, 2011). Utilizaram-se estatísticas descritivas (médias e desvios-padrão) para analisar os resultados das 11 categorias do T-POT e das escalas e subescalas das ECIP-2. Para a comparação dos resultados entre os dois grupos na avaliação pré e pós-intervenção recorreu-se a uma *mixed between-within subjects ANOVA*, considerando como variável *between-subjects* o grupo de pertença (intervenção/controlo) e como variável *within-subjects* os resultados do T-POT e das ECIP-2 na avaliação pré e pós-intervenção. A magnitude do efeito foi calculada através do *Partial Eta Squared* e interpretada segundo Cohen (1988): .01 = fraca magnitude do efeito, .06 = moderada e .14 = extensa.

Resultados

Diferenças Pré-Pós Intervenção: Comportamentos Educadoras

A comparação dos comportamentos observados nas educadoras para as 11 categorias do T-POT aponta para a presença de uma mudança estatisticamente significativa entre o pré/pós testes, com uma redução de comportamentos negativos (e.g., Comportamento Negativo, Ordens Indiretas), associado a um *partial eta squared* que varia entre .107 e .504.

Em duas das categorias do T-POT verificou-se a existência de um efeito de interação que alcançou a significância estatística. No caso do Elogio Específico, $F(1, 58) = 8.80$, $p = .004$; *Wilks' Lambda* = .87; *partial eta squared* = .132, denota-se um aumento no grupo intervenção e uma redução no grupo de controlo ($M_{pré} = 1.93$, $M_{pós} = 3.90$; $M_{pré} = 2.13$, $M_{pós} = 1.37$, para os grupos intervenção e controlo respetivamente) (cf. Figura 1).

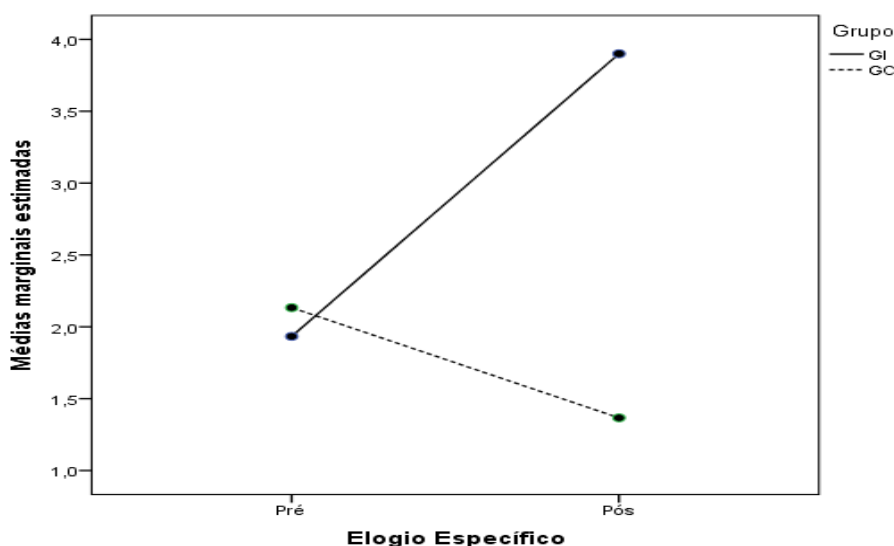


Figura 1. Comparação categoria Elogio Específico do T-POT pré e pós-intervenção.

No mesmo sentido vão os resultados na categoria de Resolução de Problemas ($M_{pré} = 0.63$, $M_{pós} = 1.53$; $M_{pré} = 1.27$, $M_{pós} = 0.40$, para os grupos intervenção e controlo respetivamente), com a identificação de um efeito de interação $F(1, 58) = 6.89$, $p = .011$; *Wilks' Lambda* = .89; *partial eta squared* = .106 (cf. Figura 2).

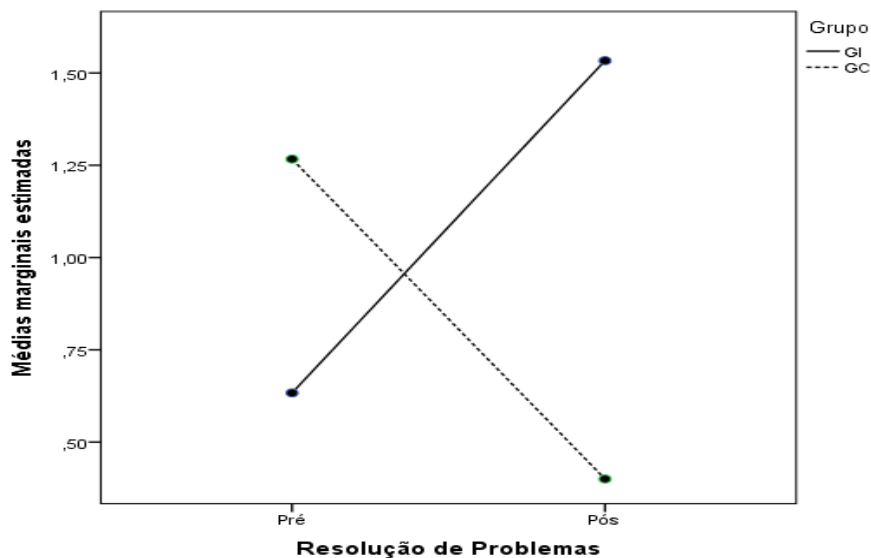


Figura 2. Comparação categoria Resolução de Problemas do T-POT pré e pós-intervenção.

Diferenças Pré-Pós Intervenção : Comportamentos Crianças

Foi também possível identificar um efeito estatisticamente significativo para a mudança pré/pós (*partial eta squared* .010-.276).

A comparação dos resultados referentes às aptidões sociais das ECIP-2 indicam a existência de um efeito de interação estatisticamente significativo tanto para o resultado total como para as três subescalas, associado a um *partial eta squared* que varia de .022 a .032 (cf. Figura 3).

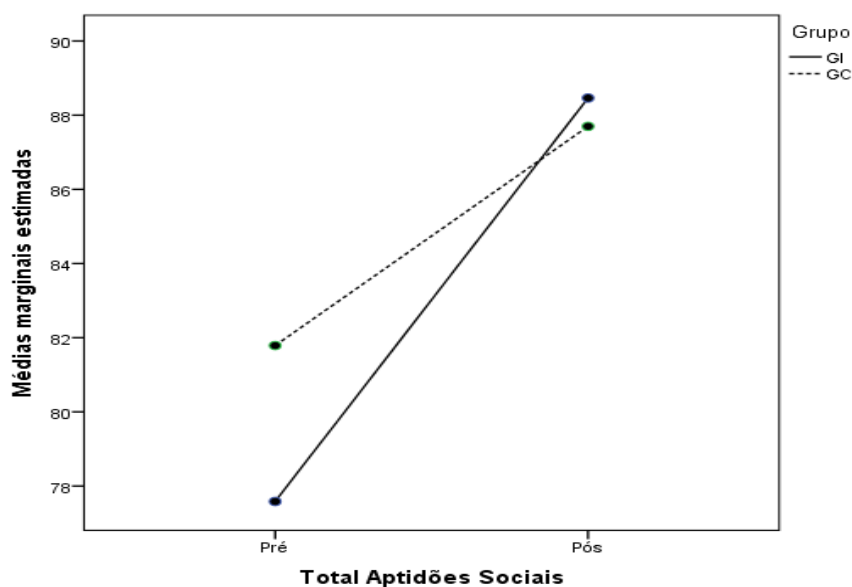


Figura 3. Comparação resultado total da escala de Aptidões Sociais das ECIP-2 pré e pós-intervenção.

Quanto aos problemas de comportamento, os resultados revelam também a presença de um efeito de interação estatisticamente significativo tanto para o resultado total como para as subescalas e subescalas suplementares, associado a um *partial eta squared* de .006 a .036 (cf. Figura 4). Encontrou-se ainda um efeito estatisticamente significativo para os resultados na avaliação pré/pós para os mesmos resultados (*partial eta squared* .010-.067). Significam estes resultados que ambos os grupos apresentam uma redução de problemas de comportamento tanto para o resultado total ($M_{pré} = 36.38$, $M_{pós} = 28.83$; $M_{pré} = 35.94$, $M_{pós} = 34.44$, para os grupos de intervenção e controlo respetivamente) como para todas as escalas e subescalas das ECIP-2, sendo essa diferença mais acentuada para o grupo de intervenção.

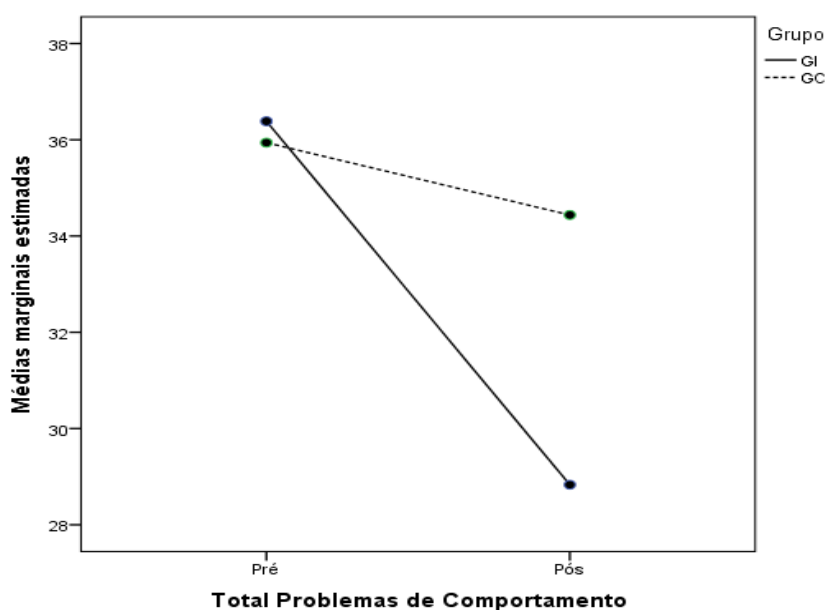


Figura 4. Comparação resultado total da escala de Problemas de Comportamento das ECIP-2 pré e pós-intervenção.

Discussão

O programa TCM tem demonstrado ser eficaz não só na promoção de relações educador-criança mais positivas, mas também na promoção de competências sociais e de resolução de problemas nas crianças (Webster-Stratton & Taylor, 2001). Estudos anteriores, não randomizados, com o TCM em Portugal confirmaram estes resultados, assim como a manutenção desses efeitos positivos um ano depois da intervenção ter sido realizada (Seabra-Santos et al., no prelo). Atendendo à relevância da interação educadores-crianças no desenvolvimento futuro destas (Hutchings et al., 2007; Strickland et al., 2012), o presente estudo procurou confirmar esses resultados através de um estudo randomizado.

De uma forma geral, os resultados obtidos permitem confirmar a redução de práticas educativas negativas e aumento dos comportamentos positivos das educadoras. Mais especificamente, para o T-POT obteve-se um padrão de resultados que aponta para um aumento de comportamentos positivos das educadoras e uma redução dos negativos em ambos os grupos, com duas importantes exceções: Elogios Específicos e Resolução de



Problemas; práticas em que as educadoras do grupo que participou no programa aumentaram significativamente mais que as que não participaram. Se considerarmos a importância do recurso ao elogio (McGilloway et al., 2011; Webster-Stratton et al., 2008) e ao ensino de competências de resolução de problemas (Hutchings et al., 2007) no aumento dos comportamentos pró-sociais das crianças e na redução dos problemas de comportamento, estes resultados reforçam a importância de se disseminar a implementação do Programa em Portugal. Porquê serem as duas práticas educativas em que os grupos se distinguiram significativamente na mudança observada? Uma hipótese é estas duas estratégias serem centrais na formação com o TCM, necessitando de treino e prática supervisionada para uma utilização mais frequente.

Quanto aos resultados que indicam que nas outras práticas educativas observadas houve um aumento em ambos os grupos (ou seja, este não foi devido à intervenção), podem justificar-se pelo facto de as educadoras de ambos os grupos terem procedido ao preenchimento dos mesmos questionários na avaliação pré e pós-intervenção, o que lhes permitiu uma autorreflexão acerca das suas práticas educativas do primeiro para o segundo momento de avaliação, a qual pode ter contribuído para a melhoria das suas práticas independentemente de terem ou não recebido treino no TCM. Por outro lado, ambos os grupos de educadoras foram observadas (T-POT) no pré e pós-intervenção, o que também contribuiu para uma vontade de querer melhorar o seu desempenho aquando do segundo momento de observação. Acresce que podem, de igual modo, ter ocorrido ganhos espontâneos com o tempo, decorrentes do melhor conhecimento das crianças por parte da educadora no final do ano; e/ou ainda alguma contaminação por contacto com os princípios dos Anos Incríveis a partir de educadoras do grupo intervenção ou da consulta/partilha de materiais.

A análise dos resultados obtidos em referência às aptidões sociais das crianças apontou para um aumento destas da avaliação pré para a pós-intervenção. No que diz respeito aos problemas de comportamento denotou-se uma redução tanto no resultado total da escala de Problemas de Comportamento (e.g., McGilloway et al., 2011), como também nas subescalas Externalizante e Internalizante e nas cinco subescalas suplementares das ECIP-2. Os resultados evidenciaram a presença de efeito de interação (momento x condição) e do momento da avaliação (pré-pós), associados a magnitudes do efeito de fracas a extensas, que comprovam o impacto positivo do treino com o TCM por parte das educadoras na perceção que estas têm do comportamento das crianças.

Diversos pontos fortes deste estudo merecem ser destacados, nomeadamente o facto de procurar reduzir as desigualdades em saúde mental, ao permitir o acesso à intervenção com o TCM junto de educadoras de crianças provenientes de meios socioeconómicos mais desfavorecidos no distrito de Coimbra. Este estudo representa um contributo para as intervenções em saúde mental facultadas a nível regional e nacional. A dimensão da amostra (65 educadoras e 1030 crianças na linha de base) representa também uma mais-valia para a generalização dos resultados alcançados. Como limitações salientam-se a dificuldade de recrutamento das educadoras para participar no estudo e a perda de três educadoras e respetivos grupos de crianças da avaliação pré para a pós-intervenção. Os resultados encorajadores obtidos permitem apontar como estudos futuros a utilização do programa Anos Incríveis Básico para Pais, no sentido de analisar se a intervenção conjunta em contexto familiar e escolar tem ainda mais impacto no desenvolvimento social, emocional e



comportamental das crianças e na relação família-escola. Propõe-se ainda um estudo das barreiras que travaram a participação das educadoras no projeto por um lado, bem como dos níveis de satisfação das educadoras relativamente ao treino com o TCM.

Finalmente, e respondendo à questão do título deste trabalho, podemos concluir que ao formar educadoras com o TCM diminuem os seus comportamentos negativos e aumentam os positivos, mais especificamente, elogios específicos e resolução de problemas e aumentam os comportamentos positivos (aptidões sociais) e diminuem os negativos (problemas de comportamento) nas crianças na perspetiva das educadoras.

Agradecimentos

O presente artigo insere-se num projeto apoiado pelo Programa de Iniciativas em Saúde Pública (PT06), financiado pelo *EEA Grants Financial Mechanism* 2009-2014.

A equipa do projeto “Anos Incríveis para a Promoção da Saúde Mental” agradece a todos os envolvidos que permitiram tornar este projeto uma realidade.

Contacto para Correspondência

Sofia Major, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, morada, smajor@fpce.uc.pt

<http://www.uc.pt/fpce/anosincríveis>, projetoanosincríveis15@gmail.com

Referências

- Carlson, J. S., Tietz, H. B., Bender, S. L., & Benson, L. (2011). The Influence of group training in the Incredible Years Teacher Classroom Management Program on preschool teachers' classroom management strategies. *Journal of Applied School Psychology*, 27, 134-154. doi: 10.1080/15377903.2011.565277
- Cohen, J. (1988). *Statistical power for the behavioural sciences*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Hamre B. K., & Pianta R. C. (2001). Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*, 72(2), 625-638.
- Hutchings, J., Daley, D., Jones, K., Martin, P., Bywater, T., & Gwyn, R. (2007). Early results from developing and researching the Webster-Stratton Incredible Years Teacher Classroom Management Training Programme in North West Wales. *Journal of Children's Services*, 2(3), 15-26.
- Hutchings, J., Martin-Forbes, P., Daley, D., & Williams, M. E. (2013). A randomized controlled trial of the impact of a teacher classroom management program on the classroom behavior of children with and without behavior problems. *Journal of School Psychology*, 51, 571-585. doi: 10.1016/j.jsp.2013.08.001
- Major, S. O. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas* (Dissertação de Doutoramento). Disponível em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese_Sofia%20Major.pdf
- Major, S. O., & Seabra-Santos, M. J. (2014). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition (PKBS-2): Adaptação e estudos psicométricos da versão portuguesa*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27, 599-609. doi: 10.1590/1678-7153.201427409
- Martin, P. A., Daley, D., Hutchings, J., Jones, K., Eames, C., & Whitaker, C. J. (2010). The Teacher-Pupil Observation Tool (T-POT): Development and testing of a new classroom observation measure. *School Psychology International*, 31(3), 229-249. doi: 10.1177/0143034310362040



- McGilloway, S., Hyland, L., Ní Mháille, G., Lodge, A., O'Neill, D., ... Donnelly, M. (2011). *Positive classrooms, positive children: A randomised controlled trial to investigate the effectiveness of the Incredible Years Teacher Classroom Management programme in an Irish context (short-term outcomes)*. Acedido em <http://www.atlanticphilanthropies.org/app/uploads/2013/04/teacher-eval.pdf>
- Merrell, K. W. (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition*. Austin, TX: PRO-ED.
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Homem, T. C., Azevedo, A., Silva, I., & Vale, V. (no prelo). Promoção de competências sociais e emocionais: Contributos dos programas Anos Incríveis. In A. M. Pinto, R. Raimundo (Eds.), *Avaliação e promoção de competências socio-emocionais em Portugal* (pp. 227-260). Vialonga: Coisas de Ler.
- Webster-Stratton, C. (2003). *The Teacher Classroom Management Program* (Rev. ed.). Washington, DC: Incredible Years Ltd.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2002). The Incredible Years classroom management teacher training program: Content, methods, and process. Retrieved from <http://www.son.washington.edu/centers/parenting-clinic/opendocs/teachertrainingprogram.pdf>
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: Evaluation of the Incredible Years Teacher and Child training programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 471-488. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01861.x.
- Webster-Stratton, C., & Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (ages 0–8 years). *Prevention Science*, 2, 165-192. doi : 10.1023/A:1011510923900



Grupos de Pais Anos Incríveis: O que muda na percepção da competência parental e nos comportamentos das crianças?

**Elsa Baptista¹, Sofia Major¹, Maria João Seabra-Santos¹, Filomena Gaspar¹, Tatiana Homem¹,
Andreia Azevedo¹ & Mariana Pimentel¹**

1. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

Resumo

O Programa Anos Incríveis Básico para Pais tem como principal objetivo a promoção da saúde mental das crianças através do treino de competências parentais, do fortalecimento das relações entre pais e filhos e do aumento da compreensão acerca de vários aspetos do desenvolvimento infantil e das características temperamentais da criança. O objetivo do presente estudo consiste em comparar o sentido de competência parental e as aptidões sociais e problemas de comportamento das crianças antes e depois de uma intervenção com este programa. A intervenção consistiu na dinamização de nove grupos de Pais Anos Incríveis em diversos Centros de Saúde do distrito de Coimbra (e.g., Arganil, Celas, Condeixa, Lousã), envolvendo 104 pais (83 mães e 21 pais) de 83 crianças. Na avaliação pré-intervenção, realizada antes do início da implementação dos grupos, os pais responderam a uma entrevista de anamnese e preencheram a Escala de Sentido de Competência Parental (PSOC) e as Escalas de Comportamento para a Idade Pré Escolar – 2ª Edição (ECIP-2). A avaliação pós-intervenção recorreu às mesmas escalas e foi realizada uma semana após o fim dos grupos de pais. Os resultados indicaram um aumento do sentido de competência parental após a intervenção, assim como um aumento das aptidões sociais e uma redução de comportamentos negativos nas crianças. A eficácia do programa Anos Incríveis Básico para Pais no âmbito da prevenção de problemas de comportamento e na melhoria do sentido de competência parental é discutida. Neste contexto, o programa tem-se evidenciado como uma intervenção útil, cuja implementação importa promover no nosso país.

Palavras-chave: Anos Incríveis; parentalidade; prevenção; programas baseados em evidências.



Abstract

The Incredible Years Basic Parenting Program has as main objective the promotion of children's mental health, through training of parenting skills, strengthening the relationship between parents and children and increasing the understanding of several developmental aspects and temperamental child's characteristics. The purpose of this study is to compare the parental sense of competence and the child's social skills and behavior problems before and after the intervention with this program. The intervention consisted in running nine Incredible Years Parenting Groups in several Health Centers in the district of Coimbra (e.g., Arganil, Celas, Condeixa, Lousã) with 104 parents (83 mothers and 21 fathers) of 83 children. In the pre-intervention assessment, conducted before the implementation of groups, parents responded to a demographic and medical history interview and filled out the Parental Sense of Competence Scale (PSOC) and the Preschool and Kindergarten Behavior Scales – 2nd Edition (PKBS-2). In the post-intervention assessment parents filled out the same scales a week after the end of the parent groups. Results showed an increase in parental sense of competence after the intervention, as well as an increase of the child's social skills and a decrease of child's negative behaviors. The effectiveness of the Incredible Years Parenting Program in prevention of behavioral problems and improvement of parental sense of competence is discussed. In this context, the program has shown to be a useful intervention, the implementation of which should be promoted in our country.

Keywords: Incredible Years; parenting; prevention; evidence based program.



Introdução

A prevenção em idade pré-escolar é uma questão de saúde mental incluída no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, através de medidas que contemplam a implementação de programas de prevenção validados internacionalmente, direcionados para áreas e grupos de risco diversos, assim como a implementação de programas para a primeira infância, que incluem, para além de outras temáticas, as intervenções familiares, a formação parental e a intervenção precoce. Estas formas de intervenção podem ter como objetivo a modificação de fatores familiares, os quais se revestem de especial importância no desenvolvimento precoce de problemas de comportamento, sendo destacados pelo *Institute of Psychiatry* (1997-1998, citado por Gaspar, 2011) como mais determinantes na infância do que em idades mais tardias, nomeadamente no que respeita ao desenvolvimento de trajetórias comportamentais antissociais.

O Programa Anos Incríveis Básico para Pais faz parte de uma série de programas (The Incredible Years®; www.incredibleyears.com) baseados em evidência, e desenvolvidos por Carolyn Webster-Stratton (2001). Este programa tem sido amplamente investigado e demonstrada a sua eficácia na redução de problemas de comportamento e promoção de aptidões sociais e emocionais das crianças (Presnall, Webster-Stratton, & Constantino, 2014; Webster-Stratton, 2011; Webster-Stratton, Gaspar, & Seabra-Santos, 2012). Como seus principais objetivos destacam-se o fornecer suporte aos pais com vista ao fortalecimento das famílias, e diminuir os fatores de risco familiares, através da promoção de práticas parentais não violentas e desenvolvimentalmente adequadas (Webster-Stratton & Reid, 2010).

Os estudos realizados com este programa têm revelado melhorias, a curto, médio e longo-prazo, das práticas parentais e da interação pais-filhos e têm demonstrado a sua eficácia na mudança do comportamento das crianças (Azevedo, Seabra-Santos, Gaspar, & Homem, 2013), nomeadamente através da diminuição de comportamentos externalizantes e do aumento de aptidões sociais de crianças em idade pré-escolar (Larsson et al., 2008; Seabra-Santos et al., 2016) e do aumento do sentido de competência parental dos pais (Seabra-Santos et al., 2016).

O programa foi originalmente desenvolvido como uma intervenção clínica e maioritariamente utilizado com crianças com problemas de comportamento. No entanto, muitas investigações recentes estenderam a sua aplicação a contextos preventivos (Menting, Castro, & Matthys, 2013). Recentemente a eficácia do programa na redução de problemas de comportamento das crianças foi também demonstrada quando aplicado em contextos de cuidados de saúde primários (Perrin, Sheldrick, McMenamy, Henson, & Carter, 2014).

O objetivo do presente estudo consiste na comparação da perceção de competência parental de mães e de aptidões sociais e comportamentos negativos de crianças, antes e depois da intervenção com o Programa Anos Incríveis Básico para Pais, implementado em contexto de cuidados de saúde primários em Portugal.



Metodologia

Participantes

No presente estudo analisaram-se os resultados das mães participantes nos Grupos Anos Incríveis e que realizaram as avaliações pré e pós intervenção ($N=55$). O número total de pais participantes foi igual a 104, correspondentes a 83 crianças. Os grupos eram constituídos maioritariamente por mães (79.8%), sendo estas na sua maioria casadas ou a viver em união de facto (91.6%), com média de idades de 36.35 anos ($DP=4.83$), empregadas (79.5%) e com habilitações de nível superior (67.5%). Vinte e um pais-homens (idade: $M=38.50$; $DP=5.47$) participaram juntamente com as mães, em casal. As crianças, com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos ($M=3.96$; $DP=0.90$), frequentavam o ensino pré-escolar, sendo 57% do sexo masculino. As principais preocupações das famílias diziam respeito ao comportamento (e.g., agitação, obediência, birras) e futura adaptação ou mudança de escola. Os comportamentos que preocupavam as famílias ocorriam maioritariamente em casa (50.7%) ou em casa e no jardim-de-infância (46.7%). A maioria dos pais preocupava-se com comportamentos/sintomas apresentados pelas crianças há mais de um ano (52%) e percecionavam uma maior interferência destes em casa (grande a muito grande: 25.8%), por comparação com o jardim-de-infância (grande a muito grande: 13.9%).

Intervenção

O presente estudo foi realizado no âmbito do Projeto Anos Incríveis para a Promoção da Saúde Mental (PT06 - 51SM04) e autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados. A intervenção com o Programa Anos Incríveis Básico para Pais (Webster-Stratton, 2001) consistiu na dinamização de nove grupos constituídos por 9 a 12 pais, cujos objetivos são: (i) promover as competências parentais e fortalecer as relações familiares através do aumento de abordagens parentais positivas entre pais e filhos e da autoconfiança parental; (ii) fortalecer a capacidade dos pais para promover, através da brincadeira, o desenvolvimento da linguagem e das competências emocionais, sociais, académicas e de persistência da criança; (iii) diminuir as estratégias parentais negativas baseadas na crítica e violência e substituí-las por estratégias positivas como o ignorar, o redirecionar, as consequências lógicas e a resolução de problemas; (iv) aumentar e promover a rede de suporte da família; e (v) estreitar a relação entre os contextos familiar e escolar (Webster-Stratton et al., 2012).

Os grupos de pais decorreram em nove Centros de Saúde do distrito de Coimbra, ao longo de 14 sessões semanais (2 horas/semana), maioritariamente em horário pós-laboral e incidindo sobre temáticas como o brincar seguindo as pistas da criança, a atenção positiva, os comentários descritivos, o treino de aptidões académicas, sociais, emocionais e de persistência, o elogio e reforço positivo eficaz, o estabelecimento eficaz de limites – regras de casa claras, rotinas previsíveis e ordens específicas, o ignorar, o distrair e o redirecionar, o tempo de pausa, as consequências lógicas e naturais e a resolução de problemas (Webster-Stratton, 2001). As sessões foram dinamizadas por dois líderes com formação certificada no Programa Anos Incríveis para Pais. Os líderes de grupo beneficiaram de supervisão certificada, em três sessões de três horas.



A intervenção utiliza uma abordagem colaborativa e uma metodologia baseada no modelamento por vídeo, com objetivo de facilitar a discussão em grupo, na promoção de aprendizagem experiencial, através da prática de estratégias em sessão (dinamização de *role-plays*), e na promoção da autorreflexão (Webster-Stratton, 2011).

Foi ainda disponibilizado aos pais um serviço de babysitting para os seus filhos durante o período de duração das sessões e um lanche para pais e crianças, como forma de aumentar a probabilidade dos pais frequentarem as sessões.

Instrumentos

Entrevista de anamnese: Entrevista guiada realizada aos pais para recolha de informação acerca do desenvolvimento da criança (e.g., idade, sexo, nascimento, desenvolvimento infantil, história médica, história escolar), dados do agregado familiar (e.g., composição do agregado, idade de cada elemento, estado civil, situação profissional e escolaridade dos pais), principais preocupações relativamente à criança, eventuais comportamento problemáticos, contextos onde ocorrem e interferência percebida desses comportamentos.

Escala de sentido de competência parental (Johnston & Mash, 1989; adaptação portuguesa de Seabra-Santos & Pimentel, 2007): É uma escala de autorresposta, constituída por 17 itens, que avalia a perceção de competência de pais de crianças com idades compreendidas entre 4 e 9 anos, através de duas subescalas: a Satisfação, uma dimensão afetiva que se refere à frustração, ansiedade e motivação no desempenho do papel parental, e a Eficácia, uma dimensão mais instrumental, que se refere à competência e habilidade na resolução de problemas e à capacidade no exercício do papel parental (Johnston & Mash, 1989 citados por Seabra-Santos, Major, Gaspar, Antunes & Roque, 2015).

Escalas de comportamento para a idade pré-escolar – 2ª Edição (PKBS-2; Merrell, 2002. Tradução e adaptação: ECIP-2; Major & Seabra-Santos, 2007): São a versão portuguesa das PKBS-2 e constituem uma escala de avaliação do comportamento que pode ser utilizada com crianças dos 3 aos 6 anos de idade. São compostas por 80 itens divididos em duas escalas: Aptidões Sociais e Problemas de Comportamento. A escala de Aptidões Sociais subdivide-se em três subescalas: Independência Social/Assertividade, Cooperação/Ajustamento Social e Interação Social/Empatia e, por sua vez, a escala de Problemas do Comportamento subdivide-se em duas subescalas: problemas externalizantes (descrevem comportamentos disruptivos, fora de controlo ou excesso de atividade, distribuídos em três subescalas suplementares: Antissocial/Agressivo, Excesso de Atividade/Desatenção e Oposição/Explosivo) e internalizantes (descrevem problemas de comportamento de cariz emocional que se distribuem em duas escalas suplementares: Isolamento Social e Ansiedade/Queixas Somáticas).

Procedimentos

Após a formação dos líderes de grupos de pais Anos Incríveis, foram divulgados os grupos de pais a realizar em diversos Centros de Saúde do distrito de Coimbra (Montemor-o-Velho,



Arganil, Condeixa, Miranda do Corvo, Vila Nova de Poiares, Lousã, Celas, Santa Clara e São Martinho do Bispo), bem como os critérios de inclusão (pais de crianças entre os 3 e os 6 anos de idade a frequentar o ensino pré-escolar). Os pais interessados em participar realizaram a sua inscrição voluntária junto do profissional de saúde responsável em cada Centro de Saúde ou através do *email* do projeto e, em alguns casos, foram os médicos/enfermeiros de família a sugerir às famílias esta intervenção. Antes de dar início à intervenção foram realizadas entrevistas com as famílias, com o objetivo de explicar o desenrolar da sua participação, esclarecer questões e realizar a entrevista de anamnese e administrar o protocolo de avaliação definido. Posteriormente, na última sessão dos Grupos de Pais foram entregues aos pais as escalas anteriormente referidas, solicitando-se o seu preenchimento e entrega no prazo de uma semana.

Análise de Dados

O tratamento dos dados foi efectuado com recurso ao *IBM SPSS Statistics – Version 20* (IBM Corporation, 2011). Foram calculadas as estatísticas descritivas com vista à caracterização da amostra e as diferenças de resultados entre a avaliação pré e pós-intervenção foram avaliadas com recurso ao teste *t de Student* para amostras emparelhadas. A magnitude do efeito das diferenças encontradas foi calculada através do *Eta Squared* e interpretada segundo Cohen (1988): .01 = fraca magnitude do efeito, .06 = moderada e .14 = extensa.

Resultados

O que muda na percepção da competência parental

A análise de resultados na PSOC indica que, após a intervenção, se verifica um aumento estatisticamente significativo na percepção de satisfação, $t(53) = -4.940$, $p < .01$ e de eficácia, $t(53) = -8.715$, $p < .01$ parental das mães, assim como no resultado global de sentido de competência parental, $t(53) = -7.63$, $p < .01$. Todas as diferenças obtidas se encontram associadas a uma magnitude do efeito extensa (*eta squared* = .315 a .524).

O que muda nos comportamentos das crianças

Após a intervenção, destaca-se um aumento significativo dos comportamentos que integram a escala de Aptidões Sociais das ECIP-2, $t(54) = -6.043$, $p < .01$ e uma diminuição dos Problemas de Comportamento, $t(54) = 5.964$; $p < .01$. O aumento estatisticamente significativo ao nível das aptidões sociais verifica-se, igualmente, nas três subescalas analisadas (cf. Tabela 1). Todas as diferenças encontradas se encontram associadas a uma magnitude do efeito extensa (*eta squared* = .281 a .403). A diminuição de comportamentos negativos após a intervenção verifica-se tanto ao nível dos comportamento externalizantes, $t(54) = 5.588$, $p < .01$ como internalizantes, $t(54) = 4.897$; $p < .01$, assim como nas escalas suplementares analisadas (cf. Tabela 1). Mais uma vez, todas as diferenças obtidas se encontram associadas a uma magnitude do efeito extensa (*eta squared* = .160 a .397).



Tabela 1.

Teste de Comparação de Médias: Resultados obtidos nas ECIP-2 Pré e Pós-Intervenção

	Pré-intervenção (n=55) M (DP)	Pós-Intervenção (n=55) M (DP)	t	p
Aptidões Sociais				
Independência Social	32.88 (3.80)	34.87 (3.96)	-5.044**	.00
Cooperação Social	24.78 (3.40)	27.04 (4.00)	-5.471**	.00
Interação Social	24.53 (3.58)	26.29 (3.49)	-4.593**	.00
Total Aptidões Sociais	82.13 (9.12)	88.20 (10.24)	-6.043**	.00
Problemas de Comportamento (PC)				
PC Externalizantes	36.55 (14.49)	29.62 (13.99)	5.588**	.00
PC Internalizantes	17.11 (8.05)	13.51 (6.74)	4.897**	.00
Total Problemas Comportamento	53.65 (20.95)	43.13 (19.51)	5.964**	.00
Antissocial/Agressivo	8.84 (5.46)	7.31 (5.05)	3.207*	.02
Excesso Atividade/Desatenção	11.91 (4.84)	9.80 (4.77)	5.123**	.00
Oposição/Explosivo	15.80 (5.44)	12.51 (5.32)	5.702**	.00
Isolamento Social	6.04 (3.75)	4.27 (3.31)	4.415**	.00
Ansiedade/Queixas Somáticas	11.07 (5.06)	9.24 (4.17)	3.873**	.00

Nota. ** $p < .01$. * $p < .05$.

Discussão

Este estudo teve como principal objetivo comparar a percepção de competência parental e os comportamentos das crianças antes e depois da intervenção com o Programa Anos Incríveis Básico para Pais. Os resultados demonstram um aumento significativo do sentido de competência parental das mães após a intervenção, quer ao nível da eficácia (Seabra-Santos et al., 2016), quer da satisfação percebida. O resultado obtido ao nível da satisfação parental não vai ao encontro do estudo realizado por Seabra-Santos e colaboradores (2016) no qual não se verificaram diferenças significativas nesta subescala entre os momentos pré e pós intervenção, facto que poderá ter na base da sua explicação a diferença na constituição das amostras, sendo as crianças do estudo anteriormente mencionado identificadas como em risco de desenvolver problemas de comportamento.

Verificam-se também resultados estatisticamente significativos ao nível do comportamento das crianças, avaliado pelas mães. Após a intervenção, as crianças apresentam uma melhoria nas aptidões sociais bem como uma diminuição dos comportamentos negativos, tanto internalizantes quanto externalizantes. A diminuição dos problemas de comportamento externalizantes vai ao encontro das diversas investigações realizadas neste domínio, muitas delas com amostras clínicas ou em risco (e.g., Larsson et al., 2008; Seabra-Santos et al., 2016). De acordo com Seabra-Santos e colaboradores (2016), as mudanças no sentido de autoeficácia parental afetam as mudanças das práticas parentais: assim, sentindo-se os pais mais confiantes no seu papel, terão maior propensão para usar estratégias educativas adequadas, promovendo, dessa forma, as alterações verificadas nos comportamentos das crianças.

Os resultados obtidos reforçam a importância do envolvimento ativo dos pais nas trajetórias desenvolvimentais dos filhos, nomeadamente no que respeita à prevenção de problemas de comportamento, internalizantes e externalizantes. Os dados deste estudo permitem comprovar a eficácia do Programa Anos Incríveis Básico para Pais na melhoria do sentido de



competência das mães e das aptidões sociais das crianças e ainda na diminuição de comportamentos negativos, em contextos de cuidados de saúde primários, dados que vão no sentido do estudo de Perrin e colaboradores (2014), cujos resultados permitiram demonstrar a importância de oferecer uma intervenção parental neste contexto.

Este estudo apresenta como vantagens o facto de pôr em destaque a pertinência de oferecer um programa de educação parental nos cuidados de saúde primários, o que pode constituir uma primeira linha de intervenção parental sobretudo em zonas mais desfavorecidas, onde o acesso a cuidados especializados na área da saúde mental é escasso. Outros aspetos igualmente positivos dizem respeito ao carácter voluntário da intervenção, que constituiu uma escolha dos pais baseada nas suas motivações, assim como ao facto de a dinamização dos grupos ser feita por líderes com formação certificada no programa, que recebiam supervisão igualmente certificada procurando-se, deste modo, garantir a fidelidade na implementação. Salientam-se, igualmente, os levados níveis de adesão e de satisfação dos pais relativamente ao programa (aspeto não analisado neste artigo). Como limitação ao estudo aponta-se a inexistência de um grupo de controlo sem intervenção que pudesse servir como termo de comparação. Ao nível da implementação foram salientes as dificuldades encontradas pelos profissionais em conciliar a preparação e dinamização dos grupos com os seus horários de trabalho apertados (tópicos a abordar noutras publicações).

Este estudo veio confirmar a eficácia do programa Anos Incríveis para Pais, que se tem evidenciado como uma intervenção útil e eficaz cuja implementação importa promover em contextos de cuidados de saúde primários noutras regiões do país.

Agradecimentos

O presente projeto foi desenvolvido no âmbito do Programa de Iniciativas em Saúde Pública (PT06), financiado pelo Mecanismo Financeiro EEA Grants 2009-2014.

A equipa do projeto Anos Incríveis para a Promoção da Saúde Mental (PT06 - 51SM04) agradece a todos os participantes no projeto que permitiram a realização do estudo e aos parceiros (ESEC, ANIP e Universidade de Tromsø).

Contacto para Correspondência

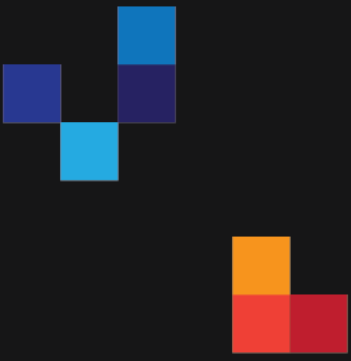
Elsa Baptista, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, elsabaptista90@gmail.com, projetoanosincriveis@fpce.uc.pt

Referências

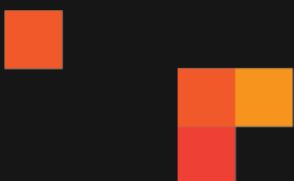
- Azevedo, A. F., Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., & Homem, T. C. (2014). A parent-based intervention programme involving preschoolers with AD/HD behaviours: Are children's and mothers' effects sustained over time? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 437-450, [doi:10.1007/s00787-013-0470-2](https://doi.org/10.1007/s00787-013-0470-2)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power for the behavioural sciences*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Gaspar, M. F. (2011). Educação parental e prevenção do risco na infância: Resposta milagre ou desafio incitador? In A. T. Almeida & N. Fernandes (Eds.), *Intervenção com crianças, jovens e famílias: Estudos e Práticas* (pp. 204-224). Coimbra: Almedina.



- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegard, B. H., & Mørch, H. T. (2008). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: results of a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18 (1), 42-52. doi:10.1007/s00787-008-0702-z
- Major, S. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/17774>
- Menting, A. T. A., de Castro, B. O., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 901-913. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.006
- Perrin, E. C., Sheldrick, R. C., McMenamy, J. M., Henson, B. S., & Carter, A. S. (2014). Improving parenting skills for families of young children in pediatric settings: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 168(1), 16-24. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics2013.2919>.
- Presnall, N., Webster-Stratton, C., & Constantino, J. N. (2014). Parent Training: Equivalent Improvement in Externalizing Behavior for Children With and Without Familial Risk. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53 (8), 879-887. doi:10.1016/j.jaac.2014.04.024
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T. C., Guerra, J., Martins, ... & Moura-Ramos, M. (2016). Incredible Years parent training: What changes, for whom, how, for how long? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 44, 93-104, doi:10.1016/j.appdev.2016.04.004
- Seabra-Santos, M. J., Major, S., Gaspar, M. F., Antunes, N., & Roque, V. (2015). Escala de Sentido de Competência Parental (PSOC): Estudos psicométricos. *Avaliação Psicológica*, 14 (1), 97-106. doi:10.15689/ap.2015.1401.11
- Webster-Stratton, C. (2001). *The parent and child series: A comprehensive course divided into four programmes - Leaders' guide*. Seattle: The Incredible Years. <http://incredibleyears.com/>
- Webster-Stratton, C. (2011). *The Incredible Years®: Parents, Teachers, and Children's Training Series. Program Content, Methods, Research and Dissemination*. Seattle: Incredible Years. <http://incredibleyears.com/>
- Webster-Stratton, C., Gaspar, M., F., & Seabra-Santos, M. J. (2012). Incredible Years® Parent, Teachers and Children's Series: Transportability to Portugal of Early Intervention Programs for Preventing Conduct Problems and Promoting Social and Emotional Competence. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 157-169. doi:10.5093/in2012a15
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2010). The Incredible Years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In J. Weisz & A. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 194-210). New York: Guilford. <http://incredibleyears.com/>



INTERVENÇÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA





Contos de fadas: Vamos Jogar?

Paula Isabel Santos¹, Joana Gomes², & Edgar Mesquita³

1. Instituto CRIAP – Porto, Portugal

2. Associação para o desenvolvimento de Penafiel, Portugal

3. Departamento de Matemática e Aplicações da Universidade do Minho, Portugal

Resumo

Apresentaremos um estudo desenvolvido ao longo de vários meses entre 2015 e 2016 no qual pretendemos perceber a utilidade terapêutica sobretudo em contexto clínico de alguns jogos de tabuleiro baseados na temática dos contos de fadas permitindo ou esperando-se que com os mesmos se obtenham uma plataforma relacional de forma a interagir com a criança e poder trabalhar algumas das temáticas abordadas e habilidades terapêuticas dos próprios contos de fadas. Os jogos foram elaborados com base em larga revisão da literatura relacionada com os contos de fadas e nos contos populares que atravessaram gerações (Branca de Neve e os Sete Anões, João e Maria, O Capuchino Vermelho e os Três Porquinhos). Sublinhou-se ainda o aspeto lúdico do jogo em si como ferramenta de comunicação e relacional, depois de fornecer o material a algumas dezenas de psicólogos/as, convidamos os mesmos a preencher um breve questionário sobre o uso da técnica tentando compreender se a mesma pode ser ou não útil em contexto clínico e pedagógico. Findo o tratamento estatístico realizado sobre o material recolhido (58 questionários) podemos concluir que os jogos podem ser de grande utilidade em contexto clínico nomeadamente para ajudar o psicólogo a trabalhar com as crianças as temáticas inerentes aos contos de fadas.

Palavras-chave: Divórcio; Crianças; Técnica Terapêutica.



Abstract

We present to you a study developed on the course of several months between 2015 and 2016 in which we intend to bring to acknowledgment the therapy utility under a clinical context of table games, above all those which its themes are based on fairy tales, allowing or being expected that with it we can reach a relational platform in order to interact with the child and to bring forth the capacity of working in its form some of the mentioned themes and the therapy effect of the fairy tales on children. The games were conceived with base on a large review of the fairy tales related literature and folktales that cross generations like (The Snow White and the Seven Midgets, John and Mary, The Red Riding Hood and the Three Little Pigs). It was underlined the playful aspect of the game itself as a mean of a relational communication tool. After provide the material to dozens of psychologists we have invited them to fill a brief form about the use of the technique trying to understand if it can or cannot be useful under clinical and pedagogical context. Ended the statistic survey done about the gathered material (fifty-eight questionnaires) it's possible to conclude that the games can be immensely useful under clinical context, namely to help the psychologist to work with children the inherent themes about fairy tales.

Keywords: Fairy tales; Children; Therapy Technique.



Introdução

Vindos de tempos imemoriais os contos de fadas passaram gerações ultrapassaram fronteiras e barreiras culturais, fazendo parte do imaginário infantil deixando logo a priori a conduta da comunicação, ao serem contados, estes aproximam narrador e ouvinte. Quando um adulto diz. “Há muito, muito, muito tempo...” a criança espreguiça para esse mesmo espaço imaginário, deleita-se com essa caminhada, abrindo os sentidos para esse espaço, o espaço onde tudo é possível. É sobretudo o espaço para a relação. Os contos constituem-se assim como um instrumento muito poderoso de comunicação, uma forma prazerosa de passar mensagens e abrir portas ao entendimento quer interior quer com o outro e do outro. Desta forma apontaremos um estudo realizado ao longo de vários meses com a colaboração de dezenas de Psicólogos no sentido de perceber se os contos de fadas, nomeadamente 4 jogos de tabuleiro baseados nos contos e fadas criados por⁴ nós, têm ou não utilidade clínica.

1.1. Os Contos de Fadas

Os contos vêm de tempos imemoriais, o seu surgimento perde-se na história sendo uma herança do imaginário que passou de geração em geração. Tendo implicitamente um papel na formação do indivíduo (Melli & Giglio, 1999; Oliveira, 1993). Os contos com infinitos significados simbólicos e com metáforas despertavam o inconsciente e o consciente possibilitando um mapa complexo do imaginário (Ferreira, 1991). Tendo uma longa caminhada envolvendo as vicissitudes do ser humano, e das relações humanas, desde a temática da morte, ciúme, medo, esperança e solidão foram os irmãos Grimm que lhes cederam um carácter mais infantil, que deram uma roupagem mágica e muito mais apelativa aos contos. Sendo atualmente conhecidos seu potencial terapêutico e pedagógico, os seus efeitos enquanto estimulantes das capacidades imaginativas e fantasiosas de crianças e adultos (Schneider & Torossian, 2009).

O poder terapêutico dos contos de fadas tem sido documentado por inúmeros autores, nomeadamente Freud, Melanie Klein e Winnicott, entre muitos outros (Hours, 2014). Quanto à sua origem, a literatura, aponta para a origem céltica (século II a.C.). Hisada (1998) aborda os escritos de Platão, nos quais mulheres mais velhas empregavam as suas histórias recheadas de simbologia na educação de crianças. De acordo com Coelho (1987), os primeiros registos dos contos de fadas datam de 4.000 A.C, feitos pelos egípcios, com o "Livro do Mágico". Já mais recentemente Charles Perrault que em 1695, tornou-se o primeiro autor a dar acabamento literário às histórias contadas de geração em geração. Adaptando os contos às tradições populares (Lubetsky, 1989; Radino, 2003; Silva, 2004; Souza, 2005). Mais recentemente temos Hans Christian Anderson, no sec. XIX considerado por muitos como o pai da literatura infantil. Nasceu pobre, mas morreu entre os reis, fruto do seu trabalho e das suas conquistas literárias, teve como fonte de inspiração a sua própria vida. Entre 1835 e 1842, Andersen lançou seis volumes de *Contos*, livros com histórias infantis traduzidos para diversos idiomas. Escreveu contos infantis até 1872, tendo ultrapassado os 150. Inicialmente inspirado na tradição popular, alguns dos seus contos são criados de por

⁴ Jogos originais criados por P. Isabel Santos, com a colaboração de Joana Silva e António Silva



ele incluindo nos seus contos, brinquedos que ganhavam vida, sendo a personagem principal por norma uma criança (Corso & Corso, 2005, 2006; Radino, 2003; Souza, 2005).

1.2. Os Irmãos Grimm

Na forma como atualmente são conhecidos, os contos de fadas surgiram na Europa, especialmente na França e na Alemanha, no final do século XVII e XVIII (Lubetsky, 1989). O seu enredo é traçado por finas camadas que permeiam o imaginário humano, a linguagem simbólica e metafórica, e a capacidade de interligar as três instâncias do psiquismo (Schneider & Torossian, 2009). Na sua essência, não eram destinadas às crianças, uma vez que eram recheadas de cenas hediondas (mortes, adultério, canibalismo, incesto entre outros). Eram histórias que narravam o destino dos homens, as suas dificuldades, seus sentimentos, suas inter-relações e suas crenças no sobrenatural (Ariés, 1981, Radino, 2001, 2003). Jacob Ludwig Carl Grimm (1785-1863) e Wilhelm Grimm (1786-1859), mais conhecidos como os Irmãos Grimm. Filósofos e estudiosos da mitologia germânica e da história do direito alemão, passaram a coletar e a estudar textos e histórias populares medievais de origem germânica e francesa contadas oralmente, tendo publicado na segunda década do sec. XIX cerca de 200 histórias em três volumes para crianças e adulto. Os seus contos são povoados por madrastas malvadas, príncipes encantados, casas de chocolate, bruxas perversas, feras, entre outros personagens singulares (Góes, 1991).

Entre os contos que foram traduzidos para o português, destacam-se: A Bela e a Fera, Os Músicos de Bremen, Branca de Neve e os Sete Anões, Chapeuzinho Vermelho, Os Três Porquinhos e João e Maria. À diferença de Perrault, registaram essas histórias nas versões originais, sem adaptações e lições de moral explícitas (Hisada, 1998; Silva, 2004; Souza, 2005). Dificilmente encontraremos uma criança que não goste de ouvir uma boa história. Na introdução, vamos ler uma história que por si só transporta a um mundo de fantasia, um mundo no qual a criança pode “fugir” do dia a dia, pode refugiar os seus medos, angústias, sonhos e projetos. O Chapeuzinho Vermelho, Cinderela, Branca de Neve, João e Maria, A Bela Adormecida, Os Três Porquinhos, e outros contos de fadas tão familiares, foram passados de geração para geração de forma a cimentar o próprio desenvolvimento infantil e a introdução de normas, valores e mensagens de forma simpática e aprazível para a criança (Hillesheim, 2006).

1.3. Os contos de fadas e o seu poder terapêutico

Os contos são fonte de prazer para as crianças tanto pelo ouvir quanto pela sua representação (Goldmann, 2001; Gutfreind, 2000, 2002, 2003; Luz & Zanetti, 2003; Roberge, 2002; Robinson, 1986; Safrá, 2005). Monaci (1990) afirma a importância dos contos não só no sentido terapêutico, mas para a estimulação de soluções adaptativas, de entendimento de sentimentos, de motivações, de solidariedade, de confiança, de transmissão de valores, da busca do autoconceito, na tentativa de estabelecer um significado de vida. Os contos de fadas ajudam a criação e incentivo da imaginação, na da busca do entendimento e do ajustamento às contrariedades (Bethelleim, 1976; Gutfreind 2003; Posse, 2004).



“O potencial terapêutico de contar histórias é hoje incontestável” (Gutfreind, 2004, p. 25; Shepherd, Johns & Robinson, 1997; Winnicott, Shepherd, & Davis, 2005; Safra 2005). Lezhava e Rtskhiladse (2006) relatam uma experiência, na qual os contos de fadas foram usados como instrumento lúdico. Talvez por isso mesmo fossem contados pelas amas ou governantas as crianças (Schneider & Torossian, 2009). Contar histórias às crianças e estabelecer um diálogo sobre as mesmas potencia reações favoráveis no que diz respeito ao desenvolvimento da capacidade de imaginar e recriar (Goulart, 2003; Lezhava & Rtskhiladse, 2006). Como instrumento de avaliação e de tratamento o seu uso é sobejamente documentado (Bruder, 2004; Ishikawa *et al.*, 1990). Os contos de fadas favorecem a introspeção, pois, por intermédio deles, a criança tem a possibilidade de pensar sobre os seus sentimentos e o seu sofrimento, vendo muitas vezes nas soluções dos contos, soluções imaginárias que a levam a ultrapassar problemas reais (Schmid *et al.*, 2002; Stube, 2001; Turkel, 2002; Tyche, 1993; Zago, 1998).

1.4. Jogos Terapêuticos

Há um consenso geral na literatura de que o jogo possibilita à criança explorar de forma prazerosa múltiplas realidades, permitindo examinar e melhorar as funções do ego, por meio das suas potencialidades e habilidades, muitas vezes não percebidas (Oren, 2008). De acordo com Winnicott, (1975, *cit in* Paparoto, Munhoz & Puglisi, 2009)) este pensamento reflete que na tarefa de jogar e brincar o sujeito pode ser criativo e utilizar sua personalidade e assim descobrir a si mesmo.

Muitos autores sugerem ainda, que os jogos favorecem a tentativa de resolução de problemas, ajudam a controlar os impulsos e no processo de autorregulação, lidar com ansiedade e frustração, compreender a relação entre ação e resultado, pois ao resolver o que ocorre durante o jogo, o sujeito cria estratégias e as avalia em função dos resultados obtidos e das metas a alcançar na atividade, e através de regras melhora a socialização e entende as normas sociais. O uso de jogos, estimula ainda, o desenvolvimento afetivo, motor, social e o moral, por meio de assimilação de conceitos, promovendo a autonomia (Lima & Kallas, 2015; Paparoto *et al.*, 2009), assim como, a função cognitiva ao nível dos processos de memória, atenção, concentração, ordenação, classificação, reversibilidade, seriação (pressupostos Piagetianos).

Dentro dos diferentes tipos de jogos, estão incluídos os livros infantis, contos de fadas, desenhos e histórias criadas pela própria criança, massa de modelar, tinta guache, jogos de tabuleiro, fantoches, casas de bonecas, carrinhos, entre outros tantos brinquedos. A abordagem terapêutica infantil baseada nos jogos possibilita o acesso a informações que de outro modo não foi possível obter, especialmente das crianças que apresentam dificuldades ao nível da expressão emocional. Estando inclusive, relacionado com as questões de desenvolvimento do repertório básico do comportamento, uma vez que as crianças geralmente, não tem um repertório verbal desenvolvido a ponto de se beneficiar de uma terapia puramente verbal. Sendo que, frequentemente, não sabem explicar o que sentem, mesmo as que já falam não entendem muito bem quando passam por situações complexas de medo, apreensão ou ansiedade.



Assim, a utilização do jogo como estratégia terapêutica (Lima & Kallas, 2015; Paparoto *et al*, 2009) permite à criança expressar melhor as suas emoções e favorece a formação do vínculo com a criança, permite identificar os conceitos e as regras que governam seu comportamento, verificar a forma como se relaciona com os outros, identificar sentimentos em relação a si mesma, a determinadas pessoas e situações, treinar para a resolução de problemas e desenvolver competências individuais e sociais, fundamental para a obtenção e transmissão de valores e insights. Por último, ao nível da intervenção, os jogos permitem como recurso alcançar determinados objetivos que estão diretamente relacionados à queixa clinicamente relevante e atuar sobre as respostas, com o intuito de modificá-las, em virtude da função reforçadora da tarefa (Claman, 2005; Gadelha & Menezes 2004; Oren 2008; Paparoto *et al*, 2009).

Metodologia

Procedimento

Trata-se de um estudo transversal em que nos propusemos a auscultar a opinião de dezenas de psicólogos que sabíamos utilizar na prática jogos terapêuticos como instrumento e estratégia de intervenção. Os participantes colaboraram na investigação por livre e espontânea vontade, atendendo a que foram conciliados e seguidos todos os princípios éticos vigentes. Para isso, foi elaborado um questionário para o efeito contendo, no mesmo os dados sociodemográficos e o feedback sobre a utilidade terapêutica dos jogos. Os questionários que não obedeciam a diretriz original (usar a técnica com um ou mais crianças) foram excluídos do tratamento final de dados, pelo que o que apresentamos neste trabalho se expõe como se segue.

Amostra

Foram inquiridos 82 psicólogos, 92% do sexo feminino com média de 10 anos de experiência profissional (DP=2,4 anos). A formação académica foi maioritariamente pré-Bolonha, com 32,3% de licenciados e 42,2% de mestres. Cerca de 7,5% tinha doutoramento e os restantes 18,0% eram licenciados pós-Bolonha. Todos os inquiridos trabalham com crianças e adolescentes.

Procedimentos estatísticos

A análise de dados foi realizada em ambiente SPSS, versão 22 (IBM Corporation, 2013). Os resultados são apresentados sob a forma descritiva, com frequências absolutas e relativas e ainda o valor mediano para as variáveis ordinais, que foram medidas numa escala de likert com a seguinte pontuação: 1 - discordo totalmente (DT), 2 - discordo (D), 3 - nem concordo nem discordo (C/D), 4 - concordo (C) e 5 - concordo totalmente (CT). Para cada subgrupo de questões no formato ordinal foi ainda calculado o alfa de Cronbach cujo ponto de corte considerado foi $>.70$ (Nunnally, 1978).

Resultados

Os resultados deste estudo mostram que todos psicólogos inquiridos (100%) já recorreu aos jogos dos “Contos de fadas” como técnica terapêutica ou pedagógica. Cerca de 89.0% psicólogos consideram que os jogos dos “Contos de fadas” são interessantes e têm utilidade clínica (Figura 1).

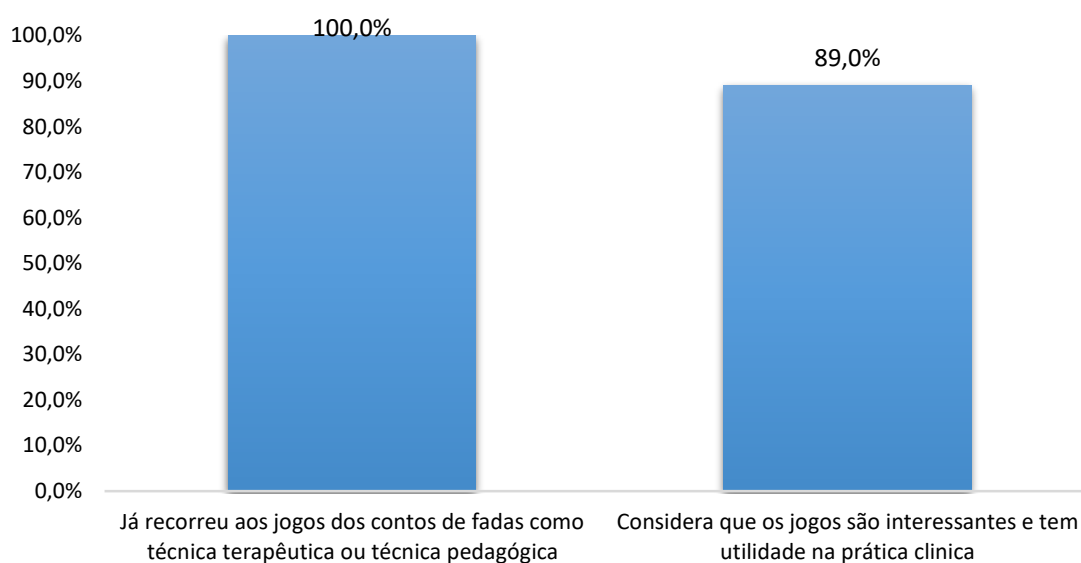


Figura 1: Utilização dos jogos dos “Contos de Fadas”

O alfa de Cronbach medido nos quatro subgrupos de questões foi considerado elevado, variando entre .77 e .83, o que demonstra boa consistência interna em cada subgrupo (Tabelas 1 a 4).

Os resultados demonstram que as mensagens que o livro pretende transmitir são assinaladas pelos profissionais como presentes, uma vez que a maioria das respostas se situa entre o concordo e concordo totalmente: na vida nada surge por acaso, é necessário trabalhar (C=41.5%, CT=39.0%), é importante não desistir perante as dificuldades (C=36.6%, CT=30.5%), às vezes cometemos erros (por exemplo o João e Maria quando comeram a casa de chocolate) mas acabamos por ter oportunidade de os resolver se soubermos aprender com eles (C=37.8%, CT=45.1%), as crianças por vezes sentem-se sozinhas e “abandonadas” até os heróis que no final vencem (C=45.1%, CT=25.6%) e é importante nunca desistir (C=35.4%, CT=45.1%). A mediana de respostas (Mdn=4) corrobora essa análise (Tabela 1).



Tabela 9: Mensagens principais transmitidas pelos contos

n=82	DT	D	C/D	C	CT	Med
Na vida nada surge por acaso. é necessário trabalhar	3 (3.7%)	6 (7.3%)	7 (8.5%)	34 (41.5%)	32 (39.0%)	4
É importante não desistir perante as dificuldades	6 (7.3%)	9 (11.0%)	12 (14.6%)	30 (36.6%)	25 (30.5%)	4
Às vezes cometemos erros (por exemplo o João e Maria quando comeram a casa de chocolate) mas acabamos por ter oportunidade de os resolver se soubermos aprender com eles	2 (2.4%)	5 (6.1%)	7 (8.5%)	31 (37.8%)	37 (45.1%)	4
As crianças por vezes sentem-se sozinhas e “abandonadas” até os heróis que no final vencem	4 (4.9%)	11 (13.4%)	9 (11.0%)	37 (45.1%)	21 (25.6%)	4
É importante nunca desistir	3 (3.7%)	5 (6.1%)	8 (9.8%)	29 (35.4%)	37 (45.1%)	4
Alfa de Cronbach	.83					

Em relação ao feedback retirado da técnica os resultados mostram que existe uma discordância em relação ao facto da criança poder achar o jogo aborrecido (D=46.3%, DT=41.5%). Por outro lado os psicólogos inquiridos concordam que nos jogos “Contos de fadas” a criança se envolve de forma prazerosa cumprindo as tarefas (C=51.2%, CT=22.0%).

A mediana para a afirmação positiva ($Md_n=4$) e para a afirmação negativa ($Md_n=2$) estão de acordo com os resultados descritos (Tabela 2).

Tabela 10: Feedback retirado da técnica

n=82	DT	D	C/D	C	CT	Med
A criança recusa jogar, acha o jogo aborrecido e não cumpre as regras	34 (41.5%)	38 (46.3%)	5 (6.1%)	3 (3.7%)	2 (2.4%)	2
A criança envolve-se nas tarefas de forma prazerosa cumprindo as regras	6.1%	13.4%	7.3%	51.2%	22.0%	4
Alfa de Cronbach	.77					

Os psicólogos consideram o livro de atividades como um instrumento importante, nomeadamente na ajuda a consolidar as ideias do livro (C=48.8%, CT=15.9%), no facto de ser divertido para a criança (C=31.7%, CT=40.2%), apelativo (C=48.8%, CT=31.7%), transmitir as mensagens que ajudam a criança a lidar com algumas frustrações (C=37.8%, CT=23.2%), promover uma boa relação terapêutica (C=31.7%, CT=39.0%) e poder incluir os pais (C=50.0%, CT=32.9%). Os valores medianos confirmam estes resultados ($Mdn=4$) (Tabela 3).



Tabela 11: Importância do livro de atividades

n=82	DT	D	C/D	C	CT	Med
Ajuda a consolidar as ideias do livro	4.9%	4.9%	25.6%	48.8%	15.9%	4
É divertido para a criança	3.7%	6.1%	18.3%	31.7%	40.2%	4
É apelativo	1.2%	2.4%	15.9%	48.8%	31.7%	4
Transmite as mensagens que ajudam a criança a lidar com algumas frustrações	3.7%	18.3%	17.1%	37.8%	23.2%	4
Promove uma boa relação terapêutica	4.9%	8.5%	15.9%	31.7%	39.0%	4
Pode incluir os pais	2.4%	4.9%	9.8%	50.0%	32.9%	4
Alfa de Cronbach	.80					

Discussão/Conclusão

De acordo com a revisão de literatura efetuada e com este estudo conclui-se que os jogos terapêuticos são poderosos aliados para os psicólogos em terapia infantil, quer como veículo de investigação ou de intervenção terapêutica, sendo o jogo terapêutico parte de uma psicoterapia. Um outro aspeto ainda salientado ao longo de alguns estudos é relativo ao fortalecimento do vínculo com a crianças (Gadelha & Menezes, 2004; Oren, 2006; Paparoto et al, 2009). O que possibilita compreender que o psicólogo terá sempre um constante desafio, de forma a adaptar seus conhecimentos e procedimentos para atender a cada indivíduo de maneira particular e única, a fim de obter resultados satisfatórios e melhorar a qualidade de vida dos seus clientes. Deste modo, a investigação demonstra e até dá saliência à importância do jogo no processo terapêutico.

Concluimos assim que os jogos por nos criados e disponibilizados aos psicólogos que participaram neste estudo, tem um potencial terapêutico muito interessante, são prazerosos para a criança e podem fortalecer a relação terapêutica, constituindo-se assim mais uma ferramenta clínica ao dispor dos profissionais.

Agradecimentos

Agradecemos a todos quantos participaram neste estudo, aos psicólogos que se prontificaram a usar os jogos e a responder aos questionários, é a eles que se deve este trabalho.

Ao Instituto CRIAP por ter patrocinado este estudo.

Contacto para Correspondência

Paula Isabel dos Santos
CRIAP, Morada: Av. de Fernão de Magalhães 1862, 5º piso, 4350-158 Porto
isagsantos@gmail.com



Referências

- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.
- Bruder, M. (2004). *Implicancias del cuento terapéutico en el bienestar psicológico en mujeres y sus correlatos*. *Psic*, 5 (2), 14-21.
- Coelho, N. (1987). 'O Conto de Fadas'. São Paulo: Ática, 1987.
- Corso, D. L. & Corso, M. (2005). A infância invade o conto de fadas. *Cadernos da Appoa*, 134, 43-48.
- Corso, D. L. & Corso, M. (2006). *Fadas no divã: psicanálise nas histórias infantis*. Porto Alegre: Artmed.
- Claman, L. (2005). O Jogo do Rabisco com histórias na psicoterapia de crianças. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 13(2), 389-405.
- Ferreira, M. P. (1991). Contos de fada como atividade terapêutica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40 (4), 160-162.
- Gadelha, Y. & Menezes, I. (2004). Estratégias lúdicas na relação terapêutica com crianças na terapia comportamental. *Universidade Ci. Saúde Brasília*, 2(1), 57-68.
- Góes, L. P. (1991). *Introdução à literatura infantil e juvenil*. 2. ed. São Paulo: Pioneira.
- Goldmann, D. (2001). Factured fairy tales: commentary on paper by Susan Fairfield. *Psychoanalytic Dialogues*, 11 (2), 269-281.
- Goulart, C. M. T. (2003). Histórias de crianças: as narrativas de crianças asmáticas no brincar. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 16 (2), 355-365.
- Gutfreind, C. (2000). The use of the fairy tale as a means of treating children who have been separated on a long-term basis from their parents: therapeutic possibilities and specific aspects. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 48.
- Gutfreind, C. (2002). A utilização terapêutica do conto: uma pesquisa clínica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 4.
- Hillesheim, B. (2006). Contos de fadas e infância(s). *Educação e Realidade*, 3 (1), 107-126.
- Hisada, S. (1998). *A utilização de histórias no processo psicoterápico: uma visão winnicottiana*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Hours, A. (2014). Reading Fairy Tales and Playing: A Way of Treating Abused Children. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 13:141-151, 2014.
- Ishikawa, T. et al. (1990). A study of communication and behavior management in pediatric dentistry: approach to the child using the fairy tales. *Shoni Shikagaku Zasshi: The Japanese Journal of Pedodontics*, 28 (4), 1084-1092.
- Lezhava, D. A. & Rtskhiladse, I. G. (2006). Fairy tales as a method of education of children with bronchial asthma. *Pediatric Pulmonology*, 24 (Suppl. 16), 308.
- Lima, M. & Kallas, R. (2015). Cara a cara com os personagens familiares: o uso elaborativo do jogo a partir de uma abordagem winnicottiana. *Ciências Sociais e Humanas Londrina*, 36(2), 43-52. DOI:10.5433/1679-0383.2015.
- Lubetsky, M. J. (1989). The magic of fairy tales: psychodynamic and developmental perspectives. *Child psychiatry and human development*, 19 (4), 245-255.
- Luz, A. M. H. & Zanetti, L. (2003). The fairy tale and modern paternity. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (3), 292-297.
- Melli, R. & Giglio, J. (1999). "Enquanto o seu lobo não vem..." Contos de fadas na escola? Relato de uma experiência. *Psico-USF*, 4 (1), 13-23.
- Monaci, E. M. (1990). Mitos, contos, lendas e fábulas: fantasia versus realidade. *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*, 2 (2), 42-54.
- Oliveira, F. O. (1993). Contos de fada. *Revista de Psicologia Plural*, (5), 13-16.147
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill. IBM Corporation (2013). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corporation.



- Oren, A. (2008). The use of board games in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 34(3), 364-383. DOI: 10.1080/00754170802472893.
- Paparoto, A., Munhoz, A. & Puglisi, M. (2009). Jogos no Espaço Terapêutico em Psicopedagogia: A Reconstrução do Prazer em Aprender. *I Congreso Internacional de Investigacion y Prática Profesional en Psicología del Mercosur*, Acta 347-349.
- Posse, M. (2004). Psicoterapia Jungiana para la somatización. *The European Journal of Psychiatry*, 18 (1), 23-30.
- Radino, G. (2001). Oralidade, um estado de escritura. *Psicologia em Estudo*, 6 (2), 73-79.
- Radino, G. (2003). *Contos de fadas e a realidade psíquica: a importância da fantasia no desenvolvimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Roberge, L. (2002). Séparation, recomposition familiale et rivalité fraternelle. *Psychologie Québec*, 24-26.
- Robinson, J. G. (1986). Fairy tales and teaching family therapy. *Journal of Family Therapy*, 8(4), 383-393.
- Safra, G. (2005). *Curando com histórias*. São Paulo: Sobornost.
- Schmid, G. B. *et al.* (2002). Phantasy therapy in psychiatry: rediscovering reality in phantasy: a special treatment for in- and outpatients in general psychiatry. *Research in Complementary and Natural Classical Medicine*, 9 (5), 283-291.
- Schneider, R., Torossian, S. (2009). Contos de fadas: de sua origem à clínica contemporânea. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 132-148.
- Shepherd, R.; Johns, J. & Robinson, H. (1997). *D. W. Winnicott: pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Silva, A. M. (2004). O conto de fada e a problemática do pertencimento social. *Revista Espaço Acadêmico*, 4 (39), 1-5.
- Souza, M. T. C. C. (2005). Valorizações afetivas nas representações de contos de fadas: um olhar piagetiano. *Boletim de Psicologia*, 55 (123), 1-22.148.
- Stube, S. (2001). Das marchen-stregeispielf :Eine erlebnisorientierte gruppenarbeit. *Psych Pflege*, 7 (3), 124-128.
- Turkel, A. R. (2002). From victim to heroine: children's stories revisited. *Journal American Academy of Psychoanalysis*, 30 (1), 71-81
- Tychev, C. (1993). Comparative genetic approach to the study of body image of children from 4 to 14 years of age using the fairy tale of the ant. *Perceptual and Motor Skills*, 76 (2), 1179-1189.
- Winnicott, C.; Shepherd, R. & Davis, M. (2005). *Explorações psicanalíticas D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artmed.
- Zago, J. A. (1998). Self, contos de fadas e recursos terapêuticos: um ponto de vista fenomenológico existencial. *Informação Psiquiátrica*, 2 (17), 67-71.



Ansiedade em adolescentes: efeitos de um programa de preparação psicológica para a hospitalização

Dulce Carvalho¹ & Amorim Rosa²

1. CHUC, Departamento Pediátrico, Portugal

2. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Resumo

Introdução: Os adolescentes que recorrem ao hospital trazem consigo um universo de dúvidas e apreensão, dificultadores da sua participação no processo de cuidados.

Objetivos: considerando o valor das intervenções psicológicas na relação custo-efetividade dos cuidados de saúde, este estudo tem como objetivos a construção de um Programa de Preparação Psicológica para a hospitalização e a validação do seu efeito sobre os níveis de ansiedade dos adolescentes hospitalizados.

Metodologia: Foi realizado um estudo experimental com uma amostra aleatória de 60 adolescentes, com necessidade de internamento num serviço de Pediatria. Analisou-se o padrão de correlações entre as variáveis ansiedade, vinculação e autoeficácia e testou-se o efeito do programa na redução dos níveis de ansiedade, através do teste de análise de Covariância (ANCOVA).

Resultados: Verificou-se uma diferença significativa nos níveis de ansiedade entre o grupo experimental que foi submetido à intervenção e o grupo controlo que foi submetido ao procedimento padrão da unidade hospitalar, depois de controlados os efeitos da variável 'autoeficácia', sendo que a variável 'vinculação' não apresentou uma correlação significativa com a ansiedade. Esta evidência é favorável à hipótese de que o programa testado é mais eficaz na redução dos níveis ansiedade do que o procedimento habitualmente adotado.

Conclusões: O Programa de Preparação Psicológica para a Hospitalização demonstrou ser uma ferramenta útil e eficaz na redução dos níveis de ansiedade dos adolescentes internados, contribuindo para promover um maior controlo cognitivo e manter as perturbações emocionais em níveis mais baixos.

Palavras-chave: Ajustamento psicológico; Adolescentes; Ansiedade; Hospitalização



Abstract

Introduction: Adolescents, who use the hospital for surgery, treatments, exams or emergency situations, bring a universe of doubt and apprehension, hindering their participation in the care process.

Objectives: Considering the value of psychological interventions and its importance in cost-effectiveness of health care, we build a Psychological Preparation Program for Hospitalization and test the effect on anxiety levels of hospitalized adolescents, controlling also variables has the effect of attachment and self-efficacy.

Methodology: This was an experimental study with a random sample of 60 adolescents, in need of hospitalization in a pediatric service. We analyzed the pattern of correlations between variables anxiety, 'attachment' and 'self-efficacy' and tested the effect of the program in reducing anxiety levels, through Covariance Analysis Test (ANCOVA).

Results: There was a significant difference in anxiety levels between the experimental group that was submitted to the intervention and the control group that was subjected to the standard unit procedure, after controlling for the effects of variable 'self-efficacy', being that the variable 'attachment' did not show a significant correlation with anxiety. This evidence supports the hypothesis that the test program is more effective in reducing anxiety levels than normally adopted procedure.

Conclusions: The Psychological Preparation Program for Hospitalization proved to be a useful and effective tool in reducing the anxiety levels of hospitalized adolescents, helping to promote a greater cognitive control and keep emotional disturbances at lower levels.

Keywords: Psychological adjustment; Adolescents; Anxiety; Hospitalization



Introdução

A dimensão subjetiva e experiencial dos fenómenos de saúde e doença, valorizando a autonomia conceptual e as atitudes dos diferentes intervenientes, exigem hoje uma visão de um modelo de saúde holístico, no qual se pretendem equipas de saúde abertas à participação multidisciplinar, permitindo intervir sobre a doença, e, também, sobre a dimensão subjetiva das experiências de saúde e doença.

Na admissão ao hospital, as crianças e adolescentes confrontam-se com algumas ameaças como sejam: o medo do desconhecido, o medo das lesões físicas e da dor, a perda de controlo, da incerteza do que é esperado e a separação das rotinas familiares, tomando a ansiedade uma enorme expressão, especialmente, nas situações em que não existe preparação pré-operatória (Glasper & Haggarty, 2006).

A ansiedade constitui-se como um foco de atenção prioritário na medida em que, sendo uma sensação desconfortável causada pela insegurança ou até pelos sons hospitalares, pode desencadear comportamentos desajustados, implicando uma recuperação pós-operatória mais lenta, mais complicada e com mais dor (Mendes, Silva, Nunes e Fonseca, 2005). Assim, avaliar, prevenir e/ou gerir a ansiedade, bem como as competências de confronto do adolescente e família com a ansiedade, podem ser fatores importantes para o sucesso terapêutico durante a hospitalização (Barros, 1999).

Considerando, o papel da 'preparação psicológica' no contexto hospitalar, Turra, Junior, Almeida e Doca (2011) defendem que o seu principal *leitmotiv* consiste num conjunto de informações e procedimentos técnicos que podem ocorrer antes da hospitalização, no momento da admissão ao hospital ou antes de procedimentos invasivos como cirurgias. Deve combinar suporte emocional, atendendo às necessidades psicossociais dos pacientes e informações relacionadas com o internamento (Junior et al., 2012), de forma a ultrapassar dificuldades de confronto com a cirurgia e perspetivas de reabilitação – intervenção psicoeducativa (Turra et al., 2011).

A autoeficácia, que compreende a perceção sobre a própria capacidade de *coping*, pode ser um fator determinante nos processos de saúde-doença, na medida em que influencia os processos de pensamento e as reações emocionais antes e perante as situações (Silva e Paixão, 2007), sendo por isso muito importantes no contexto de hospitalização.

A perceção de vinculação, que se deseja ajustada (indicador de qualidade da vinculação), pode colocar-se em causa quando o sentimento de segurança (*safety*) e a decorrente noção de bem-estar e de conforto são postas em causa, pela angústia, receios e separação familiar, podendo ocorrer também em situação de internamento hospitalar.

Considerando o contexto global sumariamente exposto e a inexistência em Portugal de estudos experimentais sobre a importância da preparação psicológica para o internamento em crianças e adolescentes, mas também a importância da ansiedade e das suas consequências (Ordem dos Psicólogos, 2011), este estudo tem como objetivo primordial validar o efeito de um Programa de Preparação Psicológica para a Hospitalização (PPPH) na redução dos níveis de ansiedade dos adolescentes hospitalizados, dando resposta à seguinte questão de investigação: 'Há diferença significativa nos níveis de ansiedade entre os adolescentes submetidos a um Programa de Preparação Psicológica para a Hospitalização e o grupo de controlo que foi submetido ao procedimento padrão da unidade, controlando os resultados das variáveis vinculação e autoeficácia?'.



Metodologia

Participaram neste estudo 60 adolescentes internados num serviço de Pediatria, numa unidade de saúde de referência nacional. A participação no estudo foi voluntária e sujeita ao consentimento informado dos participantes e dos seus pais.

O cálculo amostral, o *effect size* e o poder dos testes foram estimados por meio do programa estatístico *GPower*. Adotou-se o erro de estimação de 5%, estimativa do tamanho do efeito de 0.20, o poder β de 80%, e um nível de confiança de 95%, o que resultou no número mínimo de 52 indivíduos. Decidiu-se pela utilização de uma amostra de 60 adolescentes, 30 no grupo experimental e 30 no grupo de controlo.

Previamente à seleção da amostra foram definidos os seguintes critérios para inclusão no estudo: 1) adolescentes de ambos os sexos; 2) idade compreendida entre os 10 e os 18 anos; 3) acompanhados por um ou por ambos os pais; 4) ausência de défices cognitivos evidentes; 5) clinicamente estáveis; 6) nacionalidade portuguesa; 7) admissões realizadas de segunda a sexta-feira entre as 8 e as 16 horas; e 8) previsão de tempo de internamento superior a 48h.

Em termos de *design* adotámos uma metodologia experimental, com pré-teste /pós-teste, incluindo dois grupos homogéneos e com manipulação da intervenção (PPPH), para avaliar os seus efeitos sobre o nível de ansiedade, tendo em conta (i.e., controlando estatisticamente) a influência das variáveis ‘vinculação’ e ‘autoeficácia’, visando reduzir o erro experimental na comparação dos tratamentos e o enviesamento dos resultados.

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao software SPSS – 22 (*Statistical Package for the Social Science*). Realizaram-se estatísticas descritivas das variáveis de caracterização demográfica, analisou-se o padrão de correlações entre as variáveis através do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson e para a análise estatística dos resultados utilizámos a análise de Covariância (ANCOVA).

Os participantes foram alocados de forma aleatória a dois grupos (n=30). Foi utilizado um saco opaco e dois cartões, num estava escrito “Controlo” e no outro “Experimental”. Sempre que era admitido na unidade um adolescente que cumprisse os critérios de inclusão, um profissional do serviço externo à investigação, retirava do saco um dos cartões e em função do resultado, o participante integrava o grupo correspondente. Quando um dos grupos atingiu o número de elementos previsto, manteve-se o procedimento até à conclusão do outro grupo (tendo decorrido durante 4,5 meses).

Ao grupo experimental foi aplicado o PPPH e ao grupo de controlo foi realizado o procedimento padrão de admissão na unidade. Ambos os procedimentos tiveram um tempo médio de aplicação de 20’.

No momento da admissão ou nas primeiras oito horas de internamento, foram aplicadas aos dois grupos, para além de um questionário de caracterização sociodemográfica, três escalas de avaliação: ‘Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung’ (Serra, Ponciano e Relvas,



1982); 'Escala de Avaliação da Vinculação em Adolescentes' (Ribeiro e Sousa, 2002); e 'Escala de Avaliação da Autoeficácia Geral' (Ribeiro, 1995).

A 'Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung' foi novamente aplicada ao grupo experimental, após a realização da intervenção (PPPH) e ao grupo de controlo, após a realização do procedimento padrão da unidade.

Na tabela 1 podemos observar os valores dos coeficientes de consistência interna das escalas, obtidos dos resultados recolhidos na amostra deste estudo e a sua comparação com os resultados dos estudos originais. Para a 'Escala de avaliação da autoeficácia geral' e para a 'Escala de avaliação da vinculação em adolescentes' apresentam-se os valores do Alfa de Cronbach. Para a 'Escala de autoavaliação da ansiedade de Zung' observa-se o valor de '*r*' calculado através do método "*split half*". Nesta escala replicou-se o método utilizado no estudo original, ainda que os resultados obtidos no Alfa de Cronbach sejam mais sólidos.

Tabela 1 - Valores do coeficiente de consistência interna dos instrumentos utilizados

Escalas	Estudo atual	Estudo original
Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung		
Escala total	.514** (.758*)	.625**
Escala de Avaliação da Autoeficácia Geral		
Escala total	.822*	.840*
Escala de Avaliação da Vinculação em Adolescentes		
Escala total	.776*	.770*

**valores de *r*: método *split half*; *Valores de Alfa de Cronbach

Verifica-se que as três escalas apresentam valores de consistência interna moderados, sendo que o mais robusto é o da 'Escala de avaliação da autoeficácia geral' (.822). Os valores obtidos não diferem significativamente dos obtidos nos estudos originais.

Programa de Preparação Psicológica para a hospitalização

O programa de intervenção desenhado para este estudo (PPPH) assenta num modelo participativo, colaborativo, lógico e sequencial, com uma estrutura flexível, permitindo dar resposta a questões imediatas, na construção de uma relação apoiante, recíproca e não culpabilizante, fundamentada numa metodologia com componentes afetivos, cognitivos e comportamentais (Turra, 2011).

Pressupostos.

O programa é realizado em contexto hospitalar no momento da admissão, numa sala própria para o efeito (com poucos objetos, ampla e com luz natural), num ambiente acolhedor e informal; o investigador apresenta-se pelo nome e o adolescente (e família) é tratado pelo



nome (preferido); os pais podem tomar a decisão partilhada de colaboração mútua; a comunicação é adequada ao desenvolvimento cognitivo e emocional; a comunicação não-verbal é muito valorizada; e os registos das informações obtidas são realizados em computador perante o adolescente e família, num ícone de 'Avaliação Inicial' estruturada.

Recolha de informação e observação geral breve.

A recolha de informação é iniciada por uma relação baseada na escuta ativa e na compreensão empática, permitindo ao adolescente verbalizar as suas crenças mais negativas e expressar as suas emoções. Esta fase é crucial para a motivação e adesão ao programa. Recolhem-se informações sobre as expetativas quanto ao internamento, nível de adesão ao tratamento, recursos de confronto à hospitalização, história pessoal do adolescente e história da doença (Barros, 1999).

Informação fornecida.

A informação é adaptada às necessidades individuais do adolescente e família, garantindo coerência, consistência e sequência, seguindo-se o ensino das estratégias de intervenção para o controlo emocional.

Estratégias de intervenção para o controlo emocional.

Neste ponto explora-se a habilidade para lidar com os próprios sentimentos, necessidades e expetativas, adaptando-os conforme a situação e expressando-os de maneira saudável. Pretende-se obter controlo emocional recorrendo a (i) técnicas cognitivas que buscam a modificação do auto diálogo gerador de ansiedade; (ii) técnicas comportamentais que consistem em fornecer as instruções específicas ao adolescente, facilitando a sua recuperação, exigindo a sua colaboração ativa; e (iii) técnicas combinadas destas duas.

Resultados

A amostra é constituída por adolescentes de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos, sendo 35 (58.3%) do género feminino e 25 (41.7%) do género masculino. A média das idades é de 14 anos ($DP=2,05$), sendo no grupo experimental de 14,17 anos ($DP= 2.10$) e no grupo de controlo de 13,83 anos ($DP = 2,04$).

Inicialmente examinou-se o padrão de intercorrelações entre as variáveis observadas (Ansiedade, Vinculação e Autoeficácia) através do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson para as somas das pontuações obtidas em cada uma das escalas.

Os resultados expressos na Tabela 2 permitem verificar a existência de uma correlação negativa moderada a forte entre os níveis de ansiedade e a perceção de autoeficácia, ($r = -.424$; $p < .001$) e uma correlação positiva fraca (e estatisticamente não significativa) entre a ansiedade e a perceção de vinculação ($r = .165$; $p = .208$). Assim, só a autoeficácia foi utilizada como covariável no modelo de ANCOVA.

Tabela 2 – Resultados dos coeficientes de Correlação de Pearson entre as variáveis:
Ansiedade, Vinculação e Autoeficácia

Variáveis	1	2	3
(1) Ansiedade	1	.165 ($p=.208$)	-.424** ($p=.001$)
(2) Vinculação		1	.074 ($p=.575$)
(3) Autoeficácia			1

** $p < .01$ (teste bilateral)

Previamente à realização da ANCOVA procedeu-se à verificação dos pressupostos para a sua utilização: (1) a covariável (neste caso, a autoeficácia) foi medida antes da realização do PPPH; (2) com elevado nível de fiabilidade ($\alpha = .82$); (3) O cálculo do coeficiente de correlação entre as variáveis revelou a existência de uma associação linear, negativa moderada e estatisticamente significativa ($r = -.395$; $p < .01$) entre os níveis de ansiedade e a autoeficácia (pressuposto da linearidade), o que torna vantajoso o uso do procedimento ANCOVA; e, finalmente, (4) o pressuposto do paralelismo e da inclinação das retas de regressão em ambos os grupos é válido para os dados recolhidos, ou seja, a relação entre as variáveis é a mesma nos dois grupos, comprovando-se, assim, o pressuposto da homogeneidade dos declives de regressão: $F(1,56) = .124$, $p = .726$).

O diagrama de dispersão expresso no gráfico 1 permite visualizar a associação linear entre as variáveis. A comparação foi feita em termos do paralelismo e da inclinação das retas de regressão.

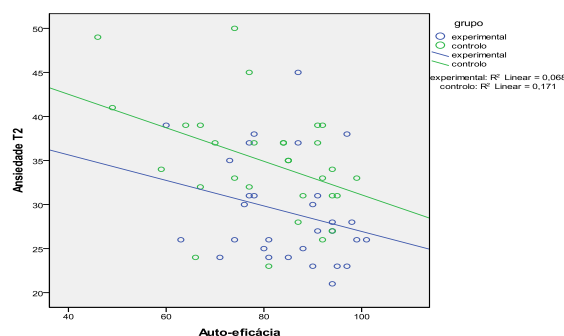


Gráfico 1 - Diagrama de dispersão (grupo experimental; grupo controlo)

Depois de verificados os pressupostos matemáticos da ANCOVA, procurou-se responder à questão de investigação formulada, verificando se as diferenças nas médias ajustadas dos scores da ansiedade nos dois grupos eram estatisticamente significativas.

Os resultados expressos na Tabela 3 mostram que os participantes do grupo experimental apresentam no pós-teste um nível médio de ansiedade (Média = 29.13) inferior ao dos participantes do grupo de controlo (Média = 34.93).



Tabela 3 – Médias ajustadas e desvios-padrão dos scores da ansiedade

		Pré-teste	Pós-teste
Experimental	M	35,50	29,13
	DP	7,60	5,96
Controlo	M	36,37	34,93
	DP	6,51	6,38

Pelos resultados da análise estatística (ANCOVA) expressos na Tabela 4, identificamos a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre os níveis de ansiedade dos dois grupos ($F [1, 57] = 10,26, p < .01$). Adicionalmente, pode ainda constatar-se que 11% ($\omega^2 = .11$) da variância total dos scores da ansiedade observada pode ser atribuída ao efeito do PPPH.

Tabela 4 - Sumário da ANCOVA do nível de ansiedade dos participantes

Fonte	SQ	Gl	MQ	F	P
Autoeficácia	267.51	1	267.51	7,85	.007
Grupo	349.36	1	349.36	10,26	.002
Erro	1941.82	57	34.07		
Total	64282.0	59			

Podemos assim afirmar que há uma diferença significativa nos níveis de ansiedade entre o grupo experimental que foi submetido ao PPPH e o grupo controlo que foi submetido ao procedimento padrão da unidade, depois de controlados os efeitos da variável autoeficácia. Esta diferença entre médias é favorável à hipótese de que o programa testado é mais eficaz na redução dos níveis ansiedade do que o procedimento normalmente adotado.

Discussão

O presente estudo sugere uma proposta de intervenção psicoeducativa com vista à promoção da saúde mental dos adolescentes, ajudando-os a minimizar as respostas emocionais negativas como a ansiedade, foco com impacto significativo a nível pessoal, familiar, social e económico, em contexto de hospitalização.

Os resultados obtidos permitiram verificar que a perceção de autoeficácia influencia o nível de ansiedade, e esta não é influenciada de forma estatisticamente significativa pela perceção de vinculação aos pais. Efetivamente, a vinculação é um constructo demasiado vasto e



especial e não interfere com a ansiedade-estado (Niditch & Varela, 2012), sendo que os pais funcionam como suporte parental em momentos de *distress*.

Relativamente à autoeficácia, os resultados mostram que quanto maior a perceção de autoeficácia, menor o nível de ansiedade. Estes resultados relacionam-se de forma clara com as conclusões de estudos anteriores (e.g. Bandura, 1977), segundo os quais, a ansiedade está associada com baixos níveis de autoeficácia, eventualmente com sequelas psicológicas prejudiciais e maior intensidade no contexto da dor.

O programa de preparação psicológica para a hospitalização, estruturado enquanto intervenção psicoeducativa revelou-se eficaz, verificando-se diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade entre os dois grupos. Os resultados corroboram as ideias de vários autores (e.g. Barros, 1999; Doca e Junior, 2007; Turra, 2011) que referem que os programas de preparação psicológica para o internamento têm como objetivos a redução dos efeitos adversos associados à experiência de hospitalização, nomeadamente a redução da ansiedade antecipatória, bem como a redução de manifestações de ansiedade e problemas de comportamento durante e após o internamento.

Os procedimentos de disponibilização de informação permitem ao adolescente antecipar o que lhe vai acontecer, ajudando-o a compreender e a controlar as situações ansiogénicas (Joyce-Moniz, 2005), favorecendo melhores resultados clínicos, e por conseguinte, económicos, possibilitando menor consumo de medicamentos ou até reduzindo os dias de internamento.

Tendo em conta alguns riscos relacionados com a complexidade clínica, a multiplicidade de variáveis psicossociais envolvidas no contexto de tratamento e as diversas abordagens teórico-filosóficas que estão na base das intervenções psicológicas, podemos considerar os resultados do estudo positivos, permitindo e sustentando um conjunto de possíveis transformações para a prática clínica. O PPPH, ao fornecer informação adequada, ao facilitar a aprendizagem de estratégias de confronto com a hospitalização, ao contribuir para a diminuição da ansiedade e ao validar expectativas, cumpriu os objetivos na base da sua criação, sendo um instrumento eficaz, capaz de ajudar os adolescentes e famílias a enfrentar algumas adversidades dum internamento hospitalar.

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Teresa Sousa Machado, ao Professor Doutor José Tomás da Silva e todos que direta ou indiretamente participaram neste estudo. O meu “Muito Obrigada”

Contacto para Correspondência

mariadulcecarvalho66@hotmail.com

Referências Bibliográficas

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Barros, L. (1999). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentalista*. Lisboa: Climepsi Editores.



- Doca, F. N., e Junior, A. L. (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. *Paidéia*, 17(37), 167-179.
- Glasper, E., & Haggarty, R. (2006). The psychological preparation of children for hospitalization. In A. Glasper, & J. Richardson, *A textbook of children and young people's nursing* (pp. 71-76). Londres: Elsevier.
- Joyce-Moniz, L. (2005). *A modificação do comportamento. Teoria e prática da psicoterapia e psicopedagogia comportamentais*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Junior, A. L., Doca, F. N., Araújo, I., Martins, L., Mundim, L., Penatti, T., e Sindim, A. C. (2012). Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estudos de Psicologia*, 29(2), 271-284.
- Mendes, A. C., Silva, A., Nunes, D., e Fonseca, G. (2005). Influência de um programa psicoeducativo no pré-operatório nos níveis de ansiedade do doente no pós-operatório. *Revista de Enfermagem Referência*, II(1), 9-14.
- Niditch, L. A., e Varela, R. E. (2012). Perceptions of parenting, emotional self-efficacy, and anxiety in youth: Test of a mediational model. *Child and Youth Care Forum*, 41, 21-35.
- Ordem dos Psicólogos. (2011). *Evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos.
- Ponciano, E., Serra, A.V., & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra de população portuguesa – I. – Resultados da aplicação numa amostra de população normal. *Psiquiatria Clínica*, 3 (4), 191-202.
- Ribeiro, J.L.P. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da autoeficácia geral. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 3, 163-176.
- Ribeiro, J.L.P., & Sousa, M. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes. *Análise Psicológica*, 1, (XX), 67-75.
- Silva, J. T., e Paixão, M. P. (2007). Estudos sobre o papel da autoeficácia em contextos educativos. *Psychologica*, 44, 7-10.
- Turra, V., Junior, A. L., Almeida, F. F., e Doca, F. N. (2011). Contribuições da psicologia na atenção ao paciente cirúrgico: Uma análise da literatura. *Ciências e Saúde*, 22(4), 353-366.

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA
NO ENSINO SUPERIOR



Melhoria da Qualidade de Vida e Intervenções Assistidas por Animais em Contexto de Ensino Superior

Maria Cristina Faria¹, José Pereirinha Ramalho ², Armino Manuel Mendes ³, Marília Isabel Alexandre ⁴, María Perea-Mediavilla ⁵, Javier López-Cepero ⁶, José Luis Sarasola ⁷

^{1,2,3,4} Instituto Politécnico de Beja (Portugal)

⁵Asociación Nacional de Intervenciones Asistidas por Perros y Otros Animales-INTAP(España)

⁶Universidad de Sevilla (España)

⁷Universidad Pablo de Olavide (España)

Resumo

As *Intervenções Assistidas por Animais* (IAA) têm despertado o interesse entre os profissionais de saúde, de educação e da população em geral. O presente estudo tem como principal objectivo a adaptação para a população portuguesa de dois instrumentos: o questionário de *Mejora de la Calidad de Vida* (MQV, Perea-Mediavilla, López-Cepero, Tejada & Sarasola, 2014) e o *Cuestionario de Actitudes hacia las Intervenciones Asistidas por Perros* (CAINTAP, López-Cepero, Perea-Mediavilla, Tejada & Sarasola, 2015). Ao mesmo tempo que são identificadas as qualidades psicométricas, os resultados obtidos também permitem mostrar o entendimento e as expectativas sobre possíveis benefícios do contacto entre os animais e a identificação das suas atitudes sobre as intervenções assistidas com animais, em particular, com cães. O estudo foi realizado com estudantes do ensino superior do Instituto Politécnico de Beja que frequentavam cursos de licenciatura e mestrado na área da saúde e da educação (N = 400; Média de Idade = 22,21 anos; Mínimo = 17 anos, Máximo = 56 anos), sendo que na sua maioria são do género feminino (Sexo feminino=321 (80,25%); Sexo masculino=79 (19,75%)) e de estado civil solteiro (94%). Quanto às habilitações literárias 82% dos estudantes são detentores do 12ºano, 16% de licenciaturas, e 2% são detentores de outros níveis de habilitações literárias. Do estudo sobre a fiabilidade estatística relativo à consistência interna obteve-se um Alpha de Cronbach para MQV (0,941) e para QAINATAC (0,679). Na adaptação para a população portuguesa os instrumentos revelaram qualidades psicométricas adequadas e mostraram que a maioria dos inquiridos apresentavam atitudes muito positivas sobre as intervenções assistidas por animais.

Palavras chave: Adultos; Melhoria da Qualidade de Vida; Intervenções Assistidas por Animais



Abstract

The Assisted Interventions for Animals (AIA) have aroused interest among health professionals, education and the general population. This study aims to adapt to the Portuguese population two instruments: *Mejora survey of de la Calidad de Vida* (MQV, Perea-Mediavilla, Lopez-Cepero, Tejada & Sarasola, 2014) and the *Cuestionario of Actitudes hacia las Intervenciones Asistidas by Perros* (CAINTAP, Lopez-Cepero, Perea-Mediavilla, Tejada & Sarasola, 2015). While the psychometric qualities are identified, the results also allow you to show understanding and expectations about possible benefits of contact between the animals and the identification of their attitudes about interventions assisted with animals, particularly with dogs. The study was conducted with university students of the Polytechnic Institute of Beja attending undergraduate and graduate courses in health and education (N = 400; average age = 22.21 years; Minimum = 17, maximum = 56 years), and are mostly female gender (Female = 321 (80.25%); Male = 79 (19.75%)) and unmarried (94%). As for the 82% educational attainment of students are holders of 12^ºano, 16% of undergraduate education, and 2% are holders of other levels of education. The study on the statistical reliability on the internal consistency obtained a Cronbach's alpha for MQV (.941) and for QAINATAC (.679). The adaptation to the Portuguese population showed that both instruments have adequate psychometric qualities and showed that most respondents had very positive attitudes about interventions assisted by animals.

Keywords: Adults; Improved Quality of Life; Assisted Interventions for Animals



Introdução

A *Organização Mundial de Saúde* (OMS), definiu a *Qualidade de Vida* como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Por conseguinte, na avaliação subjectiva da qualidade de vida individual as pessoas apresentam a percepção que têm de sua própria existência. Os estudos científicos têm evidenciado o papel que os animais podem desempenhar na melhoria da qualidade de vida de vários grupos, quer através da convivência (interação homem-animal) quer a partir da sua inclusão nas intervenções assistidas. Por exemplo, o contato com animais de estimação é fator protector das doenças do coração e do stress agudo, e ainda, as intervenções assistida por animais, têm demonstrado a utilidade para melhorar os sintomas do espectro do autismo, dificuldades associada a tratamentos médicos, problemas comportamentais (Perea-Mediavilla, López-Cepero, Tejada & Sarasola, 2014.). As *Intervenções Assistidas por Animais* (IAA) estão circunscritas à introdução de animais como um complemento para o desenvolvimento com fins de saúde e de educação, promovendo desta forma uma melhoria da qualidade de vida das pessoas, quer a partir da convivência (interacção humano-animal) ou da sua inclusão em intervenções assistidas. Nas IAA é preciso distinguir uma aplicação recreativa de uma aplicação terapêutica. Podemos considerar as *Terapias Assistidas por Animais* (TAA) e as *Atividades Assistidas por Animais* (AAA). As primeiras dizem respeito a intervenções dirigidas por profissionais da área da saúde com objectivos estabelecidos e as outras procuram promover a qualidade de vida dos humanos em três componentes (motivacional, recreativa e educacional) a partir da incorporação de um animal com determinadas características (Nogueira, 2015). No levantamento dos estudos sobre *Terapia Assistida por Animais* (TAA) realizado por Nogueira (2015), podem ser observadas várias vertentes: a) a existência de contributos que o vínculo animal pode desempenhar a nível relacional e terapêutico; b) o tipo de animal utilizado na intervenção terapêutica envolve cavalos, cães, burros, golfinhos, pássaros, lamas e coelhos; c) a população alvo das terapias assistidas por animais apresenta uma grande variedade de diagnósticos, em particular, as perturbações do desenvolvimento e necessidades específica (e.g.: gerontes), emocionais, comportamentais e degenerativas; e d). a existência de uma grande heterogeneidade de programas de intervenção e populações-alvo.

Metodologia

O presente estudo tem como principal objetivo a adaptação para a população portuguesa do questionário de *Mejora de la Calidad de Vida* (MCV, Perea-Mediavilla et al., 2014) com 31 itens e do *Cuestionario de Actitudes hacia las Intervenciones Asistidas por Perros* (CAINTAP, López-Cepero, Perea-Mediavilla, Tejada & Sarasola, 2014), com 27 itens. O segundo objectivo prende-se com o fato de ao mesmo tempo que são identificadas as qualidades psicométricas dos instrumentos, os resultados obtidos também permitem mostrar o entendimento e as expectativas dos estudantes sobre possíveis benefícios do contacto entre os animais e a identificação das suas atitudes sobre as intervenções assistidas com animais, em particular,



com cães. Por conseguinte, dá continuidade aos estudos iniciados pelos autores, agora com a população portuguesa (Faria, et al., 2016).

Participantes

O estudo foi realizado com estudantes do ensino superior do Instituto Politécnico de Beja que frequentavam cursos de licenciatura e mestrado na área da saúde e da educação (N = 400; Média de Idade = 22,21 anos; Mínimo = 17 anos, Máximo = 56 anos), sendo que na sua maioria são do género feminino (F=321 (80,25%); M=79 (19,75%)) e de estado civil solteiro (94%). Quanto às habilitações literárias 82% dos estudantes são detentores do 12ºano, 16% de licenciaturas, e 2% são detentores de outros níveis de habilitações literárias.

Instrumentos

O questionário de *Mejora de la Calidad de Vida* (MCV, Perea-Mediavilla, et al., 2014) surge neste estudo designado de *Melhoria da Qualidade de Vida* (MQV) (31 itens), para ser realizado a sua adaptação à população portuguesa. O instrumento original *Mejora de Calidad de Vida* (MCV) foi criado pelos autores espanhóis a partir dos 31 indicadores propostos pela Schalock et al. (2002) por Perea-Mediavilla et al. (2014). Este instrumento com 31 itens, apresentou adequadas qualidades psicométricas (quatro factores de fácil interpretação com 49% da variância explicada e alfas compreendidos entre 0,76 e 0,89).

O *Cuestionario de Actitudes hacia las Intervenciones Asistidas por Perros* (CAINTAP, Borrego, Perea-Mediavilla, Tejada y Sarasola, 2015) surge neste estudo designado de *Questionário de Atitudes sobre Intervenções Assistidas por Cães* (QAINATAC) (27 itens). O instrumento original foi criado pelos autores espanhóis a partir de uma revisão da literatura (Anderson, 2007; Wilson & Netting, 2012) e do instrumento *Brisbane Animal Assisted Therapy Acceptance Test* (BAATAT; Moody, King & O'Rourke, 2002). A análise factorial exploratória identificou 20 itens distribuídos por dois factores designados de *Atitudes Positivas* (N=11) e *Atitudes Negativas* (N=9), ambos com alfa > .87.

Procedimento

A versão original de cada um dos instrumentos de avaliação utilizado nesta investigação foi alvo de tradução e retroversão por peritos nas duas línguas. As versões obtidas foram posteriormente analisadas e colocadas em confronto. As discordâncias foram analisadas e discutidas até ser encontrado um acordo. Por último, foram apresentados a alguns membros da população alvo para uma reflexão falada, de forma a identificar se percebiam a expressão do modo que se pretendia. Finalmente, obteve-se a versão dos instrumentos em língua portuguesa, incluindo uma pequena introdução explicativa. A colheita dos dados foi realizada de forma individual ou em grupo, na situação de sala de aula com a colaboração do professor em espaço da Escola Superior de Educação ou da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja.

Resultados

Do estudo sobre a fiabilidade estatística relativo à consistência interna do instrumento *Melhoria da Qualidade de Vida* obteve-se um Alpha de Cronbach de (.953).

**Tabela 1-** Estatísticas Descritivas para *Melhoria da Qualidade de Vida* (Respostas em Percentagem (%) dos itens de 1 a 15).

O contato com os animais pode ...		Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	<i>Melhorar a saúde física dos/as participantes</i>	0,8	0,5	10,0	57,3	31,0
2	<i>Ser estimulante para os sentidos (visão, audição, etc.)</i>	0,8	0,5	8,3	51,5	39,0
3	<i>Melhorar a sensação de bem-estar físico</i>	0,3	0,3	11,3	54,0	34,0
4	<i>Favorecer a relação com os profissionais do centro / instituição</i>	1,0	0,8	21,3	54,5	22,5
5	<i>Ajudar a realizar as tarefas do dia-a-dia</i>	2,0	3,8	22,8	50,8	20,8
6	<i>Oferecer oportunidades para disfrutar do lazer</i>	0,5	0,8	4,5	51,3	42,8
7	<i>Ajudar a manter uma alimentação saudável</i>	3,3	13,3	52,0	26,5	5,0
8	<i>Fomentar a mobilidade</i>	0,5	1,5	7,3	51,0	39,3
9	<i>Criar um melhor ambiente no centro / instituição</i>	0,8	0,3	17,3	53,8	27,8
10	<i>Fazer com que as pessoas se sintam mais apoiadas</i>	0,3	0,3	11,8	53,3	34,5
11	<i>Fomentar a integração na vizinhança</i>	1,8	4,8	33,0	43,5	16,8
12	<i>Aumentar a participação nas atividades do centro / instituição</i>	0,3	1,0	20,8	56,5	21,5
13	<i>Ajudar a sentir-se útil e necessário/a para os outros</i>	1,0	1,8	15,5	55,5	26,0
14	<i>Melhorar a sensação de bem-estar psicológico</i>	0,5		6,3	48,5	44,8
15	<i>Ajudar a que as pessoas se sintam mais felizes</i>	0,3		4,5	42,8	52,5
16	<i>Melhorar a saúde mental</i>	0,3	1,0	9,0	49,8	39,8
17	<i>Aumentar a autoestima</i>	0,8	0,5	13,3	54,0	31,3
18	<i>Motivar a esforçar-se mais para satisfazer as necessidades pessoais</i>	0,8	2,0	17,5	53,5	26,0
19	<i>Estimular para continuar a aprender</i>	0,5	2,8	17,0	55,0	24,5
20	<i>Dar força para lidar com novos desafios</i>	0,5	1,3	16,3	58,5	23,3
21	<i>Facilitar a procura de apoio em pessoas que lhe são próximas</i>	0,5	2,8	36,8	47,3	12,8
22	<i>Favorecer a interação com pessoas desconhecidas</i>	0,5	2,5	18,8	57,5	20,8
23	<i>Facilitar as relações de amizade</i>	0,3	1,3	15,8	55,8	26,8
24	<i>Estimular a reclamação do que considera justo</i>	1,0	6,0	46,0	38,3	8,8
25	<i>Contribuir positivamente para a adaptação a uma nova etapa do ciclo de vida</i>	0,8	1,0	19,8	54,3	23,8
26	<i>Ajudar a dar menos importância aos bens materiais</i>	0,5	3,5	21,8	50,3	24,0
27	<i>Melhorar o centro / instituição como espaço de convívio</i>	0,5	1,3	23,8	55,0	19,5
28	<i>Melhorar a gestão dos próprios recursos (dinheiro, comida, etc.)</i>	2,8	8,8	42,5	33,8	12,3
29	<i>Motivar a manutenção da independência na realização de atividades</i>	0,8	2,3	23,0	56,8	17,3
30	<i>Aumentar a segurança na tomada de decisões</i>	1,5	6,0	32,5	44,8	15,3



31	<i>Ajudar a definir as novas metas pessoais</i>	1,0	3,5	27,8	49,0	18,3

Da análise fatorial realizada para os 31 itens foram identificados cinco fatores que explicam uma parte considerável da variância, ou seja, 60,43%.: F1-Saúde e bem-estar (42,46%); F2-Autonomia e adaptação (6,50%); F3-Integração e apoio (4,36%); F4-Interação social (3,76%); e F5-Clima do centro (3,35%).

Ao nível do estudo das estatísticas descritivas de MQV (Tabela 1), parece relevante o fato dos alunos inquiridos considerarem, de uma forma muito significativa, que o contato com animais permite "*Melhorar a sensação de bem-estar psicológico*" e que o principal fator que emerge da análise fatorial esteja ligado à saúde e ao bem-estar. Particularizando, podemos observar que os estudantes consideram que o contato com os animais é positivo dado que oferece lazer, estimula a mobilidade, promove oportunidades de relações interpessoais gratificantes, é favorável à felicidade e consequentemente, é protetor da saúde mental.

Ao questionar cada inquirido sobre se *Pensou em algum animal em particular*, a maioria respondeu que sim (79,75%), referindo-se com maior frequência ao cão (74,75%), o que é coincidente com a investigação (Perea-Mediavilla, et al., 2014).

Sobre se têm animal de estimação, a maioria refere que sim (69,75%), que têm cão (53,7%) e ou gato (17,75%), já há alguns anos. Quanto aos outros, questionados se gostariam de ter algum animal referem que não. As preferências e atitudes relativas aos animais parecem estar bem definidas.

Do estudo sobre a fiabilidade estatística relativo à consistência interna do instrumento *Questionário de Intervenções Assistidas por Cães* obteve-se um alfa de Cronbach de (,679) para 22 itens. O valor de alfa de Cronbach obtido foi de (0,913) para a escala *Atitudes Positivas* face às IAA (uma vez invertido o valor do item 5) e de (0,878) para o fator *Atitudes Negativas* face às IAA.

Da análise fatorial realizada para 27 itens do QUINTAC (Tabelas 2, 3 e 4) foram identificados seis factores, que explicam uma parte considerável da variância, ou seja, (61,98%): F1-*Atitudes positivas para com os Animais* (11 itens) (variância explicada =30,465); F2-*Atitudes negativas para com os Animais* (8 itens) (variância explicada =13,255); F3-*Percepção que os Animais prejudicam a saúde* (3 itens) (variância explicada =5,798); F4-*Concordância com a IAA* (2 itens) (variância explicada=4,541); F5-*Percepção de Suporte Animal no trabalho* (2 itens)(variância explicada =4,213); F6-*Percepção do Benefício do Suporte animal* (2 itens) (variância explicada = 3,704.



Tabela 2 - Solução fatorial para o QUINTAC encontrada após AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguida de rotação Varimax. Variância explicada e consistência de cada um dos fatores- F1-Atitudes positivas para com os animais

Itens	Componente
	F1-Atitudes positivas para com os animais
10. A intervenção assistida ajudará os/as participantes a relaxar	0,811
26. Incluir cães na intervenção fortalecerá a relação entre a equipa da associação e os/as participantes	0,759
18. Os cães podem ajudar a que os/as profissionais	0,736
16. O centro será um sítio mais interessante para se trabalhar	0,732
19. Este novo programa é uma atividade valiosa para o centro	0,727
25. Os cães facilitarão a comunicação entre a equipa da associação e os/as participantes, possibilitando o acordo sobre os objetivos de trabalho	0,712
14. A intervenção assistida fará da residência um lugar mais feliz	0,692
21. Os/as potenciais participantes considerarão interessante a intervenção assistida / A intervenção assistida poderá ser interessante para os/as possíveis participantes	0,678
24. Os animais aumentarão o compromisso dos/as participantes com as oficinas e atividades propostas	0,632
4. A intervenção assistida beneficiará a imagem do centro	0,592
5. Este centro não é o lugar adequado para uma intervenção deste tipo	-0,399

Em conformidade com o instrumento original das *Atitudes sobre as Intervenções Assistidas por Cães* a versão portuguesa destaca dois factores principais, um relativo às *Atitudes Positivas para com os Animais* (APA) e o outro diz respeito às *Atitudes Negativas para com os Animais* (ANA). Observámos também fatores que evidenciam as dimensões *Percepção que os Animais prejudicam a saúde*, *Concordância com a IAA* e *Percepção de Suporte Animal no trabalho*.

Tabela 3 - Solução fatorial para o QUINTAC encontrada após AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguida de rotação Varimax. Variância explicada e consistência de cada um dos fatores: F2-Atitudes negativas para com os Animais

Itens	Componente
	F2 Atitudes negativas para com os Animais
15. É provável que os cães danifiquem instrumentos ou as instalações do centro	0,791
17. Os cães podem arranhar os/as participantes durante as sessões	0,758
12. Os cães propagarão infeções (parasitas, bactérias, fungos, etc.)	0,715
3. É provável que os cães urinem / defequem no centro	0,707
11. Os cães trarão pulgas ou carrças para o centro	0,702
9. É provável que os cães mordam os/as participantes	0,625
1. Os cães irão ladrar no centro	0,623
22. Os cães podem ser um incómodo para as pessoas que não participem na intervenção	0,611



Tabela 4 - Solução fatorial para o QAIN-TAC encontrada após AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguida de rotação Varimax. Variância explicada e consistência de cada um dos fatores: F3; F4, F5 e F6.

Itens	Componentes			
	F3 <i>Percepção que os Animais prejudicam a saúde</i>	F4 <i>Concordância com a IAA</i>	F5 <i>Percepção de Suporte Animal no trabalho</i>	F6 <i>Percepção do Benefício do Suporte animal</i>
6. Os cães poderão piorar certos problemas respiratórios	0,737			
7. As alergias a cães vão ser um problema	0,736			
8. Os cães distraem as pessoas das suas preocupações	0,515			
20. Os familiares estarão de acordo em realizar a intervenção assistida por cães		0,646		
13. Os/as profissionais do centro concordarão com a intervenção assistida		0,608		
2. O pessoal do centro terá menos volume de trabalho			0,786	
23. O principal benefício das intervenções assistidas será a diversão				0,723
27. Os cães podem ajudar mais do que qualquer profissional			0,429	0,505

Realizado o estudo do QAIN-TAC no âmbito das estatísticas descritivas (Tabelas 5 e 6), pudemos verificar que os estudantes do ensino superior questionados consideram uma mais-valia este tipo de iniciativa programada.

Diante de uma série de situações apresentadas que podem ocorrer no momento de introduzir um dos cães numa associação, num centro (recurso, associação, hospital, escola, ...) em que se está a trabalhar (ou gostaria de trabalhar), os estudantes consideram que os cães podem ajudar os profissionais a relaxar e que este tipo de intervenções trazem benefícios a nível lúdico e de comunicação, contribuindo para uma instituição mais feliz. Contudo, estão também conscientes que a introdução dos cães pode trazer alguma perturbação ao ambiente institucional. Por conseguinte, a intervenção deverá ser efetuada com cuidado, devidamente programada, com cães especiais treinados para o efeito, e que respeitem as preferências dos animais por parte dos intervenientes.

**Tabela 5** – Estatísticas Descritivas para o QUINTAC :Percentagem de respostas por item (1 a 15 itens)

	<i>até que ponto está de acordo com as afirmações</i>	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	<i>Os cães irão ladrar no centro</i>	2,00	14,50	28,80	47,80	7,00
2	<i>O pessoal do centro terá menos volume de trabalho</i>	5,80	44,00	37,80	11,50	1,00
3	<i>É provável que os cães urinem / defequem no centro</i>	3,80	17,00	21,00	47,50	10,80
4	<i>A intervenção assistida beneficiará a imagem do centro</i>	0,80	1,80	20,80	57,80	19,00
5	<i>Este centro não é o lugar adequado para uma intervenção deste tipo</i>	16,40	30,50	39,00	10,80	3,30
6	<i>Os cães poderão piorar certos problemas respiratórios</i>	5,30	20,00	31,80	36,80	6,30
7	<i>As alergias a cães vão ser um problema</i>	2,80	13,10	30,70	44,20	9,30
8	<i>Os cães distraem as pessoas das suas preocupações</i>	4,30	15,00	15,00	42,40	23,30
9	<i>É provável que os cães mordam os/as participantes</i>	16,10	40,50	31,70	10,30	1,50
10	<i>A intervenção assistida ajudará os/as participantes a relaxar</i>	0,50	1,30	12,30	57,40	28,60
11	<i>Os cães trarão pulgas ou carraças para o centro</i>	16,60	34,90	32,40	14,10	2,00
12	<i>Os cães propagarão infeções (parasitas, bactérias, fungos, etc.)</i>	14,00	35,50	33,00	15,80	1,80
13	<i>Os/as profissionais do centro concordarão com a intervenção assistida</i>	0,30	3,50	43,60	43,90	8,80
14	<i>A intervenção assistida fará da residência um lugar mais feliz</i>	0,50	0,80	15,30	56,10	27,30
15	<i>É provável que os cães danifiquem instrumentos ou as instalações do centro</i>	9,00	23,00	37,80	27,50	2,80

Os estudantes consideram que o cão pode ser *distrator de preocupações* e são favoráveis a que ele seja integrado nas intervenções. Efetivamente, este animal pode ser enquadrado no âmbito do apoio e da assistência. Mas, um cão só pode ser chamado de “cão de assistência” quando apresenta determinadas características físicas e comportamentais, a saber: robustez, resistência, sem displasia da anca ou qualquer doença, não é agressivo, é motivado para interagir com entusiasmo com o humano e apresenta competências de concentração e aprendizagem (Lima, 2004). Os cães utilizados são o Labrador e o Golden Retriever, e por vezes, o Pastor Alemão, criados, acompanhados no seu desenvolvimento e alvo de treino logo desde cachorros, de forma a prepará-los para que socializem e realizem tarefas que aumentem a autonomia e a funcionalidade da pessoa em questão. Surgem assim, o cão guia, o cão de serviço, e o cão para surdos, que apoiam indivíduos com deficiência visual, motora e auditiva.

Os inquiridos não respondem de forma clara sobre a possibilidade real de uma intervenção assistida por animais (cão) na sua instituição. Parece estar subentendido uma certa sensibilidade para a necessidade de uma preparação prévia para a intervenção, por parte da instituição e dos seus agentes.

**Tabela 6** – Estatísticas Descritivas para o QUINTAC -Percentagem de respostas por item (16 a 27 itens)

	<i>até que ponto está de acordo com as afirmações</i>	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
16	<i>O centro será um sítio mais interessante para se trabalhar</i>	0,80	1,30	15,50	56,90	25,60
17	<i>Os cães podem arranhar os/as participantes durante as sessões</i>	7,50	29,50	40,50	20,30	2,30
18	<i>Os cães podem ajudar a que os/as profissionais estejam mais relaxados/as</i>	0,80	2,00	16,80	59,30	21,10
19	<i>Este novo programa é uma atividade valiosa para o centro</i>	0,80	1,30	14,80	59,10	24,10
20	<i>Os familiares estarão de acordo em realizar a intervenção assistida por cães</i>	0,80	1,50	42,00	47,30	8,50
21	<i>Os/as potenciais participantes considerarão interessante a intervenção assistida / A intervenção assistida poderá ser interessante para os/as possíveis participantes</i>	0,50	0,80	19,00	62,00	17,80
22	<i>Os cães podem ser um incómodo para as pessoas que não participem na intervenção</i>	6,80	27,30	32,60	28,60	4,80
23	<i>O principal benefício das intervenções assistidas será a diversão</i>	2,30	16,40	26,80	43,40	11,10
24	<i>Os animais aumentarão o compromisso dos/as participantes com as oficinas e atividades propostas</i>	0,30	1,30	24,10	59,40	15,00
25	<i>Os cães facilitarão a comunicação entre a equipa da associação e os/as participantes, possibilitando o acordo sobre os objetivos de trabalho</i>	0,50	2,00	25,80	56,40	15,30
26	<i>Incluir cães na intervenção fortalecerá a relação entre a equipa da associação e os/as participantes</i>	0,50	0,80	19,80	60,20	18,80
27	<i>Os cães podem ajudar mais do que qualquer profissional</i>	4,50	16,30	34,80	31,30	13,30

Discussão

A investigação tem mostrado como a interação homem-animal se encontra associada a vários efeitos salutógenos e incremento da qualidade de vida, resultantes tanto de estar com um animal, com um animal de estimação ou da participação em programas assistidos de intervenção (Anderson,2007; Black, Chur-Hansen & Winefield,2011; López-Cepero et al., 2014; Serpell, 2010; Wilson & Netting, 2012). Daí o interesse no conhecimento de instrumentos viáveis que possibilitem a avaliação sobre as expectativas de intervenção por parte das pessoas antes da intervenção propriamente dita.

Na adaptação para a população portuguesa os instrumentos utilizados neste estudo revelaram qualidades psicométricas adequadas. Como os estudantes espanhóis, também os



portugueses apresentam expectativas positivas relativas à utilidade das intervenções assistidas, sendo o cão o que melhor se identifica.

Apesar dos dados obtidos irem ao encontro dos estudos mostrando a relevância de benefícios para a saúde da IAA, consideramos que há ainda um caminho a percorrer para uma melhor compreensão das atitudes e crenças do apoio dos animais em contexto educacional e de saúde, bem como da especificidade e adequação da sua introdução estratégica. Seria também interessante realizar um próximo estudo, onde fossem aplicados os referidos instrumentos a docentes do ensino superior e a profissionais no terreno, para conhecer a sua sensibilidade e as suas atitudes para a introdução das IAA nas instituições de ensino superior e em contextos de trabalho.

Efetivamente, determinados animais de companhia surgem como benéficos para o bem-estar e saúde de alguns humanos. É relevante conhecer o que futuros profissionais de saúde e de educação pensam sobre a IAA para delinear formação a nível inicial e ao longo da vida e as intervenções futuras.

Agradecimentos

Agradecimentos à Equipa do Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo do Instituto Politécnico de Beja (ODEA-IPBeja).

Contacto para Correspondência

Maria Cristina Faria, Instituto Politécnico de Beja, Rua Pedro Soares. 7800-295 Beja, Portugal, mcfaria@ipbeja.pt

Referências

- Anderson, D.C. (2007). *Assessing the Human-Animal Bond*. EE. UU: Purdue University Press.
- Black, A.F. Chur-Hansen, A., & Winefield, H.R. (2011). Australian psychologists' knowledge of and attitudes towards animal-assisted therapy. *Clinical Psychologist*, 15, 69-77. doi: 10.1111/j.1742-9552.2011.00026.x.
- Faria, M.C., Ramalho, J., Mendes, A., Alexandre, M., Perea-Mediavilla, M., López-Cepero, J. & Sarasola-Sánchez-Serrano, J. (2016). Melhoria da Qualidade de Vida e Intervenções Assistidas por Animais, Espaços, Memórias e Envelhecimento. In M.C. Faria (Ed.) *Livro de Resumos do VI Seminário Ibérico de Psicogerontologia*, 79, Beja: IPBeja. ISBN: 978-989-8008-25-1.
- Lima, M. & Sousa, L. (2004). A Influência Positiva dos Animais de Ajuda Social. *Interações*, 6, 151-154.
- López-Cepero, J., Franco, L., Perea-Mediavilla, M., Piñero, N., Roldán, A. & Picabia, A. (2014). Animal-assisted Interventions: Review of Current Status and Future Challenges. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14, 85-101.
- López-Cepero, J., Perea-Mediavilla, M.; Roldán, A.; & Sarasola-Sánchez-Serrano, J. (2015). Validación del Cuestionario de Actitudes ante las Intervenciones Asistidas por Perros (CAINTAP) en estudiantes universitarios del sur de España: Beneficios y temores percibidos. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 22, 123-138; doi: 10.14198/ALTERN2015.22.07.
- Moody, W.J., King, R. & O'Rourke, S. (2002). Attitudes of paediatric medical Ward staff to a dog visitation programme. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 537-544. doi: 10.1046/j.1365-2702.2002.00618.x.



- Nogueira, G.M. (2015). *Terapia assistida por animais: revisão sistemática da literatura e análise exploratória da prática psicomotora*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Perea-Mediavilla, M.A., López-Cepero, J., Tejada, A. & Sarasola, J.L. (2014). Intervenciones asistidas por animales y calidad de vida: expectativas en estudiantes universitarios españoles. *Escritos de Psicología*, 7, 10-18. doi:10.5231/psy.writ.2014.1909.
- Serpell, J.A. (2010). Animal-assisted interventions in historical perspective. In H.A. Fine (ED.), *Handbook of animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice* (3ª ed.) (pp17-32). U.S.A.: Academic Press
- Schalock, R.L. & Verdugo, M.A. (2002). *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington : American Association on Mental Retardation.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Wilson, C.C. y Netting, F.E. (2012). The status of instrument development in the human-animal interaction field. *Anthrozoos*, 25, S11-S55. doi: 10.2752/175303712X13353430376977



Promoção do Bem-estar Psicológico em Estudantes do Ensino Superior: Proposta de Intervenção

Lucília E. Soares¹, & Rute F. Meneses¹

1. FCHS/CTEC/HE-UFP

Resumo

Um número significativo de estudantes do ensino superior experiencia problemas psicológicos. As estratégias de intervenção revelam resultados positivos na promoção do bem-estar, do desenvolvimento pessoal e do sucesso académico. A perspetiva eudaimónica de bem-estar, em particular o modelo proposto por Carol Ryff, apresenta um potencial de intervenções orientadas para a positividade não suficientemente aproveitado nas intervenções convencionais. No presente estudo propõe-se um programa de intervenção em grupo breve que, suportando-se na perspetiva eudaimónica – modelo Carol Ryff e teoria de autodeterminação de Ryan e Deci – integra contributos da espiritualidade e da Psicologia Positiva para o Bem-estar Psicológico. Destina-se a estudantes do ensino superior e é constituído por 12 sessões, de modo a explorar as diferentes dimensões do modelo de Ryff. A pormenorização das técnicas do trabalho em grupo poderá permitir a sua replicação.

Palavras-chave: Bem-estar Psicológico; Espiritualidade; Psicologia Positiva; Intervenção Psicológica.



Abstract

A significant number of higher education students experience psychological distress and absence of psychological well-being. Intervention strategies have shown positive results for the promotion of well-being, personal development and academic success. The eudaimonic perspective, particularly the Carol Ryff Model of Psychological well-being, has shown a potential for development of positively oriented intervention strategies that has not been sufficiently explored. The objective of this study is to present and analyze the content of a psychological intervention program within a group context that, based on the eudaimonic perspective - Carol Ryff model and the self-determinations theory of Ryan and Deci - and exploring the six dimensions of the model, also integrates contributions of the Positive Psychology and Spirituality for the Psychological well-being. The program, aimed at higher education students, consists of 12 sessions. The detailed presentation of group-work techniques allows its replication.

Keywords: Psychological well-being; Spirituality; Positive Psychology; Psychological Intervention.



Introdução

O ambiente académico requer autonomia e Bem-estar Psicológico (BEP) que permitam ao jovem adulto o desenvolvimento: a) académico; b) social; c) pessoal; d) vocacional (Almeida, Ferreira & Soares, 1999; Almeida, Soares & Ferreira, 1999; Chickering & Reisser, 1993). Em consequência foram desenvolvidas estratégias de intervenção psicológica de: a) natureza preventiva – que visam identificar e controlar os fatores de risco; b) de natureza promocional e de funcionamento pessoal e do desenvolvimento pessoal e vocacional; c) de natureza remediativa – resposta a problemáticas clínicas para a resolução de problemas de vida e suas implicações na saúde mental (Gonçalves & Cruz, 1988; Pereira & Silva, 2001; Santos, 2001; Pereira, 2008).

A avaliação das intervenções revela resultados positivos na promoção do bem-estar, do desenvolvimento pessoal e do sucesso académico (Azevedo, Dias & Conceição, 2000; Bessa e Tavares, 2000; Dias & Almeida, 1991; Fernandes, Domingos & Cláudio, 2007; Gonçalves, 1997; McIntyre et al, 2001; Santos, 2001; Tavares, Santiago & Lencastre, 1998).

De acordo com Ryan e Deci (2001), os conceitos de bem-estar no âmbito da psicologia podem ser aglutinados em duas perspectivas principais: a hedónica (Diener, 1984, 1994) e a eudaimónica, (Ryff, 1989a,b; Ryan & Deci, 2000). Na perspectiva hedónica inclui-se o Bem-estar Subjetivo - BES (Diener, 1984, 1994) e na eudaimónica o Bem-estar Psicológico - BEP de Ryff, (1989a,b) e a teoria da autodeterminação de Ryan e Deci (2000).

Para os defensores do modelo eudaimónico, baseado na tradição aristotélica de valores humanistas e existenciais e em linha com as perspectivas da psicologia humanista, a felicidade (hedonia) é vista como um produto do BEP, não sendo a motivação individual dirigida para “estar feliz” ou minimizar o *stress*, mas antes para viver de acordo com o seu verdadeiro *self*, o que Waterman (1993) designa por Expressividade Pessoal - ter um sentido de identidade, para atingir objetivos – a procura da perfeição, consubstanciada na realização do seu verdadeiro potencial. A eudaimonia reporta-se ao modo como se vive a vida, e não ao consequente bem-estar, de per si, nos processos e não nos resultados, na vivência eudaimónica e não no bem-estar que dela resulta (Deci & Ryan, 2008; Ryan & Huta, 2009). Porém, Huta e Ryan (2010) referem que quer a eudaimonia quer a hedonia não são mutuamente exclusivos e que uma combinação de ambos contribui para um maior bem-estar.

Duckworth et al. (2005) reconhecem que o modelo de Carol Ryff explora a experiência humana positiva e mostra afinidade significativa com a Psicologia Positiva. A proposta de intervenção desenhada explora as potencialidades do modelo, complementando-as com contributos adicionais da Psicologia Positiva.

Por outro lado, Greenfield, Vaillant e Marks (2009) verificaram que existe uma forte associação entre os níveis de perceções espirituais e o BEP nas suas diferentes dimensões. Essa conclusão seria expectável ao analisar-se a estrutura dimensional dos dois construtos propostos pelos modelos de Carol Ryff (1989a,b;1991) - Autonomia, Crescimento Pessoal, Aceitação de Si, Propósito na Vida, Domínio do Meio, Relações Positivas com os Outros - e Fisher (1999) - dimensão pessoal, dimensão ambiental, dimensão comunal e dimensão transcendental.



Embora seja aceite que a espiritualidade e a religiosidade são construtos diversos nem sempre é feita uma distinção ou apresentada uma definição de religiosidade e espiritualidade (Meneses, 2006; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007; Rippentrop, 2005).

A espiritualidade é um construto multifacetado e complexo, difícil de definir e de medir, sendo múltiplas as definições adoptadas por diferentes autores e diferentes os instrumentos utilizados para a sua avaliação (Meneses, 2006). Acresce que instrumentos que, supostamente, medem o mesmo domínio espiritual, na realidade avaliam diferentes conceitos (Bekelman, 2010). Koenig (2008) afirma mesmo que muitos dos estudos da espiritualidade estão comprometidos pela sobreposição das medidas utilizadas com os construtos psicológicos.

Diferentes autores sugerem que a espiritualidade deve ser inserida nos paradigmas do tratamento psicológico, podendo influenciar psicologicamente a saúde mental através das emoções positivas tais como a esperança, o amor e o perdão, gerando um aumento do potencial de autorrealização e de crescimento pessoal (Amatuzzi, 2005; Costa et al, 2008; Levin & Chatters, 1998, citado por Costa et al., 2008; Meneses, 2006; Peres, 2004; Pinto & Pais Ribeiro, 2010; Marques, 2003; Sarreira, 2004).

A integração da espiritualidade na prática clínica em saúde mental assume um valor positivo (Koenig, 2007; Leite & Seminotti, 2013; Moreira & Almeida, 2010; Simpson, Newman & Fuqua, 2007), podendo assumir um duplo foco: a) estratégia de resiliência usada no enfrentamento das adversidades (*coping* reativo); b) estratégia preventiva – coping proativo, virado para o futuro – preparação para lidar com acontecimentos que possam vir a acontecer, de modo a que se possam prevenir ou atenuar o seu impacto.

A espiritualidade é uma das estratégias de *coping* utilizadas para enfrentar situações adversas, sendo componente essencial de uma perspetiva holística da saúde (p.e., Pedro et al., 2010; Pinto & Pais Ribeiro, 2010).

Joseph e Wood (2010) reconhecem que é necessário desenvolver: a) métodos terapêuticos na prática clínica consistentes com o construto do funcionamento positivo; b) adotar uma perspetiva pluralista para operacionalizar o funcionamento positivo, dado que se trata de um construto de ordem elevada que pode ser compreendido a partir de várias perspetivas teóricas.

Em consequência, no presente estudo propõe-se um programa de intervenção em grupo breve que, suportando-se na perspetiva eudaimónica – modelo Carol Ryff e teoria de autodeterminação de Ryan e Deci – integra contributos da espiritualidade e da Psicologia Positiva para o Bem-estar Psicológico.

Programa

A finalidade do programa proposto é promover o Bem-estar Psicológico e Espiritual, numa partilha orientada de experiências, centrada na interação dos indivíduos, visando o reforço das suas forças e potencialidades, explorando estratégias que promovam o desenvolvimento integral de cada um como pessoa e da sua capacidade adaptativa, de autotransformação e de resolução ativa dos problemas.

Neste contexto, Duckworth et al. (2005) sintetizam algumas das estratégias utilizadas: a) instilar a esperança; b) construir forças tampão – coragem, aptidões interpessoais, otimismo, autenticidade, perseverança, realismo, capacidade de experimentar prazer, perspetivar o



futuro, responsabilidade pessoal e propósito; c) narração – contar histórias de vida e recordá-las sob uma nova perspetiva; d) escrever diariamente acontecimentos pelos quais se consideram gratos, durante um determinado período de tempo.

Ruini e Fava (Fava 1999; Fava et al., 1998; Fava & Ruini, 2003; Ruini & Fava, 2009, 2012) propuseram um modelo de intervenção psicoterapêutica individual - a terapia do bem-estar (WBT) que se caracteriza por: a) se basear no modelo de 6 dimensões de Carol Ryff; b) ser orientada para a promoção de funcionamento ótimo através de um percurso individualizado (necessidades individuais específicas) no contexto diário da vida; c) se basear na auto-observação, utilizando um diário estruturado e a interação entre os pacientes e o terapeuta; d) procurar promover um funcionamento equilibrado entre as dimensões, favorecendo o florescimento individual (podendo mesmo implicar a redução do funcionamento positivo de algumas das dimensões, uma vez que as várias dimensões de funcionamento positivo se podem compensar); e) ser uma terapia estruturada, diretiva, orientada para os problemas e baseada num modelo educacional.

O programa de intervenção proposto, à semelhança da WBT: a) assume por base o modelo de Carol Ryff e que o funcionamento equilibrado entre as dimensões do modelo favorece o florescimento individual; b) acolhe os contributos da terapia cognitivo-comportamental e da Psicologia Positiva - a ênfase é colocada na saúde emocional positiva e nas experiências positivas.

Difere, porém, da terapia de bem-estar proposta por Ruini e Fava, na medida em que: a) não constitui uma terapia individual, mas uma terapia de grupo; b) é não-diretiva; c) faz recurso ao modelo rogeriano e à terapia centrada nas soluções; d) reconhece a influência da espiritualidade no bem-estar.

Os participantes são encorajados a identificar os pensamentos e crenças que conduzem à interrupção do bem-estar e as áreas por eles afetadas a confrontar-se com situações adversas que tendem a evitar e estimulados a procurar e a envolver-se em atividades agradáveis e experiências consideradas ótimas e a consciencializar-se que, através dessas experiências, a melhoria e o crescimento são possíveis, a mobilizar recursos internos, adotando estratégias adequadas. Nessa perspetiva a proposta de programa parece constituir uma mais valia para a promoção do bem-estar da população alvo - estudantes do ensino superior.

População alvo, Duração e Processo

Grupo artificial, fechado, visando o desenvolvimento e coesão do grupo, uma interação aprofundada e um maior sentido de unidade, de 8 a 12 estudantes do Ensino Superior, de ambos os sexos e de diferentes áreas científicas e anos de curso. Pretende-se que o grupo seja heterogéneo quanto ao género e ao estatuto sociodemográfico, de modo a assegurar um espectro largo de vivências.

Pretende-se ainda que o programa, constituído por 12 encontros semanais com a duração de 2 horas, seja divulgado nas instalações da(s) instituição(ões) de ensino superior (desdobráveis; cartazes; e-mail geral).

Os interessados serão contactados para uma entrevista individual prévia - Sessão 0 – a qual terá por objetivo avaliar as motivações para participar no programa, que lhes será exposto e explicado, se procederá à administração do questionário do Bem-estar Psicológico de Ryff



e recolhidos dados sociodemográficos. Serão seleccionados os interessados que apresentem um nível mais reduzido de BEP e uma maior motivação para participarem no Programa.

Orientação

A intervenção psicológica será desenvolvida em contexto grupal, num processo terapêutico cognitivo-comportamental. (Beck, 1997). O programa integrará, ainda, princípios da teoria humanista de Carl Rogers, (1961,1986), em particular: a) a aceitação incondicional do outro, colocando-se no interior do seu mundo e do seu modo de experienciá-lo, como se fosse o seu (compreensão empática), fornecendo a aceitação de si mesmo e o movimento pessoal na direção do melhoramento, potenciando o crescimento pessoal (tornar-se pessoa); b) a autorrealização como fator motivacional primordial (a realização pessoal é um estado em que as pessoas concretizam as potencialidades próprias, é a pessoa em *“funcionamento perfeito”*, completamente consciente do seu *“self contínuo”* – personalidade em contínuo estado de fluxo, constantemente mutável – não havendo incongruências entre o *“self orgânico”* e o autoconceito (*“self percebido”*); c) a comunicação autêntica – sistema de comunicação com os outros que envolve a personalidade total e traduz o que se é – com base no qual o grupo se estrutura; d) a relação de ajuda, facilitando as mudanças solicitadas pelos elementos do grupo, ajudando-o a obter a autocompreensão e expor os seus sentimentos e clarificá-los – favorecendo no outro o sentido da sua força e das suas capacidades, fazendo-o sentir que tem poder e o pode utilizar para o seu crescimento interior; e) a autonomia responsável na resolução dos problemas próprios e nas aprendizagens que efetua (no pressuposto de que todos os indivíduos têm a possibilidade de se desenvolverem e resolverem os seus problemas – não diretividade); f) atmosfera de liberdade (alicerçadas na aceitação do outro), compreendendo a liberdade de *“não ter que parecer para ser aceite”*, de *“não ter medo de ser e de se mostrar aquilo que se é”* e de, mesmo assim, *“ser aceite e valorizado”*, fornecendo o estabelecimento progressivo da confiança mútua e a capacidade da escuta ativa.

Far-se-á igualmente recurso à Psicologia Positiva, a qual se foca nas virtudes e forças pessoais, e se baseia na hipótese de que as pessoas possuem capacidades para a resolução de problemas e de demonstração de competências, habilitando-as para um envolvimento ativo de mudança no sentido do crescimento pessoal e que a utilização de recursos internos e de estratégias de enfrentamento diante das dificuldades impulsiona a manutenção e reestruturação do bem-estar (Seligman, 2011).

Na sua revisão do objeto da Psicologia Positiva, Seligman (2011) afirma que o seu objeto é o bem-estar e que este é um construto que contem várias dimensões mensuráveis, embora nenhuma o defina exaustivamente (operacionalização): a) emoção positiva; b) envolvimento; c) significado; d) relações positivas; e) realização pessoal. Segundo este autor, é possível aumentar o bem-estar e o funcionamento positivo de forma duradoura (e não apenas promover uma alteração temporária), reforçando as capacidades intactas, as ambições, as experiências positivas de vida e a força de carácter das pessoas (Duckworth, Steen & Seligman, 2005; Seligman, 2011).

Na Psicologia Positiva, a espiritualidade surge como uma força de carácter pessoal que, conjuntamente com outras (apreciação da beleza e excelência; gratidão; capacidade de



perdoar; empatia; esperança e humor), levam à virtude da transcendência (Paludo & Koller, 2007; Park e Peterson, 2006; Peterson & Seligman, 2003; Seligman, 2004).

Adotar-se-à igualmente uma perspectiva não diretiva e uma orientação da terapia centrada nas soluções – desenvolvimento da capacidade dos elementos do grupo se centrarem nas soluções e não nos problemas – no lugar do problema e da sua resolução é colocada a construção de soluções, procurando-se a dissolução das dificuldades (Gonçalves, 2008).

Programação

No início do Programa, é celebrado um contrato em que o dinamizador e os participantes se comprometem a: a) confidencialidade; b) assiduidade e pontualidade de participação nas sessões agendadas; c) participação nas atividades desenvolvidas; e o dinamizador à disponibilização dos recursos necessários à realização das atividades.

Será utilizada uma metodologia participativa a qual, favorecendo a reflexão e a partilha de vivências, ideias e sentimentos, promove o autoconhecimento, o exercício de escuta e compreensão do outro, e a tomada de decisão criticamente apoiada.

As técnicas utilizadas foram escolhidas de acordo com o tema e os objetivos de cada encontro, abordando os domínios afetivo, cognitivo e psicomotor dos membros do grupo, favorecendo o autoconhecimento e a tomada de consciência (cf. Quadro 1).

A estrutura do programa de intervenção proposta não é rígida, pelo que as técnicas poderão ser adaptadas às necessidades do grupo, de modo a facilitar a interação e melhorar o desempenho dos elementos do grupo e do grupo em si. Acresce que, tendo o programa sido elaborado com base nas necessidades de uma amostra abrangente ($N=178$), as quais podem ser diferentes das dos participantes no programa, poderá justificar-se uma adaptação do mesmo.

Far-se-á recurso às experiências pessoais dos participantes e, para clarificar as temáticas abordadas, recorrer-se-á ao método expositivo, sendo, porém, as exposições breves e não perturbadoras da interação intergrupar e do fluir da sessão.

São utilizadas diferentes técnicas de dinâmica de grupo, adotando-se uma perspetiva positiva e procurando-se: a) identificar áreas de BEP, reforçando-as; b) identificar os pensamentos automáticos e irracionais que impedem ou interrompem o desenvolvimento do bem-estar; c) desenvolver a capacidade de cada membro do grupo para identificar as interrupções no seu bem-estar e utilizar as técnicas cognitivo-comportamentais para enfrentar essas interrupções (reconstrução cognitiva); d) interiorizar as experiências positivas e consciencializar-se de que o seu usufruto é indispensável ao crescimento e ao desenvolvimento do “self”.

No decurso de cada sessão, concluída uma primeira fase de acolhimento dos membros do grupo, de uma reflexão sobre o trabalho para casa (TPC) da sessão anterior e de apresentação do tema da sessão, inicia-se a segunda fase - a de aplicação das técnicas descritas no plano individual das sessões - terminando com uma terceira fase, em que se procederá à sugestão do TPC e à avaliação da sessão.

Particular atenção será prestada aos fatores motivacionais. Como referem Ryan et al. (2011): a) a motivação está no centro do aconselhamento e da psicoterapia, uma vez que os ganhos terapêuticos são mais prováveis quando o cliente investe e está comprometido com a mudança, quer na fase inicial quer, e principalmente, no decurso do processo terapêutico; b)



o sucesso de uma técnica de aconselhamento depende da motivação do cliente em nela participar e em prosseguir na direção desejada; c) a combinação de técnicas terapêuticas exige que se atente na compatibilidade dos processos de motivação dos clientes; d) a autonomia do cliente deve ser respeitada e promovido o seu envolvimento colaborativo; e) os processos terapêuticos orientados para os resultados consideram a motivação um pré-requisito, enquanto os orientados para o processo consideram a motivação um dos aspetos do tratamento.

Queroz e Neri (2005) encontraram uma correlação forte entre a automotivação (como dimensão da inteligência emocional) e as dimensões de Crescimento Pessoal, Aceitação de Si, Propósito na Vida, sendo um preditor significativo do BEP.

No decurso das sessões, sempre que percebido um ambiente de tensão, far-se-á recurso a uma adaptação das técnicas de “Relaxamento Simples” ou “Relaxamento Progressivo de Jacobson” (Junqueira, 2006), fazendo-se a psicoeducação prévia sobre as técnicas e fomentando-se a sua utilização fora do contexto do grupo, como recurso para a promoção do bem-estar.

No Quadro 1 apresenta-se uma descrição sumária das sessões propostas. O programa é iniciado com uma sessão de apresentação do grupo, onde são definidas conjuntamente as normas de funcionamento e são desenvolvidos alguns conceitos e as estratégias de trabalho em grupo.

No final da primeira sessão, é proposto como TPC a elaboração de um Diário.

Nas sessões seguintes são trabalhadas as seis dimensões do modelo de Carol Ryff. Na nona sessão é efetuada a integração de ganhos, incluindo-se uma reflexão aprofundada sobre os TPC até então propostos.

Quadro 1 - *Descrição Sumária das Sessões*

DESCRIÇÃO DAS SESSÕES	TÉCNICAS
1-Acolhimento Conhecimento mútuo dos participantes e do dinamizador Estratégias do trabalho em grupo e normas de funcionamento Apresentação da proposta de programa	▪ “Cartões Identificadores” (Netto & Gorayeb, 2005) e “Apresentação em duplas” (Yozo, 1995) ▪ TPC: Diário com episódios de bem-estar (adaptado de Fava & Ruini, 2003; Ruini & Fava, 2014)
2-Identificação de Pensamentos Identificação de pensamentos automáticos e crenças irracionais que interferem com o bem-estar O “Aqui e Agora” Reforço das atividades identificadas como promotoras do bem-estar	▪ “Otimismo e Esperança” (Batista, 2012) ▪ TPC: “Diário das três bênçãos” (Seligman, 2011)
3-Autonomia Avaliação das experiências pessoais segundo julgamentos, valores e padrões próprios Reconhecimento das competências e aptidões próprias Resistência às pressões externas - o “querer” e o “dever”	▪ Aquilo que realmente queres” (Sette, citado por Manes, 2011) e “Donos do espaço” (Zappi, citado por Manes, 2011)
4-Domínio do Meio Os contextos ambientais	



Controlo e gestão dos contextos

Criação, aproveitamento e gestão das oportunidades para satisfazer as necessidades e valores pessoais

A noção de “vida completa”

5-Crescimento Pessoal

O percurso de vida – caminho, envolvimento e significado

O potencial de crescimento e a capacidade de aproveitamento desse potencial

Abertura a novas experiências

6-Relações Positivas com os Outros

Relações empáticas, afetivas, de confiança, seguras e de intimidade com os outros

Atenção ao bem-estar dos outros – respostas ativas e construtivas

O “dar” e o “receber” nas relações

7-Propósito na Vida

Reflexão sobre a existência, sentido e propósito de vida – consciência do seu papel no mundo e de que o passado e o presente têm um sentido

Construção de um significado para a sua vida – direção, propósito e objetivos de vida

8-Aceitação de Si

Autoaceitação - aceitação dos múltiplos aspetos da sua personalidade, positivos e negativos

Consciencialização e avaliação sobre si – pensamentos, emoções e ações

Atitude positiva em relação a si mesmo

Padrões e expectativas realistas, guiados pelos seus valores próprios e não por valores externos

9-Integração de Ganhos

Revisão de tarefas

O bem-estar e a importância de cultivar emoções positivas

10-Espiritualidade

Conceções pessoais de espiritualidade

Relação da espiritualidade com o Bem-estar Psicológico

O perdão, a gratidão e o bem-estar

11-Atividade Física e Relaxamento

A relação grupal em contexto diverso do habitual – em contacto com a natureza

A atividade física e o relaxamento como promotores do bem-estar

12-Avaliação Final e Despedida

Avaliação do programa de intervenção

Elaboração do momento de despedida e de finalização do grupo

▪ “Processo do incidente” (Gil, 1990) e “Vida Plena” (Seligman, 2011)

▪ TPC: “As três portas” (Seligman, 2011)

▪ “Percurso da minha vida” (Netto & Gorayeb, 2005) e “Temores e Esperanças” (Fritzen, 1978)

▪ TPC: “O Romance da Minha Vida” (adaptado de Manes, 2011)

▪ “Pôr-se na pele do outro” (Taradel, citada por Manes, 2011)

▪ TPC: “Respostas ativas e construtivas” (adaptado de Seligman, 2011)

▪ “O ciclo da vida” (Manes, 2011)

▪ TPC: “O Dom do tempo” (Batista, 2012)

▪ Biblioterapia (Ferreira, 2003) e “Dança em Silêncio” (adaptação da “Dança em silêncio do Pássaro da Alma” de Silva, 2011)

▪ TPC: “Amor incondicional a si mesmo” (Dalla Via, 2004)

▪ Relaxamento breve e “*brainstorming*” sobre o bem-estar e a importância de cultivar emoções positivas, através da análise e reflexão dos TPC das sessões anteriores

▪ “É isto a espiritualidade?/Leilão de valores” (adaptado de Vopel, 1995)

▪ TPC: “A visita da Gratidão” e “Perdão e Bem-estar” (Seligman, 2011)

▪ “Caminhar com novas lentes” (Sousa, 2012)

▪ TPC: “Atos de Bondade” (Batista, 2012)

▪ “Mensagens em Balões” (Netto & Gorayeb, 2005)

À espiritualidade, trabalhada ao longo das diferentes sessões (numa perspetiva de transversalidade) é reservada uma sessão específica de carácter integrador. A atividade física e o relaxamento como promotores de bem-estar são trabalhados na penúltima sessão. Na última sessão proceder-se-á à finalização do grupo.



Contacto para Correspondência

Lucília E. Soares, FCHS/CTEC/HE-UFP, Praça 9 de Abril, 349 – 4249-004 Porto,
mluciliaesoaes@gmail.com

Referências

- Almeida, L.S., Ferreira, J.A.G. & Soares, A.P.C. (1999). Questionário de Vivências Académicas: Construção de e Validação de uma versão reduzida (QVA-r). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, 181-207.
- Almeida, L.S., Soares, A.P.C. & Ferreira, J.A.G. (1999). Adaptação, Rendimento e Desenvolvimento dos Estudantes, do Ensino Superior: Construção, Validação do Questionário Académico de Vivências Académicas. *Relatórios de Investigação*. Braga, Centro de Estudos em Educação e Psicologia: Universidade do Minho.
- Amatuzzi, M.M. (2005). *Psicologia e Espiritualidade*. São Paulo: Paulus.
- Azevedo, M., Dias, G. & Conceição, N. (2000). *Oficina de Aquisição e Promoção de Competências para o Sucesso Académico: Avaliação dos Sucessos e Insucessos da Intervenção*. Comunicação apresentada no III Seminário de Investigação e Intervenção Psicológica no Ensino Superior: Monte de Caparica.
- Baptista, A. (2012). *O poder das emoções positivas*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Beck, A.T. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Bekelman, D.B., Parry, C., Curlin, F.A., Yamashita, T.E., Fairclough, D.L., & Wamboldt, F.S. (2010). A comparison of two spirituality instruments and their relationship with depression and quality of life in chronic heart failure. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39 (3), 515-526.
- Bessa, J., & Tavares, J. (2000). Níveis de ajustamento e auto-regulação académica em estudantes do 1º ano (comum) de ciências e engenharias da Universidade de Aveiro. In J. Tavares (Ed.), *Ensino superior, (in)sucesso académico* (pp. 109-129). Porto: Porto Editora.
- Chatters, L.M., Levin, J.S. & Taylor, R.J. (1992). Antecedents and dimensions of religions involvement among old black adults. *Journal of Gerontology*, 47, 269-278.
- Chickering, A.W. & Reisser, L. (1993). *Education and Identity*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Costa, C.C., Bastiani, M., Geyer, J.G., Calvetti, P.U., Muller, M.C., & Moraes, M.L.A. (2008). Qualidade de vida e Bem-estar espiritual em universitários de Psicologia. *Psicologia em Estudo* 13 (2), 249-255.
- Dalla Via, G. (2004). *Visualização Positiva*. Lisboa: Sinais de Fogo.
- Deci, E.L., & Ryan R.M., (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11.
- Dias, G., & Almeida, M. (1991). Prevenção e Desenvolvimento num Centro Universitário de Consulta Psicológica. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 7, 67-75.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (1994). Assessing Subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Duckworth, A.L., Steen, T.A., & Seligman, M.E.P. (2005). Positive Psychology in clinical Practice. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 629-651.
- Fava, G.A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 45-63.
- Fernandes, C., Domingos, D., & Cláudio, A. (2007). *Peer Intervention as a mean to promote inclusion in high education*. Comunicação apresentada na Community, Work and Family II International Conference. ISCTE: Lisboa.
- Ferreira, D.T. (2003). Biblioterapia: uma prática para o desenvolvimento pessoal. *ETD- Educação Temática Digital*, 4 (2), 35-47.
- Fritzen, J.S. (1978). *Exercícios práticos de dinâmica de grupo e de relações humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Gil, A.C. (1990). *Metodologia do ensino superior*. São Paulo: Atlas.
- Gomez, R. & Fisher, J.W. (2003). Domains of spiritual well-being and development of spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1975-1991.



- Gonçalves, I., (1997). O serviço de Apoio Psicológico do Instituto Superior Técnico: Balanço do trabalho realizado em 1995. In M.V. Abreu, L.M. Leitão, M.P. Paixão, J.M.T. Silva, M.S.J. Brêda, J.P. Miguel & M.L. Mateus (eds). *Actas da Conferência Internacional "A Informação e a Orientação Escolar e Profissional no Ensino Superior: um desafio na Europa*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Gonçalves, M.M. (2008). *Terapia Centrada nas Soluções*. Braga: Psiquilíbrios Edições
- Gonçalves, O., & Cruz, J. (1988). A organização e implementação de serviços universitários de consulta psicológica e desenvolvimento humano. *Revista Portuguesa de Educação*, 1 (1), 127-145.
- Greenfield, E.A., Vaillant, G.E., & Marks, N. F. (2009). Do formal religious participation and spiritual perceptions have independent linkages with diverse dimensions of Psychological Well-being?. *J Health Soc Beav*, 50 (2), 196-212.
- . Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- Hill, P.C., & Pargament, K.I. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1, 3-17.
- Huta, V., & Ryan, R.M. (2010). Pursuing Pleasure or Virtue: the differential and overlapping Well-being Benefits of Hedonic and Eudaimonic Motives. *Journal of Happiness Studies*, 11, 735-762.
- Joseph, S., & Wood, A. (2010). Assessment of Positive functioning in clinical Psychology: theoretical and Practical issues. *Clinical Psychology Review*, 30, 830-838.
- Junqueira, M.F.R. (2006). *A Viagem do Relaxamento: Técnicas de Relaxamento e Dinâmicas*. Goiânia. Editora UCG.
- Koenig, H.G. (2007). Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Rev. Psiquiatr Clin*, 34 (1), 5-7.
- Koenig, H.G. (2008). Concerns about measuring "spirituality" in research. *J Nerv Ment Dis*, 196 (5), 349-355.
- Leite, I.S., & Seminotti, E.P. (2013). A influência da Espiritualidade na prática Clínica em Saúde Mental: uma revisão sistemática. *Rev. Brasileira de Ciências da Saúde*, 17 (2), 189-196.
- Levin, J.S. & Chatters, L.M. (1998). Research on religion and mental health: an overview of empirical findings and theoretical issues. In H.G. Koenig (ed). *Handbook of religion and mental health*. San Diego: Academic.
- Manes, S. (2011). *83 Jogos Psicológicos para Dinâmicas de Grupos*. (10 ed). Lisboa: Paulus.
- Marques, L.F. (2003). A saúde e o Bem-estar espiritual em adultos Porto-Alegrenses. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (2), 56-65.
- McIntyre, T., Soares, V. Salgueiro A., Constantino, A. Nogueira, C., Matias, M. Lopes, P., & Batista, R., (2001). *Avaliação da satisfação dos utentes do serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano na Universidade do Minho*. Monografia realizada no âmbito da cadeira de Psicologia da Saúde (não publicada). Braga: Universidade do Minho.
- Meneses, R.F. (2006). Espiritualidade na ótica da psicologia da saúde. In I. Leal (Coord). *Perspectivas em psicologia da saúde* (pp.203-230). Coimbra: Quarteto.
- Moreira-Almeida, A. (2010). O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. *Rev. Psiquiatr Clin*, 37 (2), 41-42.
- Netto, J.R.C., & Gorayeb, R. (2005). Descrição de uma intervenção psicológica com mulheres no climatério. *Paidéia*, 15 (31), 277-285.
- Paludo, S.S., & Koller, S.H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para velhas questões. *Paidéia*, 17 (36), 9-20.
- Park, N., & Peterson, C. (2006). Character strengths and happiness among young children: content analysis of parental descriptions. *Journal of Happiness Studies*, 7, 323-341.
- Pedro, L., Pais-Ribeiro, J., Meneses, R.F., Silva, I., Cardoso, H., Mendonça, D., Martins-da-Silva, A. (2010). A importância da espiritualidade na percepção de saúde, doença e qualidade de vida em indivíduos com esclerose múltipla. In I. Leal, J. Pais- Ribeiro, M. Marques, & F. Pimenta (eds.), *Livro de Actas do 8º Congresso Nacional de Psicologia da saúde* (pp. 529-534). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia da Saúde.
- Pereira, A. (2008). Ética e deontologia no ensino superior. In M. C. Taveira & J. Silvério (eds.), *Intervenção psicológica no Ensino Superior* (pp. 9-17). Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.



- Pereira, A., & Silva, C. (2001). *Quality of life in academic context: Contributions to the promotion of students health behaviours*. Comunicação apresentada na 10th Biennial Conference of the International Study Association on Teachers and Teaching. Universidade do Algarve: Faro.
- Peres, J. (2004). Psicoterapia e espiritualidade: convergência possível e necessária. Em E.F.B. Teixeira, M.C. Muller & D.T. Silva (orgs). *Espiritualidade e Qualidade de Vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (2003). Character strengths before and after September 11. *Psychological Science*, 14 (4), 381-384.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J.L. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (1), 49-55.
- Queroz, N.C., & Neri, A. (2005). Bem-estar Psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 292-299.
- Rippentrop, A.E. (2005). A review of the religion and spirituality in chronic pain populations. *Rehabilitation Psychology*, 50 (3), 278-284.
- Ruini, C. & Fava, G.A. (2014). The individualized and crosscultural roots of well-being therapy. In G.A. Fava & C. Ruini C. (eds). *Increasing Psychological Well-being in Clinical and Educational Settings*. Dordrecht: Springer.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and endaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryan, R.M., & Huta, V. (2009). Wellness as healthing functioning or wellness as happiness: the importance of eudaimonic thinking (response to Kashdan et al. and Waterman discussion). *The Journal of Positive Psychology*, 4 (3), 202-204.
- Ryff, C.D. (1989a). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Ryff, C.D. (1989b). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: new directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C.D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: a tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*, 6 (2) 286-295.
- Santos, L. (2001). *Adaptação académica e rendimento escolar: Estudo com alunos universitários do 1º ano*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Sarriera, J.C. (2004). Saúde, bem-estar espiritual e qualidade de vida: pressupostos teóricos e pesquisas actuais. Em E.F.B. Teixeira, M.C. Muller & J.D.T. Silva (orgs). *Espiritualidade e Qualidade de Vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Seligman, M.E.P. (2004). *A Felicidade Autêntica*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Seligman, M.E.P. (2011). *A vida que floresce*. Lisboa: Oficina do Livro.
- Silva, P.T. (2011). *Biblioterapia na Educação Pré-Escolar: A Gestão do medo e da agressividade*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Educação Paula Frassinetti.
- Simpson, D.B., Newman, J.L., & Fuqua, D.R. (2007). Spirituality and Personality: Accumulating evidence. *Journal of Psychology and Christianity*, 26 (1), 33-44.
- Sousa, I.P.S. (2012). *Espiritualidade e Perdão na Promoção do Bem-estar Subjetivo*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação. Universidade do Porto.
- Tavares, J., Santiago, R. A., & Lencastre, L. (1998). *Insucesso no primeiro ano do ensino superior: Um estudo no âmbito dos cursos de licenciatura em ciências e engenharia na Universidade de Aveiro*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Vopel, K. (1995). *Juegos de interaction para adolescentes y juvenes* (vol 3). Madrid: Editorial CCS.
- Yozo, R.Y.K. (1995). *100 Jogos para grupos: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas*. São Paulo: Agora.



Burnout, personalidade e desregulação emocional em professores do ensino superior

Joana Dias¹, Ana Magalhães¹, Ana Oliveira¹, Bruna Silva¹, Stephanie Macedo¹, & Isabel M. Santos¹

1. Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS-UA), Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal

Resumo

O trabalho é uma das principais fontes de *stress* para os indivíduos, podendo evoluir para *burnout* quando prolongado; a profissão de professor do ensino superior é uma das mais propensas a experienciar esta síndrome. Dado que a personalidade e a regulação emocional (RE) têm sido associadas ao *burnout*, poderá ser relevante serem consideradas nesta população. Assim, este estudo investigou a existência de *burnout* e a sua relação com a personalidade, desregulação emocional (DRE) e características sociodemográficas e profissionais (CSP) e quais destas variáveis melhor predizem esta síndrome. Para isso, conduzimos um estudo com professores do ensino superior, 97 mulheres e 93 homens, que envolveu a administração *online* de quatro questionários para recolha de CSP (Questionário de Dados Sociodemográficos e Profissionais) e avaliar o *burnout* profissional (Inventário de *Burnout* de Maslach – Versão para Professores [MBI-Ed]), os cinco domínios da personalidade (Inventário dos Cinco Fatores NEO [NEO-FFI]) e os níveis de DRE (Escala de Dificuldades na Regulação Emocional [EDRE]). Os resultados demonstraram que existem professores que apresentam características de *burnout*, assim como correlações entre as subescalas avaliadas pelo MBI-Ed e dimensões da personalidade, DRE e algumas CSP, e que dimensões da personalidade e a DRE conseguem predizer de forma significativa a existência de *burnout*. Assim, os resultados sugerem que esta é uma profissão de risco para desenvolver *burnout* e, dada a sua importância no contexto educacional, demonstra a necessidade de se desenvolverem mais estudos explorando a relação entre o *burnout* e as características da personalidade e de RE.

Palavras-chave: *Burnout*; Personalidade; Desregulação Emocional; Professores do Ensino Superior.



Abstract

Work is one of the main sources of stress for individuals, which may progress to burnout when prolonged; teaching in higher education is one of the professions most likely to experience this syndrome. Since personality and emotion regulation (ER) have been associated with burnout it may be relevant to consider them in this population. This study investigated the existence of burnout and its relationship with personality, emotion dysregulation (EDR) and sociodemographic and professional characteristics (SPC) and which of these variables best predict this syndrome. To this end, we conducted a study with university teachers, 97 women and 93 men, which involved an online administration of four questionnaires to obtain SPC (Sociodemographic and Professional Data Questionnaire) and evaluate professional burnout (Maslach Burnout Inventory – Educators Survey [MBI-Ed]), the five domains of personality (NEO-Five Factor Inventory [NEO-FFI]) and the levels of EDR (Difficulties in Emotion Regulation Scale [DERS]). Results showed that there are university teachers that present burnout characteristics, correlations between subscales assessed by MBI-Ed and dimensions of personality, EDR and some SPC, and that dimensions of personality and EDR can significantly predict the existence of burnout. So, our results suggest that this is a profession at risk to develop burnout and, given its importance in the educational context, it demonstrates the need to conduct more studies exploring the relation between burnout and the characteristics of personality and ER.

Keywords: Burnout; Personality; Emotion Dysregulation; University Teachers.



Introdução

Uma das principais fontes de vivência de *stress* para os indivíduos é o trabalho, sendo que, quando se prolonga no tempo, pode evoluir para quadros patológicos e crónicos como o *burnout*. Este é visto como uma síndrome psicossocial em resposta a stressores emocionais e interpessoais que ocorrem numa situação de trabalho, estando relacionada com sentimentos de desgaste, desinteresse e baixo desempenho. Assim, caracteriza-se pela dimensão exaustão emocional (EE), representativa dos aspetos individuais, que se refere à falta de energia, entusiasmo e esgotamento dos recursos físicos e emocionais; despersonalização (DP), que representa o contexto interpessoal, associada a sentimentos de frieza emocional, insensibilidade e distanciamento; e realização pessoal (RP), característica da autoavaliação, associada a sentimentos de competência, autoestima, eficácia e satisfação profissional em relação a si (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

O estudo do *burnout* tem-se centrado nas áreas do ensino e da saúde, pois envolvem um elevado contacto interpessoal (Maslach et al., 2001). Especificamente, o ensino é uma das profissões mais exigentes, devido à intensa interação diária com alunos, colegas, administração e pais, sendo uma das profissões mais propensas a experienciar *burnout* (ver Tsouloupas, Russell, Matthews, Grawitch, & Barber, 2010; Tunde & Oladipo, 2013); em particular, os professores do ensino superior apresentam prevalências de *burnout* elevadas, na ordem dos 20% a nível mundial (Lackritz, 2004). Neste sentido, têm sido realizados estudos a investigar as principais causas do *burnout* nesta população (ver Carlotto, 2002), concluindo que apresenta uma origem multifatorial (Maslach et al., 2001), com fatores individuais (e.g., idade, grau académico, motivação), organizacionais (e.g., carga de trabalho excessiva, promoção/progressão lenta na carreira, tempo necessário para conjugar todas as funções que lhe são solicitadas – ensino, investigação e outros serviços) e transacionais (e.g., perceção de suporte e recursos, satisfação profissional, expectativas) (Azeem & Nazir, 2008; ver Oliveira, 2011; Tunde & Olapido, 2013). Vários autores referem que o *burnout* afeta o contexto educacional e interfere no alcance dos objetivos pedagógicos, conduzindo a um processo de EE, DP e falta de RP, o que origina problemas de saúde física e mental (e.g., úlceras gástricas, depressão), absentismo, aumento da incidência de baixas médicas e intenção de abandono da profissão, diminuição de entusiasmo e concentração no trabalho, perda de autocontrolo, insatisfação profissional e reações emocionais desreguladas (Azeem & Nazir, 2008; Carlotto, 2002; Yong & Yue, 2007).

Dado que cada indivíduo reage de forma distinta perante a mesma situação profissional, interpretando-a como uma ameaça/desafio, a personalidade é vista como mediadora entre o indivíduo e o contexto (ver Dias & Queirós, 2010). De facto, existem estudos que relacionam a personalidade com a capacidade de tomar decisões (e.g., Bullock-Yowell, Andrews, & Buzzetta, 2011), sentimentos e emoções (e.g., Faullant, Matzler, & Mooradian, 2011) e atitudes (e.g., Thøgersen, Juhl, & Poulsen, 2009), tendo um papel decisivo no comportamento e seus resultados (Rodrigues, 2014). O Modelo dos Cinco Fatores (*Five Factor Model* – FFM) ou *Big Five* (Goldberg, 1990) postula cinco dimensões básicas da personalidade, consideradas suficientes para englobar as características distintas entre os indivíduos na sua forma de pensar, sentir e agir (McCrae & John, 1992): Extroversão (E; e.g., sociabilidade, liderança, emocionalidade positiva) (John, Naumann, & Soto, 2008), amabilidade (A; e.g., cortesia, altruísmo, sensibilidade) (ver McCrae & Costa, 2003),



conscienciosidade (C; e.g., eficácia, ambição, responsabilidade) (Costa, McCrae, & Dye, 1991; McCrae & Costa, 2008), neuroticismo (N; e.g., tristeza, medo, embaraço) e abertura à experiência (O; e.g., criatividade, imaginação, curiosidade) (McCrae & Costa, 2003). Através deste modelo, tem sido possível relacionar estas dimensões com o nível do desempenho individual no trabalho e de *outcomes* pessoais, nomeadamente saúde (Smith & Williams, 1992) e bem-estar psicológico (McCrae & Costa, 1991). Neste sentido, a literatura refere que a personalidade está relacionada com o *burnout*, existindo correlações entre traços específicos da mesma e as dimensões do *burnout* (Jacobs & Dodd, 2003). Assim, estudos com diversas profissões, incluindo professores, têm demonstrado que o N está relacionado positivamente com a EE e a DP, enquanto a E, a C e a A estão relacionadas de forma negativa com estas dimensões (Alarcon, Eschleman, & Bowling, 2009; David & Quintão, 2012). Contudo, os resultados não são consistentes no que toca à relação entre estas dimensões do *burnout* e a O, pois enquanto alguns não verificam uma relação (Alarcon et al., 2009), outros encontram uma relação negativa (David & Quintão, 2012). Já a dimensão RP está negativamente relacionada com o N e positivamente com os restantes quatro fatores da personalidade (Alarcon et al., 2009; David & Quintão, 2012).

O trabalho de professor também implica a gestão diária das suas experiências e reações emocionais (Brackett, Palomera, Mojsa-Kaja, Reyes, & Salovey, 2010). Apesar das emoções poderem apresentar consequências positivas, existem ocasiões em que podem ser prejudiciais, o que mostra a necessidade de serem reguladas periodicamente (Gross, 2002). Sendo a regulação emocional (RE) um conceito multidimensional que envolve ter consciência, compreender e aceitar as emoções, controlar comportamentos impulsivos em momentos de emoção negativa e utilizar estratégias que modulem as respostas emocionais (levando ao bem-estar e bom funcionamento interpessoal) (Gross & John, 2003), considera-se que a relativa ausência de alguma destas características reflete dificuldades de RE/desregulação emocional (DRE) (Gratz & Roemer, 2004). Assim, parece evidente que a RE influencia a capacidade dos professores para atingir objetivos académicos e sociais, contribuindo para a perceção de RP e profissional (Sutton, 2004). Sabendo que o processo de tentar regular as emoções requer energia e que tentativas falhadas para as regular conduzem a EE, propõe-se que professores com elevados níveis de *burnout* são incapazes de regular as suas emoções (Sutton & Harper, 2009). Neste contexto, um estudo realizado por Brackett et al. (2010) verificou a existência de uma relação (positiva) apenas entre a RE e a dimensão RP do *burnout*.

No passado, os professores do ensino superior eram encarados como profissionais de elite da educação e como tendo boas condições institucionais e ambientais de trabalho; contudo, durante os últimos anos, têm-se verificado mudanças ao nível da organização das instituições do ensino superior, conduzindo a uma maior carga psicológica (González & Domínguez, 2009). Dado que a incidência de *burnout* entre os professores pode aumentar ou ser dificultada devido a certas características de personalidade (ver Kokkinos, 2007) e que professores com elevado *burnout* são incapazes de regular as suas emoções (Sutton & Harper, 2009), torna-se pertinente estudar a relação entre estes fatores. Assim, embora estudos anteriores já tenham investigado a relação entre o *burnout* e a personalidade, existe pouca informação em professores do ensino superior e que relacione esta síndrome com a DRE, pelo que este estudo pretendeu colmatar esta lacuna.



Tendo em conta a revisão de literatura, este estudo pretendeu verificar a existência de professores do ensino superior com características de *burnout* e investigar a relação entre este, a personalidade e a DRE. Dado que esta síndrome apresenta uma origem multifatorial, pretendeu-se verificar se determinadas características sociodemográficas e profissionais (CSP) se relacionam com a mesma e, ainda, perceber quais os fatores que melhor a predizem. Assim, esperava-se: Encontrar professores em *burnout*; que a EE e a DP estivessem relacionadas positivamente com o N e negativamente com a E, C e A, e que a RP estivesse negativamente relacionada com o N e positivamente com as restantes quatro dimensões; e que a RP estivesse relacionada negativamente com a DRE.

Metodologia

Participantes

Neste estudo participaram 190 professores do ensino superior, 97 do sexo feminino e 93 do masculino. Quatro participantes foram excluídos, pois encontravam-se em sabática ou não davam aulas. Assim, a amostra final contou com 186 participantes, 96 do sexo feminino e 90 do masculino. Os participantes foram contactados através de correio eletrónico, tendo participado voluntariamente e dado a sua autorização para tal no formulário de consentimento informado.

Instrumentos

Questionário de Dados Sociodemográficos e Profissionais. O questionário foi adaptado de Resende (2013) e pretendeu obter algumas CSP da amostra (idade, género, estado civil, tempo total de serviço, carga horária, estatuto, tempo médio semanal dedicado a atividades de lazer/convívio e trabalho associado à docência à noite e ao fim de semana).

Inventário de *Burnout* de Maslach – Versão para Professores (*Maslach Burnout Inventory – Educators Survey*, MBI-Ed) (Maslach, Jackson, & Schwab, 1996; versão portuguesa de Marques Pinto, 2000). Este questionário é composto por 21 itens (escala de resposta de formato *Likert* de sete pontos) sobre sentimentos relacionados com o trabalho e operacionaliza a definição de *burnout* sugerida por Maslach & Jackson (1981), permitindo avaliar esta síndrome em três dimensões/subescalas (ver Chambel & Ernesto, 2013; Maslach, Jackson, & Leiter, 1997) – EE, DP e RP. Um sujeito apresenta *burnout* quando obtém valores altos nas dimensões EE e DP e valores baixos na RP (Marques Pinto, 2000). A consistência interna neste estudo verificou-se aceitável, com *Alpha de Cronbach* de .89 para a subescala EE, .71 para DP e .78 para RP.

Inventário dos Cinco Fatores NEO (*NEO-Five Factor Inventory*, NEO-FFI) (Costa & McCrae, 1989; versão portuguesa de Magalhães et al., 2014). Este inventário permitiu avaliar os domínios do FFM, sendo constituído por 60 itens (escala de resposta de formato *Likert* de cinco pontos) divididos em cinco escalas (N, E, O, C e A) com 12 itens cada (Pedroso-Lima et al., 2014). A consistência interna do instrumento, neste estudo, verificou-se adequada, com *Alpha de Cronbach* de .86 para N, .79 para E, .62 para O, .83 para C e .63 para A.

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE; *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS) (Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa de Coutinho, Ribeiro, Ferreira, & Dias, 2010). Esta escala é composta por 36 itens (escala de resposta de formato *Likert* de cinco pontos) e visa avaliar os níveis típicos de DRE em seis



domínios/subescalas: Estratégias, Não Aceitação, Consciência, Impulsos, Objetivos e Clareza. No presente estudo, a consistência interna da escala total verificou-se elevada, com *Alpha de Cronbach* = .94 (Estratégias = .89; Não Aceitação = .89; Consciência = .72; Impulsos = .89; Objetivos = .89; Clareza = .81).

Procedimento

Depois da seleção dos instrumentos de avaliação, contactámos formalmente, via correio eletrónico, os autores dos mesmos, para obter autorização para a sua utilização. De seguida, procedemos à construção do protocolo do estudo. Assim, a recolha de dados foi realizada através de uma plataforma *online* pertencente à Universidade de Aveiro. Nesta estavam descritos os procedimentos necessários para o seu preenchimento, sendo garantido que os dados obtidos seriam confidenciais e anónimos, e que tinham como único fim a realização do estudo. O endereço da página foi divulgado através de correio eletrónico a todos os professores da Universidade do Algarve, Aveiro, Beira Interior, Coimbra, Lisboa, Minho e Porto. Após a recolha de dados, as análises estatísticas foram efetuadas com o *IBM SPSS Statistics versão 22.0*.

Resultados

Verificámos que 19.4% da amostra apresenta características de *burnout*, correspondente a 36 participantes (23 do sexo feminino e 13 do masculino) (ver critérios de Marques Pinto, 2000).

Para comparar os resultados obtidos nas subescalas do MBI-Ed por sexos, efetuámos testes de *Mann-Whitney*, verificando-se que, na subescala EE, os participantes do sexo feminino apresentavam mais EE (*Mdn* = 25.00) do que os do sexo masculino (*Mdn* = 17.00), $U = 3036.50$, $z = -3.50$, $p < .001$. Para comparar os resultados obtidos nas subescalas do MBI-Ed por idade, estado civil, tempo total de serviço, estatuto, carga horária, tempo médio semanal dedicado a atividades de lazer/convívio e trabalho associado à docência à noite e ao fim de semana, efetuámos testes de *Kruskal-Wallis*, tendo-se verificado que, em relação à subescala EE, os participantes com estatuto de Professor Associado de Nomeação Definitiva apresentavam mais EE ($M = 26.37$) e os com estatuto de Assistente Convidado menos EE ($M = 11.08$), $H(10) = 26.02$, $p < .001$; os que não dispõem de tempo de lazer/convívio apresentam mais EE ($M = 34.40$) e os que dispõem de mais de nove horas de tempo de lazer/convívio menos EE ($M = 17.94$), $H(4) = 15.30$, $p < .001$; os que trabalham sempre à noite apresentam mais EE ($M = 27.02$) e os que nunca trabalham à noite apresentam menos EE ($M = 15.00$), $H(4) = 15.24$, $p < .001$; e os que trabalham sempre ao fim-de-semana apresentam mais EE ($M = 26.62$) e os que nunca trabalham ao fim-de-semana menos EE ($M = 4.00$), $H(4) = 17.67$, $p < .001$.

Testes de correlação entre as subescalas do MBI-Ed e do NEO-FFI e EDRE permitiram-nos observar que a subescala EE do MBI-Ed correlaciona-se positiva e significativamente com a escala N do NEO-FFI ($r_s = .65$, $p < .001$), negativa e significativamente com a E ($r_s = -.28$, $p < .001$), A ($r_s = -.18$, $p = .015$) e C ($r_s = -.20$, $p = .005$), e de forma positiva e significativa com a escala total da EDRE ($r_s = .43$, $p < .001$). A subescala DP do MBI-Ed correlaciona-se de forma positiva e significativa com a escala N do NEO-FFI ($r_s = .51$, $p < .001$), negativa e significativa



com a escala E ($r_s = -.42, p < .001$), A ($r_s = -.46, p < .001$) e C do NEO-FFI ($r_s = -.38, p < .001$), e de forma positiva e significativa com a escala total da EDRE ($r_s = .50, p < .001$). Por fim, a subescala RP do MBI-Ed correlaciona-se de forma positiva e significativa com a escala E ($r_s = .42, p < .001$), A ($r_s = .42, p < .001$) e C do NEO-FFI ($r_s = .40, p < .001$), e de forma negativa e significativa com a escala N do NEO-FFI ($r_s = -.31, p < .001$) e a escala total da EDRE ($r_s = -.46, p < .001$).

Realizámos, ainda, uma regressão logística binária para perceber se as cinco dimensões da personalidade e a DRE conseguiam prever a presença de *burnout* na amostra. Uma comparação entre o modelo sem as variáveis e um modelo com as variáveis mostrou diferenças estatisticamente significativas, $\chi^2 (6) = 58.197, p < .001$. Encontrámos um R^2 de Nagelkerke de .429, o que indica uma boa relação entre a variável critério e as preditoras. O sucesso preditivo geral do modelo foi de 84.4%. O critério de Wald revelou que apenas o N ($p = .007$) e a DRE ($p = .045$) contribuíam significativamente para a predição. Além disso, a variável N e a DRE apresentaram valores de Exp(B) de 1.116 e 1.032, respetivamente, o que significa que um sujeito com pontuação elevada na dimensão N apresentará 1.116 vezes mais de probabilidade de desenvolver *burnout* e que um sujeito com pontuação elevada de DRE apresentará 1.032 vezes mais de probabilidade de desenvolver *burnout*.

Discussão

Nos últimos anos, o *burnout* tem sido estudado em diversos contextos, devendo-se continuar a privilegiar o do ensino, dada a sua incidência e impacto na profissão. Contudo, existem poucos estudos sobre o efeito do *burnout* nos professores do ensino superior (Hogan, Carlson, & Dua, 2002) possivelmente devido à visão que se tem desta profissão (e.g., baixa tensão, posição social elevada) (Gillespie, Walsh, Winefield, Dua, & Stiugh, 2001). Assim, além de adicionar uma contribuição nesta área, este estudo pretendeu investigar a relação entre o *burnout* e outros fatores, como a personalidade, a DRE e diversas CSP, e verificar quais o podem prever.

Os resultados revelaram que 19.4% dos participantes apresentam características de *burnout*, o que confirma a hipótese relativa a encontrar professores com esta síndrome. Esta percentagem é bastante elevada quando comparada com os resultados de Resende (2013) (1.7%) e de Oliveira (2011) (0%), indo, no entanto, ao encontro da elevada prevalência do *burnout*, na ordem dos 20%, a nível mundial (Lackritz, 2004), o que demonstra que é uma profissão de risco para desenvolver esta síndrome (Tsouloupas et al., 2010; Tunde & Oladipo, 2013).

Em relação à hipótese de algumas das subescalas avaliadas pelo MBI-Ed estarem correlacionadas com as dimensões da personalidade, verificámos que a EE se relacionou positivamente com o N e negativamente com a E, a A e a C, o que vai ao encontro das hipóteses (Alarcon et al., 2009; David & Quintão, 2012). A DP relacionou-se positivamente com o N e negativamente com a E, a A e a C, o que vai ao encontro de Alarcon et al. (2009) e David e Quintão (2012). Por último, a RP relacionou-se positivamente com a E, a A e a C e negativamente com o N; assim, as hipóteses foram também confirmadas (Alarcon et al., 2009; David & Quintão, 2012), à exceção da O, onde não foi encontrada uma relação positiva com a RP. Uma possível explicação para este resultado pode estar associada ao facto de a O,



normalmente, não apresentar uma relação com o *burnout* (Piedmont, 1993), sendo que uma possível relação entre ambos não seria imediatamente justificada (Alarcon et al., 2009).

No que diz respeito à relação entre o *burnout* e a DRE, verificou-se uma relação negativa com a RP e positiva com a EE e a DP. Para além de confirmarmos a relação entre a DRE e a RP (Brackett et al., 2010), encontramos também relações significativas com as outras duas subescalas do MBI-Ed. A literatura indica que uma RE adequada e funcional é crucial para a saúde mental (Gross & Levenson, 1997), relações sociais, interação com os outros (Lopes, Salovey, Côté, & Beers, 2005) e satisfação com o trabalho (Brackett et al., 2010), e que a capacidade efetiva para lidar com as emoções e com informação emocional ajuda no controlo do *burnout* (ver Andrade, 2013). Parece, então, óbvio que quando o indivíduo apresenta DRE está mais predisposto a desenvolver *burnout*. Dado que se considera que um indivíduo tem *burnout* quando apresenta elevada EE e DP e baixa RP, os resultados encontrados vão no sentido esperado.

O presente estudo encontrou, ainda, diferenças entre as subescalas do MBI-Ed e algumas CSP. Assim, verificámos que os participantes do sexo feminino se encontravam mais exaustos emocionalmente, o que vai ao encontro de outros estudos que mencionam que as mulheres são mais vulneráveis ao *burnout* (ver Santos, 2011), tendo, inclusive, o estudo de Maslach e Leiter (2005) verificado que apresentam maiores níveis de *burnout* no geral e na EE em relação aos homens; isto pode dever-se a níveis mais elevados de pressão e a um maior esforço associado à carga e excesso de horas de trabalho, à conjugação trabalho/família e às injustiças na administração e recompensas (Catano et al., 2010; Tytherleigh, Jacobs, Webb, Ricketts, & Cooper, 2007). Além disso, verificámos que os participantes que são Professores Associados de Nomeação Definitiva, que não dispõem de tempo de lazer/convívio e que trabalham sempre à noite e ao fim-de-semana se apresentam mais exaustos emocionalmente. Em relação ao estatuto profissional, a literatura aponta que os professores que se encontram em situações laborais instáveis vivenciam maior *stress* e níveis mais elevados de sintomas físicos e psicológicos relacionados com o mesmo (Catano et al., 2010), estando também mais sujeitos à DP (Silva & Gomes, 2009), o que não está de acordo com os resultados encontrados. Do nosso conhecimento, apenas um estudo obteve resultados semelhantes aos nossos (Oliveira, 2011), tendo verificado que professores em situação laboral estável apresentam maior nível de *stress* com a desmotivação dos alunos, a relação e as condições de trabalho; estes três fatores poderão ter contribuído para os resultados que obtivemos. Em relação ao tempo de lazer/convívio, a literatura indica que quando as pessoas dispõem de tempo de lazer apresentam menor EE e DP e maior RP, pois o envolvimento em atividades deste tipo reduz ou previne o *burnout*, estando positivamente associada a uma melhor saúde física e mental, o que contribui para a satisfação e qualidade de vida (ver Stanton-Rich & Iso-Ahola, 1998), explicando os resultados que associam a falta de tempo de lazer/convívio a uma maior EE. Por fim, o facto de os professores que trabalham sempre à noite e ao fim-de-semana apresentarem maior EE pode ser explicado por uma carga extra de trabalho, que se traduz num maior número de horas; isto acaba por esgotar energia, conduzindo a uma maior EE (David & Quintão, 2012; Maslach et al., 2001).

Por último, verificámos que as dimensões da personalidade e a EDRE ajudam a predizer a existência de *burnout* com uma eficácia de 84.4%, sendo o N e a DRE aqueles que melhor o predizem. De facto, a literatura demonstra que o N é a dimensão mais relacionada com os



três aspetos do *burnout* (Colomeischi, 2015; McCrae & Costa, 1986; Mustafa, Santos, & Chern, 2014), refletindo sentimentos de *stress* crónico e nervosismo, experiência de fortes emoções negativas e preocupação, o que poderá contribuir diretamente para uma maior EE e DP e menor RP (ver Jacobs & Dodd, 2003). Além disso, estudos têm demonstrado que indivíduos com maior instabilidade emocional têm mais dificuldade em regular as emoções, o que pode ser resultado da utilização de estratégias menos eficazes para modificar a sua expressão; deste modo, necessitam de mais esforços para regulá-las, o que leva a uma maior tendência para experienciar *burnout* (Austin, Dore, & O'Donovan 2008; Mustafa et al., 2014). Assim, sabendo que existe uma associação entre o N e a instabilidade emocional (Austin et al., 2008), torna-se evidente que esta dimensão da personalidade e a DRE sejam as melhores preditoras desta síndrome.

Podem ser apontadas algumas limitações ao presente estudo. Em primeiro lugar, obtivemos um maior número de respostas de professores da Universidade de Aveiro e do Porto, pelo que a distribuição geográfica da amostra não foi representativa da população nacional de professores. Não tivemos em conta um possível diagnóstico de perturbação mental, o que poderia ter sido um aspeto importante a considerar. Por último, o questionário aplicado para avaliar o *burnout* (MBI-Ed) não se encontra validado para a população portuguesa, estando apenas adaptado, o que pode ter implicações ao nível dos parâmetros considerados para a existência de *burnout*.

A realização deste estudo constitui um avanço científico pois, do nosso conhecimento, não existem muitos estudos que relacionem o *burnout* com a DRE e poucos têm incidido em professores do ensino superior, sendo, por isso, pertinente a realização de estudos neste âmbito, dadas as consequências que o *burnout* acarreta para o próprio e para as pessoas com quem contacta (e.g., afetar a qualidade do trabalho e, consequentemente, a aprendizagem dos alunos) (Azeem & Nazir, 2008). Assim, seria importante sensibilizar os professores para esta síndrome e para a importância de fatores como a personalidade e a RE (e.g., através de ações de sensibilização nas instituições de ensino superior por parte de profissionais de saúde mental), no sentido de encontrar estratégias ou medidas preventivas que diminuam a possibilidade de desenvolver *burnout*.

A profissão de professor do ensino superior parece ser vulnerável ao desenvolvimento do *burnout* e esta síndrome aparenta estar associada à personalidade, à DRE e a algumas CSP. Assim, propomos que, em investigações futuras, se continue a investigar o *burnout* nesta população em Portugal, dado que o número de estudos com a mesma é incipiente e dada a sua importância no contexto educacional, e que se continue, também, a explorar a relação das variáveis encontradas com a síndrome, pois esta pode ser importante para compreender e prevenir o desenvolvimento do *burnout*. Além disso, poderá, ainda, ser relevante estudar novas variáveis que possam interferir com o *burnout* (e.g., estratégias de RE, relação com os pares e qualidade de vida) e comparar esta síndrome em diferentes áreas geográficas, universidades e tipos de ensino (e.g., público vs. privado).

Agradecimentos

Agradecemos aos participantes deste estudo e a todos os que colaboraram nesta investigação.



Contacto para Correspondência

Isabel M. Santos; Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS-UA), Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal; isabel.santos@ua.pt

Referências

- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23(3), 244-263. doi:10.1080/02678370903282600
- Andrade, C. A. R. (2013). *Inteligência emocional, engagement e burnout em professores do 2º e 3º ciclos e secundário da RAM*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade da Madeira, Madeira.
- Austin, E. J., Dore, T. C., & O'Donovan, K. M. (2008). Associations of personality and emotional intelligence with display rule perceptions and emotional labour. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 679-688. doi:10.1016/j.paid.2007.10.001
- Azeem, S. M., & Nazir, N. A. (2008). A study of job burnout among university teachers. *Psychology & Developing Societies*, 20(1), 51-64. doi:10.1177/097133360702000103
- Brackett, M. A., Palomera, R., Mojsa-Kaja, J., Reyes, M. R., & Salovey, P. (2010). Emotion-regulation ability, burnout and job satisfaction among British secondary-school teachers. *Psychology in the Schools*, 47(4), 406-417. doi:10.1002/pits.20478
- Bullock-Yowell, E., Andrews, L., & Buzzetta, M. E. (2011). Explaining career decision-making self-efficacy: Personality, cognitions and cultural mistrust. *The Career Development Quarterly*, 59(5), 400-411. doi:10.1002/j.2161-0045.2011.tb00967.x
- Carlotto, M. S. (2002). A síndrome de *burnout* e o trabalho docente. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 21-29. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v7n1/v7n1a03.pdf>
- Catano, V., Francis, L., Haines, T., Kirpalani, H., Shannon, H., Stringer, B., & Lozanski, L. (2010). Occupational stress in Canadian universities: A national survey. *International Journal of Stress Management*, 17(3), 232-258. doi:10.1037/a0018582
- Chambel, M. J., & Ernesto, F. (2013). Job demands in Portuguese teachers: Lagged, synchronous and reverse effects in burnout. In S. P. Gonçalves, & J. Neves (Eds.), *Occupational health psychology: From burnout to well-being* (pp. 67-92). Rosemead, CA, USA: Scientific & Academic Publishing.
- Colomeischi, A. A. (2015). Teachers' burnout in relation with their emotional intelligence and personality traits. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 180, 1067-1073. doi:10.1016/j.sbspro.2015.02.207
- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Dye, D. A. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences*, 12(9), 887-898. doi:10.1016/0191-8869(91)90177-D
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreira, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145-151. doi:10.1590/S0101-60832010000400001
- David, I., & Quintão, S. (2012). *Burnout* em professores: A sua relação com a personalidade, estratégias de coping e satisfação com a vida. *Acta Médica Portuguesa*, 25(3), 145-155. Retirado de https://www.researchgate.net/profile/Sonia_Quintao2/publication/232255187_Burnout_in_teachers_Its_relationship_with_personality_coping_strategies_and_life_satisfaction/links/09e415132a0929d95f000000.pdf



- Dias, S., & Queirós, C. (2010). A influência dos traços de personalidade no *burnout* dos professores. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio, & M. C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1066-1080). Braga, Portugal: Universidade do Minho.
- Faullant, R., Matzler, K., & Mooradian, T. A. (2011). Personality, basic emotions and satisfaction: Primary emotions in the mountaineering experience. *Tourism Management*, 32(6), 1423-1430. doi:10.1016/j.tourman.2011.01.004
- Gillespie, N. A., Walsh, M. H. W. A., Winefield, A. H., Dua, J., & Stough, C. (2001). Occupational stress in universities: Staff perceptions of the causes, consequences and moderators of stress. *Work & Stress*, 15(1), 53-72. doi:10.1080/02678370110062449
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1216-1229. doi:10.1037/0022-3514.59.6.1216
- González, S. T., & Domínguez, J. F. P. (2009). El trabajador universitario: Entre el malestar y la lucha. *Educación & Sociedade*, 30(107), 373-87. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/es/v30n107/04>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. doi:10.1017/S0048577201393198
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95-103. doi:10.1037/0021-843X.106.1.95
- Hogan, J. M., Carlson, J. G., & Dua, J. (2002). Stressors and stress reactions among university personnel. *International Journal of Stress Management*, 9(4), 289-310. doi:10.1023/A:1019982316327
- Jacobs, S. R., & Dodd, D. (2003). Student burnout as a function of personality, social support and workload. *Journal of College Student Development*, 44(3), 291-303. doi:10.1353/csd.2003.0028
- John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative big-five trait taxonomy history, measurement and conceptual Issues. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality psychology: Theory and research (3rd ed.)* (pp. 114-158). New York: Guilford Press.
- Kokkinos, C. M. (2007). Job stressors, personality and burnout in primary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 77(1), 229-243. doi:10.1348/000709905X90344
- Lackritz, J. R. (2004). Exploring burnout among university faculty: Incidence, performance and demographic issues. *Teaching and Teacher Education*, 20(7), 713-729. doi:10.1016/j.tate.2004.07.002
- Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S., & Beers, M. (2005). Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion*, 5(1), 113-118. doi:10.1037/1528-3542.5.1.113
- Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A. J., Costa, J. J., Costa, M. J., Costa, P., & Lima, M. P. D. (2014). NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in Portuguese context. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 642-657. doi:10.1590/1678-7153.201427405



- Marques Pinto, A. (2000). *Burnout profissional em professores portugueses: Representações sociais, incidência e preditores*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. doi:10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). *Maslach Burnout Inventory (3rd ed.)*. Retirado de https://www.researchgate.net/profile/Christina_Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7.pdf
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54(2), 385-404. doi:10.1111/j.1467-6494.1986.tb00401.x
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1991). Adding Liebe und Arbeit: The full five-factor model and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17(2), 227-232. doi:10.1177/014616729101700217
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective (2ª ed.)*. New York: The Guilford Press.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2008). The five-factor theory of personality. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research (3rd ed.)* (pp. 159-181). New York: The Guilford Press.
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60(2), 175-215. doi:10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x
- Mustafa, M., Santos, A., & Chern, G. T. (2014). Emotion regulation and burnout among Malaysian HR managers: The moderating role of big five personality traits. *International Journal of Employment Studies*, 22(2), 79-108. Retirado de <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=d56754fb-1d7c-49c9-b4ab-a5faf4056904%40sessionmgr105&vid=0&hid=113>
- Oliveira, S. M. R. (2011). *O stress ocupacional e burnout nos professores do ensino superior*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- Pedroso-Lima, M., Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A. J., Costa, J. J., Costa, M. J., & Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da idade, género e escolaridade. *Psicologia*, 28(2), 1-10. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v28n2/v28n2a01.pdf>
- Piedmont, R. L. (1993). A longitudinal analysis of burnout in the health care setting: The role of personal dispositions. *Journal of Personality Assessment*, 61(3), 457-473. doi:10.1207/s15327752jpa6103_3
- Resende, J. C. S. C. (2013). *A influência de fatores psicossociais no burnout experienciado/percebido pelos professores universitários*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Rodrigues, F. M. N. (2014). *O impacto da regulação emocional no bem-estar dos trabalhadores portugueses: O papel moderador dos traços de personalidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Santos, S. F. (2011). *Burnout e diferenças de género em professores*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.



- Silva, M. C. M., & Gomes, A. R. S. (2009). *Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. Estudos de Psicologia, 14*(3), 239-248. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n3/a08v14n3>
- Smith, T. W., & Williams, P. G. (1992). Personality and health: Advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality, 60*(2), 395-425. doi:10.1111/j.1467-6494.1992.tb00978.x
- Stanton-Rich, H. M., & Iso-Ahola, S. E. (1998). Burnout and leisure. *Journal of Applied Social Psychology, 28*(21), 1931-1950. doi:10.1111/j.1559-1816.1998.tb01354.x
- Sutton, R. E. (2004). Emotional regulation goals and strategies of teachers. *Social Psychology of Education, 7*(4), 379-398. doi:10.1007/s11218-004-4229-y
- Sutton, R. E., & Harper, E. (2009). Teachers' emotion regulation. In L. J. Saha, & A. G. Dworkin (Eds.), *International handbook of research on teachers and teaching – Part one* (pp. 389-401). New York: Springer.
- Thøgersen, J., Juhl, H. J., & Poulsen, C. S. (2009). Complaining: A function of attitude, personality and situation. *Psychology & Marketing, 26*(8), 760-777. doi:10.1002/mar.20298
- Tsouloupas, C. N., Carson, R. L., Matthews, R., Grawitch, M. J., & Barber, L. K. (2010). Exploring the association between teachers' perceived student misbehaviour and emotional exhaustion: The importance of teacher efficacy beliefs and emotion regulation. *Educational Psychology, 30*(2), 173-189. doi:10.1080/01443410903494460
- Tunde, A. O., & Oladipo, O. C. (2013). Influence of personality and self-esteem on teachers' proness to burnout syndrome in Lagos Metropolis. *American Journal of Applied Psychology, 1*(1), 7-13. doi:10.12691/ajap-1-1-2
- Tytherleigh, M. Y., Jacobs, P. A., Webb, C., Ricketts, C., & Cooper, C. (2007). Gender, health and stress in English university staff – Exposure or vulnerability? *Applied Psychology: An International Review, 56*(2), 267-287. doi:10.1111/j.1464-0597.2006.00254.x
- Yong, Z., & Yue, Y. (2007). Causes for burnout among secondary and elementary school teachers and preventive strategies. *Chinese Education & Society, 40*(5), 78-85. doi:10.2753/CED 1061-1932400508



Temperamento e Personalidade em Estudantes do Ensino Superior

Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Instituto Politécnico de Beja, Portugal

Resumo

Uma avaliação psicológica do temperamento pode constituir-se como um bom diagnóstico das vulnerabilidades de determinados indivíduos e das suas dificuldades em dar respostas adaptativas em situações mais ou menos aversivas do quotidiano. A estrutura do modelo de temperamento emergente é determinado através da estrutura relacionada com os traços de personalidade. Estudos recentes remetem-nos para o modelo de personalidade dos cinco factores. Outros autores deram particular destaque ao estudo das relações que podem ser estabelecidas entre os factores de personalidade incluídos no *Big Five* ou Cinco Grandes Factores (Extroversão, Socialização, Consciosidade, Neuroticismo ou Estabilidade Emocional, e Abertura para a experiência) e o Temperamento (Emocionalidade, Atividade e Sociabilidade). O presente estudo tem como principal objectivo analisar as relações que se estabelecem entre o temperamento e a personalidade de jovens adultos. Foi realizado com estudantes do Instituto Politécnico de Beja que frequentavam cursos de licenciatura e mestrado na área da saúde e da educação (N = 400; Média de Idade = 22,21 anos; Mínimo = 17 anos, Máximo = 56 anos), sendo que na sua maioria são do género feminino (F=321 (80,3%); M=79 (19,8%)) e de estado civil solteiro (94%). Os instrumentos utilizados foram o *Emotionality, Activity, and Sociability (EAS) Temperament Survey* de Buss e Plomin (1984) adaptado por Faria (1993) e o *Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-RA)* apresentada por Ibáñez, Ortet, Moro, Àvika e Parcet (1999), destacando as dimensões de extroversão, neuroticismo, psicotismo e sinceridade. A investigação evidencia as qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados e relações estabelecidas entre o temperamento e personalidade.

Palavras chave: jovens adultos; ensino superior; temperamento; personalidade



Abstract

A psychological assessment of temperament can constitute a good diagnosis of the vulnerabilities of certain people and their difficulties in responding to adaptive responses in more or less aversive situations of daily life. The structure of the emerging temperament model is determined through the structure related to the personality traits. Recent studies refer us to the personality model of the five factors. Other authors have emphasized the study of the relationships that can be established between the personality factors included in the *Big Five* or Five Big Factors (Extraversion, Agreeableness, Conscientiousness, Neuroticism or Emotional Stability, and Openness to experience) and Temperament (Emotionality, Activity and Sociability). The present study has as main objective to analyze the relations that are established between the temperament and the personality of young adults. It was carried out with students of the Polytechnic Institute of Beja who attended undergraduate and master's degrees in health and education (N = 400, mean age = 22.21 years, minimum = 17 years, maximum = 56 years). (F = 321 (80.3%), M = 79 (19.8%)) and single marital status (94%). The instruments used were the *Emotionality, Activity, and Sociability (EAS) Temperament Survey* of Buss and Plomin (1984) adapted by Faria (1993) and the *Eysenck Personality Questionnaire - Revised Form (EPQ-RA)* by Ibáñez, Ortet, Moro, Avika and Parcet (1999), highlighting the dimensions of extraversion, neuroticism, psychoticism and sincerity. Research shows the psychometric qualities of the instruments used and relations between temperament and personality.

Keywords: young adults; higher education; temperament; personality



Introdução

Os estudos sobre a personalidade colocaram em evidência cinco factores que nos remetem para um modelo dos “Big Five” designados por “*Extraversion, Agreeableness, Conscientiousness Neuroticism versus Emotional Stability, and Intellect/Imagination ou Openness*” (McCrae, 1993/1994, cit. Evans & Rothbart, 2007,869). O Modelo dos Cinco Factores considera a personalidade como uma rede hierárquica de traços, entendidos como predisposições comportamentais de resposta às situações da vida, que se encontra organizada a dois níveis: 1) formado por dezenas de traços específicos da personalidade; e 2) constituído por apenas cinco traços (Trentini, Hutz, Bandeira, Teixeira, Gonçalves & Thomazoni, 2009). Contudo, foi só no final da década de 90, que os autores se interessaram pelas relações que podem ser estabelecidas entre os factores de personalidade incluídos no *Big Five* ou Cinco Grandes Factores (extroversão, socialização, conscienciosidade, neuroticismo ou estabilidade emocional e abertura para a experiência) e o temperamento. A propósito das relações entre temperamento e personalidade, Jan Strelau desenvolveu a Teoria Regulativa do Temperamento, que defende que o temperamento encontra-se ligado a *“traços básicos, relativamente estáveis, expressos principalmente nas características formais de reacções e comportamento. Esses traços estão presentes desde cedo na criança e podem ser encontrados em animais. Primariamente determinado por mecanismos de origem biológica, o temperamento está sujeito a mudanças causadas pela maturação e pela interação entre indivíduo e genótipo específico - ambiente”* (Strelau, 1998,165, cit. Ito, Gobitta & Guzzo, 2006, 145). Uma outra faceta do temperamento, é que ele pode ser considerado um factor de risco ao interagir com outros factores. Estudos identificaram que os principais factores de risco que predis põem o indivíduo à vulnerabilidade pessoal e à adversidade são: a irritabilidade temperamental, a falta de sociabilidade, a falta de segurança emocional e ligações afectivas fortes com uma pessoa, a falta de apoio no ambiente escolar e uma situação social (Strelau & Elias, 1994; Clarke & Clarke, 1994; cit. Ito, Gobitta & Guzzo, 2006). Como uma organização Eysenck na sua concepção da Personalidade como uma organização, destaca o *traço* de personalidade (*“um conjunto de atos comportamentais co-variantes; o traço aparece assim como um princípio organizador que é deduzido a partir da generalidade do comportamento humano observado”* (H. Eysenck, 1970, pp.9-10)) e o *tipo* de personalidade (*“um grupo de traços correlacionados, tal como um traço era definido como um grupo de tendências de ação ou atos comportamentais correlacionados; de acordo com este ponto de vista, então, a diferença entre os conceitos de traço e tipo não assenta na continuidade ou falta de continuidade da variável hipotetizada, nem na sua forma de distribuição, mas na maior abrangência do conceito de tipo”* (H. Eysenck, 1970, p.13). Nos anos 70 e 80 Hans Eysenck e seus colaboradores levaram por diante de uma forma mais produtiva, o estudo da Personalidade e a sua respectiva avaliação (H.Eysenck & M.Eysenck, 1985). Depois de vários instrumentos construídos no final dos anos 50 chegaram ao *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ, 90 itens; *Questionário de Personalidade de Eysenck*, 1975), que desde então tem sido alvo de estudos multiculturais (Almiro & Simões, 2011). Neste sentido, o interesse em compreender a personalidade através de uma avaliação psicológica do temperamento, pode constituir-se como um bom diagnóstico das vulnerabilidades de determinados indivíduos e das suas dificuldades em dar respostas adaptativas em situações mais ou menos aversivas do quotidiano, possibilitando uma intervenção psicológica o mais



precocemente possível, que permita ultrapassar as suas dificuldades, prevenir os comportamentos de risco e promover a sua saúde física e mental.

Metodologia

Objectivos

Nesta investigação procuramos dar continuidade à adaptação do instrumento de avaliação psicológica *Emotionality, Activity, and Sociability (EAS) Temperament Survey* (Buss & Plomin, 1984) para a população portuguesa realizada por Faria (1993,2012), dando a conhecer a sua estrutura factorial e as suas qualidades psicométricas. Pretende-se ainda, o desenvolvimento da versão portuguesa do *Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista* (EPQ-RA) apresentada por Ibáñez, Ortet, Moro, Àvika e Parcet (1999), destacando as dimensões de extroversão, neuroticismo, psicotismo e sinceridade

Participantes

O estudo foi realizado com estudantes do ensino superior do Instituto Politécnico de Beja que frequentavam cursos de licenciatura e mestrado na área da saúde e da educação (N = 400; Média de Idade = 22,21 anos; DP= 5,99; Mínimo = 17 anos, Máximo = 56 anos), sendo que na sua maioria são do género feminino (F=321 (80,25%); M=79 (19,75%)) e de estado civil solteiro (94%). Quanto às habilitações literárias 82% dos estudantes são detentores do 12ºano, 16% de licenciaturas, e 2% são detentores de outros níveis de habilitações literárias.

Instrumentos

A escala *Emotionality, Activity, and Sociability (EAS) Temperament Survey* de Buss & Plomin (1984), é um instrumento de autorrelato constituído por 20 itens, que descrevem a percepção dos indivíduos sobre o modo como se sentem ou comportam em determinadas situações e se relacionam com os outros socialmente. A escala avalia três temperamentos ou traços de personalidade: a *Actividade* (itens 2,7, 10 e 17), a *Sociabilidade* (itens 1,6,15 e 20) e a *Emocionalidade*. Na avaliação da *Emocionalidade* são consideradas as suas três componentes, as subdimensões *Cólera* (itens 5,8,13 e 18), *Angústia* (itens 4, 9, 14, 11 e 16) e *Medo* (itens 3, 12, 14 e 19). Apresenta três itens reversos (6, 18 e 19). Depois de ler uma pequena introdução explicativa sobre a forma de preenchimento, o respondente expressa a sua percepção sobre as suas características temperamentais, descritas em cada afirmação apresentada, através de uma escala de tipo Likert de cinco posicionamentos (1= nada característico de mim próprio(a), 2= pouco característico ou típico de mim próprio(a); 3= bastante característico ou típico de mim próprio(a); 4= muito característico ou típico de mim próprio(a) e a 5= muitíssimo característico ou típico de mim próprio(a)). A pontuação total no teste varia de 20 a 100, direccionando o resultado com maior pontuação no sentido de uma personalidade temperamental. Para realizar a aplicação da escala EAS numa população portuguesa utilizou-se adaptação realizada por Faria (1993,2012), designada de *Escala Emocionalidade, Atividade e Sociabilidade* (EAS- versão portuguesa) que respeitou os habituais procedimentos que devem ser realizados na adaptação da versão inglesa para a versão portuguesa.

O *Inventário de Personalidade de Eysenck* (EPI, 57 itens, Forma A e B; H. Eysenck & S. Eysenck, 1964; versão portuguesa, Vaz Serra, Ponciano, & Fidalgo Freitas, 1980). Este instrumento



partiu, dos resultados obtidos da revisão dos anteriores questionários (MMQ e MPI); e considera as dimensões N e E neste teste foi acrescentada uma escala de mentira, a escala L. O *Questionário de Personalidade de Eysenck* foi construído por S. Eysenck, H. Eysenck e Barrett (1985) e avalia três factores/dimensões fundamentais da personalidade – Modelo P-E-N: o Psicoticismo (P), a Extroversão (E) e o Neuroticismo (N) (H. Eysenck & M. Eysenck, 1985). A versão original inglesa do EPQ-R (S. Eysenck, H. Eysenck & P. Barrett, 1985) contém 100 itens distribuídos por quatro escalas: a P (32 itens), a E (23 itens), a N (24 itens), e uma escala de mentira/desejabilidade social, a escala L (Lie) (21 itens). Em Portugal, a versão portuguesa do *Inventário de Personalidade de Eysenck* foi estudada pela primeira vez por Vaz Serra, Ponciano e Fidalgo Freitas (1980) (57 itens). Seguiram-se outros estudos, a saber, o *Questionário de Personalidade de Eysenck* (EPQ; H. Eysenck & S. Eysenck, 1975; versão portuguesa, Fonseca, S. Eysenck & A. Simões, 1991) (90 itens), apresentando as dimensões de Neuroticismo e Extroversão, cuja revisão resultou na introdução de uma terceira dimensão da personalidade, a dimensão de Psicoticismo; este questionário contém também uma escala de mentira (L)). Estudos recentes continuam a ser desenvolvidos para o *Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista* (EPQ-R) (versão portuguesa) para compreender a sua validade concorrente e as suas qualidades psicométricas (Almiro. & Simões, 2011, 2016) considerando as dimensões N= Neuroticismo, E= Extroversão, P=Psicoticismo, e L= Mentira/Desejabilidade Social). Observámos que existem várias versões do EPQ-R, que para além da versão completa (83 itens) este instrumento apresenta também a versão abreviada (EPQ-RS) (48 itens) e versão reduzida (EPQ-RA) (24 itens) de adaptação espanhola com várias apresentações (Ibáñez, 1996; Ibñez, Ortet, Moro, Ávila, & Parcet, 1999; Sato, 2005).

O estudo exploratório e a versão experimental portuguesa do EPQ-RA (24 itens), presente nesta pesquisa, foi construída a partir da versão espanhola (Ibñez, Ortet, Moro, Ávila, & Parcet, 1999). Na versão do questionário utilizada neste estudo, esta apresenta 24 itens divididos em 4 escalas: *Extroversão* (E), *Neuroticismo* (N), *Psicoticismo* (P) e *Sinceridade* (S). Cada escala tem 6 itens, distribuídos regularmente um ponto para cada resposta positiva e um zero para cada resposta negativa, sendo o mínimo de zero e o máximo de seis. Alguns dos itens têm de ser revertidos, evidenciando um saturado sinal negativo na matriz fatorial. A pontuação é obtida a partir das seguintes fórmulas: Extroversão: $i1 + i9 + i13 + i17 + i21 + (1 - i5)$; Neuroticismo: $i2 + i6 + i10 + i14 + i18 + i22$; Psicoticismo: $i3 + i7 + i11 + i23 + (2 - i15 - i19)$; e Sinceridade: $i24 + (5 - i4 - i8 - i12 - i16 - i20)$.

Procedimento

Os itens foram alvo de um processo de tradução e retroversão. Todo o processo de construção do instrumento seguiu as normas habitualmente usadas neste tipo de investigação. A colheita dos dados foi realizada de forma individual ou em grupo, na situação de sala de aula com a colaboração do professor em espaço da Escola Superior de Educação ou da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja. Os participantes foram informados do objetivo do estudo e convidados a colaborar de forma voluntária. Foi garantido o sigilo e a confidencialidade das respostas.

Resultados



Na *Tabela 1*, sobre estatísticas descritivas, são apresentados os resultados obtidos para cada um dos itens da versão portuguesa da escala *Emotionality, Activity, and Sociability (EAS) Temperament Survey*. Como podemos observar os jovens adultos gostam de estar com pessoas e acham o contato com estas muito estimulante, não se afligem ou assustam com facilidade e não se exaltam.

Tabela 1-Estatísticas descritivas para EAS sobre as respostas apresentadas a cada item

Itens	%	Nada característico de mim próprio(a)	Bastante característico ou típico de mim próprio(a)	Pouco característico ou típico de mim próprio(a)	Muito característico ou típico de mim próprio(a)	Muitíssimo característico ou típico de mim próprio(a)
Média/DP						
1. Gosto de estar com as pessoas. (M=4,05; DP=0,90)		0,5	5,0	19,8	38,8	36,0
2. Habitualmente pareço estar sempre com pressa. (M=2,71; DP=1,05)		9,3	39,8	27,8	17,0	6,0
3. Assusto-me com facilidade. (M=2,68; DP=1,86)		12,0	41,5	27,8	10,5	7,8
4.Fico frequentemente aflito(a). (M=2,24; DP=0,89)		17,5	51,3	22,0	7,3	1,8
5.Quando me desagrada o que me dizem digo-o de imediato às outras pessoas. (M=2,98; DP=1,07)		6,3	29,5	33,8	20,3	9,8
6.Sou uma pessoa solitária. (M=2,20; DP=1,20)		36,8	29,0	15,8	13,5	4,5
7.Gosto de estar todo o tempo ocupado(a). (M=3,23; DP=1,07)		4,8	20,5	35,8	25,5	13,5
8.Sou conhecido(a) por me exaltar facilmente. (M=2,09; DP=1,12)		35,3	37,8	14,0	8,3	4,5
9.Sinto-me com frequência frustrado(a). (M=1,99; DP=0,99)		36,8	39,5	13,0	9,0	1,5
10. A minha vida decorre de uma forma apressada. (M=2,49; DP=1,11)		17,8	40,0	23,0	13,0	6,0
11.Todos os problemas diários deixam-me perturbado(a) e irritável. (M=2,18; DP=0,99)		25,5	44,5	18,8	8,3	2,8
12.Sinto-me frequentemente inseguro(a). (M=2,43; DP=1,10)		21,0	37,3	25,3	11,0	5,5
13.Existem muitas coisas que me aborrecem. (M=2,70; DP=1,03)		10,0	36,0	35,5	11,5	7,0
14.Quando me sinto amedrontado(a), entro em pânico. (M=2,04; DP=1,00)		33,8	40,3	16,8	6,3	2,8
15.Prefiro trabalhar com os outros do que sozinho(a). (M=3,30; DP=1,10)		5,3	18,5	32,5	28,0	15,3
16.Fico emocionalmente transtornado(a) com facilidade. (M=2,27; DP=1,10)		26,0	40,5	18,5	10,5	4,5
17.Frequentemente,sinto-me como se estivesse a rebentar de energia. (M=2,68; DP=1,03)		10,8	36,0	34,3	12,8	6,3
18.É preciso muito para me fazerem zangar. (M=3,05; DP=1,16)		7,8	27,3	31,5	19,3	14,0
19.Tenho menos medos do que a maior parte das pessoas da minha idade. (M=2,51; DP=0,99)		13,3	41,5	29,5	11,0	4,0
20.Acho que o contacto com as outras pessoas é mais estimulante do que qualquer outra coisa.		1,8	9,8	32,8	37,3	18,5



(M=3,61; DP=0,95)					

Tabela 2-- Os cinco factores do EAS *Temperament Survey* para adultos

Item	Descrição	Dimensão	Saturação
F 1: Emocionalidade Angústia		(18,581% do total da variância explicada)	
9*	Sinto-me com frequência frustrado(a).	Emocionalidade (Angústia)	0,74
11*	Todos os problemas diários deixam-me perturbado(a) ou irritável.		0,74
12	Sinto-me frequentemente inseguro(a).		0,72
16*	Fico emocionalmente transtornado(a) com facilidade.		0,71
13	Existem muitas coisas que me aborrecem.		0,64
6	Sou uma pessoa solitária.		-0,56
14*	Quando me sinto amedrontado(a) entro em pânico.		0,50
F 2: Sociabilidade		(11,280 % do total da variância explicada)	
20*	Acho que o contacto com as outras pessoas é mais estimulante do que qualquer outra coisa.	Sociabilidade	0,81
1*	Gosto de estar com pessoas.		0,77
15*	Prefiro trabalhar com os outros do que sozinho(a).		0,71
F3: Actividade		(9,426% do total da variância explicada)	
2*	Habitualmente pareço estar sempre com pressa.	Actividade	0,77
10*	A minha vida decorre de uma forma apressada.		0,67
17*	Frequentemente, sinto-me como estivesse a rebentar de energia.		0,55
7*	Gosto de estar todo o tempo ocupado(a).		0,48
19	Tenho menos medos do que a maior parte das pessoas da minha idade.		-0,39
F 4: Emocionalidade Medo		(8,164% do total da variância explicada)	
3*	Assusto-me com facilidade.	Emocionalidade (Medo)	0,67
4	Fico frequentemente aflito(a).		0,56
14*	Quando me sinto amedrontado(a) entro em pânico.		0,51
19*	Tenho menos medos do que a maior parte das pessoas da minha idade.		0,36
F 5: Emocionalidade Cólera-		(7,929 % do total da variância explicada)	
18*	É preciso muito para me fazerem zangar.	Emocionalidade (Cólera)	0,69
8*	Sou conhecido(a) por me exaltar facilmente.		0,61
5*	Quando me desagrada o que me dizem digo-o de imediato às outras pessoas.		0,59

*Itens da subdimensão da escala original.

Relativamente ao EAS, o valor obtido para o Coeficiente alpha de Cronbach é de (0,70), o que quer dizer que se obteve um indicador satisfatório de consistência interna do instrumento. Da análise factorial realizada com rotação varimax, foram identificados mais uma vez os cinco factores (*Tabela 2*) que explicam uma parte considerável da variância, ou seja, 55,38%.



A análise factorial efectuada seleccionou os mesmos cinco factores da escala original, contudo, agrupa os itens de forma ligeiramente diferente. Esta nova abordagem obriga-nos a repensar a estrutura da escala EAS para a versão portuguesa e abre a porta a novos estudos sobre a avaliação do Temperamento na população portuguesa.

Tabela 3- Estatísticas Descritivas para EPQ-RA versão portuguesa relativas às respostas dadas a cada item pelos participantes (%)

Item / ...%	Sim	Não
1 Ao fazer novas amizades, geralmente tomas tu a iniciativa?	59,6	40,4
2 O teu estado de espírito sofre altos e baixos com frequência?	60,0	40,0
3 Os limites sobre o que está bem e o que está mal são menos claros para ti do que para os outros?	22,0	78,0
4 Ao repartir, alguma vez quiseste ficar com mais do que te correspondia?	27,9	72,1
5 De um modo geral, costumavas estar calado quando estás com outras pessoas?	35,2	64,8
6 Às vezes sentes-te infeliz sem nenhum motivo?	51,8	48,3
7 Os desejos pessoais estão para ti acima das normas sociais?	31,1	68,9
8 Alguma vez ficaste com algo (nem que fosse um botão) que pertencesse a outra pessoa?	48,8	51,3
9 Consegues animar facilmente uma festa aborrecida?	59,9	40,1
10 Tens frequentemente sentimentos de culpabilidade?	36,1	63,9
11 Muitas vezes tomas decisões sem parar para pensar?	59,8	40,2
12 Já perdeste ou partiste alguma vez algo que pertencesse a outra pessoa?	65,4	34,6
13 Consegues organizar e liderar uma festa?	67,5	32,5
14 Descrever-te-ias como uma pessoa tensa ou muito nervosa?	41,4	58,6
15 Geralmente pensas antes de agir?	74,2	25,8
16 Já alguma vez fizeste batota no jogo?	71,2	28,8
17 Gostas que à tua volta haja azáfama e agitação?	45,2	54,8
18 Sentes-te muitas vezes apático e cansado sem motivo?	44,8	55,3
19 Achas que é melhor seguir as normas sociais do que fazer o que te apetece?	48,4	51,6
20 Alguma vez já te aproveitaste de alguém?	18,5	81,5
21 Os outros dizem que és uma pessoa animada?	85,4	14,6
22 Sofres dos “nervos”?	53,6	46,4
23 Opões-te com frequência aos desejos dos teus pais?	32,2	67,8
24 Fazes sempre o que dizes?	34,2	65,8

Para o total da escala do EPQ-RA (24 itens) os resultados relativos à estatística descritiva (*Tabela 3*) mostraram que se tratava de jovens adultos que na sua maioria gosta de pensar antes de agir, são considerados como pessoas animadas e gostam de comunicar com os outros. Observámos no entanto que, apresentam uma certa instabilidade de espírito e sentem-se infelizes sem motivo. Registou-se para a *Extroversão* (Média= 3,83; DP=1,62), para o *Neuroticismo* (Média=2,89; DP=1,91), para o *Psicotismo* (Média=2,24; DP=1,40) e para



a *Sinceridade* (Média=3,03; DP=1,56). Quanto ao EPQTotal obtivemos (Mínimo=4; Máximo=21; Média=11,99; DP=3,00). O valor obtido para o Coeficiente alpha de Cronbach para os 24 itens é de (0,43), o que quer dizer que se obteve um baixo indicador de consistência interna do instrumento para a nota do total do questionário. Contudo, as suas subescalas apresentam respetivamente um bom ou satisfatório coeficiente apresentando diferente consistência interna da escala total. A saber, para o *Neuroticismo* (6 itens) obteve-se o valor de (0,72), para *Extroversão* (6 itens) o valor de (0,61), para *Sinceridade* o valor de (0,58) e para *Psicotismo* o valor de (0,41) (6 itens). Da análise factorial realizada com rotação varimax, foram identificados os quatro factores (*Tabela 4*) que explicam uma parte variância, ou seja, 36,33%. A análise factorial efectuada seleccionou os mesmos cinco factores da escala original, contudo, agrupa os itens de forma ligeiramente diferente. Sómente o *Neuroticismo* apresenta-se igual à escala original.

Tabela 4--- Os quatro factores do EPQ-RA versão portuguesa

Item	Descrição	Dimensão	Saturação
F 1: Neuroticismo		(10,927% do total da variância explicada)	
18*	Sentes-te muitas vezes apático e cansado sem motivo?	Neuroticismo	0,69
6*	Às vezes sentes-te infeliz sem nenhum motivo?		0,65
2*	O teu estado de espírito sofre altos e baixos com frequência?		0,64
22*	Sofres dos “nervos”?		0,62
14*	Descrever-te-ias como uma pessoa tensa ou muito nervosa?		0,59
10*	Tens frequentemente sentimentos de culpabilidade?		0,55
F 2: Extroversão		(9,298% do total da variância explicada)	
9*	Consegues animar facilmente uma festa aborrecida?	Extroversão	0,72
21*	Os outros dizem que és uma pessoa animada?		0,66
13*	Consegues organizar e liderar uma festa?		0,61
5*	De um modo geral, costumavas estar calado quando estás com outras pessoas?		0,53
1*	Ao fazer novas amizades, geralmente tomas tu a iniciativa?		0,44
11	Muitas vezes tomas decisões sem parar para pensar?		0,32
F3: Sinceridade		(9,038% do total da variância explicada)	
8*	Alguma vez ficaste com algo (nem que fosse um botão) que pertencesse a outra pessoa?	Sinceridade	0,68
16*	Já alguma vez fizeste batota no jogo?		0,60
4*	Ao repartir, alguma vez quiseste ficar com mais do que te correspondia?		0,59
20*	Alguma vez já te aproveitaste de alguém?		0,54
12*	Já perdeste ou partiste alguma vez algo que pertencesse a outra pessoa?		0,44
19	Achas que é melhor seguir as normas sociais do que fazer o que te apetece?		0,29
F 4: Psicotismo		(7,070% do total da variância explicada)	



3*	Os limites sobre o que está bem e o que está mal são menos claros para ti do que para os outros?	Psicotismo	0,60
15*	Geralmente pensas antes de agir?		0,52
7*	Os desejos pessoais estão para ti acima das normas sociais?		0,45
17	Gostas que à tua volta haja azáfama e agitação?		0,43
24	Fazes sempre o que dizes?		0,34
23*	Opões-te com frequência aos desejos dos teus pais?		0,29

*Itens da subdimensão da escala original.

Na *Tabela 5* podemos observar as correlações entre os factores da versão experimental do EPQ-RA. Foram realizadas correlações de Pearson efectuadas para os totais dos dois instrumentos utilizados e suas respectivas dimensões (*Tabela 6*). Pudemos verificar que existem relações significativas e diretas entre os dois instrumentos e as suas dimensões, evidenciando como o Temperamento e a Personalidade se encontram relacionados entre si. Em particular, ligações entre a *Sociabilidade* e a *Extroversão*; e a *Angústia-Medo-Emocionalidade* e o *Neuroticismo*

Tabela 5 -Correlações entre os fatores da Versão Experimental Portuguesa do EPQ-RA

	-Extroversão	-Neuroticismo	-Psicotismo	- Sinceridade
Neuroticismo	-0,22**		0,13	-,052
Psicotismo	0,18**	0,13*		-0,27**
Sinceridade	-0,07	-0,05	-0,27**	
EPQ-RA total	0,46**	0,56**	0,51**	0,33**

** Correlação significativa para $p < .01$ (2-tailed); * Correlação significativa para $0 < p < .05$ (2-tailed)

Tabela 6- Correlações de Pearson entre - EAS Temperament Survey para adultos e EPQ-RA

	EPQ-RA E	EPQ-RA N	EPC-RA P	EPQ - RA S	EPQ- RA Total
EAS-Total	0,16**	0,37**	,223**	-0,047	0,42**
EAS-E-Cólera0	0,07	0,27**	,175**	-0,060	0,27**
EAS-E- Angústia	-0,14	0,52**	,158	-0,015	0,33**
EAS-E-Medo	-0,17**	0,38**	,074	-0,007	0,19**
EAS-Emocionalidade	-0,08	0,47**	,184**	-0,024	0,33**
EAS- Atividade	0,23**	0,10	,186**	-0,084	0,25**
EAS- Sociabilidade	0,50* *	-0,23**	,038	0,02	0,17**

** Correlação significativa para $p < .01$ (2-tailed); * Correlação significativa para $0 < p < .05$ (2-tailed)



Discussão

Na pesquisa bibliográfica efectuada verificámos a importância que o Temperamento tem para a melhor compreensão da Personalidade de cada indivíduo e da sua orientação para trajetórias de saúde ou de doença. Neste estudo pudemos observar como estes dois construtos se encontram relacionados entre si, evidenciando que uma competência para um temperamento de *Sociabilidade* tende a surgir numa personalidade *Extrovertida* e que um temperamento animado de *Emoções Negativas* encontra terreno propício numa personalidade ligada ao *Neuroticismo*. Por conseguinte, o temperamento pode ser considerado um factor de risco ao interagir com outros factores, com o é o caso do factor *Neuroticismo* que se constitui como um nível crónico de desajustamento emocional e de instabilidade, que podem conduzir a níveis altos de ansiedade, depressão, hostilidade, vulnerabilidade, autocrítica excessiva e irreal, impulsividade, e encaminhar o indivíduo para uma baixa tolerância à frustração e à adopção de respostas de *coping* não adaptativas. Se baixos escores em *Neuroticismo* não são segurança de uma boa saúde mental, mas, de que os indivíduos podem ser simplesmente calmos, relaxados, estáveis e menos agitados (Nunes, 2000; cit. Ito, Gobitta & Guzzo, 2006); então, a psicologia tem aqui um caminho para explorar. Talvez tenha sido este o quadro dos nossos participantes, pelo que, seria bom aprofundar o seu temperamento e a sua personalidade para os poder orientar para a saúde. Os estudos preliminares do EPQ-RA (24 itens) da versão portuguesa sugerem algumas qualidades psicométricas que constituem um estímulo à continuidade do trabalho. O estudo de precisão identificou os quatro factores, tendo o F1-*Neuroticismo* apresentado um alfa de Cronbach de (0,72) e o F2-*Extroversão* de (0,61), o que sugere para o questionário um caminho de duas dimensões, precisamente as mesmas encontrada para o EPQR-BV (*Eysenck Personality Questionnaire Revised – Brief Version*) (24 itens) de Soto (2013). Relativamente ao EAS versão portuguesa revisitada, os dados sugerem boas qualidades psicométricas e vão na continuidade dos estudos já realizados (Faria, 2012) e da escala original (Survey de Buss & Plomin, 1984), contudo apesar da validade concorrente observada neste estudo é preciso continuar um trabalho de precisão.

Agradecimentos

Agradecimentos à Equipa do Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo, ao Armindo Mendes, à María Perea-Mediavilla e Javier López-Cepero.

Contacto para Correspondência

Maria Cristina Faria, Instituto Politécnico de Beja, Rua Pedro Soares. 7800-295 Beja, Portugal, mcfaria@ipbeja.pt

Referências

- Almiro, P.A., & Simões, M.R. (2011). Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R): Breve revisão dos estudos de validade concorrente [Eysenck Personality Questionnaire - Revised (EPQ-R): Brief revision of the concurrent validity studies]. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 42, 101-120. ISSN: 0872-0304.
- Almiro, P.A., & Simões, M.R. (2016). Estudo das propriedades psicométricas da versão experimental portuguesa do Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R). *Revista*



- Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP · Nº41 · Vol.1 · 159-173*
- Buss, A. & Plomin, R. (1984). *Temperament: early developing personality traits*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Evans, D. & Rothbart, M. (2007). Developing a model for adult temperament, *Journal of Research in Personality*, 41, 868-888
- Faria, M.C. (1993). *Comunicação individual e comunicação social – a sua relação com o auto-conceito, temperamento, apoio social e êxito*. Dissertação de Mestrado de Ciências da Educação, na especialidade de Psicologia da Educação. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. (np).
- Faria, M.C. (2012). Avaliação psicológica do temperamento, de competências emocionais e empreendedoras – suas implicações na Educação”, Almeida, Leandro, Silva, B. & Franco, a. (Org.) *Livro de Atas do II Seminário Internacional “Contributos da Psicologia em Contextos Educativos”*, Braga: Centro de Investigação em Educação (CIED), Instituto de Educação, Universidade do Minho, (802-823), ISBN: 978-989-8525-13-0
- Fonseca, A., Eysenck, S.B., & Simões, A. (1991). Um estudo intercultural da personalidade: comparação de adultos portugueses e ingleses no EPQ. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 25, 187-203.
- Ibáñez, M. I. (1996). *Adaptación al castellano del cuestionario revisado de personalidad de Eysenck: versiones extensa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS) (Spanish adaptation of the Eysenck Personality Questionnaire-Revised: long (EPQ-R) and short (EPQ-RS) versions)*. Doctoral dissertation, Jaume I University of Castelló
- Ibñez, M., Ortet, G., Moro, M., Ávila, C. & Parcet, M. (1999). Versión reducida del Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQ-RA). *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol.25, Nº 104, (848-863)
- Ito, P., Gobitta, M. & Guzzo, R. (2006). Temperamento, neuroticismo e auto-estima: estudo preliminar. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 24(2), 143-153, Abril – Junho.
- Eysenck, H.J. (1970). *The structure of human personality* (3rd ed.). London: Methuen
- Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior & Adult)*. London: Hodder & Stoughton.
- Eysenck, S.B., Eysenck, H.J. & Barrett, P.T. (1985). A revised version of the Psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6(1), 21-29.
- Sato, T. (2005). The Eysenck Personality Questionnaire Brief Version: factor structure and reliability. *Journal of Psychology*, 139(6), 545-552.
- Soto, C. (2013). Análisis factorial de grupo múltiple de una versión muy breve del cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQR-BV). *INT.J.PSYCHOL.RES.* 6(2): 79-88
- Trentini, C., Hutz, C., Bandeira, D., Teixeira, M., Gonçalves, M., & Thomazoni, A. (2009). Correlações entre a EFN - Escala Fatorial de Neuroticismo e o IFP - Inventário Fatorial de Personalidade. *Avaliação Psicológica*, 8(2) 209-217
- Vaz Serra, A., Ponciano, E., & Fidalgo Freitas, J. (1980). Resultados da aplicação do Eysenck Personality Inventory a uma amostra de população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 1, 127-13



Estilos de criar e pensar em estudantes universitários

Sara Ibérico Nogueira¹, & Leonor Almeida²

1. Escola de Psicologia e Ciências da Vida (ULHT), Lisboa

2. Departamento de Psicologia (UC), Lisboa

Resumo

Este estudo tem como objectivo caracterizar os estilos de criar e pensar de uma amostra de estudantes universitários, atendendo ao género, curso, ano de frequência e instituição. A amostra é constituída por 234 estudantes, 184 do género feminino e 50 do género masculino, dos cursos de Psicologia (67.5%) e de Comunicação Social (32.5%), de diferentes instituições (Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias- ULHT- 35.9%, Universidade Católica- UC- 32.5% e Instituto Superior de Psicologia Aplicada- ISPA- 31.6%). A Escala dos Estilos de Criar e Pensar, avalia os estilos Não conformista/Transformador, Cauteloso/Reflexivo e Lógico/Objectivo. Os resultados evidenciam, para a totalidade da amostra, maiores índices para o estilo Não-conformista/Transformador levantando a questão da desejabilidade social inerente a este tipo de instrumento. Não foram encontradas diferenças em nenhum dos estilos, considerando as variáveis género ou curso. São os alunos do primeiro ano, bem como os que frequentam a UC que se destacam pelos maiores níveis do estilo Não-conformista/Transformador, podendo as políticas educativas de cada uma das instituições ser responsáveis por estes resultados. Contudo, considerando que os alunos do primeiro ano são os que frequentam a UC e que os alunos do terceiro são os que frequentam o ISPA, levanta-se ainda a questão relativa ao papel da escola na eventual promoção de uma forma mais conformista de pensamento.

Palavras-chave: Estilos de criar e pensar; estudantes universitários.



Abstract

This study aims to characterize the creating and thinking styles in a sample of university students, given the gender, course, year of attendance and institution. The sample consists of 234 students, 184 female and 50 male gender of Psychology (67.5%) and Media (32.5%), from different institutions (Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias- ULHT- 35.9%, Universidade Católica- UC- 32.5% and Instituto Superior de Psicologia Aplicada- ISPA - 31.6%). The scale of Creating and Thinking Styles, assesses the styles Non-Conforming/Transformer, Cautious/Reflexive and Logical/Objective. The results show, for the entire sample, higher rates for Non-Conforming/Transformer style raising the issue of social desirability inherent in this type of instrument. No differences were found in any of the styles, considering the variables gender or course. They are the first-year students and those who attend UC that stand out the highest levels of style Non-Conforming/Transformer, possibly being the educational policies of each institution responsible for these results. However, considering that the first-year students are attending UC and students of the third are those who attend the ISPA, there is still the question of the role of schools in the eventual promotion of the more conformist way of thinking.

Keywords: Creating and thinking styles; university students.



Introdução

Parece inegável o valor que a criatividade foi assumindo, ao longo dos tempos, como detonador das maiores revoluções artísticas, científicas ou tecnológicas. Complementarmente e para além de uma visão circunscrita a um fenómeno incontroável e imprevisível, em meados do século XX, a criatividade passa a ser vista nas suas manifestações mais quotidianas em que a fluência, flexibilidade e originalidade do pensamento assumem relevo, não podendo ser alheadas de um conjunto de características de personalidade. Nesse sentido, as manifestações criativas assumem-se como passíveis de avaliação e até mesmo de promoção (Guilford, 1950).

A investigação na área da criatividade foi-se acentuando, de forma muito particular, a partir da década de 80, proliferando os artigos científicos com a referência explícita aos termos criatividade ou criativo (El-Murad & West, 2004).

No domínio da psicologia, enquanto domínio científico, generalizada parece a ideia de que as características intelectuais e de personalidade inerentes aos indivíduos que mais se destacam nas diversas áreas do saber são imprescindíveis para a compreensão do processo criativo, como defenderam os estudos biográficos de Galton (1869), Lombroso (1891/1976), Terman (1954) ou Gardner (1988).

Mais recentemente, os modelos compreensivos e ecléticos alertam para as múltiplas variáveis envolvidas no processo criativo e na emergência dos produtos criativos, sendo inevitável considerar o peso que as características de personalidade assumem (Amabile, 1983; Amabile, Conti, Coon, Lazenby, & Herron, 1996; Barron & Harrington, 1981; Cramond, 2008; Csikszentmihalyi, 1988, 1996; Simonton, 1999). Assim, os mais criativos, parecem destacar-se pela curiosidade, inconformismo, imaginação, sentido de humor, entre outros (Alencar & Fleith, 2008; Sternberg, 1988; Sternberg & Lubart, 2009; Wechsler, 2008).

Na tentativa de estabelecer uma ponte entre as variáveis cognitivas e de personalidade, emerge o conceito de estilos como tendências de comportamento, pensamento e sentimento que assumem um carácter mais dinâmico e menos rígido do que os denominados traços de personalidade (Wechsler, 2006).

Kirton (1994) foi sem dúvida o pai do conceito de estilos de criar referindo-se às preferências cognitivas no processo de resolução de problemas e tomada de decisão, em que a criatividade pode ou não estar presente. Os estilos Adaptado e Inovador, apesar de diferentes, são defendidos como altamente complementares e essenciais aos mais diversos desempenhos, nomeadamente nas organizações. Tendo este autor como inspiração, Wechsler (1999, 2006) defende, dentro do seu Modelo da Pessoa Criativa, a existência de vários estilos de pensar e criar, como formas preferenciais de pensar e de agir, resultantes das capacidades cognitivas e características de personalidade, que o ambiente (micro ou macro; familiar, escolar ou organizacional) se encarregará, eventualmente, de promover e aceitar. Neste sentido, é desenvolvida a Escala de Estilos de Pensar e Criar que distingue os estilos Cauteloso/Reflexivo, Inconformista/Transformador, Emocional/Intuitivo, Lógico/Objectivo e Relacional/Divergente que existem em diversas proporções em todos os indivíduos, reconhecendo que os criativos não apresentam única nem necessariamente o estilo Inconformista/Transformador. Outros estilos predominantes podem ser responsáveis por soluções criativas, da mesma forma que um mesmo indivíduo pode socorrer-se de vários estilos em diferentes etapas do seu processo criativo. Assim, tudo indica que não existem



estilos puros mas sim tendências resultantes da combinação de vários estilos, sujeitas a variação dependendo das situações em causa.

Lidar com a ambiguidade, pensar em novos problemas e em soluções criativas para os mais diversos problemas que se colocam em contexto social, organizacional, educacional ou clínico, exige uma cada vez maior valorização da criatividade e dos estilos de pensar e criar, contanto se aceite a ideia de que ambos podem ser diagnosticados e, por consequência, promovidos.

Dando ainda os primeiros passos num projecto de investigação que visa um processo de diagnóstico, pretende-se com o presente estudo caracterizar os estilos de uma amostra de estudantes de Psicologia e de Comunicação Social, considerando as diferenças de género, curso, ano de frequência e instituição a que pertencem.

Metodologia

Participantes

A amostra, de conveniência, é constituída por 234 estudantes, pertencentes a diferentes instituições universitárias (ULHT- 35.9%, UC- 32.5% e ISPA- 31.6%), 184 do género feminino (78.6%) e 50 do género masculino (21.4%), com idades compreendidas entre os 17 e os 57 ($M = 21.95$; $DP = 5.41$), que frequentam os cursos de Psicologia (67.5%, ULHT, UC e ISPA) e de Comunicação Social (32.5%, UC).

Algumas análises de associação, com o teste de Qui-quadrado, permitiram verificar que existe uma associação entre o ano de frequência e a instituição universitária considerada ($X^2(4, n = 234) = 192.99, p = .000$, V de Cramer = .64), frequentando maioritariamente os alunos da UC o primeiro ano (100%), os da ULHT, o segundo ano (64.1%) e os do ISPA, o terceiro ano (78.7%), sendo a magnitude do efeito considerada forte.

Instrumentos

Escala de Estilos e Criar e Pensar (Ibérico Nogueira & Almeida, 2015)

A Escala de Estilos de Criar e Pensar, resultante da validação portuguesa (Ibérico Nogueira, Almeida, Garcês, Pocinho, & Wechsler, 2015) da Escala de Estilos e Pensar e Criar de Wechsler, 1999, 2006), contém 15 itens (cuja resposta numa escala de *likert* vai desde concordo totalmente a discordo totalmente), cinco por cada um dos três estilos: Cauteloso/Reflexivo, Inconformista/Transformador e Lógico/Objectivo, sendo os dois primeiros considerados estilos de criar e o terceiro, estilo de pensar.

O estilo de criar Cauteloso/Reflexivo caracteriza-se pela prudência, reflexão, avaliação, crítica, sendo as situações em que existem regras e métodos, as preferidas pelos indivíduos. O estilo de criar Inconformista/Transformador evidencia as pessoas como questionadoras, imaginativas, pouco conformistas e com facilidade em liderar grupos. O estilo de pensar Lógico/Objectivo caracteriza aqueles que evidenciam um pensamento lógico, racional e que preferem trabalhar de forma persistente em tarefas estruturadas, sob o controlo das emoções e sentimentos.

Foi ainda aplicado um questionário sócio-demográfico visando obter alguns dados relativos à idade, género, curso, ano de frequência e instituição universitária dos participantes.

Procedimento

Após a apresentação do consentimento informado, a escala e o questionário sócio-



demográfico foram aplicados em contexto de sala de aula pelos autores deste trabalho (o primeiro na ULHT e o segundo na UC e no ISPA), no final do ano lectivo de 2015/2016, durante o mês de Maio. Para além das instruções dadas sobre o preenchimento da escala, procurou-se que o horário de aplicação não interferisse com as aulas ou outras actividades. Cada avaliador aplicou a escala considerando grupos, no máximo, de 15 participantes.

Resultados

O estilo predominante, na totalidade da amostra, é o estilo Não-conformista/Transformador ($M = 24.23$; $DP = 2.73$). Seguem-se os estilos Lógico/Objectivo ($M = 23.28$; $DP = 3.38$) e o Cauteloso/Reflexivo ($M = 20.16$; $DP = 2.67$).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos três estilos considerados entre os indivíduos de diferente género ou de diferente curso.

Considerando o ano de frequência, existem diferenças estatisticamente significativas ($F(2, 231) = 5.98$, $p = .003$) no estilo Não-conformista/Transformador a favor dos alunos do primeiro ano ($M = 26.89$; $DP = 1.17$), comparativamente aos alunos do segundo ($M = 24.37$; $DP = 2.55$) e do terceiro ano de frequência ($M = 24.23$; $DP = 2.73$).

Atendendo às instituições universitárias envolvidas, e no que respeita o estilo Não-conformista/Transformador, existe uma diferença estatisticamente significativa ($F(2, 231) = 3.35$, $p = .037$) a favor dos alunos da UC ($M = 24.68$; $DP = 2.50$), comparativamente aos alunos do ISPA ($M = 23.58$; $DP = 2.98$). A média dos alunos da ULHT apresenta valores intermédios ($M = 24.39$; $DP = 2.67$).

Discussão

O estilo que mais se destacou para a totalidade da amostra foi o Não-conformista/Transformador. De referir, num estudo anterior (Almeida & Ibérico Nogueira, 2016), que os alunos de Gestão, Música e Arquitectura não se distinguiram em qualquer um dos estilos de pensar e criar considerados, apresentando o estilo Não-conformista/transformador os valores mais elevados. A questão da desejabilidade social inerente a uma escala deste tipo, foi apresentada como transversalmente relevante para os alunos dos diversos cursos.

Ainda, no presente estudo, e atendendo aos três estilos considerados, são os alunos do primeiro ano que evidenciam níveis mais elevados do estilo Não-Conformista/Transformador, comparativamente aos alunos do segundo e terceiro anos. Em estudos anteriores verificou-se o inverso, sendo os alunos com mais anos de escolaridade os mais inconformistas e transformadores (Almeida & Ibérico Nogueira, 2016). Refira-se, contudo, que esses alunos frequentavam o mestrado do curso de Arquitectura, levantando a hipótese de que a capacidade para questionar e imaginar soluções para problemas fora do comum, teria sido promovida ao longo da sua formação.

São, no presente estudo, ainda os alunos que frequentam a UC, comparativamente aos das outras instituições, aqueles que apresentam níveis superiores do referido estilo. Poder-se-á, à partida, colocar como hipótese a importância da instituição, suas regras e normas de



funcionamento, ou ainda, a sua política educativa com repercussões no sistema de ensino-aprendizagem.

Contudo, e dado existir uma associação entre o ano de frequência e a instituição universitária considerada, poder-se-á levantar a hipótese de que as diferenças se podem dever essencialmente ao ano de frequência dos alunos e não tanto à instituição a que pertencem. Desta forma, a tendência para que os alunos com um estilo menos conformista sejam os do primeiro ano e os que têm um estilo mais conservador sejam os do terceiro, levanta a questão do papel da escola na educação. Quer afinal a escola promover uma forma de pensamento mais conformista? Aprendem os alunos que a melhor forma de serem aprovados é apresentando respostas desejáveis e previsíveis?

Dentro desta lógica, também a influência da desejabilidade social se pode fazer sentir mais acentuadamente nos alunos com mais anos de escolaridade.

Serão, afinal, os alunos do terceiro ano aqueles que mais parecem assumir o seu papel de aluno conformista e obediente?

Haverá diferenças se considerarmos o período de formação na licenciatura versus o período de formação em mestrado? Será isso válido para todos os cursos, ou apenas para alguns?

Existe, ainda, uma reflexão que se torna necessária. Se a escala aplicada visa avaliar estilos de pensar e criar, ou seja, tendências de pensamento e de comportamento, isso pouco revela sobre o comportamento propriamente dito. Os produtos criativos parecem decorrer de uma combinação diversa de aspectos relativos à personalidade, aos estilos de pensar e criar, bem como de variáveis cognitivas e contextuais. Assim, o facto de nesta amostra o estilo Não-Conformista/Transformador ser mais evidente no primeiro ano, não invalida que outras variáveis concorram de igual forma para a emergência de processos e produtos criativos, em alunos com mais anos de escolaridade.

Em suma, o processo de diagnóstico sobre os estilos de pensar e criar dos alunos do ensino universitário começa agora a dar os seus primeiros passos e as questões da representatividade da amostra, da desejabilidade social inerente à escala utilizada, e das políticas educativas deverão futuramente ser contempladas e acauteladas por forma a podermos fazer uma reflexão mais crítica sobre o papel da escola nos estilos de pensar e criar que ajudem à promoção da criatividade.

Contacto para correspondência

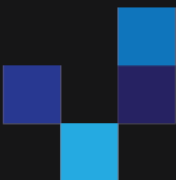
Sara Ibérico Nogueira, Faculdade de Psicologia e Ciências da Vida- Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), R. Campo Grande, 376, 1749- 024 Lisboa, saraiberico@hotmail.com

Referências

- Alencar, E. M. L. S., & Fleith, D. (2008). Barreiras à promoção da criatividade no ensino fundamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 59-65.
- Almeida, L., & Ibérico Nogueira, S. (2016). Criatividade e Estilos de Pensar e Criar em Futuros Gestores Músicos e Arquitetos. *Revista Estudos de Psicologia*, 33(3), 477-488. doi.org/10.1590/1982-02752016000300011
- Amabile, T. M. (1983). *The social psychology of creativity*. New York: Springer-Verlag.



- Amabile, T. M., Conti, R., Coon, H., Lazenby, J., & Herron, M. (1996). Assessing the work environment for creativity. *Academy of Management Journal*, 39(5), 1154-84.
- Barron, F., & Harrington, D. M. (1981). Creativity, intelligence and personality. *Annual Review of Psychology*, 32, 439-476.
- Cramond, B. (2008). Creativity: An international imperative for society and the individual. In M. F. Morais & S. Bahia (Eds.), *Criatividade: Conceito, Necessidades e Intervenção* (pp.13-40). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Csikszentmihalyi, M. (1988). Society, culture, and person: a systems view of creativity. In R. J. Sternberg (Ed.), *The nature of creativity: contemporary psychological perspectives* (pp. 325-339). NY: Cambridge University Press.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity: Flow and the Psychology of Discovery and Invention*. New York: Harper Collins.
- El-Murad, J., & West, D. C. (2004). The definition and measurement of creativity: what do we know? *Journal of Advertising Research*, June, 188-201.
- Fields, A. E. (2001). Intuition engineering. *Journal of Organizational Engineering*, 2(3), 1-13.
- Galton, F. (1869). *Hereditary genius: An inquiry into its laws and consequences*. London: Macmillan.
- Gardner, H. (1988). Creative lives and creative works: A synthetic scientific approach. In R. J. Sternberg (Ed.), *The nature of creativity: contemporary psychological perspectives* (pp. 298-321). NY: Cambridge University Press.
- Guilford, J. P. (1950). Creativity. *American Psychologist*, 5, 444-454.
- Ibérico Nogueira, S., Almeida, L., Garcês, S., Pocinho, M., & Wechsler, S. (2015). The Style Troika Model (STM). A Structural Model of the Thinking and Creating Styles Scale. *Journal of Creative Behavior*, 0(0), 1-19. doi: 10.1002/jocb.81
- Kirton, M. (1994). *Adaptors and innovators styles of creativity and problem solving*. London: Routledge.
- Lombroso C. (1976). *The man of genius*. London (GB): Walter Scott Publishing. (Original work published 1891).
- Simonton, D. K. (1999). Creativity and genius. In L. Pervin & O. John (Eds.), *Handbook of personality theory and research* (2nd ed., pp. 629-652). New York: Guilford Press.
- Sternberg, R. J. (1988). A three-facet model of creativity, In R. J. Sternberg (Ed.), *The Nature of Creativity* (pp. 125-147). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sternberg, R., & Lubart, T. (2009). The Concept of Creativity: Prospects and Paradigms. In R. Sternberg (Ed.), *Handbook of Creativity* (pp. 3-15). Cambridge: Cambridge University Press.
- Terman, L. M. (1954). Scientists and nonscientists in a group of 800 gifted men. *Psychological Monographs: General and Applied*, 68(378), 1-44.
- Wechsler, S. M. (1999). Avaliação da criatividade: um enfoque multidimensional. In S. M. Wechsler & R. S. L. Guzzo (Orgs.), *Avaliação psicológica: Perspectiva internacional*. (pp.231-259). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wechsler, S. M. (2006). *Estilos de Pensar e Criar*. Campinas: IDB/ LAMP PUC-Campinas.
- Wechsler, S. M. (2008). *Criatividade: Descobrimos e Encorajando*. Campinas: LAMP/IDB.



NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS





Proposta de Aconselhamento Psicoeducacional a Pais de Alunos Superdotados: Relato de uma Experiência Brasileira

Denise de Souza Fleith¹, Renata Muniz Prado¹, Marina Nogueira de Assis Fonseca¹, & Hítalo Fernandes de Oliveira¹

1. Universidade de Brasília, Brasil

Resumo

Esta comunicação descreve um Serviço de Atendimento Psicoeducacional a Pais de Alunos Sobredotados, implementado na Universidade de Brasília, Brasil, cujo objetivo é o de proporcionar um espaço de discussão de informações sobre sobredotação, troca de experiências e orientação de estratégias a serem implementadas no contexto familiar de forma a favorecer o desenvolvimento das habilidades e bem-estar emocional e social de seus filhos. Estudiosos da área destacam o papel da família no desenvolvimento cognitivo, acadêmico, social e emocional do aluno sobredotado. Os temas discutidos nos sete encontros coletivos quinzenais com duração de uma hora e meia realizados com os pais são relativos a concepções e mitos sobre o fenômeno, desenvolvimento socioemocional do sobredotado, o papel da família na promoção de talentos e estratégias de estimulação do potencial e de atendimento educacional ao sobredotado. A metodologia envolve relato de experiências, discussão de textos e vídeos, roda de conversa, dinâmicas de grupo e resolução de situações-problemas. A equipe é composta por duas psicólogas e dois estagiários do curso de graduação em psicologia. O serviço tem possibilitado aos pais de alunos sobredotados o esclarecimento de dúvidas, a desconstrução de mitos acerca da sobredotação, a diminuição da ansiedade familiar sobre como lidar com os desafios envolvidos na educação do filho com altas habilidades e a criação de uma rede de apoio social entre as famílias participantes e a equipe do serviço.

Palavras-chave: sobredotação; família; atendimento psicoeducacional; desenvolvimento humano.



Abstract

This paper describes the Psychoeducational Service for Parents of Gifted Students, implemented at the University of Brasilia, Brazil, which goal is to provide an opportunity to clarify misunderstandings about gifted behavior, to share parenting practices and to discuss strategies to apply in the family context to enhance and cultivate children potential and talent development. Giftedness researchers highlight the role of the family with respect to the cognitive, academic, social, and emotional development of the gifted student. The topics discussed in the meetings are related to conceptions and myths about giftedness, socio-emotional development of gifted children, family role concerning the talent development, strategies to foster talent in the family and educational contexts. The service includes seven meetings of 1h 30 conducted every other week. The methodology involves experience report, paper discussion, video discussion, group dynamics, and problem-solving strategies. The team consists of two psychologists and two undergraduate students of psychology. The service offered a family psychoeducational support and it was also a motivational experience to encourage the development of parenting skills in favor of their children well-being.

Keywords: giftedness; family, psychoeducational service; human development.



Introdução

Segundo Colangelo e Assouline (2000), embora observe-se um aumento de serviços de aconselhamento familiar nos últimos 10 anos, são poucos os psicólogos que têm conhecimento na área de sobredotação. Neste sentido, o aconselhamento envolvendo famílias de crianças sobredotadas “is still an area of exceptional need and challenge (p. 600). Nos Estados Unidos, um dos mais conhecidos programas de apoio a pais de alunos sobredotados é o *Supporting Emotional Needs of Gifted Model Parent Support Groups* (Webb & DeVries, 1998), cujo objetivo é fornecer informação e orientação acerca das características desses indivíduos e como estimular o potencial dessas crianças. É importante mencionar que serviços de aconselhamento a pais de crianças sobredotadas não constituem grupos terapêuticos. Para Webb e DeVries (1998, p. 8), “the groups provide a forum for parents of gifted children to gain exposure to a variety of parent-child experiences, to ‘swap parenting recipes’ and to gain insight into how their parenting styles can prevent or ameliorate problems”.

Outro programa de aconselhamento implementado no Belin-Blank International Center for Gifted Education and Talent Development na University of Iowa tem como foco é ajudar famílias de crianças sobredotadas a desenvolverem estratégias próprias para lidar com questões relativas ao fenómeno. Cinco a seis sessões são conduzidas com cada família atendida (Colangelo, 1997; Colangelo & Assouline, 2000). Alguns estudos indicam que as famílias se sentem confusas acerca do seu papel na promoção das potencialidades dos seus filhos e destacam a importância de intervir nesse âmbito. A inclusão do sistema familiar no atendimento ao superdotado favorece a diminuição da ansiedade dos pais, o esclarecimento do fenómeno, e a criação de uma rede social de apoio (Fleith & Guimarães, 2006; Pfeiffer, 2013).

No Brasil, existem poucos os serviços de atendimento a pais de alunos sobredotados (Alencar & Fleith, 2001). No Instituto de Otimização da Aprendizagem, localizado na região sul do país, famílias de crianças sobredotadas recebem informação acerca do fenómeno e têm oportunidade de esclarecer dúvidas e discutir estratégias que promovam desenvolvimento dos alunos e de suas família. Como resultado, os pais se se sentem mais confiantes e apoiam seus filhos (Sabatella & Becker, 2001).

Esta apresentação tem como objetivo descrever um serviço de aconselhamento psicoeducacional para pais e alunos sobredotados, conduzido por psicólogos escolares na Universidade de Brasília. A proposta desse serviço é o de proporcionar um espaço de discussão de informações sobre sobredotação, troca de experiências e orientação de estratégias a serem implementadas no contexto familiar de forma a favorecer o desenvolvimento das habilidades e bem-estar emocional e social de seus filhos. Compreender o fenómeno das altas habilidades e desenvolver práticas que favoreçam o desenvolvimento de talentos e da excelência são dimensões recentes no campo de atuação do psicólogo escolar. Examinar a dinâmica familiar, observar as interações que ocorrem na escola, analisar crenças e valores sociais, considerar a subjetividade dos indivíduos e estar atualizado com a produção da área de superdotação são algumas ações que o psicólogo



escolar precisa implementar com vistas a promover o desenvolvimento do potencial humano, em especial do aluno superdotado.

Metodologia

Sete encontros de cerca de 1h 30 min são realizados quinzenalmente com os pais. Como metodologia são empregadas: leitura e discussão de textos, relato de experiências, dinâmicas de grupo, discussão de vídeos etc. Alguns dos temas discutidos nos encontros são: concepções e mitos sobre sobredotação, características da pessoa sobredotada, desenvolvimento socioemocional do sobredotado, práticas familiares, parceria escola-família, estilos parentais e expectativas dos pais acerca do desempenho do superdotado. Na última sessão é feita uma avaliação do serviço por parte dos pais.

Resultados

- ✓ O serviço tem possibilitado aos pais de alunos sobredotados o esclarecimento de dúvidas, a desconstrução de mitos acerca da sobredotação, a diminuição da ansiedade familiar sobre como lidar com os desafios envolvidos na educação do filho com altas habilidades e a criação de uma rede de apoio social entre as famílias participantes e a equipe do serviço.
- ✓ O serviço proporcionou uma oportunidade de treinamento para futuros psicólogos.
- ✓ A maioria dos pais tem nível educacional superior, e filhos do sexo masculino e filhos primogênitos. Foi possível observar o impacto do service no aumento da no nível de conhecimento dos participantes sobre sobredotação.
- ✓ O serviço também contribuiu para estimular o envolvimento dos pais na educação de seus filhos e promover uma interação mais positiva entre famílias com experiências similares.
- ✓ O serviço de atendimento psicoeducacional pode ser considerada uma estratégia preventiva uma vez que acolhe as famílias e as orienta acerca de como lidar com as características e necessidades dos filhos sobredotados.

Contato para correspondência:

Denise de Souza Fleith E-mail: fleith@unb.br

Referências

- Alencar, E. M. L. S., & Fleith, D. S. (2001). *Superdotados: Determinantes, educação e ajustamento [The gifted: Determinants, education, and adjustment]*. São Paulo: EPU.
- Colangelo, N. (1997). Counseling gifted students: Issues and practices. In N. Colangelo & G. A. Davis (Eds.), *Handbook of gifted education* (2nd ed., pp.353-365). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Colangelo, N., & Assouline, S. G. (2000). Counseling gifted students. Em K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (pp. 595-607). Oxford: Elsevier Science.



- Fleith, D. S., & Guimarães, T. G. (2006). Psychoeducational servisse for parentes of gifted and talented students: A Brazilian experience. *Gifted Education International*, 21, 63-68.
- Pfeiffer, S. I. (2013). *Serving the gifted: Evidence-Based Clinical and Psychoeducational Practice*. New York: Routledge.
- Sabatella, M. L., & Becker, S. (2001, August). *Parenting gifted children: How we can help*. Paper presented at the 14th Biennial Conference of the World Council for Gifted and Talented Children, Barcelona, Spain.
- Webb, J. T., & DeVries, A. R. (1998). *Gifted parent groups: The SENG model*. Scottsdale, AZ: Gifted Psychology Press.



Programa Espiral Criativa Para Adolescentes Com Deficiência Intelectual Que Frequentam o Ensino Primário.

Gisela Cortés-Marías¹ & Gabriela López-Aymes²

1. Universidad Autónoma Del Estado de Morelos, México

2. Universidad Autónoma Del Estado de Morelos, México

Resumo

O Programa *Espiral Criativa* visa promover a criatividade e a auto-determinação em adolescentes com deficiência intelectual através das artes visuais, partindo da ideia de um desenvolvimento pessoal e social que está em ascensão como uma espiral onde em cada turno consolida um novo aprendizado. O veículo de trabalho são as artes visuais; 10 sessões foram concebidas: duração 30hr, no qual exercícios criativos que exploram a arte contemporânea de instalação e intervenção relativa, a ser implementado no contexto escolar são introduzidos. O objetivo deste trabalho é, portanto, para examinar os efeitos que a execução deste programa na criatividade e auto-determinação dos participantes, desenvolvimento de pesquisas a partir de uma abordagem metodológica pré-experimental com medidas pré-teste e pós-intervenção teste. Participantes 16 estudantes com deficiência intelectual (2 meninas, 14 meninos) que estudavam 4^a, 5^a e 6^a primária em um Centro de Atenção múltipla da cidade de Cuernavaca, Morelos (México). Suas idades eram entre 12 e 17 anos. Instrumentos de avaliação da criatividade são o Teste Ab-reação de Avaliação da Criatividade (TAEC), avaliação de um produto criativo; para avaliar o comportamento auto-determinada, a ARC-INICO (Verdugo et al., 2015) adaptada escala. Além disso, há a valorização das sessões por participantes. Os resultados e a conveniência de introduzir atividades artísticas em contextos escolares para o desenvolvimento pessoal e criativo de adolescentes com deficiência intelectual são discutidas. Para o presente que incidirá sobre os resultados da TAEC.

Palavras-chave: Deficiência intelectual; Criatividade; Autodeterminação; Art.



Abstract

The Spiral Creative Program seeks to promote creativity and self-determination in adolescents with intellectual disabilities through the visual arts. Takes the idea of a personal and social development that is in the ascendancy as a spiral where in each turn new learning is consolidated. The work vehicle are the visual arts; eight sessions were designed of 1:30hr duration, in which creative exercises that explore the installation and intervention concerning contemporary art, to be implemented in the school context are introduced. The aim of this paper therefore is to examine the effects that the implementation of this program in creativity and self-determination of the participants, developing research from a pre-experimental methodological approach with pre-test, intervention and post-test measurement. Participants: 17 students with intellectual disabilities (3 girls, 14 boys) who were studying 4th, 5th and 6th primary in a Multiple Attention Center of the city of Cuernavaca, Morelos (Mexico). Their ages were between 12 and 17 years. Instruments to assess creativity are the Abreaction Test for Evaluating Creativity, evaluation of a creative product; to assess self-determined behavior, the ARC-INICO (Verdugo et al., 2015) scale was adapted. In addition, there is the valuation of the sessions by participants. the results and the appropriateness of introducing artistic activities in school contexts for personal and creative development of teenagers with intellectual disabilities are discussed. For the present we will focus on the results of test Abreación.

Keywords: Intellectual disabilities; Creativity; Self-Determination; Art.



Introdução

Este estudo mostra os resultados da aplicação de um Teste de Ab-reação de Avaliação da Criatividade, para analisar os efeitos do Programa de *Espiral Criativa*, um programa de intervenção concebido a partir do modelo do programa de aconselhamento (Bisquerra, 2005), que se baseia nas necessidades do contexto educacional, para aumentar a criatividade e auto-determinação em adolescentes com deficiência intelectual.

Para o estudo predominante, a importância do contexto educacional como espaço de excelência na educação na criatividade, como enfatizou Azevedo, Morais e Araújo (2015), é um espaço para a promoção sistemática de habilidades criativas e críticas para enfrentar os desafios do futuro. Nesse sentido, um dos elementos-chave para contribuir para o desenvolvimento pessoal dos alunos com deficiência intelectual é a criatividade, que desempenha um papel importante, considerando que educar na criatividade é educar para a mudança, para o qual é necessário promover ambientes que permitem a sua manifestação. Assim, para o presente estudo, nos concentramos em considerar pela criatividade a capacidade de ter idéias próprias e de comunicá-las, essas idéias provenientes da transformação, de acordo com De la Torre (1991).

Por outro lado, a partir do enquadramento de educação inclusiva, os comportamentos auto-determinados devem ser centrais para a prática educativa, ou seja, o ambiente promove situações onde os estudantes desenvolvem as competências e atitudes que compõem esses comportamentos, que favorece a promoção dos estudantes, em geral. No entanto, nos alunos com deficiência intelectual incentivar esses comportamentos, permite maiores oportunidades de influenciar o seu próprio contexto, enfatizando a importância de se aprofundar o tema na adolescência (Wehmeyer, 2009).

Dito isto, um dos princípios em que o Programa de Espiral Criativo se baseia é no proposto por Joseph Beuys (1995), que concebe a criatividade como a ciência da liberdade, afirmando que todo homem é um artista com poderes criativos para serem aperfeiçoados e reconhecidos. De acordo com as linhas anteriores, o respeito pela liberdade criativa contribuiria para as dimensões correspondentes às habilidades intelectuais, à participação, às interações, às relações sociais e contextuais, ou seja, dimensões abordadas pela Associação Americana de Desenvolvimento de Deficiência Intelectual, desde 2000.

O programa de intervenção denominado de Espiral Criativa parte da ideia do desenvolvimento pessoal e social que ascende como uma espiral, onde em cada volta se consolidam novas aprendizagens, considerando que por meio das artes visuais e através de exercícios criativos, se possibilitam a criação imaginária e auto-determinação de adolescentes com deficiência intelectual. De seguida, descrever-se-á o desenho da intervenção.

Fases da intervenção.

Grau de complexidade da aplicação, em geral:

Fase de enquadramento. Expectativas, acordos de convivência e interesses, planeamento geral das atividades, tempo e espaço.

Fase de atividades. Desenvolvimento de atividades e exercícios.

Fase de encerramento. Seleção de trabalhos para o portfólio de trabalho, individual e de grupo



Momentos básicos de aplicação de cada sessão. Cada sessão contempla 5 momentos que correspondem a uma sequência, na qual três deles são diretamente em frente do grupo (as boas-vindas para cada oficina, o desenvolvimento da atividade, o encerramento). Enquanto, o primeiro e o último (preparação da sessão e tempo diário do professor) referem-se à sessão de preparação da sessão e ao tempo para escrever o diário do professor. Assim mesmo, a cada uma corresponde o desenho da atividade da sessão.

Temporalidade da aplicação. 8 sessões semanais, com duração de 90-120 min, durante 2 meses, acrescido de um mês no início e no final para a aplicação dos instrumentos de pré-teste e pós-teste.

Modalidades de trabalho. Individual e de grupo.

Materiais do Programa: Caderneta do mediador, Portfólio de trabalho participante, Materiais selecionados para o desenvolvimento das atividades de preparação dos materiais por parte do orientador, sendo de extrema importância e dará pertinência ao processo criativo.

Aspetos pedagógicos

Papel do adulto, o mediador. A sua participação é fundamental para o desenvolvimento do processo do programa a que se aspira, pelo que será importante que a pessoa se desenvolva:

- Propicie um ambiente de interação e cooperação entre todos os participantes.
- Procure um espaço físico que favoreça o processo criativo
- Dirigir as actividades
- Facilitar os meios e as condições necessárias
- Ser acompanhante do processo criativo e social dos participantes.

Papel do aluno. É o agente ativo no seu contexto, é participante do seu próprio processo pelo que se reconhecem as suas capacidades, para partir delas e favorecê-las, associando-as à criatividade e à auto-determinação.

Programa de Avaliação. Ele consiste em duas modalidades: sumativa e formativa.

Tabela 1.

Avaliação e monitorização.

Tipo de avaliação	Instrumento	Aspecto a avaliar
Sumativa	Teste de Ab-reação de Avaliação da Criatividade (TAEC) (De La Torre , 1991). Adaptação da ferramenta: Criando uma caixa livre. Avaliação do Produto Criativo de Garaigordobil (2004).	Criatividade Criatividade do produto criativo.
Formativa	Escala de auto-determinação classificação comportamento no ARC-INICO (Verdugo et al., 2015) . Diário do Professor	Autodeterminação Categorias: Clima da Oficina. Relacionamento com colegas e participante / consultor -Motivação e atitudes dos participantes. Este foi adicionada por -Conduta Auto- determinada. -Processo criativo - Aprendizagem Cooperativa



Trabalho de carteira (Klenowski, 2009)	Auto-avaliação do produto criativo . Individual e de grupo
Formato de registro de sessão	Rastreamento de sessão - Actividade - Relação entre pares - O papel de mediador - Materiais

Metodologia ou estudo do caso

Tipo de estudo: Pré-experimental com medidas pré-teste-intervenção-pós-avaliação. Isso corresponde a uma abordagem mista (Hernández, 2010) em que medidas quantitativas e qualitativas são consideradas, uma vez que procura examinar os efeitos da aplicação do programa Espira Criativa. Embora seu escopo seja descritivo-explicativo (Hernández, 2010), pois fornece a análise dos efeitos do programa sobre criatividade e autodeterminação do grupo de estudo.

Participantes: 16 alunos (2 meninas, 14 meninos) entre os 12 e os 17 anos de idade, matriculados no quarto, quinto e sexto ano, no turno da tarde, de um Centro de Atenção Múltipla em Cuernavaca, Morelos México. O diagnóstico dos participantes é deficiência intelectual e, em alguns casos, problemas de linguagem.

Instrumento: Teste de Ab-reação de Avaliação da Criatividade (TAEC) (De La Torre, 1991). O TAEC é um teste gráfico-indutivo de realização de figuras. Idealizado inicialmente para avaliar o controlo da tensão final, permite valorizar os fatores de originalidade, a elaboração, a fantasia, a conetividade, o alcance, a expansão, a riqueza, a habilidade gráfica, a morfologia d e imagens e o estilo criativo. O seu objetivo é ajudar o professor a valorizar a criatividade desde os diversos ângulos propondo categorias que permitam diferenciar os sujeitos.

a) Características

- O teste consiste em 12 figuras inacabadas, apresentadas na mesma página e distribuídas em quatro linhas e três colunas simetricamente.
- Tem duas formas que se aplicam às crianças de idade infantil (A) e outra que se aplica desde a idade escolar (B).
- Não se propõe um tempo de teste uniforme para todas as disciplinas. Assim, pretende-se encorajar ritmos individuais e determina o estilo criativo e coeficiente fluidez gráfica (este último resulta da soma das pontuações em todos os factores dividido pelo tempo gasto).
- Critérios de avaliação: geral (baixo, médio, alto); analítica, dando 0 a 3 pontos para cada figura do teste e a cada fator de acordo com os critérios estabelecidos.

b) Aplicação

A instrução para testar a criatividade é como se segue:

"Testa a tua criatividade. Realiza um desenho com estas figuras. Toma o tempo que



precisares e indica-me quando terminares."

O que é medida pelo instrumento são as seguintes: O que pretende medir o instrumento são os seguintes fatores: ab-reação ou resistência ao encerramento, a originalidade, a elaboração, a fantasia, a conectividade, o alcance imaginativo, a expansão figurativa, a riqueza expressiva, a habilidade gráfica, a morfologia da imagem, o estilo criativo.

Aplicou-se a forma A para a avaliar no pré-teste e a forma B no pós-teste.

Processo

A presente investigação realizou-se no Centro de Atenção Múltipla 13 do turno da tarde, cito em Santa María Ahuacatlán, município de Cuernavaca, Morelos A escola oferece atendimento integral a crianças e jovens com deficiências múltiplas ou distúrbios de desenvolvimento graves. A maioria da população é proveniente dos municípios de Cuajomulco, Monte Casino, Huitzilac, Tepoztlan Ocotepc, Cuernavaca, entre outros. Esta população foi escolhida como cenário pela direcção da escola ter sido favorável à realização do mesmo. Para além disso, em ocasiões anteriores, tive a oportunidade de trabalhar diretamente com a população estudantil, algo que constituiu um fator motivacional na abordagem ao presente estudo. Note-se que o programa foi apresentado aos pais, recebendo a sua permissão.

No presente estudo desenvolveram-se 10 sessões, uma por semana, e foram realizadas duas reuniões, dedicadas à avaliação, do pré-teste e do pós-teste.

Resultados

De seguida, apresentam-se as médias gerais da implementação do TAEC:

A Tabela 2 apresenta os resultados da avaliação pretest-posttest da avaliação do TAEC, observando-se os meios obtidos pelo grupo de participantes (dos três grupos). A pontuação máxima que pode ser alcançada em cada variável é de 36, exceto na resistência ao fechamento que é de 30 para o pré-teste e 35 para o pós-teste.

Tabela 2.

Pontuação média de pré-teste e pós-avaliação nas dimensões TAEC. N = 16

Tabela 2.

Médias gerais pré e pós-teste

Participantes 16		
Componente	Pre	Post
Resistência ao encerramento	19.87	17.93
Originalidade	1.68	1.31
Elaboração	1.25	2
Fantasia	0.5	0.18
Conectividade	0	1.06
Alcance Imaginativo	0.46	1.87
Expansão figurativa	4.45	5.43
Riqueza expressiva	8.31	8.93
Habilidade gráfica	0.43	2.37
Morfologia da imagem	1.26	1.12
Estilo criativo	1.16	1.81
Tempo gasto	14.37	19.872
Figuração grafica Coeficiente	5.54	2.80



Média Total	40.43	44.06

Como demonstrado a Tabela 2, existem algumas diferenças entre a avaliação no pré e pós-teste, sendo essas diferenças favoráveis no pós-teste. Ou seja, verificamos um aumento no desenvolvimento, uma maior fantasia, na conectividade entre figuras, na expansão figurativa e na riqueza expressiva. No entanto, existem componentes que mostram uma menor pontuação no pós-teste, sendo essas a resistência ao encerramento e a originalidade, no caso de resistência ao fechamento baixo indica uma abertura para outras possibilidades de ir além do que é fornecido. Deve notar-se que as pontuações obtidas pelos participantes, em geral, são muito baixas em comparação com o grupo de teste normativo, de modo que o aumento da pontuação por mais pequenas que fossem, foram sempre positivas.

Discussão

De acordo com a perspectiva abordada no estudo e os efeitos observados após a implementação do programa, permite-nos enfatizar o papel da criatividade no contexto educacional. No presente estudo, tendo-nos centrado no contexto de adolescentes com deficiência intelectual matriculados no ensino primário e aplicando um programa para aumentar a criatividade, verificamos que há mudanças que permitem perceber que quando se propiciam espaços para a fluidez de ideias, mudar as rotinas e procurar o inesperado traz consequências muito positivas. Para além disso, comprovamos que a criatividade, tal como mencionado por vários autores, é um fenómeno complexo que envolve outros fatores que podem ativar-se no próprio contexto educativo (De la Torre, 1991), emergindo, assim, o questionamento acerca da importância de proposta incluídas no currículo para potenciar a criatividade através das artes.

Entre as limitações do estudo encontra-se, talvez, o reduzido número de sessões, que não permitiram ver o alcance real de um programa incluído no currículo, o qual consideramos que teria muitas vantagens. Em estudos posteriores analisar-se-á o tema da auto-determinação nos estudantes participantes, uma questão-chave para o desenvolvimento pleno dos jovens com deficiência intelectual.



Contacto para Correspondência

Gisela Cortés Marías, Maestrante, Universidad Autónoma del Estado de Morelos

psic.giselacortesmarias@gmail.com

Gabriela Lopez Aymes, Presor investigador, Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

gabila98@gmail.com

Referências

- Azevedo, I., Morais, M.F., Araújo A.M. (2015). Educar Adolescentes para a Inovação e o Futuro: O Future Problem Solving Program International (FPSPI) como Cenário de Intervenção. *Revista EDUCAmazônia - Educação Sociedade e Meio Ambiente, Humaitá*, 1 (14), 8-29
- Bisquerra, R. (2005). El marco conceptual de la orientación educativa. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 3, (3-8). Recuperado de <http://www.remo.ws/revistas/remo-6.pdf>
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Creatividad. El fluir y la psicología del descubrimiento y la invención*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1996).
- De la Torre, S. (1991). Evaluación de la creatividad. Madrid: Escuela Española, S.A. De la Torre, S. (1991). Evaluación de la creatividad. TAEC. Madrid: Escuela Española.
- De la Torre, S. & Violant, V. (2003) Noción de Creatividad. Creatividad aplicada. Barcelona: PPU/Autores. En [http://www.ub.edu/sentipensar/pdf/saturnino/nocion creatividad.pdf](http://www.ub.edu/sentipensar/pdf/saturnino/nocion%20creatividad.pdf)
- Hernaández, R. (2010). Metodología de la investigación. Quinta edición. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores.
- Verdugo, M. A., Vicente, E., Gómez-Vela, M., Fernández-Pulido, R., Wehmeyer, M. L., Badia, M., Calvo, M. I. (2015). Escala ARC-INICO de Evaluación de la Autodeterminación. Manual de aplicación y corrección. Salamanca: Publicaciones del INICO. Recuperado de [http://sid.usal.es/docs/F8/FD026898/herramientas autodeterminacion.pdf](http://sid.usal.es/docs/F8/FD026898/herramientas%20autodeterminacion.pdf)
- Wehmeyer, M.L. (2009). Autodeterminación y la tercera generación de prácticas de inclusión. *Revista de educación*. Vol. (349). Pp.45-67. En [http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/sarrio/DOCUMENTOS,%20ARTICULOS,%20PONE NECIAS/re349.pdf#page=43](http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/sarrio/DOCUMENTOS,%20ARTICULOS,%20PONE%20NECIAS/re349.pdf#page=43)



Som à Letra®

Programa de Desenvolvimento de Competências Fonológicas

Patrícia Dias & Inês Jubilot ^{1,2}

1. Clínica de Dislexia Dra. Paula Teles, Portugal

2. Clínica de Dislexia Dra. Paula Teles, Portugal

Resumo

Contrariamente ao processo de aquisição da linguagem oral, aprender a ler não é um processo natural. Aprender a ler exige um treino específico e formal, exige que a criança tome consciência da linguagem oral e de todas as correspondências diretas ou indiretas, desta à linguagem escrita.

Vários estudos têm sido unânimes em considerar a Consciência Fonológica – capacidade de refletir sobre os segmentos sonoros da linguagem oral – de crianças em idade pré-escolar como o indicador individual mais forte do êxito que elas terão na aprendizagem da leitura e da escrita. É a consciência dos sons que possibilita às crianças entender como o alfabeto funciona – uma competência fundamental para aprender a ler e a escrever.

O Som à Letra® é um Programa de Desenvolvimento de Competências Fonológicas que visa promover os pré-requisitos necessários à aprendizagem da leitura e da escrita com sucesso. É implementado em salas de pré-escolar, com crianças de 5 anos, em várias instituições de ensino.

Com esta apresentação pretende-se dar a conhecer o Programa Som à Letra® e os vários módulos que o constituem.

Palavras-chave: Consciência Fonológica; Programa de Intervenção Precoce; Aprendizagem da Leitura e da Escrita.



Abstract

Contrary to the process of oral language acquisition, learning to read is not a natural process. To learn how to read demands specific and formal training, demanding that the child becomes aware of the oral language as well of all its direct and indirect correspondences, from reading to writing.

Various studies have been unanimous in considering Phonological Consciousness - the ability to reflect on oral language sound segments - of children in pre-school age as the strongest in strongest individual indicator of the success children will have on their reading and writing learning processes. It is the consciousness of sounds that enables children to understand how the alphabet works – a fundamental skill to read and write.

The Som à Letra® is a Phonological Skills Development Program aiming to promote necessary pre-requisites for successful reading and writing learning processes. It has been implemented in pre-school class rooms with five years old, in different learning institutions. This presentation aims to present the Som à Letra® program and its various constituent units.

Keywords: Phonological Consciousness; Premature Intervention Program; Reading and Writing Learning



Introdução

Inúmeros estudos a nível nacional e internacional têm demonstrado a importância das competências fonológicas no processo de aprendizagem da leitura e da escrita. Os resultados são unânimes em considerar que uma criança que manifeste sensibilidade à estrutura fonológica das palavras, numa idade pré-escolar, terá posteriormente um desempenho mais satisfatório na aprendizagem da leitura e da escrita (Maluf & Barrera, 1997; Martins, 1991; Morais, 1994; Man & Liberman, 1984; McLean et al., 1987; Viana, 1998 citado por Rios, 2011).

Contrariamente às evidências da literatura, investigações recentes referem que tem vindo a verificar-se pouco investimento na implementação de ações e de programas de treino de competências fonológicas (Viana, Martins e Coquet, 2003). Segundo um estudo publicado por Leite & Bragança (2010), o treino das habilidades fonológicas, e em particular das habilidades fonémicas, é manifestamente insuficiente nos manuais escolares. Do mesmo modo, é referido por vários autores que existe um enorme défice na formação de base de professores e educadores no que diz respeito à importância da consciência fonológica. Roger Beard (2010) insiste fortemente na necessidade de melhorar esta competência por forma a aumentar a qualidade do ensino.

Considerou-se por isso essencial estruturar um programa de intervenção focado no treino das competências fonológicas por forma a pôr em prática o que a investigação tem vindo a demonstrar.

O Programa Som à Letra® foi desenhado com o objetivo de intervir em três domínios: (1) formação de agentes educativos envolvidos no processo de ensino aprendizagem; (2) intervenção ao nível das competências fonológicas com crianças em idade pré-escolar inseridas em Jardim de Infância; (3) e avaliação e reflexão sobre a eficácia deste tipo de treino na aprendizagem futura da leitura e escrita.

Neste artigo, num primeiro momento irá abordar-se o conceito de consciência fonológica e toda a sua abrangência, posteriormente far-se-á uma descrição do programa, abordando todos os módulos que o constituem, e finalmente, uma reflexão acerca dos resultados obtidos com a implementação do programa.

Consciência Fonológica e Leitura

O processo de aquisição da leitura não é natural como é o processo da aquisição da linguagem oral. A aprendizagem da leitura não se faz espontaneamente, não basta estar exposto ao estímulo da linguagem escrita trata-se de uma aprendizagem que exige um ensino formal e explícito.

Aprender a ler, e a ler bem, é absolutamente essencial para qualquer criança. Será através da leitura que ela poderá compreender e interpretar o mundo que a rodeia, satisfazendo a sua insaciável curiosidade e tornando-se mais tarde num cidadão de pleno direito, capaz de desempenhar um papel ativo e determinante na sociedade (Morais, 2012). A leitura é, sem dúvida, agente e promotora do desenvolvimento humano (Carvalho, 2011).

Só na década de 80, os estudos resultantes da Psicologia da Linguagem e das Neurociências, começaram a relacionar a consciência fonológica com a aprendizagem da leitura. Foi a partir



daí que se começou a perceber o quão importante é a linguagem oral e a relação que a criança consegue estabelecer entre esta e a linguagem escrita.

Atualmente a comunidade científica é unânime em considerar que as competências fonológicas de crianças em idade pré-escolar são um bom preditor de sucesso sendo consideradas o indicador individual mais forte do êxito que elas terão ao aprender a ler. (Adams, 2006).

Quando iniciam a aprendizagem, os maus leitores não são menos inteligentes ou menos motivados que os bons leitores, são apenas menos competentes ao nível do conhecimento das unidades linguísticas mais pequenas, como se tivessem uma insensibilidade à estrutura sonora da linguagem (Teles, 2009; Shaywitz, 2008). As competências que distinguem os bons dos maus leitores são específicas do sistema de processamento fonológico (Teles, 2009).

Foi apenas em 2011 que as metas Curriculares para a Educação Pré-Escolar (Ministério da Educação, 2011), incluíram pela primeira vez o domínio da consciência fonológica e definiram as competências a atingir no final desta etapa de aprendizagem.

As recentes Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar (Ministério da Educação, 2016) reforçam também a importância do treino precoce destas competências ao afirmarem que esta aprendizagem deve ser concebida como um processo de apropriação contínuo que se começa a desenvolver muito precocemente e não só quando existe um ensino formal. Ao reforçarem a importância do treino de atividades de consciência linguística (consciência fonológica, consciência de palavra e consciência sintática) os educadores “levam a que as crianças se apercebam de que a língua não é só um meio de comunicação mas também um objeto de reflexão promovendo uma tomada de consciência cada vez mais complexa e estruturada sobre a forma como é constituída e sobre como se organizam os seus elementos.” (Ministério da Educação, 2016)

A presença destes conceitos nas Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar deveriam levar a uma tomada de consciência séria de todos os intervenientes educativos para a importância do treino destas competências.

Justificada a importância atribuída pela comunidade científica à consciência fonológica, considera-se importante definir este conceito tão recente e importante.

Freitas et al. (2007) referem-se à consciência fonológica como “... a capacidade de explicitamente identificar e manipular as unidades do oral. Se pensarmos na unidade de palavra, a capacidade de a criança a isolar num contínuo de fala e a capacidade que tem de identificar unidades fonológicas no seu interior é entendida como expressão da sua consciência fonológica.”

Cielo (2002) afirma que a consciência fonológica pode ser entendida como uma competência metalinguística, que envolve reflexão, análise e manipulação intencional de unidades que compõe a linguagem (palavras, sílabas e fonemas).

Isto significa que a consciência fonológica refere-se à consciência de que a linguagem falada pode ser segmentada em várias unidades, ou seja, que as frases podem ser divididas em palavras, as palavras em sílabas e as sílabas em fonemas. (Rombert, 2013). Segue um percurso de desenvolvimento evoluindo no sentido da identificação dos segmentos maiores da fala – as palavras - para os segmentos menores, as unidades intrassilábicas – os fonemas. (Teles, 2009)



“A estimulação da consciência fonológica (...) é um dos veículos facilitadores da aprendizagem (...) e implica identificar e manipular unidades do oral antes de chegar à sua representação escrita. Partir do som da fala para chegar ao grafema faz sentido porque a criança chega à escola com um património linguístico oral vasto para aprender a representar esse património graficamente.” (Freitas, M.J. in Teles, 2009).

De acordo com a autora, esta preocupação deve estar sempre presente na prática dos agentes educativos uma vez que ainda está muitas vezes ausente dos percursos de ensino do alfabeto.

Som à Letra® - Programa de Desenvolvimento de Competências Fonológicas Uma aprendizagem necessária na transição do Pré-Escolar para o 1.º Ciclo

Intervir cada vez mais precocemente deve ser urgente e prioritário para que a entrada no mundo das letras seja menos penosa e mais gratificante. Uma intervenção precoce promove o desenvolvimento de competências pré-leitoras que por um lado facilitam a aprendizagem formal da leitura e escrita e por outro, permitem a deteção atempada de crianças em risco. Quanto mais cedo se iniciar uma intervenção com vista à promoção escolar, tanto melhor, devendo preferencialmente iniciar-se no Jardim de Infância (Lyon e Chhabra, 2004).

Com base nas evidências científicas, na experiência profissional com crianças com dificuldades na aprendizagem da leitura e da escrita, no trabalho de intervenção com o MÉTODO FONOMÍMICO Paula Teles® e no contacto permanente com técnicos e profissionais de ensino, foi desenhado o Programa Som à Letra®.

O Programa pretende intervir em três grandes domínios: 1) formação dos agentes educativos envolvidos nos processos de aprendizagem; 2) intervenção ao nível do desenvolvimento das competências fonológicas com crianças em idade pré-escolar a frequentar Jardim de Infância; 3) reflexão sobre a eficácia deste tipo de treino na aprendizagem futura da leitura e da escrita.

O primeiro domínio implica o desenvolvimento de ações de formação específica para agentes educativos com o objetivo de os esclarecer e informar, com rigor e bases científicas, acerca desta temática. Esta formação poderá ser desenvolvida em ações de curta, média ou longa duração e tem como objetivos: apresentar em síntese uma revisão dos resultados das recentes investigações científicas sobre os processos cognitivos subjacentes à aprendizagem da leitura; compreender o que é a consciência fonológica e a sua importância na aprendizagem da leitura; apresentar o Programa Som à Letra® e outros materiais que possam promover a aquisição de competências fonológicas e habilitar para a implementação e construção de materiais adequados ao treino das competências fonológicas.

O segundo domínio tem como objectivo a promoção e desenvolvimento de atividades de consciência fonológica através da implementação em sala de aula do Programa Som à Letra®. Tendo por base, Liberman et al. (1974) que referem que a evolução das competências fonológicas é gradativa, tem início na discriminação de expressões e palavras dentro de unidades mais amplas da linguagem, avançando para a discriminação de rimas, aliterações e sílabas, chegando por fim à consciência dos fonemas como as unidades mais pequenas da fala, o Programa divide-se em 5 Módulos:

Módulo I – Discriminação Auditiva



A discriminação auditiva é a capacidade de ouvirmos de forma atenta e seletiva os sons que nos rodeiam. “É a consciência dos sons do dia-a-dia que possibilita às crianças entender como o alfabeto funciona. Uma compreensão fundamental para aprender a ler e a escrever.” (Adams, 2006).

Este módulo tem como objetivos principais: estimular a disposição para a escuta ativa; desenvolver a capacidade de ouvir e discriminar os sons que nos rodeiam; promover a tomada de consciência de que a linguagem falada faz parte desse ambiente sonoro.

Módulo II – Noção de Palavra

Para Christensen (1991) e Jesus (2008), citados por Cardoso (2011), a consciência de palavra é a capacidade de compreensão de uma palavra como um elemento constitutivo do discurso e inclui a capacidade de segmentar frases em palavras, de separar palavras do seu referente de as substituir e de reconhecer antónimos e sinónimos.

Neste módulo pretende-se desenvolver a noção de que a linguagem oral é composta por frases e que essas podem ter diferentes tamanhos; perceber que a frase é constituída por palavras e que estas podem ser representadas graficamente; compreender que ao substituírmos uma palavra por outra podemos, ou não, alterar o significado da frase.

Módulo III – Noção de Rima

Segundo Freitas (2004) a noção de rima é a capacidade de apreender as semelhanças fonológicas globais entre as palavras. Para isso a criança tem que ter a capacidade de identificar o som final das palavras.

Os objetivos específicos deste módulo são: identificar as semelhanças sonoras entre as palavras; desenvolver a capacidade de identificar e produzir rimas.

Módulo IV – Noção de Sílabas

Por noção de sílaba entende-se a capacidade de segmentar as palavras em sílabas, identificar, juntar e manipular sílabas.

Neste quarto módulo pretende-se desenvolver a capacidade de identificar sílabas em palavras, fazer segmentação, fusão e manipulação silábica.

Módulo V – Noção de Fonema e Introdução ao Princípio Alfabético

A noção de fonema é a capacidade de segmentar as sílabas em fonemas, identificar, juntar e manipular fonemas. O princípio alfabético é o conhecimento de que existem relações sistemáticas e preditivas entre as letras escritas e as palavras faladas, saber que os sons da linguagem oral são representados pelas letras do alfabeto e saber converter o código oral em código escrito de acordo com as regras de correspondência fonema-grafema. (Teles, 2009)

É unânime o reconhecimento da importância da consciência fonológica a par do conhecimento do nome das letras, na aprendizagem da leitura. Uma criança que inicie a escolaridade com algum domínio destas competências, estará certamente em vantagem para a aprendizagem da leitura e fá-lo-á com mais facilidade e melhor qualidade. (Carvalho, 2011) Num estudo longitudinal desenvolvido por Carvalho e colaboradores (Carvalho et al., 2012), relativo ao Português Europeu, verificou-se que um dos melhores preditores da leitura em crianças portuguesas com 9 anos de idade seria o conhecimento que tinham sobre a deleção fonémica, aquando da sua frequência do Pré- Escolar (5 e 6 anos). Em simultâneo, os estudos de Lonigan, Schatschneider e Westber (2008), demonstraram que o conhecimento de letras,



medido em diferentes momentos da escolaridade, é um preditor robusto e único para a aprendizagem da leitura.

Os objetivos principais deste módulo são desenvolver a capacidade de identificação, segmentação, fusão e manipulação fonémicas; promover a compreensão de que cada som da linguagem falada corresponde a um ou mais “desenhos” na linguagem escrita.

A noção de fonema ocupa o topo no grau de dificuldade da escala no desenvolvimento da consciência fonológica dado o carácter complexo que exige este tipo de tarefas.

Ao longo do programa serão dadas indicações aos educadores para que possam continuar diariamente o trabalho estruturado, e de forma sistemática, com o seu grupo de crianças. Em simultâneo serão sugeridas atividades aos pais para que em casa, e de forma lúdica, possam ter conhecimento e participar ativamente no tipo de trabalho que os seus filhos estão a desenvolver.

No último domínio, e tendo por base as Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar que referem que se deve investir numa intervenção preventiva para que possamos contribuir para a igualdade de oportunidades no acesso à escola e para o sucesso das aprendizagens (Ministério da Educação, 2007), haverá 2 períodos de avaliação e reflexão. Um no início da implementação do projeto e outro aquando do seu término.

Esta avaliação é feita através de observação informal do reconhecimento de letras; escrita do nome; Questionário de História de Leitura⁵ e do teste CONFIAS⁶ um instrumento em fase de aferição para a população portuguesa, estando já aferido para a população brasileira, facto que faz antecipar a sua coerência uma vez que se trata de línguas semelhantes.

Com esta avaliação pretende-se avaliar os antecedentes familiares de risco; o conhecimento do nome das letras; a escrita do nome e identificação das letras que o constituem e a noção de sílaba, rima e fonema.

O resultado desta avaliação permite sinalizar as crianças que apresentem sinais de risco por forma a que, com uma intervenção atempada, estas dificuldades sejam minoradas.

Ao longo dos anos de implementação do Programa Som à Letra[®] tem-se verificado, ainda que maioritariamente de modo informal juntos dos professores, que as crianças apresentam melhorias nas suas competências fonológicas quando existe um ensino direto e explícito destas competências. No estudo realizado numa das escolas em que o Programa foi implementado (Moreira, 2016) é referido que o reconhecimento de letras e a consciência fonológicas medidas durante a frequência da Educação Pré-Escolar, revelaram-se bons preditores para a fluência de texto e para a compreensão leitora em anos escolares seguintes, em particular o conhecimento de letras.

As crianças que foram identificadas e sinalizadas na transição para o 1º ciclo como crianças de risco, manifestaram dificuldades no início da aprendizagem formal da leitura e da escrita.

Conclusão

⁵ Questionário de História de Leitura, ARQH de Lefly & Pennigton (2000), Versão Portuguesa de Alves & Castro (2003), Universidade do Porto.

⁶ CONFIAS, Consciência Fonológica, Instrumento de Avaliação Sequencial, Sónia Moojen (2008), Casa do Psicólogo, São Paulo (Adaptado para a Língua Portuguesa por Clínica Dra. Paula Teles em parceria com a autora).



Em conclusão, com este programa pretende-se contribuir para a formação de técnicos ativos e promotores de sucesso educativo; formar crianças atentas e preparadas para que o seu caminho seja feito de menos percalços e para que o processo de aprendizagem da leitura e da escrita seja apesar de longo, menos difícil. Porque crianças mais capazes, são crianças mais felizes e crianças mais felizes serão com certeza adultos mais competentes, que construirão uma sociedade melhor e mais eficiente.

Sabemos, no entanto, que o Programa Som à Letra® tem ainda as suas limitações. É um programa, que apesar de se apoiar nas mais recentes investigações científicas e estar constantemente a ser melhorado e atualizado tem tido uma aplicação limitada, pois ainda não está publicado, tendo acesso a ele apenas as crianças inseridas nas escolas que o têm promovido.

De igual modo constatou-se que o modo como o programa está desenhado necessita da adesão e colaboração das educadoras, pois só assim será dada continuidade ao trabalho estruturado e sistemático necessário à interiorização e consolidação dos conceitos trabalhados.

Por fim, foi feito apenas um estudo longitudinal com 75 crianças que avaliou o impacto do Programa Som à Letra® na aprendizagem da leitura e da escrita (Moreira, 2016). A avaliação do sucesso do mesmo tem sido feita maioritariamente de modo informal junto dos educadores e professores de 1º ciclo que recebem as crianças que usufruíram do programa na Educação Pré-Escolar. Estas avaliações permitem-nos melhorar e atualizar sistematicamente o trabalho que fazemos, no entanto, não nos permite avaliar de forma rigorosa a eficácia do Programa Som à Letra® no desenvolvimento da Consciência Fonológica e consequente aprendizagem da Leitura e da Escrita.

Agradecimentos

À Dra. Paula Teles por ser sempre um exemplo de determinação, rigor e sabedoria, por nos ter dado as bases que têm sido fundamentais para o desenvolvimento do nosso trabalho, por nos ter ensinado a querer ir sempre mais além e a nunca desistir dos nossos projetos.

À Dra. Joana Sarmento Moreira porque desde o primeiro dia acreditou no nosso projeto, sendo a maior e melhor promotora do Som à Letra®.

À Dra. Marta Homem de Mello porque está sempre disponível para nos ensinar, sendo que os seus conhecimentos são fundamentais para a constante melhoria do nosso trabalho.

Às escolas que nos acolheram, às educadoras que trabalharam e trabalham connosco e acima de tudo a todas as crianças porque é com elas que aprendemos todos os dias.

Contacto para Correspondência

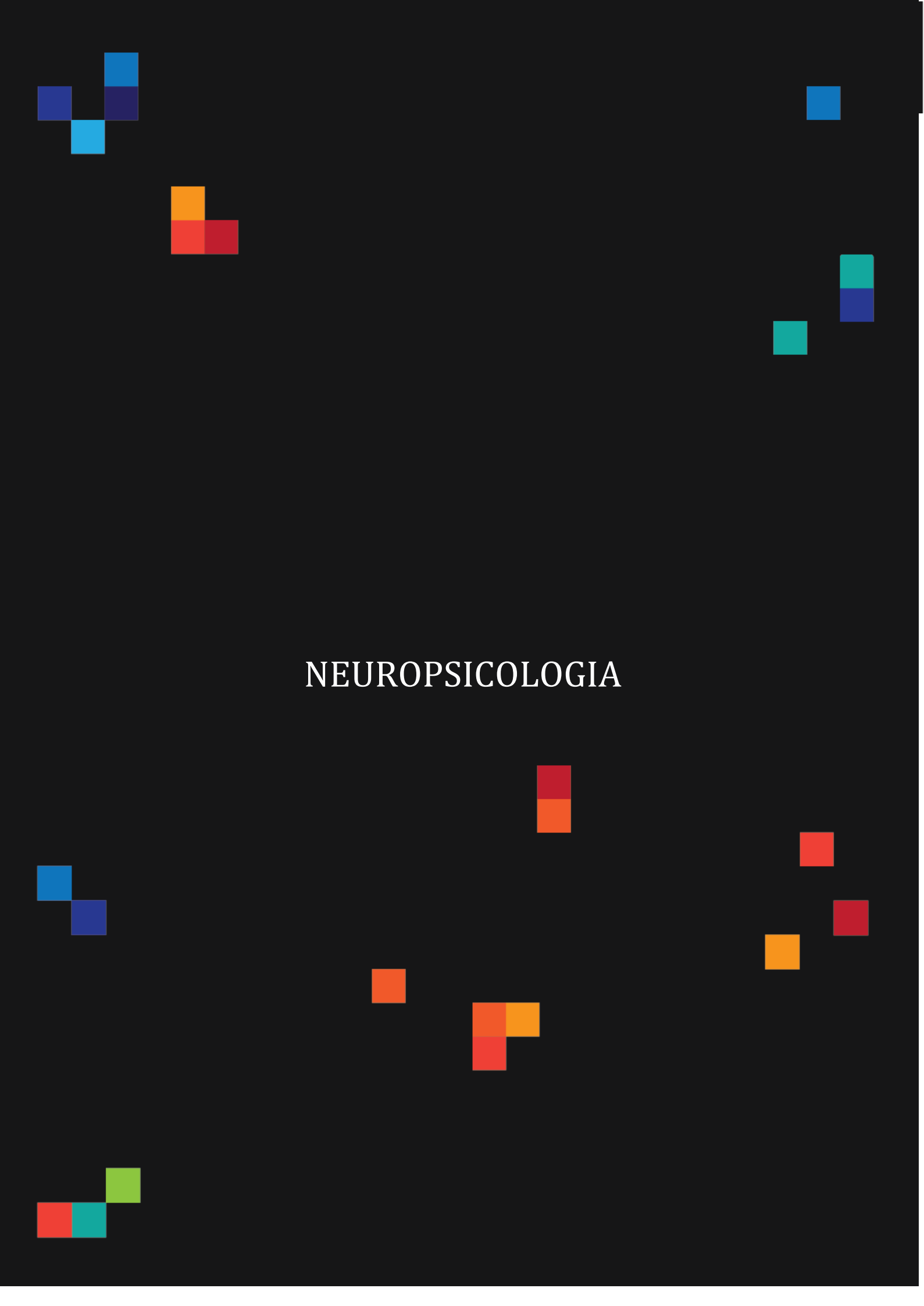
Patrícia Dias, Clínica de Dislexia Dra. Paula Teles, R. Cidade de Rabat nº 54 A – 1500-672 Lisboa, ppinadias@hotmail.com

Inês Jubilot, Clínica de Dislexia Dra. Paula Teles, R. Cidade de Rabat nº 54 A– 1500-672 Lisboa, inesjubilot@gmail.com



Referências

- Adams, M., Foorman B., Lundberg I. & Beeler T. (2006). *Consciência fonológica em crianças pequenas*. Porto Alegre: Artmed
- Beard, R. (2010). O ensino da literacia nas escolas primárias em Inglaterra – Um exemplo de reforma educativa em larga escala. in *Como se aprende a ler?*. Lisboa Fundação Francisco Manuel dos Santos – Porto Editora.
- Bragança, A & Leite, I (2010). Estudo dos manuais escolares de língua portuguesa para o 1º ano de escolaridade. in *Como se aprende a ler?*. Lisboa Fundação Francisco Manuel dos Santos – Porto Editora.
- Cardoso, S.J.S. (2011). *Consciência de palavras em crianças de idade Pré-Escolar e Escolar*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal e Universidade Nova de Lisboa.
- Carvalho, A. (2011). *Aprendizagem da Leitura - Processos cognitivos, Avaliação e Intervenção*. Viseu: Psicosoma.
- Carvalho, A., Pereira, M. & Freitas, M. (2012). Preditores da aprendizagem da leitura: um estudo longitudinal do Jardim de Infância ao final do 1º ano de escolaridade. In *Atas do 9º Encontro Nacional, 7ª Internacional de Investigação em Leitura, Literatura Infantil e Ilustração*, Braga.
- Cielo, C.A. (2002). *Habilidades em consciência fonológica em crianças de 4 a 8 anos de idade*. Pró-Fono Revista Atual Cient. Barueri, V. 14, n.3, setembro-dezembro, pág. 301-312.
- Freitas, M. J., Alves D. & Costa T. (2007). *O conhecimento da língua: desenvolver a consciência fonológica*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Lyon, G. R., & Chhabra, V. (2004). The Science of Reading Research. *Educational Leadership*, 61(6), 13.
- Liberman, I. Y., Shankweiler, D., Fischer, F. W., & Carter, B. (1974). Explicit syllable and phoneme segmentation in the young child. *Journal of experimental child psychology*, 18(2), 201-212.
- Lonigan, C. J., Schatschneider, C., & Westberg, L. (2008). Identification of children's skills and abilities linked to later outcomes in reading, writing, and spelling. *Developing Early Literacy: Report of the National Early Literacy Panel*, 55-106.
- Ministério da Educação (2011). Metas de Aprendizagem para a Educação Pré Escolar. *Direção Geral da Educação*. Retirado de metasdeaprendizagem.dge.mec.pt/educacao-pre-escolar/apresentacao
- Ministério da Educação (2016). Orientações Curriculares para a educação Pré-Escolar. *Direção Geral da Educação*. Retirado de http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Noticias/Imagens/ocepe_abril_2016.pdf
- Morais, J. (2012). *Criar Leitores. O ensino da leitura – para professores e encarregados de Educação*. Porto: Livpsic.
- Moreira, J. S. (2016). O Valor Preditivo da Consciência Fonológica e do Reconhecimento de Letras na Aprendizagem da Leitura: um Estudo Longitudinal com Alunos da Educação Pré-Escolar até ao 3º Ano de Escolaridade. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- Rios, C. (2011). *Programa de Promoção do Desenvolvimento da Consciência Fonológica*. Lisboa: Psicosoma.
- Rombert, J. (2013). *O gato comeu-te a língua? Estratégias, técnicas e conselhos para pais e educadores ajudarem as crianças no desenvolvimento da fala, da linguagem, da leitura e da escrita*. Lisboa: A esfera dos livros.
- Shaywitz, S. (2008). *Vencer a Dislexia - Como dar resposta às perturbações da leitura em qualquer fase da vida*. Porto: Porto Editora.
- Teles, P (2009). *Parque dos Fonemas – iniciação à Leitura e Escrita*. Lisboa: Distema.
- Viana, F.; Martins, M & Coquet, E. (2003). *Leitura, Literatura Infantil e Ilustração. Investigação e Prática Docente 4*. Braga: Centro de Estudos da Criança da Universidade do Minho.

The image features a dark navy blue background with several clusters of small, solid-colored squares. These squares are arranged in various patterns, including small groups of three or four squares, and some single squares. The colors used include shades of blue, purple, orange, red, teal, and green. The overall effect is a minimalist, abstract design that frames the central text.

NEUROPSICOLOGIA



Estimulação cognitiva em séniores: O programa PROECO

Manuela Rocha Santos¹, & Inês Gomes²

1. Centro Geriátrico Quintinha da Conceição, Portugal

2. Universidade Fernando Pessoa, Portugal

Resumo

Na senda de um envelhecimento activo e bem-sucedido, tem-se assistido ao desenvolvimento de programas de intervenção psicológica que procuram contrariar os declínios associados ao aumento da idade ou, em alternativa, potenciar áreas cognitivas, emocionais e/ou psicossociais no indivíduo idoso. Dispor de programas desta natureza assume-se particularmente importante dado o aumento significativo da população idosa nas últimas décadas. Neste quadro, foi concebido um programa de estimulação cognitiva, denominado PROECO. O programa compreende 22 jogos com o objectivo de treinar as Funções Executivas (Abstracção, Planeamento e Inibição de Resposta), a Atenção e a Memória. Elaborado em formato informático, a partir do programa Scratch (v.2.0), permite contabilizar o total de acertos em cada jogo e dar *feedback* ao utilizador da pontuação obtida. No presente artigo apresentam-se as principais características do PROECO bem como os dois estudos realizados para testar a sua usabilidade (nomeadamente, a análise efetuada por juízes especialistas e a condução de um estudo piloto numa amostra de 10 adultos idosos saudáveis). A partir dos resultados observados em ambos os estudos foram introduzidos os necessários ajustes nos respectivos jogos, tornando o PROECO mais adequado às necessidades e especificidades da população idosa e, consequentemente, mais acessível e utilizável.

Palavras-chave: Usabilidade; estimulação cognitiva; idosos; PROECO.



Abstract

In the wake of an active and successful aging, we have witnessed the development of psychological intervention programs that seek to counteract the declines associated with increasing age or, alternatively, to enhance cognitive, emotional and/or psychosocial skills in the elderly. Having at one's disposal such programs, assumes particular relevance given the significant increase of the elderly population in the last decades. In this context, it has been designed a cognitive stimulation program called PROECO. The program consists of 22 games aiming to train executive functions (Abstraction, Planning and Response Inhibition), Attention and Memory. Developed in electronic form, from Scratch (v.2.0) program, allows to account the total hits in each game and give feedback to the user of their score. In this article the main PROECO features as well as two studies to test its usability (an analysis carried out by expert judges and a pilot study on a sample of 10 healthy older adults) are presented. From the results observed in both studies, the necessary adjustments in the respective games were introduced, making PROECO most appropriate to the needs and specificities of the elderly population and, consequently, more accessible and usable.

Keywords: Usability; cognitive stimulation; elderly; PROECO.



Introdução

O século XXI tem-se caracterizado por um envelhecimento demográfico mundial progressivo e bastante expressivo. Entre os anos de 2000 e 2014, a proporção da população idosa (com 65 ou mais anos de idade) no total da população aumentou 5 vezes mais nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2016). Portugal não é exceção e tem vindo a acompanhar este cenário demográfico, decorrente das alterações quer no topo da pirâmide de idades, devido ao aumento da população idosa, quer na sua base, em resultado da diminuição da população jovem, com menos de 15 anos (Carrilho & Craveiro, 2015). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011), a população idosa portuguesa é de 19% estimando-se que, em 2050, venha a atingir 32% da população total (INE, 2010).

Do ponto de vista desenvolvimental, o envelhecimento é um processo heterogéneo e idiossincrático, que envolve ganhos e perdas cognitivas. A nível dos ganhos, a inteligência cristalizada é a que mais beneficia com o aumento da idade, já que se reporta aos conhecimentos que se adquirem através da educação e das experiências ao longo da vida, sendo, portanto, determinada culturalmente (Glisky & Glisky, 2008; Park & Reuter-Lorenz, 2009). A inteligência fluida, por englobar componentes não-verbais mais dependentes de aspectos biológicos do que de aspectos educacionais e culturais, acaba por ser mais negativamente influenciada pelas alterações orgânicas que se fazem sentir durante o envelhecimento (Gomes & Rocha Santos, 2014; Schelini, 2006). Vários estudos têm posto em evidência o declínio de funções como a atenção, a memória de trabalho, a memória episódica, o funcionamento executivo e a velocidade de processamento, entre outros (e.g., Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher & Stähelin, 2006; Royall, Palmer, Chiodo, & Polk, 2004; Yakhno, Zakharov & Lokshina, 2007).

Estes prejuízos que se observam a nível cognitivo repercutem-se no quotidiano das pessoas, podendo mesmo comprometer a autonomia e o bem-estar psicológico do adulto idoso (Chaves, 2001; Charchat-Fichman, 2005; Mesulan, 2000).

Torna-se, assim, importante implementar medidas preventivas o mais precocemente possível, que contribuam para retardar os efeitos deletérios da idade e que promovam um envelhecimento saudável e bem-sucedido. Uma das linhas de actuação mais promissoras nas últimas décadas tem colocado a tónica no papel benéfico da estimulação e do treino cognitivo, nomeadamente recorrendo ao uso de computador. Segundo Mahncke (2006) e Ortiz et al. (2006) os programas de estimulação informatizados apresentam benefícios como o aumento da motivação, em função de exercícios atractivos e dinâmicos, e a possibilidade dessas actividades serem efectuadas de forma independente e sem a presença de um terapeuta, entre outros.

Neste quadro, e motivado pelos resultados encorajadores da intervenção assistida por computador (e.g., Basak, Boot, Voss & Kramer, 2008; Chambon, Herrera, Romaiguere, Paban & Alesio-Lautier, 2014; Maillot & Hartley, 2012; para uma revisão, cf. Rocha Santos & Gomes, 2015a), procedeu-se à construção de um Programa de Estimulação Cognitiva, que designámos por PROECO. Trata-se de um programa que compreende um conjunto de jogos informatizados, direccionados para o treino de funções executivas, atencionais e mnésicas em adultos séniores saudáveis.



No presente artigo apresentam-se as principais características do PROECO bem como os estudos realizados para testar a sua usabilidade (nomeadamente, a análise efetuada por juízes especialistas e a condução de um estudo piloto numa amostra de adultos idosos saudáveis), atendendo às limitações que normalmente são próprias desta faixa etária, não só a nível do uso de computador mas também as relativas à acuidade visual, auditiva e motora ou ao decréscimo da atenção e da memória, entre outros.

Caracterização do PROECO

Ancorado num formato lúdico e simultaneamente didático, o PROECO é constituído por um total de 22 jogos de estimulação cognitiva: 5 dos quais direccionados para a atenção, 5 para a memória imediata e 12 para domínios específicos do funcionamento executivo, designadamente, capacidade de abstracção, planeamento e inibição de resposta (cf. Quadro 1; para uma descrição pormenorizada dos jogos, quanto à sua mecânica e quanto aos estímulos utilizados cf. Rocha Santos & Gomes, 2015b). Estes jogos encontram-se informatizados (disponíveis em ficheiros executáveis, .EXE) tendo sido programados em Scratch v 2.0 (<http://scratch.mit.edu>).

Quadro 1. *Domínios cognitivos-alvo e respectivo jogo*

Domínio Cognitivo Alvo		Jogo
Geral	Específico	
Atenção	Selectiva	J1 – Viagem de Avião
	Selectiva	J2 – Sim ou Não
	Sustentada	J3 – O Clone
	Mudança atencional	J4 – Grandes e Pequenos
	Atenção dividida e velocidade de processamento	J5 – Alternâncias
Memória Imediata	Visual	J6 – Colecção de Filmes
	Visual	J7 – Bandeiras do Mundo
	Auditiva	J8 – Festa Popular
	Aprendizagem associativa visual	J9 – Aos Pares
	Aprendizagem associativa verbal-visual	J10 – Bichanos
Funções Executivas	Abstracção/raciocínio verbal (relação semântica)	J11 – Concurso na TV
	Abstracção/raciocínio verbal (categorização)	J12 – Os Intrusos
	Abstracção/raciocínio verbal (analogias)	J13 – Passatempo na Revista
	Abstracção/raciocínio verbal (conceptualização)	J14 – Provérbios
	Abstracção/raciocínio não-verbal (lógica)	J15 – Dominó
	Abstracção/raciocínio não-verbal (relações entre figuras)	J16 – Papel de Parede
	Inibição de resposta (controlo atencional)	J17 – Comboio da Fruta
	Inibição de resposta (controlo atencional)	J18 – Trocas e Baldrocas
	Inibição de resposta (flexibilidade cognitiva)	J19 – Um Baralho Especial
	Planeamento	J20 – Contar Histórias
	Planeamento	J21 – Labirintos
	Planeamento	J22 – Recados do Dia



A concepção dos jogos foi inspirada em provas clássicas de avaliação neuropsicológica, tendo havido a preocupação da sua aproximação, sempre que possível, a actividades sociais e do quotidiano comumente observadas na terceira idade. Para o efeito, foi realizado um estudo prévio junto de uma amostra de 65 adultos idosos saudáveis, com a finalidade de se identificar actividades de lazer desta população, e, deste modo, garantir um maior interesse e motivação na realização do PROECO.

Em termos da estrutura geral dos jogos, esta é idêntica em todos eles, iniciando-se com a identificação do programa e com a apresentação do jogo propriamente dito (quanto aos objetivos e comandos a utilizar) e terminando com a indicação da pontuação obtida (total de acertos, por referência ao máximo possível), de modo a incentivar a melhoria do desempenho em tentativas futuras bem como a permitir monitorizar a evolução de jogo para jogo (cf. Figura 1.). No sentido de se garantir a total compreensão do que é pretendido em cada jogo, o utilizador tem a possibilidade de visualizar um exemplo de como se joga. Durante o desenrolar dos jogos é ainda fornecido *feedback* de natureza visual (através da mudança de cor dos botões de resposta ou do cenário), para permitir a identificação dos erros e consequente melhoria em prestações futuras. Dependendo da especificidade do jogo em questão, o *feedback* pode ser imediato (i.e., aquando da resposta dada) ou apenas no final de cada evento (i.e., só após uma sequência de respostas).

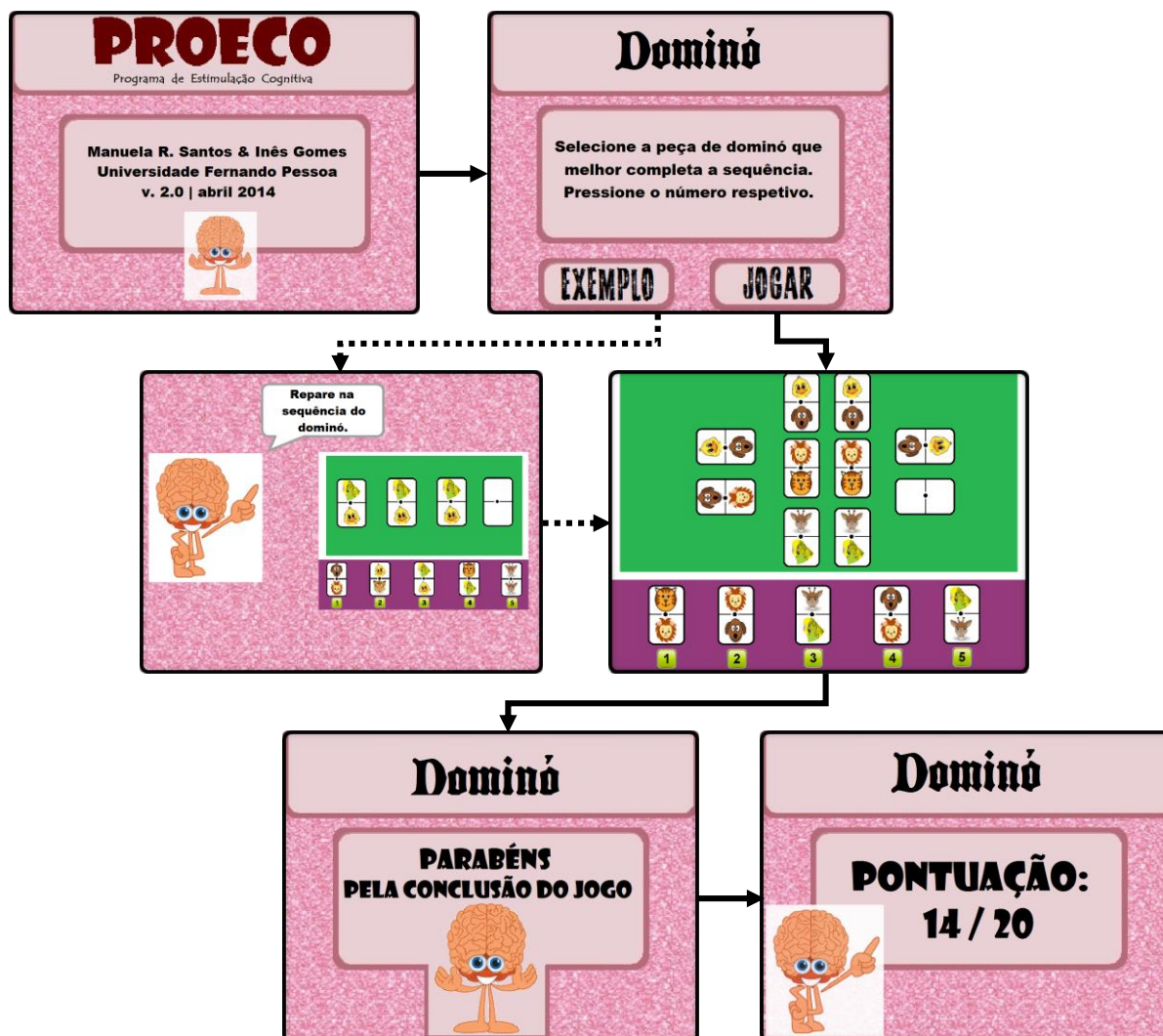


Figura 1. Fluxograma dos jogos do PROECO.

Por fim, importa sublinhar que os jogos são autónomos e independentes, encontrando-se organizados por objectivos não cumulativos, isto é, não assentes em patamares de progressos. Tal opção permite uma utilização direccionada para as características e interesses do seu utilizador.

Estudos de Usabilidade do PROECO

A avaliação da usabilidade da versão final do PROECO compreendeu duas etapas fundamentais: uma análise heurística, por parte de psicólogos com formação na área da neuropsicologia e da psicogerontologia, e um estudo-piloto junto de adultos seniores saudáveis.



Avaliação Heurística

No que diz respeito à análise heurística, os procedimentos adoptados foram análogos aos utilizados por Rodríguez-Fórtiz et al. (2011) nos estudos de usabilidade do programa de estimulação cognitiva PESCO. Mais especificamente, esta análise incidiu na clareza e objectividade das instruções e dos estímulos, na atractividade dos jogos e na habilidade cognitiva predominante que consideravam estar a ser treinada em cada um deles. Os juízes foram ainda convidados a relatar eventuais dificuldades sentidas e a propor melhorias no funcionamento e dinâmica dos jogos. A partir desta análise, procedeu-se à reformulação dos mesmos, nos itens que apresentaram uma concordância de adequação inferior a 80%.

Estudo-Piloto

O estudo-piloto foi conduzido junto de 10 adultos saudáveis (7 do sexo feminino e 3 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 66 e os 86 anos. Os adultos foram recrutados da comunidade e de Centros de Dia do norte e centro de Portugal, tendo a grande maioria (80%) baixa escolaridade (antiga 4ª classe) e pouca ou nenhuma experiência com computadores. Nenhum dos participantes apresentava defeito cognitivo (avaliado através do *Mini Mental State Examination*, Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; adaptação portuguesa de Guerreiro, 1993) ou depressão (avaliada através da versão integral de 30 itens da Escala de Depressão Geriátrica, de Yesavage et al., 1983, versão portuguesa de Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2007).

Os participantes realizaram, durante 12 sessões, a totalidade dos jogos do PROECO. A duração média de cada sessão foi de 60 minutos. Este procedimento ocorreu de forma individualizada e na presença de uma das investigadoras, no sentido de favorecer a observação das dinâmicas entre os usuários e o PROECO e a recolha de sugestões, opiniões e/ou comentários sobre o mesmo.

Os principais obstáculos identificados pelos participantes disseram respeito à ambiguidade de estímulos visuais, à inadequação do tempo de visualização dos mesmos, ao tamanho reduzido das letras, à falta de contraste texto-fundo e à falta de clareza de algumas instruções. A partir destes resultados foram introduzidos os necessários ajustes no PROECO, tornando-o, deste modo, mais acessível, mais fácil de usar e, conseqüentemente, mais atractivo e motivador.

Conclusões

As potencialidades do computador são inegáveis já que o seu uso facilita o registo de informação e permite a repetição dos exercícios de modo estruturado e sem a presença do técnico. Para além disso, ao integrar, em simultâneo, estímulos verbais e não-verbais nas modalidades visual e auditiva, está a contribuir para o aumento da atractividade dos exercícios e da sua validade ecológica (na medida em que se aproxima mais do contexto de vida real). Estas e outras características favorecem, no seu conjunto, o sucesso de programas informatizados de intervenção cognitiva fazendo do computador um meio eficaz de prevenir os efeitos deletérios do envelhecimento (Cicerone et al., 2005).



Neste quadro, foi desenvolvido o PROECO, um programa informatizado de estimulação cognitiva que assenta no treino de funções executivas e de capacidades atencionais e mnésicas. Baseando-se no processo (e não na estratégia), este programa reúne 22 jogos destinados a melhorar o funcionamento cognitivo em geral (tornando as habilidades mais automáticas e favorecendo a generalização para outros domínios) a partir da sua prática repetida.

Destinado a adultos idosos, foram tidos cuidados especiais na construção dos jogos (e.g., National Institute of Health, 2007), de modo a que a sua utilização não ficasse condicionada pelas limitações físicas (auditivas, visuais e motoras) e cognitivas associadas ao processo de envelhecimento. Apesar destes cuidados, foram ainda detectados alguns problemas no PROECO nos dois estudos de usabilidade conduzidos, o que permitiu introduzir melhorias no *design* e na mecânica dos jogos e assim atender, de modo mais adequado, às necessidades e especificidades da população idosa.

Em termos futuros, torna-se necessário avaliar a eficácia do PROECO, no sentido de reforçar e melhor documentar os ganhos cognitivos observados não só em adultos séniores mas também em adultos de idades mais jovens. Tais estudos permitirão justificar a extensão dos jogos a outras plataformas electrónicas (de modo a ficarem disponíveis em *tablets*, *iphones*, *ipads*, entre outros), contribuindo, deste modo, para a promoção das competências adquiridas ao longo da vida, em qualquer altura e em qualquer lugar, na senda de melhor qualidade de vida e bem-estar psicossocial das pessoas.

Contacto para Correspondência

Manuela Rocha Santos
Centro Geriátrico Quintinha da Conceição
R. Heróis de África, 401, 4450-688 Leça da Palmeira
Email: santos.mariamauela@gmail.com.

Referências

- Basak, C., Boot, W. R., Voss, M. W., & Kramer, A. F. (2008). Can training in a real-time strategy video attenuate cognitive decline in older adults? *Psychology of Aging*, 23 (4), 765-777.
- Carrilho, M. J. & Craveiro, M. L. (2015). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 54, 57-107. Disponível em <https://www.ine.pt/>
- Chambon, C., Herrera, C., Romaguere, P., Paban, V., & Alescio-Lautier, B. (2014). Benefits of computer-based memory and attention training in healthy older adults. *Psychology and Aging*, 29 (3), 731-743.
- Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K. & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (1), 79-82.
- Chaves, M. (2001). Diagnóstico Diferencial das Doenças Demenciantes. In O. V. Forlenza & P. Caramelli. *Neuropsiquiatria Geriátrica*. São Paulo: Atheneu, pp. 81-104.
- Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Malec, J. F., Langenbahn, D. M., Felicetti, T., Kneipp, S., Ellmo, W., Kalmar, K., Giacino, J. T., Harley, J. P., Laatsch, L., Morse, P. A., & Catanese, J. (2005). Evidence-based cognitive rehabilitation: Update review of the literatura from 1998 through 2002. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86 (8), 1681-1692.
- Glisky, E. & Glisky, M. (2008). Memory rehabilitation in older adults. In D. Stuss, G. Winocur & I. Robertson (Eds.), *Cognitive neurorehabilitation* (pp. 541-561). New York: Cambridge University Press.



- Gomes, I. & Santos, M. (2014). Habilidades funcionais de comunicação. In C. Moura (Ed.), *Idadismo. Prioridade na construção social da idade* (pp. 145-159). Porto: Euedito.
- Instituto Nacional de Estatística (2010). *Projeções da população residente em Portugal 2008-2060*. Disponível em: www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944632&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – Resultados definitivos*. Disponível em www.ine.pt.
- Maillot, P., Perrot, A. & Hartley, A. (2012). Effects of interactive physical-activity video-game training on physical and cognitive function in older adults. *Psychology and Aging*, 27(3), 589-600.
- Mahncke, H.W. (2006). Memory enhancement in healthy older adults using a brain plasticity-based training program: A randomized, controlled study. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 33(103), 12523-12528.
- Mesulan, M. (2000). Aging, Alzheimer disease and dementia: clinical and neurobiology perspectives. In M. M. Mesulan. *Principles of Behavioral and Cognitive Neurology*. Oxford: Oxford University Press, pp.439-506.
- National Institute of Health (2007). *Making your printed materials senior friendly. Tips from the National Institute on Aging*. Department of Health and Human Services. Disponível em <http://www.nia.nih.gov/health/publication/making-your-printed-health-materials-senior-friendly>
- OCDE (2016). *OECD regions at a glance 2016*. Paris: Publicação do Autor. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/reg_glance-2016-en
- Ortiz, A.; del Puy Carretero, M.; Oyarzun, D.; Yanguas, J.J.; Buiza, C.; González, M.F.; Etxeberria, I. (2006). Elderly Users in Ambient Intelligence: Does an Avatar Improve the Interaction? *Universal Access in Ambient Intelligence Environments*, 99-114.
- Park, D. & Reuter-Lorenz, P. (2009). The Adaptive Brain: Aging and Neurocognitive Scaffolding. *Annual Review of Psychology*, 60, 173-196.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W., Uebelbacher, A. & Stähelin, H. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 470 – 482.
- Rocha Santos, M. & Gomes, I. (2015a). *Cognição na terceira idade – Remediar ou promover?*. Manuscrito submetido para publicação.
- Rocha Santos, M. & Gomes, I. (2015b). *PROECO: Programa de estimulação cognitiva para adultos. Manual técnico*. Disponível on-line em <http://www.livrosdigitais.org.br/livro/13869AXCINHPT>
- Rodríguez-Fórtiz, M. J., Rodríguez, M. L., Hurtado, M. V., Caracuel, A., Ramajo, S., Trigueros, S., López, A., Rubio, I., & Fernández, A. (2011). Análisis de la usabilidade en un programa de estimulación cognitiva para mayores. In N. Garay & J. Abascal (Eds.), *Actas del XII Congreso Internacional de Interacción Persona-Ordenador* (pp. 33-42). Madrid: Ibergarçeta Publicaciones.
- Royall, D. R., Palmer, R., Chiodo, L. & Polk, M. J. (2004) Declining executive control in normal aging predicts change in functional status: The Freedom House Study. *Journal of American Geriatric Society*, 52, 346–352.
- Schelini, P. W. (2006). Teoria das inteligências fluida e cristalizada: Início e evolução. *Estudos de Psicologia*, 11 (3), 323-332.
- Yakhno, N., Zakharov, V. & Lokshina A. B. (2007) Impairment of memory and attention in the elderly. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 37(5), 203–208.



Intervenção Psicossocial em Grupo

Joana Serpa¹, & Joana Tinoco de Faria²

1. Apoio à Vida, Portugal

2. Apoio à Vida, Portugal

Resumo

O Apoio à Vida tem vindo a promover competências sociais e parentais em grupo (Mota & Monteiro, 2014), consubstanciando um espaço de entreajuda com a finalidade de criar rede de suporte e potenciar, no seu todo, a ligação mãe-bebé (Faria & Costa, 2013). A população que acompanha são grávidas e mães, maioritariamente solteiras e oriundas dos PALOPS, na faixa etária dos 19 aos 30 anos, e seus familiares. As trinta sessões de grupo tem vindo a ser estruturadas em três diferentes etapas (Gravidez, Maternidade e Autonomia), sendo divididas por três momentos (Formação, Conversa de Mães e Conversa puxa Conversa) e absorvendo os *Touchpoints* (Brazelton, 2005) como linha orientadora dos marcos do desenvolvimento infantil (Faria & Costa, 2013; Mota & Monteiro, 2014). Para avaliar o impacto desta intervenção, têm sido utilizados questionários de autorresposta, para medir as expectativas e satisfação (Faria & Costa, 2013), e escalas de *likert* sobre competências sociais e parentais, aplicados no início e no fim de cada etapa; o inventário de perceção neonatal de Broussard (NPI; Broussard, 1964, in Moreira, Silva, Oliveira et al., 2009) antes e após o nascimento do bebé; e a escala de ligação mãe-bebé (Taylor, Adams, Doré, Kumar & Glover, 2001, in Figueiredo, Marques, Costa et al., 2005) durante o percurso gestacional e no primeiro ano de vida do bebé. Cruzando olhares de profissionais de diferentes áreas, permite um acompanhamento mais abrangente e concertado, de forma a intervir no microssistema mãe-bebé aspirando alcançar a mudança no sistema familiar.

Palavras-chave: Intervenção em grupo; Competências parentais; Touchpoints.



Abstract

The Apoio à Vida has been promoting social and parental skills in a group format (Mota & Monteiro, 2014), substantiating a space of mutual support with the goals to create a support network and potentiate the bond between the mother and the baby (Faria & Costa, 2013). The target population is pregnant women and mothers, mostly single and native from the PALOPS, with the age between 19 and 30 years, and their relatives. The thirty group sessions have been structured with three different stages (Pregnancy, Motherhood and Autonomy), being divided by three moments (Themed formation; Mothers conversation, and Talks pushes conversations) absorbing the Touchpoints model (Brazelton, 2005) as a guideline for the marks of child development (Faria & Costa, 2013; Mota & Monteiro, 2014). To access the impact of this intervention, we've been using self-report questionnaires, to evaluate expectations and satisfaction, and likert scales about the social and parental skills, being applied in the beginning and final stages; the neonatal perception inventory of Broussard (NPI; Broussard, 1964, in Moreira, Silva, Oliveira et al., 2009) before and after the birth of the baby; and the mother-infant bonding scale (Taylor, Adams, Doré, Kumar & Glover, 2001, in Figueiredo, Marques, Costa et al., 2005) during the pregnancy and the first year of baby's life. Crossing multidisciplinary perspectives, it allows a more comprehensive and concerted monitoring in order to intervene in the mother-baby microsystem, also aspiring achieve change in the family system.

Keywords: Group intervention; Parental skills; Touchpoints.



Introdução

A intervenção psicossocial em grupo tem como principal objectivo potenciar as capacidades dos seus membros, de modo a que consigam melhorar o seu funcionamento na sociedade e enfrentar os seus problemas atuais e futuros, tendo em conta o contexto em que se inserem (Garcia & Pelaéz, 2006; Konopka, 1979, cit. por Hartefortt, 1983). Deste modo, a intervenção em grupo serve como estratégia para abordar situações diárias através de uma aprendizagem mútua e partilha de experiências, implicando que cada elemento “participe ativamente nas suas próprias mudanças” (Tschorne, 2005, p.13). Além de este formato de intervenção possibilitar aos serviços uma racionalização de eficiência e otimização de recursos humanos (Deslauriers & Hurtubise, 2003), promove, sobretudo, suporte mútuo, sentido de pertença, *feedback* de conduta e fonte de poder aos pais (Ward & Lacey, 1995, cit. por Dominelli, 2002).

É nas figuras parentais que estão os recursos e o sentido de proteção para colmatar as necessidades essenciais das crianças. No entanto, é com frequência que estas figuras necessitam de apoio para levar a cabo a sua função, sobretudo em situações de adversidade psicossocial. É com a formação parental que pretendemos ajudar os pais ou futuros pais a compreender as suas próprias necessidades e as dos seus filhos, através de conhecimentos específicos e estratégias de promoção do desenvolvimento e aprendizagem da criança e de gestão e prevenção de problemas de comportamento (Coutinho, 2004; Pugh et al., 1997, cit. por Gaspar, 2003; Ribeiro, 2003). Com o objectivo de acompanhar estas famílias de uma forma multidisciplinar, privilegiando o suporte parental, utilizamos o modelo touchpoints como *guideline* desta intervenção.

O modelo touchpoints (Brazelton, 2005) serve como um guião teórico e prático para comunicar com o bebé, com a família e, principalmente, na dinâmica bebé-família. Visa a promoção de competências parentais, complementa os modelos relacional e de desenvolvimento e privilegia o reconhecimento e valorização das competências já existentes. Os touchpoints antecipam os momentos de crise ao longo do desenvolvimento infantil que podem perturbar a dinâmica familiar, i.e., momentos ideais para potenciar a aliança entre os pais e os profissionais e, assim, devolver mais eficácia à intervenção (Hornstein, 2000).

Metodologia

O Apoio à Vida é uma instituição de apoio a grávidas, mães e suas famílias, que se encontram numa situação de vulnerabilidade social, económica e/ou psicológica. A maioria da população que recorre à instituição tem como pedido principal a carência de bens de primeira necessidade. No entanto, depois de uma avaliação inicial, deparamo-nos com uma família com múltiplas necessidades, não só as económicas e materiais, mas também caracterizadas por carências afetivas e de suporte emocional, gerando no seu todo diversas disfuncionalidades familiares. Tem-se verificado que as famílias que usufruem de um serviço útil, eficaz e simples, constituído por apoio material e suporte na aquisição de competências, têm maior probabilidade de construir e manter uma relação de confiança com os profissionais e investir na intervenção (Sousa et al., 2007; Watson, 2005). Assim, na intervenção com este tipo de famílias, Faria e Costa (2013) consideram como primeiro passo a disponibilização de apoio material que responda às necessidades sentidas pelos próprios



como mais imediatas. Neste sentido, e tendo em conta os nossos objectivos pronunciados anteriormente, foi proposta uma intervenção psicossocial em grupo, onde são trabalhadas competências sociais e parentais, disponibilizando o apoio material como um aspeto facilitador da adesão das famílias. Deste modo, as utentes têm acesso a sessões de formação sobre diversos temas relacionados com a sua etapa de vida, fornecidas por técnicos da instituição e outros profissionais voluntários, rentabilizando, assim, tempo e recursos, enquanto permite uma observação multidisciplinar mais profunda (Faria & Costa, 2013).

Objectivos

A intervenção psicossocial em grupo tem como objetivos principais o desenvolvimento e promoção de competências sociais e parentais. Como objetivos específicos a promoção e treino de competências em espaço de formação, a criação de uma rede de suporte, a promoção de partilha de experiências e expressão emocional e a observação, avaliação e intervenção na díade mãe-bebé e mãe-família.

Caracterização da População

A população é constituída por grávidas e mães, maioritariamente solteiras e oriundas dos PALOPS, na faixa etária dos 19 aos 30 anos, e ocasionalmente pelos seus familiares, sobretudo, cônjuges. Cada grupo é constituído por oito a 12 utentes, organizados por tempo gestacional ou idade do bebé.

Procedimentos

A intervenção psicossocial em grupo implementada no Apoio à Vida (Faria & Costa, 2013; Mota & Monteiro, 2014) compreende agora 30 sessões quinzenais, divididas por três módulos. Estas sessões, orientadas por uma Assistente Social e uma Psicóloga, contam com 8 a 12 participantes, organizadas em grupos conforme o tempo de gestação.

Temas das sessões. Desde a sua implementação (Faria & Costa, 2013; Mota & Monteiro, 2014), as sessões foram divididas em três grandes etapas: a Gravidez, onde são explorados aspetos relacionados com a preparação para a maternidade, a chegada de um novo elemento à família e as mudanças psicológicas e físicas previstas ao longo do período gestacional; a Maternidade, onde são abordados aspetos fulcrais do desenvolvimento infantil, como os cuidados de saúde, a amamentação e/ou alimentação, a brincadeira e os limites; e a Autonomia, onde são explorados assuntos relacionados com a organização da vida diária, como a procura de emprego, gestão orçamental e direitos e deveres sociais, no sentido de tornar os participantes autónomos.

Quadro 1.

Etapas, Temas e Conteúdos das Sessões da Intervenção Psicossocial em Grupo

Etapa	Temas	Objectivo Geral
Gravidez 0	<i>Conversa de mães</i>	Construir o novo grupo de mães



Gravidez I	<i>Eu... Conhecer-me, aceitar-me e gostar de mim</i>	Sensibilizar para a importância do auto-conhecimento e auto-estima
Gravidez II	<i>Eu vou ser mãe dentro de uma família</i>	Consciencializar para a importância de uma rede de suporte e sobre as mudanças inerentes à vinda de um bebé numa família
Gravidez III	<i>Evolução e cuidados na gravidez</i>	Promover uma vivência tranquila e informada da gravidez e estimular a vinculação pré-natal
Gravidez IV	<i>Gravidez e preparação para o parto</i>	Informar e desenvolver estratégias sobre momento pré, durante e pós-parto
Gravidez V (com pais)	<i>Que cuidados devo ter com o meu bebé?</i>	Fomentar a prestação de cuidados ao bebé de forma segura e eficaz
Gravidez VI	<i>Conversa de mães</i>	Consolidar aprendizagens anteriores
Maternidade I	<i>Amamentação</i>	Promover a amamentação
Maternidade II	<i>Sono, choro e cólicas</i>	Sensibilizar para as funções do sono, choro e cólicas e promover estratégias e hábitos facilitadores
Maternidade III (com pais)	<i>Conhecer o meu bebé</i>	Promover o conhecimento e interação pais-bebé
Maternidade IV	<i>Massagem do bebé</i>	Sensibilizar para a importância da massagem do bebé
Maternidade V	<i>Do leite à dieta familiar</i>	Promover a diversificação alimentar de forma natural e saudável
Maternidade VI	<i>Cuidados de saúde</i>	Promover o conhecimento sobre os cuidados de saúde básicos no primeiro ano de vida
Maternidade VII	<i>Desenvolvimento e brincadeira</i>	Promover o conhecimento sobre o desenvolvimento do bebé e brincadeiras adequadas
Maternidade VIII	<i>Prevenção e segurança infantil</i>	Sensibilizar para a importância da prevenção de acidentes nas diferentes etapas do desenvolvimento até aos dois anos
Maternidade IX	<i>Primeiros socorros</i>	Sensibilizar para as medidas de segurança em situação de acidente com crianças até aos dois anos
Maternidade X (com pais)	<i>Temperamento e estabelecimento de limites</i>	Sensibilizar para a importância das rotinas e limites
Maternidade XI	<i>Conversa de mães</i>	Consolidar aprendizagens anteriores



Autonomia (com pais)	I	<i>Técnicas de procura de emprego I</i>	Despertar a procura ativa de emprego, ensinando o método das três portas
Autonomia (com pais)	II	<i>Técnicas de procura de emprego II</i>	Transmitir técnicas necessárias à preparação de uma entrevista de emprego
Autonomia (com pais)	III	<i>Técnicas de Procura de emprego III</i>	Desenvolver a noção de postura profissional
Autonomia IV		<i>Maternidade e trabalho</i>	Promover estratégias de conciliação entre a maternidade e trabalho adequadas
Autonomia V		<i>Direito do trabalho</i>	Alertar para os direitos e deveres de uma grávida/mãe trabalhadora
Autonomia (com pais)	VI	<i>Gestão orçamental I</i>	Promover uma gestão equilibrada do orçamento familiar
Autonomia (com pais)	VII	<i>Gestão orçamental II</i>	Sensibilizar para os benefícios da poupança
Autonomia VIII		<i>Direitos e deveres sociais</i>	Consciencializar para os direitos e deveres sociais do cidadão
Autonomia IX		<i>Afetividade e sexualidade</i>	Explorar a relação homem e mulher e como integrar adequadamente a afetividade e sexualidade
Autonomia X		<i>Métodos de planeamento familiar</i>	Consciencializar sobre o sistema reprodutor feminino e os métodos de planeamento familiar artificiais
Autonomia XI		<i>Métodos de planeamento familiar e aconselhamento</i>	Consciencializar sobre os métodos de planeamento familiar naturais e promover o debate
Autonomia XII		<i>Conversa de mães</i>	Consolidar as aprendizagens anteriores

Estrutura das sessões. Segundo Faria e Costa (2013), uma das premissas deste tipo de intervenção é potenciar o horizonte informativo e desenvolver o espírito crítico em cada um dos membros do grupo para que possam não só tomar consciência da realidade das suas circunstâncias atuais mas, sobretudo, implicar-se ativamente, enquanto protagonistas, na mudança destas.

Quadro 2.

Estrutura de Cada Sessão

Momento	Conteúdos	Tempo
Formação	Explorar conhecimentos específicos sobre as fases do desenvolvimento baseado no modelo touchpoints	50 min
Conversas de mães	Promover debate sobre assuntos relacionados com a maternidade, utilizando as orientações antecipatórias de cada	30 min



	touchpoint, sendo os técnicos facilitadores da partilha e entreaajuda.
Conversa puxa conversa	Outros assuntos relevantes e partilha de 20 min experiências

Limitações. A intervenção psicossocial em grupo também sofre com diversas limitações quando se tratam de populações imigrantes caracterizadas por uma extrema carência económica e afetiva: dificuldades linguísticas; habilitações literárias muito reduzidas, assim como a capacidade de *insight* (Miranda, 2002); rede de suporte limitada ou inexistente; e dificuldades socioeconómicas, entre outras. Estas limitações influenciam, com bastante frequência, a participação e a permanência dos membros no grupo, por vezes alterando a sequência das sessões, comprometendo a qualidade e continuidade da avaliação e provocando a dissolução precoce do grupo.

Metodologia de avaliação. A avaliação do processo do grupo foi primeiramente estabelecida através de questionários de auto-resposta de tipo misto por Faria e Costa (2013), onde se pretendeu medir as expetativas iniciais e o nível de satisfação de cada membro no final: em relação à metodologia utilizada, aos fatores que contribuíram para esse nível de satisfação e sugestão de novos temas a serem abordados. Mais recentemente procurou-se também avaliar o impacto que esta intervenção tem sobre as competências sociais e parentais de cada membro, através de questões específicas medidas por uma escala de likert, aplicadas no momento inicial e final de cada tema, tendo como objetivo uma avaliação comparativa. Para avaliar a perceção que a mãe tem do comportamento do seu bebé em comparação com a maioria dos bebés ou do “Bebé Típico” tem sido aplicado também o NPI (Broussard, 1964, in Moreira, Silva, Oliveira et al., 2009), uns dias antes e uns dias após o nascimento do bebé. Por fim, para avaliar o tipo de ligação existente entre a mãe e o bebé, i.e., a preocupação com a segurança e o bem-estar do bebé e o investimento emocional dos pais, tem sido aplicada a Escala de Ligação Mãe-bebé (Taylor, Adams, Doré, Kumar & Glover, 2001, in Figueiredo, Marques, Costa et al., 2005). Segundo Zastrow (2006), não é realista pensar na avaliação como um ponto específico na vida do grupo, mas sim como um processo contínuo. Esta metodologia de avaliação foi implementada no início do ano de 2016, e tendo em conta as dificuldades existentes ao nível da adesão e regularidade das participantes, os resultados atuais são preliminares apontando apenas tendências. Espera obter-se uma amostra significativa para realizar um estudo completo sobre o impacto desta intervenção, contando com mais um ano de avaliação.

Implicações Práticas

A partilha deste modelo de intervenção pretende reforçar a importância do trabalho de grupo com populações minoritárias de risco moderado a elevado. A ausência de rede de suporte na interacção familiar e, sobretudo, a carência de suporte emocional são problemáticas muito comuns nestas famílias, podendo ser minimizado o seu impacto com a criação de uma rede secundária. Para sustentar esta hipótese, Faria e Costa (2013) confirmaram que a experiência vivida da entreaajuda, e não o pedido de bens de primeira necessidade como seria esperado, foi o mais valorizado pelos membros do grupo.



Apostando na promoção da entreaajuda de uma forma relacional e sistémica, não só os elementos do grupo sentem maior gratificação, como aderem e investem mais na intervenção. Com o aumento do investimento das famílias, conseguimos um acompanhamento mais próximo e completo, multidisciplinar e transversal a várias áreas, permitindo aceder ao sistema familiar na expectativa de alcançar a mudança.

Uma das prioridades atuais neste projecto é a introdução do pai do bebé nas sessões. Apesar das dificuldades inerentes a este tipo de populações (e.g. monoparentalidade, carência económica, diferenças de género exacerbadas com a influência cultural), este tem sido um desafio que tem sido enfrentado e cada vez mais minimizado com a inovação dos temas abordados e com o investimento na coesão familiar.

Agradecimentos

Agradecemos a todas as mulheres que aceitaram ser participantes ativas na intervenção psicossocial em grupo, pela sua coragem em dar o seu contributo e partilha.

Contacto para Correspondência

Joana Serpa, Apoio à Vida, Calçada da Tapada 143, 1300-343 Lisboa, joana.serpa@apoioavida.pt

Joana Tinoco de Faria, Apoio à Vida, Calçada da Tapada 143, 1300-343 Lisboa, joana.tfaria@apoioavida.pt

Referências

- Brazelton, T. B. (2005). *O grande livro da criança* (8ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Coutinho, M.T.B. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*, 1 (XXII), 55-64.
- Deslauriers, J., & Hurtubise, H. (Eds.) (2003). *Introduction au travail social*. Canada: Les Presses de l'Université Laval.
- Dominelli, L. (2002). *Anti-oppressive social work theory and practice*. Hampshire: Macmillan.
- Faria, J.T., & Costa, M.F. (2013). Intervenção psicossocial em grupo com grávidas e mães em dificuldades, *Poster* apresentado na Conferência Internacional: Psicologia e Família, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Bonding: Escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*, 40, 133-154.
- García, T., & Pelaéz, A. (2006). *Trabajo social con grupos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gaspar, M. F. (2003). O trabalho com pais na prevenção do comportamento anti-social. In I. Alberto et al. (Eds.). *Comportamento Anti-Social: Escola e Família*. Coimbra: Centro de Psicopedagogia da Universidade de Coimbra.
- Hartefortt, M. (1983). *Grupos em serviço social*. Rio de Janeiro: Agir Editora.
- Hornstein, J. (2000). *Individual Level Training*. Documentação de Apoio. Brazelton Touchpoints Center.
- Miranda, J. (2002). *A identidade nacional: Do mito ao sentido estratégico. Uma análise psicossociológica entre os portugueses e os outros*. Oeiras: Celta Editora.
- Moreira, H., Silva, S., Oliveira, C., Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Barros, L. (2009). Percepção neonatal na transição para a maternidade: Estudos psicométricos do inventário de percepção neonatal numa amostra de mães da população portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 28(2), 81-104.
- Mota, M., & Monteiro, M.L. (2014). Intervenção psicossocial em grupo com grávidas e mães em dificuldade. *Hospitalidade*, 306, 24-30.



- Ribeiro, M. (2003). *Ser Família. Construção, implementação e avaliação de um programa de Educação Parental*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Sousa, L., Hespanha, P., Rodrigues, S., & Grilo, P. (2007). *Famílias pobres: Desafios à intervenção social*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Tchorne, P. (2005). *Dinámica de grupo en trabajo social*. Salamanca: Amaru Ediciones.
- Watson, J. (2005). *Discussion paper: Active engagement: Strategies to increase service participation by vulnerable families*. Ashfield: Centre for parenting & research.
- Zastrow, C. (2006). *Trabajo social con grupos* (6ª ed.). Madrid: Parafina editora.



Reabilitação Cognitiva no TCE: Estudo de caso

Vera Fernandes^{1,2}, Helena Moreira^{1,2}, Marisa Filipe^{1,2}, & Selene Vicente^{1,2}

1. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

2. Consulta de Neuropsicologia, FPCEUP, Porto, Portugal

Resumo

A reabilitação cognitiva tem sido validada pela investigação como uma das formas de intervenção mais eficaz em sujeitos que apresentem défices cognitivos e funcionais após Lesão Cerebral Adquirida. Apresentamos um estudo de caso de um paciente do sexo masculino, A.F., 62 anos, dextro, 4 anos de escolaridade, com um hematoma subdural e extradural fronto-parieto-temporal devido a um TCE por atropelamento.

A.F. realizou a avaliação neuropsicológica inicial 7 meses após o episódio traumático. Identificaram-se dificuldades severas no funcionamento executivo, nomeadamente na fluência verbal, flexibilidade cognitiva, inibição comportamental e atenção sustentada e seletiva. A.F. integrou um programa de reabilitação cognitiva com a duração de 16 sessões presenciais (frequência semanal e duração de 1 hora) complementadas com exercícios de estimulação em casa, com a duração de 4 meses. Os exercícios foram de papel-e-lápis e personalizados com base no perfil cognitivo e interesses pessoais.

A reavaliação neuropsicológica (indicador formal) realizou-se no final da intervenção, tendo sido identificadas melhorias na memória a curto e a longo prazo, fluência verbal, atenção seletiva e capacidade de abstração. Mantiveram-se as limitações ao nível da flexibilidade cognitiva. O familiar de A.F. (indicador informal) referiu melhorias ao nível das capacidades mnésicas e de iniciativa, permanecendo a necessidade de supervisão devido a comportamentos de risco.

A evolução positiva do desempenho em diferentes domínios cognitivos na avaliação formal e a indicação de melhorias funcionais sugerem benefícios na implementação de programas de reabilitação cognitiva personalizados de acordo com o padrão de lesão cerebral, perfil cognitivo e interesses dos pacientes.

Palavras-chave: neuropsicologia; avaliação neuropsicológica; reabilitação cognitiva; lesão cerebral adquirida.



Abstract

Cognitive rehabilitation has been validated by scientific research as the most effective intervention in patients with cognitive and functional deficits following Acquired Brain Injury. We present a case study of a male patient, A.F., 62 years old, dexterous, 4 years of education, with subdural and extradural hematoma frontoparietotemporal as a result of a traumatic brain injury (TBI) after being run over.

A.F. performed a neuropsychological assessment 7 months after the TBI. Several difficulties were identified on executive functioning, specifically in verbal fluency, cognitive flexibility, behavioral inhibition, and sustained and selective attention. The patient began a 16-week cognitive rehabilitation program with a psychologist. The sessions with the psychologist (1 hour) were complemented with exercises to do at home. The exercises were paper-and-pencil based and adapted to the cognitive profile and the patient's personal interests. After the end of the intervention program a neuropsychological assessment was performed and improvements have been identified in memory (short and long-term), verbal fluency, selective attention, and abstract reasoning. However, limitations in the cognitive flexibility remained. A.F. family reported improvements in the mnemonic and initiative abilities, but the maintenance of risky behaviors.

The positive evolution in different cognitive domains (formal assessment) and the functional improvements (indicated by the family) suggest benefits in implementing customized cognitive rehabilitation programs according to the pattern of brain injury, cognitive profile, and interests of each patient.

Keywords: neuropsychology; neuropsychological assessment; cognitive rehabilitation; acquired brain injury.



Introdução

A lesão cerebral adquirida (LCA) ocorre quando um indivíduo após o nascimento sofre um dano cerebral, não relacionado com doença congénita ou degenerativa. Os défices causados pela lesão podem ser temporários ou permanentes e habitualmente desencadeiam incapacidade funcional e desajustamento psicossocial (Brain Injury Society, 2015). Este quadro apresenta geralmente consequências a nível físico, cognitivo, comportamental, emocional e social (Entwistle & Newby, 2013). O neuropsicólogo tem um papel essencial na avaliação destas sequelas, bem como no desenvolvimento e implementação de programas de reabilitação neuropsicológica. Adicionalmente, é fundamental na reintegração profissional do indivíduo e também no ajuste pessoal, familiar e social (King & Tyerman, 2010). Tendo em consideração que a LCA resulta geralmente em alterações cognitivas significativas com impacto nas atividades de vida diária (AVDs) e na participação social da pessoa (van Heugten, Gregório & Wade, 2012), deve-lhes ser dada a devida atenção e com a maior brevidade possível.

A heterogeneidade dos quadros de LCA e outros fatores associados (e.g., natureza e severidade da lesão, contexto psicossocial e clínico do indivíduo e tempo decorrido entre a lesão e o início do processo) pressupõem que a reabilitação neuropsicológica que lhes é dirigida apresente objetivos específicos e diferenciados. No entanto, assume-se que a intervenção deve procurar (i) reduzir o impacto dos défices cognitivos no quotidiano do indivíduo; e (ii) promover o retorno e a integração bem-sucedida na sociedade (Wilson, 2000). Paralelamente, atribui-se à reabilitação neuropsicológica o papel de fomentar no indivíduo e familiares um conhecimento mais abrangente sobre o quadro, bem como de potenciar a melhor forma de gerir as consequências do mesmo. A reabilitação passa assim por um processo de procura de soluções criativas e práticas que permitam minimizar as dificuldades cognitivas, emocionais e sociais que a pessoa enfrenta no momento (King & Tyerman, 2010).

A recuperação da função cognitiva deteriorada nem sempre é totalmente possível. Neste sentido, tem-se investido no desenvolvimento de estratégias compensatórias, isto é, estratégias que permitam aos indivíduos atingir os seus objetivos de modos alternativos. O princípio desta abordagem é utilizar uma capacidade cognitiva que esteja intacta para compensar a que apresenta um funcionamento diminuído (Wilson, 2000). O impacto da implementação de estratégias compensatórias é muitas vezes mais evidente no dia a dia do paciente do que nas medidas de avaliação neuropsicológicas formais, o que dificulta a sua objetivação e validação. No entanto, convém reforçar que os aspetos de funcionalidade concretizam os principais objetivos de intervenção. Wilson (2000) considera que os níveis de independência do indivíduo no seu quotidiano, no regresso ao trabalho, assim como noutros aspetos funcionais, constituem indicadores muito relevantes na avaliação da eficácia dos programas de reabilitação.



Estudo de Caso

História Clínica

Apresenta-se um estudo de caso do paciente A.F., sexo masculino, 64 anos, dextro, casado, 4 anos de escolaridade e açougueiro de profissão (desempregado no momento atual) com episódio de atropelamento em setembro de 2014 do qual resultou um traumatismo crânio-encefálico (TCE) com hematoma subdural e extradural fronto-parieto-temporal esquerdo. A.F., previamente ao TCE, não apresentava comorbilidades médicas que fossem passíveis de interferir no funcionamento cognitivo.

O paciente realizou a avaliação neuropsicológica 7 meses após o episódio traumático (Momento 1) para determinar o impacto do traumatismo crânio-encefálico a nível cognitivo e funcional. Identificaram-se dificuldades severas no funcionamento executivo, nomeadamente na fluência verbal, flexibilidade cognitiva e controlo inibitório, assim como na atenção seletiva e sustentada. Identificou-se a possibilidade de repercussões significativas na funcionalidade do paciente, traduzidas por dificuldades de inibição comportamental e controlo de impulsos, assim como dificuldades no planeamento, iniciação e monitorização de atividades.

Reabilitação e Avaliação Neuropsicológica

A.F. foi encaminhado para a Consulta de Neuropsicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto para reabilitação cognitiva, tendo integrado um programa de intervenção de abordagem holística, com a duração de 4 meses e com objetivos principais de: (i) melhoria/recuperação do funcionamento dos domínios executivos que se apresentaram alterados na avaliação neuropsicológica; (ii) potenciação das capacidades de linguagem compreensiva; (iii) estimulação dos domínios cognitivos preservados, tendo em vista a compensação dos défices nas restantes funções; (iv) melhoria da funcionalidade nas tarefas diárias básicas e instrumentais; (v) e intervenção psicoeducativa com a familiar/cuidadora.

O programa de reabilitação cognitiva centrou-se na estimulação da memória, atenção e funcionamento executivo. Realizaram-se 16 sessões presenciais, de frequência semanal e duração de uma hora, complementadas com cadernos de exercícios de estimulação para casa. As sessões presenciais fomentaram a introdução de estratégias para o desempenho de tarefas, tendo como objetivo principal a sua generalização para as atividades de vida diária (AVDs). Adicionalmente foi também fornecido *feedback* da realização dos exercícios levados para casa.

Os exercícios utilizados foram desenvolvidos com base no perfil cognitivo descrito, objetivos de intervenção e interesses pessoais. A sua apresentação foi realizada na modalidade de papel e lápis, devendo-se esta opção a aspetos de acessibilidade e de características pessoais do paciente (e.g., contacto e conhecimento diminuto relativamente às novas tecnologias).

A reavaliação neuropsicológica realizou-se logo após o término da intervenção (Momento 2), sendo que o material utilizado na avaliação foi similar ao utilizado no primeiro momento de avaliação e complementado com outros instrumentos. Para a avaliação cognitiva geral foi aplicado o Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2011) e a Frontal Assessment Battery (FAB; Lima, Meireles, Fonseca, Castro, & Garret, 2008). Para a atenção e velocidade de processamento foram aplicados os subtestes Código e Pesquisa de



Símbolos da Wechsler Adult Intelligence Scale – III (WAIS-III; Wechsler, 2008) e a prova de Controlo Mental da Wechsler Memory Scale – III (WMS-III; Wechsler, 2008). Para a memória e aprendizagem utilizaram-se o California Verbal Learning Test (CVLT; Baeta, 2002) e as provas Memória Lógica, Pares de Palavras, Faces e Memória de Dígitos da WMS-III. Para a avaliação das funções executivas foram administrados os seguintes testes: Fluência Verbal semântica e fonémica (Cavaco et al., 2013); Teste do Relógio (1977; cotação de Shulman et al., 1986); Wisconsin Card Sorting Test (WCST; Grant, 1981); Stroop – Teste de Cores e Palavras (Fernandes, 2013); Sequência Número-Letra da WMS-III; e os subtestes Semelhanças, Artimética, Matrizes e Disposição de Gravuras da WAIS-III. Para o processamento visuoespacial e visuoperceptivo foram administradas as provas Completamento de Gravuras, Composição de Objetos e Cubos da WAIS-III. Para a avaliação da linguagem e compreensão administraram-se os subtestes de Vocabulário, Informação e Compreensão da WAIS-III. Para a avaliação da sintomatologia depressiva foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS; tradução de Yesavage et al., 1983).

As provas utilizadas como complemento ao protocolo de avaliação neuropsicológica prévio foram a Fluência Verbal fonémica, o Teste do Relógio, o Controlo Mental da WMS-III e a GDS.

Resultados

Os resultados obtidos nas provas de avaliação neuropsicológica administradas nos dois momentos de avaliação foram convertidos em *z-scores* (*z*), calculados com referência nos dados normativos existentes para cada medida utilizada na avaliação. Este procedimento permitiu uma comparação equitativa de todas as medidas. Na Tabela 1 apresentam-se os resultados obtidos em cada uma das provas.

A.F. apresentou uma evolução positiva em vários dos domínios cognitivos que foram alvo da avaliação e intervenção neuropsicológica. A avaliação da cognição global com base no MoCA evidenciou uma evolução positiva: alteração moderada ($z = -1.56$) identificada no Momento 1 para um valor na média ($z = 0.67$) no Momento 2.

No que diz respeito às medidas cognitivas associadas à memória e aprendizagem foi também verificada uma evolução positiva. Na prova Faces da WMS-III, os valores encontravam-se na média no Momento 2 ($z = -0.33$), tendo evoluído positivamente face ao Momento 1 onde se descrevia um desvio ligeiro ($z = -1.00$). O mesmo padrão foi observado na 1ª evocação do CVLT, tendo o paciente evoluído de uma situação de alteração severa ($z = -2.38$) no Momento 1, para um valor dentro da média ($z = -0.74$) no Momento 2. O mesmo aconteceu para a evocação a curto prazo ($z = -2.09$ e $z = -0.39$, respetivamente), evocação a curto prazo com utilização de pistas semânticas ($z = -2.39$ e $z = -0.32$, respetivamente), e evocação a longo prazo com pistas semânticas ($z = -2.5$ e $z = -0.9$, respetivamente). Já para a evocação a longo prazo, no Momento 2 observou-se um valor na média ($z = 0.16$), tendo este evoluído de modo positivo relativamente à alteração moderada ($z = -1.94$) observada no Momento 1. Conclui-se que houve uma melhoria na aquisição de material verbal semanticamente relacionado, assim como na lista de palavras. Foi verificada também uma melhoria na aquisição e recuperação de material visual.



Tabela 1.

Valores z-score das medidas cognitivas no momento 1 (pré-intervenção) e no momento 2 (pós-intervenção) e sua evolução.

	Medidas Cognitivas	Momento 1	Momento 2	Evolução
<i>Cognição global</i>	MoCA	-1.56	-0.67	↑
	FAB	-2.75	-1.5*	↑
<i>Atenção e Velocidade de processamento</i>	Código	-1.33	-1.33	=
	Pesquisa de Símbolos	0	0	=
<i>Memória e aprendizagem</i>	Memória Lógica			
	<i>Evocação Imediata</i>	-0.33	-0.33	=
	<i>Evocação Diferida</i>	0	-0.33	=
	Pares de Palavras			
	<i>Evocação Imediata</i>	0.67	0.67	=
	<i>Evocação Diferida</i>	0.67	0.33	=
	Faces			
	<i>Evocação Imediata</i>	-1.00	-0.33	↑
	<i>Evocação Diferida</i>	-1.00	-0.33	↑
	CVLT			
	<i>1ª evocação</i>	-2.38	-0.74**	↑
	<i>Evocação Imediata</i>	-2.09	-0.39**	↑
	<i>Evocação Imediata c/ pista</i>	-2.39	-0.32***	↑
	<i>Evocação Diferida</i>	-1.94	0.16**	↑
	<i>Evocação Diferida c/ pistas</i>	-2.5	-0.9**	↑
	<i>Reconhecimento</i>	-0.93	-0.11	=
	Memória de Dígitos	0.67	0.67	=
<i>Funcionamento executivo</i>	Fluência Verbal semântica	-0.67	0	↑
	Sequência Número-Letra	-0.33	-1.00	↓
	Semelhanças	-0.33	-0.33	=
	Aritmética	-0.67	0	=
	Matrizes	-1.00	0.33	↑
	WCST			
	<i>Categorias Completadas</i>	-1.00	-2.33	↓
	<i>Total de Erros</i>	-1.29	-1.75	↓
	Disposição de Gravuras	-1.00	-1.00	=
	Stroop			
	<i>Palavra</i>	-2.8	-0.8***	↑
	<i>Cor</i>	-2.2	0.2***	↑
	<i>Cor-Palavra</i>	-2.6	0.3***	↑
	<i>Interferência</i>	0.4	0.4	=
<i>Linguagem</i>	Vocabulário	-1.67	-1.00	↑
	Informação	0.67	-1.00	↓
	Compreensão	-1.00	-0.67	=
<i>Capacidades visuo-construtivas e visuo-perceptivas</i>	Completamento de Gravuras	-1.00	-1.00	=
	Composição de Objetos	-1.33	-1.33	=
	Cubos	-0.33	-0.33	=



Nota. Classificação dos valores *z-score* = < -1.00 normal; -1.00 a -1.50 alteração ligeira; -1.50 a -2.00 alteração moderada; -2.00 a -3.00 (ou superior) alteração severa. Com base na análise dos *z-score* assinalaram-se as tendências de evolução: neutra (=), positiva (↑) ou negativa (↓). * aumento de 1 DP; ** aumento de 1.5 DP; *** aumento de 2 DP.

Na avaliação de rastreio do funcionamento executivo com a FAB, observou-se uma evolução positiva do Momento 1 para o Momento 2, tendo-se passado de uma alteração severa ($z = -2.75$) para uma alteração moderada ($z = -1.5$). O padrão de resultados observado noutros instrumentos de avaliação das funções executivas exibiu uma evolução no mesmo sentido. Por exemplo, no subteste Matrizes da WAIS-III verificou-se uma evolução de um défice ligeiro para valores dentro da média ($z = -1$ e $z = 0.33$, respetivamente), assim como no Teste de Stroop se observou a mudança de um défice severo para valores na média na tarefa Palavra ($z = -2.8$ e $z = -0.8$, respetivamente), na tarefa Cor ($z = -2.2$ e $z = 0.2$, respetivamente) e na tarefa Cor-Palavra ($z = -2.6$ e $z = 0.3$, respetivamente). Estes resultados parecem indicar ganhos na capacidade de raciocínio abstrato e de controlo inibitório após o programa de reabilitação neuropsicológica.

Identificaram-se também modificações em algumas medidas cognitivas do domínio da linguagem, tendo sido observado no subteste Vocabulário da WAIS-III uma evolução de uma alteração moderada para ligeira ($z = -1.67$ e $z = -1.00$, respetivamente Momentos 1 e 2) e no subteste Compreensão de uma alteração ligeira ($z = -1.00$) para um valor na média ($z = -0.67$). Relativamente às capacidades visuoespaciais e perceptivas também se registou uma evolução positiva na Composição de Objetos da WAIS-III, onde se observou uma alteração de um défice moderado para ligeiro ($z = -1.67$ e $z = -1.33$, respetivamente Momento 1 e 2).

Evoluções no sentido negativo foram também encontradas. O número de categorias completadas do WCST diminuiu, verificando-se uma alteração de um défice ligeiro ($z = -1.00$) para um défice severo ($z = -2.33$). O total de erros nesta prova também aumentou, observando-se uma alteração de ligeira para moderada ($z = -1.29$ e $z = -1.75$, respetivamente). No subteste Informação da WAIS-III verificou-se uma mudança de um valor na média ($z = 0.67$) para um défice ligeiro ($z = -1.00$), e na Sequência Número-Letra da WMS-III também de um valor na média para uma alteração ligeira ($z = -0.33$ e $z = -1.00$, respetivamente). As restantes medidas cognitivas mantiveram o limiar apresentado no momento de avaliação pré-intervenção.

Discussão

O impacto social advindo da lesão cerebral adquirida (LCA) é muito difícil de avaliar quer para o indivíduo quer para os seus familiares. Na maioria dos casos, a lesão cerebral traz limitações que implicam dependência funcional nas AVDs e introduz repercussões a vários níveis como, por exemplo, dificuldades no regresso à atividade profissional (King & Tyerman, 2010; Spencer & Cernich, 2014). Consequentemente, é relevante que se direcione a intervenção para a recuperação ou compensação dessas mesmas limitações, sendo que a



reabilitação cognitiva tem sido validada como uma das formas mais eficazes de intervenção na LCA.

O presente estudo de caso exemplifica os efeitos positivos que podem ser obtidos através de um programa de reabilitação, implementado ao longo de 4 meses, após uma LCA. Na avaliação neuropsicológica pós-intervenção (Momento 2) identificou-se uma diminuição da severidade das limitações na memória a curto e a longo prazo, na fluência verbal, na atenção seletiva, na capacidade de abstração e no controlo inibitório. Por sua vez, mantiveram-se as limitações na flexibilidade cognitiva, podendo as mesmas traduzir-se numa maior rigidez e inadequação nas interações interpessoais. A avaliação formal e a observação clínica identificaram a presença de sintomatologia depressiva ligeira, colocando-se como hipótese a sua interferência no funcionamento cognitivo do paciente. Além dos indicadores formais (avaliação neuropsicológica) também os indicadores informais (informação recolhida junto de familiar/cuidadora) identificaram melhorias associadas à participação no programa de reabilitação cognitiva, nomeadamente nas capacidades mnésicas e de iniciativa. Permanecendo, no entanto, a necessidade de supervisão devido a comportamentos de risco associados à gestão financeira.

A evolução positiva no desempenho em diferentes domínios cognitivos verificada na avaliação neuropsicológica, bem como o feedback por parte do paciente assim como da sua cuidadora relativamente a melhorias funcionais, sugerem que há benefícios na implementação de programas de reabilitação cognitiva de carácter individualizado. Salienta-se a vantagem dos programas de reabilitação cognitiva serem desenvolvidos tendo como base o padrão de lesão cerebral, o perfil cognitivo apresentado, e os interesses pessoais do paciente.

No presente estudo de caso, tendo em conta a evolução da maioria das componentes cognitivas avaliadas e a natureza da lesão, A.F. beneficiaria da reintegração num processo de reabilitação cognitiva tendo em vista a recuperação/compensação das alterações cognitivas remanescentes, assim como seria benéfica uma intervenção na sintomatologia depressiva apresentada. Para além disso, é fundamental a reavaliação do quadro clínico, aproximadamente 6 meses após o término da intervenção, para controlo da evolução do perfil neurocognitivo.

Apesar do benefício evidenciado deste programa de reabilitação cognitiva, as vantagens poderiam ser potencializadas se o paciente fosse simultaneamente acompanhado de intervenção psicoterapêutica e de apoio especializado à cuidadora e ao seu núcleo familiar. Por último, importa salientar a relevância da implementação de programas de reabilitação cognitiva após a ocorrência de LCA tendo em conta as múltiplas consequências a nível físico, cognitivo, comportamental, emocional e social. As limitações associadas a este processo podem conduzir o indivíduo a uma ansiedade social crescente e, consequentemente, ao seu isolamento (Entwistle & Newby, 2013).



Contacto para Correspondência

Vera Fernandes, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto,
Rua Alfredo Allen 4200-135 Porto, vera_fernandes24@hotmail.com

Referências

- Baeta, E. (2002). Bateria para avaliação neuropsicológica de adultos com epilepsia. *Psicologia*, 16(1), 79-96.
- Brain Injury Society. (2015). What is Acquired Brain Injury? Retrieved from <http://braininjuriesociety.com/information/acquired-brain-injury/what-is-abi/>
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., J., ... Teixeira-Pinto A. (2013). Semantic fluency and phonemic fluency: Regression-based norms for the Portuguese population. *Archives of clinical neuropsychology*, 28, 262-271. doi: 10.1093/arclin/act001
- Entwistle, H., & Newby G. (2013). The very basic basics: definitions, prevalence and consequences. In G. Newby, R. Coetzer, A. Daisley, & S. Weather (Eds.), *Practical Neuropsychological Rehabilitation in Acquired Brain Injury: A Guide for Working Clinicians* (pp. 3-11). London: Karnac Books.
- Fernandes, S. (2012). *Stroop - Teste de Cores e Palavras: Manual*. Lisboa: CEGOC.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 33(9), 989-996. doi: 10.1080/13803395.2011.589374
- Grant, D. A. (1981). *Wisconsin Card Sorting Test (WCST)*. Florida: Psychological Assessment Resources
- Lima, C. F., Meireles, L.P., Fonseca, R., Castro, S.L., & Garrett, C. (2008). The Frontal Assessment Battery (FAB) in Parkinson's disease and correlations with formal measures of executive functioning. *Journal of Neurology*, 255(11):1756-61. doi: 10.1007/s00415-008-0024-6
- King, N. S., & Tyerman, A. (2010). Neuropsychology presentation and treatment of traumatic brain injury. In J. M. Gurd, U. Kıska, & J. C. Marshall (Eds.), *The Handbook of Clinical Neuropsychology* (pp. 541-559). New York: Oxford University Press.
- Shulman, K. I., Shedletsky, R., Silver, I. L., (1986). The challenge of time: clock-drawing and cognitive function in the elderly. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 1(2),135-140.
- Spencer, T. R., & Cernich, A. (2014). Epidemiology and societal impact of traumatic brain injury. In M. Sherer & M. Sander (Eds.), *Handbook on the Neuropsychology of Traumatic Brain Injury* (pp. 3-24). New York: Springer.
- van Heugten, C., Gregório, G. W., & Wade, D. (2012). Evidence-based cognitive rehabilitation after acquired brain injury: A systematic review of content of treatment. *Neuropsychological Rehabilitation*, 22(5), 653-673. doi:10.1080/09602011.2012.680891
- Wechsler, D. (2008). *Escala de Inteligência de Wechsler para adultos (WAIS-III)*. Lisboa: Cegoc.
- Wechsler, D. (2008). *Escala de Memória de Wechsler (WMS-III)*. Lisboa: Cegoc.
- Wilson, B. A. (2000). Compensating for Cognitive Deficits Following Brain Injury. *Neuropsychology Review*, 10(4), 233-243.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang V., Adey M., & Leirer V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4



PARENTALIDADE, FAMÍLIA E COMUNIDADE





Famílias em Casa: Programa de Competências Parentais Estruturado

Joana Serpa¹, & Joana Tinoco de Faria²

1. Apoio à Vida, Portugal

2. Apoio à Vida, Portugal

Resumo

O Apoio à Vida propõe um programa de promoção de competências parentais em regime domiciliário com o objetivo de potenciar as capacidades dos pais à luz das etapas do desenvolvimento físico, cognitivo e afetivo do bebé, promovendo a interação entre ambos. A população acompanhada são mães solteiras ou mães e pais, na faixa etária entre os 19 e os 30 anos, oriundos essencialmente dos PALOPS. O programa é constituído por quatro visitas domiciliárias, de 50 minutos, realizadas em períodos específicos sinalizados no Modelo *Touchpoints* de Brazelton (2005): recém-nascido, três semanas, seis a oito semanas e quatro meses. Cada visita é composta por questões e temas de conversa respetivos a cada etapa do desenvolvimento infantil e por estratégias de promoção da ligação pais-bebé: *Neonatal Behavioral Observation* (NBO, Brazelton & Nugent, 1995); técnicas de massagem (Gross, n.d.); estratégias de savoring (Quoidback, Berry; Hansen & Mikolajczak, 2010) e interação mãe-bebé (Bigsby & Joo Lee, 2010). Para avaliar a sua eficácia, pensou utilizar-se a escala de ligação mãe-bebé (Taylor, Adams, Doré, Kumar & Glover, 2001, in Figueiredo, Marques, Costa et al., 2005), o inventário de percepção neonatal de Broussard (NPI; Broussard, 1964, in Moreira, Silva, Oliveira et al., 2009), aplicados no início e no fim da intervenção, e um questionário de satisfação, utilizado apenas no final. No Programa “Famílias em Casa”, técnicos e família partilham a descoberta do bebé em conjunto, num ambiente facilitador da relação, permitindo conter inquietações, clarificar dúvidas, e apostar na qualidade das relações.

Palavras-chave: Competências parentais; Domicílio; Touchpoints.



Abstract

A domiciliary program, developed by the Apoio à Vida institution, aims to improve parents skills. Based on the physical, cognitive and affective stages of baby's development, promotes parent-baby interaction. The target population is single mothers and parents, with ages between 19 and 30 years, mostly natives from PALOPS. This structured domiciliary program is developed in four 50 minute home visits, conducted in specific periods defined by Brazelton's *Touchpoints* Model (2005): newborn, three weeks, six to eight weeks and four months. Each visit has specific questions about each stage of infant's development and a proposal to promote parents-baby interaction: *Neonatal Behavioral Observation* (NBO, Brazelton & Nugent, 1995); massage techniques (Gross, n.d.); savoring (Quoidback, Berry; Hansenne & Mikolajczak, 2010) and mother-baby interaction (Bigsby & Joo Lee, 2010). To evaluate its efficiency, it has been thought to use the mother-infant bonding scale (Taylor, Adams, Doré, Kumar & Glover, 2001, in Figueiredo, Marques, Costa et al., 2005), the neonatal perception inventory of Broussard (NPI; Broussard, 1964, in Moreira, Silva, Oliveira et al., 2009), applied in the beginning and in the end of the intervention, and a satisfaction questionnaire, only applied at the end. In "Famílias em Casa" Program, professionals and parents share together the Baby's discovery, in a facilitating environment to build relationships, allowing to contain concerns, clarify doubts, and bet on the quality of the relationships.

Keywords: Parental Skills; Domicile; Touchpoints.



Introdução

A investigação tem demonstrado que a relação precoce entre a criança e o seu cuidador principal está largamente associada aos problemas de comportamento da criança, salientando a urgência de intervir no período pós-natal de modo a potenciar a qualidade da saúde mental da mãe e da criança (Barlow et., 2010).

O domicílio apresenta-se como o lugar privilegiado para uma intervenção deste tipo, que assente num modelo relacional e sistémico, pode tornar-se uma oportunidade óptima de observação da dinâmica familiar e integração do bebé na família (Nievar, Egerand & Pollard, 2010). As vantagens das visitas domiciliárias residem na possibilidade de prestar um apoio não intrusivo, num ambiente natural e descontraído, sentido pelas famílias como a prestação de um serviço, mais do que como uma avaliação.

O modelo Touchpoints, relacional e sistémico, base teórica da NBO, caracteriza o desenvolvimento através da sucessão de períodos previsíveis de desorganização, considerados oportunidades ótimas de criação de aliança entre os profissionais e os pais, com vista a uma intervenção mais eficaz (Duarte, 2007). As orientações antecipatórias, as quais servem para antecipar o que irá acontecer após estes períodos de desorganização, têm sido enunciadas como eficazes na promoção de melhores padrões de sono no bebé e no aumento da autoconfiança dos pais nos primeiros meses de vida (Barlow et al., 2010).

A NBO é um sistema de observação do comportamento do recém-nascido, centrada na descoberta partilhada da individualidade do bebé, através da leitura dos seus sinais. Existem autores que evidenciam um efeito promotor da ligação e conhecimento do bebé por parte dos pais, sobretudo, o envolvimento paterno (Kashiwabara, 2012, cit. por Nugent, 2013; Sanders & Buckner, 2006, cit. por Nugent, 2013). Outra vantagem deste sistema é possibilidade de prevenção e monitorização de eventuais situações de depressão pós-parto e ansiedade parental (McManus & Nugent, 2014). A aplicação da NBO em visitas domiciliárias possibilita a complementaridade entre o sistema de saúde e um acompanhamento focado na saúde psico-emocional da família, privilegiando o seu ambiente natural. Pode garantir, assim, a continuidade dos cuidados e do apoio, sobretudo quando se trata de famílias em risco.

Metodologia

O Apoio à Vida é uma instituição de apoio a grávidas, mães e suas famílias, que se encontram numa situação de vulnerabilidade social, económica e/ou psicológica. A população acompanhada é constituída por mães solteiras ou mães e pais com fragilidades ao nível das competências parentais, fraca rede de suporte, gravidezes não planeadas e/ou necessidade de promoção da relação pais-bebé. Tendo em conta as características destas famílias, o Apoio à Vida estruturou este programa com os objetivos de apoiar e facilitar a relação entre os pais e o bebé, promover a adesão à intervenção e alcançar outros membros da família que podem influenciar a díade mãe-bebé e, conseqüentemente, o sistema familiar.

Objetivos

A intervenção domiciliária visa a promoção de competências parentais, com enfoque nos cuidados básicos e na capacitação socio-afetiva dos pais, promovendo a interação pais-bebé.



Esta intervenção é baseada no modelo Touchpoints de Brazelton, com um enfoque relacional e sistémico, envolvendo a família como parceiros de intervenção.

Caracterização da População

A população é constituída por mães solteiras ou mães e pais oriundos essencialmente dos PALOPS, na faixa etária dos 19 aos 30 anos, residentes na área da Grande Lisboa.

Procedimentos

O programa tem a duração de 4 sessões, realizadas em períodos específicos dos Touchpoints de Brazelton (2005): recém-nascido; 3 semanas; 6 – 8 semanas; 4 meses. Estas sessões são aplicadas em contexto domiciliário, por uma Assistente Social e uma Psicóloga, por acreditarmos que um ambiente natural, tanto para o bebé, como para os pais, trará mais naturalidade às respostas de ambos.

As sessões têm a duração de 50 minutos cada, divididos em 3 momentos essenciais: inicial, intermédio e final, com objetivos diferentes cada um. O momento inicial tem a duração de 15 minutos e pretende, de uma maneira geral, actualizar a equipa técnica e os restantes intervenientes (mãe, pai ou ambos). Deve promover-se, ao longo deste momento, uma linguagem positiva, que aumente a motivação e o empenho dos pais. O momento intermédio, por sua vez, tem a duração de 15 a 20 minutos e promoverá uma atividade específica, prática, de forma dinâmica. Este momento tem o intuito de aumentar o envolvimento de todos e estabelecer a aliança terapêutica. O momento final, por fim, pretende uma reflexão sobre a sessão e desafios futuros. Este momento tem a duração de 15 minutos.

A organização em 4 sessões prende-se com a necessidade de intervenção precoce, pelo que a organização das mesmas tenta englobar o maior número de objectivos possíveis de concretizar no intervalo de tempo disponível com este tipo de famílias.

A primeira sessão pretende: esclarecer sobre as quatro atividades realizadas nas quatro visitas, as quais funcionam como campo de estimulação da interação emocional-afetiva entre os pais e o bebé; avaliar a ligação emocional-afetiva pais-filho(a); estabelecer a aliança terapêutica entre os pais e os técnicos; e iniciar a promoção da sensibilidade parental. A Assistente Social é o primeiro agente a recolher as informações essenciais da família para, assim, responder às preocupações mais emergentes dos pais e abrir espaço para a intervenção não sentida como prioritária. Nesta primeira sessão, explora-se, também, o nascimento e os primeiros tempos seguintes, antecipando as principais crises possíveis. Por fim, aplicam-se alguns itens da NBO (Brazelton, & Nugent, 1995) de forma a conhecer o bebé em conjunto com os pais e promover a ligação entre os mesmos.

Na segunda sessão, as três semanas são exploradas, salientando marcos do desenvolvimento infantil e antecipando os seguintes até às seis semanas. A atividade principal é a massagem do bebé (Gross, n.d.), com a finalidade de preparar e descansar os pais para a frustração inevitável de lidar com as cólicas do bebé, promovendo a sintonia entre ambos (Bigsby & Joo Lee, 2010). Esta é conduzida sob as instruções das técnicas e filmada para que, na terceira sessão, o vídeo seja demonstrado aos pais, com a finalidade de se auto-avaliarem e proporem novas formas de comunicação recíproca e envolvimento mútuo.

Na terceira sessão, às seis a oito semanas, são abordados temas como o início da sociabilização do bebé, a autoconfiança parental, seguindo-se a antecipação da maturação



cognitiva do filho(a) e o retorno dos pais a outras rotinas anteriores, como o trabalho. A atividade principal é a interação mãe-bebé, especificamente cara-a-cara, com o objectivo de promover a sintonia entre sinais do bebé e respostas da mãe (Bigsby & Joo Lee, 2010), sendo esta filmada também com o mesmo objetivo da anterior.

Na quarta, e última, sessão, um follow-up é realizado aos quatro meses com os objetivos principais de: explorar as exigências do bebé e as rotinas dos cuidados prestados; antecipar o início da alimentação diversificada, se for esse o caso; reforçar as aprendizagens adquiridas, consolidar estratégias de coping propostas para as fontes de stress parentais identificadas e promover momentos únicos de estimulação do vínculo emocional entre os pais e o bebé. A última atividade tem um efeito facilitador deste último objectivo e consiste na tentativa dos pais fazerem o seu bebé rir. Procurando alargar o efeito pretendido com esta atividade, pede-se aos pais que filmem a melhor *performance* do bebé e que possam enviar para a equipa técnica mais tarde.

Avaliação

Sendo um projeto muito recente, está a construir-se uma metodologia de avaliação adequada às quatro sessões e ao pouco tempo disponível das famílias. Um dos principais objetivos é avaliar a ligação existente entre os pais e o bebé, i.e., a preocupação com a segurança e o bem-estar do bebé e o investimento emocional depositado pelos pais, através da escala de ligação mãe-bebé (Taylor, Adams, Doré, Kumar & Glover, 2001, in Figueiredo, Marques, Costa et al., 2005). Para avaliar a percepção que os pais têm do comportamento do seu bebé em comparação com a maioria dos bebés ou do “Bebé Típico”, utiliza-se o inventário de percepção neonatal de Broussard (NPI; Broussard, 1964, in Moreira, Silva, Oliveira et al., 2009), sendo aplicado no início e no fim da intervenção. Por fim, aplicamos também um questionário de auto-resposta com o objectivo de medir o nível de satisfação dos pais com esta nova intervenção, sendo aplicado apenas no final. Esta metodologia de avaliação vai iniciar a sua implementação no início de Outubro de 2016, não existindo atualmente resultados passíveis de serem analisados. Num período de dois anos de avaliação, espera obter-se uma amostra significativa para realizar um estudo completo sobre o impacto desta intervenção.

Implicações Práticas

Facilitar e valorizar o conhecimento que os pais têm, natural e espontaneamente, do seu bebé, por um lado e, por outro, apoiar a leitura que podem fazer dos sinais que o bebé lhes dá, sobretudo num 1º filho, pode contribuir para a construção dos alicerces de uma vinculação segura.

A partilha deste programa de competências parentais estruturado, pretende sublinhar a importância da abordagem relacional, em intervenções no domicílio. Sendo um ambiente de extrema sensibilidade, em que as famílias “abrem as portas” aos profissionais, a forma como estes entram vai condicionar a intervenção e a possibilidade de mudança da família. Deste modo, uma abordagem relacional, num ambiente natural, pode constituir uma forma de promoção de competências e abertura à mudança, prevenindo riscos futuros na relação pais-filhos.



Outra meta importante será a inclusão da NBO nos cuidados de saúde primários de rotina (Mivsek & Zidaric, 2013), uma vez que promove o conhecimento do bebé em conjunto com a família, potenciando a sintonia relacional precoce entre pais e filhos.

Agradecimentos

Agradecemos a todas as famílias que aceitaram receber-nos em sua casa numa fase tão importante da sua vida, sobretudo, pela sua abertura e disponibilidade.

Contacto para Correspondência

Joana Serpa, Apoio à Vida, Calçada da Tapada 143, 1300-343 Lisboa,
joana.serpa@apoioavida.pt

Joana Tinoco de Faria, Apoio à Vida, Calçada da Tapada 143, 1300-343 Lisboa,
joana.tfaria@apoioavida.pt

Referências

- Barlow, J., Schrader McMillan, A., Kirkpatrick, S., Ghate, D., Smith, M., & Barnes, J. (2010). Health-led parenting interventions in pregnancy and early years. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(4), 178-185. doi: 10.1111/j.1475-3588.2010.00570.x
- Bigsby, R., & Joo Lee, Y. (2010). Neonatal screening and supportive interventions to promote neurobehavioral development. *Medicine and Health/Rhode Island*, 93(5), 139-141.
- Brazelton, T. B., & Nugent, J. K. (1995). The Neonatal Behavioral Assessment Scale, 3rd Edition. MacKeith Press, London.
- Brazelton, T. B. (2005). Forças e pressões na família dos nossos dias: preparar o futuro. In Gomes-Pedro, J., Nugent, J. K., Young, J. G., & Brazelton, T. B. (2005). *A criança e a família no século XXI*. Lisboa: Dinalivro.
- Duarte, S. (2007). O modelo Touchpoint: O nascimento da relação, em conjunto com os pais. A utilização do modelo e a sua relação com as representações maternas da parentalidade, estilos de vinculação maternos e interacção: Diferenças ou semelhanças? Dissertação de Mestrado não publicada. Acedida de <http://hdl.handle.net/10400.12/492>.
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Bonding: Escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*, 40, 133-154.
- Gross, E. L. (n.d.). O livro do desenvolvimento do bebé dos 0 aos 3 anos. *Psicopediatria*. Paulus Editora.
- McManus, B. & Nugent, J. (2014). A Neurobehavioral intervention incorporated into a state Early Intervention Program is associated with higher perceived quality of care among parents of high-risk newborns. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 41(3), 381-389.
- Mivsek, A. P. & Zidaric, T. S. (2013). Mood disorders and mother-infant relationship: The supportive role of a midwife. *Mood Disorders*, Prof. Nese Kocabasoglu (Ed.). ISBN: 978-953-51-0959-4, InTech, DOI: 10.5772/53253. Acedido de <http://www.intechopen.com/books/mood-disorders/mood-disorders-and-mother-infant-relationship-the-supportive-role-of-a-midwife>
- Moreira, H., Silva, S., Oliveira, C., Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Barros, L. (2009). Percepção neonatal na transição para a maternidade: Estudos psicométricos do inventário de percepção neonatal numa amostra de mães da população portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 28(2), 81-104.



- Nievar, M. A., Van Egeren, L. & Pollard, S. (2010). A meta-analysis of home visiting programs: moderators of improvements in maternal behavior. *Infant Mental Health Journal*, 31(5), 499–520.
- Nugent, J. K. (2013). The competent newborn and the neonatal behavioral assessment scale: T. Berry Brazelton's Legacy. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26, 173-179.
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 368–373. doi:10.1016/j.paid.2010.03.048



A adolescência e a relação entre pais e filhos no século XXI: um estudo qualitativo

Sandra Santos¹, Maria Araújo¹, & Ana Conde¹

1. Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Portugal

Resumo

De acordo com os pressupostos teóricos do Construcionismo Social e da Abordagem Sistémica, este estudo pretendeu compreender a adolescência e relação entre pais e filhos neste período, a partir da visão dos próprios e do cruzamento de ambas as visões. Para este propósito foram utilizados *focus group*, nos quais participaram 13 famílias e procurou-se aceder e compreender as visões, os significados e a co-construção dos discursos de pais e filhos. Através de uma nova metodologia designada por *focus group circular*, pais e filhos foram convidados a refletir sobre os pontos de vista uns dos outros. Os resultados encontrados permitiram verificar a existência de uma conceção da adolescência tardia e como um período não conflituoso. Pais e filhos destacam ainda que sob pontos de vista diferentes, a iniciação sexual, a influência do grupo de pares e os perigos da internet como as dificuldades e desafios. No que diz respeito às estratégias, o conflito parece ter sido substituído pelo diálogo, as relações tornaram-se cada vez mais horizontais, em que pais e filhos se protegem e se controlam mutuamente. No que toca às visões sobre visões, apesar de não se ter verificado grande discordância geracional, os filhos referem sentir-se surpresos com a compreensão que os pais revelam sobre a adolescência, e a nova metodologia utilizada permitiu a pais e filhos a alteração de algumas opiniões sobre determinadas práticas parentais. No final, são discutidos estes resultados à luz da literatura e apontadas as limitações e potencialidades desta investigação.

Palavras-chave: adolescência; famílias; *focus group*; *grounded theory*;



Abstract

According to the assumptions of social constructionism and systemic approach, this study intended to understand the adolescence and the relation between parents and children in this particular development stage, using the analysis of the views of both, as well the analysis of the their crossing views. For this purpose focus groups sessions were performed with 13 families where it sought to access and understands the views, the meanings and the co-construction of speeches of parents and children on this theme. Through a new methodology called “focus groups circular”, parents and adolescents were asked to reflect on the views of each other. The findings revealed the existence of a conception of adolescence as a period that happens increasingly later and as a non-confrontational period. Parents and their children highlighted, with distinct views, the sexual initiation, the peers influence and the dangers of internet as difficulties and challenges. Regarding the strategies, the conflict seems to be replaced by dialogue, the relationships become increasingly more horizontal, wherein parents and adolescents protect and control each other. Relating to the views, despite the absence of a large generational disagreement, the children refer to feel surprised with the understanding showed by their parents about adolescence. The new methodology allowed as well parents and children to change some opinions on specific parenting practices. In the end, these results were discussed, in the light of the literature and identified the limitations and potential of this research.

Keywords: adolescence; families; focus group; grounded theory;



Introdução

Na abordagem Sistémica os fenómenos são vistos não como fenómenos individuais mas como sendo o produto de interações, sendo que neste sentido as relações entre os sistemas e os elementos que os compõem têm um especial destaque (Richard, 1998). Quanto ao Construcionismo Social, este é um movimento no qual a leitura dos fenómenos assenta na compreensão dos discursos sociais dominantes, segundo o tempo e o lugar em que os mesmos ocorrem (Costa, 2010).

Na segunda metade do século XX deu-se um conjunto de alterações sociais que consequentemente provocaram alterações na família (Marques & Torres, 2009; Relvas & Alarcão, 2002; Pratta & Santos, 2007; Sampaio, 2002; Wagner, Pedebon, Mossman & Verza, 2005), e emergiram novas preocupações sociais como a internet (Ponte & Vieira, 2008) e o consumo de drogas (Cavalcante, Alves & Barroso, 2008). Com todas as alterações sociais do século XX, a própria família e a adolescência foram também alvo de profundas mudanças (Pratta & Santos, 2007; Wagner, Pedebon, Mossman & Verza, 2005; Sampaio, 2002). Em consequência de todas estas alterações sociais e familiares a adolescência para ocupar atualmente o lugar principal na família e na sociedade, surgindo o conceito de uma sociedade/cultura adolescêntica (Lírio, 2012; Marchi, 2007). Para além disso, a adolescência é um período da vida que acarreta profundas alterações não só para o jovem, como também para toda a família.

Num mundo de incertezas, orientado para o hedonismo, onde novos perigos parecem estar mais acessíveis aos jovens, urge compreender de que forma, adolescentes e pais vivem este período da adolescência no século XXI. Assim sendo, a partir das alterações sociais e dos modelos teóricos acima descritos pretendeu-se com este estudo dar a centralidade a pais e filhos, no sentido de compreender quais os “lugares” que ocupam e quais os que gostariam de ocupar, que desafios e dificuldades sentem, que estratégias usam para lidar com estes desafios e acima de tudo, o que pensam uns sobre o que os outros pensam, que visões têm sobre outras visões.

Uma vez que este estudo se centra na etapa da adolescência é importante que a possamos definir. A adolescência é uma construção social, cultural, histórica e relacional que designa várias coisas, como sendo uma geração, uma faixa etária, um contingente populacional, uma categoria social ou um período de vida (Abramo & León, 2005). Após vários séculos onde é descrita a idade que corresponde ao que hoje podemos designar de adolescência, eis que o conceito apenas se definiu concretamente no início do século XX devido aos contributos de Stanley Hall (1904). Atualmente a adolescência é caracterizada pela faixa etária entre os 10 e os 19 anos (APA, 2002; UNICEF, 2011), fase em que ocorrem as principais alterações físicas, cognitivas e emocionais que permitem ao indivíduo a maturação. Destas alterações decorre um conjunto de tarefas desenvolvimentais próprias como o desenvolvimento corporal, psicossocial, cognitivo, psicossocial e moral.

De forma a compreender a adolescência, e de um ponto de vista sistémico, é necessário também compreender a família e toda a sua complexidade. A família com filhos adolescentes faz parte de um dos oito estádios do ciclo vital da família conceptualizado por Duvall (1971). Segundo Alarcão (2002, p.165) esta é a “*etapa mais longa e mais difícil do ciclo vital*” da família, uma vez que comporta um conjunto de alterações e de problemáticas com as quais



nunca se lidou antes, enquanto sistema, e que requerem um constante reequilíbrio entre o sistema e os seus elementos. Em consequência de todas as alterações a que o adolescente e a família estão expostos nesta fase desenvolvimental, surgem alguns desafios e dificuldades para o sistema familiar, os quais compreendem: a autonomização dos filhos; o afeto, o controlo e os estilos parentais; o retorno dos pais aos aspetos conjugais e profissionais; o conflito entre pais e filhos; a relação com os irmãos, a integração no grupo de pares; a iniciação das relações amorosas e sexuais; e as escolhas vocacionais.

Uma vez que o objetivo deste estudo é aceder às visões de pais e filhos, a literatura demonstra a existência de visões diferenciadas entre pais e filhos sobre a adolescência, a parentalidade e as relações familiares (Collins & Laursen, 2004). Nos estudos existentes denota-se uma carência de investigações que destaquem simultaneamente a visão de pais e filhos, algo que se demonstra importante para a compreensão holística da adolescência enquanto fenómeno relacional. No entanto e no que diz respeito às relações familiares Collins e Laursen (2004) demonstram que as mães têm uma maior tendência a avaliar a sua família de uma forma mais positiva do que os seus filhos, relatando frequentemente mais calor e afeto entre os elementos do sistema familiar. Os mesmos autores demonstram ainda a existência de diferentes relações entre os filhos rapazes e raparigas e os seus pais e mães. Estes adolescentes demonstram ter relações mais calorosas com as suas mães, sendo que só os rapazes têm relações mais próximas com o seu pai. No que diz respeito à visão sobre a adolescência a literatura demonstra existir uma visão diferenciada sobre a adolescência. A adolescência tal como é tratada nas revistas para adolescentes é descrita destacando as relações do adolescente, sejam afetivas ou sexuais, enquanto que nos meios de comunicação dirigidos aos pais salienta-se a adolescência como período problemático (Santos, Neto & Sousa, 2011).

Relativamente à parentalidade, Nóbrega (1997) realizou uma investigação na qual solicitou aos adolescentes que descrevessem os seus pais e mães segundo um leque de adjetivos. Os resultados encontrados demonstraram que os adolescentes descrevem ainda os seus pais numa perspetiva tradicional como sendo o líder.

Metodologia

O objetivo geral deste estudo é compreender o fenómeno da adolescência e a relação entre pais e filhos na atualidade, através da co-construção dos discursos em torno das conceções, desafios, dificuldades e estratégias próprias desta fase. Devido à natureza compreensiva do estudo em execução, foi selecionada uma metodologia qualitativa como a mais adequada para a recolha e análise de dados. Assim sendo, seguem-se os objetivos específicos deste estudo:

1. Compreender as conceções que pais e filhos têm sobre a adolescência
2. Compreender as principais dificuldades sentidas por pais e filhos na relação pais-filhos adolescentes.
3. Compreender as estratégias usadas por pais e filhos para lidar com estas dificuldades/desafios.



4. Compreender as visões de pais e filhos sobre as visões dos adolescentes e pais, respetivamente.

Destes objetivos, decorrem as seguintes questões:

1. Quais são os desafios/dificuldades que se colocam atualmente na relação pais-filhos adolescentes?
2. Como é que pais e filhos lidam/pensam/sentem os desafios e as dificuldades inerentes a esta fase do ciclo vital?
3. Como é que pais e filhos se posicionam face às visões dos filhos e pais, respetivamente?

Para a resposta a estas questões tornou-se necessária a colocação da seguinte questão:

Quais são as conceções atuais de pais e filhos sobre a adolescência?

Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 13 famílias, englobando no total 15 pais/mães com idades compreendidas entre os 40 e os 55 anos, e um grupo de 13 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos. Para a realização deste estudo, foi recolhida uma amostra de conveniência, de participantes residentes no distrito do Porto, através de um processo de bola de neve, o qual consistiu na distribuição de folhetos informativos sobre este estudo a alguns pais e filhos, que por sua vez os distribuíram a outros indivíduos.

Procedimentos

De forma a garantir as condições éticas e deontológicas foi solicitado o consentimento informado dos participantes, em documento escrito. Foram utilizados alguns procedimentos de recolha de dados como o Questionário Sociodemográfico, *Focus Group* tradicional, e o *Focus Group Circular*.

O questionário sociodemográfico foi constituído para o efeito no sentido de caracterizar em termos sociodemográficos o agregado familiar. É composto por 6 questões, no sentido de apurar o local de residência, o estatuto socioeconómico e situação profissional dos pais, escolaridade dos pais e filho, o número de filhos e respetivas idades do agregado.

No sentido de aceder aos pensamentos, opiniões e discursos dos participantes foi utilizada a metodologia do *focus group*, que é um tipo de recolha de dados qualitativos. O *focus group* consiste na realização de um grupo de discussão onde se debate um tema sobre o qual se quer obter informação (Khan et al., 1991), o qual é gravado em áudio ou vídeo (Mack, Woodson, MacQueen, Guest & Namey, 2005). Os dados do *focus group* analisados são constituídos pelo conteúdo das sessões e foca-se na transcrição das mesmas (Freitas & Oliveira, 1998; Oliveira & Freitas, 1997).

Para este estudo e para a exploração desta temática foi implementada uma nova metodologia investigativa designada *Focus Group Circular*. Esta nova metodologia, criada para o efeito, assenta em duas metodologias da Terapia Familiar Sistémica, nomeadamente as Equipas



Reflexivas e o Questionamento Circular, que permitem a construção de novas explicações e novas perspetivas que permitam uma visão mais ampliada e complexa de determinado tema. O *Focus Group Circular* pretendeu colocar pais e filhos no papel de equipa reflexiva e de equipa de campo, assumindo o papel central, de forma a compreender a circularidade dos discursos, ou seja, a compreensão do que uns pensam sobre o que os outros pensam. Com o *Focus Group Circular* pretende-se fazer surgir novos diálogos que permitam compreender a complexidade da interação entre pais e filhos adolescentes para lhe dar novos sentidos (Araújo & Conde, n.d.).

Procedimentos de Análise de Dados

Dados os objetivos deste estudo e as suas bases teóricas optou-se por uma metodologia construtivista da *Grounded Theory*, seguindo a proposta de Charmaz (2006). Esta autora apresenta uma nova conceitualização da GT, em que o seu foco está na investigação do processo social básico. No processo social básico os paradigmas são vistos como formas possíveis de conceber o mundo, relativamente diferentes e não fechados, em que não é assim possível separar a realidade existente e quem a vê, dando origem a uma pluralidade de olhares sobre a mesma realidade.

Todo o material recolhido dos *focus groups* foi analisado, inicialmente a partir de memorandos e só depois codificado, seguindo o método da comparação constante. Para a codificação utilizaram-se os processos de codificação inicial e focalizada. O primeiro pretendeu codificar a informação, linha a linha com palavras que refletem a ação. O segundo pretendeu organizar os dados da codificação inicial em categorias dirigidas, seletivas e conceituais que fossem explicativas da informação (Charmaz, 2006). Todo o procedimento de categorização foi alvo de reflexão conjunta com outros investigadores, nomeadamente com os orientadores e colega de investigação.

Questões de Rigor e Validade

Como estratégias de rigor e de validade de forma a assegurar a credibilidade do procedimento de recolha e análise dos dados, foram adotadas as seguintes estratégias:

1. Foi realizada uma experiência piloto do *focus group* com jovens universitários (amostra mais acessível), de forma a testar e adaptar a metodologia criada, a treinar as competências de dinamização de grupo e validar o guião.
2. Foi analisado todo o material recolhido, inicialmente a partir de memorandos e só depois codificado, seguindo o método da comparação constante;
3. Todo o procedimento de categorização foi alvo de reflexão conjunta com outros investigadores, nomeadamente com os orientadores e colega de investigação.
4. Foi realizada uma descrição detalhada dos resultados no sentido de outros investigadores poderem ter um julgamento informado sobre a categorização e poderem reconstruir a análise;



Resultados

Os resultados encontrados foram organizados em dois tipos de visões:

1. As visões de pais e filhos sobre a adolescência: a conceção de adolescência, dificuldades e desafios da adolescência, e estratégias adotadas para lidar com os desafios e dificuldades;
2. As visões de visões: visões de pais sobre as visões dos filhos adolescentes, e visões dos filhos adolescentes sobre as visões dos pais.

Visões de pais e filhos sobre a adolescência

Os resultados sobre a conceção de adolescência revelam a existência de uma conceção de adolescência como um período que se inicia mais tarde. Pais e filhos contemplados discordam da conceção de adolescência como tempestuosa ou conflituosa, caracterizando-a como um período não conflituoso ou problemático, ao contrário do exposto na literatura. Apesar disso retratam a adolescência dos outros como problemática, evidenciando um contraste entre as conceções pessoais e sociais que têm acerca da adolescência. Nenhum dos grupos referiu as alterações físicas que ocorrem na adolescência.

Em relação aos desafios e dificuldades, os pais revelam a dificuldade em lidar com a sexualidade dos filhos devido à iniciação precoce, a existência de vários parceiros e pela importância das emoções que consideram estar ausentes. Por seu lado os filhos consideram a iniciação sexual como algo normal, revelando alguma preocupação com uma sexualidade responsável e no contexto de uma relação amorosa.

Em vez de os adolescentes lutarem pela sua autonomia são os pais aqueles que a encorajam, apesar da recusa dos seus filhos. Este é um resultados novo, inesperado e surpreendente. Assim sendo, a negociação das saídas não se apresenta como uma dificuldade.

Em relação às estratégias, o conflito parece ter sido substituído pelo diálogo, as relações tornaram-se mais horizontais, em que pais e filhos se protegem e controlam mutuamente, o que é distinto da literatura. Os pais e filhos participantes desta investigação revelam a existência de diálogo e comunicação entre si, referindo terem-se aproximado relacionalmente nesta fase.

Visões Sobre Visões

Em relação às visões, apesar da inexistência de uma grande discordância geracional, os adolescentes referem sentir-se surpreendidos com a compreensão demonstrada pelos seus pais acerca desta fase. É de enfatizar a grande concordância entre pais e filhos na maioria dos temas. Dos diálogos criados entre pais e filhos novos temas surgiram, nomeadamente a existência de um papel invertido entre pais e filhos, onde atualmente os filhos também controlam os pais, e o sentimento de hiper-responsabilização dos pais pelos comportamentos adotados pelos seus filhos. Outro resultado a destacar foi a perceção diferencial de pais e filhos sobre os perigos da internet, ora como um perigo sexual ou como perigo de alienação, bem como a perceção sobre o grupo de pares, ora como uma má



influência versus boa influência. A metodologia utilizada permitiu não só aceder às descontinuidades como também à ocorrência de alterações. Assim surgiram mudanças na forma como os pais geram a proximidade na relação com os filhos, e os filhos alteraram a forma como olham para a liberdade dada pelos pais.

Esta nova metodologia permitiu também que pais e filhos alterassem algumas opiniões sobre algumas práticas parentais específicas.

Discussão

Pais e filhos apresentam uma conceção da adolescência como sendo uma etapa mais prolongada no tempo. Este resultado é consistente com o postulado por Pratta e Santos (2007). Estes autores referem que em sociedades tecnologicamente mais avançadas a adolescência tem tendência a prolongar-se no tempo. Os contrastes nas conceções pessoais e sociais sobre a adolescência indicam haver uma visão distinta da adolescência que vivenciam e da adolescência que percecionam em contextos exteriores aos seus. Este resultado é também sustentado por Sampaio (2002), Susman, Dorn e Schiefelbein (2003) e Pratta e Santos (2007). Estes autores demonstram a existência de uma visão social prévia da adolescência como problemática, embora destaquem que a maioria dos indivíduos passa por este período sem grandes problemas.

Relativamente à dificuldade dos pais em relação à sexualidade dos filhos, de acordo com Aboim (2013) e Vieira (2012) os jovens atualmente iniciam a sua vida sexual entre os 16-18 anos, o que não acontecia com os seus pais. Por seu lado, os filhos demonstraram encarar a sexualidade apenas no quadro de uma relação amorosa estável e duradoura. Vieira (2012) confirma a visão dos adolescentes pois no seu estudo, ambos os grupos de jovens afirmam ter a primeira relação sexual frequentemente num contexto de relação amorosa.

No que diz respeito à recusa de liberdade pelos filhos, esta pode ocorrer devido ao aumento da utilização das novas tecnologias, à alteração da visão da autonomização como um objetivo (tornando-a desinteressante), à pseudo-individuação (Penso, 2008) e ao adiamento da autonomização.

Pais e filhos referiram a existência do diálogo como estratégia utilizada para lidar com as vivências da adolescência. Este resultado é contrastante com o exposto por Alarcão (2002) na literatura. Apesar desta visão turbulenta da adolescência, outros autores como Martins (2005), Pratta e Santos (2007) e Pruteanu (2013) referem a existência de relações mais baseadas no diálogo. Os filhos referem ter havido um aumento da aproximação aos pais nesta etapa da adolescência, o que contrasta com o apresentado por Collins e Laursen (2004) e Bowlby (1969) que postulam a existência de um afastamento familiar no sentido de autonomização dos filhos.

Se inicialmente os pais referiam a internet como um problema pelo aliciamento dos sexualmente, os filhos por seu turno dão relevância à questão da alienação. Esta discordância pode dever-se ao aumento exponencial do número de aliciamentos e consequentes abusos sexuais que ocorrem através da internet, facto que cada vez mais preocupa os pais (Franks, 2012). A questão da alienação, colocada pelos filhos, demonstra-se pertinente, sendo que é demonstrada pelo estudo de Huang e Leung (2009), o qual demonstra uma associação positiva entre timidez, alienação da família, pares e escola e o uso abusivo e aditivo da internet. Foi ainda demonstrada uma relação entre o uso abusivo da internet e baixos valores



académicos. A alienação passa a ser uma preocupação que ganha cada vez mais importância, sendo considerada atualmente pela APA como uma perturbação mental, passando esta a constar categoria nosológica na versão V do DSM.

Os resultados deste estudo evidenciaram ainda a existência de alterações nas suas visões relativamente a alguns aspetos da relação familiar, as quais podem ser decorrentes da metodologia do *focus group circular* que foi utilizada, demonstrando uma tomada de perspetiva, dos filhos em relação à opinião dos pais, e dos pais em relação à opinião dos filhos.

Limitações Este estudo apresenta algumas limitações em termos de amostragem e metodologia, nomeadamente o reduzido tamanho da amostra, a homogeneidade entre os participantes e o grande número de famílias nucleares. O número de sessões poderia ser aumentado para obtenção de informação mais completa e profunda sobre o tema. As sessões foram conduzidas por dois investigadores diferentes, com diferentes características e formas de moderação de *focus group*, o que pode ter influenciado a informação fornecida pelos participantes. As respostas por desejabilidade social podem também ter ocorrido. De forma a suprimir algumas das limitações encontradas nesta investigação propõe-se a replicação deste estudo com uma amostra menos homogénea. Seria ainda interessante acompanhar as famílias participantes desta investigação através de estudos intra-caso.

Por fim seria pertinente no futuro investigar o que acontece antes dos 14 anos, uma vez que esta foi a idade considerada por pais e adolescentes como o início da adolescência, dado distinto da literatura.

Conclusões

Em suma, este estudo permite não só colocar em evidência os novos temas de preocupação (como a internet e o futuro profissional), mas também as novas formas de relação entre pais e filhos adolescentes como a aproximação relacional e a substituição do conflito pelo diálogo, como também poderá ter implicações terapêuticas no planeamento de futuras intervenções. São lançadas ainda novas pistas para a investigação, nomeadamente a nova metodologia utilizada, que apesar de carecer de investigação mais aprofundada sobre a sua eficácia, parece oferecer algumas mais-valias, nomeadamente o facto de esta permitir a circularidade, dando oportunidade a cada grupo de tomar o lugar de equipa reflexiva e originar novas informações e visões.

Apesar das limitações já mencionadas, dadas as profundas alterações sociais na família, considera-se importante a realização de mais estudos sistémicos, que coloquem em destaque, em contraste e em diálogo os discursos dos diferentes elementos da família. Isto, no sentido de se obter uma visão mais complexa e sistémica deste fenómeno.

Contacto para Correspondência

Sandra Santos, Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 541/619, 4200-072 Porto, srafribeirosantos@gmail.com.



Referências

- Aboim, S. (2013). *A sexualidade dos Portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Abramo, H. W., & León, O. D. (2005). *Juventude e Adolescência no Brasil: referências conceituais*. Retirado de: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05623.pdf>
- Alarcão, M. (2002). *(des)Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto.
- American Psychological Association (2002). *Developing Adolescents: a reference for professionals*. Retirado de: <http://www.apa.org/pi/families/resources/develop.pdf>
- Araújo, M. & Conde, A. (n.d.) *Focus Group Circular*. Porto: In press.
- Borges, C. & Santos, M. (2005). Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. *Rev. SPAGESP*, 6(1) 74-80. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702005000100010
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol 1*. London: The Hogarth Press.
- Cavalcante, M., Alves, M. & Barroso, M. (2008). Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(3), 555-559. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a24>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical guide through qualitative analysis*. Londres: Sage.
- Collins, W. & Laursen, B. (2004). Parent-Adolescent relationships and influences. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology* (2nd edition). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Costa, L. (2010). A Perspectiva Sistémica para a Clínica da Família. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 95-104. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26nspe/a08v26ns.pdf>
- Duvall, E. (1971). *Family development*. Philadelphia: Lippincott
- Freitas, H. & Oliveira, M. (1997). Focus Group – pesquisa qualitativa: resgatando a teoria, instrumentalizando o seu planeamento. *Revista de Administração de São Paulo*, 33(3), 83-91. Retirado de: www.rausp.usp.br/download.asp?file=3303083.pdf
- Franks, M. (2012). Sexual harassment 2.0. *Maryland Law Review*, 7(3), 655-704. Retirado de: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9c01b49b-fa01-4d62-8b6f-f18a8350ac80%40sessionmgr112&vid=2&hid=127>
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Sociology Press.
- Guimarães, F. & Costa, L. (2003). Clínica psicológica do adolescente: do sistema à abordagem narrativa. *Paidéia*, 12(24), 163-174. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/05.pdf>
- Hall, S. (1904). *Adolescence, Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education 2 Vols*. New York, Appleton.
- Huang, H. & Leung, L. (2009). Instant messaging addiction among teenagers in China: shyness, alienation, and academic performance decrement. *CyberPsychology & Behaviour*, 12(6), 675-679. Retirado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=eed74c2c-8ffc-4bc7-9dfc-ef8b2c2e6911%40sessionmgr111&vid=2&hid=127>
- Khan, M., Anker, M., Patel, B., Barge, S., Sadhwani, H. & Kohle, R. (1991). The use of focus groups in social and behavioural research: some methodological issues. *World Health Stat Q*, 44(3), 145-9. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1949882>
- Lírio, L. C. (2012). *Adolescência na pós-modernidade*. Em Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST, São Leopoldo, EST. Retirado de: <http://anais.est.edu.br/index.php/congresso/article/view/16/11>
- Marchi, R. (2007). *Os Sentidos (parado-xais) da Infância nas Ciências Sociais: um estudo de Sociologia da Infância crítica sobre a “não-criança” no Brasil* (Tese de Doutorado não publicada). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Retirado de: <http://www.ced.ufsc.br/~nee0a6/ritamarTSE.pdf>
- Mack, N., Woodson, C., MacQueen, K., Guest, G. & Namey, E. (2005). Focus Groups. Em Family Health International (Ed.), *Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide* (pp. 51-115). Retirado de: <http://www.fhi360.org/NR/rdonlyres/exoqw6qww2dfbxk2rdix3dmwzr5i4eviuqzhlz2qk25eabfd6tyttmnmqmo6epkn7mecnva7bw5bh/focusgroups1.pdf>



- Marques, C., & Torres, A. (2009) "Não há ideais de pais, falhamos sempre": dilemas da parentalidade no início do século XXI. Artigo apresentado no X Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Braga. Retirado de: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31018796/Volume04.pdf?AWSAccess-Key-Id=AKIAIR6FSIMDFXPEERSA&Expires=1382659816&Signature=sCdrF1gGI0vzvF2eTRPfIV5zMYk%3D&response-content-disposition=inline#page=117>
- Martins, V. (2005). *Empresa familiar: os conflitos entre o sistema familiar e o sistema organizacional em uma empresa catarinense*. Biguaçu: Universidade do Vale o Itajaí.
- Nóbrega, N. (1997). O Papel da parentalidade na construção do sujeito. *Coletâneas ANPEPP*, 1(7), 135-146. Retirado de: <http://www.infocien.org/Interface/Colets/v01n07a011.pdf>
- Oliveira, M. & Freitas, H. (1998). *A realidade operacional do Focus Group como investigação qualitativa... Feedback de uma experiência monitorada*. Retirado de: http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_1998/AI/AI9.pdf
- Penso, M. (2008). *A transmissão geracional em diferentes contextos: da pesquisa à intervenção*. São Paulo, Summos.
- Pratta, E. & Santos, M. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 247-256.
- Pruteanu, L. (2013). The influence of the intra-family communication on the adolescent development. In N. Gavriluta, I. Frasin & C. Vasiliu (Eds.), *Unity and diversity in knowledge society* (pp.267-282). Iasi, Romania: Institutul European. Retirado de: <http://sistem.acadiasi.ro/sites/default/files/%2BUnity%20and%20Diversity%20in%20Knowledge%20vol%201%20online%2012mart2013.pdf>
- Relvas, A. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (3ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. & Alarcão, M. (2002). *Novas formas de família*. Coimbra: Quarteto
- Richard, M. (1998). *As correntes da Psicologia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Sampaio, D. (2002). *Inventem-se novos pais*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Santos, M., Neto, M., & Souza, Y. (2011). Adolescência em revista: um estudo sobre representações sociais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(2), 103-113.
- Susman, E., Dorn, L. & Schiefelbein (2003) Puberty, sexuality and health. (2003). In R. Lerner, M. A. Easterbrooks & J. Mistry (Eds.), *Handbook of Psychology Vol. 6: Developmental Psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Vieira, C. (2012). *"Eu faço sexo amoroso" – A sexualidade dos adolescentes pela voz dos próprios*. Lisboa: Bizâncio
- United Nations Children's Fund (2011). *Adolescence: An age of opportunity*. Retirado de: http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf
- Wagner, A., Predebon, J., Mossman, C. & Verza, F. (2005). Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(2), 181-186



Validação preliminar da Medida de Reflexão Sociomoral-Versão Adaptada numa população forense portuguesa

Mariana Amaral Saramago¹, Jorge Cardoso², & Isabel Leal¹

1. William James Center for Research, ISPA- Instituto Universitário, Portugal

2. Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (CiiEM), Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Caparica, Portugal

Resumo

O raciocínio moral constitui um processo inerente à cognição humana, que há muito vem sendo estudado na sua relação com a delinquência. Em Portugal, não existe nenhum instrumento que avalie este constructo, que esteja especificamente adaptado para a população forense. O presente estudo procurou avaliar as qualidades psicométricas da Sociomoral Reflection Measure – Adapted Measure (SRM-AV; Hornsveld, Kraaimaat, & Zwets, 2012), com recurso a uma amostra forense portuguesa. Este instrumento é composto por 20 questões, que avaliam os valores morais dos indivíduos e o estágio de desenvolvimento moral em que estes se encontram, sendo uma versão adaptada para a população psiquiátrica forense. A amostra contemplou 144 homens ($M_{idades} = 44,59$; $DP = 11,185$; $min = 21$; $máx = 75$), a cumprirem penas de prisão por crimes sexuais num estabelecimento prisional português. Realizou-se uma análise fatorial confirmatória, utilizando-se como índices de ajustamento a razão qui-quadrado por graus de liberdade (χ^2/df), o Comparative Fit Index (CFI), o Goodness of Fit Index (GFI) e o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). A consistência interna foi estimada pelo Coeficiente alfa de Cronbach padronizado (α). Os resultados obtidos indicam qualidades psicométricas razoáveis ao nível da consistência interna. A estrutura multidimensional subjacente ao SRM-AV permitiu a identificação de quatro fatores, tal como é corroborado na literatura.

Palavras-chave: raciocínio moral; agressores sexuais; psicometria; estudo de validação.



Abstract

Moral judgement is an inherent characteristic in human cognition and its relationship with delinquency has long been studied. In Portugal, there is no measure that assesses this feature that is also specifically tailored for the forensic population. This study aimed to evaluate the psychometric properties of the Sociomoral Reflection Measure - Adapted Measure (SRM-AV; Hornsveld, Kraaiaat, & Zwets, 2012) applied to a Portuguese forensic sample. This scale consists of 20 questions that assess the moral values of individuals and the moral stage of development in which they are. It is a specifically adapted version for forensic psychiatric population. The sample consisted of 144 men ($M_{age} = 44.59$; $SD = 11.185$; $min = 21$, $max = 75$) serving prison sentences for sexual crimes in a Portuguese prison. We conducted a confirmatory factor analysis, using as adjustment indices the ratio chi-square for degrees of freedom (χ^2/df), Comparative Fit Index (CFI), Goodness of Fit Index (GFI) and the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Internal consistency was estimated by standardized Cronbach's alpha coefficient (α). The results showed reasonable psychometric qualities in terms of internal consistency. The multidimensional structure underlying the SRM-AV enabled the identification of four factors, as confirmed by the literature.

Keywords: moral judgement; sexual offenders; psychometrics; validation study.



Introdução

O raciocínio moral diz respeito à capacidade dos indivíduos para tomarem decisões de forma lógica, determinando aquilo que é certo e errado (Reynolds & Ceranic, 2007). A moralidade não constitui um processo inato, mas sim algo que se vai estruturando através das interações entre a maturação cognitiva e as experiências sociais (Colby & Kohlberg, 1987), estando intimamente ligada à aquisição de empatia para com os outros (Barriga, Sullivan-Cosetti, & Gibbs, 2009). Kohlberg postulou que os indivíduos desenvolvem o seu raciocínio moral ao longo da vida, desde a infância até à idade adulta, atravessando vários estágios de desenvolvimento (Colby & Kohlberg, 1987). Nesta visão, os estádios e níveis inferiores de desenvolvimento moral orientam o indivíduo para as consequências externas dos seus comportamentos, como por exemplo a ausência de punição, promotora de uma visão egocêntrica. Porém, nos estádios e níveis mais avançados, a orientação moral já envolve as relações com terceiros, a reciprocidade e o respeito mútuo (Palmer, 2003).

Apesar dos estudos terem constatado que o raciocínio moral vai-se desenvolvendo entre a infância e a idade adulta (Maeda, Thoma, & Bebeau, 2009), é comum observar-se que os indivíduos delinquentes tendem a apresentar um raciocínio moral mais imaturo do que os não-delinquentes, independentemente da idade (Nas, Brugman, & Koops, 2005; Lardén, Melin, Holst, & Långström, 2006; Barriga et al., 2009; Van Vugt et al., 2011).

Uma forma de avaliar o desenvolvimento moral é através da exposição a dilemas morais. Exemplo desta estratégia é o *Moral Judgment Interview* (MJI; Colby & Kohlberg, 1987) ou o *Defining Issues Test 2* (DIT-2; Rest, Thoma, & Lebeau, 1999). Por outro lado, um outro instrumento, o *Sociomoral Reflection Measure-Short Form* (SRM-SF; Gibbs, Basinger, & Fuller, 1992), procura medir esta competência recorrendo a imposições (i.e., “Imagine que um amigo seu corre perigo de vida e você é a única pessoa que o pode salvar.”), seguidas de questões que envolvem raciocínio moral (i.e., “Quão importante é para si salvar a vida de um amigo, sem perder a sua própria vida?”). O SRM-SF consiste numa medida de desenvolvimento para ser utilizada na avaliação de grupos de diferentes idades (e.g., crianças-jovens-adultos). Outros autores têm recomendado a utilização de instrumentos que obriguem o respondente a escrever sobre as suas reações a determinadas proposições, ao invés de selecionarem uma opção de escolha múltipla, possibilitando assim uma melhor compreensão do raciocínio moral da pessoa.

Face a isto, Hornsveld, Kraaimaat e Zwets (2012), decidiram adaptar o SRM-SF numa nova medida que avalie o raciocínio moral, direcionada para a população psiquiátrica forense, permitindo a cotação através das justificações às reações suscitadas pelo instrumento. Desta forma, estes autores desenvolveram a Medida de Reflexão Sociomoral-Versão Adaptada (MRS-VA; *Sociomoral Reflection Measure – Adapted Measure*). Consiste num conjunto de 20 questões, que medem diferentes aspetos da moralidade, repartidos por quatro fatores: o primeiro fator - “Esperar dos outros um comportamento decente”, formado pelos itens 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 (e.g., “Quão importante é para si que os outros não falem sobre si nas suas costas?”); o segundo fator - “Abordar os outros perante os seus comportamentos”, que inclui os itens 16, 16, 18 e 19 (e.g., “Imagine que teve conhecimento que um amigo seu trafica drogas pesadas. Quão importante é para si a proibição do tráfico?”); o terceiro fator - “Demonstrar um comportamento decente para com os outros”, que inclui os itens 4, 5, 6 e 20 (e.g., “Imagine que uma criança tem que assistir todos os dias a conflitos entre os pais.



Quão importante é para si que os pais não envolvam as crianças nos seus conflitos?"); e o quarto fator - "Ser prestável perante as pessoas", que contém os itens 13, 14 e 15 (e.g., "Imagine que uma pessoa deficiente não se atreve a atravessar a rua. Quão importante é para si ajudar essa pessoa a atravessar a rua?").

A cotação da MRS-VA é feita através de duas formas. Na primeira, o respondente classifica o grau de importância de cada afirmação que lhe é apresentada, através de uma escala de Lickert de cinco pontos (varia entre 1 = Nada importante a 5 = Muito importante). A segunda forma consiste na cotação, por um técnico treinado, das justificações dos respondentes, através de uma escala de sete pontos, enquadrando-se as justificações dos indivíduos de acordo com a sua posição nos estágios de desenvolvimento moral sugeridos por Gibbs e colaboradores (1992).

Num grupo de 80 pacientes psiquiátricos forenses, a MRS-VA demonstrou uma fiabilidade de 0.84 e uma consistência interna (α de Cronbach) de 0.94; e num subgrupo de 71 pacientes os resultados indicaram fiabilidade teste-reteste de 0.77 (Hornsveld et al., 2012). A validade foi apoiada por correlações significativas com a idade e medidas de psicopatia, altruísmo e agressão verbal (Hornsveld et al., 2012).

Dada a ausência de aferição para a população portuguesa de um instrumento que medisse o raciocínio moral, especificamente adaptado para o contexto forense, o objetivo deste estudo consistiu numa validação preliminar do MRS-VA numa amostra portuguesa que refletisse esse mesmo contexto.

Metodologia

Participantes

A amostra foi constituída por 144 participantes do sexo masculino, a cumprir penas de prisão por crimes de natureza sexual num Estabelecimento Prisional (E.P.) português, que deram o seu consentimento de forma voluntária. A realização do estudo foi autorizada pela Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais e pelo E.P. em que foi aplicado. A confidencialidade das respostas dos participantes foi garantida, não tendo sido utilizada qualquer informação que permita a sua identificação.

Variáveis em Estudo

Para caracterizar a amostra, recolheu-se informação sociodemográfica como a idade, os crimes sexuais pelos quais estavam a cumprir pena, o nível de escolaridade, o estado civil atual e atividade laboral antes do encarceramento.

Para avaliar o raciocínio moral utilizou-se a Medida de Reflexão Sociomoral-Versão Adaptada (MRS-VA; *Sociomoral Reflection Measure – Adapted Measure*), que foi proposta por Hornsveld e colaboradores (2012) para uma população clínica psiquiátrica forense. Os autores relataram boa fiabilidade, consistência interna ($\alpha = .94$) e validade do MRS-VA em correlações com medidas de psicopatia, altruísmo e agressão verbal.

Adaptação do Instrumento

Dado que não encontramos uma versão portuguesa do MRS-VA na literatura, dois tradutores bilingues, que exercem na área da psicologia forense, realizaram a tradução e retroversão do instrumento original para português. Para adaptar este instrumento à língua portuguesa,



a tradução do MRS-VA foi realizada seguindo o acordo ortográfico estabelecido entre os países de língua portuguesa. Realizou-se um pré-teste a 10 indivíduos num contexto não-institucional, preconizando-se as correções que foram suscitadas.

Procedimento

As entrevistas foram realizadas individualmente num E.P. português, numa sala privada, para garantir a privacidade dos envolvidos. Os participantes foram selecionados após uma consulta prévia de seus registos institucionais, que continham detalhes sobre o seu percurso na prisão e sobre os seus crimes (regra geral, incluíam o acórdão judicial). Após a obtenção do consentimento informado, as entrevistas começavam com temas neutros sobre a história de vida, antes de se prosseguir para a aplicação do instrumento. Dada a baixa escolaridade da maioria dos participantes, optou-se por administrar a MRS-VA em formato de entrevista uniformemente para todos. Em média, as entrevistas duraram cerca de 15 minutos. No total, foram contactados 287 presos condenados por crimes sexuais, mas apenas 55,17% ($n = 144$) concordaram em participar no estudo. Após a administração da medida, a cotação das justificações dadas pelos participantes para cada item foi realizada por um psicólogo com treino nos estágios de desenvolvimento moral sugeridos por Gibbs e colaboradores (1992).

Análise das Qualidades Psicométricas

Para a realização das análises estatísticas foram utilizados os softwares AMOS® 22.0 e IBM® SPSS Statistics v22.

Sensibilidade. A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis (D^2) e a normalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (Sk) e curtose (Ku) uni- e multivariada. Nenhuma variável apresentou valores de Sk e Ku indicadores de violações severas à distribuição Normal ($|Sk| > 3$ e $|Ku| < 10$; Marôco, 2014), nem se confirmou a existência de *outliers*.

Validade de constructo. Realizou-se uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) para verificar se a versão portuguesa da estrutura, de quatro dimensões da MRS-VA, proposta por Hornsvelt e colaboradores (2012) apresentava um ajustamento adequado para a amostra em estudo. Para avaliar a qualidade de ajustamento global do modelo utilizou-se a razão qui-quadrado pelos graus de liberdade (χ^2/df), o Comparative Fit Index (CFI), o Goodness of Fit Index (GFI), o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA; e o seu p-value para $H_0: rmsea \leq .05$), e o (M)Expected Cross-Validation Index (MECVI), que valoriza valores mais baixos (Marôco, 2014). O ajustamento do modelo foi considerado bom para valores de CFI e GFI superiores a .90; valores de PCFI e PGFI superiores a .60; e valores de RMSEA inferiores a .10 (Marôco, 2014, p.55).

Redução dos itens. Para avaliar a qualidade do ajustamento local consideraram-se os pesos fatoriais (λ) e a fiabilidade individual dos itens. Os itens com pesos fatoriais negativos ou inferiores a 0.4 foram removidos. O ajustamento do modelo foi efetuado com base nos Índices de Modificação ($IM > 11$; $p < 0.001$) calculados a partir dos Multiplicadores de Lagrange (ML), estimados pelo AMOS® (Marôco, 2014).



Validade convergente e discriminante. A validade convergente foi estimada pelos valores da Variância Extraída Média (VEM) e pela Fiabilidade Compósita (FC; Marôco, 2014, p.184), sendo considerados valores adequados quando $AVE \geq .50$ e $FC \geq .70$.

Para verificar se os itens que refletem um fator não estavam correlacionados com outro fator, apuramos se a VEM dos fatores era superior ou igual ao quadrado da correlação entre esses fatores (Marôco, 2014), o que resultaria na ausência de validade discriminante.

Consistência interna. A consistência interna foi avaliada com recurso ao Coeficiente alfa de Cronbach padronizado (α) para cada dimensão e para a pontuação total do instrumento. Valores de $\alpha > .70$ indicam uma consistência interna aceitável (Marôco, 2014).

Resultados

Aquando do momento da entrevista, os participantes possuíam idades compreendidas entre os 21 e os 75 anos ($M = 44.59$; $DP = 11.185$). A sua caracterização sociodemográfica pode ser consultada na Tabela 1.

Tabela 1.

Caracterização das variáveis sociodemográficas dos participantes ($N = 144$)

Variável	N (%)
Crimes sexuais	
Abuso sexual de crianças	57 (39.6)
Abuso sexual de menor dependente	11 (7.6)
Violação	42 (29.2)
Pornografia de menores	4 (2.8)
Misto de agressões sexuais de contato ^a	15 (10.4)
Agressões sexuais de contacto e pornografia de menores	14 (9.7)
Importunação sexual	1 (0.7)
Nível de escolaridade	
Sem educação	6 (4.2)
Ensino primário (1º ciclo)	49 (34.0)
Ensino básico (2º ciclo)	33 (22.9)
Ensino básico (3º ciclo)	34 (23.6)
Ensino secundário	16 (11.1)
Frequência universitária	6 (4.2)
Estado civil ^b	
Solteiro	40 (27.8)
Divorciado/ separado	55 (38.2)
Casado/ união de facto	48 (33.3)
Viúvo	1 (0.7)
Atividade laboral ^c	
Agricultura/ pesca	9 (6.3)
Construção civil/ artesãos	65 (45.1)
Condutores de veículos motorizados	12 (8.3)
Serviços/ Vendedores	38 (26.4)
Técnicos	9 (6.3)
Especialistas em profissões intelectuais e científicas	5 (3.5)
Nunca trabalhou/ estudante	6 (4.2)

Nota. ^aInclui mais do que um dos seguintes crimes que envolvem contato direto: abuso sexual de crianças, abuso sexual de menores dependentes e violação; ^bsituação atual; ^cantes da condenação

A versão preliminar do MRS-VA em português é apresentada na Tabela 2.



A listagem das medidas que avaliam a sensibilidade psicométrica dos itens que compõem o instrumento pode ser observada na Tabela 3.

Todos os itens apresentaram valores de assimetria e curtose próximos da distribuição normal ($Sk = 0$, $Ku = 0$), demonstrando uma boa sensibilidade psicométrica. Não foram encontrados valores *outliers*.

A Análise Fatorial Confirmatória do modelo original apresentou um ajustamento global sofrível à amostra em estudo ($\chi^2/df = 1.347$; $CFI = .781$; $GFI = .869$; $RMSEA = .049$; $P[rmsea \leq 0.05] < .516$; $MECVI = 2.289$). Contudo, nove itens (item 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 16) apresentaram pesos fatoriais inferiores a 0.4, indicando graves limitações ao nível do ajustamento local. Não foram encontrados itens cujos índices de modificação sugerissem a sua saturação em fatores diferentes daqueles mencionados na versão original do MRS-VA.

Tabela 2.

Versão em português e inglês da Medida de Reflexão Sociomoral-Versão Adaptada (*Sociomoral Reflection Measure – Adapted Measure*)

Item	Inglês (Hornsveld, Kraaimaat, & Zwets, 2012)	Português
1	How important is it for people to keep promises to friends?	Quão importante é para si as pessoas cumprirem promessas feitas aos amigos?
2	What about keeping a promise to people in general? How important is it for people to keep promises, even to someone they hardly know?	E cumprir promessas feitas a outras pessoas em geral? Quão importante é para si as pessoas cumprirem as promessas, mesmo para com pessoas que mal conhecem?
3	What about keeping a promise to a child? How important is it for parents to keep promises to their children?	E cumprir uma promessa feita a uma criança? Quão importante é para si os pais cumprirem promessas feitas aos seus filhos?
4	In general, how important is it for people to be honest?	Em geral, quão importante é para si as pessoas serem honestas?
5	How important is it for children to help their parent(s)?	Quão importante é para si as crianças ajudarem os pais?
6	How important is it for a person to stay alive, even if that person doesn't want this?	Quão importante é para si uma pessoa permanecer viva, mesmo que ela não o deseje?
7	How important is it for people not to steal things?	Quão importante é para si as pessoas não roubarem?
8	How important is it for people to obey the law?	Quão importante é para si as pessoas obedecerem às leis?
9	How important is it for judges to impose a punishment on people who break the law?	Quão importante é para si os juizes imporem uma punição às pessoas que não cumprem as leis?
10	How important do you think it is that others treat you with respect?	Quão importante é para si os outros tratarem-no(a) com respeito?
11	Imagine that two children nag another child. How important is it to see to it that these children learn to respect each other?	Imagine que duas crianças estão a importunar uma outra criança. Quão importante é para si fazer com que estas crianças se respeitem mutuamente?
12	How important do you think it is that others do not gossip about you?	Quão importante é para si que os outros não falem sobre si nas suas costas?
13	How important is it that people give their opinion in a direct way?	Quão importante é para si as pessoas darem a sua opinião de forma direta?
14	Imagine that a disabled person does not dare to cross the street. How important is it to help this person to cross the street?	Imagine que uma pessoa deficiente não se atreve a atravessar a rua. Quão importante é para si ajudar essa pessoa a atravessar a rua?



15	How important is it to help a physically disabled person when necessary?	Quão importante é para si ajudar uma pessoa com uma deficiência física em caso de necessidade?
16	Imagine that your friend would call his girl friend "bitch" in the presence of others. How important is it that these other people say something about this?	Imagine que o seu amigo chama "puta" à namorada dele em frente a outras pessoas. Quão importante é para si que alguém intervenha e diga alguma coisa?
17	Imagine that two men maltreat another man while bystanders just stand and watch. How important is it that the bystanders say something about the behavior of these two men?	Imagine que dois homens estão a maltratar um outro, enquanto há pessoas que ficam paradas a olhar. Quão importante é para si que essas pessoas intervenham e digam alguma coisa sobre o comportamento desses dois homens?
18	Imagine that you notice a friend of yours is dealing in hard drugs. How important is it that dealing is prohibited?	Imagine que teve conhecimento que um amigo seu trafica drogas pesadas. Quão importante é para si a proibição do tráfico?
19	Imagine that two lesbian women are kissing each other. How important is it that lesbian women are not discriminated?	Imagine que duas mulheres lésbicas se estão a beijar. Quão importante é para si a não discriminação das mulheres lésbicas?
20	Imagine that a child is confronted every day with quarreling parents. How important is it that parents consider their children by not involving them in their quarrels?	Imagine que uma criança tem que assistir todos os dias a conflitos entre os pais. Quão importante é para si que os pais não envolvam as crianças nos seus conflitos?

Tabela 3.

Sensibilidade psicométrica dos itens do MRS-VA aplicada numa amostra forense ($N = 144$)

Item	Média	Mediana	DP ^a	Assimetria	Curtose
1.	4.63	5.00	1.133	-.201	-.395
2.	4.17	4.00	1.281	.439	-.827
3.	4.29	4.00	.892	-.011	-.065
4.	4.26	4.00	1.326	-.320	-.081
5.	3.78	4.00	.829	.347	.166
6.	3.56	4.00	1.216	-.486	-.130
7.	3.81	4.00	1.172	-.353	-.382
8.	3.50	3.00	1.896	.197	-1.260
9.	2.72	3.00	1.437	.685	-.053
10.	3.71	3.00	1.064	1.280	.742
11.	4.14	4.00	.921	.646	.452
12.	3.50	3.00	.766	1.229	.677
13.	3.83	4.00	.924	.663	-.072
14.	4.78	5.00	1.241	-.027	-1.027
15.	4.87	5.00	1.324	-.231	-.794
16.	3.88	4.00	.884	.310	-.358
17.	3.69	3.00	.970	1.115	.154
18.	3.58	3.50	1.014	.074	.355
19.	4.03	4.00	1.542	.243	-.616
20.	4.31	4.00	.780	-.612	-.621

Nota. ^aDP = Desvio Padrão

Optou-se, portanto, por se refinar o modelo, retirando-se esses nove itens, obtendo-se uma nova versão do MRS-VA com 11 itens. Para este novo modelo (Figura 1), observou-se um ajustamento global adequado face à amostra ($\chi^2/df = 1.273$; $CFI = .943$; $GFI = .944$; $RMSEA = .044$; $P[rmsea \leq 0.05] < .585$; $MECVI = .766$). Adicionalmente, o modelo simplificado apresentou uma qualidade de ajustamento significativamente superior à do modelo original

na amostra sob estudo ($\chi^2_{(38)} = 172,484$, $p < 0.05$), bem como um MECVI menor (2.289 vs 0.766). A fiabilidade compósita dos fatores revelou-se adequada para o fator 1 “Esperar dos outros um comportamento decente” ($FC_{F1} = 0.700$), e fator 4 “Ser prestável perante as pessoas” ($FC_{F4} = 0.760$), mas muito baixa no que concerne aos fatores 2, “Abordar os outros perante os seus comportamentos” ($FC_{F2} = 0.375$), e 3 “Demonstrar um comportamento decente para com os outros” ($FC_{F3} = 0.360$).

A variância extraída média (VEM), um indicador da validade convergente dos fatores, revelou-se próxima do aceitável para os fatores 1 ($VEM_{F1} = 0.451$) e 4 ($VEM_{F4} = 0.410$), mas muito baixa para os fatores 2 ($VEM_{F2} = 0.162$) e 3 ($VEM_{F3} = 0.119$). A Figura 1 apresenta os valores dos pesos fatoriais estandardizados e a fiabilidade individual de cada um dos itens no modelo final simplificado.

A validade discriminante dos fatores foi avaliada pela comparação das VEM com os quadrados da correlação entre fatores. Sendo $VEM_{F1} = 0.451$ e $VEM_{F2} = 0.162$ ao $r^2_{F12} = 0.09$, podemos afirmar que os dois fatores têm validade discriminante. De forma semelhante podemos demonstrar a validade discriminante dos fatores 1 e 4 ($VEM_{F1} = 0.451$ e $VEM_{F4} = 0.410 > r^2_{F14} = 0.1936$); dos fatores 2 e 3 ($VEM_{F2} = 0.162$ e $VEM_{F3} = 0.119 > r^2_{F23} = 0.0016$); e dos fatores 2 e 4 ($VEM_{F2} = 0.162$ e $VEM_{F4} = 0.410 > r^2_{F24} = 0.0064$). Os fatores 1 e 3, e os fatores 3 e 4 não apresentaram validade discriminante, já que as suas correlações ao quadrado (respetivamente, $r^2_{F13} = 0.384$ e $r^2_{F34} = 0.2025$) foram superiores aos valores de VEM do fator 3 ($VEM_{F3} = 0.119$). a consistência interna, estimada pelo alfa de Cronbach, foi aceitável para os fatores 1 e 4 ($\alpha_{F1} = .675$; $\alpha_{F4} = .749$), extremamente fraca para os fatores 2 e 3 ($\alpha_{F2} = .363$; $\alpha_{F3} = .332$) e fraca para a medida global ($\alpha = .562$).

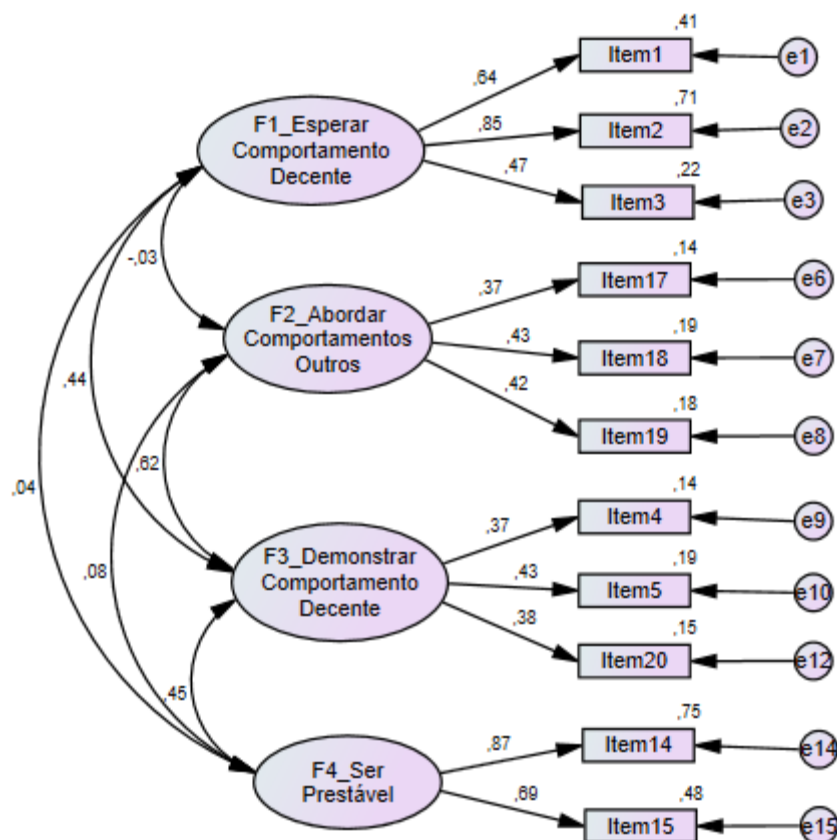




Figura 1. Modelo da Medida de Reflexão Sociomoral-Versão Adaptada ajustado a uma amostra forense de 144 participantes ($\chi^2/df= 1.273$; $CFI= .943$; $GFI= .944$; $RMSEA= .044$; $P[rmsea \leq 0.05] < .585$; $MECVI = .766$).

Discussão

Este estudo avaliou as qualidades psicométricas e a validade preliminar da MRS-VA numa amostra forense portuguesa. No ajustamento do modelo com a melhor estrutura fatorial para a amostra foi necessário retirar nove itens que possuíam pesos fatoriais demasiado baixos, ficando a versão final do MRS-VA com 11 itens no total. A nova versão do instrumento apresentou um ajustamento global adequado à amostra. Contudo, os fatores 2 “*Abordar os outros perante os seus comportamentos*” e 3 “*Demonstrar um comportamento decente para com os outros*”, apresentaram problemas ao nível da validade convergente e discriminante. Paralelamente, obtiveram-se resultados baixos ao nível da consistência interna para esses dois fatores. Esta discrepância é distinta dos resultados originais obtidos pelos autores (Hornsveld et al., 2012), que indicavam valores mais elevados. Marôco (2014) relata ser frequente a AFC não confirmar a estrutura fatorial da Análise Fatorial Exploratória (AFE) original que deu origem ao desenvolvimento do instrumento por várias razões, entre elas o facto da AFE constituir uma análise limitada à qualidade global de uma medida psicométrica. Existem limitações presentes neste estudo. A primeira prende-se com a amostra ($n = 144$), que apresenta um número insuficiente para uma validação mais aprofundada do modelo, tendo em conta que as recomendações da literatura (e.g., Marôco, 2014) indicam serem necessárias 10 observações por cada variável manifesta. Considerando que o MRS-VA é composto por 20 itens, então uma amostra mínima deveria envolver 200 participantes. Esta reduzida dimensão da amostra poderá estar relacionada com os problemas encontrados ao nível da validade convergente e discriminante e da consistência interna da medida. Outra limitação diz respeito ao facto da cotação das justificações das respostas dos participantes ter sido feita exclusivamente por um técnico, não havendo possibilidade de avaliar a fiabilidade interexaminadores.

Este estudo administrou a MRS-VA a uma amostra forense geral, sendo portanto diferente das amostras de psiquiatria forense especificamente utilizadas na investigação original do instrumento (Hornsveld et al., 2012), o que poderá também justificar as disparidades nos resultados encontrados.

Para o futuro, sugere-se a extensão da aplicação da MRS-VA a outras amostras independentes, tanto forenses como da população normativa, de modo a realizar-se uma análise multigrupos para aferir com mais profundidade a validade do instrumento. De igual forma, recomenda-se, para o mesmo efeito, efetuar-se uma análise correlacional entre esta medida e outras similares (e.g., DIT2).

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer à Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais e aos profissionais do Estabelecimento Prisional em que foi realizado o estudo.

Contacto para Correspondência

Mariana Amaral Saramago, William James Center for Research. ISPA- Instituto Universitário.
Rua Jardim do Tabaco, nº34, 1149-041 Lisboa, Portugal.

E-mail: mariana.amaral.saramago@gmail.com



Referências

- Barriga, A. Q., Sullivan-Cosetti, M., & Gibbs, J. C. (2009). Moral cognitive correlates of empathy in juvenile delinquents. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19, 253-264. doi:10.1002/cbm.740
- Colby, A., & Kohlberg, L. (1987). *The measurement of moral judgment. Vol. I: Theoretical foundations and research validation. Vol. II: Standard Issues Scoring manual*. New York: Cambridge University Press.
- Gibbs, J. C., Basinger, K. S., & Fuller, D. (1992). *Moral maturity: Measuring the development of sociomoral reflection*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hornsveld, R. H. J., Kraaimaat, F. W., & Zwets, A. J. (2012). The Adapted Version of the Sociomoral Reflection Measure (SRM-AV) in Dutch forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(3), 218-226. doi:10.1080/14999013.2012.723667
- Lardén, M., Melin, L., Holst, U., & Långström, N. (2006). Moral judgement, cognitive distortions and empathy in incarcerated delinquent and community control adolescents. *Psychology, Crime & Law*, 12(5), 453-462. doi:10.1080/10683160500036855
- Maeda, Y., Thoma, S. J., & Bebeau, M. J. (2009). Understanding the relationship between moral judgment development and individual characteristics: *The role of educational contexts*. *Journal of Educational Psychology*, 101(1), 233-247. doi:10.1037/a0013381
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações* (2.ª Edição). Lisboa, Portugal: Report Number.
- Nas, C. N., Brugman, D., & Koops, W. (2005). Effects of the EQUIP programme on the moral judgement, cognitive distortions, and social skills of juvenile delinquents. *Psychology, Crime & Law*, 11(4), 421-434. doi:10.1080/10683160500255703
- Palmer, E. J. (2003). An overview of the relationship between moral reasoning and offending. *Australian Psychologist*, 38(3), 165-174. doi:10.1080/00050060310001707177
- Reynolds, S. J., & Ceranic, T. L. (2007). The effects of moral judgment and moral identity on moral behavior: An empirical examination of the moral individual. *Journal of Applied Psychology*, 92(6), 1610-1624. doi:10.1037/0021-9010.92.6.1610
- Rest, J. R., Thoma, S. J., & Lebeau, M. J. (1999). DIT2: Devising and testing a revised instrument of moral judgment. *Journal of Educational Psychology*, 91(4), 644-659.
- Van Vugt, E., Gibbs, J., Stams, G. J., Bijleveld, C., Hendriks, J., & van der Laan, P. (2011). Moral development and recidivism: A meta-analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(8), 1-17. doi:10.1177/0306624X11396441



Proficiência parental na utilização da internet para fins educativos pelos pais Portugueses e Espanhóis

Sandra Santos¹, Nuno Gago², Arminda Suárez³ & María José Rodrigo³

1. Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Portugal

2. Associação António de Bacelar Carrelhas, Portugal

3. Universidad de La Laguna, Espanha

Resumo

O presente estudo pretendeu avaliar o acesso dos pais à internet e a sua proficiência na utilização da mesma como uma fonte de suporte educacional. A amostra foi composta por 282 pais Portugueses e 234 pais Espanhóis, que responderam a um questionário *online*. No que diz respeito ao acesso à internet o nível educativo e a idade dos filhos modularam o acesso dos pais Portugueses, enquanto que o acesso dos pais Espanhóis não regista influências. Em relação ao digital *skill* divide, o sexo, idade, nível socioeconómico e educativo dos pais são fatores que modulam a proficiência parental. As mães Espanholas são mais ativas na pesquisa de informação mas sentem-se menos competentes que os pais, adicionalmente os pais de níveis educativos mais altos pesquisam mais informações *online* e sentem-se mais proficientes do que aqueles com um nível mais baixo. Em Portugal os pais mais jovens, com níveis educativos e socioeconómicos mais altos são os mais proficientes nas pesquisas. Estes achados permitem-nos compreender a utilização que os pais fazem da internet e a sua proficiência em relação aos recursos educativos *online*, podendo ajudar a desenvolver novos websites que ajudem na tarefa da parentalidade. Através destas informações poderá ser possível pensar em formas de ultrapassar as dificuldades no acesso e aumentar as competências de navegação da população com um nível socioeconómico mais baixo. Simultaneamente, estes resultados podem fornecer linhas de orientação para aqueles que desenvolvem páginas para pais, bem como ideias de iniciativas de melhoria dos recursos *online*.

Palavras-chave: proficiência parental; parentalidade; informação educativa; digital use e skill divide.



Abstract

This study aimed at evaluating parental access to internet and their proficiency to use it as educational support. Our sample was composed of 282 Portuguese and 234 Spanish parents, who answered an online survey. Concerning the digital use divide, educational level, residence home and child age modulated the parental access to Internet in Portuguese parents, whereas Spanish parents' access to the Internet is largely free of social bias. Concerning the digital skill divide, parental gender, age, socioeconomic level and educational level are the factors that modulate the parental proficiency. In Spain, mothers were more active in searching for information but felt less skilful than fathers, and the most educated parents searched for information and felt more proficient than the ones with a lower level. In Portugal the youngest parents, with high educational and socioeconomic level are the most proficient ones with searches. The results allowed us to understand the parental usage and proficiency towards online educational resources, which can help to develop new websites that seek to help parents in their task of parenthood. These findings can also help us to think of a way to outline the difficulties within the lower socioeconomic population in terms of access to Internet and the proficiency with which perform the searches and evaluate the results. Simultaneously, the results may inform us about initiatives of Internet literacy training, applied differentially for fathers and mothers and may provide guidelines for those who develop websites for parents.

Keywords: parental proficiency; parenthood; child-rearing information; digital use and skill divide;



Introdução

As alterações sociais dos últimos trinta anos como o número de separações e divórcios, a migração, as novas tipologias de família e a dispersão familiar, contribuíram para o decréscimo da perceção de apoio social presencial no que diz respeito à parentalidade (Plantin & Daneback, 2009). De acordo com o exposto na literatura, o aumento da preocupação dos pais em relação às consequências das suas práticas educativas conduziu a um novo fenómeno, a procura de informação fora do contexto familiar (Doty, Dworkin & Connell, 2012; Minuchin, 1990; Mondin, 2008; Patias, Siqueira & Dias, 2013; Plantin & Daneback, 2009; Salvador & Weber, 2005; Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003; Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004). Os pais começaram a procurar outras fontes de informação (ex. Internet, televisão, revistas, programas ou livros) que lhes permitissem modular o seu comportamento parental (Plantin & Daneback, 2009).

Devido a este fenómeno a Internet é atualmente reconhecida como uma importante fonte de informação e suporte social na parentalidade (LaCoursiere, 2001; Drentea & Moren-Cross, 2005; Sarkadi & Bremberg, 2005). A procura de informação educativa assume um papel importante para os pais, pois procuram informação para: apoiar o seu papel parental, melhor promover o desenvolvimento do seu filho, obter informação, trocar experiências e criar comunidades virtuais acerca de determinados tópicos educativos (Dworkin, Connell, & Doty, 2013; Drentea & Moren-Cross, 2005; Madge & O'Connor, 2006; McDaniel, Coyne & Holmes, 2011; Nieuwboer, Fukkink & Hermanns, 2013; Plantin & Daneback, 2009). Alguns autores consideram existir diferenças em termos de acesso (digital use divide) e em termos de competências (digital skill divide) para procurar este tipo de informação na Internet (Attewell, 2001; Burrows, Nettleton, Pleace, Loader & Muncer, 2000; Hargittai, 2002; Hellwig & Lloyd, 2000; Linebarger & Chernin, 2003; Papadakis, 2001; Rice, 2002). Contudo, pouco se sabe sobre a utilização que os pais fazem da Internet para a pesquisa de informação educativa (Dworkin, Connell & Doty, 2013).

Apesar de existirem algumas oportunidades online para os pais Portugueses e Espanhóis, pouco se sabe sobre a forma como encaram estas oportunidades, que tipo de conteúdos procuram, quais as suas competências de pesquisa e quão satisfeitos se encontram com os resultados encontrados.

Objetivos

Num momento em que os recursos *online* para a promoção da parentalidade estão a aumentar (Nieuwboer, Fukkink & Hermanns, 2013), verifica-se a necessidade de preencher o vazio de conhecimento sobre a utilização da Internet por pais Portugueses e Espanhóis. O principal objetivo desta investigação é verificar se os pais utilizam a Internet para os apoiar na tarefa da parentalidade, e quão habilidosos são para procurar e avaliar os conteúdos obtidos. Para isso pretendemos aceder a e aspetos centrais da proficiência parental: a) o tempo e a frequência de utilização da Internet para pesquisa de informação educativa e que tipo de conteúdos são procurados; b) a comparação entre a utilização dos pais e dos seus filhos; c) as características do conhecimento e comportamento parental nas pesquisas; d) os critérios utilizados para avaliar os *websites* visitados; e e) a sua satisfação com os resultados da pesquisa e os *websites* encontrados.



Anteriormente foram referidas diferenças no acesso à Internet, o digital use divide, o qual pretendemos também verificar através da avaliação da influência das variáveis sociodemográficas no acesso à Internet.

Pretende-se que estes resultados sejam maioritariamente informativos sobre a proficiência parental na utilização da Internet para fins educativos, de forma a promover o acesso a informação correta e imparcial.

Metodologia

Amostra

A amostra desta investigação foi composta por um total de 516 indivíduos, dos quais 282 são pais Portugueses e 234 pais Espanhóis. Ambas as amostras foram recolhidas no país correspondente e foi composta apenas por cidadãos nacionais residentes em cada país. Cada participante pertencia a uma família diferente por forma a evitar possíveis interferências nas respostas.

No que diz respeito à amostra Portuguesa, 235 indivíduos são mães (83.3%) e 47 são pais (16,7%). A amostra é composta por pais (pai e mãe) com idades entre os 20 e os 68 anos de idade, sendo que 33% têm entre 20 e 33 anos, 33% entre os 34 e os 40 anos, e 34,1% entre os 41 e os 68 anos. Em relação ao nível educacional, 6,4% da amostra possui um baixo nível educacional (sem estudos e educação obrigatória), 24,1% tem um nível médio (ensino secundário, formação profissional e bacharelato) e 77% têm um elevado nível (licenciatura, mestrado e doutoramento). No que diz respeito ao nível socioeconómico, 26,5% tem um baixo nível socioeconómico, 54,4% tem um nível médio e 18,7% encontra-se num alto nível. Para calcular de forma aproximada e representativa o nível socioeconómico foi utilizado o estado profissional atual (empregado ou desempregado) e a categoria profissional. Os pais inquiridos têm filhos entre os 0 e os 18 anos, sendo que 45,4% tem filhos entre os 0 e os 5 anos, 31,9% tem filhos entre os 6 e os 12 anos, e 26,5% tem filhos adolescentes.

A amostra Espanhola foi constituída por 158 mães (67,5%) e 76 pais (32,5%) com idades compreendidas entre os 25 e os 62 anos, sendo que 35,9% tem entre 25 e 38 anos, 39,7% tem entre 39 e 45 anos, e 24,4% tem entre 46 e 62 anos. Em relação ao nível educacional, 24,4% tem um nível educacional baixo, 43,1% tem um nível educacional médio e 32,5% tem um nível alto. No que diz respeito ao nível socioeconómico 22,1% dos pais Espanhóis tem um nível socioeconómico baixo, 51,6% tem um nível médio e 26,2% tem um nível socioeconómico alto. As idades dos seus filhos estão entre os 0 e os 18 anos, sendo que 21,4% tem filhos entre os 0 e os 5 anos, 52,1% tem filhos entre os 6 e os 12 anos, e 26,5% tem filhos entre os 13 e os 18 anos.

A amostra foi recolhida em jardins-de-infância, escolas e associações de pais através da afixação de um anúncio. Este anúncio foi também divulgado nas redes sociais (ex. Facebook), blogs e fóruns para pais, páginas de escolas e de associações de pais. O referido anúncio encaminhava os participantes para o formulário do questionário *online* (survey monkey).

Instrumento de Recolha de Dados

Os dados deste projeto foram recolhidos através das respostas a um questionário *online* que incluía 21 questões obrigatórias. Das 21 questões obrigatórias, 16 foram selecionadas do



estudo levado a cabo nos EUA por Rothbaum, Martlan e Jannsen (2008). Estas questões foram adaptadas respetivamente para a realidade Portuguesa e Espanhola. Após serem eliminadas algumas questões relacionadas com atividades *online* gerais, foram adicionadas 5 novas questões relacionadas com as competências parentais e o impacto familiar da Internet. As questões deste inquérito estão organizadas em 6 níveis de análise: 1) dados sociodemográficos; 2) utilização da internet; 3) práticas de pesquisa; 4) competências parentais e o impacto da Internet na família; 5) satisfação; e 6) critérios de avaliação.

Resultados

Para cada questão foram efetuadas 8 análises qui-quadrado com variáveis como a idade e sexo dos pais, nível educativo e socioeconómico, distrito de residência, idade e sexo dos filhos e número de filhos. Os resíduos tipificados corrigidos (r_z) foram utilizados de forma a explorarmos as diferenças estatisticamente significativas nas tabelas de contingência (Haberman, 1973). Para os resultados da avaliação das páginas web e da satisfação foram utilizadas ANOVAS One-Way. Devido à natureza exploratória deste estudo, são reportados todos os efeitos em $p < .10$ e $p < .05$, sendo importante no futuro replicar esta investigação. Os resultados estão separados de acordo com o País e divididos entre o acesso à internet e a proficiência para a sua utilização.

Resultados Portugueses No que diz respeito ao acesso à internet, o digital use divide, o nível educativo ($\chi^2 = 53.35$, $p < .000$) e a área de residência ($\chi^2 = 19.86$, $p < .001$) modulam o acesso à internet. Pais com um nível educativo mais alto e residentes em áreas urbanas acedem à internet diariamente ($r_z = 3.1$ and $r_z = 4$, respetivamente), enquanto que os pais com um nível educativo mais baixo acedem semanalmente ($r_z = 3.7$) ou mensalmente ($r_z = 5.8$), e aqueles que vivem em zonas rurais acedem 3 a 4 vezes por semana ($r_z = 3$). O nível socioeconómico ($\chi^2 = 17.51$, $p < .000$) e a idade dos filhos ($\chi^2 = 30.10$, $p < .000$) modulam a procura de informação educativa e desenvolvimental. Podemos verificar que os pais de um nível socioeconómico mais alto e com filhos mais pequenos (≤ 5 anos) tendem a procurar mais informação deste tipo ($r_z = 3.1$ and $r_z = 3.7$, respetivamente), do que pais com um nível socioeconómico mais baixo ($r_z = -3.7$) e filhos mais velhos, entre os 13 e os 18 anos ($r_z = -5.4$). O sexo dos pais também modula a procura de informação educativa e desenvolvimental, nomeadamente no que concerne à pesquisa de informação sobre o desenvolvimento dos filhos ($\chi^2 = 26.83$, $p < .000$), conselhos sobre parentalidade ($\chi^2 = 14.76$, $p < .001$) e informação sobre a saúde da família ($\chi^2 = 7.21$, $p < .027$). É possível verificar que as mães procuram mais informação sobre o desenvolvimento dos filhos ($r_z = 5.1$), conselhos sobre a parentalidade ($r_z = 3.8$) e informação sobre a saúde da família ($r_z = 2.6$) do que os pais ($r_z = -5.1$, $r_z = -3.8$ and $r_z = -2.6$, respetivamente).

Em relação à proficiência dos pais para a utilização da internet, é possível verificar que a idade dos pais ($\chi^2 = 23.17$, $p < .026$), o nível educativo ($\chi^2 = 25.15$, $p < .014$) e socioeconómico ($\chi^2 = 12.10$, $p < .017$) têm um papel importante na proficiência parental. Os pais mais jovens, entre os 20 e os 33 anos ($r_z = 2.5$), com um alto nível educativo ($r_z = 2.1$) são mais proficientes são mais proficientes do que os pais mais velhos, entre os 41 e os 68 anos ($r_z = -2.4$), e com um nível educativo baixo ($r_z = -3.8$). Os pais de um nível socioeconómico mais alto ($r_z = 2.2$) consideram-se mais competentes para as pesquisas do que aqueles de um nível mais baixo



($r_z = -2.7$). Apesar da alta proficiência apresentada por estes pais de um nível socioeconómico mais alto, os mesmos sentem-se menos satisfeitos com a informação obtida ($F(2, 241) = 2.34, p \leq 0.10$), considerando-a menos útil (nível socioeconómico baixo: $M = 4.10, SD = 0.53$; nível socioeconómico médio: $M = 3.96, SD = 0.54$; nível socioeconómico alto: $M = 3.9, SD = 0.65$).

Resultados Espanhóis No que diz respeito ao acesso à internet, a idade dos pais ($\chi^2 = 30.56, p < .001$) e a idade dos filhos ($\chi^2 = 15.74, p < .05$) modulam a duração de cada conexão à internet. Os pais mais jovens ($r_z = -9.0$) passam menos tempo conectados do que os pais na meia-idade ($r_z = 3.7$) e mais velhos ($r_z = 5.2$). Também os pais com filhos adolescentes passam mais tempo *online* ($r_z = 7.6$). O sexo dos pais modula a procura de informação educativa e desenvolvimental, como a procura de informação sobre o desenvolvimento dos filhos ($\chi^2 = 4.84, p < .05$), problemas de comportamento dos filhos ($\chi^2 = 29.1, p < .01$) e conselhos sobre a parentalidade ($\chi^2 = 6.60, p < .01$). As mães procuram mais este tipo de informação do que os pais ($r_z = 2.2, r_z = 2.7$ and $r_z = 2.6$, respetivamente). O nível educativo dos pais também modula a procura de informação educativa e desenvolvimental, como por exemplo a procura de informação sobre atividades e jogos para os filhos ($\chi^2 = 7.22, p < .05$), informação sobre o desenvolvimento dos filhos ($\chi^2 = 6.77, p < .05$) e atividades de lazer em família ($\chi^2 = 7.38, p < .05$). Os pais de um nível educativo mais alto procuram mais informação educativa e desenvolvimental do que os pais do nível educativo mais baixo e médio ($r_z = 2.6, r_z = 2.3$ and $r_z = 2.3$, respetivamente).

No que concerne à proficiência dos pais Espanhóis, o sexo dos pais ($\chi^2 = 12.15, p < .001$) e a sua idade ($\chi^2 = 6.1, p < .05$) desempenham um papel importante na sua proficiência. Os pais do sexo masculino ($r_z = 8.5$), de meia-idade ($r_z = 3.4$) e mais velhos ($r_z = 2.5$) consideram-se mais proficientes do que os pais mais jovens ($r_z = -5.9$). A satisfação com as pesquisas aumenta significativamente com a idade dos pais ($F(2,214) = 4.85, p < .001$), sendo que os pais mais velhos se sentem mais satisfeitos do que os mais novos (jovens: $M = 3.67, SD = .72$; meia-idade: $M = 3.87, SD = .72$; mais velhos: $M = 4.04, SD = .47$). O nível educativo dos pais modula os resultados acerca da utilidade da informação encontrada na Internet ($F(2,214) = 4.11, p < .01$), sendo que a perceção de utilidade diminui nos pais de um nível educativo mais elevado (baixo nível educativo: $M = 3.91, SD = .63$; nível educativo médio: $M = 3.95, SD = .59$; alto nível educativo: $M = 3.66, SD = .78$).

Discussão

No que diz respeito à existência de diferenças em termos de acesso à internet, o digital use divide, os nossos resultados encontram-se em linha com os resultados do questionário do Eurobarometer (2008), onde se verifica que apesar das influências sociodemográficas e socioeconómicas (como o nível socioeconómico, a área de residência, a idade e sexo dos pais) ocorreu uma melhoria no acesso à Internet. Ainda assim existe uma grande divisão social em termos de proficiência parental para a utilização da Internet (Atwell, 2001; Hargittai, 2002). Os nossos resultados indicam que os pais são bastante ativos na pesquisa de suporte *online* para a educação dos filhos, procurando vários tópicos como: informação sobre temas escolares dos filhos, dicas sobre educação dos filhos, atividades de lazer para a família, desenvolvimento dos filhos, saúde familiar, jogos e brincadeiras e problemas de



comportamento dos filhos. Estes resultados são consistentes com outros estudos (Bernhardt & Felter, 2004). É demonstrado que as mães são quem mais procura informação sobre a educação dos filhos e a saúde da família. De acordo com Cotton e Gupta (2004) este comportamento *online* das mães confirma o seu comportamento *offline*, pois as mães são quem normalmente assume mais a responsabilidade de cuidar da família. Na nossa investigação as mães encontram-se em maior número, o que é também uma tendência que se verifica em outras investigações (Sarkadi & Bremberg, 2005; Madge & Connor, 2006).

Além do conhecimento acerca do digital use divide, atualmente assistimos a um segundo nível, relacionado com as competências para a utilização da internet. Neste aspeto foram encontradas diferenças entre os sexos e as idades dos pais. Os pais do sexo masculino sentem-se mais competentes, experientes e consideram obter mais benefícios com a Internet do que os seus filhos, quando comparados com as mães. Os pais do sexo masculino encontram uma nova página através de outras páginas, enquanto as mães conhecem novas páginas ao acaso. Em ambos os casos, os pais mais jovens passam mais tempo a navegar na Internet e consideram-se mais competentes do que os mais velhos. Estes resultados são explicados pelos achados de Hargittai (2010), que refere que os pais mais jovens são a primeira geração de nativos digitais, que alteraram os seus métodos de pesquisa com o surgimento dos motores de busca (como o Google), o que os deixa menos expostos a pesquisas exaustivas de informação credível. A mesma autora explica que os mais jovens (entre os 18 e 30 anos) passam mais tempo *online*, são mais competentes na navegação e têm mais facilidade em tirar partido dos recursos disponíveis (Hargittai, 2002).

É possível verificar que a dificuldade em obter suporte social e informação *online* é promovida pela falta de competências de pesquisa dos pais, e pelas poucas oportunidades e recursos educativos disponíveis para eles. Para alguns autores (Davis-Kean, 2005; Dearing, McCartney & Taylor, 2001; Nagin & Tremblay, 2001) estes pais estão em risco de perder algumas oportunidades de aprendizagem de uma parentalidade positiva, o que influencia a educação e comportamento dos seus filhos. Em consequência destes resultados é urgente aumentar a oferta de programas de educação parental *online* para promover as competências de pesquisa dos pais e oferecer-lhes informação fiável.

É ainda importante referir que esta investigação apresenta algumas limitações no que respeita à amostra. As mães encontram-se em maior número do que os pais, por isso é importante no futuro incluir mais homens na amostra, de forma a podermos obter resultados mais concretos e também podermos promover a igualdade de género. Apesar desta limitação os resultados encontrados são importantes e podem fornecer algumas pistas para futuras investigações. Tendo em conta a natureza descritiva desta investigação destacamos a necessidade de mais investigações sobre a forma como a Internet pode ser utilizada para ajudar na tarefa da parentalidade.

Contacto para Correspondência

Sandra Santos, Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 541/619, 4200-072 Porto, srafribeirosantos@gmail.com.



Referências

- Atwell, P. (2001). The first and the second digital divide. *Sociology of Education*, 74(3), 171-191.
- Bernhardt, J. M., & Felter, E. M. (2004). Online Pediatric Information Seeking Among Mothers of Young Children: Results From a Qualitative Study Using Focus Groups. *Journal of Medical Internet Research*, 6(1), e7, DOI: 10.2196/jmir.6.1.e7.
- Burrows, R., Nettleton, S., Pleace, N., Loader, B. & Muncer, S. (2000). Virtual community care? Social policy and the emergence of computer mediated social support. *Information, Communication & Society*, 3(1), 95-121. Retirado de: <http://unchange.pbworks.com/f/virtual+community+care+paper.pdf>
- Cotten, S. & Gupta, S. (2004). Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Social Science & Medicine*, 59(9), 1795-806, DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.02.020.
- Davis-Kean, P. (2005). The influence of parent education and family income on child achievement: the indirect role of parental expectations and the home environment. *Journal of Family Psychology*, 19(2), 294. Retirado de: <http://www.rcgd.isr.umich.edu/garp/articles/davis-kean05.pdf>
- Dearing, E., McCartney, K., & Taylor, B. (2001). Change in family income-to-needs matters more for children with less. *Child Development*, 72(6), 1779-1793, DOI: 10.1111/1467-8624.00378.
- Doty, J., Dworkin, J. & Connell, J. (2012). Examining digital differences: Parents' online activities. *Family Science Review*, 17(2), 18-39. Retirado de: [http://familyscienceassociation.org/sites/default/files/2-%20Doty Dworkin Connell.pdf](http://familyscienceassociation.org/sites/default/files/2-%20Doty%20Dworkin%20Connell.pdf)
- Drentea, P., & Moren-Cross, J. L. (2005). Social capital and social support on the web: the case of an internet mother site. *Sociology of Health & Illness*, 27(7), 920-943, DOI: 10.1111/j.1467-9566.2005.00464.x.
- Dworkin, J., Connell, J., & Doty, J. (2013). A literature review of parents' online behaviour. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 7(2), 1-10. Retirado de: <http://www.cyberpsychology.eu/view.php?cisloclanku=2013052301>
- Eurobarometer (2008). *Towards a safer use of the Internet for children in the EU - a parent's perspective*. From: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_248_en.pdf
- Haberman, S. J. (1973). The analysis of residuals in cross-classified tables. *Biometrics*, 9(1), 205-220, DOI: 10.2307/2529686.
- Hargittai, E. (2002). Second-Level Digital Divide: Differences in People's Online Skills. *First Monday*, 7(1). From: <http://journals.uic.edu/ojs/index.php/fm/article/view/942/864>
- Hargittai, E. (2010). Digital natives? Variation in internet skills and uses among members of the "net generation." *Sociological Inquiry*, 80(1), 92-113. Retirado de: <http://www.webuse.org/pdf/Hargittai-DigitalNativesSI2010.pdf>
- Hellwig, O. & Lloyd, R. (2000) *Sociodemographic Barriers to Utilisation and Participation in Telecommunications Services and Their Regional Distribution: A Quantitative Analysis*. National Centre for Social and Economic Modelling Search, University of Canberra: Australia. Retirado de: http://pandora.nla.gov.au/pan/13721/20010726-0000/www.natsem.canberra.edu.au/pubs/otherpubs/netaccess_barriers/print/netaccess_barriers-print.pdf
- LaCoursiere, S. (2001). A theory of online social support. *Advances in Nursing Science*, 24(1), 60-77.
- Linebarger, D. & Chernin, A. (2003). Young children, parents, computers and the Internet. *IT & Society*, 1(4), 87-106. Retirado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.385.4586&rep=rep1&type=pdf>
- Madge, C. & O'Connor, H. (2006). Parenting Gone Wired: Empowerment of New Mothers on the Internet? *Social & Cultural Geography*, 7(2), 199-220. Retirado de: <https://lra.le.ac.uk/bitstream/2381/1403/1/CM%20social%20and%20cultural%20revised%20submission%20Apri%202005.pdf>
- McDaniel, B. T., Coyne, S. M., & Holmes, E. K. (2012). New mothers and media use: Associations between blogging, social networking, and maternal well-being. *Maternal and Child Health Journal*, 16(7), 1509-1517, DOI: 10.1007/s10995-011-0918-2.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.



- Mondin, E. M. (2008). Práticas educativas parentais e seus efeitos na criação dos filhos. *Psicologia Argumento*, 26(54), 233-244. Retirado de: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=2498&dd99=pdf>
- Nagin, D. & Tremblay, R. (2001). Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school. *Archives of General Psychiatry*, 58(4), 389.
- Nieuwboer, C., Fukkink, R., & Hermanns, J. (2013). Online programs as tools to improve parenting: A meta-analytic review. *Children and Youth Services Review*, 35(11), 1823-1829. Retirado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740913002648>
- Patias, N., Siqueira, A. & Dias, A. (2013). Práticas educativas e intervenção com pai: a educação como proteção ao desenvolvimento dos filhos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 21(1), 29-40. Retirado de: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/3685/3642>
- Papadakis, M. (2001) *The Application and Implications of Information Technologies in the Home: Where are the Data and What Do They Say?* Arlington, USA: National Science Foundation. Retirado de: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED452050.pdf>
- Plantin, L. & Daneback, K. (2009). Parenthood, information and support on Internet. A literature review of research on parents and professional online. *BCM Family Practice*, 10(1), 1-12. From: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-10-34.pdf>
- Rice, R. (2002), 'Primary issues in Internet use: access, civic and community involvement, and social interaction and expression', in Lievrouw, L., Livingstone, S. (eds.) *The handbook of the new media. The social shaping and consequences of ICTs*, pp. 105-129. London: Sage. Retirado de: <http://www.comm.ucsb.edu/faculty/rice/C36Rice2002.pdf>
- Rothbaum, F., Martland, N., & Jannsen, J. B. (2008). Parents' reliance on the Web to find information about children and families: Socio-economic differences in use, skills and satisfaction. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29, 118-128.
- Sarkadi, A., & Bremberg, S. (2005). Socially unbiased parenting support on the Internet: a cross-sectional study of users of a large Swedish parenting website. *Child: Care, Health and Development*, 31(1), 43-52, DOI: 10.1111/j.1365-2214.2005.00475.x.
- Salvador, A. & Weber, L. (2005). Práticas educativas parentais: um estudo comparativo da interação familiar de dois adolescentes distintos. *Interação em Psicologia*, 9(2), 341-353. Retirado de: <http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/4782/3669>
- Weber, L., Brandenburg, O. & Viezzer, A. (2003). A relação entre o estilo parental e o otimismo da criança. *Psico-USF*, 8(1), 71-79. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n1/v8n1a10.pdf>



Triplo P - Programa de Parentalidade Positiva: um estudo piloto com mães em situação de risco psicossocial

Sandra Nogueira¹, Catia Costa¹, Isabel Macedo Pinto¹ & Orlanda Cruz¹

1. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

Resumo

Este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia de um programa de parentalidade positiva, o Triplo P com mães portuguesas em situação de risco psicossocial. Foi selecionado um desenho experimental controlado de forma randomizada com recurso a grupo de intervenção (GI, $n = 10$) e grupo de controlo (GC, $n = 10$). Participaram 20 mães de crianças com idades entre os 3 e os 12 anos em situação de carência socioeconómica e, conseqüente, risco psicossocial. A distribuição das participantes foi aleatória e o plano de avaliação contemplou dois momentos: pré e pós-intervenção. Foram avaliadas as seguintes dimensões: os problemas emocionais e comportamentais da criança, práticas disciplinares parentais, senso de competência parental, níveis de stress parental, depressão, stress e ansiedade e rede informal de suporte social. Comparado com GC, o GI demonstrou uma redução significativa ao nível dos problemas comportamentais e emocionais da criança, assim como, aumento do nível de satisfação e do senso de competência parental. Foram ainda, encontradas alterações significativas ao nível das práticas parentais e diminuição dos níveis de stress parental nas mães que usufruíram do programa de intervenção. Os resultados preliminares evidenciam parcialmente a eficácia do Triplo P na redução dos problemas da criança e na adoção de práticas parentais adequadas.

Palavras-chave: Parentalidade; Educação Parental; Triplo P; Exclusão Social.



Abstract

This research project aims to evaluate the effectiveness of Group Triple P – Positive Parenting Program with psychosocial risk portuguese mothers. It was selected a randomized controlled experimental design with intervention group (IG, $n=10$) and control group (CG, $n=10$). Participated 20 mothers of children aged between 3 and 12 years, signalized by social services, because low-income and, consequently, psychosocial risk. The evaluation plan included two phases: pre-and post-intervention. The assessment covers the following dimensions: children's emotional and behavioral problems, parental styles, parenting sense of competence, parental stress, depression, stress and anxiety levels of participants and social support networks. Compared to CG, the IG showed a significant reduction in terms of behavioral and emotional problems in children, as well as increase of parental satisfaction and sense of competence. There were also significant changes in terms of parenting and decreased parental stress levels in mothers who benefited from this intervention. Preliminary results partially show the effectiveness of Triple P in reducing the child's problems and adoption of suitable parenting.

Keywords: Parenting; Parental Training; Triple P; Social Exclusion;



Introdução

As famílias que se encontram em situação de risco psicossocial enfrentam desafios complexos no desempenho das suas funções parentais, dado que frequentemente se verificam situações graves de carência socioeconómica, violência doméstica, maltrato ou negligência infantil, abuso de substâncias, incesto, entre outros (Sousa, 2005). Habitualmente, residem em áreas com elevados níveis de desemprego, usufruem de cuidados de saúde inadequados ou insuficientes, possuem baixos níveis de literacia e comportamentos de risco (Evans, 2004). Estes adultos tendem a experienciar índices elevados de stress parental, humor depressivo, desregulação emocional, insatisfação parental, múltiplos acontecimentos negativos de vida e relações vinculares inseguras (Barth & Miller, 2000; Evans, 2004). Estes fatores foram consistentemente associados ao desenvolvimento e manutenção de problemas comportamentais e emocionais da criança/adolescente, problemas académicos, maltrato e negligência infantil (Campbell 2000), abuso de substâncias tóxicas e comportamentos desviantes (Sanders, Karen & Turner, 2016).

O maltrato, a negligência infantil e os problemas parentais associados, incluem geralmente práticas parentais coercivas, interações familiares negativas, padrões de comunicação desadequados, conflitos conjugais, estratégias de disciplina negativa e controlo restritivo (e.g. tentar parar a criança através de instruções formuladas pela negativa, repreensões verbais e punições físicas), entre outros (Weiss, Dodge, Bates & Pettit, 1992). A maioria dos pais, no desempenho diário das suas funções, confronta-se com alguma destas dificuldades, sendo por isso imprescindível abordar este tema como um assunto de saúde pública (Sanders, Prinz & Shapiro, 2012). Uma intervenção parental adequada pode contribuir amplamente para a promoção de ambientes familiares consistentes e responsivos, propiciar um desenvolvimento saudável à criança que se irá sentir aceite e afetivamente nutrida no seio familiar, capaz de se expressar e regular emocionalmente (Morris, Silk, Steinberg, Myers & Robinson, 2007). Não é por isso surpreendente que os programas parentais estruturados baseados em modelos de aprendizagem social sejam considerados, pela literatura científica, como os mais eficazes na redução dos níveis de maltrato infantil, promoção da saúde mental e do bem-estar da comunidade em geral (Sanders, 2012). As competências parentais são, desta forma, percecionadas como um fator chave no desenvolvimento de uma sociedade e os programas de treino parental constituem uma estratégia básica de prevenção do risco (Greens & Vandenbroeck, 2012) e uma alavanca poderosa para a diminuição dos níveis de pobreza e de exclusão social.

Um dos programas de parentalidade mais estudado e disseminado internacionalmente é o *Triplo P - Positive Parenting Program*, desenvolvido e aperfeiçoado ao longo dos últimos 30 anos por Sanders e seus colaboradores na Universidade de Queensland em Brisbane, Austrália (Sanders, 1999). O autor promove a adoção de uma parentalidade positiva, ou seja, práticas parentais não permissivas, com estabelecimento das regras e limites necessários para um desenvolvimento pleno da criança e de todas as suas potencialidades. Esta é uma parentalidade que nutre, empodera e reconhece a criança como pessoa de plena de direitos e exclui todo e qualquer tipo de punição física ou psicológica. O programa promove, por isso, a construção de relações saudáveis entre pais e filhos, estimula os adultos a agirem de forma calorosa, a proporcionar tempo de qualidade à criança, elogiar os bons comportamentos e a



usar estratégias disciplinares construtivas e positivas, tendo sempre em conta o nível de desenvolvimento da criança.

Planeado para alcançar diversos segmentos populacionais, o Triplo P possui cinco níveis diferentes de intervenção que visam aumentar progressivamente as competências parentais dos pais de crianças dos 0 aos 16 anos de idade (Sanders, Markie-Dadds & Turner, 2003). O mesmo encontra-se assente num princípio de “suficiência mínima”, segundo o qual deve ser identificada a abordagem menos intrusiva e mais económica, mas igualmente eficaz para a prevenção/diminuição dos problemas comportamentais e emocionais da criança (Sanders, Kirby, Tellegen, & Day, 2014). Através de um conjunto de intervenções integradas para diferentes grupos etários, o programa é dirigido a diversos problemas (e.g., comportamentais disruptivos, desenvolvimentais e alimentares) e tipologias familiares (Sanders, 2012). Ao longo das sessões é enfatizado o desenvolvimento da agência pessoal dos pais, a mudança comportamental e a capacidade autorregulatória, através da qual os pais promovem a independência e autonomia da criança (Sanders, 2012).

O nível mais básico de intervenção (nível 1) possui um carácter universal e dirige-se a pais que pretendem obter informação acerca do processo desenvolvimental da criança. Podem ser realizadas campanhas promocionais com o intuito de informar sobre tópicos elementares, com recurso a diferentes estratégias de transmissão como os media, apresentações em grupo, entre outros (Sanders, Markie-Dadds & Turner, 2003). Estas campanhas podem ser nacionais ou locais e visam promover a adoção de práticas de parentalidade positiva, incitar a recetividade e participação dos pais no programa, fomentar atitudes positivas e eliminar/diminuir o estigma associado à participação neste tipo de programas (Sanders, 1999). O nível 2 adequa-se a pais com preocupações específicas e reporta-se, normalmente ao nível dos cuidados primários de saúde. Trata-se de uma intervenção seletiva direcionada a pequenos grupos nos quais se considera a existência de um tipo específico de risco (Sanders, Markie-Dadds & Turner, 2003). Igualmente seletiva, a intervenção de nível 3, embora mais intensa do que o nível anterior, é indicada para pais de crianças com problemas comportamentais ou desenvolvimentais ligeiros e distingue-se por incorporar um treino mais ativo de competências (Sanders, 1999). O nível 4 e 5 são intensivos e pressupõem o uso combinado de estratégias de transmissão de informação, suporte e treino de competências parentais (Sanders, 1999), podendo decorrer em formato individual ou em grupo. Enquanto o nível 4 é dirigido a famílias com elevado número de fatores de risco para a criança, o nível 5 pressupõe que a família tenha já usufruído do nível 4 e amplia o foco interventivo para fatores de risco específicos, como a psicopatologia, níveis elevados de stress parental, conflitos interparentais, entre outros (Sanders, 1999).

Este estudo teve como objetivo a avaliação da eficácia de um programa de parentalidade positiva, o Triplo P com mães em situação de risco psicossocial. Nesse sentido foram delineadas as seguintes hipóteses de investigação: as mães que usufruem do Triplo P quando comparadas com as mães da intervenção usual apresentam: (H1) diminuição das dificuldades emocionais e comportamentais manifestadas pela criança; (H2) diminuição dos níveis de permissividade, sobre-reatividade e hostilidade verbal; (H3) aumento da satisfação e autoeficácia parental; (H4) diminuição do *stress* parental; (H5) diminuição dos



sintomas de depressão, ansiedade e *stress*; (H6) aumento da rede informal de suporte social da família.

Método

Participantes

Neste estudo participaram 33 mães em situação de risco psicossocial, encaminhadas pelo serviço local de ação social de Penafiel. As mães com psicopatologia ou défice cognitivo moderado/grave foram excluídas ($n = 10$) e três das mães contactadas recusaram participar no estudo. As participantes apresentam idade média de 31 anos ($DP = 6.67$) para o grupo de intervenção e de 41 anos ($DP = 9.91$) para o grupo de controlo. A maioria integra famílias de tipologia monoparental ($GI = 5$; $GC = 6$), é divorciada ou solteira ($GI = 5$; $GC = 6$) e possui o 2º ciclo de ensino básico ($GI = 6$; $GC = 7$). A idade média das crianças é de seis anos e oito meses ($DP = 2.90$) para o grupo Triplo P e de oito anos para o grupo de controlo ($DP = 2.10$). Na maioria a amostra é constituída por crianças do género feminino ($GI = 6$; $GC = 5$). Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos.

Instrumentos de Avaliação

O Questionário de Caracterização Familiar permite recolher a dados sociodemográficos, como nome, idade e escolaridade das pessoas que integram a família.

O *Questionário de Dificuldades e Capacidades* (Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005) resulta da tradução do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Goodman, 1997), possui 25 itens e um suplemento de impacto. Avalia a frequência de comportamentos positivos e negativos na criança, de acordo com cinco subescalas (e.g., sintomas emocionais, problemas comportamentais, hiperatividade, problemas com os pares e comportamento pro-social). O instrumento em *baseline* apresentou uma consistência interna de .70.

A *Escala Parental* é um instrumento de 30 itens que variam numa escala de resposta de 7 pontos. Cada item remete para um determinado comportamento parental desadequado e é emparelhado com o comportamento eficaz no extremo oposto. No seu conjunto os itens pretendem avaliar os estilos disciplinares (Arnold, O'Leary, Wolff & Acker, 1993) e subdividem-se em três fatores, permissividade, sobrerreatividade e hostilidade verbal. Esta escala apresentou uma consistência interna global de .84.

A *Escala Sentido de Competência Parental* (ESCP, Johnson & Mash, 1989) avalia a autoestima dos pais em duas dimensões: satisfação (e.g., avalia sentimentos de frustração, ansiedade e motivação associados ao papel parental) e autoeficácia (i.e., o grau de competência percebida pelos pais relativamente à sua capacidade de lidar com os problemas no contexto da parentalidade), apresentando consistência interna global de .79.

A *Escala Stress, Ansiedade e Depressão*, versão curta (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), é um instrumento de 21 itens que avalia os níveis de ansiedade ($\alpha = .95$), depressão ($\alpha = .98$) e *stress* ($\alpha = .94$).

O *Índice de Stress Parental* (versão curta) é uma escala originalmente criada por Abidin (1995), em fase de adaptação para a população portuguesa por Salomé Viera dos Santos. Pretende medir os níveis de stress parental no exercício das suas funções, através de 36 itens



que se subdividem em três dimensões diferentes (mal-estar dos pais; relação pais-criança disfuncional e temperamento da criança).

O *Questionário de Apoio Social Percebido* (MOS-SSS) é instrumento 19 itens (Sherbourne & Stewart, 1991; Fachado, Martinez, Villalva & Pereira, 2007) pretende avaliar a rede de suporte social dos participantes em 4 dimensões: interação social positiva, apoio emocional, apoio afetivo, apoio material. A consistência interna desta escala varia entre .87 e .97.

Procedimento

Este estudo obteve o parecer positivo da Comissão de Ética da FPCEUP. As participantes, depois de encaminhadas pelos técnicos do serviço local de ação social, foram contactadas para recolha de consentimento informado e aplicação do protocolo de avaliação. O estudo assentou num *design* experimental controlado de forma randomizada com dois momentos de avaliação, pré e pós-intervenção. As participantes foram aleatoriamente alocadas em dois grupos distintos, o grupo de intervenção (GI) – Triplo P e o grupo de controlo (GC) – intervenção usual.

O Triplo P é constituído por dez sessões; sete sessões presenciais de 120 minutos e três sessões telefónicas (20-30 minutos). As sessões têm frequência semanal e em cada uma delas é abordado um tema específico (e.g., parentalidade positiva, objetivos de mudança comportamental, estratégias de disciplina positiva). A estrutura das sessões é sempre idêntica (e.g., agenda da sessão, revisão do tema anterior; apresentação do racional teórico e vídeos exemplificativos; exercícios práticos; trabalhos de casa). Na primeira sessão telefónica são devolvidos os resultados da avaliação inicial. Nas sessões seguintes promove-se o desenvolvimento de rotinas específicas de parentalidade. Na sessão final, o grupo reúne-se para identificar mudanças concretas e delinear novos objetivos. No final são entregues certificados de participação.

A intervenção usual refere-se a um processo de acompanhamento psicossocial realizado pelo técnico e/ou equipa de referência. Este processo é constituído por um número não definido de entrevistas individuais/familiares e visitas domiciliárias nas quais são analisadas diversas problemáticas (e.g., parentalidade, estratégias de inclusão social e profissional, sensibilização para os cuidados básicos de saúde, organização habitacional, gestão doméstica, entre outros). Por razões éticas o grupo que recebe a intervenção usual é, posteriormente, convidado a participar no programa Triplo P.

Resultados

Dado o reduzido tamanho da amostra optamos por uma análise estatística de comparação de resultados através de testes não paramétricos, nomeadamente, o teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas, considerando um $\alpha = 0.05$. Para as diferentes variáveis em análise, apresentamos em seguida o tamanho da amostra, médias, desvios padrões e significância para os dois grupos, pré e pós-intervenção.

Como observamos na Tabela 1, o grupo de intervenção verificou uma redução significativa dos problemas emocionais e comportamentais da criança ($M_{\text{pré}} = 4.60$ e $M_{\text{pós}} = 2.40$, $p < 0.05$) e dos sintomas de hiperatividade ($M_{\text{pré}} = 6.70$ e $M_{\text{pós}} = 4.50$, $p < 0.05$), do momento pré-intervenção para o momento pós-intervenção. Estas alterações refletiram-se na subescala total de dificuldades ($M_{\text{pré}} = 17.60$ e $M_{\text{pós}} = 10.80$, $p < 0.05$) que também diminui



significativamente. Nas subescalas problemas de comportamento, problemas com os colegas e comportamentos prossociais não foram verificaram alterações.

Tabela 1: Média (SD) e *p-value* das subescalas emocionais e comportamentais em pré e pós-intervenção

	Grupo Triplo P				Grupo de Controlo (GC)		
	Pré	Pós	<i>P</i>	N	Pré	Pós	<i>P</i>
Sintomas emocionais	4.60 (2.59)	2.40 (1.58)	.011	10	3.30 (3.13)	2.90 (2.42)	.176
Prob. comportamento	3.60 (2.99)	2.40 (1.96)	.107	10	2.50 (2.27)	2.10 (1.85)	.414
Hiperatividade	6.70 (2.21)	4.50 (2.07)	.024	10	6.40 (2.46)	6.30 (2.26)	.582
Prob. com colegas	2.70 (2.21)	1.50 (1.35)	.079	10	2.50 (2.32)	2.10 (1.29)	.773
Comp. Prossocial	9.10 (.99)	9.60 (.52)	.059	10	9.30 (1.57)	9.50 (.85)	.395
Total Dificuldades	17.60 (5.99)	10.80 (4.80)	.008	10	14.70 (7.12)	13.40 (4.93)	.407

Em relação aos estilos parentais (cf. Tabela 2) as mães do Triplo P reduziram significativamente os níveis de permissividade ($M_{\text{pré}} = 3.18$ e $M_{\text{pós}} = 1.84$, $p < 0.05$) e hostilidade verbal ($M_{\text{pré}} = 1.27$ e $M_{\text{pós}} = 1.07$, $p < 0.05$), do primeiro para o segundo momento de avaliação. Ao nível da subescala sobrereatividade não foram observadas alterações significativas entre os grupos.

Em relação à Escala de Sentido de Competência Parental, verifica-se também que as participantes do grupo de intervenção aumentaram significativamente a satisfação parental ($M_{\text{pré}} = 30.90$ e $M_{\text{pós}} = 38.20$, $p < 0.05$), comparativamente com o grupo de mães do grupo de controlo. Este último grupo apresentou, ainda, uma redução significativa do sentimento de autoeficácia ($M_{\text{pré}} = 33.30$ e $M_{\text{pós}} = 30.10$, $p < 0.05$), ao longo do tempo.

Tabela 2: Média (SD) e *p-value* dos estilos parentais e sentido de competência em pré e pós-intervenção

	Grupo Triplo P				Grupo de Controlo		
	Pré	Pós	<i>P</i>	N	Pré	Pós	<i>P</i>
Permissividade	3.18 (1.48)	1.84 (.65)	.017	10	2.50 (1.81)	2.22 (1.52)	.341
Sobrereatividade	3.66 (1.56)	2.74 (.78)	.073	10	3.24 (1.51)	2.82 (1.07)	.068
Hostilidade	1.27 (1.90)	1.07 (.54)	.028	10	1.93 (1.05)	1.60 (.813)	.121
Satisfação	30.90 (10.35)	38.20 (8.68)	.012	10	29.70 (6.45)	32.00 (7.01)	.060
Autoeficácia	32.60 (4.09)	35.00 (3.86)	.091	10	33.30 (4.92)	30.10 (4.63)	.040

Relativamente ao Índice de Stress Parental (cf. Tabela 3) foram registadas alterações nos dois grupos. As mães do grupo de intervenção apresentaram uma redução significativa ao nível do mal-estar parental ($M_{\text{pré}} = 36.08$ e $M_{\text{pós}} = 28.70$, $p < 0.05$), do temperamento ($M_{\text{pré}} = 31.17$ e $M_{\text{pós}} = 25.90$, $p < 0.05$) e do índice global de stress parental ($M_{\text{pré}} = 91.33$ e $M_{\text{pós}} = 76.90$, $p < 0.05$). Por outro lado, as participantes que integraram o grupo de controlo apresentaram um aumento significativo na subescala relação disfuncional ($M_{\text{pré}} = 24.33$ e $M_{\text{pós}} = 28.20$, $p < 0.05$), do momento pré-intervenção para o momento pós-intervenção.

Tabela 3: Média (SD) e *p-value* das subescalas de stress parental em pré e pós-intervenção

	Grupo Triplo P				Grupo de Controlo		
	Pré	Pós	<i>p</i>	N	Pré	Pós	<i>P</i>
Mal-estar	36.08 (10.20)	28.70 (9.89)	.046	10	37.50 (9.02)	35.70 (7.32)	.058
Rel. disfuncional	24.08 (9.97)	22.30 (7.03)	.213	10	24.33 (6.67)	28.20 (6.56)	.035



Temperamento	31.17 (10.47)	25.90 (10.46)	.44	10	27.83 (7.30)	30.20 (8.82)	.79
Stress Global	91.33 (26.75)	76.90 (25.10)	.038	10	89.67 (17.23)	94.10 (19.12)	.905

Os níveis de depressão, ansiedade, *stress* (cf. Tabela 4) foram monitorizados nos dois momentos temporais, mas não foram encontradas diferenças significativas.

Tabela 4: Média (SD) e *p-value* das subescalas depressão, ansiedade, stress e suporte social em pré e pós-intervenção

	Grupo Triplo P				Grupo de Controlo		
	Pré	Pós	<i>P</i>	<i>N</i>	Pré	Pós	<i>P</i>
Depressão	11.80 (11.64)	8.00 (9.89)	.106	10	17.20 (13.21)	16.40 (12.93)	.779
Ansiedade	10.80 (8.18)	6.60 (8.49)	.065	10	14.60 (11.12)	12.40 (10.58)	.398
Stress	17.40 (9.62)	11.80 (11.21)	.074	10	20.60 (9.89)	20.20 (12.74)	.838
Interação Positiva	10.40 (3.34)	12.10 (4.70)	.171	10	8.80 (2.04)	6.70 (3.06)	.065
Apoio Emocional	22.50 (6.28)	25.00 (8.84)	.306	10	16.90 (6.35)	15.10 (8.60)	.574
Apoio Afetivo	8.80 (2.66)	10.20 (2.04)	.147	10	8.40 (1.83)	7.40 (2.95)	.190
Apoio Material	11.60 (1.71)	10.70 (3.80)	.371	10	9.30 (2.87)	8.10 (2.42)	.332

Como observado na Tabela 4, também não foram encontradas diferenças significativas em nenhuma das subescalas do questionário usado para avaliar a rede informal de suporte social das participantes.

Discussão

O Triplo P é um sistema de intervenção na parentalidade positiva, disseminado em inúmeros países, mas pouco estudado em Portugal. Este estudo piloto faz parte de um projeto de investigação alargado que pretende responder à escassez observada de intervenções empiricamente validadas para contexto português, no âmbito da promoção de competências parentais. Tanto quanto nos é dado a saber, trata-se do primeiro estudo controlado de forma randomizada desenvolvido em Portugal com este programa.

Os resultados obtidos são promissores, dado que sugerem a eficácia do Triplo P. Foi observada uma diminuição dos problemas emocionais e comportamentais percebidos pelas mães à semelhança do que é reportado na literatura (de Graaf et al. 2008a). As mães que usufruem do programa Triplo P desenvolvem capacidades específicas que melhoram a comunicação e reduzem os conflitos familiares, levando à diminuição do risco de desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais (Sanders, 2008). Além disso, observa-se uma mudança ao nível do foco atencional destas mães que passam a estar mais centradas nos comportamentos positivos da criança (Errázuriz, Cerfogli, Moreno e Soto, 2016), princípio promovido pelos programas de parentalidade positiva. Os resultados obtidos mostraram, ainda, uma diminuição dos níveis de permissividade e hostilidade verbal, o que reflete uma mudança parcial ao nível das práticas educacionais selecionadas pelas mães que receberam o Triplo P.

Tornando-se mais fácil lidar com os problemas da criança, o nível de satisfação e autoeficácia das mães aumenta. Neste estudo observamos um aumento do nível de satisfação materna, sendo que os níveis de autoeficácia não sofreram qualquer alteração. Consideramos que esta dimensão necessita de um período temporal maior para se alterar, o que poderá ser analisado através de uma avaliação de *follow-up*.



As famílias em situação de risco psicossocial encontram-se expostas a inúmeros fatores de *stress* que afetam diretamente a forma com os adultos exercem a sua parentalidade. Nesta dimensão o programa Triplo P também demonstrou eficácia na redução dos níveis globais de *stress* parental. Após frequentarem o programa, observamos uma alteração da perceção das mães relativamente ao temperamento da criança, deixando de considerar este fator uma fonte potencial de *stress*. Os resultados obtidos neste estudo são consistentes com estudos prévios acerca da eficácia do Triplo P quando implementado em formato grupal (Au et al. 2014; de Graaf et al. 2008b). Alguns efeitos positivos observados em estudos anteriores não foram aqui observados, nomeadamente, diminuição dos sintomas depressivos e ansiosos, assim como, o aumento da rede informal de suporte social das participantes. Consideramos que isto se deve ao reduzido tamanho da amostra deste estudo.

Em relação às mães do grupo de controlo verificamos alguns efeitos inesperados, nomeadamente, um aumento significativo da disfuncionalidade na díade mãe-criança e uma redução significativa do sentimento de autoeficácia evidenciado quando comparados os dois momentos de avaliação. Avançamos, desde já, com a hipótese de que estes dados podem estar a refletir um efeito cumulativo relacionado com a presença de múltiplos de fatores de risco. Sem acesso a intervenções parentais eficazes e expostas a diversos *stressores*, será que o resultado são díades parentais disfuncionais associado a um menor sentimento de autoeficácia nestas mães? Para respondermos a esta questão, necessitaríamos de estudos exploratórios adicionais.

Este foi um estudo piloto pelo que estamos cientes das suas limitações, nomeadamente, o tamanho reduzido da amostra e a seleção de testes não-paramétricos. Estudos futuros deverão ampliar o número de participantes, considerar recolhas de dados em momentos posteriores de *follow-up* de seis/doze meses e proceder a análises estatísticas mais complexas (e.g., *mixed anova design*) e/ou introduzir novas variáveis (e.g., informação do contexto escolar da criança). Consideramos que este estudo cumpriu o objetivo principal de demonstrar a eficácia do programa Triplo P com famílias em situação de risco social em contexto português. Acreditamos por isso que este programa será uma ferramenta útil para todos os profissionais que desejem implementar intervenções eficazes e empiricamente validadas neste tipo de população.

Agradecimentos

O meu agradecimento sincero a todas às participantes deste estudo piloto e aos técnicos que procederam ao seu encaminhamento para este projeto.

Contacto para Correspondência

Sandra Nogueira, FPCE-UP, Rua Alfredo Allen 4200-135 Porto - Portugal,
up201508940@fpce.up.pt



Referências

- Abidin, R. (1995). Parenting Stress Index. 3rd edition. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Arnold, D., O'Leary, S., Wolff, L., & Acker, M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5(2), 137-144. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.137>
- Au, A., Lau, K. M., Wong, A. H. C., Lam, C., Leung, C., Lau, J., & Lee, Y. K. (2014). The efficacy of a group Triple P (positive parenting program) for Chinese parents with a child diagnosed with ADHD in Hong Kong: A pilot randomized controlled study. *Australian Psychologist*, 49(3), 151-162. doi:10.1111/ap.12053
- Barth, R. P., & Miller, J. M. (2000). Building effective post-adoption services: What is the empirical foundation? *Family Relations*, 49, 447- 455.
- Campbell, S. B. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 383-401). Springer US.
- de Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008a). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: A meta-analysis. *Behaviour Modification*, 32, 14-35. doi:10.1177/0145445508317134
- de Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008b). Effectiveness of the Triple P positive parenting program on parenting: A meta-analysis. *Family Relations*, 57, 553-566. doi: 10.1177/0145445508317134
- Errázuriz, P., Cerfogli, C., Moreno, G., & Soto, G. (2016). Perception of Chilean Parents on the Triple P Program for Improving Parenting Practices. *Journal of Child Family Studies*, 25, 3440-3449. doi: 10.1007/s10826-016-0492-8
- Evans, G. W. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist*, 59 (2), 77-92. doi: 10.1037/0003-066X.59.2.77
- Fachado, A. A., Martinez, A. M., Villalva, C. M., & Pereira, M. G. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa: Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Medica Porto*, 20, 525-533.
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ-Por) [Strengths and Difficulties Questionnaire, Portuguese Version]. Retrieved from www.sdqinfo.org.
- Geens, N. & Vandenbroeck, M. (2014). The (ab)sense of a concept of social support in parenting research: a social work perspective. *Child & Family Social Work*, 19: 491-500. doi:10.1111/cfs.12048
- Gomez, E., Munoz, M. & Haz, A. (2007). Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: características e intervención. *Psyke* 16(2), 43-54.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of clinical child psychology*, 18(2), 167-175. doi 10.1207/s15374424jccp1802_8
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi:10.1016/0005 7967(94)00075-U
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.12/1058>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S. and Robinson, L. R. (2007). The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation. *Social Development*, 16: 361-388. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x



- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Toward an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 71-90. doi: 10.1023/A:1021843613840
- Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of family psychology*, 22(4), 506-517. doi: 10.1037/0893-3200.22.3.506
- Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 1-35. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104>.
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 337-357. doi:10.1016/j.cpr.2014.04.003
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. Parenting Research and Practice. *Monograph* (1), 1-24. Retrieved from <http://www.kindermishandeling.info/triplep/download/ArtikelMSanders.pdf>
- Sanders, M. R. & Turner, K. M. (2016). Triple P – Positive Parenting Program. In Ponzetti, J. (Eds). *Evidence-based parenting education: A global perspective*. Routledge: New York.
- Sanders, M. R., Prinz, R. J., & Shapiro, C. J. (2009). Predicting utilization of evidence-based parenting interventions with organizational, service-provider and client variables. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(2), 133-143. doi:10.1007/s10488-009-0205-3
- Sousa, L. (2005). Building on personal networks when intervening with multiproblem poor families. *Journal of Social Work Practice*, 19(2). 163-179.
- Weiss, B., Dodge, K. A., Bates, J. E. & Pettit, G. S. (1992). Some Consequences of Early Harsh Discipline: Child Aggression and a Maladaptive Social Information Processing Style. *Child Development*, 63: 1321-1335. doi:10.1111/j.1467-8624.1992.tb01697.x

PSICOGERONTOLOGIA



Uma técnica terapêutica para seniores? Uma agenda que pretende envolver-se no envelhecimento ativo

Paula Isabel Santos¹, Joana Gomes², Joana Silva³, & Edgar Mesquita⁴

1. *PIS Unipessoal, Lda, Portugal*
2. *Associação para o Desenvolvimento de Duas Igrejas, Portugal*
3. *PIS Unipessoal, Lda, Portugal*
4. *Departamento de Matemática e Aplicações da Universidade do Minho, Portugal*

Resumo

O presente estudo foi desenvolvido ao longo de vários meses entre 2015 e 2016 no qual pretendemos perceber a utilidade terapêutica de uma agenda desenvolvida por nós, com tarefas distribuídas ao longo dos meses, no sentido de ir ao encontro da literatura relativa ao envelhecimento ativo. O estudo constou da administração das tarefas com a população sénior (em lares ou centros de dia), a administração de um questionário da avaliação da qualidade de vida o SF- 36 e da Escala de Depressão Geriátrica, antes das mesmas e no final. Paralelamente foi realizado um questionário sócio-demográfico, bem como a entrevista semiestruturada no sentido de perceber a funcionalidade ou não da agenda. Os resultados mostram quer em termos quantitativos quer na avaliação qualitativa que a agenda pode desempenhar um papel de melhoria na promoção do envelhecimento ativo e na diminuição da depressão dos sujeitos.

Palavras-chave: Envelhecimento ativo; tarefas terapêuticas; lares de terceira idade.



Abstract

We are presenting a study developed for several months between 2015 and 2016 in which we try to perceive the therapeutical utility of an agenda/day planner developed by us. With tasks distributed by every month, so that it follows the literature concerning active aging. The study consisted of the administration of the proposed tasks to a senior population (in retirement homes and elder day care centres) accompanied by a questionnaire concerning quality of life, before and after the tasks were completed, in a way to understand if the proposed tasks would influence the outcome of the Geriatric Depression Scale, simultaneously a sociodemographics questionnaire was put in place, as well as a semistructured interview in the sense of understanding the functionality of the dayplanner. The results showed that the dayplanner can have an importante role, both at a quantitive and qualitative levels, in the promotion of active aging and in diminishing depression of the subjects.

Keywords: Active aging; therapeutic tasks; retiremente homes.



Introdução

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial, Portugal não é exceção a esta tendência, e em período de rápido envelhecimento são vários os discursos e medidas que se materializam estimulados por mudanças demográficas sem precedentes na história, como as ligadas a determinantes de envelhecimento ativo e a qualidade de vida das pessoas idosas. De modo a que os idosos, que experienciam vidas cada vez mais longas, vejam garantidas condições de participação na sociedade (comunidade e família) e condições de vida que lhes permitam fazer face às situações do dia a dia.

O presente estudo de índole quantitativa e qualitativa, tem por objetivo compreender a utilidade de uma agenda desenvolvida para pessoas idosas. Em geral, os resultados apontam para um grupo de idosos que: valorizaram as atividades que envolviam a agenda, a presença de uma participação ativa nas tarefas, bem como a diminuição da depressão.

Neste sentido iremos abordar o envelhecimento ativo, a qualidade de vida e a depressão nos idosos. E compreender a sua relação com a agenda construída. Pretende-se promover um envelhecimento ativo e uma melhor qualidade de vida, pois atualmente ainda persistem discursos sobre os “velhinhos”, os “coitadinhos” focando-se no envelhecimento como uma espécie de deterioração das capacidades quer físicas quer mentais.

Atualmente fala-se do Envelhecimento Ativo e da Qualidade de Vida (QDV) dos Idosos enquanto desafios fundamentais na senda de diversos organismos internacionais. Procura-se, assim, neste estudo, contribuir para o conhecimento do envelhecimento enquanto um desafio para Portugal. Portugal apresenta mutações demográficas, resultantes de um peso substancialmente maior dos grupos etários mais velhos e uma redução do peso dos jovens (Instituto Nacional de Estatística INE, 2012). Se em 2011, de acordo com os dados dos Censos realizados nesse ano, os idosos representavam 19 por cento do total da população portuguesa, estima-se que, em 2050, estes representem 36 por cento (INE, 2012).

Envelhecer faz parte da vida de todos os Seres Humanos. O envelhecimento é um processo do ciclo de vida do Homem que, aliás, está inequivocamente presente na demografia mundial. O envelhecimento populacional é, por um lado, o maior feito de qualquer sociedade ligado ao aumento da esperança média de vida; mas, por outro lado, é também um enorme desafio, pelos cuidados que os mais velhos necessitam, os gastos sociais que o envelhecimento implica, entre outros. O discurso sobre o Envelhecimento Ativo ter-se-á iniciado e é veiculado por organizações supranacionais, designadamente a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Organização Mundial de Saúde (OMS) e da União Europeia (UE), organismos esses que oferecem conceções explícitas do que se entende por Envelhecimento Ativo.



A OMS, apresenta a seguinte definição:

Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age. (...) Active ageing applies to both individuals and population groups. It allows people to realize their potential for physical, social, and mental well-being throughout the life course and to participate in society according to their needs, desires and capacities, while providing them with adequate protection, security and care when they require assistance (OMS, 2002, p. 12).

Em suma, para a OMS, a promoção de um Envelhecimento Ativo sublinha, para além do aspeto produtivo, no sentido económico, o envelhecer bem como um dos princípios estratégicos de um novo desenvolvimento social. O modelo de Envelhecimento Ativo, proposto pela OMS (2002), assenta em três pilares: (a) participação; (b) saúde e (c) segurança; incorporando seis determinantes que podem promover ou constranger o Envelhecimento Ativo: (1) económicas, (2) de saúde, (3) ambientais, (4) pessoais, (5) físicas e (6) sociais, que dependem das questões da cultura e de género.

Para além do Envelhecimento Ativo, a QDV é uma dimensão abordada neste estudo. O conceito de QDV, ainda que relativamente recente, tem vindo a ser definido e operacionalizado de modos muito diversos (Menezes, 2005). Em 1993, a OMS propõe uma definição de QDV que, apesar de dar uma visão muito ampla abriu portas à reflexão sobre as dimensões a avaliar (dimensão física, social e mental). Assim, segundo a OMS, QDV é “a pouca a perceção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objetivos, os seus desejos, as suas normas e as suas inquietudes. É um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio” (WHO 1993, p.153).

A definição da OMS inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (Machado & Sawada, 2008). Na definição da OMS fica implícito que o conceito de QDV é subjectivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação positivos e negativos (Nicolussi & Sawada, 2009).

Segundo Gonçalves (2010) a QDV compreende, assim, aspetos objetivos e subjetivos. Os aspetos objetivos incluem a interação do indivíduo com o meio, a funcionalidade e competência cognitiva, enquanto os aspetos subjetivos consistem na perceção da satisfação das próprias necessidades e daquilo que não lhe é recusado nos momentos propícios à sua realização e felicidade (Gonçalves, 2010). A QDV é, portanto, uma sensação de bem-estar pessoal que provém da satisfação ou insatisfação com áreas da vida do quotidiano que são importantes para o indivíduo (Gonçalves, 2010). É multidimensional, ou seja, se uma das dimensões estiver comprometida, o indivíduo tem que procurar melhorar, não só essa, mas também as outras, no sentido de a compensar (Gonçalves, 2010; Pimentel, 2003). Por exemplo, existem indivíduos que, apesar de terem graves problemas de saúde ou pobreza,



têm bom nível de QDV, devendo-se tal facto ao baixo limiar das suas expectativas (Pimentel, 2003).

Sendo assim, a saúde surge sistematicamente como um dos aspetos mais importantes na vida das pessoas, nomeadamente nos idosos e é uma das variáveis determinantes da satisfação da vida. Segundo Neri (2000), a qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional referenciada a critérios socio normativos e interpessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospetivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente. Ou seja, a qualidade de vida na velhice depende de vários elementos que estão em constante interação ao longo da vida do indivíduo. Os componentes biológicos, genéticos e psicológicos, contribuem para a forma como envelhecemos e para a ocorrência de doenças ao longo da vida, não podemos esquecer que, em muitas situações, o declínio das funções que se associa ao envelhecimento está intimamente relacionado com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais. São importantes exemplos dessas situações, pela sua prevalência, entidades clínicas como a depressão bem como os fenómenos de solidão e de isolamento de muitas pessoas idosas. A saúde é, assim, o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem, sendo a qualidade de vida, nas pessoas idosas, largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia e a independência (DGS, 2004).

A depressão é considerada atualmente, um problema de saúde que afeta pessoas de todas as idades. Porém, é nos idosos que ela atinge os mais elevados índices de prevalência, assumindo formas indeterminadas, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, consequentemente, de tratar (Spar & La Rue, 2005). Para Barreto (2006), as perdas que o idoso vai experimentando, a nível pessoal e social, produzem situações de luto cuja resolução nem sempre é fácil, sobretudo se certos fatores negativos se fazem sentir. Entre eles têm sido assinalados: a falta de apoio familiar, a situação de ter a seu cargo outro dependente, a carência de recursos materiais e o isolamento social (Barreto, 2006).

Tendo em conta a revisão bibliográfica achou-se pertinente desenvolver uma atividade que envolvesse o idoso em vários domínios (físico, psicológico e social), nomeadamente favorecer a reflexão sobre o envelhecimento, estimular e envolver o idoso numa vida mais ativa, a partir da construção de saberes e temas que produzam bem-estar.

Neste sentido, é essencial contribuir para uma melhor compreensão dos processos psicológicos associados ao envelhecimento, consequentemente, para uma maior eficácia das intervenções psicológicas nesta área analisando as variáveis QDV, depressão e a “agenda terapêutica”.



Metodologia

Tendo em vista os objetivos traçados, optou-se por um estudo transversal, com desenho exploratório (Pais-Ribeiro, 1999).

Participantes

A amostra utilizada é probabilística de conveniência uma vez que é conhecida a probabilidade de o participante ser incluído na amostra. Ao longo do estudo não foi registada qualquer recusa e desistência e todos os participantes responderam aos instrumentos de recolha de dados propostos. A amostra do presente estudo é constituída por 60 indivíduos, 60% do género feminino e 40% do género masculino. Os participantes têm idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos de idade ($M = 79.82$; $DP = 6.75$). Relativamente às demais variáveis sociodemográficas, verifica-se que a maior parte dos participantes são viúvos e vivem em suas casas. Quanto às habilitações literárias, o 1º ciclo é o que está mais representado.

Procedimento

Após a seleção/desenvolvimento do material foram obtidas as respetivas autorizações de utilização dos questionários. A colheita de dados teve lugar na Associação para o Desenvolvimento de Duas Igrejas. No momento da recolha dos dados, a investigadora explicou o objetivo do estudo e fez junto dos participantes, uma breve apresentação da investigadora e do estudo que se pretendia realizar. Informou-se, verbalmente e por escrito, os participantes da voluntariedade da participação no estudo, ressaltando que a não participação neste não teria como consequência nenhum tipo de penalização. Igualmente, informou-se que a pessoa podia desistir em qualquer momento de participar na investigação sem que isso lhe causasse qualquer tipo de prejuízo ou penalidade. Informou-se ainda que a utilização dos dados será unicamente para fins de investigação.

Foram respeitados os princípios da Declaração de Helsínquia. A confidencialidade e o anonimato foram garantidos e foi pedido, por escrito, o consentimento informado. Foi a investigadora a entregar os questionários ou a preenchê-los na presença do idoso, de acordo com a necessidade deste, mantendo sempre contacto com os idosos, para esclarecimento de dúvidas.

Assim, solicitou-se aos participantes que preenchesse um breve questionário sociodemográfico, em que não seria incluído nenhum dado que permitisse a identificação dos mesmos e a Agenda Terapêutica ao longo de oito meses (de Dezembro de 2015 a Julho de 2016). Para avaliar as outras variáveis utilizou-se o Sf-36 e a Escala de Depressão Geriátrica.

A análise de dados foi realizada em ambiente SPSS, versão 22 (IBM Corporation, 2013). Os resultados são apresentados sob a forma de médias (M) e desvios padrão (DP) para as variáveis quantitativas e frequências absolutas (n) e percentagens (%) para as variáveis categóricas.

O teste não paramétrico de wilcoxon para amostras emparelhadas foi utilizado para verificar as diferenças de prevalência de depressão (sem depressão, moderada, grave) nos idosos



antes e depois do programa de intervenção com a agenda. Após verificação da normalidade das variáveis o t-teste para amostras emparelhadas foi utilizado para comparar as dimensões do SF-36 idosos antes e depois do programa de intervenção com a agenda. Foi ainda determinada a consistência interna das dimensões do SF-36 e da escala de depressão de Tesavage cujo ponto de corte considerado foi $>.70$ (Nunnally, 1978)

Material

Os instrumentos selecionados foram escolhidos tendo em conta os objetivos delineados: Questionário Sociodemográfico, a Agenda Terapêutica, a Escala de Depressão Geriátrica e o Questionário SF-36:

Questionário Sociodemográfico: Instrumento construído para a presente investigação (demora cerca de 3 minutos a preencher) é constituído por variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão que exercia e onde habita).

Agenda terapêutica: Instrumento construído para a presente investigação (demora alguns meses a preencher). Contém atividades que os participantes podem partilhar com quem lhes apetecer. Todas as semanas têm uma frase para comentar ou uma tarefa para realizar, como por exemplo, “Qual é o seu pensamento para este ano”, “O que gostava de fazer de diferente este ano?”. Neste sentido, ela distribui pensamentos e sugestões de tarefas ao longo do ano, nela pode incluir o que lhe apetecer de forma a tornar o ano melhor.

Questionário de avaliação da qualidade de vida – SF 36: Para avaliar a qualidade de vida dos idosos utilizou-se um instrumento de medição – o *Short Form 36* (SF-36). O Short Form 36 (SF-36) é resultado de um trabalho desenvolvido pela *Rand Corporation* nos EUA durante a década de 70 e foi progressivamente ajustado e utilizado no *Rand's Medical Outcomes Studys*. Este questionário é uma versão reduzida que contempla 36 itens, selecionados a partir dos 245 existentes no questionário original *Medical Outcomes Study* (MOS). Na presente investigação foi utilizada a versão portuguesa do MOS SF-36. O SF-36 é um questionário construído para representar 8 dos conceitos mais importantes em saúde – função física, desempenho físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental (Ferreira e Marques, 1998). As várias dimensões contêm de 2 a 10 itens e são pontuadas através de uma escala de Likert com 5 categorias, pontuáveis de 1 a 5. Os critérios de cotação dos itens e escalas do SF-36 foram definidos para que um valor elevado indica um estado de saúde melhor. Os itens e escalas do SF 36 são cotados em 4 etapas. Os valores finais após codificação e reversão dos itens estão publicados em Ribeiro (2005). Nos itens: 6; 8; 9^a; 9d; 9h; 11b e 11d, a cotação é invertida. Nos restantes itens a cotação é feita diretamente. Neste sentido, os dados passam por um processo específico, a fim de os tornar coerentes e passíveis de interpretação, com as seguintes fases – introdução dos dados, transformação dos valores, tratamento dos dados em falta, cálculo das escalas e verificação. No que diz respeito à escala de pontuação o zero corresponde ao valor mínimo de satisfação de qualidade de vida e cem ao valor máximo.

Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage et al, 1983). A escala é a única criada especificamente para a população idosa (Juliane, Ferrari & Roberta, 2007). Criada por Yesavage et al. (1983), a escala passou a ser considerada uma escala com propriedades de validade e confiabilidade satisfatórias para rastreamento de depressão no idoso. Traduzida,



aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988), na “Avaliação diagnóstica dos Síndromes Demenciais”. É constituída por trinta questões sobre sentimentos e comportamentos, que decorreram na última semana. As respostas são dicotómicas (sim/não). A escala com 30 itens permanece inalterada desde 1983 e tornou-se o instrumento mais frequentemente usado por investigadores e clínicos no diagnóstico da depressão. A pontuação dos itens é a seguinte: 1 ponto para as respostas Sim nas questões: 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28; e 1 ponto para as respostas Não nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30. Os pontos de corte são: 0-10 = ausência de depressão; 11-20 = depressão ligeira e 21-30 = depressão grave.

Resultados

A consistência interna dos instrumentos utilizados foi considerada elevada. No que se refere ao SF-36 os valores de alfa de Cronbach variaram entre .75 e .89. Na escala de depressão de Yesavage este valor foi de .76. Em todos os casos foi cumprido o critério estabelecido (>.70) (Tabela 1).

Tabela 12: Consistência interna dos instrumentos utilizados

Instrumento	α
<i>SF-36</i>	
Função Física	.88
Desempenho físico	.89
Desempenho emocional	.88
Vitalidade	.85
Saúde mental	.86
Função social	.79
Dor	.86
Saúde geral	.75
Escala de depressão Yesavage	.76

O programa de intervenção com a agenda parece ter contribuído para a diminuição da prevalência da depressão, uma vez que foi registada uma diminuição estatisticamente significativa ($p<.01$) do número de idosos com depressão grave de 23.3% para 16.7%, uma diminuição do número de idosos com depressão ligeira de 26.7% para 25.0% e ainda um aumento do número de idosos sem sintomas clínicos de 50.0% para 68.3% (Tabela 2).

Tabela 13: Eficácia do programa de intervenção com a agenda na diminuição da prevalência da depressão nos idosos

Escala de depressão Yesavage	Antes n (%)	Depois n (%)	Teste Wilcoxon
Sem depressão	30 (50.0%)	35 (58.3%)	$p<.01$
Depressão ligeira	16 (26.7%)	15 (25.0%)	
Depressão grave	14 (23.3%)	10 (16.7%)	

O programa de intervenção com a agenda parece também ter contribuído para a melhoria dos índices de qualidade de vida nos idosos, nomeadamente nos índices de dor ($p=.02$), bem-estar emocional ($p=.02$), desempenho emocional ($p=.01$), energia/fadiga ($p=.04$) e saúde



geral ($p<.001$). Na avaliação após o programa de intervenção os valores médios destas dimensões foram superiores (Tabela 3).

Tabela 14: Eficácia do programa de intervenção com a agenda na qualidade de vida dos idosos

Instrumento	Antes M (DP)	Depois M (DP)	T-teste
<i>SF-36</i>			
Função física	58.08 (13.16)	61.04 (11.10)	$t=1.33$ ($p=.19$)
Desempenho físico	46.89 (10.43)	48.43 (8.12)	$t=0.27$ ($p=.79$)
Dor	63.36 (11.39)	67.76 (8.14)	$t=2.43$ ($p=.02^*$)
Bem-estar emocional	50.69 (12.21)	55.45 (10.18)	$t=2.31$ ($p=.02^*$)
Desempenho emocional	49.71 (10.68)	54.45 (9.63)	$t=2.55$ ($p=.01^*$)
Energia/Fadiga	48.30 (11.63)	52.76 (12.32)	$t=2.04$ ($p=.04^*$)
Função social	63.06 (11.15)	62.23 (10.51)	$t=0.42$ ($p=.68$)
Saúde geral	49.41 (12.86)	58.24 (10.66)	$t=4.09$ ($p<.001^{***}$)

* $p<.05$; *** $p<.001$

Através da análise de conteúdo às tarefas delineadas ao longo do estudo, de uma maneira sucinta verificou-se que a maioria dos participantes reúnem qualidades semelhantes, por exemplo, a honestidade e a humildade. As pessoas mais importantes em 100% da amostra são os familiares. À questão “O que a faz feliz”, 60% mencionam a família.

Entende-se em várias questões, que os participantes, indicam quase sempre a família, quer em aspetos negativos como, por exemplo, o falecimento de um ente querido, ou por motivos de carinho e amor que sentem por eles. Sendo neste sentido, um forte suporte social para eles. Com o decorrer das tarefas tiveram sempre uma postura ativa e de grande curiosidade, conclui-se com o fim da administração da agenda, que os participantes demonstraram sentimentos de grande reflexão, por exemplo à questão “como é que sentiu e pensou com as tarefas da agenda” muitos responderam passo a citar “*fez-me pensar que embora tenha sofrido muito vale a pena viver e ver a nossa família a crescer, por isso senti-me muito feliz*”, “*adorei pensar de uma forma mais profunda sobre a minha vida, o importante que ela foi e nunca esquecer-me da minha família que me faz feliz*”, “*senti-me bem, ao fazer as tarefas pensava que podia e posso fazer melhor, embora já seja velhote ainda posso dar muito de mim*”.

Discussão

Na análise estatística determinaram-se valores significativos, pois verificou-se que a agenda parece ter contribuído para a diminuição da prevalência da depressão nos idosos. Bem como nos índices de QDV os valores foram superiores na segunda avaliação.

Segundo Carneiro, Chau, Soares, Fialho e Sacadura (2012), os idosos não constituem um grupo homogêneo, vivendo diferentes padrões de adaptação à velhice que depende fundamentalmente de fatores como a idade da reforma, a classe socioeconómica, o estado civil, o sexo e a religião, sendo importante oferecer-lhes atividades de lazer. Por sua vez, as atividades de lazer devem integrar momentos onde o idoso se empenhe, algo que escolha de livre e espontânea vontade, que lhe dê prazer e que contribuam para o desenvolver como



pessoa (Carneiro, et al 2012). Por sua vez, através da análise qualitativa, verificaram-se momentos de grande reflexão ao longo do programa de intervenção, as tarefas da agenda proporcionaram assim aos idosos momentos de um maior autoconhecimento. Ou seja, o programa de intervenção com a agenda, tornou-se saudável, principalmente ao nível psicológico para os participantes. Porque no envelhecimento ativo saudável está subjacente a promoção da autonomia que assenta em dois princípios: na prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas. E, a atividade familiar e ao sentir-se útil está diretamente ligada a uma maior QDV e bem-estar dos idosos (Carneiro, et al 2012).

Tal como demonstrado, através das análises realizadas, podemos concluir que a avaliação da Agenda para a população idosa, manifesta-se adequada, no entanto, novos estudos irão contribuir para uma melhor compreensão e organização da agenda melhorando o próprio instrumento.

Agradecimentos

Queremos agradecer a todos os participantes a sua grandiosa contribuição, sem eles este projeto não teria sido possível. E a todos os quantos nos abriram as portas para a prossecução deste projeto.

Contacto para Correspondência

--

Paula Isabel Santos, isagsantos@gmail.com

PIS-Unipessoal, Lda Av. Fernão de Magalhães nº 1257 1º D, 4350-169 Porto, Portugal.

Referências

- Barreto, J. (2006). *Tratamento atual da depressão no idoso*. In Firmino, H.; Cortez Pinto, LLeuschner, A. & Barreto, J. (Eds.). *Psicogeriatrica*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A. S. & Sacadura, M. J. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Centro de estudos dos povos e culturas de expressão portuguesa. *Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa*.
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas idosas*. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>. [Consultado em 04/06/2016].
- Ferreira, P. L. & Marques, B. F. (1998). *Avaliação Psicométrica e avaliação Cultural e Linguística de Instrumentos de medição em saúde: Princípios Metodológicos Gerais*. *Centro de Investigação em saúde*, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, p. 1-24.
- Gonçalves, J. D. O. (2010). *Qualidade de vida dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia, satisfação com os cuidados e informação recebida durante o internamento*. Tese submetida para obtenção do grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde, *Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra*, Coimbra.
- IBM Corporation (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corporation.



- Instituto Nacional de Estatística (2012). Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS. [Consultado em 08/06/2016].
- Juliane, F., Ferrari & Roberta, R. D. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, 17(1), 3-8.
- Machado, S. M., & Sawada, N. O. (2008). Avaliação da qualidade da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 17(4), 750-757.
- Meneses, R. F. (2005). Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais. Porto: *Universidade Fernando Pessoa & Fundação para a Ciência e a Tecnologia*.
- Neri, A .L. (2000) Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: Yeda.A.O.Duarte & M.Diogo: Atendimento Domiciliar um Enforque Gerontológico. Um enfoque gerontológico. (pp.39,40).
- Nicolussi, A. C., & Sawada, N. O. (2009). Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. *Acta Paul Enferm*, 22(2), 155-61.
- Nunnaly, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Pimentel, F. L. (2003). *Qualidade de Vida do Doente Oncológico*. Porto: Tipografia Nunes, Ld.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *O importante é a Saúde: estudo de adaptação do SF-36*. 1ª ed. Lisboa: Merck Sharp & Dohme.
- Spar, J. E. & La Rue, A. (2005). Guia prático de psiquiatria geriátrica. Lisboa: Climepsi Editores.
- Verissimo, M. T. (1988). Avaliação Diagnóstica dos síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica. Porto: *Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto*.
- Wood-Dauphinee, S., & Kuchler, T. (1992). Quality of life as a rehabilitation outcome: are we missing the boat? *Canadian Journal of Rehabilitation*. 6(1), 3-12.
- WHO (1993). "Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL)." *Qual Life Res* 2(2): 153-159.
- World Health Organization (2002). Active Ageing: A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain.
- Yesavage, et al (1983). Development and validation of geriatric depression scale. *Psychiatric Res.* 17, 37-49.



Explorando a associação entre solidão, depressão e lapsos de memória subjectivos em idosos de um centro de convívio: Um estudo preliminar

Joana Coutinho¹ & Diana R. Pereira²

1. Junta de Freguesia de Avintes, Portugal

2. Laboratório de Neuropsicofisiologia - CIPsi, Universidade do Minho, Portugal

Resumo

O acentuado envelhecimento demográfico tem levantado inúmeros desafios sociais, pelo que o estudo de variáveis associadas ao envelhecimento afigura-se como um contributo fundamental para compreender e intervir nesta etapa do desenvolvimento. O presente estudo teve como principal objectivo explorar a relação entre a solidão percebida, humor depressivo e percepções subjectivas sobre o funcionamento mnésico em idosos. Para isto foram seleccionadas três escalas breves de auto-relato - *Prospective and Retrospective Memory Questionnaire* (PRMQ), escala revista de solidão da UCLA, Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) - que foram posteriormente administradas a 15 mulheres com idades entre os 62 e os 85 anos ($M = 73.53$, $DP = 6.24$) e uma escolaridade média de 2.80 ($DP = 1.27$). Mesmo tendo em consideração que temos uma amostra reduzida com alguma heterogeneidade, foi possível verificar que a pontuação obtida na escala de solidão não se correlacionou com nenhum dos resultados extraídos do PRMQ e do GDS-15. Este resultado preliminar não é concordante com o que já tem sido reportado na literatura, visto que estudos anteriores têm demonstrado existir uma associação entre sentimentos de solidão e sintomatologia depressiva em idosos. Quanto à associação entre o auto-relato de depressão e de lapsos de memória, verificamos uma correlação moderada positiva entre a pontuação obtida no GDS-15 e a pontuação do total do PRMQ ($r = .693$, $p = .004$), pelo que o presente estudo parece apoiar a hipótese de que falhas mnésicas subjectivas, de natureza retrospectiva ou prospectiva, encontram-se associadas a relatos de estados depressivos e ansiosos.

Palavras-chave: depressão; idosos; memória subjectiva; queixas de memória; solidão.



Abstract

The rapid demographic aging has been raising innumerable societal challenges, hence the study of variables related to aging appears of uttermost importance to understand and to intervene in this stage of development. The main goal of the present study was to explore the relationship between perceived loneliness, depression humor and subjective perceptions of memory functioning in the elderly. Accordingly, three self-report measures were selected - Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ), UCLA Loneliness Scale, Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) – that were administered to 15 women aged between 62 and 85 years old ($M = 73.53$, $SD = 6.24$), with an averaged formal education of 2.80 ($SD = 1.27$). Even taking into account that we had a reduced sample with some heterogeneity, it was possible to verify no significant correlation between the score of the loneliness scale and both results from the PRMQ and GDS-15. This preliminary result was not in accordance with what has been already reported in the literature, since previous studies have been demonstrating an association between loneliness feelings and depressive symptomatology in aged individuals. Regarding the relation between the self-report of depression and of memory lapses, we observed a positive moderate correlation between the score of the GDS-15 and the total PRMQ score ($r = .693$, $p = .004$), which supports the hypothesis that subjective memory complaints, retrospective or prospective in nature, are associated with depressive and anxious states.

Keywords: depression; elderly; subjective memory; memory complaints; loneliness.



Introdução

Actualmente, o acentuado envelhecimento demográfico tem levantado enormes desafios sociais, desde a integração e a participação activa dos idosos na comunidade até ao combate de situações de isolamento, incapacidade, pobreza e exclusão social. Só em Portugal, estima-se que cerca de 19% da população residente tenha já uma idade igual ou superior a 65 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2013), sendo que projecções para 2060 apontam para um envelhecimento ainda mais acentuado, designadamente, existirão aproximadamente 307 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2014). Face a este cenário, a investigação de diferentes variáveis associadas ao envelhecimento assume-se como um contributo fundamental para compreender e intervir tanto ao nível do indivíduo e da sua comunidade, como em termos de planificação e implementação de políticas diferenciadas (Fernández-Ballesteros & Mariagiovanna, 2003).

Neste âmbito, o presente estudo teve como principal objectivo explorar a relação entre a solidão percebida, humor depressivo e percepções subjectivas sobre o funcionamento mnésico em idosos. O estudo correlacional destes factores afigura-se pertinente, visto existir evidência epidemiológica considerável de que problemas emocionais como o stress, a angústia e a depressão são frequentes na terceira idade, estando associados, por seu turno, a mudanças negativas na cognição (Hertzog, Kramer, Wilson, & Lindenberger, 2009). Mais especificamente, a solidão encontra-se também amplamente relacionada com consequências adversas para saúde mental e física, sendo que idosos que demonstram maiores níveis de solidão evidenciam uma maior tendência para estados depressivos (Golden et al., 2009; Liu, Gou, & Zuo, 2014; Luanaigh & Lawlor, 2008). Da mesma forma, lapsos relacionados com a memória (e.g., esquecer de tomar a medicação na altura apropriada) podem ter um impacto negativo no funcionamento em actividades do dia-a-dia, bem como têm sido associados a sintomas de ansiedade e depressão (Balash et al., 2013; Basset & Folstein, 1993; Yates, Clare, Woods, & MRC CFAS, 2015). Ainda que evidência prévia suporte as relações entre as variáveis depressão e solidão, bem como entre depressão e queixas subjectivas de memória, o mesmo não pode ser declarado no caso da associação entre solidão e lapsos mnésicos. No presente estudo, para além de replicar as relações anteriores, hipotetizamos que a solidão se encontre correlacionada com a frequência percebida de lapsos de memória, visto que estudos prévios (e.g., Roswell, Green, Teachman, & Salthouse, 2015) sugerem que estados de afecto negativo, que também podem ser causados por sentimentos de solidão, podem contribuir para uma visão negativa da própria memória e, consequentemente, para uma maior frequência percebida de falhas mnésicas.

Metodologia

Participantes

Neste estudo colaboraram 15 mulheres de um centro de convívio de Vila Nova de Gaia, com idades compreendidas entre os 62 e 85 anos ($M = 73.53$, $DP = 6.24$), duas das quais sem escolaridade formal e as restantes com 2 a 4 anos de escolaridade ($M = 2.80$, $DP = 1.27$). 20% eram solteiras, 40% casadas e 40% viúvas. Todas as participantes revelaram ter mais do que uma condição de saúde (e.g., diabetes; ansiedade; colesterol; problemas de circulação), estando a efectuar diferentes terapêuticas medicamentosas.



Instrumentos

De forma a avaliar as variáveis propostas, e além de ter sido usado um breve questionário sociodemográfico, foram administradas três escalas breves de auto-relato, a saber: (a) o Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ; Smith, Della Sala, Logie, & Maylor, 2000), cuja evidência preliminar de validade e de confiabilidade para a versão portuguesa europeia poderá ser consultada no presente livro de actas, é uma medida breve de 16 itens que procurar avaliar a frequência subjectiva de lapsos de memória retrospectivos e prospectivos no quotidiano. É composta por uma subescala de memória retrospectiva (MR) e por uma subescala de memória prospectiva (MP), sendo possível obter uma pontuação geral e pontuações específicas para cada uma destas escalas, através da soma dos respectivos itens. Quanto maior a pontuação obtida, maior a frequência percebida de falhas mnésicas; (b) a escala revista de solidão da UCLA (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980), versão portuguesa de Neto (1989), é constituída por 18 itens e procura avaliar sentimentos relacionados com a solidão; (c) a Geriatric Depression Scale (GDS) é uma das escalas de rastreio da depressão mais usada com população idosa, sendo que neste estudo usamos a versão abreviada de 15 itens (Sheikh & Yesavage, 1986), versão portuguesa de Apóstolo e colaboradores (2014).

Procedimentos

As recolhas com os participantes tiveram lugar num centro de convívio de Vila Nova de Gaia. Num primeiro passo foi pedida a autorização do centro para entrar em contacto com os utentes. Cada um dos utentes foi abordado individualmente e os objectivos do estudo foram explicitados, sendo obtido o consentimento informado. Posteriormente, os participantes responderam a um breve questionário de questões sociodemográficas e de saúde, bem como às três escalas de auto-relato descritas anteriormente.

Resultados

Na tabela 1, podem ser encontradas as médias das pontuações brutas obtidas para cada uma das escalas. De notar que no caso do PRMQ, além da pontuação total, também apresentamos as pontuações separadas por subescalas, a de MR e a de MP.

Tabela 1. Descritivos das pontuações brutas obtidas em cada escala

Instrumentos	Média (DP)	Amplitude (mín - máx)
PRMQ – Total	30.40 (8.90)	18 – 52
PRMQ – MR	12.40 (3.52)	9 – 20
PRMQ – MP	18.50 (6.18)	8 – 32
UCLA	32.13 (5.67)	21 – 41
GDS-15	4.07 (3.28)	0 – 10

Nota. GDS-15 = Geriatric Depression Scale-15; MP = Memória Prospectiva; MR = Memória Retrospectiva; PRMQ = Prospective and Retrospective Memory Questionnaire.



Mesmo tendo em consideração que temos uma amostra reduzida com alguma heterogeneidade, recorremos ao coeficiente de correlação de Pearson para averiguar se existiam associações entre as pontuações obtidas para os diferentes instrumentos. Foi então possível verificar que a pontuação obtida na escala de solidão não se correlacionou com nenhum dos resultados extraídos do PRMQ e do GDS-15. Quanto à relação entre a solidão e queixas subjectivas de memória, ainda pouco explorada na literatura, também não foi possível detectar uma associação estatisticamente significativa entre estas medidas. Já no que respeita à associação entre o auto-relato de depressão e de lapsos de memória, verificamos uma correlação de índole moderada positiva entre a pontuação obtida no GDS-15 e entre a pontuação total do PRMQ ($r = 0.693$, $p = 0.004$) e das duas subescalas (MR: $r = 0.578$, $p = 0.024$; MP: $r = 0.669$, $p = 0.006$). Por outras palavras, uma maior frequência de falhas de memória percebidas no dia-a-dia parece estar associada com uma maior tendência para reportar sintomas depressivos.

Discussão

O principal objectivo deste estudo correlacional foi contribuir para a clarificação da relação entre as variáveis solidão, depressão e lapsos de memória em idosos. Embora os dados sejam ainda preliminares, foi possível verificar que o factor solidão não apresentou associação com nenhuma das restantes variáveis. Este resultado foi particularmente inesperado no caso do auto-relato de depressão, dado que estudos anteriores têm demonstrado existir uma associação entre sentimentos de solidão e sintomatologia depressiva em idosos (e.g., Aylaz, Aktürk, Erci, Öztürk, & Aslan, 2012; Golden et al., 2009; Liu et al., 2014; Luanaigh & Lawlor, 2008). Inclusive, a solidão tem sido estudada como um indicador e factor de risco no desenvolvimento de depressão (Adams, Sanders, & Auth, 2004; Golden et al., 2009). Ainda assim, tendo em consideração que a amostra deste estudo é pequena, que mais de metade dos participantes ($n = 10$) não revelou indícios de sintomas depressivos e que a média de solidão reportada nesta amostra foi inferior à de estudos anteriores em Portugal (e.g., Neto, 1989), podemos ponderar que este estudo não teve variabilidade e poder suficiente para detectar uma possível relação entre variáveis. A mesma linha de raciocínio pode ser aplicada à exploração da associação entre a solidão e as falhas de memória, ainda que esta não tenha recebido grande atenção na literatura e que não haja evidência directa a sustentar a mesma. No que respeita à relação entre falhas de memória e depressão, foi possível constatar que participantes que relataram uma maior frequência de lapsos mnésicos no PRMQ também obtiveram maiores pontuações no GDS-15, o que é consistente com a noção de que queixas subjectivas de memória encontram-se associadas a relatos de sintomas depressivos e de ansiedade (e.g., Balash et al., 2013; Basset & Folstein, 1993; Yates et al., 2015).

Importa uma vez mais notar que os resultados aqui apresentados são preliminares, tanto que existem limitações acentuadas às ilações a retirar. O tamanho e a heterogeneidade da amostra não nos permitiram averiguar o impacto de um conjunto de variáveis sociodemográficas e de saúde (e.g., sexo; estado civil; escolaridade; rede social de apoio; medicação) que podem ser relevantes para compreender a relação entre as variáveis estudadas. Adicionalmente, existem outros factores, tal como os índices de funcionalidade e de actividade diária e outras variáveis cognitivo-emocionais (e.g., funcionamento cognitivo objectivo; ansiedade), que são igualmente relevantes para clarificar a dinâmica destas



relações, pelo que futuros estudos podem contemplar estes factores. A aplicação exclusiva de escalas de auto-relato tem, igualmente, vantagens e desvantagens. Por um lado, baseamos apenas na percepção subjectiva do indivíduo acerca da sua realidade, o que pode não ser um reflexo fidedigno do que passa efectivamente com o mesmo. Um bom exemplo disso é falta de consistência entre queixas subjectivas de memória e a performance em provas cognitivas objectivas (e.g., Balash et al., 2013). Por outro lado, as medidas de auto-relato permitem aceder às crenças pessoais, perceber o impacto subjectivo que determinadas situações exercem no indivíduo, sendo que isto é particularmente útil para planear estratégias interventivas individualizadas.

Em suma, o presente estudo parece apoiar a ideia de estados de afecto negativo encontram-se associados a uma percepção também mais negativa do funcionamento mnésico no quotidiano (Roswell et al., 2015).

Agradecimentos

Agradecemos à instituição contactada, bem como a todos os participantes que abertamente colaboraram neste estudo. Este trabalho foi também apoiado por uma bolsa de doutoramento da Fundação Portuguesa para a Ciência e a Tecnologia atribuída a Diana R. Pereira (PD/BD/105964/2014).

Contacto para Correspondência

Joana Coutinho, joanaclacoutinho@gmail.com

Referências

- Adams, K. B., Sanders, S., & Auth, E. A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. *Aging and Mental Health*, 8(6), 475-485.
- Apóstolo, J. L. A., Loureiro, L. M. J., Reis, I. A. C., Silva, I. A. L. L., Cardoso, D. F. B., & Sfetcu, R. (2014). Contribution to the adaptation of the Geriatric Depression Scale-15 into Portuguese. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 65-73. doi:10.12707/RIV14033
- Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H., & Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 548-554.
- Balash, Y., Mordechovich, M., Shabtai, H., Giladi, N., Gurevich, T., & Korczyn, A. D. (2013). Subjective memory complaints in elders: Depression, anxiety, or cognitive decline? *Acta Neurologica Scandinavica*, 127(5), 344-350. doi:10.1111/ane.12038
- Bassett, S. S., & Folstein, M. F. (1993). Memory complaint, memory performance, and psychiatric diagnosis: A community study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 6(2), 105-111. doi:10.1177/089198879300600207
- Fernández-Ballesteros, R., & Mariagiovanna, C. (2003). Psychology of aging in Europe. *European Psychologist*, 8(3), 129-130.
- Golden, J., Conroy, R., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M., & Lawlor, B. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(7), 694-700. doi:10.1002/gps.2181
- Hertzog, C., Kramer, A., Wilson, R., & Lindenberger, U. (2009). Enrichment effects on adult cognitive development: Can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced? *Psychological Science in the Public Interest*, 9(1), 1-65. doi:10.1111/j.1539-6053.2009.01034.x.



- Instituto Nacional de Estatística. (2013, 10 de Outubro). Proporção da população residente com 65 ou mais anos de idade (%) por Local de residência (à data dos Censos 2011); Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007255&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística. (2014, 18 de Março). Projeções de população residente 2012-2060. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2
- Liu, L., Gou, Z., & Zuo, J. (2014). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology, 21*(5), 750-758. doi: 10.1177/1359105314536941
- Luanaigh, C., & Lawlor, B. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*(12), 1213-1221. doi:10.1002/gps.2054
- Neto, F. (1989) Avaliação da solidão. *Psicologia Clínica, 2*, 65-79.
- Rowell, S. F., Green, J. S., Teachman, B. A., & Salthouse, T. A. (2015). Age does not matter: Memory complaints are related to negative affect throughout adulthood. *Age & Mental Health, 25*. Advance online publication. doi:10.1080/13607863.2015.1078284
- Russell, D., Peplau, L., & Cutrona, C. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminate validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*(3), 472-480. doi:10.1037/0022-3514.39.3.472
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist, 5*(1-2), 165-173. doi:10.1300/J018v05n01_09
- Smith, G., Della Sala, S., Logie, R. H., & Maylor, E. A. (2000). Prospective and retrospective memory in normal aging and dementia: A questionnaire study. *Memory, 8*(5), 311-321. doi:10.3758/BF03195773
- Yates, J., Clare, L., Woods, B., & MRC CFAS (2015). Subjective memory complaints, mood and MCI: A follow-up study. *Aging and Mental Health*. Advance online publication. doi:10.1080/13607863.2015.1081150



Envolvimento sénior e promoção de sinergias de apoio ao envelhecimento saudável

Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Instituto Politécnico de Beja, Portugal

Resumo

O que os humanos mais temem no envelhecimento é o fato deste poder surgir associado a determinadas fragilidades físicas, mentais e sociais. Por isso, a adoção consciente de estilos de vida saudáveis na velhice proporciona um benefício potencial para a preservação da saúde e da autonomia dos seniores, viabilizando um envelhecimento saudável e gratificante. Por outro lado, diversas estruturas de apoio ao envelhecimento têm sido criadas e vários programas têm sido desenvolvidos no sentido de assegurar o suporte social, a formação e desenvolvimento pessoal, a promoção da saúde ou a prevenção e controlo das doenças. Contudo, proporcionar aos mais velhos da sociedade uma vida com qualidade implica que as pessoas, as famílias e os profissionais que trabalham com esta população em contextos sociais, educacionais, de saúde ou políticos dialoguem e implementem estratégias continuadas de envelhecimento produtivo, para que estes cidadãos sejam participativos na sociedade e percecionem bem-estar e satisfação com a vida. É importante também que os mais velhos saibam e tenham a possibilidade de proteger a sua saúde de forma consciente, delineando os seus limites e tomando as devidas precauções para preservar a sua saúde e não a colocarem em risco. O presente trabalho parte de uma reflexão sobre a investigação psicológica e comunitária do envelhecimento destacando orientações estratégicas de intervenção. Procura mostrar de que forma o envolvimento sénior, as dinâmicas comunitárias e as sinergias entre as instituições e entidades ligadas à ancianidade podem contribuir para promover o envelhecimento com qualidade, melhorando o rumo das vidas dos cidadãos.

Palavras chave: seniores, envelhecimento saudável, envolvimento sénior, participação comunitária



Abstract

What humans fear most in aging is the fact that this can arise associated with certain physical, mental and social weaknesses. Therefore, the conscious adoption of healthy lifestyles in old age provides a potential benefit to the preservation of health and autonomy of seniors, enabling a healthy and fulfilling aging. On the other hand, various structures for aging have been created and several programs have been developed to ensure social support, training and personal development, health promotion and the prevention and control of diseases. However, provide older society a life with quality implies that people, families and professionals who work with this population in social, educational, health and political hold discussions and implement ongoing strategies of productive aging, so that these citizens are participatory in society and perceptionem well-being and life satisfaction. It is also important that older people know and have the opportunity to protect your health consciously, delineating their boundaries and taking the proper precautions to protect your health and not to put at risk. This work is part of a reflection on psychological research and aging community highlighting strategic guidelines for intervention. Seeks to show how the senior involvement, community dynamics and synergies between institutions and entities linked to old age can help to promote aging well, improving the course of the lives of citizens.

Keywords: seniors, healthy aging, senior involvement, community participation



Introdução

Desenhar o futuro é pensar sobre ele e esperar que algo de bom aconteça, em qualquer fase do desenvolvimento humano. Pensar sobre o futuro encontra-se na memória semântica, ligada ao conhecimento geral sobre o mundo e atemporal, mas, muitas vezes ligada à memória episódica, que constrói a nossa biografia e a história da humanidade. Tomar decisões hoje possibilita-nos um futuro melhor e esta ação é geradora de vida. No envelhecimento, esta é uma perspetiva de sobrevivência e de sustentabilidade humana. O que nos faz pensar que o controle e gestão do tempo e dos espaços passam a ser do domínio do conhecimento, da aprendizagem e da ação interventiva. Por conseguinte, organizar o futuro surge como uma tarefa da responsabilidade do passado e da sua memória. É preciso tomar consciência que estruturar o nosso futuro e o dos outros se faz no presente (Faria, 2016). A capacidade de viajar mentalmente no tempo para organizar e até prever o futuro dá-nos a possibilidade de prevenir riscos e de promover uma vida melhor para todos. A memória de um futuro melhor, construída no presente, permite criar percursos de desenvolvimento, capacitadores de competências resilientes que conduzam à saúde e à felicidade. Lembrar o passado e imaginar o futuro ocorrem no presente. Por isso, a memória de momentos felizes no futuro pode-nos trazer “*saudades do futuro*” (Faria, 2016), o que pode ser motivador para investir no presente pessoal e social. Ser competente para relatar os acontecimentos do passado e descrever o que acontecerá no futuro prepara-nos para viver melhor. Espera-se que em 2025 existam cerca de 1,2 biliões de indivíduos com 65 ou mais anos. Que vamos fazer hoje? Na União Europeia a percentagem de trabalhadores mais velhos aumentará nas próximas décadas. As tendências da população ativa da EU-27 sugerem um crescimento de cerca de 16,2% (9,9 milhões) do grupo etário dos 55-64 anos entre 2010-2030 e um decréscimo dos restantes. Por conseguinte, o envelhecimento populacional é um dos fenómenos mais evidentes nas sociedades atuais, resultado de um conjunto de avanços nas ciências biomédicas, tecnológicas e comportamentais, as quais se têm preocupado com o aumento do bem-estar e a qualidade de vida dos idosos (Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Pereira, Ramalho e Oliveira, 2009). Enquanto processo multifacetado, o envelhecimento envolve alterações estruturais e funcionais em quase todo o organismo, as quais se refletem em manifestações ao nível psicomotor, socioafetivo e cognitivo (Fernandes *et al.*, 2009). Na dimensão socioafetiva são de destacar as perdas de papéis, expectativas e referências ao grupo social, as quais podem ameaçar a integridade da pessoa idosa, suscitando nalguns casos, segundo Solomon e Davis (1995, *cit.* por Vaz & Nodin, 2005), depressão, ansiedade, reações psicossomáticas, afastamento e descompromisso. Esta panorâmica exige uma nova organização social. Por um lado, a criação de estruturas de suporte a nível local e regional, que permitam viver mais anos com qualidade de vida e, por outro, a possibilidade de identificar a mais-valia dos anciãos e maximizar esta fonte de riqueza humana (Faria, 2014). De seguida apresentamos algumas vertentes a considerar se quisermos investir no envelhecimento sénior e na promoção de sinergias de apoio ao envelhecimento.

Mudanças e Fragilidades no Envelhecimento

Nos dias de hoje, a visão do envelhecimento é apresentada de um ponto de vista dinâmico e positivo, e não só ligado às doenças crónicas, patologias e morte. Por conseguinte,



compreendemos a idade adulta e a velhice numa perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida. O fato de considerarmos que a idade adulta e a velhice encontram-se relacionadas com etapas anteriores do desenvolvimento humano permite a possibilidade de planificar uma intervenção adequada ao nível da promoção de capacidades e proteção de riscos nesta idade. Contudo, segundo Fonseca (2004, 2005, 2012), esta etapa encontra-se também independente das outras, pelo que exige um olhar atento e circunstanciado em termos das alterações físicas, cognitivas, sociais e psicológicas a par das mudanças de vida nesta idade, como é o caso da reforma. Os estudos mostram que *"the fact that individuals are transformed not only in appearance over the adult years, but in social and life patterns, in interests and priorities, and in relationships and inner qualities. No longer is the mature adult to emerge fully formed after a succession of developmental stages in childhood. Adulthood itself is now recognized as a period of active and seemingly systematic change"* (Wortley & Amatea, 1982, p.476). De acordo com Fernandez-Ballesteros (2000), a compreensão dos indicadores da idade funcional (capacidade funcional, tempo de reação, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais) viabiliza a criação das condições para um envelhecimento satisfatório. A manutenção da capacidade funcional ao longo da vida, em particular, partir dos 65 anos, passa a ser uma prioridade para um envelhecimento saudável. A este propósito a Organização Mundial de Saúde, chama a atenção para a relevância de educar as pessoas a partir da meia-idade, *"in healthy lifestyles, management of stress, the need for adequate exercise and nutrition and the prevention of loss of autonomy as well as prevention of disease. This process must begin in midlife in order to be fully effective"* (Schroots, Fernández-Balesteros & Rudinger, 1999b, p.144).

O envelhecimento pode surgir associado a determinadas fragilidades físicas, mentais e sociais. Esta é a imagem do envelhecimento que os humanos mais temem. O estudo realizado por Fried e colaboradores (2001; cit. Duarte & Paúl, 2014, 28) considera que existe um *"Fenótipo de Fragilidade"* que se manifesta através da presença de três ou mais dos seguintes indicadores: 1) perda de peso: não intencional no último ano, (medição direta do peso); 2) fraqueza: diminuição da força (medida com o dinamómetro); 3) exaustão: auto relato de fadiga, (identificado por duas questões da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)); 4) lentidão: medida pela velocidade da marcha, (indicada em segundos distância de 4,6m); e 5) nível de atividade, (resultado calculado de quilocalorias (kcal) gastas por semana e medido em função do auto relato das atividades e exercício físico realizados). A partir daqui, autores consideraram três níveis de fragilidade (Fried et al., 2001; cit. Duarte & Paúl, 2014, 28): (1) *"frágil"*: quando o sujeito apresenta três (ou mais) destes critérios; (2) *"pré - frágil"*: quando apresenta um ou dois destes indicadores; e (3) *"robustos"* (*"não frágeis"*): os que não apresentam nenhum comprometimento a este nível. Os autores chamam a atenção para outros fatores predisponentes, tais como os indicadores de saúde mental ao nível da cognição (associação entre fragilidade física e desempenho intelectual) e do humor (associação positiva entre a sintomatologia depressiva e a condição de fragilidade); considerando que na prática clínica devem ser desenvolvidas estratégias de intervenção focalizadas nestas duas dimensões de modo a retardar e diminuir a associação entre fragilidade e processo de envelhecimento (Duarte & Paúl, 2014).



Qualidade de Vida no Envelhecimento

O conceito de qualidade de vida tem sido apresentado em diversas perspetivas, mas a definição de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde é a que apresenta maior consenso internacional (Canavarro & Vaz Serra, 2010). A qualidade de vida é definida como “a *perceção do individuo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1994,28). Com o objetivo de avaliar a qualidade de vida a OMS criou o WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1993, 1994, 1998), que apresenta os seguintes domínios: Físico; Psicológico; Nível de Independência; Relações Sociais; Ambiente; e Espiritualidade. Mais tarde, foi realizada uma versão abreviada do WHOQOL que é composta por 26 itens e está organizada em 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente, incluindo uma faceta sobre QdV geral (qualidade de vida em geral e perceção geral da saúde). No âmbito de uma perspetiva transcultural inovadora o WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) Group também desenvolveu uma escala para avaliar a qualidade de vida em adultos idosos que designou de WHOQOL-OLD (*Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde para adultos idosos*). Este instrumento também permite um melhor conhecimento da saúde desta população específica e realizar uma comparação entre o envelhecimento doente e o envelhecimento saudável. A versão para português europeu do WHOQOL-OLD inclui 28 itens, com escala de resposta tipo Likert de cinco pontos (1-5). Apresenta 7 facetas, com 4 itens cada: 6 facetas originais, relativas a *Funcionamento sensorial* (avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação; *Autonomia* (avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independência e tomar decisões), *Atividades passadas, presentes e futuras* (avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar); *Participação social* (avalia a participação em atividades do quotidiano/ de vida diária, especialmente na comunidade;); *Morte e morrer* (avalia preocupações e medos acerca de morte e morrer); *Intimidade* (avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas); e uma nova faceta, *Família/Vida familiar* (avalia a satisfação com o tempo de contacto, o suporte e as relações familiares), identificada como relevante para a população portuguesa, do ponto de vista cultural e psicométrico (Vilar & Simões, 2009; Vilar, Simões, Sousa, Firmino, Paredes & Lima, 2010; cit. Vilar, Simões, Lima, Cruz, Sousa, & Pires, 2014).

Os estudos têm mostrado como a qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais, físicas e sociais estão diretamente relacionados com o desempenho de ocupações significativas e gratificantes (Carvalho & Dias, 2011). Assim, e de acordo com *European Union e Committee of the Regions*, (Andor, Bresso, & Sedmak., 2011), é preciso saber como tornar os cidadãos séniores mais participativos na sociedade, enquanto atores do seu próprio desenvolvimento. Por conseguinte, esta visão do envelhecimento encontra-se associada ao interesse dos mais velhos passarem a serem compreendidos como “*peçoas a desenvolver*” e não como “*peçoas a resolver*”. A perspetiva desenvolvimental do processo de envelhecimento encontra-se apoiada em três vertentes (Fonseca, 2005): (1) o potencial de desenvolvimento; (2) a capacidade adaptativa; e (3) os limites dessa capacidade adaptativa. Assim, podemos esperar que as peçoas mais velhas sejam competentes e apresentem uma capacidade de adaptação ao envelhecimento, que lhes permita saberem lidar com as situações e os problemas decorrentes da transição e com as implicações da



mudança decorrentes do envelhecimento. A capacidade de os mais velhos se auto-atualizarem com a sua nova etapa das suas vidas permite-lhes estarem abertos a novos desafios, dispostos a vivenciarem experiências diferentes e a delinear um novo projeto de vida. Os mais velhos da nossa sociedade não só vivem mais tempo do que os seus antepassados como apresentam competências resilientes que lhes permitem fazer face aos problemas da vida, constituindo-se como modelos para as novas gerações (Faria, 2014). Muitos deles são ativos na sociedade, seja ao nível da participação na família, na comunidade, na empresa, na política e no ambiente. Outros apresentam dificuldades na adaptação das suas vidas ao seu próprio processo de envelhecimento (reforma, doenças crónicas, transições, isolamento, solidão). O envelhecimento também surge associado a determinadas fragilidades físicas, mentais e sociais que é preciso prevenir ou saber identificar para poder lidar com elas. As doenças e as incapacidades, em particular, as doenças crónicas degenerativas surgem por vezes nesta faixa etária e afetam a capacidade funcional. Como é compreensível, quanto maior for a fragilidade maior é o risco de incapacidade, institucionalização, hospitalização e morte (Strandberg, Pitkälä & Tilvis, 2011), por isso, é importante estar atento aos sinais.

A *Organização Mundial de Saúde* (WHO, 2002) chama a atenção para a realidade contemporânea da população em processo de envelhecimento e de como esta pode encontrar desafios globais, nacionais e locais. Em particular refere sete desafios, são destacados e organizados pela seguinte ordem: 1º) carga dupla da doença (mudança no padrão das doenças transmissíveis para as não transmissíveis, sendo que se espera em 2020 um aumento de 78% da carga global de doença em doenças não transmissíveis, doenças crónicas (cardiopatias, cancro e depressão) causa de morte e invalidez, doenças mentais e lesões; 2º) maior risco de deficiência; 3º) provisão de cuidado para populações em processo de envelhecimento; 4º) feminização do envelhecimento; 5º) ética e iniquidades; 6º) economia de uma população em processo de envelhecimento; e 7º) criação de um novo paradigma que perceba os idosos como participantes ativos de uma sociedade com integração de idade, contribuintes ativos, e beneficiários do desenvolvimento. Por conseguinte, para que tudo corra bem é preciso planear de uma forma inovadora a ancianidade e realizar políticas abrangentes para o envelhecimento. Na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual as pessoas apresentam a perceção que têm de sua própria existência. Por conseguinte, não basta somente criar condições ou situações de bem-estar na velhice, é preciso escutar e conhecer o modo como os gerentes percecionam a sua própria qualidade de vida, pois, só assim cada indivíduo vai delinear estratégias para a manter ou a adquirir. Para um envelhecimento saudável é preciso envolver os indivíduos em processo de envelhecimento e os membros responsáveis da sua comunidade, para e em conjunto promoverem uma cidadania do envelhecimento e bem-estar na saúde e na doença.

Gostaríamos que os cidadãos mais velhos tivessem a oportunidade de desenvolver as suas competências de forma a promoverem a sua qualidade de vida e que fossem apoiados nos seus empreendimentos, bem como nas suas adversidades pessoais, sociais e de saúde. De que forma as comunidades estão a contribuir para concretizar esta intenção? Quais as sinergias que estão a ser desenvolvidas entre as instituições dedicadas ao envelhecimento? Que tipo de projetos e serviços poderiam ser criados e implementados pela comunidade? De que forma se poderiam criar redes de apoio para a promoção da saúde e qualidade de vida



no envelhecimento e para a prevenção dos riscos a ele associados? A resposta a estas questões implica um envolvimento da comunidade para a construção de um envelhecimento com saúde na comunidade.

Envelhecimento Ativo na Sociedade

Na década de 70, um conjunto de profissionais oriundos de contextos diversificados (políticos, sociais e académicos) procurou transpor a imagem vigente das pessoas mais velhas da sociedade associadas a fragilidade, dependência, improdutividade ou a um fardo para a sociedade e para as novas gerações. É deste debate que surge o conceito de envelhecimento produtivo (EP) definido como *“uma atividade significativa e satisfatória, em que o idoso está envolvido de forma estruturada e continuada e que tem um impacto positivo na sua vida”* (Gonçalves *et al*, 2006, 139). Neste processo, se houver um contexto social e cultural que compense a perda dos recursos biológicos, o ritmo que dá origem ao declínio pode ser travado, assim como pode acelerar na presença de expectativas negativas sobre o envelhecimento a nível cultural e económico. Na década de 80, Baltes e Baltes (1990) apresentaram o conceito de envelhecimento bem sucedido (EBS), destacando a heterogeneidade do processo de envelhecimento e a existência de uma reserva, de forma a compensar o declínio de determinadas competências. Embora defendam o princípio da continuidade desenvolvimental de ganhos e perdas ao longo do ciclo de vida, consideram que existem limites expostos pela idade para a adaptação e plasticidade comportamental, desencadeando um aumento de perdas e uma diminuição de ganhos. Assim, nesta perspetiva, o envelhecimento pode ser compreendido através do modelo de seleção, otimização e compensação, mecanismos de adaptação interativos que procuram sempre a maximização dos ganhos e a minimização das perdas (Baltes & Baltes, 1990).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) foi mais longe quando surgiu com o conceito de *envelhecimento ativo*, como o “processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento”. Por outro lado, os estudos mostram que a qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais encontram -se diretamente relacionados com a atividade social, o convívio, o sentir-se integrado e útil na família e na comunidade (Carvalho & Dias, 2011).

Na perspetiva de que o envelhecimento pode ser uma experiência positiva, sinónimo de uma vida mais longa e acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002) permite uma visão diferente do envelhecimento. O envelhecimento ativo, assim apresentado, implica uma participação e envolvimento nas várias questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais, e não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho, esta nova forma de entender e perspetivar o envelhecimento enfatiza a importância das pessoas perceberem o seu potencial para a promoção do seu bem-estar e, sobretudo, da sua qualidade de vida (Ribeiro & Paúl, 2011).

Neste sentido, o planeamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas como alvos passivos) e passa ter uma abordagem baseada em direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspetos da vida à medida que



envelhecem. Essa abordagem apoia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspetos da vida em comunidade (WHO, Organização Mundial de Saúde, 2005). O ano de 2012 foi designado de “*Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações*” possibilitando uma abordagem positiva do envelhecimento, a criação de espaços e tempos de debate reflexivo e o surgimento de iniciativas proativas que possibilitem o desenvolvimento e a valorização da população sénior. Considera-se que o envelhecimento ativo pode dar à geração do *baby boom* e aos seniores do futuro a oportunidade de: (1) permanecerem no mercado de trabalho e partilharem a sua experiência; (2) continuarem a desempenhar um papel ativo na sociedade; e (3) viverem uma vida o mais saudável e gratificante possível. Por outro lado, a partilha de experiências e a solidariedade intergeracional nas sociedades envelhecidas constitui uma riqueza humana e social para a construção da felicidade para todos. Por isso, durante o ano europeu 2012 chamou-se a atenção para o fato de nunca ser tarde para “partilhar experiências”, “iniciar uma nova carreira”, “ser dono da sua própria vida”, “ampliar os horizontes”, “dedicar-se aos outros”, “fazer novos amigos”, “unir forças”, “divertirmo-nos juntos”, “preocuparmo-nos com os outros”, “ter um espírito jovem” e “viver intensamente”.

Participação Comunitária e Bem-estar Psicológico

A ligação entre a participação comunitária e o bem-estar psicológico partilha semelhanças com os benefícios do trabalho remunerado. Por exemplo, Jahoda (1998, cit. por Olesen e Berry, 2011), um teórico proeminente do campo do desemprego e da saúde, assume que o emprego é um fator de proteção da saúde mental pelo facto de promover um sentimento de pertença ou objetivos comuns. Isto, para além da importância da continuidade de atividades e papéis durante a adultez avançada, demonstra que a participação social (ou comunitária) pode ser uma fonte crucial ou alternativa de bem-estar psicológico durante a reforma, na ausência de trabalho remunerado.

Uma perspetiva abrangente da participação comunitária é a utilizada por Berry, Rodger e Dear (2007) na conceção do seu *Questionário Australiano de Participação Comunitária*. No estudo de validação deste instrumento, descobriram que apenas 7 tipos de participação (aos quais chamaram Big 7) que se encontravam independentemente associados com menor distress psicológico numa amostra geral da comunidade adulta. Estes tipos de participação são: (1) contacto com amigos, (2) atividades organizadas da comunidade, (3) contacto com vizinhos, (4) contacto com a família alargada, (5) contacto com as pessoas do agregado familiar, (6) interesse ativo nos assuntos da atualidade e (7) prática religiosa. Outros tipos de participação, como a expressão pública de opiniões e o protesto político, parecem, no entanto, estar associados a níveis mais elevados de *distress*. Apesar de os níveis de sentimento de comunidade estarem relacionados com os níveis de participação comunitária, a direção desta relação não é clara. Sarason (1974) defende que o sentimento de comunidade pode ser um processo facilitador da participação dos cidadãos e constituir um antídoto para os sentimentos de anomia, alienação, isolamento e solidão que potenciam dinâmicas destrutivas da vida das pessoas e o empobrecimento das sociedades. Por outro lado, o autor destaca que é a necessidade de possuir um sentimento de comunidade que impele os indivíduos a exercer práticas de participação comunitária. Já Talò, Mannarini & Rochira (2014), na sua meta-análise sobre a literatura relativa ao sentimento de comunidade,



referem que a maioria dos estudos empíricos tem revelado que a participação é uma variável que depende do sentimento de comunidade. A literatura assume a existência de uma relação de circularidade entre o sentimento de comunidade e a participação comunitária. Neste sentido, o sentimento de comunidade potencia a participação ativa dos cidadãos a qual, por sua vez, fomenta o sentimento de comunidade.

Envelhecimento e Bem-estar na Sociedade

A organização da sociedade, os padrões de interação da família e a responsabilidade filial na prestação de cuidados aos seus pais tem sofrido alterações nos últimos tempos (Pereira & Roncon, 2010), tendo de certa forma contribuído para o isolamento e solidão dos mais velhos e da sua institucionalização. Num estudo realizado pelas autoras o stress intra-familiar correlaciona-se de forma negativa com a qualidade de vida e positivamente com a depressão. Por conseguinte, quando a família não pode apoiar ou não existe, é preciso criar estruturas de suporte aos cidadãos mais velhos. Mas, quando a família quer cuidar e apoiar os seus entes queridos é preciso criar estruturas de apoio à família no processo de envelhecimento de forma a que esta não se desgaste. Um dado interessante na opção de cuidar na família remete-nos para fatos da vida corrente que nos mostram que efetivamente na nossa época, muitas vezes, são os mais velhos que cuidam de outros mais velhos (cônjuge, irmãos), mas, também, cuidam dos entes mais novos da família (filhos, netos, bisnetos). Esta situação precisa de ser alvo de criação de políticas sociais e de saúde para o envelhecimento e de uma intervenção especializada realizada na comunidade de forma a apoiar a família. Proporcionar às pessoas mais velhas da sociedade uma vida com qualidade implica que os profissionais que trabalham com esta população em contextos sociais, educacionais, de saúde ou políticos dialoguem e implementem estratégias continuadas de envelhecimento produtivo, para que estes cidadãos sejam participativos na sociedade e percecionem bem-estar e satisfação com a vida. É importante também que eles saibam e possam proteger a sua saúde de forma consciente, delineando os seus limites e tomando as devidas precauções para proteger a sua saúde e não a colocar em risco. A adoção de estilos de vida saudáveis na velhice proporciona um benefício potencial para a preservação da saúde e da autonomia dos séniores, possibilitando um envelhecimento saudável. Por conseguinte, diversas estruturas de apoio ao envelhecimento têm sido criadas e vários programas têm sido desenvolvidos no sentido de assegurar o suporte social, a formação e desenvolvimento pessoal, a promoção da saúde ou a prevenção e controlo das doenças.

Contribuições da Investigação sobre Envelhecimento

A Tabela 1 apresenta as pesquisa bibliográfica efetuada a 5 de Setembro de 2016 sobre nove palavras-chave relacionadas com o envelhecimento. Esta análise contudo é meramente um estudo inicial, pois, é importante que num segundo momento haja uma seriação dos artigos por critérios previamente definidos e a sua categorização. Os temas foram escolhidos em função do trabalho em causa. Pelo número de estudos levantado para cada uma delas podemos observar a relevância dada pelos investigadores a essas problemáticas e a abrangência e especificidade dos resultados levantados em cada base de dados. Podemos considerar que o envelhecimento é bastante estudado em várias dimensões e que é feito um investimento nas investigações sobre o envelhecimento ativo e qualidade de vida nesta faixa



etária. Ao nível das referências registadas podemos adiantar a importância de continuar a pesquisar nestes domínios e de ser feito um maior investimento no estudo do envolvimento dos mais velhos na sua própria saúde e na sua participação na comunidade, para se poder intervir. A investigação e o conhecimento são a melhor ferramenta para uma boa prática e parece que vamos num bom caminho.

Tabela 1- Pesquisa bibliográfica em base de dados sobre Envelhecimento relacionado com Qualidade de Vida, Bem-estar psicológico, Envolvimento na Comunidade, Participação na Comunidade e Envelhecimento Ativo na Sociedade.

Termo/Palavra-chave	Fonte/resultado da pesquisa						
	APA PsycNET	PsycARTIC LES	Psychology and Behavioral Sciences	MEDLINE http://www.ncbi.nlm.nih.gov/	Redalyc.or	LILACS	Total dos estudos
<i>Quality of life in aging</i>	222	10	246	10342	134836	713	146369
<i>Aging</i>	5181	6166	24259	350206	10852	7443	404107
<i>Psychological well-being in aging</i>	76	6	18	6904	42518	38	49560
<i>Older engagement</i>	79	9	75	1623	24272	10	26068
<i>Older engagement in health</i>	55	1	7	62	108522	4	108651
<i>Older engagement In community</i>	8	241	11	492	66931	3	67686
<i>Involvement of older people in the community</i>	2	528	4122	588	106139	3	111382
<i>Active Aging in Society</i>	8	164	4	321	280998	15	281510
<i>Community Participation in Aging</i>	14	337	4	1044	76986	38	78423

Discussão

Temos de nos lembrar que todos nós caminhamos para o envelhecimento. Contudo, envelhecer com bem-estar e qualidade de vida implica o envolvimento do(a) próprio(a), da sua família, da comunidade e da sociedade. Por isso, é preciso criar e organizar condições para uma participação comunitária que respeite o envolvimento sénior e a promoção de sinergias de apoio ao envelhecimento com felicidade. Estamos diante de um conjunto de dinâmicas a desenvolver no domínio da responsabilidade individual, familiar, social e política. Dar mais vida a cada ano a partir dos 65 anos implica criar estruturas de apoio e empoderamento aos mais velhos da sociedade e preparar os mais novos e os técnicos para saberem lidar de forma assertiva com o envelhecimento da sua comunidade.

Contacto para Correspondência

Maria Cristina Faria, Instituto Politécnico de Beja, Rua Pedro Soares. 7800-295 Beja, Portugal, mcfaria@ipbeja.pt

Referências



- Andor, L., Bresso, M. & Sedmak, M. (2011). How to promote active ageing in Europe EU support to local and regional actors. *Brochure-AGE Platform Europe in partnership with the Committee of the Regions and the European Commission*. Bruxelles, Belgique: European Union, Committee of the Regions.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes. *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences* (pp. 1-34). Canada: Cambridge University Press.
- Berry, H. L.; Rodgers, B. & Dear, K. B. (2007) Preliminary development and validation of an Australian community participation questionnaire: types of participation and associations with distress in a coastal community, *Social Science & Medicine*, 64, 1719-1737;
- Canavarro, M.C. & Vaz Serra, A. (Coord.) (2010). *Qualidade de Vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, ISBN:978-972-31-1334-1
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Duarte, M. & Paúl, C. (2014). Indicadores de Saúde Mental como Fatores Preditores de Fragilidade no Idosos. *Revista Portuguesa de Enfermagem Mental, ESPECIAL 1*, Abril, 27-32
- Faria, M.C. (2014). Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo. J.Pais Ribeiro, Isabel Silva, Rute Meneses & Isabel Leal, *Atas do 10º Congresso de Psicologia da Saúde*. Porto, Universidade Fernando Pessoa, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, (229-236). ISBN: 978-989-98855-0-9
- Faria, M.C. (2016). Espaços e Memórias do Futuro. *Espaços, Memórias e Envelhecimento: Livro de Resumos VI Seminário Ibérico de Psicogerontologia*. Beja: Instituto Politécnico de Beja. (17). ISBN: 978-989-8008-25-1
- Fernandes, H.; Raposo, V; Pereira, E. & Oliveira, S. (2009). A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos. *Motricidade.*, 5 (1), 33-50. Fundação Técnica e Científica do Desporto ISSN 1646 – 107X
- Fernández-Ballesteros, R. (1999). Protocol adaptation procedures. In J. Schroots, R.Fernandez-Ballesteros & G. Rudinger (Eds.), *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS Press.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social. Una introducción. in R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología social*. Madrid: Pirâmide
- Fonseca, A. (2004). *Uma Abordagem psicológica da "passagem à reforma" Desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto (495pp)
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2012). Desenvolvimento Psicológico e Processos de Transição-Adaptação no Decurso do Envelhecimento. C. Paúl & O. Ribeiro (eds.), *Manual de Gerontologia, Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. (pp.95-106), Lisboa, Portugal: LIDEL.
- Gonçalves, D., Martins, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F, & Fonseca, A. (2006), Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2006, 7 (1), 137-143
- Olesen, S. C. & Berry, H. L. (2011) Community participation and mental health during retirement in community sample of Australians, *Aging & Mental Health*, Vol. 15, No. 2, 186-197;
- Pereira, M. G., & Roncon, J. (2010). Relacionamento familiar em pessoas idosas: adaptação do índice de relações familiares (IFR). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(1), 41-53.
- Ribeiro, O. e Paúl, P. (ed.). (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel. 238 pp. ISBN: 978-972-757-739-2.
- Sarason, S. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. Oxford, England: Jossey-Bass., 290 pp.
- Strandberg, T. E., Pitkälä, K. H., & Tilvis, R. S. (2011). Frailty in older people. *European Geriatric Medicine*, 2, 344-355.
- WHO (2002). *Active Ageing: A policy framework. Noncommunicable disease prevention and health promotion, aging and life course*. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO).
- WHO (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization*; 1.ª ed. Traduzida para o português. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde



- WHOQOL Group (1993). *Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL)*. *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL-OLD Group. (2006). *The WHOQOL-OLD Manual*. Copenhagen: WHO/European Office
- Wortley, D., Amatea, E. (1982). Mapping adult life change: A conceptual framework for organizing adult development theory. *Personnel and Guidance Journal*, 60 (8), 476-482.
- Talò, C., Mannarini, T., & Rochira, A. 2014. Sense of community and community participation: a meta-analytic review. *Social Indicators Research*, 117, 1-28
- Vaz, R. A., & Nodin, N. (2005). A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. *Análise Psicológica*, 23(3), 329-339.
- Vilar, M., Simões, M. R., Lima, M. P., Cruz, C., Sousa, L. B., Sousa, A. R., & Pires, L. (2014). Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: A metodologia de grupos focais na avaliação da Qualidade de Vida em adultos idosos *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 37, 71-95. [ISSN 1135-3848]

PSICOLOGIA CLÍNICA E DA
SAÚDE



O Modelo Psicoterapêutico HBM na Perturbação Depressiva

Joana Oliveira¹, Catarina Certal¹, & Cécile Domingues¹

1. Clínica da Mente, Portugal

Resumo

A depressão é considerada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) um dos problemas mais graves de Saúde Pública da atualidade. Este estudo utilizou métodos de investigação quantitativos com pré e pós-teste, com o intuito de responder ao problema de investigação: “Quais os resultados da intervenção com recurso ao modelo psicoterapêutico HBM na perturbação depressiva?”, visando avaliar os resultados da intervenção HBM (*Human Behaviour Map*) na depressão. Para o desenvolvimento desta investigação e tendo em atenção os objetivos inicialmente definidos, foi avaliada uma amostra de conveniência de 85 sujeitos, adultos, de ambos os géneros, com diagnóstico de sintomatologia depressiva, oriundos de diversos distritos do país. Os resultados obtidos permitiram tirar as conclusões que se seguem. Para 83,4% da amostra, foram necessárias entre cinco e dez sessões de intervenção terapêutica para ultrapassar o estado depressivo em que se encontravam anteriormente. Verificou-se ainda a existência de uma diferença estatisticamente significativa ($t(84) = 18.07$, IC de 95% [15.54-20.59], $p < .001$), entre a média do grau de depressão do pré-teste e do pós-teste, concluindo-se, deste modo, que a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM contribuiu para a diminuição do grau de depressão de todos os pacientes, verificando-se a remissão de sintomatologia depressiva em 80% da amostra. Constatou-se ainda que em todos os casos em que as mulheres iniciaram a psicoterapia com um nível de “depressão grave”, a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, teve um maior impacto do que os homens que também iniciaram a intervenção com um nível de “depressão grave”, inferindo-se que o modelo de intervenção HBM tem um grau de eficácia estatisticamente significativa ($\chi^2(2) = 14.63$, $p < 0.004$), especialmente naqueles casos em que o índice depressivo inicial é mais severo, antes do tratamento. Sendo também muito relevante o efeito do tratamento em função do género, uma vez que as mulheres assistem a uma diminuição do índice depressivo, de forma mais acentuada.

Palavras-chave: Depressão; Psicoterapia; Modelo HBM;



Abstract

Depression is considered by the World Health Organization (WHO, 2002) as one of the most serious problems of Public Health today. This study used quantitative research methods with preand post-test, in order to answer to the research question: " What are the results of the intervention using the HBM psychotherapeutic model in depressive disorder ?", aiming to evaluate the results of the HBM (*Human Behaviour Map*) intervention in depression. For the development of this research and taking into account the goals initially set, a convenience sample of 85 adult subjects of both genders diagnosed with depressive symptomatology,, from various districts of the country, was evaluated. The results allowed the following conclusions. For 83.4% of the sample, it took between five and ten sessions of therapeutic intervention to overcome the depressed state. It was also found that there is a statistically significant difference ($t(84) = 18.07$, IC de 95% [15.54-20.59], $p < .001$)) between the mean degree of depression pre-test and post-test, concluding thereby that the HBM psychotherapeutic intervention contributed to decrease the degree of depression in all patients. It was also verified the remission of depressive symptoms in 80% of the sample.

It was also observed that in all the cases in which the women started psychotherapy with a level of "severe depression", the psychotherapeutic intervention using the HBM model had a greater impact than the men who also started the intervention with a "severe depression" level, inferring that the HBM intervention model has a statistically significant degree ($\chi^2(2) = 14.63$, $p < 0.004$), of efficacy especially in those cases in which the initial depressive index is more severe prior to treatment.

The effect of treatment on the basis of gender is also very relevant, since women see a decrease in the depressive index, in a more pronounced way.

Keywords: Depression; Psychotherapy; HBM model;



Introdução

Nos países industrializados, a depressão é considerada um dos problemas mais graves de Saúde Pública da atualidade, tendo sido considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) como a “doença do século”. Essa evidência é corroborada por diversos estudos (Bento, Carreira & Heitor, 2001; Caldas de Almeida & Xavier, 2013; National Institute of Mental Health, 2002; Nierenberg, Sussman & Trivedi, 2003; Rodrigues, *et al.*, 2014; DGS, 2014; Schotte, Bossche, Doncker, Claes & Cosyns, 2006; WHO, 2003; PNS, 2004; Gusmão *et al.*, 2005;;) que constataam uma prevalência preocupante em relação às perturbações depressivas.

De uma forma global, a depressão é vista como uma perturbação mental comum, caracterizada por humor deprimido, acentuada diminuição do prazer ou interesse em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias, fadiga e perda de energia quase todos os dias, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite (OMS, 2002). Todavia, a sintomatologia depressiva é multifacetada e variável de pessoa para pessoa (Schotte, Bossche, Doncker, Claes & Cosyns, 2006).

Vários são os autores (Bento, Carreira & Heitor, 2001; Caldas de Almeida & Xavier, 2013; National Institute of Mental Health, 2002; Metha, Mittal & Swani, 2014; Rodrigues, *et al.*, 2014; DGS, 2014) que se têm vindo a debruçar sobre a temática da depressão, dada a gravidade e impacto que esta tem a nível de saúde pública, existindo, como tal, uma grande diversidade de perspetivas relativamente à origem e às causas da depressão.

Torna-se, assim, premente a necessidade de intervir de forma eficaz e eficiente no combate deste flagelo. Deste modo, com o presente estudo pretendeu-se avaliar os resultados da intervenção psicoterapêutica HBM (*Human Behaviour Map*) na perturbação depressiva.

Com efeito, a depressão causa um sofrimento psicológico extremamente complexo, com repercussões notórias na funcionalidade do ser humano (Araújo, Coutinho & Pereira, 2008), interferindo em todos os aspetos quotidianos, nomeadamente, a nível profissional, social, pessoal e económico (Metha, Mittal & Swani, 2014).

O modelo HBM baseia-se numa primeira fase na identificação dos comportamentos, pensamentos e sintomas indesejados através de uma anamnese presencial, onde o terapeuta identifica as crenças, valores e emoções que estão a condicionar e influenciar o comportamento pretendido. Após esta primeira análise, e partindo do princípio que todos os comportamentos humanos refletem as experiências vivenciadas no passado, começa-se a identificar com o paciente os eventos traumáticos ou não a partir dos quais o comportamento indesejado se manifestou. A anamnese termina quando se encontra a correspondência entre todas as crenças, valores ou sintomas prejudiciais ao bem-estar do paciente e as experiências que criaram hábitos ou aprendizagens indesejadas.

O modelo HBM compreende assim que o Ser Humano age sempre de acordo com as aprendizagens, sendo que essas aprendizagens só têm impacto e influência enquanto que memorizadas. Pedro Brás define as memórias como a retenção da experiência na forma como foram vividas e recebidas pelo indivíduo, através dos seus sentidos, nomeadamente, a visão e a audição (Brás, 2010).



Este autor define também que não é a realidade da experiência que condiciona o indivíduo, mas sim a percepção que o indivíduo faz da realidade, porque cada pessoa olha para o mesmo evento analisando-o de acordo com as suas próprias experiências e interpretando a experiência de uma forma muito individual. Assim, o indivíduo guarda nas suas memórias, não só as imagens que viu, os sons que ouviu, mas também aquilo que sentiu.

Neste sentido, são utilizadas duas técnicas psicoterapêuticas: Athenese® e Morfese® que permitem trabalhar o sistema emocional do indivíduo para que este se liberte de emoções tais como angústia, medo, tristeza, ansiedade, entre outras, possibilitando a alteração do seu estado depressivo ou ansioso. Estas mudanças dos estados emocionais são provocadas pela alteração das memórias existentes na estrutura mental de cada indivíduo. O Processo de alteração de memórias faz-se pela alteração das sub-modalidades da mesma, ou seja, se o indivíduo mudar a forma como representa as suas experiências deixa de ser influenciado pelas mesmas (Brás, 2010).

Assim, a Athenese®, formada por um conjunto de exercícios psicoterapêuticos, consiste em utilizar o pensamento consciente como meio de ressignificação, ajudando o indivíduo a articular novas estratégias de pensamento e de compreensão da realidade (Brás, 2010).

A Morfese®, é uma técnica de libertação emocional através da indução de um sonho orientado pelo psicoterapeuta, durante a qual o sujeito atinge um estado intermédio entre o sono e a vigília. Como tal, recorre ao pensamento inconsciente permitindo a dissociação das experiências que perturbaram o indivíduo no passado e, conseqüentemente, permite-lhe associar-se a emoções positivas (Brás, 2010).

Ambas as técnicas combinadas provocam uma efetiva alteração de estado, com a alteração clara das representações mentais que anteriormente perturbavam o indivíduo (Brás, 2016).

Metodologia e apresentação de resultados

Este estudo utiliza métodos de investigação quantitativos com pré e pós-teste, pois ao ser desenhado para responder ao problema de investigação: “Quais os resultados da intervenção com recurso ao modelo psicoterapêutico HBM na perturbação depressiva”, visou avaliar os resultados da intervenção HBM na perturbação depressiva.

Instrumentos

Para a realização deste estudo, foi utilizado como instrumento de investigação um questionário constituído por uma primeira parte relacionada com os dados sociodemográficos do indivíduo e uma segunda parte referente ao Inventário de Depressão de Beck – BDI. O Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*) é a medida de autoavaliação de depressão mais consensual e amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica (Beck & Steer, 1984; Dunn, Sham & Hand, 1993; Beck, Steer & Brown, 1996). Trata-se de um instrumento de autoavaliação, composto por uma escala do tipo *Likert* com vinte e um itens referentes a sintomas e atitudes cognitivas. Cada item encontra-se



organizado numa escala de 0 pontos (ausência de sintomatologia) a 3 (sintomatologia severa), de acordo com a forma como se sentiram durante a última semana, obtendo-se uma pontuação total através do somatório de todos os itens (pontuação que pode variar entre 0 e 63).

Para amostras de sujeitos com perturbações emocionais, o *Center for Cognitive Therapy* (Beck, Brown, Steer, Eidelson & Riskind, 1988) recomenda os seguintes pontos de corte: 1) 0-9: não deprimido; 2) 10-18: estados depressivos leves; 4) 19-29: depressão moderada; e 5) > 30: depressão grave.

Nos estudos originais, o BDI apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = .81$), fiabilidade teste-reteste moderada a alta (de .60 a .90) e boa validade de critério baseada na diferenciação entre populações clínicas e não clínicas. No presente estudo a consistência interna foi de .89 (Alfa de *Cronbach*).

Critérios de seleção da amostra e caracterização da população-alvo

Para o desenvolvimento desta investigação e tendo em atenção os objetivos inicialmente definidos, foi avaliada uma amostra de conveniência de 85 sujeitos, adultos, de ambos os géneros, com diagnóstico de sintomatologia depressiva, oriundos de diversos distritos do país, dos quais 64,7% do género feminino ($n=55$) e 35,3% do género masculino ($n=30$), com idades compreendidas entre os 18 e os 69 ($M=41.2$; $D.P.= 12.991$).

No presente estudo, os pós-testes foram passados a 83,4% da amostra entre a 5ª e a 10ª sessão de intervenção psicoterapêutica, aquando do alcance dos objetivos terapêuticos delineados na consulta de avaliação e diagnóstico. Para 2.4% da amostra foram necessárias menos de 5 sessões psicoterapêuticas e para 14.2% da amostra foram necessárias mais de 10 sessões de intervenção psicoterapêutica para ultrapassar o estado depressivo em que se encontravam.

Procedimentos

Assim, num primeiro momento, foi realizada uma sessão de avaliação e diagnóstico pelos psicoterapeutas da qual resultou uma análise do caso clínico, identificando os estímulos desencadeadores das perturbações psicológicas e emocionais de cada paciente, delineando, assim um plano terapêutico apropriado para cada um.

No início da primeira sessão de tratamento, e antes de qualquer intervenção terapêutica, os pacientes foram questionados quanto à disponibilidade para participar no presente estudo, tendo sido informados acerca da sua natureza, dos seus objetivos e metodologia, assegurando todos os princípios éticos e deontológicos, bem como o seu anonimato e confidencialidade. Em seguida, foi administrado o questionário a todos os participantes do estudo, do qual constava a ficha de dados sociodemográficos e o Inventário de Beck (pré-teste).

As sessões intensivas do modelo terapêutico HBM, com a duração de 2 horas, foram realizadas semanalmente, de acordo com o plano delineado na sessão de avaliação e até os objetivos inicialmente definidos terem sido alcançados. Torna-se importante referir que a duração do tratamento intensivo é variável, dependendo das necessidades e objetivos terapêuticos individuais.



Na última sessão de tratamento, da fase intensiva, foi novamente administrado a todos os pacientes o questionário (pós-teste).

É recomendável que, durante o ano após as sessões de tratamento intensivo, sejam realizadas sessões de reforço, com o objetivo de manter e consolidar o equilíbrio emocional alcançado (Brás, 2010).

Tratamento estatístico dos dados

Os dados obtidos foram analisados no software *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS) e no XLSTAT. O seu tratamento envolveu dois momentos.

Inicialmente, utilizaram-se técnicas de estatística descritiva (frequências, percentagens, medianas, médias e desvios-padrão) e análises de inferência estatística das hipóteses recorrendo-se ao teste de independência do Qui Quadrado (X^2), para uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05.

Num segundo momento, foram analisadas as características psicométricas do BDI: estudou-se a consistência interna do inventário, através do cálculo do coeficiente de precisão de resultados (Alfa de Cronbach) e dos índices de correlação de cada item com o total do Inventário.

Assim, para dar resposta à hipótese em estudo: “Quais os resultados da intervenção com recurso ao modelo psicoterapêutico HBM na perturbação depressiva?”, interessou analisar se os pacientes que constituíram a amostra do presente estudo diminuíram o índice depressivo (Tabela 1).

Categorias	Teste				T-Teste			
	Pré-teste				Pós-teste			
	f	%	Média	DP	f	%	Média	DP
Não deprimido	3	3.5	6.3	1.53	68	80	3.5	2.43
Depressão leve	12	14.2	14.0	2.73	16	18.8	12.1	2.78
Depressão moderada	32	37.6	24.3	3.36	1	1.2	20	0.0
Depressão grave	38	44.7	37.9	7.38	0	0	0	0
Total	85	100	28.3	11.124	85	100	5.3	4.491

$t(84) = 18.072$,

$p < 0.001$

Tabela 15: Valores de depressão (por categorias) no pré e pós-teste da amostra

Verificou-se, então, que, no momento inicial (antes da intervenção psicoterapêutica), a média do índice depressivo da amostra era de 28,3, correspondendo ao limite máximo da categoria de “Depressão moderada”.

No final da intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, a média do índice depressivo da amostra era de 3,5, correspondendo à categoria de “Não deprimido”.

Verifica-se, deste modo, que existe uma diferença estatisticamente significativa ($t(84) = 18.072$, $p < 0.001$), entre a média do grau de depressão para o pré e pós-teste, podendo-se inferir que a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM contribuiu para a remissão da depressão grave e uma acentuada diminuição da depressão moderada e leve.

Para dar visibilidade às diferenças anteriormente referidas no nível de depressão, isto é, uma diferença estatisticamente significativa entre o pré-teste e o pós-teste da amostra, procedeu-se à análise da evolução do nível depressivo da amostra nos pré e pós-teste, categorizando as suas respostas na escala de depressão de Beck em “não deprimido” (cotação até 9 pontos na escala), “depressão leve” (cotação entre 10 e 18 pontos), “depressão moderada” (cotação entre 19 e 29) e “depressão grave” (cotação acima de 30 pontos na escala).

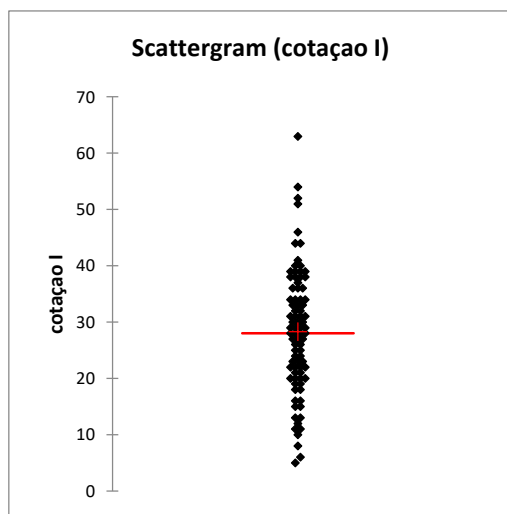
Assim, verificou-se que, antes da intervenção psicoterapêutica, 44,7% da amostra apresentava índices de “depressão grave” ($M=37,9$; $D.P.=7,38$) e 37,6% “depressão moderada” ($M=24,3$; $D.P.=3,36$).

Após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 80% da amostra ($n=68$) apresentava-se “não deprimida” ($M=3,5$; $D.P.=2,43$) e 18,8% apresentava índices de “depressão leve” ($M=12,1$; $D.P.=2,78$).

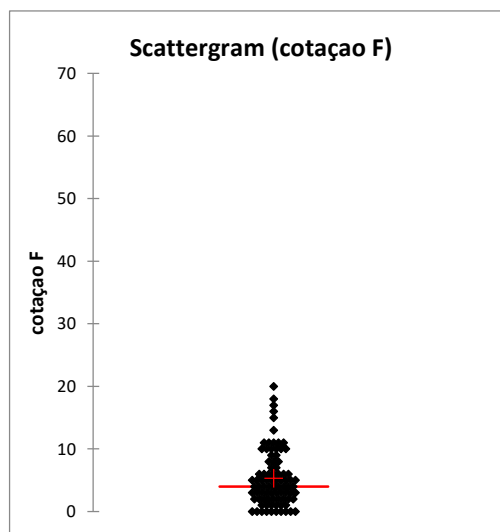
Através do diagrama de dispersão (Gráfico 1) e do diagrama de caixa (Gráfico 2), podemos também aferir a relação causal entre a utilização do modelo de intervenção HBM e a remissão total da sintomatologia depressiva para 80% da amostra e a diminuição quase total do índice depressivo da restante amostra.

Gráfico 1: Diagrama de dispersão (pré e pós-teste)

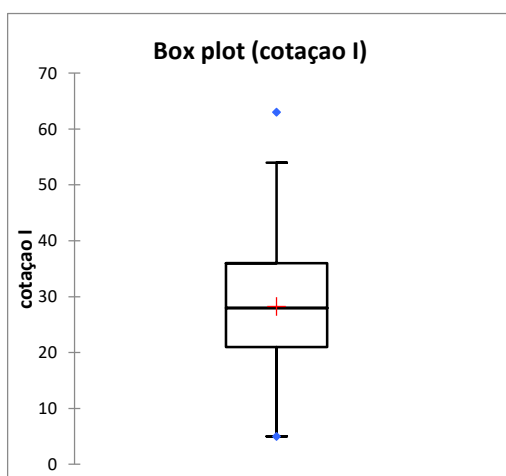
Pré-teste



Pós-teste



Pré-teste



Pós-teste

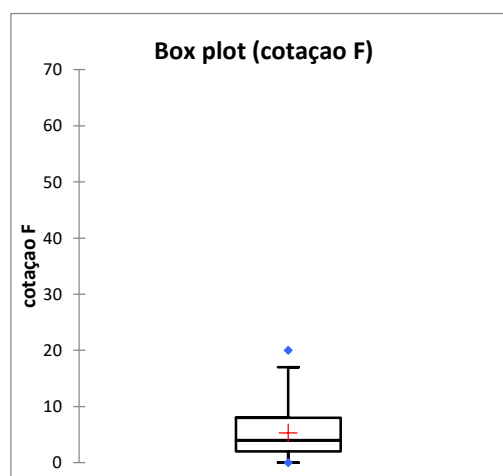


Gráfico 2: Diagrama de caixa, representado pelo segmento Whisker (pré e pós-teste)

Análise inferencial sobre o nível de depressão em função das variáveis sociodemográficas

Género. De forma a verificar a diferença que a variável sociodemográfica teria nos níveis de variação do grau de depressão, após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, procedeu-se a uma análise de inferência estatística das hipóteses recorrendo-se ao teste de independência do Qui Quadrado (X^2), para uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05.

Atendendo ao número de casos esperados nos níveis de variação mais elevados (isto é, sujeitos que inicialmente se encontravam no nível de “depressão grave” e após intervenção encontravam-se no nível de “não depressão”), constatou-se que, em todos os casos em que as mulheres iniciaram a psicoterapia com um nível de “depressão grave”, a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM tiveram melhores resultados na diminuição dos níveis de depressão do que os homens que também iniciaram a intervenção com um nível de “depressão grave”, inferindo-se que o modelo de intervenção HBM contribuiu no tratamento da depressão, tendo um resultado estatisticamente significativo ($\chi^2(2) = 14.63$, $p < 0.004$) especialmente naqueles casos em que o índice depressivo inicial é mais severo, antes do tratamento, sendo também muito relevante o efeito do tratamento em função do género, uma vez que as mulheres assistem a uma diminuição do índice depressivo, de forma mais acentuada.

Conclusão

No que concerne ao objetivo da investigação, os resultados obtidos permitiram tirar as conclusões que se seguem.

Existe uma diferença estatisticamente significativa ($t(84) = 18.07$, IC de 95% [15.54-20.59], $p < .001$), entre a média do grau de depressão do pré-teste e do pós-teste, concluindo-se, deste modo, que a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, teve um



impacto significativo na diminuição do grau de depressão dos pacientes, verificando-se a diminuição significativa da sintomatologia depressiva em 80% da amostra.

Para 83,4% da amostra, foram necessárias entre cinco e dez sessões de intervenção terapêutica para ultrapassar o estado depressivo em que se encontravam anteriormente, percecionando-se com qualidade de vida e bem-estar.

Por sua vez, Schestatsky e Fleck (1999) levaram a cabo um estudo com o intuito de testar a eficácia de um tratamento psicoterapêutico cognitivo-comportamental em sujeitos na fase aguda da depressão. Os resultados revelaram uma diminuição da sintomatologia depressiva em 55,3% da amostra, tendo sido necessárias vinte sessões de terapia cognitivo-comportamental para os sujeitos ultrapassarem o estado depressivo em que se encontravam anteriormente, ou seja, para passarem do estado depressivo severo para o estado depressivo moderado.

Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau & Perlman (2005) realizaram um estudo com 29 pacientes diagnosticados com depressão, utilizando um método de intervenção diferenciado de psicoterapia denominado *Depression Treatment and Wellness Promotion Program*, constituído por 24 sessões. Os resultados apontaram para uma diminuição de 50% dos sintomas de depressão.

Na presente investigação constatou-se, também, que em todos os casos em que as mulheres iniciaram a psicoterapia com um nível de “depressão grave”, a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM teve melhores resultados na diminuição dos níveis de depressão do que nos homens que também iniciaram a intervenção com um nível de “depressão grave”.

Costa, António, Soares e Moreno (2006) relataram um ensaio clínico controlado de 62 sujeitos com sintomatologia depressiva, tratados com psicoterapia psicodramática combinada (recurso a fármacos) (GE) e com terapia farmacológica (GC). O GE foi sujeito a 4 sessões terapêuticas individuais e 24 sessões de terapia de grupo. O GC passou exclusivamente pela farmacoterapia. A análise dos resultados mostrou que 20% dos pacientes do GE teve completa remissão e 31,62% teve diminuição da sintomatologia depressiva. No GC nenhum paciente teve remissão, 14,33% teve diminuição da sintomatologia depressiva e 30% teve piora dos sintomas depressivos.

Por sua vez, o modelo de intervenção HBM contribuiu de uma forma estatisticamente significativa para a redução da sintomatologia depressiva ($\chi^2(2) = 14.63$, $p < 0.004$) especialmente naqueles casos em que o índice depressivo inicial é mais grave.

As conclusões decorrentes desta investigação revestem-se de particular importância porque demonstram o contributo desta abordagem psicoterapêutica no tratamento da perturbação depressiva.

Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações

Os resultados e conclusões da presente investigação fizeram emergir novas questões de investigação que ficam como sugestão para futuras investigações, nomeadamente:



Poderia, no futuro, ser pertinente delinear um estudo longitudinal e de follow-up, que permitisse acompanhar os pacientes ao longo dos anos de forma a averiguar se os resultados obtidos no final do tratamento intensivo se mantêm consistentes e estáveis. Contudo, sendo a depressão um estado normal que é potenciado pelas experiências e circunstâncias que o indivíduo vive ao longo do tempo, torna muito variável a medição do efeito de uma intervenção psicoterapêutica no tempo futuro.

Assim, a medição do efeito a longo prazo da intervenção psicoterapêutica HBM pode não ter significância, uma vez que o estado emocional varia no tempo, como consequência de novas circunstâncias e vivências experienciadas pelo indivíduo. Apesar de as intervenções psicológicas potenciarem uma estrutura mental resistente a experiências agressoras, tal como acontece com o modelo HBM, todas as pessoas entram com mais, ou menos facilidade, em estados introspectivos, e sempre de acordo com a sua personalidade e percepções da realidade.

Este estudo abrangeu participantes oriundos de diversas regiões do país, contudo, seria interessante alargar o espectro de ação e implementação do projeto a uma amostra mais alargada. Deste modo, possibilitará uma maior generalização dos resultados obtidos e assertividade nas conclusões, permitindo comprovar de forma mais consistente estes mesmos resultados.

A abordagem HBM foi implementada em toda a amostra do presente estudo, contudo, no futuro, seria também pertinente criar, além do grupo experimental, um grupo de controlo de forma a avaliar o impacto de diferentes metodologias interventivas, assim como o efeito da medicação que muitos destes pacientes usam de forma continuada.

Contacto para Correspondência

Joana Oliveira, Catarina Certal & Cécile Domingues,
Clínica da Mente
Rua Costa Cabral, n.799
geral@clinicadamente.com

Referências bibliográficas

- Araújo L., Coutinho M., & Pereira D. (2008). Depressão em crianças e adolescentes escolares: Um estudo das representações sociais. *Associação de Psicologia Social*, 523.
- Beck A., Brown G., Steer R., Eidelson J., Riskind J. (1988). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*. 96: 179–183.
- Beck, A., & Steer, R. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40(6): 1365-1367.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). BDI-II manual. The psychological corporation. San Antonio, TX.
- Bento, A., Carreira, M., & Heitor, M. (2001). Censo Psiquiátrico de 2001: Síntese dos Resultados Preliminares. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde do Ministério de Saúde.
- Brás, P. (2010). Manual HBM. Documento não publicado. London: Master HBM Research.



- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Vol. 1). Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.
- Costa, E., Antonio, R., Soares, M. & Moreno, R. (2006). Psychodramatic psychotherapy combined with pharmacotherapy in major depressive disorder: an open and naturalistic study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. [online] 28(1): 40-43.
- (DGS) Direção-Geral da Saúde (2014). Portugal: Saúde Mental em Números 2014. Lisboa.
- Dunn, G.; Sham, P. & Hand, D. (1993). Statistics and the Nature of Depression. *Psychological Medicine* (23): 871-889.
- Gusmão, R. e colaboradores (2005). O peso das perturbações depressivas: Aspetos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Ata Médica Portuguesa* 18: 129-146.
- Hayes, M., Beevers, C., Feldman, G., Laurenceau, J. & Perlman, C. (2005). Avoidance and processing as predictors of symptoms change and positive in an integrative therapy for depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 111-122.
- Metha, S., Mittal, P., e Swani, M.K., (2014). Psychosocial Functioning in Depressive Patients: A Comparative Study between Major Depressive Disorder and Bipolar Affective Disorder. *German Journal of Psychiatry*, vol. 16, no. 4, pp. 124-129.
- National Institute of Mental Health (2002). *Anxiety Disorders* (Rev. Ed.). Hendrix, M.L.: Author.
- Nierenberg, A., Sussman, N., & Trivedi, M. (2003). *Managing Relapse in Depression*. London: Scisense Press, Ltd.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002). *Saúde mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Ministério da Saúde Direção Geral da Saúde.
- Plano Nacional de Saúde (2004). *Mais saúde para todos*. Ministério da Saúde Direção Geral da Saúde.
- Rodrigues, A., Uva, M., Nunes, B., Marques, S., Antunes, S., Dias, C. (2014). Taxas de incidência de primeiros episódios de depressão nos cuidados de saúde primários em 2004 e 2012: dados da Rede Médicos-Sentinela. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. *Boletim Epidemiológico*, n.º 7, 2ª série.
- Schestatsky, S. & Fleck, M. (1999). Psicoterapia das depressões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 21(1): 41-47.
- Schotte, C., Bossche, B., Doncker, D., Claes, S., & Cosyns, P. (2006). A Biopsychosocial model as a guide for psycho education and treatment of depression. *Depression and Anxiety*, 23, 312-324.
- World Health Organization (WHO/OMS) (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Non communicable Diseases and Mental Health, World Health Organization.



As marcas (in)visíveis da violência psicológica na intimidade

Rita Começanha^{1,2}, Miguel Basto-Pereira¹, & Ângela Maia¹

1. Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi), Universidade do Minho; Portugal

2. Núcleo de Saúde, Universidade do Porto, Portugal

Resumo

Antecedentes: o impacto negativo decorrente da violência na relação de intimidade na saúde mental está bem estabelecido, exceto para o abuso psicológico e vitimização masculina. Este estudo foca a prevalência e o contributo independente do abuso psicológico na saúde mental. Métodos: A análise estatística centrou-se numa subamostra ($n=364$) de estudantes de uma universidade portuguesa que preencheu um eSurvey, 23% de homens, após retirar casos de abuso físico e/ou sexual. Resultados: 75% dos homens e 72% das mulheres reportaram vitimização psicológica, não se distinguindo em função do género ou outras variáveis sociodemográficas. Não obstante, as mulheres relataram iniciar mais atos psicologicamente abusivos dirigidos ao parceiro ($OR=5.41$, $IC\ 95\%=1.88-15.55$). Modelos de regressão linear múltipla evidenciaram que os sintomas de stresse pós-traumático ($\beta = .51$; $p<.001$), depressão ($\beta = .34$; $p<.001$) e ansiedade ($\beta = .22$; $p<.001$) são preditos pelo abuso psicológico. A relação mais forte foi estabelecida entre abuso psicológico e stresse pós-traumático, explicando 29% da variância ($F(6,357)=23.86$, $p<.001$). Conclusões: este artigo fornece evidência empírica para o reconhecimento do impacto independente do abuso psicológico na saúde mental. Recomenda-se a sua avaliação na prática clínica, o desenvolvimento de abordagens inclusivas de género e protocolos de intervenção baseados na evidência, adaptados às suas necessidades.

Palavras-chave: Violência psicológica na relação de intimidade, prevalência, saúde mental.



Abstract

Background: the negative impact of intimate partner violence (IPV) on mental health is well-established, except for psychological IPV and men victimization. This research examined prevalence's and the independent contribution of psychological IPV on mental health. Methods: Statistical analysis focused in a subsample of college students from a Portuguese university ($n=364$), who completed an esurvey, 23% men, after removing cases of physical and/or sexual IPV. Results: a total of 75% of men and 72% of women report lifetime psychological victimization and no differences were found in terms of gender or other sociodemographic factors. However, females report significantly more instigation of psychological abusive acts ($OR=5.41$, 95% CI 1.88 - 15.55). Multivariate linear regression models revealed that posttraumatic stress symptoms - PTSS ($\beta = .51$; $p<.001$), depression ($\beta = .34$; $p<.001$) and anxiety ($\beta = .22$; $p<.001$) were predicted by psychological IPV. The strongest relationship was established between psychological IPV and PTSS, and the final model accounts for 29% of the variance ($F(6,357)=23.86$, $p<.001$). Conclusions: this article provides empirical basis to recognize the unique and undeniable impact of psychological IPV on mental health, been advisable to screen psychological IPV as part of the clinical practice, develop a gender-inclusive approach and evidence-based protocols tailored to their needs.

Keywords: Psychological intimate partner violence, prevalence, mental health.



Introdução

Tradicionalmente tem-se assumido um modelo unidirecional de vitimização feminina, apesar da natureza recíproca da violência na relação de intimidade. Esta violência pode ser delimitada pelo espectro de atos coercivos físicos, sexuais e/ou psicológicos, perpetrados em direção a um parceiro (Black et al., 2011). De facto, a revisão sistemática mais recente neste domínio (Chan, 2011) revela um padrão de simetria de género caracterizado por níveis semelhantes de vitimização entre homens e mulheres. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (Devries et al., 2013), cerca de um terço das mulheres já experienciou, ao longo da vida, violência na relação de intimidade. No entanto, os mesmos dados não estão disponíveis para a população masculina. Recentemente, um corpo emergente de investigação revela níveis semelhantes de perpetração e vitimização para homens e mulheres e a coocorrência de ambos os papéis na díade (Chan, 2011; Fernández-Fuertes & Fuertes, 2010; Mulaw et al., 2016; O'Leary & Slep, 2012), especialmente em amostras de jovens adultos, onde as manifestações de violência são situacionais (Carney & Barner, 2012).

A relação entre perturbações afetivas e violência na relação de intimidade é conhecida e inclui um risco aumentado de sintomas de stresse pós-traumático (Hebenstreit, Maguen, Koo, & DePrince, 2015), ansiedade (Dillon, Hussain, Loxton, & Rahman, 2013), depressão (Estefan, Coulter, & VandeWeerd, 2016) e comorbilidade (Nixon, Resick, & Nishith, 2004; Stein & Kennedy, 2001). Surpreendentemente, sabe-se pouco acerca do contributo e consequências a longo prazo do abuso psicológico na saúde mental, uma vez que a maioria dos estudos se foca na agressão física, nos scores globais de violência na relação de intimidade (Estefan et al., 2016) e na vitimização feminina.

Apesar de não existir uma definição unânime, o abuso psicológico na relação de intimidade pode ser categorizado em dois domínios (O'Leary, 2001; Tolman, 1999): emocional/verbal (e.g., insultar, praguejar, gritar e berrar) e domínio/isolamento (e.g., monitorizar o tempo e atividades, ciúme e desconfiança). Inicia-se, frequentemente, com comportamentos subtis, aumentando gradualmente em frequência e intensidade para atos de maior controlo e exercício de poder (Lawrence, Orengo-Aguayo, Langer, & Brock, 2012). Este tipo de abuso tem as taxas mais elevadas de perpetração e vitimização, como foi demonstrado recentemente num estudo epidemiológico americano, com uma amostra de jovens de ambos os sexos (Ybarra, Espelage, Langhinrichsen-Rohling, & Korchmaros, 2016), revelando uma prevalência avassaladora, entre os 70% e 80% (Carney & Barner, 2012). Em Portugal, o abuso psicológico apresenta-se também como o tipo de violência na intimidade mais reportado, com taxas de 54% nas mulheres e 61% nos homens (Lisboa, 2008). No entanto, só recentemente foi adaptado para Portugal o primeiro instrumento específico para avaliar o abuso psicológico na relação de intimidade (Começanha & Maia, under review). Até agora, a ausência de uma definição consensual e de um instrumento de *screening* específico para esta forma de abuso tem afetado a possibilidade de comparação, entre os vários estudos, das taxas de prevalência (Carney & Barner, 2012; Lawrence et al., 2012).

Resultados de um estudo longitudinal revelam um padrão de não recuperação do stresse pós-traumático, ansiedade e depressão em mulheres expostas exclusivamente a abuso psicológico (Blasco-Ros, Sánchez-Lorente, & Martinez, 2010). Pico-Alfonso (2005) reporta este tipo de abuso como o principal preditor de stresse pós-traumático em mulheres vítimas de violência na relação de intimidade. O abuso psicológico pode ainda causar níveis



superiores de sofrimento emocional e ser mais danoso para a saúde mental do que outras formas de abuso (Estefan et al., 2016), com um potencial impacto a longo prazo (Reed & Enright, 2006). Assim, a duração e severidade do abuso são importantes variáveis a considerar, com maior cronicidade e longos períodos de exposição ao abuso a conduzirem a piores resultados na saúde mental (Estefan et al., 2016).

Não obstante, poucos estudos consideram o fenómeno da vitimização masculina e dados recentes sustentam o argumento de que homens e mulheres divergem nas manifestações psicopatológicas decorrentes da violência na intimidade (Arnocky & Vaillancourt, 2014). Estes dados encorajam a consideração de diferenças relacionadas com o género na análise da experiência masculina de violência na relação de intimidade (Nybergh, Enander, & Krantz, 2016). Em Portugal, emergem os primeiros estudos (Carmo, Grams, & Magalhães, 2011; Machado, Hines, & Matos, 2016) que revelam, entre as vítimas masculinas, um padrão de estigmatização, baixos índices de denúncia e embaraço na autoidentificação como vítimas, bem como barreiras na procura de ajuda formal.

De acordo com Clark e colaboradores (2016), com base num inquérito conduzido em 2010, a maioria dos 29% de homens e 36% de mulheres que reportaram exposição ao longo da vida a violência na relação de intimidade, foram vitimizados antes dos 25 anos de idade. De facto, estudos recentes sinalizam os jovens simultaneamente como agressores e vítimas nas suas experiências de namoro (Ybarra et al., 2016), momento em que o abuso psicológico surge e ganha expressão, o que justifica estratégias de prevenção dirigidas a esta faixa etária (Carney & Barner, 2012; Coker et al., 2002).

Este estudo parte de dados quantitativos numa amostra mista de estudantes universitários e oferece três contributos distintos para a conceptualização do abuso psicológico na relação de intimidade: primeiro, afasta-se do enfoque na vitimização feminina para sinalizar a simetria e natureza bidirecional do abuso neste contexto; segundo, explora o impacto único do abuso psicológico na saúde mental numa subamostra de vítimas sem abuso sexual ou físico autorreportado; terceiro, recorre ao primeiro instrumento especificamente validado para avaliar o abuso psicológico no contexto português.

Assim pretende-se: 1) verificar a associação entre os fatores sociodemográficos e o abuso psicológico na relação de intimidade; 2) explorar a prevalência, simetria de género e bidirecionalidade da vitimização psicológica e 3) verificar se esta forma de abuso é um preditor de problemas de saúde mental, especificamente, de stress pós-traumático, depressão e ansiedade. Prevêem-se taxas similares de vitimização, independentemente das variáveis sociodemográficas; um padrão de coocorrência de vitimização com perpetração do abuso e a emergência do abuso psicológico como preditor de sintomas psicopatológicos, após controlados os efeitos dos dados sociodemográficos e das variáveis relacionadas com as relações abusivas.

Metodologia

Participantes

O *eSurvey* foi preenchido por um total de 661 estudantes, 509 dos quais mulheres entre os 18-55 anos de idade, com uma média de idades de 23.5 ($DP = 5.4$) e 23% de homens, com uma média de idades de 25.6 ($DP = 7.1$).



Procedimento

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da universidade pública onde se realizou. Os participantes foram recrutados através de um convite com um *link* direto para o *eSurvey*, enviado para o total de 31352 estudantes universitários inscritos no ano académico de 2014/2015 dessa universidade.

Instrumentos. *Checklist de sintomas de stress pós-traumático* (Reed e Enright, 2006). Avalia sintomas de stress pós-traumático especificamente derivados de relações psicologicamente abusivas baseada nos 17 itens listados no DSM-IV-TR; *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996; Campos & Gonçalves, 2011). Avalia sintomas de humor depressivo nas últimas duas semanas; *State Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger, 1983; McIntyre & McIntyre, 1995). Avalia sintomas de ansiedade-estado; *Psychological Maltreatment Inventory – Short Form* (PMI-SF; Tolman, 1999; Começanha & Maia, under review). Avalia abuso psicológico na relação de intimidade ao longo da vida; *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2; Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996; Alexandra & Figueiredo, 2006). Foram usadas as subescalas de abuso físico e coerção sexual para obter o histórico destas formas de violência na relação de intimidade. Foi ainda avaliada a instigação de atos psicologicamente abusivos.

Análises estatísticas

O tratamento de dados focou-se na subamostra de participantes após exclusão dos casos de abuso físico e/ou sexual na relação de intimidade avaliados pelo CTS2 ($n=364$). Recorreu-se a uma análise univariada para examinar a associação entre as características sociodemográficas e o abuso psicológico nesta subamostra e para explorar a prevalência, simetria do abuso e bidirecionalidade do abuso psicológico por género. A relação entre o abuso psicológico e sintomas de saúde mental (stress pós-traumático, depressão e ansiedade) foi analisada através de modelos de regressão linear multivariada após ajustar o modelo para as variáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas com as relações psicologicamente abusivas, evitando as principais variáveis confundentes.

Resultados

Um total de 75% de homens e 72% de mulheres da subamostra relataram vitimização psicológica.

A análise da relação entre os fatores sociodemográficos e a presença de abuso psicológico revelou que nenhuma das características sociodemográficas se relacionava com a presença de abuso psicológico na relação de intimidade.

No que toca à prevalência, simetria e bidirecionalidade do abuso psicológico por género, a vitimização psicológica autorreportada não se associou ao género. No entanto ter assumido a instigação do abuso psicológico mostrou estar positivamente associado ao género feminino (OR = 5.41, 95% CI 1.88 - 15.55).

Os resultados dos modelos multivariados de regressão linear revelaram que os sintomas de stress pós-traumático ($\beta = .51$; $p < .001$), depressão ($\beta = .34$; $p < .001$) e ansiedade ($\beta = .22$; $p < .001$) foram preditos pelo abuso psicológico na relação de intimidade. O modelo total explicou 28.6% da variância ($F(6,357)=23.86$, $p < .001$). A presença de abuso psicológico foi



o preditor mais forte em todos os modelos e a relação mais forte foi estabelecida entre o abuso psicológico e os sintomas de stresse pós-traumático.

Discussão

O fenómeno do abuso psicológico na relação de intimidade baseia-se na necessidade de poder e controlo, ultrapassando tópicos de género, educação e orientação sexual. Este estudo mostra que os dados sociodemográficos não se correlacionam com a vitimização psicológica. Mais ainda, os resultados pontuam uma prevalência significativa do abuso psicológico, especialmente se considerarmos tratar-se de uma amostra de jovens do ensino superior, com níveis de vitimização entre os 75% e os 80%. Resultados semelhantes são apresentados na revisão sistemática de Carney & Barner (2012). Assim, é de sinalizar a prevalência e independência de género deste tipo de abuso, confirmando-se a necessidade de desenvolver modelos teóricos e estratégias preventivas específicas.

A inexistência de diferenças de género na vitimização psicológica nesta amostra, no que toca aos níveis reportados de abuso psicológico, é coerente com o paradigma de simetria de género (Carney & Barner, 2012; Machado et al., 2016; Mulawa et al., 2016).

Contrariando as hipóteses de trabalho, uma elevada percentagem de mulheres reconhece a instigação de atos psicologicamente abusivos, o que reforça as descobertas de Espanha (Fernández-Fuertes & Fuertes, 2010). Esta perspetiva enquadra o abuso psicológico como um processo automotivado e recíproco, em que os comportamentos são moldados por ações mútuas, o que se distancia da perspetiva tradicional das mulheres como vítimas e dos homens como agressores. Por outro lado, os homens exibem elevados níveis de reconhecimento de que é a parceira a iniciar os primeiros comportamentos psicologicamente abusivos.

Mais ainda, os dados sugerem elevados níveis de psicopatologia e o contributo independente do abuso psicológico nos sintomas clínicos, emergindo como um preditor dos sintomas de stresse pós-traumático, depressão e ansiedade (Coker et al., 2002; Lagdon, Armour, & Stringer, 2014; Lawrence et al., 2012; Pico-Alfonso, 2005) entre as vítimas que não reportam exposição a violência física ou sexual na relação de intimidade. Assim, é essencial aprofundar o impacto independente deste tipo de abuso na saúde mental. Recentes descobertas apontam no mesmo sentido, já que, mulheres que experienciaram exclusivamente abuso psicológico nos últimos cinco anos, tinham uma probabilidade 2.06 e 1.75 vezes maior de experienciar depressão ligeira ou severa, respetivamente, comparativamente a mulheres não abusadas (Estefan et al., 2016). Estudos anteriores encontraram níveis elevados de stresse pós-traumático (75% da amostra) e depressão (54% da amostra) entre mulheres vítimas de violência na relação de intimidade e 52% da variância nos sintomas depressivos eram explicados pela vitimização psicológica e severidade do stresse pós-traumático (Nixon et al., 2004).

Impõe-se a necessidade de uma abordagem inclusiva do género para compreender a natureza e complexidade desta matéria. As linhas orientadoras para a investigação devem incluir amostras mistas, a medida simultânea da vitimização e perpetração, a inclusão de diferentes contextos e atores na recolha de dados, a inclusão de indicadores de saúde física e a criação de instrumentos neutros em termos do género e/ou que contenham



especificidades da violência contra os homens (Esquivel-Santoveña & Dixon, 2012). Uma abordagem deste tipo pontua a necessidade da recolha de dados qualitativos e estudos longitudinais para clarificar os contextos destes resultados e entender os seus significados, crenças e julgamentos que os participantes fazem acerca da agressão psicológica nas relações de intimidade.

Podem ser retiradas implicações importantes para a prática clínica por forma a desenvolver respostas e serviços especializados para homens e mulheres psicologicamente abusados. Sinaliza-se a bidirecionalidade do abuso psicológico, a ocorrência de vitimização masculina e o relato de instigação feminina. Esforços preventivos devem ser formulados de acordo com o paradigma de simetria de género na violência na relação de intimidade, como é sugerido por Mulawa e colaboradores (2016), ao invés de uma abordagem do agressor masculino. Esta perspetiva tem importantes implicações nos esforços preventivos no campo da violência no namoro. Os programas devem privilegiar alvos adolescentes e jovens adultos de ambos os sexos, aumentar a consciência para os primeiros sinais de abuso, promover a disseminação da ajuda formal, adotar uma perspetiva bidirecional dos agressores, simultaneamente como agressores e vítimas, e reduzir as barreiras que os homossexuais e vítimas masculinas enfrentam, dada a escassez de intervenções publicadas e diretrizes para a vitimização masculina (Arnocky & Vaillancourt, 2014).

Conclusão

Para além da elevada prevalência da vitimização psicológica e o padrão de coocorrência da agressão e vitimização como fenómeno bidirecional, este estudo demonstra o paradigma da simetria de género, bem como a ausência de fatores sociodemográficos associados ao risco aumentado de vitimização psicológica. Conclui-se que o impacto da vitimização psicológica na relação de intimidade é proeminente, com um efeito adverso independente e significativo nos sintomas afetivos, nomeadamente nos sintomas de stresse pós-traumático, depressão e ansiedade, que são influenciados pela severidade e tempo de exposição ao abuso.

É necessária investigação futura para superar as limitações do presente estudo, nomeadamente: a necessidade de validar o diagnóstico por profissionais de saúde mental; considerar os contextos e atitudes que motivam a violência na relação de intimidade, através da recolha de dados qualitativos complementares; comparar os resultados obtidos pelos elementos da diáde para avaliar as perceções do casal e aumentar o rigor das taxas de prevalência; promover estudos prospetivos que explorem o impacto do pré-abuso na saúde mental, as experiências traumáticas na infância e os fatores de risco adicionais ao desenvolvimento de perturbações afetivas na presença de abuso psicológico.

Agradecimentos

Este estudo foi realizado no Centro de Investigação em Psicologia (UID/PSI/01662/2013), Universidade do Minho, e foi financeiramente suportado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e pelo Ministérios da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, através de fundos nacionais, e co-financiado pelo FEDER, através do COMPETE2020, no âmbito do acordo Portugal 2020 (POCI-01-0145-FEDER-007653).

Um especial agradecimento à equipa de investigação em Experiências Adversas e Traumáticas do CIPSI, pelo terreno fértil de discussão e partilha, e à Dra. Joana Antunes,



investigadora da Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto, pelo suporte técnico dedicado à execução deste artigo.

Contato para Correspondência

Rita Começanha, Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi), Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4710-057, Braga; Núcleo de Saúde, Universidade do Porto, Portugal, Rua dos Bragas, nº 151, 4050-123, Porto, ritacomecanha@gmail.com

Referências

- Alexandra, C., & Figueiredo, B. (2006). Versão Portuguesa das Escalas de Táticas de Conflito Revisadas: Estudo de Validação. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 8, 14-39.
- Arnocky, S., & Vaillancourt, T. (2014). Sex differences in response to victimization by an intimate partner: More stigmatization and less help-seeking among males. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(7), 705-724. doi: 10.1080/10926771.2014.933465
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Black, M. C., Basile, K. C., Breiding, M. J., Smith, S. G., Walters, M. L., Merrick, M. T., & Stevens, M. R. (2011). The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS). Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Blasco-Ros, C., Sánchez-Lorente, S., & Martínez, M. (2010). Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: a longitudinal study. *BMC psychiatry*, 10(1), 1-12. doi: 10.1186/1471-244X-10-98
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). *European Journal of Psychological Assessment*, 27, 258-264.
- Carmo, R., Grams, A., & Magalhães, T. (2011). Men as victims of intimate partner violence. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 18(8), 355-359. doi:10.1016/j.jflm.2011.07.006
- Carney, M. M., & Barner, J. R. (2012). Prevalence of partner abuse: Rates of emotional abuse and control. *Partner Abuse*, 3(3), 286-335. doi: 10.1891/1946-6560.3.3.286
- Chan, K. L. (2011). Gender differences in self-reports of intimate partner violence: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 16 (2), 167-175. doi: 10.1016/j.avb.2011.02.008
- Clark, C. J., Alonso, A., Everson-Rose, S. A., Spencer, R. A., Brady, S. S., Resnick, M. D., Borowsky, I. W., Connett, J. E., Krueger, R. F., Nguyen-Feng, V. N., S. L. Feng, S. L., & Suglia, S. F. (2016). Intimate partner violence in late adolescence and young adulthood and subsequent cardiovascular risk in adulthood. *Preventive medicine*, 87, 132-137. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.02.031
- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260-268. doi:10.1016/S0749-3797(02)00514-7
- Começanha, R., & Maia, Â. (under review). Screening Tool for Psychological Partner Abuse: Portuguese Validation of the PMWI.
- Devries, K. M., Mak, J. Y., García-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., Lim, S., Bacchus, L. J., Engell, R. E., Rosenfeld, L., Pallitto, C., Vos, T., Abrahams, N., Watts, C. H. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 340 (6140), 1527-1528. doi: 10.1126/science.1240937



- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature. *International Journal of Family Medicine*, 2013, 1-13. doi: 10.1155/2013/313909
- Esquivel-Santoveña, E. & Dixon, L. (2012). Investigating the true rate of physical intimate partner violence: A review of nationally representative surveys. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 208-219.
- Estefan, L. F., Coulter, M. L., & VandeWeerd, C. (2016). Depression in Women Who Have Left Violent Relationships the Unique Impact of Frequent Emotional Abuse. *Violence Against Women*, 1-17. doi: 1077801215624792
- Fernández-Fuertes, A. A., & Fuertes, A. (2010). Physical and psychological aggression in dating relationships of Spanish adolescents: Motives and consequences. *Child Abuse & Neglect*, 34(3), 183-191. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.01.002
- Hebenstreit, C. L., Maguen, S., Koo, K. H., & DePrince, A. P. (2015). Latent profiles of PTSD symptoms in women exposed to intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 180, 122-128. doi: 10.1016/j.jad.2015.03.047
- Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 1-12. doi: 10.3402/ejpt.v5.24794
- Lawrence, E., Orengo-Aguayo, R., Langer, A., & Brock, R. L. (2012). The impact and consequences of partner abuse on partners. *Partner Abuse*, 3(4), 406-428. doi: 10.1891/1946-6560.3.4.406
- Lisboa, M. (2008). Inquérito Nacional Violência de Género. Apresentação de resultados. Lisboa: SociNova/CesNova, FCSH-UNL.
- Machado, A., Hines, D., & Matos, M. (2016). Help-Seeking and Needs of Male Victims of Intimate Partner Violence in Portugal. *Psychology of Men & Masculinity*, No Pagination Specified. doi: 10.1037/men0000013
- McIntyre, T., & McIntyre, S. E. (1995). State Trait Anxiety Inventory. University of Minho.
- Mulawa, M., Kajula, L. J., Yamanis, T. J., Balvanz, P., Kilonzo, M. N., & Maman, S. (2016). Perpetration and Victimization of Intimate Partner Violence Among Young Men and Women in Dar es Salaam, Tanzania. *Journal of Interpersonal Violence*, No Pagination Specified. doi: 0886260515625910.
- Nixon, R. D., Resick, P. A., & Nishith, P. (2004). An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 315-320. doi: 10.1016/j.jad.2004.01.008
- Nybergh, L., Enander, V., & Krantz, G. (2016). Theoretical Considerations on Men's Experiences of Intimate Partner Violence: An Interview-Based Study. *Journal of Family Violence*, 31(2), 191-202. doi: 10.1007/s10896-015-9785-8
- O'Leary, K. D. (2001). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. In K. D. O'Leary & R. D. Maiuro (Eds.), *Psychological abuse in violent domestic relations* (pp. 3-28). New York: Springer Publishing Company.
- O'Leary, K. D., & Slep, A. M. (2012). Prevention of partner violence by focusing on behaviors of both young males and females. *Prevention Science*, 13, 329-339. doi: 10.1007/s11121-011-0237-2
- Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(1), 181-193. doi:10.1016/j.neubiorev.2004.08.010
- Reed, G. L., & Enright, R. D. (2006). The effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal emotional abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 920. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.920
- Spielberger, C. D. (1983). *State Trait Anxiety Inventory - Form Y*. Redwood City, CA: Mind Garden.



- Stein, M. B., & Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 66(2), 133-138. doi:10.1016/S0165-0327(00)00301-3
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of family issues*, 17, 283-316.
- Tolman, R. M. (1999). The Validation of the Psychological Maltreatment of Women Inventory. *Violence and Victims*, 14(1), 25-37.
- Ybarra, M. L., Espelage, D. L., Langhinrichsen-Rohling, J., & Korchmaros, J. D. (2016). Lifetime prevalence rates and overlap of physical, psychological, and sexual dating abuse perpetration and victimization in a national sample of youth. *Archives of sexual behavior*, 45(5), 1083-1099. doi: 10.1007/s10508-016-0748-9



STRESS E BURNOUT EM ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS

Natália Vara^{1,2}, Ana Gonçalves^{1,3}, & Ana Galvão^{1,3}

1. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Portugal

2. Laboratório de Reabilitação Psicossocial (FPCEUP/ESTSPIPP), Porto, Portugal

3. Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança, Portugal

Resumo

O stress relaciona-se com todas as atividades humanas, manifesta-se com o nascimento, está presente na aprendizagem, nos relacionamentos, na luta pela sobrevivência, na doença e também na atividade profissional de cada indivíduo. Do stress intenso e prolongado, ao nível laboral, pode emergir o *Burnout*, entendido como um estado de exaustão, emocional e mental, motivado por um período de grande envolvimento em situações emocionalmente exigentes. Pretende-se neste estudo avaliar os níveis de stress e *burnout* nos enfermeiros perioperatórios e perceber a sua relação com as estratégias de *coping*.

Aplicaram-se os instrumentos: Inventário de Resolução de Problemas, Nurse Stress Index e Maslach Burnout Inventory, numa amostra de 81 enfermeiros perioperatórios, maioritariamente feminina (74,1%), com idade média de 43 anos. 66,6% dos inquiridos exerciam funções nos Blocos Operatórios do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e 49,4% afirmou trabalhar por turnos rotativos.

A amostra exhibe nível considerável de stress e baixo nível de *Burnout*, com baixa Exaustão Emocional e Despersonalização e níveis altos de Realização Pessoal. Os enfermeiros mostram possuir razoáveis mecanismos de *coping*, observando-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre o nível de stress e as estratégias de *coping* adoptadas pelos enfermeiros perioperatórios ($r=-0,28$; $p<0,05$).

Estes profissionais lidam com situações de dor, sofrimento e ameaça à vida e gerem, simultaneamente, todas as circunstâncias laborais, por vezes também stressantes. Prevenir o stress laboral e os riscos psicossociais é sem dúvida importante, mas com igual peso surge também a organização e a gestão do trabalho como medidas preventivas.

Palavras-chave: Enfermeiros Perioperatórios; Stress; Burnout; Coping



Abstract

Stress is related to all human activities, it is manifested at birth, it is present in learning, in relationships, in the struggle for survival, disease and also in the professional activity of each individual. From intense and prolonged labour stress, burnout can emerge, understood as a state of exhaustion, emotional and mental, caused by a period of great involvement in emotionally demanding situations. The goal of this study was to evaluate the levels of stress and burnout among perioperative nurses and understand the relationship with coping strategies.

Problem Resolution Inventory, Nurse Stress Index and the Maslach Burnout Inventory were applied on a sample of 81 perioperative nurses, mostly female (74.1%) with average age of 43. 66.6% of respondents had functions in the operating room of the Hospital Center of Trás-os-Montes and Alto Douro and 49.4% stated working per rotating shifts.

The sample displays considerable stress levels and low levels of burnout, low emotional exhaustion and depersonalisation and high levels of personal accomplishment. Nurses showed having reasonable coping mechanisms, being observed a negative and statistically significant correlation between the level of stress and coping strategies adopted by perioperative nurses ($r = -0.28$; $p < 0.05$).

These professionals deal with situations of pain, suffering and threat to life and manage simultaneously all working circumstances, sometimes also stressful. Preventing work stress and psychosocial risks is certainly important, but with equal weight also comes the organization and management of work as preventive measures.

Keywords: Perioperative Nurses; Stress; Burnout; Coping



Introdução

O stress é um fenómeno que se encontra relacionado com todas as atividades humanas, manifesta-se com o nascimento de cada indivíduo, está presente na aprendizagem, nos relacionamentos, na luta pela sobrevivência, na doença e também na atividade profissional. Apesar do sentido negativo, que por norma se associa ao stress, este é fundamental à sobrevivência dos seres humanos, já que consiste na adaptação que cada indivíduo faz ao meio em que se insere, seja laboral, familiar ou social. A resposta adaptativa aos estímulos stressores, pode adquirir significados positivos, permitindo a evolução dos indivíduos; ou significados negativos, já que a manifestação do mesmo, pode provocar danos irreparáveis no indivíduo. Para McIntyre (1994), o conceito de stress ocupacional é de difícil definição, uma vez que envolve aspetos intrínsecos ao trabalho (como condições de trabalho pobres), ao indivíduo (como nível de ansiedade) e extratrabalho (como os problemas familiares). Ao nível do stress laboral, as pessoas sofrem de stress quando sentem que há um desequilíbrio entre as solicitações que lhes são feitas e os recursos de que dispõem para responder a essas demandas (Chalvin, 1982). Embora seja psicológico, o stress pode igualmente afectar a saúde física do indivíduo, constituindo um risco para a segurança e saúde quando se torna persistente levando mesmo ao aparecimento de *Burnout*.

Os fatores de risco de stress laboral, mais citados na literatura, são as cargas de trabalho excessivas, exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções, falta de participação na tomada de decisões que afetam o trabalhador e falta de controlo sobre a forma como executa o trabalho, má gestão de mudanças organizacionais, insegurança laboral, comunicação ineficaz, falta de apoio da parte de chefias e colegas, assédio psicológico ou sexual e violência de terceiros (OSHA, 2016). O stress pode alterar a forma como uma pessoa sente, pensa e se comporta. Entre os sintomas de stress ao nível da organização contam-se: absentismo, elevada rotatividade do pessoal, incumprimento de horários, problemas de saúde, processos disciplinares, produtividade reduzida, acidentes, erros e agravamento dos custos de compensação (Schaufeli & Peeters, 2000). Ao nível individual os sintomas de stress, podem manifestar-se nas reações emocionais (irritabilidade, ansiedade, perturbações do sono, depressão, hipocondria, alienação, esgotamento, problemas no seio das relações familiares); das reações cognitivas (dificuldade de concentração, de memória, de aprendizagem e de decisão); reações comportamentais (abuso de drogas, álcool e tabaco e comportamento destrutivo) e reações fisiológicas (perturbações lombares, défice imunitário, úlceras pépticas, problemas cardíacos e hipertensão) (Vives, 1994).

Relativamente ao stress em contextos de saúde, assiste-se a um aumento de profissionais que padecem de stress, estando esta problemática muitas vezes relacionada com a profissão. Na realidade, os níveis de mal-estar têm aumentado nas últimas décadas, acarretando custos pessoais, organizacionais e para os próprios doentes, devido à menor qualidade dos cuidados prestados. Estudos têm demonstrado que os enfermeiros não estão isentos das consequências do stress ocupacional uma vez que estes profissionais estão em contacto permanente com o sofrimento, a dor, o desespero, a irritabilidade e demais reações que podem surgir nos doentes em razão da situação em que se encontram (Ribeiro, Gomes & Silva, 2010). A Health Education Authority chegou mesmo a classificar a enfermagem como a quarta profissão mais stressante do sector público. De facto, são vários os aspetos ameaçadores do meio ambiente ocupacional do enfermeiro, dos quais se destacam o número



reduzido de profissionais em relação à carga de trabalho, a ambiguidade de papéis e a falta de reconhecimento social. Além disso, a precariedade dos contratos e os baixos salários, que levam ao acúmulo de mais do que um turno, agravam a situação, resultando numa carga horária extremamente desgastante (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009). Em estudos desenvolvidos com enfermeiros perioperatórios, por Cruz (2001) e Cabral (2004), observou-se que estes profissionais requerem uma atenção maior face aos seus cuidados de saúde, pois a intensidade de trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a complexidade dos cuidados, o trabalho por turnos e as situações de urgência/emergência podem criar nos enfermeiros situações de angústia e ansiedade, que posteriormente levam à exaustão, ou seja, ao *Burnout*. Estes autores, referem que os enfermeiros perioperatórios experienciam elevados níveis de stress, já que quase sempre é associado aos blocos operatórios a noção de que são contextos desgastantes onde existe grande stress e que pelas suas particularidades exigem muito do enfermeiro face à situação do doente, aos procedimentos terapêuticos, às tecnologias de ponta e ao ambiente cirúrgico que o rodeia (Cruz, 2001; Cabral, 2004). Pretendemos com este estudo avaliar os níveis de stress e *burnout* nos enfermeiros perioperatórios e perceber a sua relação com as estratégias de *coping*.

Metodologia

Participantes

A escolha dos participantes teve por base critérios de conveniência. Definiram-se como critérios de inclusão todos os enfermeiros perioperatórios que exerciam funções nos Blocos Operatórios da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) e nos Blocos Operatórios do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) e como critérios de exclusão todos os enfermeiros chefes ou enfermeiros responsáveis pelo serviço, já que estes seriam facilmente identificados.

A amostra deste estudo correspondeu a 81 enfermeiros perioperatórios, maioritariamente constituída pelo género feminino (74,1%). Grande parte dos inquiridos exercia funções nos Blocos Operatórios do CHTMAD (66,6%). A média de idades variou entre os 27 e 59 anos ($M = 43,15$; $DP = 7,27$). No que se refere ao vínculo profissional, (100%) dos inquiridos encontravam-se com contrato por tempo indeterminado. Relativamente ao tempo de exercício no bloco operatório, as respostas variaram entre 1 e 35 anos ($M = 15,48$; $DP = 7,83$). No que concerne à modalidade de horário efectuado, 49,4% da amostra afirmou trabalhar por turnos rotativos e grande parte (87,7%), declarou ter uma carga horária semanal de 35 horas.

Instrumentos

Utilizou-se um questionário através do qual foram recolhidos dados de caracterização sociodemográfica (e.g. idade, sexo, estado civil, habilitações académicas) e Profissional (e.g. tipo horário, tempo de serviço, vínculo profissional, carga horária semanal); questões relacionadas com a atividade de enfermagem no Bloco Operatório (e.g. funções exercidas no BO) e questão aberta sobre quais as três causas consideradas mais stressantes no serviço. Foi também solicitado para assinalarem (a partir de uma lista apresentada) as medidas que consideravam ser úteis para minimizar o stress no bloco operatório. Para avaliação do stress



recorreu-se a Escala de Potenciais Fontes de Stress, adaptada e traduzida por Flores (1999) do *Nurse Stress Index* de Harris (1989). Trata-se de um questionário composto por 30 itens ($\alpha = 0,94$) em que é medido o grau de pressão que cada situação é capaz de transmitir à pessoa inquirida através de uma escala de tipo *Likert* de cinco pontos (5=Muita Pressão) e (1=Nenhuma Pressão). O autor distinguiu 6 sub escalas, que correspondem às fontes potenciais de stress na enfermagem hospitalar: Carga de Trabalho 1 (Quantitativa), Carga de Trabalho 2 (Qualitativa), Clima Organizacional, Lidar com Doentes e Família, Conflito Casa/Trabalho e Papel na Organização. Cada escala é constituída por 5 itens que identificam as cinco situações indutoras de stress, mais representativas para a população em estudo. A diferença entre a Carga de Trabalho 1 (Quantitativa) e a Carga de Trabalho 2 (Qualitativa), tem a ver com a natureza do trabalho; a primeira (Quantitativa) avalia o grau de pressão da sobrecarga física resultante do trabalho sobre pressão e a segunda (Qualitativa) avalia o grau de pressão resultante da necessidade de adaptação às exigências em constante mutação, impostas pela carga de trabalho. Segundo Flores (1999), os acontecimentos indutores de stress na profissão de enfermagem são classificados segundo o grau obtido (muito stressante $\geq 3,50$; stressante $> 2,50$ e $< 3,50$; nada stressante $\leq 2,50$).

O Burnout foi avaliado com recurso ao *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1981) constituída por 22 itens ($\alpha = 0,82$) agrupados em três dimensões (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal) que avaliam diferentes aspetos, sob a forma de afirmações, que se referem às atitudes, emoções e sentimentos que o enfermeiro sente em relação ao seu trabalho ou aos seus doentes. Estes itens são avaliados numa escala tipo *Likert* de sete pontos, entre 0 e 6, de tal forma que 0 supõe que o evento em questão nunca acontece e 6 acontece todos os dias. Assim, um nível baixo de *Burnout* reproduz-se em *scores* baixos nas dimensões Exaustão Emocional (EE) e Despersonalização (D) e *scores* elevados na Realização Pessoal (RP). Um nível médio de *Burnout* é representado por valores médios nos *scores* das três dimensões, já um valor alto de *Burnout* apresenta valores altos nos *scores* das dimensões EE e D e valores baixos nos *scores* da dimensão RP.

O *Inventário de Resolução de Problemas (IRP)*, elaborado por Vaz Serra, trata-se de um instrumento de auto-avaliação que pretende medir as reações dos indivíduos a três situações específicas diferentes: de *ameaça*, de *dano* e de *desafio* que podem acontecer a qualquer pessoa na sua vida quotidiana, com consequências susceptíveis de se arrastarem no tempo e de envolverem aspetos interpessoais. Este instrumento procura avaliar as estratégias de *coping* que o sujeito utiliza para lidar com problemas da sua vida de todos os dias, Vaz Serra (1988). É uma escala unidimensional constituída por 40 itens ($\alpha = 0,71$), do tipo *Likert* de cinco pontos, cujo valor mínimo é de 40 pontos e o máximo de 200 pontos. São considerados mecanismos de coping menos eficazes os valores inferiores à média (média = 120 pontos), razoáveis mecanismos de coping os valores idênticos à média e mecanismos de coping eficazes os *scores* superiores à média. O autor distinguiu 9 factores diferentes que foram explicativos de 51,7% da variância total. Os diversos factores foram designados em função do que pareciam significar, nomeadamente: F₁ – Pedido de Ajuda; F₂ – Confronto e resolução ativa dos problemas; F₃ – Abandono passivo da situação; F₄ – Controlo interno/externo dos problemas; F₅ – Estratégias de controlo das emoções; F₆ – Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F₇ – Agressividade



internalizada/externalizada; F₈ – Auto-responsabilização e medo das consequências; F₉ – Confronto com os problemas e planificação das estratégias.

Procedimento

Foram elaborados por escrito pedidos de autorização aos Conselhos de Administração da Unidade Local de Saúde do Nordeste e Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Após aprovação foi agendada reunião com os enfermeiros chefes de cada serviço, no sentido de os elucidar acerca dos objetivos e relevância do estudo. Foi também garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados sendo a participação no estudo de carácter voluntário por parte de cada um dos envolvidos. A recolha decorreu entre os meses de Janeiro e Fevereiro de 2012.

Resultados

No que concerne aos resultados obtidos, constatamos que 77,8% (n=63) da amostra considera a atividade de enfermagem no BO *Bastante Stressante*, apontando como causas mais stressantes as relacionadas com as relações interpessoais, seguindo-se as situações de urgência/emergência e a estrutura física do serviço. No entanto, 67,9% (n= 55) dos inquiridos referiram que “*Melhorar a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar*” seria uma das medidas que melhor contribuiria para minimizar o stress.

Observou-se um considerável nível de stress (quadro 1) já que apresenta valores médios aproximados ($M=81,25$; $DP=20,7$) dos valores médios teóricos ($M=90$), mas um baixo nível de burnout ($M=31,78$; $DP=15,88$). Atendendo aos valores normativos para o IRP Total ($M=153,83$; $DP=16,40$) propostos por Vaz Serra (1988), consideram-se mecanismos de coping menos eficazes, os valores inferiores à média, razoáveis mecanismos de coping os valores idênticos à média e mecanismos de coping eficazes os valores superiores à média. Assim, podemos concluir que os enfermeiros perioperatórios inquiridos, possuem razoáveis mecanismos de coping, uma vez que os resultados obtidos são similares à média global (IRP Total) proposta por Vaz Serra (1988). Verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o nível de stress e o nível de burnout experienciado pelos enfermeiros perioperatórios ($r=0,43$; $p<0,001$), podendo afirmar que valores elevados de *Burnout* correspondem a valores elevados de stress. Constatamos existir uma relação inversa e estatisticamente significativa entre o nível de stress e as estratégias de *coping* adoptadas pelos enfermeiros perioperatórios ($r=-0,28$; $p<0,05$).

Quadro 1. Médias e correlações do NSI, MBI e IRP

Escalas (valor mínimo e máximo)	Média	Desvio Padrão	NSI
NSI total (30-150)	81,25	20,68	
IRP total (40-200)	148,15	8,96	-,28**
Burnout total (0-132)	31,78	15,88	,43***

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Analisando os scores obtidos nas subescalas do NSI (Quadro 2) pode-se observar que o grau de pressão sentido corresponde a “*Stressante*” ($> 2,50$ e $< 3,50$), exceto para a subescala – *papel na organização* - “*Nada stressante*” ($\leq 2,5$). Salientando-se as subescalas: *Lidar com*



doentes e família, Carga de Trabalho 1 (Quantitativa) e Clima Organizacional como as que apresentaram scores médios mais elevados.

Quadro 2. Scores para as subescalas do NSI e grau de pressão

Subescalas do NSI	Scores (médias)	Desvio Padrão	Grau de pressão
NSI total	2,71	0,68	Stressante
I – Carga de Trabalho 1 (Quantitativa)	2,87	0,79	Stressante
II – Carga de Trabalho 2 (Qualitativa)	2,64	0,70	Stressante
III – Clima Organizacional	2,74	0,75	Stressante
IV – Lidar com doentes e família	2,91	0,84	Stressante
V – Conflito casa/trabalho	2,58	0,85	Stressante
VI – Papel na Organização	2,45	0,77	Nada stressante

Comparando as médias da nossa amostra (Quadro 3) com um estudo realizado por Cruz (2001) em enfermeiros perioperatórios e com os resultados da aferição portuguesa para a população em geral num estudo realizado por Vaz Serra (1988). Destacamos os Fatores 4 e 7, pelo facto de apresentarem uma média mais elevada, o que nos permite afirmar que os enfermeiros perioperatórios do nosso estudo possuem um eficaz controlo interno/externo dos problemas (F4) e têm eficazes mecanismos de coping relativamente à agressividade internalizada/externalizada (F7).

Quadro 3. Médias para os fatores do IRP e comparação com as médias obtidas nos estudos de Cruz (2001) e Vaz Serra (1988)

Participantes (n=81)			Estudo realizado por Cruz (2001)		Estudo realizado por Vaz Serra (1988)	
IRPs	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
IRP total	148,15	8,96	153,15	11,3	153,83	16,40
IRP - F1	15,74	3,16	16,80	3,02	17,15	4,11
IRP - F2	22,93	2,89	25,78	4,67	24,70	4,71
IRP - F3	12,70	2,4	13,34	1,41	13,09	2,01
IRP - F4	32,23	2,89	32,05	3,85	31,35	4,99
IRP - F5	15,17	2,13	16,51	2,33	16,66	3,00
IRP - F6	12,79	2,24	11,90	1,87	13,30	2,87
IRP - F7	9,6	0,79	9,51	1,03	9,34	1,32
IRP - F8	16,52	2,36	16,34	2,64	16,56	2,88
IRP - F9	11,40	1,86	10,96	2,21	11,66	2,01

Discussão

Constatamos que as causas mais geradoras de stress para estes profissionais se relacionavam com as relações interpessoais. Neste tipo de relações entendemos as que são estabelecidas com os colegas, superiores, subordinados ou outras classes profissionais, nomeadamente a classe médica com quem o enfermeiro perioperatório trabalha em estreita ligação. Selye (1984) chegou mesmo a afirmar que aprender a viver com os outros é um dos aspetos da vida de cada pessoa que mais stress causa, já que as diferenças individuais têm grande importância na forma como nos relacionamos com os outros. Outra das situações



indutoras de elevado stress foram as situações de urgência/emergência que por vezes ocorrem no BO. Os estudos de Cruz (2001) e Cabral (2004) corroboram estes resultados, tendo observado que é exigido aos enfermeiros perioperatórios, em situações de urgência/emergência, uma atenção contínua devido à complexidade dos cuidados, criando nos enfermeiros situações de angústia e ansiedade que posteriormente levam à exaustão. Como medidas minimizadoras de stress no BO, aferimos que “Melhorar a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar” é a medida mais apontada pela amostra em estudo (67,9%). Ramos (2001) reforça esta ideia quando diz que a comunicação organizacional e interpessoal tem sido alvo de atenção por parte das organizações, já que a sua melhoria e promoção têm levado a um aumento do rendimento.

Na avaliação do Nível de Stress, através do NSI constatamos que a nossa amostra exhibe um considerável nível de stress, já que a mesma apresenta valores médios de stress (81,25) aproximados dos valores médios teóricos (90). Relativamente aos scores obtidos para o NSI Total e respetivas subescalas observamos que para o NSI Total, o grau de pressão na nossa amostra correspondeu a Stressante, obtendo um score mais elevado na subescala “Lidar com doentes e família” (2,91), na subescala “Carga de Trabalho 1 (Quantitativa)” (2,87) e na subescala “Clima Organizacional” (2,79). A única subescala que apresentou um score Nada Stressante, foi a subescala “Papel na Organização”. Daqui podemos inferir, que para a amostra em estudo o facto de lidar com doentes e família induz bastante stress, o que está de acordo com Marques e colaboradores (2006) citado por Ferreira (2010) quando afirma que no seu dia-a-dia, os profissionais de enfermagem se deparam com situações que envolvem dor, sofrimento e ameaça de vida, podendo levar a um choque com os seus próprios valores, cultura, princípios e sentimentos. A Carga de Trabalho 1, quantitativa, que se refere à sobrecarga física resultante do trabalho sobre pressão, também vai de encontro ao que Pinto (1990) referido por Cruz (2004) comprova ao mencionar que a pressão do tempo acontece sobretudo nas cirurgias de urgência, complicações intraoperatórias e na preparação do que é necessário para a próxima intervenção cirúrgica, o que exige das pessoas grande dinamismo e capacidade de resposta rápida. O clima organizacional é outro fator indutor de stress, reforçado por Ramos (2001) ao relatar que quando a comunicação é pobre ou incompleta entre chefias e subordinados, surgem situações indutoras de stress, já que a comunicação é o instrumento capital da relação humana sendo também por isso, o principal meio psicossocial do trabalho.

Constatamos que os enfermeiros perioperatórios possuem em média um nível baixo de Burnout. Quanto às estratégias de coping, verificamos que comparativamente com os resultados obtidos nos estudos realizados por Cruz (2001) e Serra (1988) os enfermeiros perioperatórios inquiridos, possuem razoáveis mecanismos de coping, uma vez que os resultados obtidos são idênticos à média global (IRP Total) proposta por Vaz Serra (1988). Concluímos ainda, que os participantes neste estudo possuem um eficaz controlo interno/externo dos problemas (F4) e têm eficazes mecanismos de coping relativamente à agressividade internalizada/externalizada (F7), já que se observou uma média mais elevada nestes fatores.

Só conhecendo os fatores indutores de stress e a forma como estes alteram comportamentos nos profissionais e, conseqüentemente, numa organização, é possível apresentar estratégias para a sua prevenção e/ou diminuição. É necessário agir no sentido de combater o previsto



aumento do stress de forma a prevenir ou contrariar o stress relacionado com o trabalho reorganizando o trabalho, melhorando a organização deste, reforçando o apoio social e promovendo recompensas razoáveis pelo esforço envidado. Segundo a EU-OSHA (2016) as entidades patronais têm a obrigação moral de gerir o stress relacionado com o trabalho, através da Directiva-Quadro 89/391/CEE, reforçado por acordos-quadro com os parceiros sociais sobre assédio, violência e stress no trabalho. Com a abordagem correta, os riscos psicossociais e o stress ocupacional podem ser prevenidos e geridos com sucesso, independentemente da sua dimensão ou tipo de empresa. Nesse sentido, podem ser tratados da mesma forma lógica e sistemática que outros riscos de saúde e segurança no local de trabalho.

Contacto para Correspondência

Ana Rita Gonçalves, Unidade Local de Saúde do Nordeste – Bloco Operatório, Rua Arquitecto Viana Lina, nº 20, 5300-678 Bragança, velosogoncalves@hotmail.com

Referências

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho – OSHA (2016). Riscos Psicossociais e *Stress no trabalho*. [On-Line]. Retirado de <http://osha.europa.eu/pt/topics/stress>.
- Cabral, D. (2004). *Cuidados especializados em enfermagem perioperatória: contributos para a sua implementação* (Dissertação de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Cruz, A. (2001) *Desgaste Profissional em enfermeiros do bloco operatório* (Dissertação de Mestrado) Universidade dos Açores. Ponta Delgada.
- Chalvin, D. (1982). *Faire face aux stress de la vie quotidienne*. Paris: Les Editions ESF.
- Cruz, A. (2004). O Desgaste Profissional dos Enfermeiros do Bloco Operatório na Região Autónoma dos Açores. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 9, 35-44.
- Ferreira, A. C. (2010). O cuidar de si, como pessoa. Como o fazem os enfermeiros perioperatórios? Dissertação para o Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Gil-Monte, P. (2006). *El Síndrome de Quemarse por El Trabajo (Burnout)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse Ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318.
- Harris, P.E. (1989). The nurse stress index. *Work & Stress*, 3, 335-346. doi.org/10.1080/02678378908256952
- Maslach, C. & Jackson (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- McIntyre, T. (1994). Stress nos profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 12 2/3, 193-200.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio – Prevenção de Stress no Trabalho*, 1.ª Edição. Lisboa: Editora RH
- Ribeiro, L., Gomes, A.R., & Silva, M. (2010). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio, & M.C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1494-1508). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia.



- Schaufeli, W.B., & Peeters, M.C. (2000). Job stress and burnout among correctional officers: a literature review. *International Journal of Stress Management*, 7 (1), 19-48.
- Serra, A. V. (1989). Um estudo sobre coping: o inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9, 301-316.
- Selye, H. (1984). *Stress: uma realidade da vida – Saúde Mental*, Vol. 3, Rio de Janeiro: Editora Salvat, S.A.
- Vives, J. (1994). Respuesta emocional al estrés laboral. *Revista Rol de Enfermeria*, 186, 31-33.



Personalidade e sintomas depressivos: Relações com a adição ao Facebook

Hugo Rodrigues-Fernandes¹, Helena Pereira², Mário Pinto Gonçalves², Eduarda Ramião³,
Helena Isabel Antunes¹

1. Câmara Municipal da Ribeira Brava, Portugal

2. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal

3. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

Resumo

O estudo dos comportamentos aditivos, relacionados com a Internet, tem vindo a ser alvo de sistematização e importa compreender algumas relações que auxiliem intervenções mais eficazes. O presente estudo teve como objetivo identificar relações entre *Personalidade e Sintomatologia Depressiva* (SD) com a *Adição ao Facebook* (AF), numa amostra de cibernautas portugueses. Participaram no estudo 444 pessoas, utilizadoras do Facebook (77% do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 18 e os 71 anos de idade. Para a recolha de dados foram utilizadas a *Bergen Facebook Addiction Scale* (Andreassen, Torsheim, Brunborg, & Pallesen, 2012), a versão reduzida do *NEO-PI-R* (NEO-FFI-20: Bertoquini & Pais-Ribeiro, 2006) e a subescala de SD (Lovibond & Lovibond, 1995). Os resultados indicaram relações positivas entre o *neuroticismo* e a AF. Por fim, identificaram-se correlações positivas entre a AF e a SD. Os dados são discutidos ao nível do impacto dos fatores da *personalidade* sobre comportamentos aditivos na utilização da Internet, especificamente no que se refere ao uso do Facebook. Também se discutem as relações entre a SD e o desenvolvimento de comportamentos aditivos na utilização do Facebook. Sugestões para sistematização da investigação neste contexto, bem como, conhecimentos úteis à intervenção integram a discussão dos resultados.

Palavras-chave: Personalidade; Sintomatologia Depressiva; Adição ao Facebook; Cibernautas Portugueses.



Abstract

The study of addictive behaviors, related to the Internet, have been systematizing and important to understand some relationships that help more effective interventions. The aim of this study was to identify the relationship between *Personality* and *Depressive Symptomatology* (SD) with the Facebook Addiction (AF), in a sample of Portuguese cybernauts. Participated in the study 444 Portuguese, Facebook users (77% of feminine gender), aged between 18 and 71 years old. To collect data were used the *Bergen Facebook Addiction Scale* (Andreassen, Torsheim, Brunborg, & Pallesen, 2012), reduced version of *NEO-PI-R* (NEO-FFI-20: Bertoquini & Pais-Ribeiro, 2006) and the subscale of SD (Lovibond & Lovibond, 1995). The results indicated significant positive relations between *neuroticism* and the AF. Finally, it was identified positive correlations between AF and SD. The data are discussed in terms of the impact of personality factors on addictive behaviors, at the level of Internet use, specifically as it relates to the use of Facebook. It also discusses the relationship between SD and the development of addictive behaviors in the use of Facebook. Suggestions for systematization of research in this context and useful knowledge to the intervention are part of the discussion of the results.

Keywords: Personality; Depressive Symptomatology; Addition to Facebook; Portuguese Cybernauts.



Introdução

O uso da internet e das redes sociais é uma realidade cada vez mais presente nas sociedades atuais e importa compreender esse fenómeno com mais detalhe. Abordando especificamente o uso do Facebook, vários estudos têm sido levados a cabo pela comunidade científica, no sentido de compreender as relações entre comportamentos aditivos (associados ao uso desta rede social), fatores de *personalidade* (e.g., Błachnio & Przepiorka, 2016; Tang, Chen, Yang, Chung, & Lee, 2016) e o bem-estar ou mal-estar das pessoas (e.g., Liu & Yu, 2013; Satıcı, Saricali, Satıcı, & Capan, 2014). Para Liu e Yu (2013), o suporte social *online*, avaliado numa amostra que teve em conta utilizadores do Facebook, não parece influenciar o bem-estar psicológico, sendo este mediado pela perceção de suporte social geral. Deste modo, como reporta a literatura científica (Silva, Areco, Bandiera-Paiva, Galvão, Garcia, & Silveira, 2015), dado que a compreensão atual sobre a Adição ao Facebook (AF) ainda não está completa, é importante abordar a questão para que a demora em reconhecer e em avaliar o fenómeno não resulte num aumento epidemiológico do problema, que afeta clinicamente milhões de pessoas. Este facto torna-se pertinente, dado que atualmente com a portabilidade dos dispositivos eletrónicos o contacto com estas aplicações está cada vez mais facilitado, o que acaba por constituir um fator de risco (Tang et al., 2016).

Um dos focos de interesse no estudo da utilização do Facebook e de outras redes sociais *online*, resulta da necessidade de se compreender em que medida a *personalidade* se liga à manutenção dos comportamentos aditivos *online*. Por exemplo, Back et al. (2010) sugerem que as pessoas parecem utilizar as redes sociais como meio eficiente de expressão e comunicação dos seus traços reais de *personalidade*. Deste modo Tang et al. (2016) sugeriram que alguns traços de *personalidade* (*amabilidade*, *conscienciosidade* e *neuroticismo*) indicam estar negativamente associados com a AF. Já Błachnio e Przepiorka (2016) identificaram que baixos níveis dos fatores *abertura à experiência*, *conscienciosidade* e *neuroticismo* indicam a presença de um uso problemático da internet e do Facebook, indicando os fatores *extroversão* e *amabilidade* como fatores associados apenas à utilização problemática da internet no geral. Contudo, Mahmood e Farooq (2014) afirmaram anteriormente que o *neuroticismo*, *extroversão* e *abertura à experiência* relacionam-se antes positivamente com a AF. Neste sentido, outros estudos têm apontado para a existência de relações positivas entre a AF e a adição à internet com o fator *neuroticismo* (Andreassen, Torsheim, Brunborg, & Pallesen, 2012; Yao, He, Ko, & Pang, 2014) e de relações negativas entre AF e adição à internet com as dimensões *extroversão*, *conscienciosidade* e *abertura à experiência* (Andreassen et al., 2012; Stieger, Burger, Bohn, & Voracek, 2013). Posto isto, não está claro de facto que relações podem existir na possível predição entre os cinco grandes fatores da *personalidade* e a AF.

Quanto à *Sintomatologia Depressiva* (SD) vários estudos têm indicado a existência de relações negativas da AF sobre os estados de humor, especificamente sobre a depressão (e.g., Andreassen et al., 2016; Jafri, 2015; Satıcı et al., 2014). Jafri (2015) indicou que pessoas viciadas na utilização do Facebook vivenciavam mais experiências emocionais negativas do que positivas, assim como, adotavam estratégias de *coping* mal adaptativas comparativamente às que não apresentavam níveis significativos de AF. Já Andreassen et al. (2016) referem que o uso exagerado das redes sociais e outras ferramentas *online* pode ser



preditor de várias perturbações psiquiátricas, como por exemplo a depressão. Aliado a este aspeto, Satici et al. (2014) indicaram relações positivas entre o fator vulnerabilidade psicológica e o de AF, assim como, relações negativas entre o segundo fator e as competências sociais, fator também intimamente ligado à SD. Um estudo recente de Steggink (2015) aponta que a depressão não esteja diretamente relacionada com a AF, mas a outras variáveis relacionadas com a qualidade de socialização, em diversos contextos, e com o *uso ativo* da rede social em questão, comparativamente ao *uso passivo*.

Dada a transversalidade social do fenómeno *Internet* e pela cada vez mais presente utilização das redes sociais, nomeadamente o Facebook, importa clarificar determinadas noções relacionadas com a temática. Isto prende-se com o facto de culturalmente poderem existir aspetos que importam identificar e assim auxiliar as intervenções clínicas neste âmbito, tornando-as mais eficazes e com suporte empírico válido e sustentado. Por estes motivos, o presente estudo pretende introduzir informações que contribuam para o debate em torno das relações entre fatores de *personalidade* e a presença de SD com a AF em adultos portugueses.

Assim, o objetivo geral do estudo é identificar relações entre a *personalidade* e a AF, assim como entre a presença de SD e AF. Especificamente, apresentam-se correlações entre os cinco fatores de *personalidade* (Bertoquini & Pais-Ribeiro, 2006) e a AF atendendo aos seis fatores da *Bergen Facebook Addiction Scale* (Andreassen, Torsheim, Brunborg, & Pallesen, 2012). São apresentadas também correlações entre os fatores do *Bergen Facebook Addiction Scale* e a escala de SD. Por último apresenta-se uma análise de uma regressão linear múltipla das variáveis.

Método

Participantes

Neste estudo exploratório, participaram 444 utilizadores de Facebook, (77.7% do sexo feminino), com idades entre os 18 e 71 anos ($M = 27.28$; $DP = 9.41$). Destes, 245 (55.2%) viviam em meio urbano e 199 (44.8%) em meio rural, e no que respeita a habilitações, 13 (3%) tinham estudos até ao 3º ciclo, 127 (28.6%) o ensino secundário, e 304 (68.5%) o ensino superior.

Instrumentos

Bergen Facebook Addiction Scale (BFAS). Desenvolvida por Andreassen et al. (2012) e adaptada para a língua portuguesa por Rodrigues-Fernandes, Pereira, Gonçalves, Ramião, e Antunes (no prelo), a BFAS integra 6 itens que avalia a AF. É pedido aos indivíduos para assinalar o seu grau de concordância com cada uma das frases, numa escala de *Likert* de 5 pontos (1 “muito raramente” a 5 “muito frequentemente”). A pontuação da escala varia entre 6 e 30 pontos, e valores superiores a 3, em pelo menos 4 dos 6 itens indicam níveis clinicamente significativos de AF (Andreassen, 2015). Conforme os estudos da escala original (Andreassen et al., 2012), no presente estudo verificou-se bons índices



psicométricos para a BFAS ($\alpha = .80$). A análise fatorial confirmatória apresentada por Andraessen et al. (2012) revelaram cargas fatoriais favoráveis que permitem aceitar o modelo de 6 itens proposto pelos autores.

The NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI-20). Este inventário foi desenvolvido por Costa e McCrae (1992), e adaptado para a população portuguesa numa versão reduzida de 20 itens, por Bertoquini e Pais-Ribeiro (2006). Pretende avaliar os traços de *personalidade* do indivíduo, baseado no modelo dos cinco fatores (4 itens por fator). As possibilidades de resposta permitem aos participantes assinalar o grau de concordância com cada uma das frases numa escala de *Likert* de 5 pontos, em que 0 corresponde a “discordo totalmente” e 4 a “concordo totalmente”. Os itens 1, 3, 11, 13, 14, 18 e 19 são cotados inversamente. Os estudos de validação (Bertoquini & Pais-Ribeiro, 2006) apresentaram valores de *alphas* de *Cronbach* entre .70 e .86. Já os indicadores psicométricos do atual estudo são explicados por valores de *alfa* que variaram entre .57 (*amabilidade*) e .85 (*conscienciosidade*). Quanto à análise fatorial confirmatória confirmam-se índices de ajustamento adequados (Ullman, 2006): $\chi^2(21)=53.034$; $p=.000$; *Ratio*=2.525; CFI= .96; RMR= .042; RMSEA= .07.

Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). Concebida por Lovibond e Lovibond (1995), foi adaptada e validada para a população portuguesa (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004; Vasconcelos-Raposo, Fernandes, & Teixeira, 2013). Os autores das escalas originais propõem uma classificação apresentada numa escala tipo *Likert*, em que 0 corresponde a “normal” e 3 a “extremamente grave”. Esta é composta por três subescalas de autorrelato que medem as dimensões psicológicas ansiedade, depressão e stresse, cada uma delas com 7 itens. Na presente investigação utilizamos somente a subescala referente à depressão. Nos estudos de validade (e.g., Vasconcelos-Raposo et al., 2013) são apresentados bons índices psicométricos da escala. No presente estudo os valores de *alpha* de *Cronbach* para a dimensão a depressão é .89. A análise fatorial confirmatória apresentou índices de ajustamento adequados (Ullman, 2006): $\chi^2(11) = 44.503$; $p = .000$; *Ratio*= 4.04; CFI= .98; RMR= .023; RMSEA= .08.

Procedimentos

A aplicação dos questionários decorreu com a partilha *online* do protocolo, via Facebook, iniciando-se o processo com as devidas instruções para o seu preenchimento e com uma explicação dos objetivos gerais do estudo. Garantimos aos participantes um consentimento informado e esclarecido o que lhes possibilitou conscientemente deliberar e decidir, de modo voluntário e informado, sobre a sua participação na investigação. Para o esclarecimento de dúvidas foi posto ao dispor dos participantes um endereço eletrónico criado para o efeito.

Análise estatística

Para o tratamento dos dados e posterior análise estatística utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences – IBM SPSS*, versão 23.0. Já para a análise das propriedades psicométricas dos instrumentos recorreu-se ao programa *Structural Equation*



Modeling Software – EQS, versão 6.3. Como os valores de *Skeweness* e *Kurtosis* se situaram entre -1 e 1, a normalidade é garantida, permitindo o recurso a testes paramétricos. Contudo, o recurso a estes testes é igualmente assegurado em virtude do tamanho da amostra (Maroco, 2014). Posteriormente procedeu-se à construção das dimensões que constituem cada instrumento, realizando, de seguida, as suas análises psicométricas através do *alpha* de Cronbach e das análises fatoriais confirmatórias, com o objetivo de verificar se os itens dos instrumentos correspondiam às dimensões propostas nas escalas originais. No que concerne a análise dos dados, realizamos correlações de *Pearson* visando determinar o grau de

Tabela 1: Correlação entre a BFAS com os fatores de personalidade e a SD.

	N	E	AE	A	C	D
BFAS	.320**	-.121*	-.012	-.122*	-.143**	.332**

Nota: N – *Neuroticismo*; E – *Extroversão*; AE – *Abertura à experiência*; A – *Amabilidade*;

C – *Conscienciosidade*; D – *Depressão*; BFAS – *Bergen Facebook Addiction Scale*

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

associação entre a AF com os cinco fatores de *personalidade*, assim como com a SD. Foram também realizadas regressões lineares múltiplas segundo o método *stepwise*, a um nível de confiança de 95%.

Resultados

A partir das correlações entre as dimensões da escala de AF e os cinco fatores de *personalidade*, verificam-se relações positivas significativamente estabelecidas entre o fator *neuroticismo* e a BFAS ($r = -.320$; $p < .01$). São ainda verificadas relações negativas entre os fatores de personalidade *extroversão*, *amabilidade* e *conscienciosidade* com a BFAS. Por fim, verifica-se a existência de uma relação significativamente positiva entre a SD e a BFAS ($r = .332$; $p < .01$).

Os resultados da regressão linear múltipla (tabela 2) mostram que a variável AF pode ser explicada pelas variáveis *depressão* e *neuroticismo*. No primeiro modelo obtido apenas a *depressão* ($\beta = .345$; $p < .001$) aparece como variável preditora da AF. Num segundo modelo surge também como variável preditora o *neuroticismo* ($\beta = .209$; $p < .001$), juntamente com a *depressão* ($\beta = .244$; $p < .001$). O segundo modelo obtido explica melhor a variabilidade da AF ($r^2 = .148$). O segundo modelo obtido é o que apresenta um melhor valor de ajustamento ($r^2 = .148$), constituindo o que melhor explica a variabilidade da variável AF.

Tabela 2: Resultados da regressão linear múltipla para a AF

	Adição ao Facebook	
	Modelo Beta 1	Modelo Beta 2
Depressão	.345***	.244***
Neuroticismo	--	.209***
Extroversão	--	--
Abertura à experiência	--	--
Amabilidade	--	--



Conscienciosidade	--	--
r ² ajustado	.117***	.148***
r ² ajustado modificado	.119***	.033***

Nota: Os valores *beta* apresentados são padronizados; Os valores de *r*² apresentados são ajustados

p* <.05; *p* <.01; ****p* <.001

Discussão

Com o estudo apresentado pretendeu-se medir as relações existentes entre a *personalidade*, baseada na teoria dos cinco fatores e a AF, assim como a relação entre a SD e a AF. Com os nossos resultados esperamos contribuir para o debate científico em torno das relações entre as variáveis em estudo, apresentando dados que auxiliem a prática clínica no âmbito da intervenção em comportamentos aditivos *online*, especificamente referentes à AF.

Os nossos resultados indicam associações patentes entre o fator de personalidade *neuroticismo* e a AF, bem como entre a SD e a AF. Assim, é sugerido que maiores níveis de *neuroticismo* e de SD predizem níveis mais elevados de AF. Os dados apresentados pelos coeficientes de correlação efetuados acabam por contribuir para o debate, tendo em conta os estudos prévios efetuados. Por exemplo, não tem ficado claro qual, de facto, o grau de relação entre traços de *neuroticismo* e a AF (Andreassen et al., 2012; Blachnio & Przepiorka, 2016; Mahmood & Farooq, 2014; Tang et al., 2016). Assim, o nosso estudo sugere que uma *personalidade* marcada por padrões de *neuroticismo* pode associar-se a uma maior vulnerabilidade face aos comportamentos aditivos *online*, em particular na AF (Mahmood & Farooq, 2014). Por sua vez, posicionamo-nos na perspetiva de outros estudos que indicam relações negativas entre a *conscienciosidade* e a BFAS (Blachnio & Przepiorka, 2016; Stieger et al., 2013; Tang et al., 2016). No que respeita à SD, o nosso estudo aponta evidências que vão ao encontro dos estudos até então publicados, indicativos de relações positivas entre *depressão* e a BFAS (Andreassen et al., 2016; Jafri, 2015; Satıcı et al., 2014), mantendo uma associação natural com a relação teórica entre os traços de *neuroticismo* e a vulnerabilidade para desenvolver SD (Bertoquini & Pais-Ribeiro, 2006; Costa & McCrae, 1992; Tang et al., 2016).

Apesar dos nossos resultados, no geral, integrarem as diretrizes de algumas pesquisas, importa referir, no entanto, algumas limitações. Em primeiro lugar, o facto dos dados analisados serem provenientes de protocolos preenchidos *online*, via Facebook. Contudo, no sentido estratégico da recolha de dados, tendo em conta a amostra em análise, a decisão tomada parece-nos adequada já que, no contexto do estudo, o Facebook acaba por resultar numa espécie de laboratório psicossocial. Em segundo lugar, de referir a utilização da versão NEO-FFI-20 e também por apenas se ter utilizado a subescala depressão da DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995). No entanto, a opção tomada é justificada a partir da noção de Ferreira (2008), indicativa de que escalas e instrumentos de avaliação mais curtos, quando válidos e fidedignos, tornam-se úteis para a investigação já que tendem a aumentar a



quantidade de participantes e a melhorar qualitativamente as respostas dadas por estes. Para Ferreira (2008) a motivação dos sujeitos aumenta face à apresentação de escalas de menor dimensão. Apesar disso, o NEO-FFI-20 apresenta-se como um inventário útil para operacionalizar o modelo dos cinco fatores da *personalidade* (Bertoquini & Pais-Ribeiro, 2006) e quanto à subescala *depressão* da DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995; Vasconcelos-Raposo et al., 2013) obteve adequados indicadores psicométricos de acordo com as diretrizes de Ullman (2006).

Lançando a investigação futura, parece-nos interessante aprofundar algumas questões levantadas pelo estudo. Por exemplo, um dos pontos acaba por resultar de uma das limitações apresentadas anteriormente, que alude ao facto da recolha dos dados ter ocorrido via Facebook. Esta limitação abre espaço a novas questões, sendo que investigações futuras poderão introduzir nas suas amostras pessoas que não sejam utilizadoras do Facebook. Para além disso, investigar o fenómeno distinguindo utilizadores *passivos* e *ativos* pode ser também uma oportunidade de pesquisa, quer para compreender aspetos relacionados com a *personalidade* e sobretudo para esclarecer as relações mantidas entre AF e a SD, conforme as indicações de Steggink (2015). Explorar ainda variáveis independentes, baseadas nos valores de corte da BFAS (Andreassen, 2015), podem acrescentar indicadores no campo de investigação em análise.

Com os nossos resultados indicamos uma série de possibilidades a levar em linha de conta para a aplicação prática, no contexto clínico. Assim, a partir do conhecimento que se pode ter *à priori* de uma pessoa que padece de uma perturbação aditiva, associado ao uso do Facebook, em particular e da Internet no geral, os profissionais podem implementar intervenções que diminuam a SD, fator que pode contribuir para o isolamento, apatia e desinvestimento nas relações face a face (Lovibond & Lovibond, 1995; Vasconcelos-Raposo et al., 2013), sabendo de ante mão que traços marcados pelo *neuroticismo* possam estar presentes neste tipo de pacientes. Estas intervenções podem ser levadas a cabo tendo por base, por exemplo, a estimulação da perceção de apoio social, o estabelecimento de relações sociais positivas e a inclusão de estilos de vida ativos (e.g., prática de exercício físico), que privilegiem sistematicamente relações interpessoais face a face. Estes fatores sugeridos, a par de outros que se mostrem válidos para a intervenção neste contexto, deverão sempre integrar práticas suportadas empiricamente e que atendam às idiossincrasias de cada caso.

Para concluir, os nossos dados ajudam a aprofundar o conhecimento em torno da natureza da Internet e especificamente no que respeita à AF. Os nossos resultados ampliam o conhecimento ao nível das relações entre *personalidade*, SD e AF, que indica que a *personalidade* pode predizer tendências de desenvolver perturbações relacionadas com a AF e ao mesmo tempo a AF tende a estar associada a níveis de SD mais elevados. Assim, deve ser estimulada a investigação, bem como a melhoria das intervenções na área, para amenizar impactos negativos que possam estar associados à AF.



Agradecimentos

A todas as pessoas que colaboraram e participaram no processo de estudo.

Contacto para Correspondência

Hugo Rodrigues-Fernandes – hugo.psi22@gmail.com
Helena Pereira – helenapereira_27@hotmail.com
Mário Pinto Gonçalves – pinto.salvador@gmail.com
Eduarda Z. Ramião – eduarda_ramiao@hotmail.com
Helena Isabel Antunes – helen.a.tunes.94@gmail.com

Referências

- Andreassen, C. S. (2015). Online social network site addiction: a comprehensive review. *Current Addiction Reports*, 2(2), 175-184. doi: 10.1007/s40429-015-0056-9.
- Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), 252-262. doi: 10.1037/adb0000160.
- Andreassen, C. S., Torsheim, T., Brunborg, G. S., & Pallesen, S. (2012). Development of a facebook addiction scale. *Psychological Reports*, 110(2), 501-517. doi: 10.2466/02.09.18.PR0.110.2. 501-517.
- Back, M. D., Stopfer, J. M., Vazire, S., Gaddis, S., Schmukle, S. C., Egloff, B., & Gosling, S. D. (2010). Facebook profiles reflect actual personality, not self-idealization. *Psychological science*, 1, 1-3. doi: 10.1177 /0956797609360756.
- Bertoquini, V., & Pais-Ribeiro, J. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco Factores de Personalidade. *Psychologica*, 43, 193-210.
- Błachnio, A., & Przepiorka, A. (2016). Personality and positive orientation in internet and facebook addiction. An empirical report from Poland. *Computers in Human Behavior*, 59, 230-236. doi:10.1016/j.chb.2016.02.018.
- Costa, P., & McCrae, R. R. (1992) *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI), professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Ferreira, A. F. (2008). *Perfil de personalidade e relacionamento conjugal em casais inférteis* (Dissertação de Doutoramento não Publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa
- Jafri, H. (2015). A Study on facebook addiction and its relationship with emotional experience and coping strategies. *The International Journal of Indian Psychology*, 2(4), 7-14.
- Liu, C. & Yu, C. (2013). Can facebook use induce well-being? *Cyberpsychology, Behavior and social Networking*, 16(9), 674-678. doi: 10.1089/ 2012.0301.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-U.
- Mahmood, S., & Farooq, U. (2014). Facebook addiction: a study of big-five factors and academic performance amongst students of IUB. *Global Journal of Management and Business Research*, 14(5).
- Maroco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS* (6ª Ed.). Pero Pinheiro: Report Number.



- Pais-Ribeiro, J. P., Honrado, A. J. D., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2) 229-239.
- Rodrigues-Fernandes, H., Pereira, H., Pinto-Gonçalves, M., Ramião, E., & Antunes, H. (no prelo). Psychometric properties of the Bergen Facebook Addiction Scale (BFAS -18 itens): A study with Portuguese users.
- Satici, B., Saricali, M., Satici, S. A., & Çapan, B. E. (2014). Social competence and psychological vulnerability as predictors of Facebook addiction. *Studia Psychologica*, 56(4), 301.
- Silva, H. R., Areco, K. C., Bandiera-Paiva, P., Galvão, P. V., Garcia, A. N., & Silveira, D. X. (2015). Equivalência semântica e confiabilidade da versão em português da Bergen Facebook Addiction Scale. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(1), 17-23. doi:10.1590/0047-2085000000052.
- Steggink, B. W. (2015). *Facebook addiction: where does it come from? a study based on the Bergen Facebook Addiction Scale* (Dissertação de Mestrado não Publicada). University of Twente: Twente.
- Stieger, S., Burger, C., Bohn, M., & Voracek, M. (2013). Who commits virtual identity suicide? Differences in privacy concerns, internet addiction, and personality between Facebook users and quitters. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 16(9), 629-634. doi:10.1089/cyber.2012.0323.
- Tang, J. H., Chen, M. C., Yang, C. Y., Chung, T. Y., & Lee, Y. A. (2016). Personality traits, interpersonal relationships, online social support, and Facebook addiction. *Telematics and Informatics*, 33(1), 102-108. doi:10.1016/j.tele.2015.06.003.
- Ullman, J. B. (2006). Structural equation modeling: Reviewing the basics and moving forward. *Journal of personality assessment*, 87(1), 35-50.
- Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., & Teixeira, C. M. (2013). Factor structure and reliability of the depression, anxiety and stress scales in a large Portuguese community sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-10. doi:10.1017/sjp.2013.15.
- Yao, M. Z., He, J., Ko, D. M., & Pang, K. (2014). The influence of personality, parental behaviors, and self-esteem on internet addiction: a study of Chinese college students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(2), 104-110. doi: 10.1089/cyber.2012.0710.



Teodiceias e Acontecimentos Traumáticos: uma adaptação do modelo de construção de significado

Catherina Jönsson¹, & Leonor Lencastre²

1. Faculdade de Psicologia e de Ciências da educação da Universidade do Porto, Portugal

2. Faculdade de Psicologia e de Ciências da educação da Universidade do Porto, Portugal

Resumo

Alguns modelos de stresse pós-traumático atribuem o aparecimento de sintomas traumáticos à violação das crenças acerca do mundo e de si próprio. De acordo com o modelo de construção de significado de Park e Folkman (1997) a reavaliação do significado de um acontecimento traumático de uma forma positiva, parece ser uma forma eficaz de restaurar essas crenças. A religião pode ser uma ajuda nesse processo de construção do significado porque ajuda na compreensão do sofrimento. Parece, no entanto, que o recurso à religião nem sempre leva à obtenção de resultados psicológicos positivos. Para tentar melhor compreender o papel da religião, estudos recentes apontam para a necessidade de analisar o conteúdo específico das crenças religiosas, e especialmente as crenças acerca do porquê do sofrimento humano, as teodiceias, que surpreendentemente têm sido muito pouco estudadas. Este artigo apresenta uma proposta teórica, através de uma adaptação do modelo de construção de significado de Park e Folkman (1997), que reflete a forma como as teodiceias e as crenças acerca do mundo e de nós próprios influenciam o processo de construção do significado, com o objetivo de melhor compreender as diferenças individuais nas respostas de coping a acontecimentos traumáticos. Assim apresenta-se o constructo teodiceias, introduz-se o modelo de construção de significado de Park e Folkman (1997), apresenta-se e depois ilustra-se uma proposta de adaptação das teodiceias a este modelo, proposta esta que culmina na apresentação de um modelo de coping religiosos baseado nas teodiceias. Conclui-se destacando as implicações desta proposta para a intervenção clínica.

Palavras-chave: teodiceias; trauma; coping religioso; adaptação psicológica



Abstract

Some models of post-traumatic stress attribute the cause of traumatic symptoms to the violation of world and self beliefs. According to the meaning making model of Park and Folkman (1997) the re-evaluation of the meaning of a traumatic event to a more positive one, seems to be effective in restoring these beliefs. Religion can help in the meaning making process because it helps to understand the reasons for suffering. It seems, however, that using one's religious resources doesn't always lead to positive psychological outcomes. To better understand the role of religion, recent studies have emphasized the need to analyse the specific content of religious beliefs, especially beliefs about the why of human suffering, the so called theodicies, that have been surprisingly overlooked. This article presents a theoretical proposal, through the adaptation of the meaning making model of Park and Folkman (1997), that reflects how theodicies and world and self beliefs influence the meaning making process, with the objective of better understanding the individual differences in the coping response to traumatic events. This article therefore presents the construct of theodicies, introduces the meaning making model of Park and Folkman (1997), presents and then illustrates a proposal of adaptation using theodicies for this model, a proposal that culminates in the presentation of a religious coping model based on theodicies. We conclude by outlining the implications of this theoretical proposal for clinical work.

Key Words: theodicies; trauma; religious coping; psychological adaptation



Introdução

De acordo com algumas teorias cognitivistas, os sintomas da perturbação do stress pós-traumático -PSPT- podem em parte ser explicados pela existência de uma perturbação do sistema de crenças globais do ser humano (Park, Mills & Edmondson, 2012), que tendencialmente são crenças otimistas (Taylor & Brown, 1994). A exposição ao trauma pode desafiar as crenças que se tem acerca de um mundo justo, benevolente e previsível bem como as crenças sobre si próprio como um ser competentes e merecedor (Janoff-Bulman, 1989), o que poderá levar à formulação de avaliações negativas acerca do significado do acontecimento traumático.

Para além das crenças acerca do mundo e de nós próprios, a religião também parece ter um papel central na avaliação do significado de um acontecimento traumático. Uma meta-análise de Ano e Vasconcelles (2005) sugere que o coping religioso, que é a utilização de crenças e práticas religiosas para lidar com eventos difíceis da vida (Pargament, 1997), e que pode ser positivo, mas também negativo, em geral é eficaz estando principalmente relacionado com resultados psicológicos positivos. Entende-se por coping religioso positivo uma relação segura com Deus que tende a produzir avaliações positivas influenciadas pela crença de um Deus poderoso e benevolente, e por coping religioso negativo uma luta espiritual que tende a produzir avaliações negativas influenciadas pela crença de um Deus impotente e castigador (Pargament, 2011).

Existem estudos empíricos, contudo, que demonstram que o coping religioso positivo pode levar a resultados psicológicos negativos (Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998; Thompson & Vardman, 1997) mas mais surpreendente são os estudos empíricos que demonstram que o coping religioso negativo pode levar a resultados psicológicos positivos (Koenig, Pargament, & Nielsen, 1998; Pargament, et al., 1999; Pargament, Koenig, & Perez, 2000; Smith, Pargament, Brant, & Oliver, 2000). Estes estudos levam à formulação de duas questões chave para a nossa investigação: 1) como é que o coping religioso positivo pode levar a resultados psicológicos negativos? e 2) como é que o coping religioso negativo pode levar a resultados psicológicos positivos?

Teodiceias na Investigação Sobre o Trauma

Existe um grupo de crenças religiosas específicas acerca das razões do sofrimento humano, as *teodiceias*, que são crenças religiosas acerca das razões para o sofrimento humano (Hale-Smith, Park, & Edmondson, 2012) que poderão contribuir para o esclarecimento das questões anteriores, dado que poderão ser capazes de responder a questões existenciais que tendem a surgir no contexto de um trauma, “como “porque é que isto me está a acontecer?” (Edmondson, Chaudoir, Mills, Park, Holub, & Bartkowiak, 2011).

As atribuições de significado a um acontecimento traumático podem então, depender das teodiceias específicas que cada indivíduo possui (do tipo “isto é uma oportunidade para eu aprender uma lição”, ou “isto é um castigo de Deus”). Espera-se então que estas diferentes atribuições influenciem a estratégia de coping que o indivíduo adota e por consequência os resultados psicológicos experienciados.



As teodiceias têm sido reconhecidas pelos académicos como um fator importante na atribuição do significado aos eventos traumáticos, especialmente em contexto clínico (Furnham & Brown, 1992; Hall & Johnson, 2001), no entanto ainda existem poucos estudos empíricos sobre a forma como estas crenças específicas poderão influenciar o processo de coping. A identificação do conteúdo específico das teodiceias poderá, portanto, ser uma importante ajuda na compreensão do processo de atribuição de significado ao evento traumático, contribuindo de forma eficaz para a experiência de resultados psicológicos positivos, ou negativos.

De acordo com Sulmasy (1999), no Cristianismo existem quatro categorias de teodiceias clássicas: 1) a teoria da privação 2) a teoria da comprovação 3) a abordagem da teologia processual e 4) a abordagem existencial. Estas teodiceias podem ser classificadas como sendo mais ou menos positivas ou negativas de acordo com a sua eficácia em termos dos resultados psicológicos que lhes estão associados. Há, no entanto, que ser prudente ao fazer este tipo de classificação das teodiceias, em positivas ou negativas, dado que na realidade não é a teodiceia em si, mas sim o seu resultado que poderá ser mais ou menos eficaz. Apesar de escassos existem alguns estudos empíricos relacionados com esta classificação das teodiceias. O que podemos concluir destes estudos empíricos é que as teodiceias baseadas na teoria da privação são negativas, as teodiceias baseadas na teoria da comprovação são positivas, e as teorias baseadas na abordagem existencial são positivas (Jönsson e Lencastre, 2016). Até à data não se encontram estudos acerca das teodiceias baseadas na abordagem da teologia processual.

As Teodiceias e o Modelo de Construção de Significado de Park e Folkman - Uma proposta teórica

Ao salientar o papel central das crenças no processo de coping, o modelo de construção de significado de Park e Folkman (1997; Park 2010) poderá ser utilizado para compreender especificamente como as teodiceias influenciam esse processo do coping. De acordo com este modelo um indivíduo possui crenças globais, acerca do mundo e sobre si próprio, que influenciam as perceções da realidade e o significado que dá aos acontecimentos. Numa situação de trauma, o indivíduo faz primeiro uma avaliação do significado do acontecimento (e.g., *o que esta a acontecer é injusto, eu não mereço isto, eu sou boa pessoa*) e depois compara-a com as suas crenças globais (e.g., *Não é suposto acontecer coisas más às pessoas boas, ou, as pessoas têm o que merecem*). Essa comparação pode resultar em discrepância entre a avaliação do significado do acontecimento e as crenças globais do indivíduo, que por sua vez poderá levar ao aparecimento de stress. Se essa discrepância for grande, o indivíduo sentirá uma perda de controlo, que o poderá levar a iniciar um processo de construção do significado com o objetivo de reduzir essa discrepância (Park, 2005). Existem três maneiras de reduzir a discrepância: 1) o indivíduo pode mudar a avaliação do significado para um significado mais positivo, 2) o indivíduo pode mudar as suas crenças globais, ou 3) pode fazer as duas coisas. Todas estas formas de reduzir a discrepância são sinais de construção do significado e confirmam a integração do acontecimento no sistema de significado global



do indivíduo (Holland, Currier, Coleman, & Niemeyer, 2010). Esta integração é que pode levar à adaptação psicológica ao acontecimento (Rothbaum, Weisz, & Snyder, 1982).

As teodiceias são apenas mais um conjunto de crenças que podem ser encontrados no nosso sistema de crenças globais, daí poderem influenciar a avaliação inicial de um evento traumático e também ajudar a diminuir o stress alterando a avaliação inicial do acontecimento para uma avaliação mais positiva.

Teoricamente, as teodiceias positivas ajudam o indivíduo a fazer avaliações iniciais mais benevolentes e, porque tendencialmente as crenças acerca do mundo e de nós próprios são positivas (Taylor & Brown, 1994), não existirá discrepância entre a avaliação inicial da situação e as crenças globais do indivíduo acerca do mundo e de si próprio. Neste caso o indivíduo poderá adotar um estilo de coping religioso positivo onde o significado é alcançado, o evento traumático é assimilado no seu sistema de crenças globais e os resultados da adaptação psicológica serão positivos. Por outro lado, se o indivíduo tem uma teodiceia negativa, é provável que faça uma avaliação da situação mais negativa e, por que segundo Taylor e Brown (1994) as crenças acerca do mundo e de nós próprios são tendencialmente positivas, existirá uma discrepância entre a avaliação inicial da situação e as crenças globais do indivíduo nomeadamente as suas crenças acerca do mundo e de si próprio. Neste caso o indivíduo poderá adotar um estilo de coping religioso negativo, não conseguirá alcançar o significado e experienciará resultados psicológicos negativos. O modelo de construção de significado pode explicar assim a associação entre teodiceias positivas e resultados psicológicos positivos, e também a associação entre as teodiceias negativas e os resultados psicológicos negativos.

A proposta teórica. Para podermos ilustrar as associações aparentemente ilógicas que têm sido reportadas em estudos empíricos, entre teodiceias positivas/coping religioso positivo e resultados psicológicos negativos, e entre teodiceias negativas/coping religioso negativo e resultados psicológicos positivos, iremos levantar 3 pressupostos teóricos: 1) *as crenças acerca do mundo e de nós próprios nem sempre são otimistas* 2) *a influencia das teodiceias na atribuição de significado a um acontecimento traumático pode ser alterada pela sobreposição de outras crenças acerca do mundo e de nós próprios* 3) *o locus de controlo (interno ou externo) pode influenciar a adoção de um determinado método de coping religioso específico e ter consequências no resultado psicológico.* Vamos agora mostrar como chegamos a esses pressupostos.

Relativamente ao primeiro pressuposto sobre *a natureza das crenças acerca do mundo e de nós próprios* que refere que *as crenças acerca do mundo e de nós próprios nem sempre são otimistas* baseamo-nos no estudo de Catlin e Epstein (1992) que compararam indivíduos que experienciaram um evento traumático com outros que não tinham experienciado nenhum acontecimento traumático, e verificaram que estes indivíduos diferiam nas crenças globais que apresentavam: indivíduos que experienciaram rejeição, abuso sexual ou um crime violento, tinham um auto estima significativamente mais baixa, valorizavam menos as relações com os outros, e acreditavam menos na benevolência do mundo. Os indivíduos com experiências traumáticas parecem desenvolver crenças negativas acerca do mundo e deles



próprios. Estes autores também verificaram que os acontecimentos positivos e negativos tinham um efeito cumulativo nas crenças, ou seja, aqueles que reportaram mais eventos positivos e menos eventos negativos tinham mais crenças positivas. O que se pretende mostrar é que afinal nem todos os indivíduos têm crenças globais positivas como era sugerido por Taylor e Brown (1994).

Relativamente ao segundo pressuposto sobre a *influência das crenças religiosas na avaliação do acontecimento* a ciência cognitiva da religião, sugere que embora um indivíduo religioso tenha esquemas conceituais religiosos ao seu dispor para poder explicar as causas de um acontecimento, é possível que não utilize esses esquemas dado que também possui outros esquemas (Lupfer, DePaola, Brock, & Clement, 1994). Aliás, o que a teoria da atribuição de Slone (2004) diz é que o indivíduo utilizará o modelo mental disponível mais eficaz.

De acordo com a teoria de “incorrecção teológica” de Jason Slone (2004), quando um indivíduo experiencia uma tensão situacional, é provável que tenha pensamentos e comportamentos diferentes dos que compõem as suas crenças religiosas. Barret (1999) refere a existência de diferentes tipos de pensamento: *online e offline*. O pensamento online requer um processo de raciocínio abduutivo, onde fazemos julgamentos rápidos e com pouca reflexão. Esta forma de pensamento é o que tendencialmente usamos quando fazemos avaliações iniciais dos acontecimentos. O pensamento offline requer um processo de raciocínio dedutivo, onde fazemos julgamentos mais lentos baseados na reflexão sobre um esquema aprendido. Esta forma de pensamento não tende a ser usada quando fazemos avaliações iniciais, mas sim quando precisamos de fazer reavaliações mais positivas de um acontecimento. As crenças religiosas, nomeadamente as teodiceias, quando usadas para encontrar uma explicação causal para um evento traumático, requerem um processo de raciocínio dedutivo, que é ativado, aquilo a que Barrett (1999) chama *pensamento offline*. O que esta teoria de incorrecção teológica, portanto quer sugerir, é que no caso de acontecimentos traumáticos, as teodiceias podem perder a “força” na avaliação inicial do acontecimento pois requerem um processo de raciocínio mais dedutivo que não acontece no modo de *pensamento online*.

Existem outros modelos mentais disponíveis no nosso sistema global de crenças: as crenças sobre o mundo e crenças sobre nós próprios. Destes dois, provavelmente o modelo mental que poderá influenciar mais a avaliação inicial do acontecimento é aquele baseado nas crenças acerca de nós próprios, dado que estas crenças incluem entre outras crenças sobre a sorte, que envolvem a realização de inferências sobre a causalidade dos acontecimentos traumáticos improváveis, que ocorrem no modo de *pensar online*. Isto explicaria como as crenças acerca de nós próprios, e mais especificamente as crenças que temos acerca da sorte, podem por vezes ter uma maior influência na produção de uma avaliação inicial do acontecimento do que uma teodiceia, quer ela seja positiva ou negativa.

Não se pretende dizer que as teodiceias não têm “força” suficiente para influenciar a atribuição inicial do evento no contexto de trauma, o que se quer salientar é que poucas pessoas têm a capacidade de pensar e agir de acordo com as suas crenças religiosas quando se encontram num modo de *pensamento online* (Barrett, 1999). A capacidade de o fazer,



depende em grande parte, da “força” do esquema mental de crenças religiosas do indivíduo e da rapidez com que aparece no seu modo de *pensamento online*.

Em relação ao terceiro pressuposto *relativo aos métodos específicos e disponíveis no coping religioso positivo e no coping religioso negativo*, reconhece-se a existência de diferentes métodos de coping. De acordo com Pargament, Kennell, Hathaway, Grevengeod, Newman & Jones (1988), dentro do coping religioso positivo existem os seguintes métodos: 1) a *abordagem colaborativa* que é sustentado por um locus de controlo interno onde o indivíduo trabalha em conjunto com Deus, e 2) a *rendição religiosa ativa* que é sustentada por um locus de controlo externo onde o indivíduo dá o controlo do acontecimento a Deus. Dentro do coping religioso positivo existem os seguintes métodos: 1) A *abordagem auto-direccionado* que é sustentado por um locus de controlo interno onde o indivíduo confia só em si próprio para lidar com a situação, 2) a *abordagem deferida*, sustentado por um locus de controlo externo onde o indivíduo passa a responsabilidade de lidar com o acontecimento a Deus, e 3) a *intercessão direta*, sustentado por um locus de controlo interno e externo, um método tanto ativo como passivo onde o indivíduo reza a Deus e faz promessas para que a sua situação melhore.

Como podemos ver, cada método está relacionado com o locus de controlo do indivíduo, que pode ser interno ou externo. Um determinado tipo de locus de controlo leva à adoção de um método de coping religioso específico. Se o indivíduo adotar por exemplo, uma abordagem de *rendição religiosa ativa*, esta abordagem esta associada com uma estratégia de coping religioso positivo, no entanto pode ser considerado um método pouco provável de ajudar o indivíduo a encontrar o significado do acontecimento (Pargament, 1997), e assim levar o indivíduo a experienciar resultados psicológicos negativos. Um locus de controlo interno leva à adoção de determinados métodos de coping religioso específicos, por exemplo uma abordagem *auto-direccionado*. Esta abordagem esta associada ao coping religioso negativo, no entanto, de acordo com Pargament (1997) pode ser considerado um método eficaz para encontrar o significado por estar relacionado com um sentimento de controlo pessoal e mais auto estima e assim levar o indivíduo a experienciar resultados psicológicos mais positivos. O que podemos concluir é que o locus de controlo influencia a adoção de um método específico.

Tendo em conta os três pressupostos referidos anteriormente e aplicando esses pressupostos ao modelo de construção de significado de Park e Folkman (1997), fazemos a seguinte proposta teórica: *As teodiceias, que são esquemas religiosos concetuais, não existem por si só dentro do nosso sistema de crenças globais. Elas são crenças que coexistem com outras crenças acerca do mundo e de nós próprios, ou seja, outros modelos mentais, que também oferecem explicações causais para os eventos. Estas ultimas crenças podem assim interagir com as teodiceias de forma a enfraquecer a sua influencia no processo de construção do significado, nomeadamente a fazer avaliações iniciais dos acontecimentos, e também influenciar a adoção de métodos específicos de coping religioso, produzindo diferenças individuais na resposta de coping.*

Ilustração da Proposta - as teodiceias e o modelo de construção de significado considerando os pressupostos teóricos anteriores

Tentaremos agora validar a proposta tentando responder às duas questões de investigação levantadas: como é que o coping religioso positivo poderá levar a os resultados psicológicos negativos, e o coping religioso negativo a resultados psicológicos positivos.

Primeiro vamos ilustrar como o enfraquecimento de uma teodiceia positiva pode levar a resultados psicológicos negativos (ver figura 1). Neste exemplo, temos um indivíduo que tem uma teodiceia positiva a interagir com crenças negativas acerca do mundo e dele próprio. De acordo com a teoria de Slone (2004) da *incorreção teológica*, é possível que a avaliação inicial da situação seja influenciada pela sua crença acerca dele próprio, que neste caso é negativa por isso é provável que o indivíduo inicialmente faça uma avaliação negativa do acontecimento. Embora esta avaliação seja discrepante da sua teodiceia positiva, podendo assim provocar stress, a natureza protetora da teodiceia positiva poderá levar à adoção de uma estratégia de coping religioso positiva, conseguindo o indivíduo manter uma relação segura com Deus; mas, como tem uma crença acerca de si próprio negativa suportada por um locus de controlo externo, é possível que adote o método de *rendição religiosa ativa*, um dos métodos de coping dentro da estratégia de coping religioso positivo, que é pouco eficaz para fazer a construção do significado de um evento traumático. Assim se faz a descrição como o coping religioso positivo (associado com teodiceias positivas) poderá levar a resultados psicológicos negativos.



Figura 1

O enfraquecimento da influencia das teodiceias positivas no modelo de construção do significado

Vamos ver agora como o enfraquecimento de uma teodiceia negativa pode levar a resultados psicológicos positivos (ver figura 2). Neste exemplo, temos um indivíduo que tem uma teodiceia negativa a interagir com crenças acerca do mundo e dele próprio positivas. De acordo com a teoria de Slone (2004) da *incorreção teológica*, é possível que a avaliação inicial da situação seja influenciada pela sua crença acerca de si próprio, que neste caso é positiva, e por isso é provável que o indivíduo faça uma avaliação inicial positiva do acontecimento. Esta avaliação entrará em discrepância com a sua teodiceia negativa e poderá assim causar stress. Devido à sua teodiceia negativa, o indivíduo poderá adotar uma estratégia de coping religioso negativa e experienciar uma luta espiritual. No entanto, como possui uma crença

acerca de si próprio positiva suportada por um locus de controlo interno, é possível que adote o método de *coping religioso autodirecionado*, um dos métodos de coping dentro da estratégia de coping religioso negativo, que é um método eficaz para fazer a construção do significado de um evento traumático. Isto descreveria como o coping religioso negativo (associado com teodiceias negativas) poderá levar a resultados psicológicos positivos.

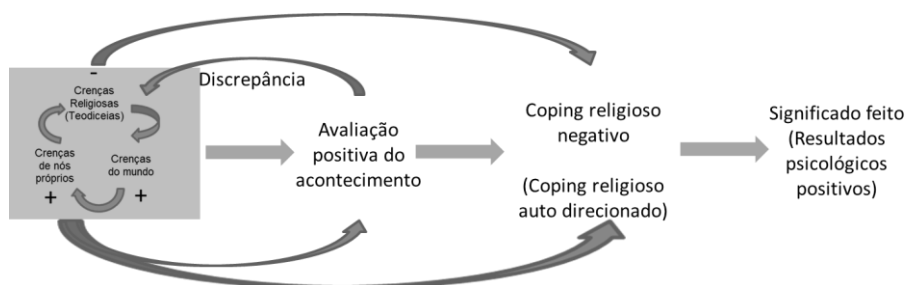


Figura 2

O enfraquecimento da influencia das teodiceias negativas no modelo de construção de significado

O que se pretende salientar com a nossa proposta teórica é que a relação entre a religião e os resultados psicológicos positivos não é linear. Se assim fosse, todos os indivíduos religiosos ou que apresentam crenças religiosas, adaptar-se-iam psicologicamente aos acontecimentos negativos nas suas vidas, e sabemos que este não é o caso. A relação entre a religião e os resultados psicológicos é complexa e quando consideramos o papel das teodiceias no coping com os acontecimentos traumáticos, não devemos desprezar as outras crenças que existem no nosso sistema de significado global e que podem também desempenhar um papel fulcral no que experienciamos. As teodiceias por si só não influenciam o processo de coping. Não é suficiente dizer que teodiceias positivas levam a resultados psicológicos positivos e vice-versa, elas simplesmente influenciam em parte o que as pessoas realmente fazem e pensam. Possuímos também outras crenças, crenças que podem ser mais facilmente acedidas e que podem ser tão importantes quanto as teodiceias na definição do que se pensa ou se faz. De nenhum modo queremos retirar “poder” às teodiceias na avaliação do significado do acontecimento, contudo, a influencia que elas exercem dependerá muito na “força” do esquema mental religioso do individuo e da rapidez com que se encontrará disponível no *modo de pensamento online*. Os indivíduos, que têm esquemas religiosos altamente desenvolvidos poderão melhor usufruir dos seus recursos religiosos no coping com os acontecimentos traumáticos.

Um modelo de coping religioso baseado nas teodiceias – uma adaptação do modelo de construção de significado

Com base na nossa proposta teórica, apresentamos agora o modelo de adaptação psicológico do coping religioso baseado nas teodiceias (ver figura 3). O que este modelo sugere é que o

que poderá determinar a adaptação psicológica em indivíduos que passaram por um acontecimento traumático não são as suas teodiceias por si só, mas sim a interação das teodiceias com outras crenças acerca do mundo e si próprio contidas no seu sistema de significado global.

Poderá não existir uma associação direta entre as crenças acerca de si próprio positivas, um locus de controlo interno, e uma adaptação psicológica positiva, nem entre as crenças acerca de si próprios negativas, um locus de controlo externo, e resultados psicológicos negativos; ou seja, as teodiceias não parecem ter uma relação linear com os resultados psicológicos.

As teodiceias parecem apresentar sim uma associação direta com as estratégias de coping religioso: as teodiceias positivas levam à adoção de uma estratégia de coping religioso positiva ajudando o indivíduo a manter uma relação segura com Deus, e as teodiceias negativas levam à adoção de uma estratégia de coping religioso negativa provocando uma luta espiritual que pode causar o afastamento da sua religião, mas não parecem ter uma associação direta com os resultados psicológicos. É por isso que existem estudos que questionam a possibilidade do coping religioso positivo poder levar a resultados psicológicos negativos e vice-versa.

Acreditamos que a resposta está na interação entre as teodiceias e as outras crenças do nosso sistema de crenças globais, especialmente as crenças acerca de nós próprios que parecem ter um papel importante no grau de stress experienciado e no resultado psicológico.

A contribuição que as teodiceias apresentam na adaptação aos acontecimentos traumáticos através da construção de significado parece depender do grau de desenvolvimento do esquema mental do indivíduo, da sua capacidade para apresentar uma avaliação positiva do acontecimento traumático e para conseguir adotar um método específico positivo de coping, como por exemplo a *abordagem colaborativa*, favorecedor de uma construção de significado positiva.



Figura 3

Um modelo de coping religioso baseado em teodiceias: uma adaptação do modelo de construção de significado (Park & Folkman, 1997)



Implicações para a intervenção clínica

Pensamos que esta nossa proposta teórica apresenta um grande potencial em termos de intervenção clínica, pois ao identificar as diferentes tipologias de crenças, poderemos tentar prever a estratégia de coping que um indivíduo irá adotar e também o resultado psicológico que irá experienciar. Estes perfis de crenças poderão permitir identificar as crenças específicas responsáveis pelo conforto e bem-estar e as que poderão causar stress, possibilitando a construção de um plano clínico de intervenção. Ao identificar as teodiceias específicas que estão a influenciar a avaliação do acontecimento traumático poder-se-á também ajudar o indivíduo a ter uma visão mais flexível sobre o acontecimento e ajudando-o a reformular o significado transformando-o num significado mais positivo.

Agradecimentos

Gostávamos de agradecer à Professora Crystal Park da Universidade de Connecticut, EUA, autora do modelo de construção do significado (1997) por rever o nosso trabalho e ter contribuído com um feedback indispensável para o este artigo.

Contacto para Correspondência

Catherina Jönsson, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Rua Alfredo Allen 4200-135 Porto, Portugal, catherina.m.m.jonsson@gmail.com

Referências

- Ano, G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461-480.
- Barrett, J. L. (1999). Theological Correctness: Cognitive constraints and the study of religion. *Method and Theory in the study of religion*, 11, 325-339.
- Catlin, G. & Epstein, S. (1992). Unforgettable experiences: The relation of life events to basic beliefs about self and world. *Social Cognition*, 10, 189-209.
- Edmondson, D., Chaudoir, S. C., Mills, M. A., Park, C. L., Holub, J., & Bartkowiak, J. M. (2011). From shattered assumptions to weakened worldviews: Trauma symptoms signal anxiety buffer disruption. *Journal of Loss and Trauma*, 16, 358-385.
- Hale-Smith, A., Park, C. L., & Edmondson, D. (2012). Measuring beliefs about suffering: Development of the views of suffering scale. *Psychological Assessment*, 24, 855-866.
- Hall, M.E.L., & Johnson, E. L. (2001). Theodicy and Therapy: Philosophical/Ethological contributions to the problem of suffering. *Journal of Psychology and Christianity*, 20, 5-17.
- Holland, J. M., Currier, J. M., Coleman, R. A., & Niemeyer, R. A. (2010). The Integration of Stressful Life Experiences Scale (ISLES): Development and initial Validation of a new measure. *International Journal of Stress Management*, 17, 325-352.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive Worlds and the Stress of Traumatic Events: applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- Jönsson, C., & Lencastre, L. (2016). Trauma e Religião: um modelo de adaptação psicológica baseado no coping religioso. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(1), 32-38.
- Koenig, H.G., Pargament, K.I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically hospitalized older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 5, 13-52.



- Lupfer, M. B., Brock, K. F., & DePaola, S.J. (1992). The Use of Secular and Religious Attributions to Explain Everyday Behaviour. *Journal for the scientific study of religion*, 31, 486-503.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-104.
- Pargament, K. (1997). *The Psychology of Religion and Coping*. New York, NY: Guildford Press.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 4, 710-724.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., & Perez, L. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1, 115-144.
- Park, C. L. (2005). Religion as a meaning making framework in coping with life stress. *Journal of Social Issues*, 61, 707-729.
- Park, C. L., Mills, M. A., & Edmondson, D. (2012). PTSD as meaning violation: Testing a cognitive worldview perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 66-73.
- Slone, J. (2004). *Theological Incorrectness: Why religious people believe what they shouldn't*. New York, NY: Oxford University Press.
- Sulmasy, D. (1999). 'Finitude, freedom, and suffering.' In M. Mohrmann & J. Hanson (Eds.), *Pain seeking understanding: Suffering, medicine, and faith* (pp. 83-102). Cleveland, OH: Pilgrim Press.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Thompson, M.P., Vardaman, P.J. (1997). The role of religion in coping with the loss of a family member to homicide. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36, 44-51.



Satisfação com o suporte social, coping e qualidade de vida no cancro da mama

Joana Carreiro¹, Pedro Teques^{1,2}, & Andreia Pereira-Teques²

1. Instituto Universitário da Maia – ISMAI, Portugal

2. Escola Superior de Ciências Sociais, Educação e Desporto – Instituto Politécnico da Maia, Portugal

Resumo

O suporte social destaca-se na área da Psicologia da Saúde em termos de adaptação e recuperação em estados de doença e pela sua promoção e proteção da saúde. O propósito do presente estudo foi analisar as relações simultâneas entre a Satisfação com o suporte social (SSS), o Coping e a Qualidade de vida (QDV) em doentes oncológicos. Participaram no estudo 311 mulheres com cancro da mama com idades compreendidas entre 27 e 86 anos ($M_{idade} = 46.61$, $DP = 9.53$). A análise de equações estruturais revelou que a SSS na dimensão da família apresenta uma relação negativa com a estratégia de evitamento cognitivo e com a estratégia de coping do estilo desânimo/fraqueza que, por sua vez, se relaciona com a QDV. A perceção de SSS na dimensão dos amigos relaciona-se positivamente com a estratégia de coping espírito de luta, relacionando-se ainda com a QDV. Adicionalmente, a SSS na dimensão da intimidade indica uma relação negativa com a estratégia de coping desânimo/fraqueza. Por fim, a perceção de SSS na dimensão de atividades sociais revela uma relação negativa tanto com a estratégia de coping evitamento cognitivo, como com a estratégia preocupação ansiosa. Os resultados parecem indicar que as doentes ao percecionarem uma maior SSS recebido pela família e amigos revelam igualmente uma maior perceção de QDV e de Saúde, evidenciando-se que o suporte social é uma variável fulcral na promoção de QDV, apesar da adaptabilidade ou eficácia do seu estilo de confronto com a doença.

Palavras-chave: Suporte social; Coping; Qualidade de vida; Cancro da mama.



Abstract

Social support stands out in the Health Psychology area in terms of adaptation and recovery in disease states and for the promotion and protection of health. The purpose of this study was to analyze the simultaneous relationships between satisfaction with social support (SSS), the coping and quality of life (QOL) in cancer patients. Participants were 311 women with breast cancer aged between 27 and 86 years ($M_{age} = 46.61$, $SD = 9.53$). SEM analyses revealed that SSS perception in the dimension of family has a negative relationship with cognitive avoidance and with helpless/hopeless, in turn, is related QOL. The SSS perception in the dimension of friends relates positively to the strategy of coping fighting spirit, still relating with QOL. In addition, the SSS in the dimension of intimacy indicates a negative relationship with the strategy of coping helpless/hopeless. Finally, the perception of SSS in the dimension of social activities shows a negative relationship with both the strategy of coping cognitive avoidance, as with anxious preoccupation strategy. It is suggested that the patient who perceives a greater SSS received by family and friends also reveals a greater perception of QOL and health, showing that social support is a key variable in promoting QOL, despite the adaptability and effectiveness of his style of coping with the disease.

Keywords: Social support; Coping; Quality of life; Breast Cancer.



Introdução

O diagnóstico de cancro da mama impõe à mulher várias adaptações em diversas áreas da vida, esta é uma doença que ameaça a sua integridade física e psicológica, tendo portanto, um impacto profundo na forma como a mulher se percebe e percebe o ambiente social que a rodeia, levando à implementação de recursos para lidar o mais eficazmente com um conjunto de importantes desafios (Dias et al., 2002). Nos últimos anos, várias investigações têm constatado a existência de factores que facilitam e dificultam o processo de adaptação ao diagnóstico de cancro da mama. Estes factores podem ser internos ou externos ao indivíduo (Bloom et al., 1998). São exemplos de factores internos, o estilo de confronto com o cancro, sendo que a utilização de determinadas estratégias de confronto com a doença, conduzem a uma redução do impacto negativo do cancro contribuindo para uma melhor qualidade de vida e adaptação à doença (coping) (Vachon, 2006); e de factores externos, a existência de relações interpessoais significativas, nas quais se incluem as relações com a família, amigos, colegas de trabalho e, com a equipa médica (suporte social) (Kim et al., 2010). Deste modo, os recursos disponíveis para fazer face à doença, tais como, os recursos pessoais, psicológicos e sociais parecem proteger a doente da intromissão do cancro e do seu tratamento, preservando a sua qualidade de vida e, consequentemente, facilitando a adaptação psicossocial à doença (Bloom, 1994).

No intuito de analisar como a satisfação com o suporte social e as estratégias de coping influenciam a qualidade de vida das mulheres com cancro da mama, o presente estudo pretende analisar especificamente as relações simultâneas entre a satisfação com o suporte social, o coping e a qualidade de vida em mulheres com cancro da mama.

Suporte social

Os efeitos mediadores do apoio social na proteção e promoção da saúde, na inibição do desenvolvimento de doenças, no bem-estar psicológico e na qualidade de vida dos doentes oncológicos, bem como, na sua recuperação e na promoção de uma maior esperança de vida está bem apoiada, em diversas investigações (Kim et al., 2010; Ribeiro, 2011). Assim, a percepção de bem-estar físico, psicológico e emocional dos pacientes com cancro, está claramente associada com o seu contexto social (Die Trill, 2003). A percepção de que os outros estão disponíveis para fornecer conforto emocional ou assistência prática em alturas de necessidade, parece ser particularmente benéfico para a saúde e bem-estar do doente. Neste âmbito, Ward e colaboradores (1991), afirmam que o suporte social capacita os indivíduos para desenvolver estratégias de coping mais efectivas e mais realistas, pois permite-lhes acreditar que os outros os ajudarão, se as exigências da doença se tornarem superiores aos seus recursos pessoais. Existem vários estudos que demonstram como as mulheres que têm um adequado apoio social, ao longo das diversas fases que constituem a trajetória da doença oncológica, evoluem melhor que as mulheres que não têm (Mallinckrodt et al., 2012). a crença de que os outros estão disponíveis para fornecer apoio exerce efeitos benéficos, a diversos níveis, na mulher com a cancro da mama, designadamente: i) fortalece o seu sistema imunológico; ii) reduz o *stress* associado ao diagnóstico de cancro; iii) melhora a auto-estima e a auto-confiança; iv) aumenta a capacidade para enfrentar situações adversas; v) melhora a sua saúde global; vi) melhora o



bem-estar psicológico e emocional; e, vii) melhora a sua qualidade de vida (Ramos & Lustosa, 2009).

Coping

O diagnóstico de uma doença oncológica é, tipicamente assinalado como um acontecimento susceptível de induzir *stress* no indivíduo gerando, conseqüentemente, desequilíbrio no bem-estar e na homeostasia do indivíduo (Pereira & Lopes, 2005); exigindo ao doente e à família a mobilização de recursos pessoais e sociais para lidar com a situação, implicando a adopção de um leque variadíssimo de estratégias de confronto para fazer face à doença oncológica (Dias, 2002). As estratégias utilizadas pelos doentes para fazer face à doença oncológica, denominadas estratégias de *coping* com a doença, têm sido largamente estudadas por vários autores, em diferentes perspectivas. No processo de adaptação ao cancro, Greer e Watson (1987) identificaram cinco estratégias de *coping* mais comuns, as quais têm subjacente um esquema cognitivo relativo ao significado do diagnóstico, às possibilidades de controlo da doença e à visão do prognóstico. As estratégias de *coping* mais comuns são: o *espírito de luta*, o *evitamento cognitivo* ou *negação*, o *fatalismo*, a *desesperança* e a *preocupação ansiosa*. Os autores supracitados, classificam ainda as estratégias de *coping* como activas (*espírito de luta* e *evitamento*) ou passivas (*fatalismo*, *preocupação ansiosa* e *desesperança*). De acordo com Moos e Schaefer (1984 cit. Bennet, 2002) se bem sucedidas, as estratégias de *coping* possibilitarão uma adaptação saudável, reacções emocionais mais equilibradas, comportamentos de *coping* eficazes com o cancro e favorecerão a adaptação à doença.

Propósito e Hipóteses

O propósito do presente estudo foi investigar as associações simultâneas entre a satisfação com o suporte social, o coping e a qualidade de vida em mulheres com cancro da mama. Primeiro, é expectável que a satisfação com o suporte social das mulheres com cancro da mama se relacione com a qualidade de vida (Hipótese 1). Segundo, partimos da hipótese que a satisfação com o apoio social percebido estava relacionado com a utilização de estratégias de coping ativas, positivas e adaptativas e se relacionava com a qualidade de vida (Hipótese 2).

Metodologia

Participantes

A amostra inclui 311 mulheres com cancro da mama com idades compreendidas entre 27 e 86 anos ($M_{idade} = 46.61$, $DP = 9.53$ = 46.61, $DP = 9.53$). Devido aos objetivos do presente estudo, as participantes são mulheres, têm idades iguais ou superiores a 18 anos, são de nacionalidade portuguesa, têm um diagnóstico de cancro da mama, revelam conhecimento e domínio das novas tecnologias de informação e comunicação – Internet e redes sociais; e por fim, são membros de uma associação, grupo de apoio ou de auto-ajuda na rede social Facebook.

Procedimentos

A comissão de ética da Faculdade de Medicina de Salamanca providenciou a aprovação e permissão necessária para a execução do estudo. Num primeiro momento, realizou-se uma



detalhada e pormenorizada pesquisa de associações, de grupos de apoio de auto-ajuda disponíveis em Portugal, que se destinam ao apoio ao doente oncológico e ao apoio a mulheres com cancro da mama, disponíveis no contexto *online*, no ciberespaço, e exclusivamente na rede social *Facebook*. Depois de identificadas as associações, grupos de apoio e de auto-ajuda com trabalho desenvolvido na luta contra o cancro, solicitando-se a autorização dos responsáveis pela administração/gestão do mural do *Facebook*, para a partilha do protocolo de investigação com os seus membros. Uma vez concedida a autorização para a divulgação da investigação nos respetivos grupos *online*, disponibilizou-se o protocolo de investigação, e do qual constava um texto de apresentação do estudo onde se expuseram o seu propósito, objetivos e procedimentos, e se expressou o compromisso relacionado com o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Instrumentos

Satisfação com o suporte social. A Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999) avalia a percepção de suporte social percebido, em contextos de saúde. É uma escala de auto-preenchimento, constituída por 15 itens distribuídos por quatro sub-escalas/domínios, que medem os componentes fundamentais do suporte social, designamente: 1) Satisfação com os Amigos; 2) Satisfação com a Intimidade; 3) Satisfação com a Família; 4) Satisfação com as Actividades Sociais. Para cada item deve ser assinalado o grau de concordância numa escala de tipo Likert, de cinco pontos (de “Concordo Totalmente” a “Discordo Totalmente”). Pelo somatório dos itens de cada sub-escala, obtém-se o score correspondente a cada sub-escala. Por sua vez, o somatório dos 15 itens produz um score total, que avalia o grau de satisfação com o suporte social percebido. Quanto mais elevados os valores, maior satisfação com o suporte social percebido.

Coping. A Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (Ribeiro, Ramos, & Samico, 2003) avalia a forma como os indivíduos lidam/fazem face ao diagnóstico e tratamento do cancro, sendo avaliada a adaptação à doença oncológica. É uma escala multidimensional, constituída por 29 itens, distribuídos por cinco sub-escalas, que incluem cinco dimensões; estas cinco dimensões avaliam cinco estratégias de coping com o cancro, a designar: 1) Desânimo/fraqueza; 2) Preocupação ansiosa; 3) Espírito de luta; 4) Evitamento cognitivo; e, 5) Fatalismo. Cada item desta escala é uma afirmação que descreve as reacções do doente ao cancro, num formato de resposta, de tipo Likert de quatro pontos (do “*Não se aplica de modo algum a mim*”, a “*Aplica-se totalmente a mim*”). Para o presente estudo, decidiu-se excluir a dimensão de fatalismo do modelo hipotético em análise pelas constantes referências na literatura para esta dimensão, relacionadas com limitações na sua validade e fiabilidade (e.g., Crayrou, Dickes, Gauvain-Piquard, & Roge, 2003; Ribeiro et al., 2003). Os valores elevados nas sub-escalas de desânimo/fraqueza, preocupação ansiosa, e evitamento cognitivo, indicam níveis de *coping* pouco adaptativos e negativo, enquanto que elevados níveis na sub-escala espírito de luta indica níveis de *coping* adaptativo e positivo com o cancro (Watson et al., 1994).

Qualidade de vida. O questionário de Qualidade de Vida - QLQ-C30 (EORTC, 2001) visa avaliar a qualidade de vida de doentes com cancro. O QLQ-C30 tem uma estrutura multidimensional constituído por 30 itens, divididos por uma escala global do estado de saúde/ qualidade de vida; cinco escalas funcionais; por 3 escalas de sintomas associados ao



cancro e tratamento; e, 6 itens simples que avaliam os sintomas que os doentes com cancro costumam enumerar (EORTC, 2004). Com o intuito de aceder às perceções do Estado de Saúde Global/ Qualidade de vida, esta foi avaliada através de uma escala com sete opções de resposta, em que ao número 1, corresponde a resposta “péssima” e ao 7 a resposta “ótima” às seguintes questões: “*Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?*” e “*Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?*”. Pontuações elevadas na escala global de saúde/qualidade de vida indicam um melhor nível de funcionamento e uma melhor QdV. Ao invés, scores elevados nas escalas de sintomas e itens isolados representam um nível elevado de sintomatologia, prognosticando um elevado grau de sintomas/problemas (Fayers et al., 2001).

Análise dos dados

Primeiro, foi executada uma análise fatorial confirmatória ao modelo de medida utilizando o AMOS 23. A consistência interna foi estimada através da fiabilidade compósita (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010). A validade convergente e discriminante foi avaliada para testar a validade de constructo. A variância extraída média (VEM) foi estimada para avaliar a validade convergente e valores superiores a .50 foram considerados indicadores de validade convergente (Fornell & Larcker, 1981; Hair et al., 2010). A validade discriminante foi assumida quando a VEM de cada constructo foi superior ao quadrado da correlação entre esse constructos e todos os outros envolvidos no modelo (Fornell & Larcker, 1981). A qualidade do modelo foi estimada através de vários indicadores de bondade de ajustamento. Utilizamos como orientação os valores de corte (CFI e TLI > .90, e RMSEA < .08) recomendados por Hair et al. (2010). Em segundo lugar, o modelo estrutural foi estimado para testar as hipóteses do presente estudo.

Resultados

Análises preliminares

Foram encontrados 3 casos extremos, tanto univariados ($z > 3.00$) como multivariados. Estes participantes foram removidos das análises subsequentes. O coeficiente de Mardia (98.33) excedeu os valores esperados para a normalidade multivariada (Byrne, 2010). Posto isto, foi aplicado o *bootstrap* Bollen-Stine com repetição de 2000 amostras, tal como recomendado por Nevitt e Hancock (2001). Adicionalmente, a multicolinearidade foi testada para as variáveis em análise, resultado em valores de inflação dos fatores entre 1.11 (Espírito de Luta) e 2.18 (Satisfação com os Amigos), que estão dentro dos limites aceitáveis para a execução de análises de regressão (Hair et al., 2010).



Tabela 1

Médias (M), desvios-padrão (DP), fiabilidade compósita (FC), variância extraída média (VEM) e correlações quadráticas das variáveis do modelo (n = 308).

Constructo	Matriz de correlação								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Elite									
1. Sat. Amigos	1.00								
2. Sat. Intimidade	.16**	1.00							
3. Sat. Família	.36**	.08**	1.00						
4. Sat. Ativ. Sociais	.11**	.09**	.10**	1.00					
5. Desânimo	-.10**	-.05**	-.06**	-.02*	1.00				
6. Espírito Luta	.03**	.00	.02**	.05**	-.04**	1.00			
7. Evit. Cognitivo	-.01**	-.01	-.03**	-.02*	.08**	-.02*	1.00		
8. Preoc. Ansiosa	-.05**	-.00	-.04**	-.03*	.33**	-.02*	.18**	1.00	
9. Qualidade Vida	.06**	.00	.04**	.00	.16**	.12**	.01	.01	1.00
M	2.12	2.26	1.90	3.24	3.27	1.77	2.44	1.87	4.99
DP	1.15	0.73	1.08	0.94	1.77	0.75	0.84	0.69	1.29
FC	0.89	0.73	0.88	0.53	0.85	0.74	0.55	0.77	0.90
VEM	0.66	0.49	0.72	0.38	0.44	0.62	0.39	0.51	0.82

Nota. Nenhuma correlação quadrática falhou o teste da VEM para a validade discriminante.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Modelo de Medida

Os resultados obtidos no modelo de medida [$\chi^2(536) = 1185.26$, $p < .001$, CFI = 0.78, TLI = 0.75, RMSEA = 0.08 (CI = 0.08, 0.09)] indicaram um ajustamento inadequado aos dados. Numa análise aos índices de modificação, os itens da Escala de Satisfação com o Suporte Social - ESSS (itens 1 e 3) e da Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro – Mini-MAC (itens 3, 8, 10, 24, 26, e 29) revelaram pesos fatoriais abaixo do valor de corte de .50 (Hair et al., 2010). O modelo foi reanalisado sem estes itens. Após a eliminação dos itens, o modelo de medida revelou um ajustamento aceitável aos dados [$\chi^2(428) = 786.13$, $p < .001$, CFI = 0.92, TLI = .91, RMSEA = 0.05 (CI = 0.04, 0.05)]. Adicionalmente, os coeficientes de fiabilidade foram todos acima do valor de corte de 0.70 (Hair et al., 2010). Os valores da VEM ficaram perto ou acima do valor de 0.50 para a validade convergente (Fornell & Larcker, 1981), excetuando as dimensões da Satisfação com as Atividades Sociais (0.38) e do Evitamento Cognitivo (0.39). Foram encontradas evidências de validade discriminante, dado que nenhuma das correlações quadráticas excederam os valores da VEM para cada constructo. A estatística descritiva para as medias utilizadas em ambos os modelos e as suas correlações estão reportadas na Tabela 1.

Modelo Estrutural

A avaliação ao modelo estrutural inclui o teste aos valores de ajustamentos global do modelo, mas, também, às relações entre cada um dos constructos. Os índices de ajustamento do modelo foram aceitáveis [$\chi^2(428) = 812.09, p < .001, CFI = 0.91, TLI = 0.90, RMSEA = 0.05$ (CI = 0.05, 0.06)]. As relações estruturais do modelo revelaram que a Satisfação com a Família apresenta uma relação negativa com a estratégia de evitamento cognitivo e com a estratégia de *coping* do estilo desânimo/fraqueza que, por sua vez, se relaciona com a Qualidade de Vida (QDV). A Satisfação com os Amigos relaciona-se positivamente com a estratégia de *coping* espírito de luta, relacionando-se ainda com a QDV. Adicionalmente, a Satisfação com a Intimidade indica uma relação negativa com a estratégia de *coping* desânimo/fraqueza. Por fim, a Satisfação com as Atividades Sociais revela uma relação negativa tanto com a estratégia de *coping* evitamento cognitivo, como com a estratégia preocupação ansiosa. Em conjunto, as variáveis da satisfação com o suporte social e as variáveis do coping contabilizam aproximadamente 26% da variância na Qualidade de Vida (Figura 2).

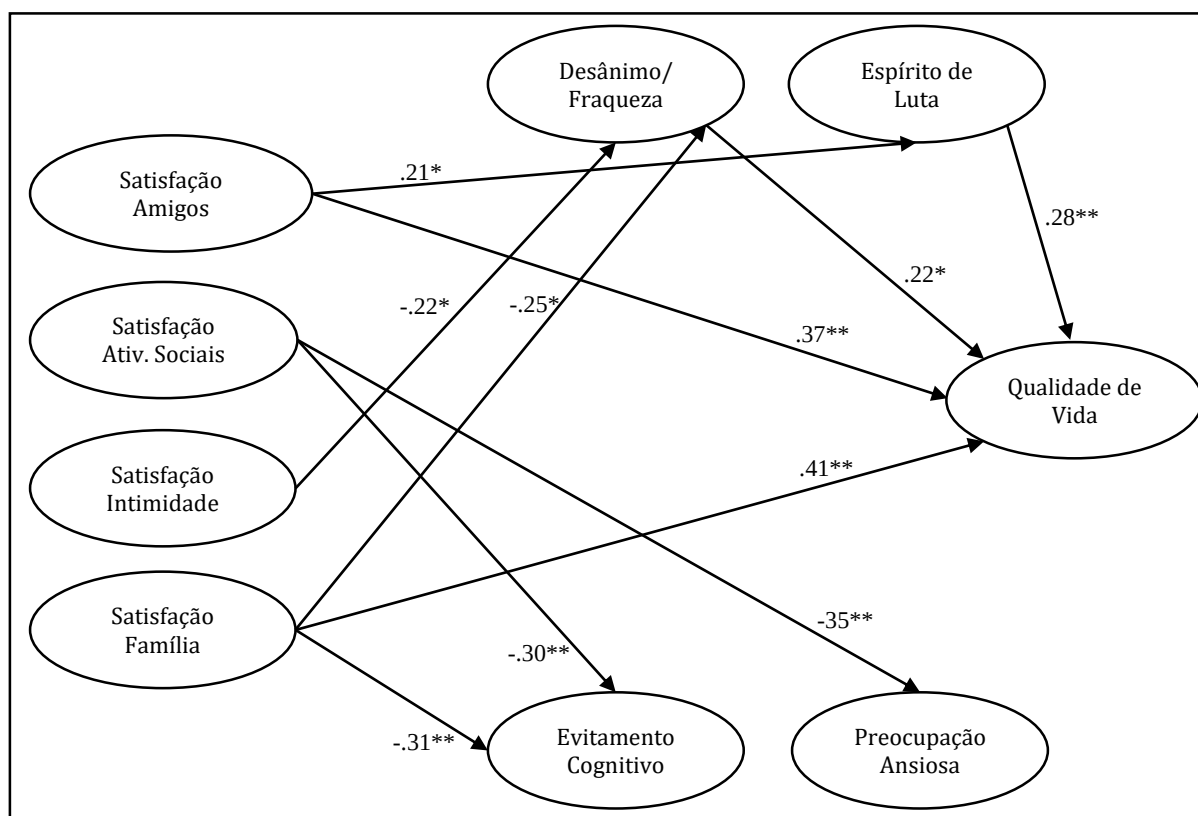


Figura 2. Modelo estrutural, apresentando somente as relações significativas.

Discussão

O propósito do presente estudo foi analisar as relações simultâneas entre a satisfação com o suporte social, o coping e a qualidade de vida em mulheres com cancro da mama. Os resultados do presente estudo corroboram e ampliam estudos anteriores acerca do papel mediador do suporte social na promoção e proteção da saúde, na adaptação e recuperação em estados de doença, e no bem-estar psicológico e na qualidade de vida de doentes



oncológicos (Cohen, 2004; Hoffmann et al., 2006; Kim et al., 2010; Ribeiro, 2011; Trill, 1999; Underwood, 2000). Primeiro, a associação negativa entre a satisfação com a família e as estratégias de coping evitamento cognitivo e desânimo/fraqueza revelam ser consistentes com a literatura dado que a percepção de que os membros da família estão disponíveis para fornecer conforto emocional ou assistência prática em alturas de necessidade, capacita as mulheres para desenvolver estratégias de coping ativas, mais efectivas e mais realistas, ao invés de negar ou minimizar a gravidade da doença ou vê-la como uma grande ameaça, permitindo-lhes acreditar que os outros os ajudarão, se as exigências da doença se tornarem superiores aos seus recursos pessoais revelando-se as estratégias de confronto ativo com o cancro particularmente benéficas para a sua saúde, bem-estar e qualidade de vida (Blomm et al., 2007; Helgeson & Tomich, 2005; Ward et al., 1991).

Segundo, a satisfação com os amigos relacionou-se significativamente com a estratégia de *coping* espírito de luta revelando que as mulheres com cancro da mama que procuram apoio social e emocional de amigos e se sentem satisfeitas com o suporte social recebido utilizam estratégias de coping ativas para resolver as dificuldades inerentes à vivência da doença, o cancro da mama é encarado como um desafio está presente a crença de que é possível algum controlo sobre o processo e percurso da doença e, a paciente, evidencia pro-actividade querendo participar nas decisões subjacentes ao tratamento, conseguem manter uma autoestima elevada, uma boa percepção da sua qualidade de vida e relevam uma boa capacidade de adaptação à doença (Dias et al., 2002; Leatham & Duck, 1990; Watson & Greer, 1998).

Terceiro, a associação negativa entre a satisfação com a Intimidade e a estratégia de *coping* desânimo/fraqueza parece sugerir que a satisfação com o apoio que as mulheres com cancro da mama têm disponíveis em situações de necessidade e a disponibilidade em ter alguém verdadeiramente íntimo, parece diminuir a atitude de pessimismo e de desistência em relação à doença e ao seu prognóstico, bem como a ausência de estratégias de combate ativo da doença (Berlanga et al., 1995).

Por fim, a associação negativa entre satisfação com as actividades sociais e as estratégias de *coping* evitamento cognitivo e preocupação ansiosa parece revelar que a satisfação com as actividades sociais, na sua participação, frequência e número parece diminuir a ansiedade persistente, a não aceitação do diagnóstico e/ou a negação da sua gravidade, mostrando a importância da rede social e do apoio social na percepção de bem-estar físico, psicológico e emocional dos doentes oncológicos (Die Trill, 2003; Serra, 1999).

Finalmente, pode considerar-se que as doentes ao perceberem uma maior satisfação com o suporte social recebido pela família e amigos revelam igualmente uma maior percepção de qualidade de vida e de saúde. Assim, o suporte social revela ser uma variável fulcral na promoção de qualidade de vida, apesar da adaptabilidade ou eficácia do seu estilo de confronto com a doença. Assim, as intervenções psicológicas com mulheres com cancro da mama deverão fomentar os seus recursos pessoais e sociais, mas não devem dirigir-se somente à doente, ao seu bem-estar e qualidade de vida, deve também destinar-se aos seus sistemas de apoio dado que todos os recursos são imprescindíveis no processo de adaptação ao cancro, reduzindo o impacto psicossocial do diagnóstico, as exigências do tratamento e melhorando a qualidade de vida das doentes.



Embora o presente estudo pretende-se contribuir para a compreensão mais contextualizada das relações simultâneas entre a satisfação com o suporte social, o coping e a qualidade de vida em doentes oncológicos, devem ser mencionadas algumas limitações. Primeiro, é notório pelas percentagens da variância explicada que existem outros fatores capazes de explicar a qualidade de vida, tais como a resiliência (Weiss, 2004), o otimismo (Yunes, 2011), a inteligência emocional (Mayer & Salovey, 1997). Segundo, as participantes não foram divididas tendo em conta a fase da doença onde se encontravam. Uma área importante a explorar seria perceber de acordo com as fases de diagnóstico, tratamento e sobrevivência como a satisfação com o suporte social e as estratégias de coping influenciam a qualidade de vida das mulheres com cancro da mama.

Contato para Correspondência

Joana Carreiro, ISMAI - Instituto Universitário da Maia, Avenida Carlos de Oliveira Campos 4475-690 Maia, jcarreiro@ismai.pt.

Referências

- Berlanga, J. Aliaga, M., Martín, M. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 87-102.
- Bloom, J., Kang, S., Petersen, D., Stewart, S. (2007). Quality of life in long-term cancer survivors. In Feuerstein, M. (Ed.), *Handbook of cancer survivorship*. (pp. 43-66). Nova Iorque: Springer.
- Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M., Banks, P. (1998). Intrusiveness of illness and quality of life in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 89-100.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd Ed.). New York, NY: Taylor & Francis Group.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676-684.
- Dias, M. R., Manuel, P., Xavier, P., Costa, A. (2002). O cancro da mama no "seio" da família. In Dias, M.R. & Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 303-320). Lisboa: Climepsi.
- Die Trill, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*, 0, 39-48.
- Die Trill, M. (1999). La familia del paciente con cáncer. In García-Camba, E. (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 359-381). Madrid: Grupo Aula Medica.
- Fayed, N., Klassen, A., Dix, D., Klassen, R., & Sung, L. (2011). Exploring predictors of optimism among parents of children with cancer. *Psycho-Oncology*, 20, 411-418.
- European Organization for Research and Treatment of Cancer (2001). EORTC QLQ-C30 Scoring manual. (3ª Ed). EORTC: Brussels.
- European Organization for Research and Treatment of Cancer. (2004). Manual for clinical research in breast cancer. (5th ed). Brussels: EORTC Breast Cancer Group
- Fayers, P. et al. (2001). *The EORTC QLQ-C30 scoring manual*. (3ª ed). Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer.
- Fornell, C. D., & Larcker, F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement errors. *Journal of Marketing Research*, 18, 39-50.
- Hair, J.F., Jr., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Hoffmann, F., Muller, M., Frasson, A. (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 239-254.



- Kim, J., Han, J., Shaw, B., Mctavish, F., Gustafson, D. (2010). The Roles of Social Support and Coping Strategies in Predicting Breast Cancer Patients' Emotional Well-being: Testing Mediation and Moderation Models. *Journal Health Psychology*, 15, 543-552.
- Mallinckrodt, B., Armer, J., Heppner, P. (2012). A Threshold Model of Social Support, Adjustment, and Distress After Breast Cancer Treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 150-160.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Nevitt, J., & Hancock, G.R. (2001). Performance of bootstrapping approaches to model test statistics and parameter standard error estimation in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*, 8, 353-377.
- Pereira, M., Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ramos, B., Lustosa, M. (2009). Câncer de Mama Feminino e Psicologia, *Rev. SBPH*, 12, 85-97.
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, 547-558.
- Ribeiro, J. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Lisboa: Placebo Editora.
- Ribeiro, J., Ramos, D., Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-MAC). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4, 231-247.
- Serra, A. V. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Underwood, P. (2000). Social support: The promise and the reality. In Rice, V (Ed.), *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory and practice* (pp. 367 - 391). London: Sage Publications.
- Ward, S., Leventhal, H., Easterling, D., Luchterhand, C., Love, R. (1991). Social support, self-esteem and communication in patients receiving chemotherapy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 95-116.
- Watson, M., Greer, S. (1998). Personality and coping. In Holland J. (Ed.) *Psycho-Oncology*. (pp. 91-98). New York: Oxford University Press.
- Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., Bills, J. (1994). The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychological Oncology*, 12, 33-46.
- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 733-746.
- Yunes, M. (2011). Psicologia Positiva e resiliência: foco no individuo e na família. In Dell'Áglio, D., Koller, S., Yunes, A. (Eds.) (2ªed.), *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção* (pp. 45-68). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vachon, M. (2006). Psychosocial distress and coping after cancer treatment. *American Journal of Nursing*, 106, 26-31.



“A Criança vai ao psicólogo! E a família?”

Ana Luísa Neves ¹

1. ACES Do Estuário do Tejo, Unidade de Saúde de Vila Franca de Xira

Resumo

Tendo por base uma abordagem reflexiva propõe-se, nesta comunicação, abordar o tema da intervenção psicológica com a criança e/ou a família, nomeadamente pela análise duma quantidade de pedidos para observação individual, por parte dos diversos intervenores com as crianças, que parecem não identificar facilmente as dificuldades, para além do problema que a criança manifesta, ou não sentirem que esta pode não ser mais do que o elemento corajoso que grita: “nós não estamos bem!!”.

A partir do número de pedidos para intervenção individual em crianças dos 3 aos 12 anos, na Unidade de Saúde de Vila Franca de Xira, ACES Estuário do Tejo, com base nos dados recolhidos entre 2013 e 2015, serão analisados os números e a tipologia dos pedidos iniciais (manifestos) e comparados com os pedidos que surgem após a reformulação do pedido inicial, com eventual evolução de uma intervenção individual para familiar.

Serão refletidas as diferenças e eventuais benefícios para todos os elementos e para a dinâmica familiar, que muitas vezes se perdem por separar os elementos em processos terapêuticos paralelos (senão opostos), dificultando ou encravando todo o processo de mudança. A criança poderá abandonar o seu papel de “elemento problema” e ganhar um novo papel de “elemento competente”, num novo espaço de crescimento emocional.

Palavras-chave: Criança; Família; Intervenção



Abstract

By taking a reflective approach we aim to address the child and/or respective family psychological intervention theme, namely through the analysis of a number of individual observation requests, issued by diverse children intervenors, who seem to not being able to easily identify their difficulties, beside their actual disturbances, or even to see that they are no more than a courageous family member who shouts: "We are not fine!!".

Considering a number of individual intervention requests for children between 3 and 12 years old, received on Vila Franca de Xira Health Unit, ACES Estuário do Tejo, and taking into account the data collected between 2013 and 2015, we'll analyze the number and topology of the original requests (manifests) and compare them with the requests which result from the original request reformulation, and eventual evolution from a individual therapy to a family one.

We'll reflect on the differences and eventual benefits to all family members and to the family's dynamics, which are often lost when we separate the members in parallel (if not opposite) therapeutic processes, making it difficult to proceed with the change process. The children may abandon their role as "quarrelsome element" and acquire a new one as "capable element" in a new emotional growth space.

Keywords: Children; Family; Intervention



Introdução

O presente trabalho pretende fazer um estudo observacional da população de crianças, entre os 3 e os 12 anos, que foram encaminhados para a consulta de psicologia do Centro de Saúde (e respetivas unidades de saúde que o compõem) de Vila Franca de Xira, que integra o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Estuário do Tejo, entre 2013 e 2015, com o objetivo de conhecer a prevalência das problemáticas e o tipo de intervenção pedida (individual ou familiar) e as mudanças que ocorreram após avaliação do pedido em conjunto com a família.

A partir deste estudo propõe-se uma análise reflexiva sobre o que estas mudanças implicam na evolução (diferença) da intervenção e eventuais vantagens de uma mudança de uma intervenção individual para familiar.

Metodologia

População

Para a realização deste estudo foram analisados todos os pedidos de primeira consulta de psicologia (realizadas), entre o ano de 2013 e 2015, no Centro de Saúde de Vila Franca de Xira, de crianças entre os 3 e os 12 anos, num **total de 136**. A consulta de psicologia nas unidades de saúde não tem limites etários, pelo que foram consultados um total de 563 utentes referenciados de todas as idades, ou seja, analisamos cerca de **24%** da população atendida. As referências são preferencialmente dos médicos de família, de outros profissionais das unidades de saúde, ou de outras entidades parceiras da comunidade, nomeadamente das escolas da zona.

Desenho do estudo

Realizou-se um estudo transversal, em que todas as medições são feitas num único momento temporal, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos da amostra, mas apenas a obtenção das informações desejadas no momento do pedido inicial. Posteriormente a reformulação do pedido é feita em função das dificuldades levantadas pela família.

O estudo foi ainda do tipo observacional e descritivo, pretendendo-se apenas a descrição das variáveis em estudo e observar sua prevalência. Este tipo de estudos são apropriados para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, permitindo a análise qualitativa dos resultados e, eventualmente, potenciando a realização de outros estudos.

Critérios para a classificação das problemáticas

Os critérios utilizados para o agrupamento das problemáticas iniciais basearam-se nos definidos pelo DSM -5 (2014) não com qualquer fim diagnóstico, mas apenas com o objectivo de organizar o pedido/ queixa, usando uma linguagem comum a todos os profissionais de saúde mental. O DSM é um instrumento de classificação e diagnóstico das perturbações mentais, criado de acordo com determinados critérios, destinados a facilitar diagnósticos e torná-los mais objetivos e fidedignos.

Para a organização dos problemas que surgem depois de ouvir as famílias, foi utilizada uma classificação baseada na caracterização de Minuchin (1982), que avalia a funcionalidade da



família pelas ligações emocionais e apoio dos elementos entre si. As famílias disfuncionais vão desde as emaranhadas ou aglutinadas (ligações excessivas que impedem a individualização dos seus membros), até às dispersas ou desagregadas (sem ligações, comunicação ou proteção dos seus membros)

Resultados

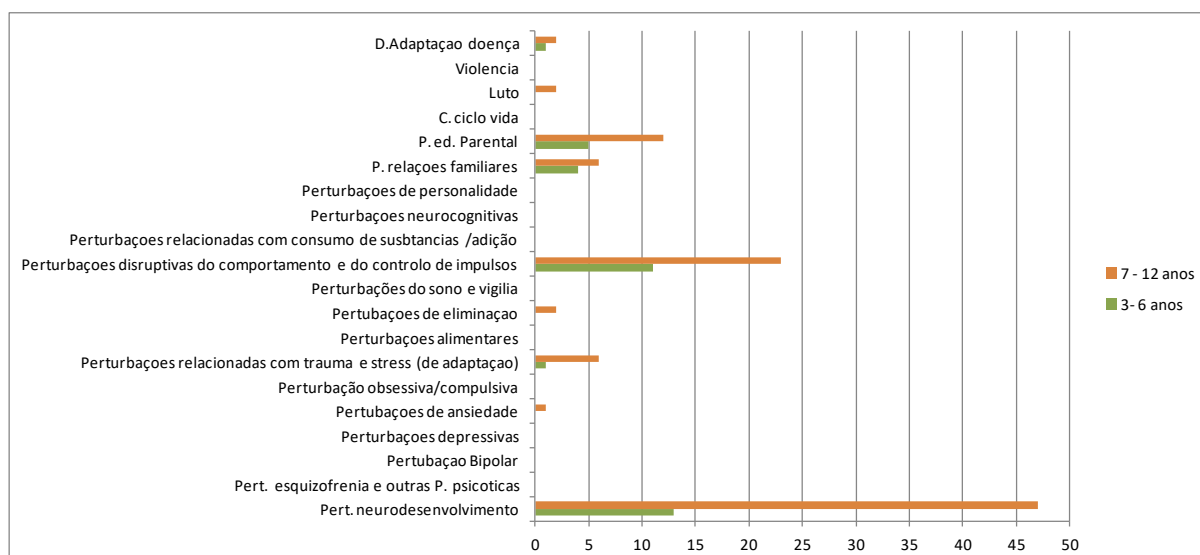
Os resultados observados evidenciam que a maior quantidade de consultas pedidas se agrupam nas **Perturbações do Neurodesenvolvimento**, como sejam as dificuldades de aprendizagem generalizadas, as perturbações da comunicação de perturbações da atenção/hiperatividade (44%), seguindo-se as que se agrupam nas **Perturbações Disruptivas do Comportamento e do Controlo dos Impulsos** (25%) e finalmente as que se agrupam em **Outras Perturbações com Significado Clínico**, como sejam problemas que se relacionam com a educação parental (10%). As restantes têm significados menos relevantes. Salientamos que apenas 7% dos pedidos são para intervenção familiar, com problemáticas já identificadas no seio da família e que, de alguma forma, estarão a prejudicar a criança. De resto, mesmo aquelas em que se detetam dificuldades ao nível da educação parental os pedidos são para intervenção individual (Quadro 1). Salientamos ainda que, ao contrário da população adulta, em que mais de 70% são do sexo feminino, em relação às crianças os pedidos são maioritariamente para o sexo masculino, ou seja, 65% destes utentes são rapazes.

Quadro 1

	3- 6 anos	7 - 12 anos	
Problemática			Totais
Perturbações do Neurodesenvolvimento	13	47	60
Perturbação de esquizofrenia e outras P. psicóticas	0	0	0
Perturbação Bipolar	0	0	0
Perturbações depressivas	0	0	0
Perturbações de ansiedade	0	5	5
Perturbação obsessiva/compulsiva	0	0	0
Perturbações relacionadas com trauma e stress (de adaptação)	1	6	7
Perturbações alimentares	0	0	0
Perturbações de eliminação	0	2	2
Perturbações do sono e vigília	0	0	0
Perturbações disruptivas do comportamento e do controlo de impulsos	11	23	34
Perturbações relacionadas com consumo de substâncias /adição	0	0	0
Perturbações neurocognitivas	0	0	0

Perturbações de personalidade	0	0	0
P. relacionais/ familiares	4	6	10
P. ed. Parental	5	8	13
C. ciclo vida	0	0	0
Luto	0	2	2
Violência	0	0	0
Dificuldades de adaptação doença	1	2	3
Sub- total1	35	101	136
TOTAL	136		

Gráfico 1



Nas primeiras consultas realizadas com as famílias, que acompanham sempre as crianças, o discurso da família revelou-se muitas vezes diferente do pedido original, fazendo emergir muito rapidamente os problemas existentes no sistema familiar e focalizando as queixas nas dificuldades inerentes.

Assim, foram reclassificadas as problemáticas de acordo com o expressado/sentido pelos membros da família. Do total das situações, 38% justificaram esta reclassificação de acordo com o quadro que se segue (Quadro2).



Quadro 2 - Motivos Consulta

Pedido expresso/ pedido inicial	Reformulação da queixa/ pedido
Perturbações do Neurodesenvolvimento (60 pedidos) - Dificuldades de aprendizagem generalizadas - Perturbações da comunicação - Perturbações da atenção/hiperatividade	Famílias dispersas ou desagregadas (14 alterados -23%) - Sem disponibilidade de tempo ou emocional - Díades disfuncionais - Crianças parentalizadas <i>(só têm atenção / “esperteza” para as questões dos adultos ou que não interessam...)</i>
Perturbações de ansiedade (5 pedidos) - Medos excessivos - Ansiedade generalizada perante as situações	Famílias dispersas ou desagregadas (2 alterados - 40%) Sistema familiar conflitual e constante tensão <i>(queixa centradas nos conflitos do casal...)</i>
Perturbações relacionadas com trauma e stress (7 pedidos) Ansiedade excessiva reativa a acontecimento traumático (acidente, susto, luto...)	Famílias dispersas ou desagregadas (5 alterados - 71%) - Sistema familiar rejeitante, não contentor - Pais separados/guarda partilhada e conflito aberto <i>(já temos tantos problemas / tenho uma depressão por causa dele...)</i>
Perturbações disruptivas do comportamento e do controlo dos impulsos (34 pedidos) - Perturbação da oposição e desafio - Perturbação do comportamento	Famílias emaranhadas ou aglutinadas (15 alterados 44%) - Sistema familiar sem capacidade de regular as distâncias emocionais - Sistema familiar a funcionar sem normas ou regras <i>(se calhar preciso mais do que ele / não consigo fazer nada dele...)</i>
Outras condições que podem ser foco de atenção Clínica (16 pedidos) - Dificuldades de adaptação à doença - Problemas relacionados com educação parental	Famílias emaranhadas ou aglutinadas (15 alterados 94%) - Relações fusionais (mãe/filho) - Sistema familiar a funcionar sem normas ou regras <i>(só vivo para ele, faço tudo por ele, ele só faz aquilo que quer...)</i>



Discussão

Os resultados aqui observados, apontam para que os pedidos de consulta para crianças são maioritariamente para intervenção individual. Ainda que os referenciadores se apercebam que existem dificuldades no seio familiar, raramente se fazem pedidos para intervenção familiar. Erikson (1987), na sua descrição do desenvolvimento em estádios (teoria psicossocial do desenvolvimento), aborda o tema da co-evolução dizendo que “uma família só conseguirá educar um filho, na medida exata em que se deixar educar por ele”. Ora, se nos focarmos precisamente nos estádios de desenvolvimento de Erikson, eles diz-nos que é a partir dos três anos que a criança começa a interessar-se verdadeiramente pelos papéis dos adultos. Já é capaz de estabelecer comparações, comentários e desenvolve uma curiosidade inesgotável. É também a partir daqui que emergem as angústias, a culpabilidade, os ciúmes e as rivalidades. O adulto firme, seguro e contentor será o seu maior pilar. A Partir da idade escolar começam-se a definir as funções, as atribuições e responsabilidades dos papéis. Outros interventores importantes, como os professores, facilitam, ou pelo contrário, enfraquecem as forças que as crianças já transportam e que são as bases da confiança, segurança e autonomia desejáveis no crescimento. Nesta linha do desenvolvimento, na e com a relação, há autores que consideram mesmo que não é possível intervir com a criança sem a família. Como diz Maurizio Andolfi (2013), *“o problema de uma criança é sempre um problema familiar”*. Licenciado em medicina e especialista em neuropsiquiatria da infância, lançou em 2003 um Manual de Psicologia Relacional, na tentativa de lançar as bases para uma nova disciplina que conjugasse as teorias sistémicas com as desenvolvimentistas. Contudo, constata-se ainda os escassos contributos da terapia familiar com crianças, ou com crianças que incluam a família e, tal com refere Andolfi, a criança é muitas vezes vista como uma “ilha”, separada dos seus elementos mais significativos.

O que verificamos é que, em grande parte dos pedidos, existem problemas sim, mas no sistema familiar no seu todo, ou até com mais significado em outro elemento que não seja a criança, mas é através dela que é dado o “sinal de alerta”. De acordo com a teoria ecossistémica da comunicação toda a mensagem é interação. Haley traduz da seguinte forma o vivido do paciente: *“O meu comportamento sintoma é um ato comunicacional expressivo, que introduzo na nossa relação, impelido por uma força que me ultrapassa”* (Benoit, 1995).

Ao propormos uma intervenção familiar, em vez da individual com a criança, devolvemos a todo o sistema familiar a implicação e responsabilidade pelo processo, pelos problemas e pela sua resolução. Numa sessão familiar é possível observar os movimentos, os comportamentos, os olhares e todos os não-verbais da interação entre os membros presentes. É possível ainda comunicar com o adulto, intercalando com a escuta, as perguntas e as respostas das crianças, facilitando a reconstrução das histórias do crescimento dos pais, observando-os na qualidade de filhos e de pais. A ajuda que o terapeuta pode fornecer é na reformulação da leitura do problema e no reforço das competências que se encontram no seio do próprio contexto familiar e na sua capacidade regeneradora e evolutiva. O terapeuta não pode substituir o poder e competência dos pais, mas pode ajuda-los a reencontra-los dentro de si, porque muitas vezes é a visão que a família tem do problema que a impede de o resolver (problema da informação esgotada: *já tentamos tudo...*).

Se pensarmos em objetivos terapêuticos com a família, poderemos adiantar as seguintes etapas:



- Poder falar abertamente sobre o problema, deixando de o negar;
- Retirar a função central do problema na família (retirar-lhe o poder);
- Interromper o círculo de proteção e falar abertamente dos sentimentos associados;
- Recompôr os subsistemas, ajudando-os a redefinir os limites e as fronteiras dos papéis de cada um.

Será uma intervenção válida para qualquer um e para todos, que poderá facilitar a evolução de todo o sistema e todos (incluindo a criança com a sua capacidade de encontrar soluções construtivas) serão “uteis recursos terapêuticos” para o seu próprio problema.

Conclusão

Com este estudo foi possível conhecer a prevalência das problemáticas e o tipo de intervenção pedida (individual ou familiar) para crianças entre o 3 e os 12 anos, assim como as mudanças que ocorrem após avaliação do pedido em conjunto com a família. Identificámos, sobretudo, três níveis de acontecimentos:

- ✓ Famílias disfuncionais e não protetoras;
- ✓ Famílias onde se destaca a imaturidade parental;
- ✓ Separações/ ausências que dão origem a díades disfuncionais.

A família, normalmente receosa, não percebendo como o seu filho possa estar a baixar o rendimento escolar ou a apresentar comportamentos desviantes, tenta encontrar respostas externas para o problema. Os professores, por sua vez, procuram também respostas externas para as mudanças e muitas vezes, perante alteração de rendimento ou comportamento, alteram a sua forma de interagir com o aluno, potenciando os sintomas. A verdade é que muitas vezes a solução está no seio da própria família (ou nos canais de comunicação com o meio). Em muitas situações a criança é apenas o “sintoma” de um sistema familiar que é disfuncional, ou que está disfuncional por acontecimentos inesperados (uma doença, uma perda, um desenraizamento, uma separação...), sendo que a criança apresenta-se como sendo o terreno emocional mais vulnerável e que se encontra mais disponível para revelar os sintomas do mal-estar.

Propor uma intervenção familiar, pode facilitar ao nível do tempo da intervenção e nas eventuais sobreposições ou duplicações de terapias dentro da mesma família. Definitivamente altera o olhar sobre a criança e o peso, constrangedor e incapacitante, de ser “o problema” para passar a fazer parte da solução.

Contacto para Correspondência

Autor: Ana Luísa Neves

Filiação: Ernesto Batista Neves e Maria de Jesus Sousa Quintela Neves

Morada: Rua do flamingo, nº 11, 2600-310 Vila Franca de Xira

Correio eletrónico: analqneves@hotmail.com



Referências

- Andolfi, M. (2013). *Acriança como Recurso Terapeutico*, Os seminários de Maurizio Andolfi. Editorial Caminho
- David J. Kupfer M. D. & Darrel A. Regier, M. D., M. P. H. (2014). *DSM-5 Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi Editor.
- Benoit, J.C. (1995). *Tratamento das Perturbações Familiares*. Coleção Sistemas, Famílias e Terapias 2.
- Erikson, E.H. (1987). *Infancia e Sociedade*, 2ª edição, Rio de Janeiro. Zahar Editores.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Trad. J.A. Cunha. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas.



Inteligência emocional e significado na vida: Promotores de satisfação na saúde e na doença

Andreia Pereira-Teques¹, Pedro Teques², Glória Bueno-Carrera¹, & José Pais-Ribeiro³

1. Faculdade de Medicina, Universidade de Salamanca, Espanha

2. Escola Superior de Ciências do Desporto de Rio Maior, Instituto Politécnico de Santarém, Portugal

3. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal

Resumo

A Inteligência emocional é frequentemente associada ao bem-estar, assim como fulcral para um funcionamento humano ótimo. Na presente investigação pretendeu-se analisar as relações entre a Inteligência emocional (IE), o Significado na vida (SNV) e a Satisfação com a vida (SCV) em pessoas saudáveis e em doentes oncológicos. Para testar este modelo realizaram-se análises de mediação estrutural nas duas amostras independentes. Em 214 participantes da população em geral sem doença crónica ($n_{homem}=41$, $n_{mulher}=173$; $M_{idade} = 53$), e em 202 doentes oncológicos ($n_{homem}=40$, $n_{mulher}=162$; $M_{idade}=58.65$). Em primeiro lugar, a AFC suporta o ajustamento do modelo de medida. Em segundo, os coeficientes de ligação para cada modelo indicam que as relações propostas diferem significativamente de acordo com os grupos. Os resultados alcançados revelam que as capacidades percebidas de IE relacionam-se mais com a SCV e com o SNV nos doentes oncológicos do que na população sem doença crónica, especificamente a compreensão e a regulação emocional. A relação entre SNV e a SCV é significativamente maior nos doentes oncológicos do que na população em geral. Sugere-se assim, que a IE e o SNV são componentes primordiais na promoção de SCV em pessoas saudáveis e principalmente em doentes oncológicos.

Palavras-chave: inteligência emocional; significado na vida; satisfação com a vida; doença oncológica.



Abstract

Emotional intelligence has frequently been associated with wellbeing and considered one important factor to optimal human functioning. The purpose of the present study was to test the differences regarding the relationship between emotional intelligence, purpose in life and satisfaction with life between cancer and healthy people. This model was tested using structural path analysis in two independent samples. First, in a general Portuguese population without chronic disease, 214 participants ($n_{male}=41$, $n_{female}=173$; $M_{age}=53$). Second, in 202 patients with cancer ($n_{male}=40$, $n_{female}=162$; $M_{age}=58.65$). A two-step methodology was used to test the research hypothesis. First, a confirmatory factor analysis supported the measurement model. Second, the path coefficients for each model indicate that the proposed relationships differ significantly according to the groups. Results achieved show that perception capacities of emotional intelligence were more related to satisfaction with life and purpose in life in oncologic patients than in the general population without chronic disease, specifically emotional understanding and regulation. Likewise, the relationship between purpose in life and satisfaction with life in oncologic patients was significantly higher than for the general population. The current findings thus suggest that emotional intelligence and purpose in life are potential components to promoting satisfaction in life in healthy people and more so in oncologic patients.

Keywords: emotional intelligence; meaning in life; satisfaction with life; oncologic disease.

Introdução

O bem-estar será um indicador importante de saúde pública na próxima década, assim como a satisfação com a vida tem-se revelado igualmente um conceito primordial na área da saúde, sendo um preditor de longevidade e saúde mental (Strine, Chapman, Balluz, Moriarty, & Mokdad, 2008). Neste âmbito da política de saúde, o cancro tornou-se a nível mundial uma das prioridades por se identificar como uma das principais causas de morte (Hillner & Smith, 2009). A par do aumento da taxa de sobrevivência dos doentes oncológicos, que coloca um desafio enorme, nomeadamente, existindo mais sobreviventes prevalece uma maior necessidade de intervenção e compreensão do fenómeno, com o objetivo de manter e recuperar a qualidade de vida dos sobreviventes nas suas múltiplas facetas (Hewitt, Greenfield, & Stovall, 2006). Neste sentido, a satisfação e a qualidade de vida devem ser tidas em conta na gestão e tratamento de doentes oncológicos, evidenciando-se a pertinência de a par da quantidade se considerar a qualidade nos anos de sobrevida (Fasching et al., 2007). A necessidade de proporcionar qualidade de vida aos doentes oncológicos, vai de encontro à psicologia positiva que tem como foco compreender o bem-estar humano, estudando múltiplas variáveis psicológicas que promovem ou se relacionam com as causas de bem-estar, como o significado na vida, a satisfação com a vida, entre outros (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). De forma similar, a Psico-oncologia estuda as variáveis e/ou fatores positivos na promoção ou proteção do bem-estar perante a adversidade da doença oncológica (Ruini & Vescovelli, 2013). Neste sentido, o bem-estar subjetivo revela-se um preditor de uma adaptação eficaz no cancro, e a perceção de satisfação na vida associa-se com uma maior perceção de saúde em doentes oncológicos (Matthews, Baker, Hann, Denniston, & Tenbroeck, 2002). Este interesse significativo no estudo de variáveis positivas tem surgido mais recentemente no processo saúde-doença, nomeadamente no estudo da inteligência emocional (Martinez, 2009).

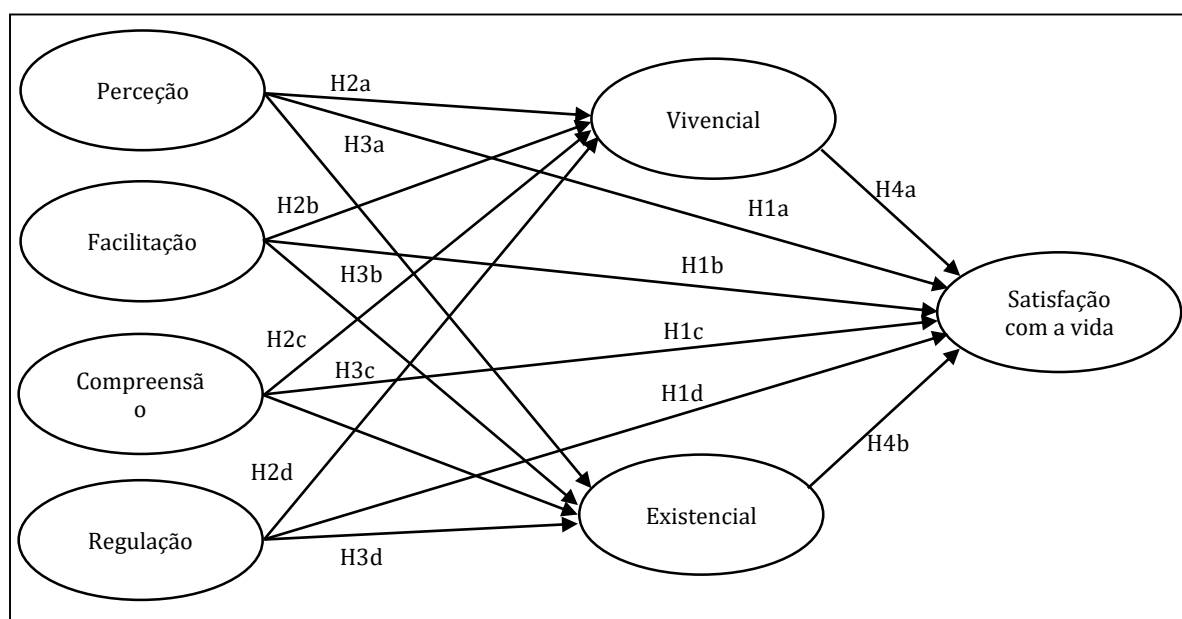


Figura 1. Modelo



Propósito

O presente estudo pretende compreender como se relacionam algumas variáveis positivas, como o significado/sentido na vida (objetivos de vida), a satisfação com a vida (SCV) e a inteligência emocional (IE), na presença e ausência de cancro. Deste modo por um lado, sugerimos que as pessoas sem doença crónica que se percebem emocionalmente inteligentes apresentam objetivos de vida, que aumentam a satisfação com a vida. Por outro lado, sugere-se que os doentes oncológicos que percebem mais capacidades de IE têm objetivos na vida, sentido mais satisfação com a vida. Este modelo hipotético encontra-se representado na Figura 1.

Metodologia

Participantes

A amostra é constituída por 416 participantes, 214 (H= 41 e M = 173) da população geral e 202 (H = 40 e M = 162) com doença oncológica. Os sujeitos apresentam idades entre 24 e 87 anos. As duas amostras aproximam-se a nível da idade, com uma média de 58.65 ($DP = 11.968$) anos nos doentes oncológicos, e a média de idade de 53 ($DP = 19.211$) anos na população em geral. Relativamente ao tipo de cancro, 49.5% dos doentes apresentam cancro da mama, 17.8% do intestino, e 7.9% do estômago. Nenhum participante indicava problemas cognitivos que condicionassem dificuldades de compreensão dos instrumentos aplicados.

Instrumentos

Inteligência emocional. O Questionário de Auto-Percepção de Inteligência Emocional (QIE-AP; Pereira-Teques, Llorca-Ramón, Bueno-Carrera, Pais-Ribeiro & Teques, 2015) destina-se a avaliar as capacidades auto-percebidas de IE. O QIE-AP consiste em 18 itens subdivididos em quatro dimensões: Percepção, avaliação e expressão emocional (e.g., “Através do tom de voz e dos gestos dos outros, consigo perceber se estão tristes ou zangados”), Facilitação emocional do pensamento (e.g., “Fico feliz por pensar nas coisas boas que tenho”), Compreensão e análise emocional (e.g., “A perda de alguém de quem gosto deixa-me triste”), e Regulação emocional (e.g., “Procuro fazer o que me dá mais prazer”). Os sujeitos respondem numa escala de cinco pontos de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (5).

Objetivos de vida. Avaliamos o propósito na vida administrando a versão revista do Teste Propósito na vida (PIL-R; Harlow, Newcomb, & Bentler, 1987). O PIL-R contém 20 itens com um formato de resposta de 7 pontos. Os itens refletem a diversidade de variáveis associadas ao constructo do significado. A versão portuguesa do PIL-R (Peralta & Silva, 2003) usada no presente estudo contém dois fatores, um envolve a satisfação com o significado existencial (e.g., “Se morresse hoje, teria a sensação que valeu a pena viver”) e o outro com o significado vivencial (e.g., “Geralmente sinto-me muito aborrecido”). As suas características psicométricas dos dois fatores são suportadas por estudos prévios (e.g., Schulenberg, Schnetzer, & Buchanan, 2011).

Satisfação com a vida. Os cinco itens da versão portuguesa da Escala Satisfação com a Vida (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Neto, 1993) foi aplicada para acedermos à percepção da satisfação da vida em geral. Os participantes responderam numa escala de 7



pontos situados de 1 = *Discordo muito* a 7 = *concordo muito*. A fiabilidade interna do instrumento é suportada por estudos prévios (e.g., Pavot & Diner, 2008).

Análise dos dados

Primeiro, foi executada uma análise fatorial confirmatória ao modelo de medida. A consistência interna foi estimada através da fiabilidade compósita (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010). A validade convergente e discriminante foi avaliada para testar a validade de constructo. A variância extraída média (VEM) foi estimada para avaliar a validade convergente e valores superiores a .50 foram considerados indicadores de validade convergente (Fornell & Larcker, 1981; Hair et al., 2010). A validade discriminante foi assumida quando a VEM de cada constructo foi superior ao quadrado da correlação entre esse constructos e todos os outros envolvidos no modelo (Fornell & Larcker, 1981). A qualidade do modelo foi estimada através de vários indicadores de bondade de ajustamento. Utilizamos como orientação os valores de corte (CFI and TLI > .90, RMSEA and SRMR < .08) recomendados por Hair et al. (2010). Em segundo lugar, o modelo estrutural foi estimado para testar as hipóteses do presente estudo. Neste âmbito, foi verificado até que ponto os coeficientes de relação diferiam entre os modelos para os grupos de população geral e doentes oncológicos. A significância dos pesos estruturais foi avaliada utilizando as *notas Z* produzidas pelo AMOS, assumindo-se uma significância estatística de 0.05.

Resultados

Análises preliminares

A primeira análise aos dados revelou que as não respostas cobriam 3.6% das células, mas sem padrão fixo. Deste modo, as não respostas foram imputadas utilizando o procedimento de regressão do AMOS. Foram encontrados nove casos extremos, tanto univariados ($z > 3.00$) como multivariados no grupo da população geral. Estes participantes foram removidos das análises subsequentes. O coeficiente de Mardia (88.16) excedeu os valores esperados para a normalidade multivariada (Byrne, 2010). Posto isto, foi aplicado o *bootstrap* Bollen-Stine com repetição de 2000 amostras, tal como recomendado por Nevitt e Hancock (2001). Adicionalmente, a multicolinearidade foi testada para as variáveis em análise, resultado em valores de inflação dos fatores entre 1.06 (perceção emocional) e 1.41 (satisfação com a vida), que estão dentro dos limites aceitáveis para a execução de análises de regressão (Hair et al., 2010).



Tabela 1
Médias (*M*), desvios-padrão (*SD*), fiabilidade compósita (*FC*), variância extraída média (*VEM*) e matriz de correlação.

			Matriz de correlação						
Constructo	M	SD	1	2	3	4	5	6	7
Doentes oncológicos									
1. Perceção	4.02	.57	1.00						
2. Facilitação	4.22	.71	.31**	1.00					
3. Compreensão	4.25	.65	.38**	.58**	1.00				
4. Regulação	4.66	.68	.43**	.34**	.35**	1.00			
5. Significado vivencial	5.06	.91	.21**	.12*	.34**	.41**	1.00		
6. Significado existencial	5.44	1.06	.09*	.03	.36**	.38**	.67**	1.00	
7. Satisfação	4.12	1.23	.31**	.01	.32**	.49**	.60**	.72**	1.00
FC	-	-	0.77	0.73	0.79	0.81	0.78	0.62	0.83
VEM	-	-	0.48	0.55	0.62	0.67	0.64	0.53	0.68
População geral									
1. Perceção	3.98	.66	1.00						
2. Facilitação	4.06	.59	.35**	1.00					
3. Compreensão	4.17	.50	.41**	.44**	1.00				
4. Regulação	4.02	.78	.39**	.36**	.39**	1.00			
5. Significado vivencial	4.88	.98	.34**	.02	.08*	.22**	1.00		
6. Significado existencial	4.95	.96	.23**	.03	.01	.38**	.56**	1.00	
7. Satisfação	4.91	1.02	.19**	.01	.01	.45**	.11*	.28**	1.00
FC	-	-	0.75	0.74	0.75	0.78	0.76	0.64	0.80
VEM	-	-	0.51	0.56	0.65	0.65	0.62	0.56	0.66

Nota. Nenhuma correlação quadrática falhou o teste da VEM para a validade discriminante.

* $p < .05$, ** $p < .01$

Os resultados da análise fatorial confirmatória (AFC) para ambos os grupos demonstrou que os pesos fatoriais de cinco itens do significado existencial e três itens do significado vivencial estavam abaixo do valor de corte .50 (Hair et al., 2010), e consequentemente, foram eliminados de ambos os modelos. As re-especificações do modelo são consistentes com as limitações associadas ao constructo do significado de vida referidas por Schunlenberg et al. (2011) e Steger, Frazier, Oishi e Kaler (2006). Após estes procedimentos todos os itens apresentaram pesos fatoriais entre .52 e .87 (doentes oncológicos) e desde .53 e .87 (população geral), providenciando evidência que os itens refletem o respetivo fator a que estão associados. Tal como apresentado na Tabela 1, os coeficientes de fiabilidade compósita são acima do valor de corte recomendado de .70 em ambos os modelos, excetuando o significado existencial ($\alpha = .61$ para os doentes oncológicos, e $\alpha = .64$ para a população geral). Tradicionalmente, o significado existencial indica níveis reduzidos de consistência interna (e.g., Peralta & Silva, 2003), mas dada a sua importância teórica decidimos reter o fator nas análises posteriores. Os valores da VEM estiveram perto ou foram superiores ao valor standard de .50 para a validade convergente (Fornell & Larcker, 1981), variando entre .48 e .68 (doentes oncológicos), e desde .51 e .66 (população geral). A validade discriminante foi aceite para todas as medidas, visto que as correlações quadráticas entre cada um dos constructos não excedeu os valores da VEM entre esses constructos e entre todos os outros. Os resultados obtidos no modelo de medida final para os doentes oncológicos [$\chi^2(443) = 661.15$, B-S $p < .001$, CFI = .94, TLI = .93, RMSEA = .05 (CI = .041, .052), SRMR = .05] e para a população geral [$\chi^2(443) = 589.46$, B-S $p < .001$, CFI = .95, TLI = .95, RMSEA = .04 (CI = .033, .041), SRMR = .05] demonstraram índices de ajustamento aceitáveis aos dados. Consequentemente, o modelo estrutural para cada um dos grupos foi analisado.



Tabela 2

Sumário dos resultados do modelo estrutural para cada um dos grupos.

	Ligação	Aceite?	Doentes oncológicos		População geral		Difere? Z/ $\alpha/1.96$
			β	Z	β	Z	
H1a	Perceção → Satisfação	Sim	.28**	9.15	.34**	11.34	.95
H1b	Facilitação → Satisfação	Não	.02	1.20	.04	1.45	.00
H1c	Compreensão → Satisfação	Parcial	.32**	11.67	.01	.16	5.22*
H1d	Regulação → Satisfação	Sim	.47**	22.55	.33**	11.15	2.12*
H2a	Perceção → Vivencial	Sim	.16**	6.78	.22**	8.33	.06
H2b	Facilitação → Vivencial	Não	.02	.12	.01	.09	.00
H2c	Compreensão → Vivencial	Sim	.34**	12.86	.08*	3.12	2.89*
H2d	Regulação → Vivencial	Sim	.41**	18.71	.32**	11.88	2.32*
H3a	Perceção → Existencial	Sim	.22*	7.36	.18*	7.16	.88
H3b	Facilitação → Existencial	Não	.01	.45	.01	.15	.00
H3c	Compreensão → Existencial	Parcial	.39**	17.54	.01	.17	3.44*
H3d	Regulação → Existencial	Sim	.45**	21.34	.41**	20.56	.95
H4a	Vivencial → Satisfação	Parcial	.59**	33.21	.03	1.34	5.14*
H4b	Existencial → Satisfação	Sim	.75**	39.91	.18**	7.55	4.88*

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$

Modelo estrutural

A avaliação ao modelo estrutural inclui o teste aos valores de ajustamentos global do modelo, mas, também, às relações entre cada um dos constructos. Os índices de ajustamento do modelo foram aceitáveis para o grupo de doentes oncológicos [$\chi^2(540) = 546.16$, B-S $p < .001$, CFI = .96, TLI = .95, RMSEA = .05 (CI = .041, .052), SRMR = .04] e população geral [$\chi^2(540) = 689.46$, B-S $p < .001$, CFI = .94, TLI = .93, RMSEA = .05 (CI = .043, .056), SRMR = .05]. Os coeficientes de relação indicam que algumas das relações propostas diferem significativamente entre os grupos. Em conjunto, as variáveis da inteligência emocional e do significado com a vida contabilizam aproximadamente 24% da variância da satisfação com a vida para o grupo de doentes oncológicos ($R^2 = 0.24$) e 16% para a população geral ($R^2 = 0.16$).

Adicionalmente, o sumário das diferenças entre as relações estruturais nos modelos dos grupos de doentes oncológicos e da população geral está apresentado na Tabela 2. O ajustamento do modelo não restrito [$\chi^2(1080) = 846.09$, B-S $p < .001$, CFI = .93, TLI = .91, RMSEA = .03 (CI = .032, .037), SRMR = .04] foi aceitável, bem como do modelo com os pesos estruturais restritos [$\chi^2(540) = 936.61$, B-S $p < .001$, CFI = .92, TLI = .90, RMSEA = .03 (CI = .033, .038), SRMR = .04]. A estatística do χ^2 indica que os modelos diferem significativamente [$\Delta\chi^2(28) = 90.52$, $p = .000$], enquanto que os valores de Z (1.96; IC = 95%) para as diferenças dos parâmetros estruturais revelaram que seis relações propostas diferem significativamente entre os grupos (ver Tabela 2).

Discussão

O presente estudo pretendeu analisar as relações entre as quatro dimensões da inteligência emocional com o significado existencial, o significado experiencial e com a satisfação com a vida, em sujeitos com e sem doença oncológica.

De acordo com a primeira hipótese, foram analisadas as relações entre as capacidades percecionadas de IE e a SCV. Especificamente, na população em geral a perceção e a



regulação emocional relacionaram-se significativamente com a SCV. A facilitação e a compreensão emocional não se relacionaram com a SCV. Nos doentes oncológicos, a percepção, a compreensão e a regulação emocional apresentaram uma relação significativa com a SCV, e a facilitação emocional não revelou uma relação positiva com a SCV. Neste âmbito, os resultados reforçam que os sujeitos que se percebem emocionalmente inteligentes sentem satisfação com a vida, conforme estudos prévios que revelam a relação positiva entre a IE e a SCV (e.g., Koydemir, Simsek, Schutz, & Tipandjan, 2013). A nível dos estudos efetuados com doentes oncológicos que avaliam a relação específica entre IE e SCV, Guzmán e Alarcón (2007) encontraram relações significativas entre a compreensão e regulação emocional com a SCV. Os resultados obtidos, ou seja, os doentes oncológicos apresentarem uma relação mais significativa entre a IE e a SCV do que a população em geral, revelam-se curiosos, na medida em que a IE se associa e promove estados de saúde (e.g., Martins, Ramalho, & Morin, 2010; Zeidner, Matthews, & Roberts, 2012), bem como, os fatores da IE se associam a mais bem-estar em pessoas saudáveis quando comparadas a pessoas com doenças crónicas (Costa, Petrides, & Tillmann, 2014). Todavia, Extremera-Pacheco e Fernández-Berrocal (2007) revelam os efeitos positivos da IE no contexto da dor e das doenças crónicas, como o cancro, visto as capacidades de IE serem preponderantes para confrontar o stress associado à doença, minimizar o seu impacto e facilitar a adaptação. Neste mesmo sentido, a IE permite diminuir a intensidade e a frequência de estados de humor negativo, melhora o confronto de acontecimentos de vida e revela-se um bom indicador de percepção subjetiva de satisfação na vida (Fernández-Berrocal & Extremera-Pacheco, 2005, 2006). O que leva a considerar a IE um moderador na relação entre experiências stressantes na vida e a saúde mental (Ciarrochi, Deane, & Anderson, 2002), o que por sua vez indica que os sujeitos com altos níveis de IE tendem a avaliar a sua satisfação na vida de forma mais positiva perante experiências stressantes (Bhullar, Schutte, & Malouf, 2012).

De acordo com a Hipótese 2, examinou-se as relações das capacidades percebidas de IE com o significado na vida nas dimensões vivencial (2) e existencial (3). Os resultados evidenciaram que na população em geral a percepção e a regulação emocional relacionaram-se positivamente com as dimensões vivencial e existencial do significado. A facilitação emocional não se relacionou com ambas as dimensões. E a compreensão emocional relacionou-se com a dimensão vivencial de forma significativa, mas não com a dimensão existencial do significado. A relação das dimensões vivencial e existencial do significado nos doentes oncológicos é significativa com a percepção, compreensão e regulação emocional. Enquanto a facilitação emocional não se relacionou de forma positiva com ambas as dimensões. Os resultados da presente investigação vêm corroborar os resultados de Donohoe e Greene (2009), que evidenciam que a regulação emocional se relaciona significativamente com o propósito na vida. Por sua vez, os resultados do estudo de Zysberg (2012) não apresentaram associações positivas entre a IE e o significado. Devido à inexistência de estudos que abordem estas relações em doentes oncológicos, a investigação futura deverá averiguar até que ponto a IE e o significado na vida se relacionam em doenças crónicas. No entanto, pode-se referir que o encontro de significado minimiza a dificuldade para concretizar os objetivos pessoais, tal como o encontro de benefícios em experiências negativas favorece a relação com o stress, na medida em que um confronto adaptativo e o



humor positivo permitem a realização de uma avaliação positiva, favorecendo uma reformulação cognitiva da situação que, conseqüentemente, leva a perspectivas positivas (Folkman, 2001). Esta reformulação faz igualmente parte da autorregulação que se clarifica através do papel dos significados globais do sujeito que orientam a atribuição de um significado a acontecimentos stressantes e a ações subseqüentes (Schroevers, Kraaij, Garnefski, 2008). Assim ser emocionalmente inteligente leva a perceber os contextos stressores e impedimentos, mais como mudanças do que como fatores stressantes, relacionando-os com comportamentos menos adversos psicologicamente e com resultados de saúde nas interações meio – sujeito (Salovey, Stroud, Woolery, & Epel, 2002).

Especificamente para a Hipótese 3, foram analisadas as relações entre o significado na vida e a SCV. Os resultados demonstraram que na população em geral a dimensão existencial do significado apresenta uma relação positiva com a SCV e a dimensão vivencial não. Os doentes oncológicos revelaram uma relação significativa entre as dimensões vivencial e existencial do significado com a SCV. Os resultados evidenciam uma relação positiva entre o significado na vida e a SCV, corroborando com a literatura da especialidade (e.g., Lazzari, 2000; Pan, 2011; Steger et al., 2006). Especificamente no contexto oncológico, o significado na vida associa-se ao bem-estar em geral, assim como se associa e promove qualidade de vida nos doentes (Haugan, 2013; Jim & Andersen, 2007; Speck, 2011). Deste modo, os doentes oncológicos que conseguem encontrar significado na vida revelam igualmente SCV (Mols, Vingerhoets, coebergh, & Poll-Franse, 2009; Schlegel, Manning, & Bettencourt, 2013). Como nas hipóteses anteriores os resultados despertam interesse, nomeadamente, por os doentes apresentarem relações mais significativas entre significado e SCV comparativamente à população em geral. No sentido da literatura defender que o significado se relaciona de forma positiva com uma boa saúde física e de forma negativa com a doença crónica (Skrabski, Kopp, Rozsa, Rethelvi, & Rahe, 2005). Assim como, a presença de uma doença como o cancro leva a um menor significado na vida, tendo em conta todas as dificuldades que o processo de doença promove na vida e funcionamento do sujeito, como as sequelas e perdas subjacentes a tratamentos e evolução da doença (e.g., Flerr et al., 2006). O estado debilitado de saúde física resulta em perdas de significado (Edman, Larsen, Hagglund, & Gardulf, 2001), visto que um estado pobre de saúde pode igualmente acabar com as fontes de significado, dado que existem correlações significativas entre o funcionamento físico e social, assim como, entre o significado na vida e um melhor funcionamento, saúde e bem-estar (Steger, Kashdan, Brandon, & Lorentz, 2008). Todavia, Fegg et al. (2010) encontraram resultados semelhantes aos obtidos nesta investigação, ou seja, que doentes oncológicos em comparação com a população em geral encontraram significado em mais áreas diferentes da vida sentindo uma maior satisfação nessas mesmas áreas. Neste sentido, alguns sobreviventes de cancro revelam possuir mais significado na vida após terem vivenciado a doença do que antes de serem diagnosticados (Speck, 2011). Realça-se desta forma que um diagnóstico como cancro pode impulsionar a procura de significado e mudanças na vida das pessoas em termos de valores e estilos de vida, que incrementam a espiritualidade e a apreciação da vida, o encontro de novas possibilidades, melhoram as relações afetivas, e tornam os sujeitos mais conscientes de como devem viver a vida (Schlegel et al., 2013; Speck, 2011). Este crescimento póstraumático associasse a uma SCV significativa nos doentes e a benefícios na adaptação à doença (Park & Blank, 2012). De este modo, os sujeitos que vivem



este crescimento, demonstram ter um sentido de si mesmos diferente, tornam-se mais resilientes, independentes e confiantes, desenvolvem igualmente novos papéis, uma boa robustez perante as fragilidades da vida, e revelam-se menos vulneráveis a perdas consecutivas. Assim, quando após um processo de busca de significado este é encontrado por doentes, estes vivenciam mais bem-estar, menos *distress* e apresentam uma adaptação mais eficaz à doença (Speck, 2011).

Apesar das contribuições que os resultados possam dar à investigação sobre a relação entre IE e Significado no contexto da saúde e da doença, deverão ser apontadas limitações. Primeiro, o estudo é realizado sob um único momento de avaliação, não permitindo retirar conclusões de causa-efeito entre as variáveis. Os próximos estudos poderão analisar a relação entre as variáveis em vários momentos de avaliação ao longo do tempo. Segundo, a IE foi avaliada apenas como capacidades percecionadas. A investigação futura deverá aplicar um instrumento de medida da IE – capacidade, no sentido de se averiguar o potencial de variação nos resultados.

Conclui-se que foram alcançados resultados que permitem alargar a compreensão acerca das relações entre a IE, o significado, e a SCV. Além disso, os resultados poderão ser úteis para a prática psicológica, apontando-se assim novas e positivas direções para a presença de componentes fulcrais a nível da intervenção, tendo como metas a otimização do desenvolvimento e aquisição de competências emocionais e de criação de objetivos na vida. A eficácia destas metas resultará no aumento da satisfação na vida dos participantes, principalmente perante um processo de doença. Por fim, através dos resultados obtidos assinala-se a convergência entre os constructos da IE, do significado e da SCV, realçando os princípios da psicologia positiva que se propõe encontrar as razões pelas quais umas pessoas são mais felizes ou se encontram mais satisfeitas do que outras (Bar-On, 2010; Kampfe & Mitte, 2010).

Contacto para Correspondência

Andreia Pereira Teques, Faculdade de Medicina da Universidade de Salamanca, Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, Campus Miguel de Unamuno, Calle Alfonso X El Sabio s/n, 37007 Salamanca, Spain. Email: apsousapereira@gmail.com

Referências

- Bar-On, R. (2010). Emotional intelligence: an integral part of positive psychology. *South African Journal of Psychology*, 40, 54-62.
- Bhullar, N., Schutte, N. S., & Malouff, M. J. (2012). Trait emotional intelligence as a moderator of the relationship between psychological distress and satisfaction with life. *Individual Differences Research*, 10, 19-26.
- Byrne B. *Structural equation modelling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*, (2nd ed.), Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, NJ, 2010.
- Ciarrochi, J. V., Deane, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32, 197-209. doi:10.1016/S0191-8869(01)00012-5



- Costa, S., Petrides, K. V., & Tillmann, T. (2014). Trait emotional intelligence and inflammatory diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 19, 180-189. doi:10.1080/13548506.2013.802356
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
- Donohoe, J., & Greene, D. (2009). Social relationships mediate the relation between emotional intelligence and meaning in life. *Psi Chi Journal of Undergraduate Research*, 14, 59-64.
- Edman, L., Larsen, J., Hagglund, H., & Gardulf, A. (2001). Health-related quality of life, symptom distress and sense of coherence in adult survivors of allogeneic stem-cell transplantation. *European Journal of Cancer Care*, 10, 124-130. doi:10.1046/j.1365-2354.2001.00251.x
- Extremiera-Pacheco N., & Fernández-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the Trait Meta-Mood Scale. *Personality and Individual Differences*, 39, 937-948.
- Fasching, P.A., Thiel, F., Nicolaisen-Murmann, K., Rauh, C., Engel, J., Lux, M.P., . . . Bani, M.R. (2007). Association of complementary methods with quality of life and life satisfaction in patients with gynecologic and breast malignancies. *Supportive Care in Cancer*, 15, 1277-1284. doi: 10.1007/s00520-007-0231-1
- Fegg, M. J., Brandstätter, M., Kramer, M., Kögler, M., Haarmann-Doetkotte, S., & Borasio, G. D. (2010). Meaning in life in palliative care patients. *Journal of pain and symptom management*, 40, 502-509. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.02.010
- Fleer, J., Hoekstra, H. J., Sleijfer, D. T., Tuinman, M. A., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2006). The role of meaning in the prediction of psychosocial well-being of testicular cancer survivors. *Quality of Life Research*, 15, 705-717. doi:10.1007/s11136-005-3569-1
- Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement. In H. Schut (Ed.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39-50. doi:10.2307/3151312
- Hair, J., Black, B., Babin, B., & Anderson, R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Haugan, G. (2013). The relationship between nurse - patient interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Advanced Nursing* 70, 107-120. doi:10.1111/jan.12173
- Hewitt, M., Greenfield, S., & Stovall, E. (2006). *From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition*. Washington, DC: National Academies Press.
- Hillner, B. E., & Smith, T. J. (2009). Efficacy does not necessarily translate to cost effectiveness: a case study in the challenges associated with 21st-century cancer drug pricing. *Journal of Clinical Oncology*, 27, 2111-2113. doi:10.1200/JCO.2008.21.0534
- Jim, H. S., & Andersen, B. L. (2007). Meaning in life mediates the relationship between social and physical functioning and distress in cancer survivors. *British Journal of Health Psychology*, 12, 363-681. doi:10.1348/135910706X128278
- Kampfe, N., & Mitte, K. (2010). Tell me who you are, and I will tell you how you feel? *European Journal of Personality*, 24, 291-308. doi:10.1002/per.743
- Koydemir, S., Simsek, O. F., Schutz, A., & Tipandjan, A. (2013). Differences in how trait emotional intelligence predicts life satisfaction: The role of affect balance versus social support in India and Germany. *Journal of Happiness Studies*, 14, 51-66. doi:10.1007/s10902-011-9315-1
- Lazzari, S. A. (2000). *Emotional intelligence, meaning, and psychological well-being: A comparison between early and late adolescence*. (Master's thesis). Retrieved from twu.ca/cpsy/theses.



- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49, 554 – 564. doi:10.1016/j.paid.2010.05.029
- Matthews, A. B., Baker, F., Hann, D. M., Denniston, M., & Smith, T. G. (2002). Health status and life satisfaction among breast cancer survivor peer support volunteers. *Psychooncology*, 11, 199–211. doi: 10.1002/pon.550
- Mols, F., Vingerhoets, A. J. J. M., Coebergh, J. W. W., & Poll-Franse, L. V. (2009). Wellbeing, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health*, 24, 583-595. doi:10.1080/08870440701671362
- Neto, F. (1993). Satisfaction with life among Portuguese adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 125-134. doi:10.1007/BF01536648
- Nevitt, J., & Hancock, G.R. (2001). Performance of Bootstrapping approaches to model test statistics and parameter standard error estimation in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling* 8, 353–377. doi:10.1207/S15328007SEM0803_2
- Pan, J. (2011). A resilience-based and meaning-oriented model of acculturation: A sample of mainland Chinese postgraduate students in Hong Kong. *International Journal of Intercultural Relations*, 35, 592-603. doi:10.1016/j.ijintrel.2011.02.009
- Park, C. L., & Blank, T. O. (2012). Associations of positive and negative life changes with well-being in young- and middle-aged adult cancer survivors. *Psychology & Health*, 27, 412-429. doi:10.1080/08870446.2011.586033
- Peralta, E., & Silva, M. (2003). Teste dos objectivos de vida (PIL_R). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol.1, pp. 61-73). Coimbra: Quarteto.
- Pereira-Teques A, Llorca-Ramón G, Bueno-Carrera G, Pais-Ribeiro J, Teques P. (2015). Desenvolvimento e avaliação das características psicométricas do Questionário de Auto-Percepção de Inteligência Emocional (QIE-AP). *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28 (2), 270-279. doi: 10.1590/1678-7153.201528207 IF: 1.124
- Ruini, C., & Vescolli, F. (2013). The role of gratitude in breast cancer: Its relationships with post-traumatic growth, psychological well-being and distress. *Journal of Happiness Studies*, 14, 263-274. doi: 10.1007/s10902-012-9330-x
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., & Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and health*, 17, 611-627. doi:10.1080/08870440290025812
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology practice: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410–421. doi:10.1037/0003-066X.60.5.410
- Schlegel, R. J., Manning, M. A., & Bettencourt, B. A. (2013). Expectancy violations and the search for meaning among breast cancer survivors. *Journal of Positive Psychology*, 8, 387-394. doi.org/10.1080/17439760.2013.807354
- Schroevens, M., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2008). How do cancer patients manage unattainable personal goals and regulate their emotions? An examination of the relations between goal adjustment, cognitive emotion-regulation strategies, and positive and negative affect. *British Journal of Health Psychology*, 13, 551-62. doi:10.1348/135910707X241497
- Schulenberg, S. E., Schnetzer, L. W., & Buchanan, E. M. (2011). The Purpose In Life Test-short form: Development and psychometric support. *Journal of Happiness Studies*, 12, 861-876. doi:10.1007/s10902-010-9231-9
- Skrabski, A., Kopp, M., Rozsa, S., Rethelyi, J., & Rahe, R. H. (2005). Life meaning: An important correlate of health in the Hungarian population. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 78–85. doi:10.1207/s15327558ijbm1202_5



- Speck, P. (2011). Spiritual religious issues in care of the dying. In J. Ellershaw & S. Wilkinson (Eds.), *Care of Dying: A pathway to excellence* (2 nd ed., pp. 106-126). New York: Oxford University Press Inc.
- Strine, T. W., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Moriarty, D. G., & Mokdad, A. H. (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviours among U.S. communitydwelling adults. *Journal of Community Health* 33, 40-50. doi:10.1007/s10900-007-9066-4
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of counselling psychology*, 53, 80-93. doi:10.1037/0022-0167.53.1.80
- Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., & Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of personality*, 76, 199-228. doi:10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x
- Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2012). The Emotional intelligence, health, and well-being nexus: What have we learned and what have we missed?. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 4(1), 1-30. doi:10.1111/j.1758-0854.2011.01062.x
- Zysberg, L. (2012). Loneliness and emotional intelligence. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146, 37-46. doi:10.1080/00223980.2011.574746



PTSD e Cuidados de Saúde Primários: Uma abordagem qualitativa para explorar perspectivas e experiências de Médicos de Família

Mónica de Sá¹ & José Carlos Rocha²

1. Centro de Psicologia do Trauma e do Luto, Portugal

2. Centro de Psicologia do Trauma e do Luto, Portugal

Resumo

A maioria dos casos de saúde mental são detectados através do sistema de cuidados de saúde primários, e 10-20% das pessoas usam os cuidados primários de saúde por causa de queixas relacionadas com distúrbios psicológicos (Hunsley, J. 2003). A taxa de prevalência de Perturbação de Stress Pós-traumático (PTSD) é de 7,87% na população Portuguesa (Albuquerque, Soares, Jesus e Alves, 2003). Devido às complexidades associadas com a avaliação e tratamento de PTSD, surgem várias dúvidas sobre o papel atual dos médicos de família na identificação e tratamento destes casos. O objetivo deste estudo é compreender e definir como os casos PTSD são processados nos cuidados de saúde primários pelo médico de família com foco em como é realizada a avaliação, diagnóstico, intervenção/ tratamento e encaminhamento. Este estudo utiliza uma metodologia qualitativa para explorar as crenças e prática destes médicos. Utilizou-se uma entrevista semi-estruturada projetado para ser flexível e ampla, mas eficaz para gerar resultados significativos sobre como Médicos de Família lidam com o PTSD. Após a realização de todas as entrevistas semi-estruturadas foi realizada uma análise temática para determinar ideias e temas comuns. Este estudo fornece resultados valiosos, uma vez que, ao explorar as experiências destes médicos, permite um conhecimento e uma compreensão mais amplos sobre como PTSD é percebida e tratada nos cuidados de saúde primários. Este estudo contribui para informar futuros estudos para projetar novos métodos e ferramentas que possam ajudar os médicos de família sobre como abordar e lidar com o PTSD.

Palavras-chave: PTSD; Trauma; Médicos de Família; Cuidados de saúde primários.



Abstract

Most mental health cases are detected through the primary health care system, and 10-20% of people use the primary health care because of complaints related to psychological disorders (Hunsley, J. 2003). Disorder prevalence rate of Post Traumatic Stress (PTSD) is 7.87% in the Portuguese population (Albuquerque, Soares, Jesus and Alves, 2003). Due to the complexities associated with the assessment and treatment of PTSD, there are many questions about the current role of the general practitioners in the identification and treatment of these cases. The aim of this study is to understand and define how PTSD cases are processed in primary health care by the general practitioner with focus on how is done the assessment, diagnosis, intervention / treatment and referral. This study uses a qualitative methodology to explore the beliefs and practice of these doctors. We used a semi-structured interview designed to be flexible and broad but effective to generate significant results on how the general practitioner deal with PTSD. After conducting all semi-structured interviews a thematic analysis was performed to determine ideas and common themes. This study provides valuable results, since the experiences of these doctors, gives us knowledge and a broader understanding of how PTSD is perceived and treated in primary care. This study contributes to inform future studies to design new methods and tools that can help general practitioners on how to approach and deal with PTSD.

Keywords: PTSD; Trauma; General practitioner; Primary health care.



Introdução

A pesquisa Português incluído no Estudo Nacional de Saúde Mental indica uma taxa de prevalência de transtornos mentais de 22,9%, sendo que um em cada cinco Português sofre de uma doença psiquiátrica e quase metade (42, 7%) já tinha tido um desses transtornos ao longo da vida. A doença psiquiátrica mais comum são os transtornos de ansiedade, 16,6%, e a depressão, 7,9% (Almeida et al, 2010;. Comissão Nacional parágrafo Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2008). A maioria dos casos de saúde mental são detectados através do sistema de cuidados de saúde primários, e 10-20% das pessoas usam os cuidados primários de saúde por causa de queixas relacionadas com distúrbios psicológicos (Hunsley, J. 2003; 2002). A taxa de prevalência da Perturbação de Stress Pós-traumática (PTSD) foi de 7,87% na população Português (Albuquerque, Soares, Jesus e Alves, 2003). Devido às complexidades associadas com a avaliação PTSD e o seu tratamento, surgem várias dúvidas sobre o papel dos médicos de família (MF) na identificação e decisão e abordagem destes casos. A pesquisa qualitativa aparece como um recurso poderoso para perceber como os casos de PTSD são processados nos cuidados de saúde primários pelos MF, com foco especial foco em como eles conduzem avaliação, diagnóstico, intervenção / tratamento, acompanhamento e encaminhamentos. Este estudo utiliza uma metodologia qualitativa para explorar decisões e práticas de vinte MF subjacentes.

Metodologia

Objetivo.

Construir uma entrevista semi-estruturada, simples e curta para usar com MF para a recolha de dados sobre questões sobre as suas experiências com casos de saúde mental e das decisões relacionadas com a gestão de casos de PTSD. Para descrever como casos mentais, e em especial o PTSD, são geridos nos cuidados primários de saúde realizou-se uma análise temática com enfoque nos dados referentes à avaliação, diagnóstico, intervenção / tratamento, acompanhamento e encaminhamento de casos de saúde mental nos cuidados primários.

Participantes.

Tabela 1. Caracterização da amostra

	n	%	M	SD
Género				
Feminino	7	35		
Masculino	13	65		
Idade			39.53	3.10
Anos de Experiência				
< 10 anos	8			
10 – 15 anos	3			
15- 20 anos	6			
> 20 anos	3			



Instrumento. A entrevista semi-estruturada foi desenvolvida para gerar resultados significativos sobre a prática dos MF relacionada com casos de saúde mental com especial enfoque na PTSD, relativamente a cinco dimensões específicas da prática clínica: procedimentos de avaliação; diagnóstico; intervenções; acompanhamento; e encaminhamentos.

Análise de dados. Foi utilizada uma análise temática, que é um método de pesquisa qualitativa, que envolve a pesquisa através dos dados recolhidos para identificar padrões recorrentes. Um tema é um conjunto de categorias ligadas por significados semelhantes e normalmente emergem através do processo analítico indutivo. Este quadro teórico permitiu uma abordagem flexível, individualizado adaptado para a avaliação de novas construções.

Resultados

Tabela 2. Dados obtidos através a análise temática das entrevistas.

Topics	Answers	N	%
Questões de Saúde Mental mais frequentes	Ansiedade e Depressão	16	80%
	Predominante a Ansiedade	9	45%
	Predominante a Depressão	7	35%
	Respostas Reactivas	4	20%
Idade dos pacientes	Jovem Adulto (20 -35 years)	4	20%
	Idade Activa (30-55 years)	19	95%
	Meia- Idade (45 - 66 years)	3	15%
	Idoso(> 65 years)	8	40%
Eventos traumáticos identificados	Pacientes não falam de eventos traumáticos	17	85%
	Existem poucos eventos traumáticos	14	70%
	Nunca teve experiência clínica com trauma	6	30%
	Veteranos de guerra	3	15%
	Quando estão a viver uma situação de violência Doméstica	6	30%
	Perdas materiais ou precariedade causada pela crise	5	25%
Susceptibilidade de PTSD	É algo muito raro	18	90%
	Em veteranos de guerra	16	80%
	Em vítimas de violação	11	55%
	Em mulheres e crianças que sobrem de agressão física em violência domestica	14	70%
PTSD na prática clínica	Tratado como depressão e ansiedade	18	90%
	Considera que é equivalente a depressão e ansiedade e não vê mais-valia de identificar uma PTSD	14	70%
Avaliação usada	Baseado nos sintomas	20	100%
	História de vida do paciente	14	70%
	Pedido directo dos pacientes	7	35%
	Queixas somáticas do paciente	13	65%
	Nenhum instrumento usado	20	100%



Estratégias de diagnóstico	Baseado nos sintomas	20	100%
	História de vida do paciente – para identificar possível causa	14	70%
Fatores precipitantes ou agravantes	Família	16	80%
	Fatores económicos (dívidas, desemprego, crise)	19	95%
	Pressão no trabalho	16	80%
	Incerteza do futuro	9	45%
Tratamentos	Farmacológico	17	85%
	Falar com o paciente e esperar reavaliação	3	15%
Reavaliação	15 dias, um, três e seis meses	14	70%
	Pela decisão do paciente	6	30%
Encaminhamentos	Encaminham para psiquiatria na presença de sintomas psicóticos ou quando não respondem ao tratamento farma-cológico	20	100%
	Pacientes recusam encaminhamento para psiquiatria	5	25%
	Não existem recursos suficientes de psicologia clínica	13	65%
Dificuldades/ Barreiras	Não há tempo suficiente	16	80%
	Não há indicadores de produtividade relacionados a saúde mental (não está incluída na agenda do centros de saúde)	8	40%
	Não há alternativa ao tratamento farmacológico	13	65%
	Não há alternativa ao tratamento farmacológico	11	55%
	As pessoas não ouvem sobre os seus reais problemas	9	45%
	Existem demasiadas tarefas a efectuar (indicadores de produtividade)	8	40%
	Tudo é compturizado – Pior interação com os pacientes		
Necessidade	Treino de competências sobre saúde mental	3	15%
	Mais opções de encaminhamento	13	65%
	Treino para combater o “preconceito”	3	15%
	Grupos de suporte	5	25%
Consequências negativas percebidas na actualidade	Mais consultas	9	45%
	Mais exams de diagnóstico	6	30%
	Maior número de baixas	7	35%
	Abuso de Benzodiazepinas e síndrome de abstinência	11	55%

Discussão

Um resultado importante deste estudo foi o desenvolvimento de uma entrevista semi-estruturada que abordou a perspectiva e as ações dos MF no sistema de cuidados de saúde que desempenha um papel fundamental no que respeita o tratamento de problemas de saúde mental e inclusive do PTSD. O uso desta entrevista semi-estruturada para recolha de dados permitiu uma análise temática eficaz e valiosa. O reconhecimento de distúrbios de ansiedade e depressão por MF é realizado com frequência, enquanto outras doenças mais específicas de saúde mental nomeadamente PTSD não são diagnósticas. Há baixas



percepções sobre a susceptibilidade e gravidade de PTSD e não há benefícios percebidos em procedimentos de rastreio de PTSD. Não há nenhuma evidência de uso de escalas ou técnicas de avaliação específicos para PTSD neste contexto. A directriz internacional dos transtornos mentais comuns (Nice, 2011) indica que MF devem fazer a triagem de depressão e ansiedade, mas não indica qualquer tipo de rastreio de outras perturbações mentais, incluindo PTSD. A intervenção médica em problemas de saúde mental em geral e na PTSD, é baseado em prescrição de medicamentos pelo MF sendo rara qualquer tipo de intervenção psicoterapêutica. Os MF lidam com a inevitabilidade da prescrição de fármacos com base na árvore de decisão depressão-ansiedade, na ausência de outros recursos. Verificou-se pelos relatos dos MF que somente uma pequena parte do total de pessoas com problemas de saúde mental usufruem de serviços de saúde mental especializados.

Contacto para Correspondência

Mónica de Sá. Clínica Privada. Av. da Liberdade, nº 59 – 2ºesq trás 4750-312 Barcelos.
monicadesa.psicologia@gmail.com.

Referências

- Almeida JMC e col. (2010). Estudo Nacional de Saúde Mental. *The World Mental Health Survey Initiative*.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-traumática do Stresse (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica*, 16, 1-12.
- Comissão Nacional Para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2008). *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Lisboa.
- Hunsley, J. (2002b). *The Cost-effectiveness of psychological interventions*. Canadian Psychological Association, Ontario.
- Hunsley, J. (2003). Cost-Effectiveness and Medical Cost- Offset Considerations in Psychological Service Provision. *Canadian Psychology*, 44:1, 61-73.
- National Institute for Health and Care Excellence (2011). *Common mental health Disorders - Identification and pathways to care*. National Institute for Health and Care Excellence, London.



Atenção exógena para pistas sinalizadoras de contágio: O papel do nojo no evitamento da doença

Sandra C. Soares^{1,2}, Ana Magalhães¹, Ana Oliveira¹, Bruna Silva¹, Joana Dias¹, Maria Godinho¹, Paulo Rodrigues³, & Jacqueline Ferreira^{1,4}

1. Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS-UA), Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal

2. Departamento de Neurociências Clínicas, Divisão de Psicologia, Instituto Karolinska, Estocolmo, Suécia

3. Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

4. Instituto de Imagem Biomédica e Ciências da Vida (IBILI), Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Resumo

Os estímulos que são relevantes para a nossa sobrevivência, especialmente aqueles que sinalizam a presença de ameaça no ambiente (e.g., faces ameaçadoras), captam a nossa atenção automaticamente. O mesmo poderá ocorrer para faces que apresentam pistas visíveis de doença, pois sinalizam perigo associado a uma possível contaminação. Assim, este estudo investigou se faces com pistas de doença (FD), comparativamente com estímulos de controlo, faces sem essas pistas (FC), interferiam com o desempenho dos participantes numa tarefa atencional de discriminação de letras. Os participantes (42 homens e 44 mulheres) tinham de identificar letras (Z e N) que apareciam por 50 ms, tanto à esquerda como à direita das imagens (FD ou FC). Posteriormente, os participantes avaliaram as imagens utilizando uma Escala Visual Analógica (EVA). Os resultados demonstraram que perante FD e do sexo feminino, os participantes demoravam mais tempo a responder. Estas faces foram, também, avaliadas como mais nojentas, potencialmente mais incomodativas em termos de interação social e mais associadas a doença. Estes resultados poderão explicar ou estar na base dos comportamentos de evitamento associados à doença (e.g., comportamentos de estigmatização ou exclusão face a pessoas que apresentam pistas de doença), os quais poderão afetar as interações sociais.

Palavras-chave: Atenção; Pistas de Doença; Nojo; Evitamento.



Abstract

Stimuli that are relevant to our survival, especially those that signal the presence of a threat in the environment (e.g., threatening faces), automatically attract our attention. The same may be true for faces displaying subtle disease cues as they may signal danger of potential contamination. Therefore, the present study investigated whether faces with disease cues (DF), compared to control stimuli, faces without such cues (CF), interfered with the participants' performance in a letter discrimination attentional task. The participants (42 men and 44 women) had to identify letters (Z and N) that appeared for 50 ms, on both the left and right side of the images (DF or CF). Participants then evaluated the images using a Visual Analog Scale (VAS). The results demonstrated that for DF, and women, participants took longer to respond to the letters. Moreover, those faces were rated as more disgusting, potentially causing more discomfort in terms of social interaction, and more associated with disease. These results may explain or be the basis of avoidance behavior associated to disease (e.g., stigmatization behavior or exclusion of people that display disease cues), which may affect social interactions.

Keywords: Attention; Disease Cues; Disgust; Avoidance.



Introdução

O nojo é considerado uma emoção básica multidimensional, sendo um dos seus domínios o da contaminação (Olatunji, Cisler, McKay, & Phillips, 2010), que envolve o risco percebido de contágio, direto ou indireto, face a pessoas e não a objetos (Berle et al., 2012; Olatunji et al., 2010; Olatunji, Ebesutani, Haidt, & Sawchuk, 2014). Assim, este domínio corresponde a um processo interpretativo que ocorre após a experiência de nojo ou que antecipa a exposição a estímulos que o elicitam (Olatunji et al., 2010); geralmente, é desencadeado em contextos interpessoais (e.g., contacto com desconhecidos ou doentes), sendo a sua componente-chave o evitamento da doença (Olatunji et al., 2014). Segundo a literatura, o domínio da contaminação parece ter evoluído a partir de um sistema imunológico comportamental (constituído por mecanismos psicológicos que detetam e respondem a agentes patogénicos) que permite este evitamento (e.g., Schaller & Park, 2011), sugerindo a existência de uma associação entre o nojo e o sistema imunitário; por exemplo, tem-se verificado que a temperatura corporal, um dos mecanismos responsáveis por preparar o corpo para uma possível ameaça patogénica, aumenta em consequência da visualização de imagens de nojo (Stevenson et al., 2012), e que indivíduos recentemente doentes (i.e., com o sistema imunitário ainda ativo), prestam maior atenção e evitamento a faces desfiguradas (Miller & Maner, 2011).

O modelo de evitamento da doença (Matchett & Davey, 1991) é apontado pela literatura como uma das hipóteses que explica a associação entre o nojo e a doença. Este modelo refere que pistas associadas à presença de agentes patogénicos (e.g., oleosidade e consistência da pele) são avaliadas por um sistema de deteção que tem em conta a probabilidade de infeção ou risco de doença, ativando a resposta de nojo (Oum, Lieberman, & Aylward, 2011). Assim, uma vez que o nojo motiva o evitamento de estímulos potencialmente contaminantes, a sua função envolve a proteção dos indivíduos face à aquisição de possíveis doenças (Woody & Teachman, 2000). Este comportamento de evitamento tem por base uma perspetiva evolutiva, dado que circunstâncias potencialmente ameaçadoras devem ser rapidamente detetadas sem que seja necessária atenção adicional, de modo a que todos os recursos disponíveis possam focar-se em responder de forma rápida e eficaz (Carretié, Ruiz-Padial, López-Martín, & Albert, 2011; Soares, Lindström, Esteves, & Öhman, 2014). Deste modo, este comportamento é considerado uma reação reflexa que ocorre, em grande parte, independentemente da tomada de decisão consciente (Curtis, 2007) e da atenção (Anderson, Christoff, Panitz, Rosa, & Gabrieli, 2003) sendo, portanto, um processo automático (Oaten, Stevenson, & Case, 2011).

Teorias cognitivas recentes têm vindo a argumentar que os processos automáticos estão associados a uma sensibilidade a estímulos ambientais considerados relevantes para o indivíduo (fenómeno conhecido como viés atencional) (Williams, Mathews, & MacLeod, 1996). Além disso, a literatura refere que estímulos emocionais são processados de modo preferencial e que atraem mais recursos atencionais do que neutros, sobretudo quando representam ameaça ou perigo imediato (Yiend, 2010). Este viés parece ter resultado de pressões evolutivas (ver Öhman, Soares, Juth, Lindström, & Esteves, 2012), sendo acionado através da capacidade de atenção seletiva, em que o cérebro direciona os seus recursos (e.g., atencionais) para estímulos considerados relevantes à sobrevivência, de entre uma grande quantidade de estímulos sensoriais (Corbetta & Shulman, 2002; Vuilleumier, 2005). Os estímulos de nojo, em particular, parecem favorecer um viés atencional de maneira a proteger o indivíduo de possíveis contaminações (Charash & McKay, 2002). Neste sentido,



investigações recentes têm-se debruçado sobre o nojo, mostrando, comparativamente com o medo, que existe uma maior dificuldade em desviar a atenção quando estamos perante palavras relacionadas com nojo (Charash & McKay, 2002; Cisler, Bacon, & Williams, 2009) e que imagens que provocam nojo são mais eficazes a capturar a atenção em estádios iniciais de processamento (Ciesielski, Armstrong, Zald, & Olatunji, 2010; van Hooff, Devue, Vieweg, & Theeuwes, 2013). Além disso, verificam-se diferenças em relação ao sexo, sendo que as mulheres reportam maior sensibilidade ao nojo (Curtis, Aunger, & Rabie, 2004; Druschel & Sherman, 1999; Tybur, Lieberman, & Griskevicius, 2009) e maior medo de contaminação do que os homens (Olatunji, Sawchuk, Arrindell, & Lohr, 2005), o que pode dever-se ao facto de desempenharem um papel que envolve a sua proteção e a dos seus descendentes (Curtis et al., 2004; Oaten, Stevenson, & Case, 2009).

Uma vez que indivíduos que apresentam pistas visíveis de doença são frequentemente evitados, o que contribui para a sua estigmatização, é importante avaliar os mecanismos subjacentes ao seu processamento. Pistas de doença são aquelas que podem ser detetadas por um ou mais sentidos, correspondendo a potenciais sinais de infeção. Para além disso, 16 das 25 doenças infecciosas com taxas de mortalidade mais elevadas apresentam lesões faciais visíveis (e.g., erupções na pele) (ver Oaten et al., 2011; Wolfe, Dunavan, & Diamond, 2007). Assim, a face é o local onde uma pista de doença é mais visível e saliente, servindo como um importante indicador do estado de saúde dos indivíduos (Kouznetsova, Stevenson, Oaten, & Case, 2012). Além disso, como é o primeiro meio de contacto social, estas “anormalidades”, temporárias ou não, são eficazes a captar a nossa atenção (Bernstein, 1976, citado por Kouznetsova et al., 2012) e a mantê-la (Ackerman et al., 2009).

Embora estudos anteriores já tenham investigado a relação entre o nojo e a atenção, não existem ainda estudos que investiguem este processo com pistas de doença transitórias e que podem levar ao contágio. Adicionalmente, a maioria dos estudos anteriores utiliza como estímulos imagens (e.g., animais mortos, comida contaminada) e não faces que elicitam nojo. Deste modo, este estudo pretende colmatar essa lacuna na literatura, através da utilização de faces com pistas de doença (transitórias e contagiosas). Assim, pretendemos investigar se faces com pistas de doença, comparativamente com faces que não incluem essas pistas, interferem com o desempenho dos participantes, através de uma tarefa de atenção que se baseia na discriminação de letras-alvo.

Tendo como base estudos anteriores, esperamos que os participantes demorem mais tempo e errem mais vezes na discriminação de letras quando confrontados com faces com pistas de doença, comparativamente com faces sem essas pistas (Cisler & Olatunji, 2010; Cisler et al., 2011; van Hooff et al., 2013, 2014), o que corresponde a uma medida de captura de atenção para este tipo de estímulo. Esperamos, ainda, que este efeito seja modulado pelo sexo dos participantes, i.e., que as mulheres demorem mais tempo e errem mais perante faces com pistas de doença do que os homens, pois são mais sensíveis a estímulos de nojo (Curtis et al., 2004; Druschel & Sherman, 1999; Tybur et al., 2009). Por fim, também pretendemos avaliar se a maior interferência para faces com pistas de doença é modulada pelo sexo da face apresentada. Esperamos que, quando os distratores forem faces de homens com pistas de doença, o desempenho dos participantes seja mais afetado, uma vez que estudos anteriores têm revelado que faces de homens indicativas de ameaça (i.e., raiva) envolvem um processamento privilegiado (Öhman, Juth, & Lundqvist, 2010).



Metodologia

Participantes

No presente estudo participaram 86 estudantes universitários de diferentes cursos e ciclos de ensino da Universidade de Aveiro, 44 do sexo feminino e 42 do masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 43 anos ($M = 22.8$; $SD = 5.0$). Foram excluídos todos os participantes que não apresentavam uma visão normal ou corrigida para o normal e que tivessem menos de 18 e mais de 35 anos. Assim, excluímos cinco participantes, ficando com uma amostra final de 81 sujeitos, 41 do sexo feminino e 40 do masculino, com idades entre os 18 e os 35 anos ($M = 23.3$; $SD = 4.6$). Os participantes inscreveram-se no estudo de forma voluntária, assinaram um formulário de consentimento informado e foram informados que, com a sua participação, poderiam obter créditos para algumas Unidades Curriculares do curso de Psicologia e estavam automaticamente inscritos num sorteio para ganhar bilhetes para a Semana Académica da Universidade de Aveiro.

Materiais

Para a fase de treino utilizámos seis faces, três do sexo feminino e três do sexo masculino, e para a experimental 30 faces do sexo feminino e 30 do sexo masculino. Todos os estímulos foram selecionados da base *Karolinska Directed Emotional Faces* (KDEF; Lundqvist, Flykt, & Öhman, 1998). A seleção das faces teve como base os seguintes critérios: Faces a cores, de indivíduos caucasianos, com expressão emocional neutra, em posição frontal e com tom de pele moreno (por ser uma característica representativa da população portuguesa). As 60 faces da fase experimental foram manipuladas de maneira a que cada uma tivesse uma pista de doença associada (cada pista poderia aparecer repetida noutras faces) de entre seis (conjuntivite nos olhos, eczema na bochecha, herpes no lábio, rosácea na face, alergia cutânea ao redor da boca e treçolho nos olhos). A escolha teve por base pistas observáveis que pudessem estar relacionadas com doenças possivelmente contagiosas e que fossem mais comumente encontradas no quotidiano. Para a manipulação das faces utilizámos o *Adobe Photoshop CS6*.

A tarefa foi composta por 24 ensaios de treino e por 480 ensaios experimentais. Nos ensaios de treino as faces não apresentavam pistas de doença associadas, enquanto nos experimentais as seis pistas de doença foram distribuídas aleatoriamente pelas 30 faces de mulher e 30 faces de homem, para que cada uma estivesse presente em cinco mulheres e cinco homens. Assim, utilizámos 60 faces sem pistas e 60 faces com pistas (total de 120 faces). Como cada face tinha de estar associada à letra Z e N no lado esquerdo e no lado direito, cada uma foi apresentada quatro vezes, resultando em 480 ensaios. Para a programação da tarefa de atenção e da Escala Visual Analógica (EVA; ver no parágrafo seguinte) utilizámos o *Software E-Prime 2.0 Professional* (Psychology Software Tools, Pittsburgh, PA; Schneider, Eschman, & Zuccolotto, 2002). Para a realização da tarefa experimental, recorreremos a computadores (resolução 1920 pixéis x 1080 pixéis, marca Dell, 21.5 polegadas) de uma sala do Laboratório de Psicologia Experimental e Aplicada (PsyLab) do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro.

Utilizámos uma EVA para avaliar todas as faces, com ou sem pistas de doença associadas, de modo a verificar se realmente as faces manipuladas eram avaliadas como estando relacionadas (ou não) com doença e se, por isso, suscitavam emoções de nojo. Para tal,

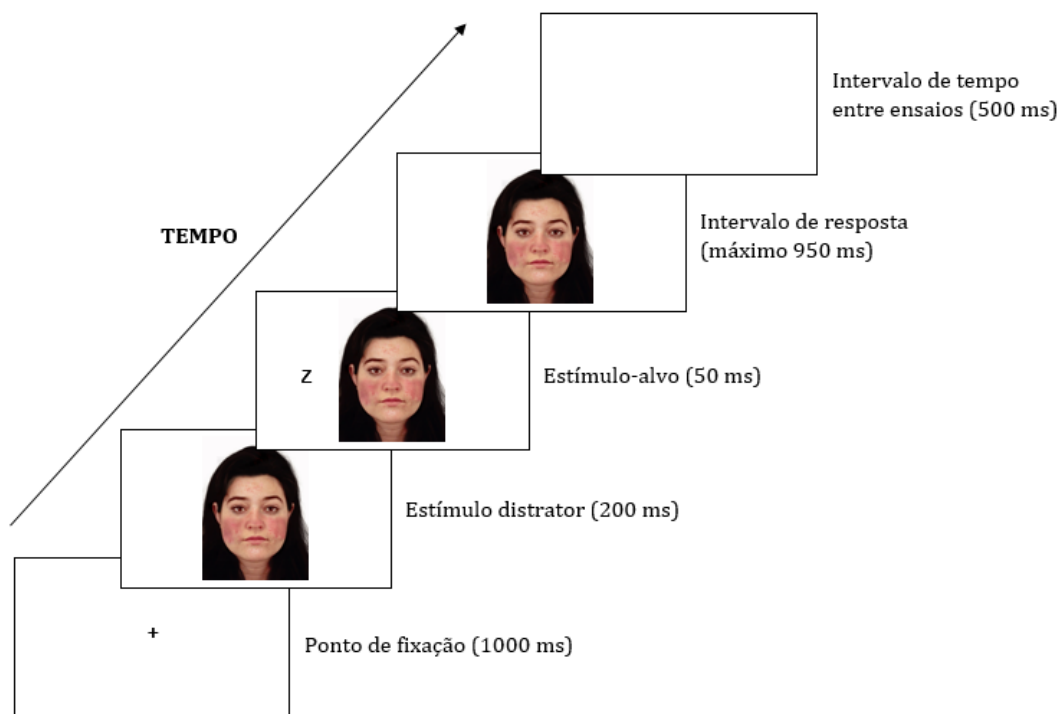
colocámos três questões a cada participante em relação a cada uma das faces: 1. “Em que medida sente nojo ao ver esta imagem?” (*Nenhum* [0] a *Muito* [100]), 2. “Em que medida se sentiria incomodado(a) por estar perto desta pessoa? (e.g., num transporte público ou a conversar)” (*Nada* [0] a *Muito* [100]) e 3. “Em que medida acha que esta pessoa está doente?” (*Nada* [0] a *Muito* [100]).

Procedimento

Os participantes foram recrutados presencialmente e através da internet (e.g., *Doodle*, *Facebook* e através de *e-mails* enviados para as secretarias de diferentes departamentos da Universidade de Aveiro). As sessões de recolha de dados foram realizadas em grupos de, no máximo, seis participantes, sendo que, quando chegavam à sala, se sentavam aleatoriamente por computador (com espaço suficiente entre cada um deles para não existir interferência na tarefa), assinavam o consentimento informado e, de seguida, explicava-se que a tarefa experimental era constituída por três etapas: Uma tarefa de atenção, com fase de treino e fase experimental, uma de avaliação de estímulos e a última de preenchimento de um questionário. Para a tarefa de atenção, foi referido que consistia na discriminação de duas letras (Z ou N), tendo sido instruídos a ignorar as diferentes faces que apareciam no centro do ecrã; estas eram apresentadas com os estímulos-alvo à esquerda ou à direita do ecrã. Os participantes deveriam estar sentados a uma distância de 65 centímetros em relação ao monitor, com uma postura corporal direita, colocar um dedo indicador na tecla Z e o outro na tecla N, e responder tão rápida e eficazmente quanto possível. O procedimento foi adaptado dos artigos de van Hooff et al. de 2013 e de 2014 (Figura 1).

Figura 1.

Ilustração da tarefa de atenção. O ensaio começa com a apresentação de um ponto de fixação (cruz no centro do ecrã), durante 1000 ms, seguido de uma face apresentada no centro do ecrã (562 x 762 pixéis; ângulo visual de 11° vista a 65 cm) e de um estímulo-alvo no campo visual periférico (esquerda ou direita, com a mesma probabilidade e de forma aleatória). A face surge 200 ms antes dos estímulos-alvo, que foi apresentado durante 50 ms. A distância entre o ponto de fixação e o alvo relevante é de 4.5°. O estímulo-alvo é um Z ou um N (fonte Arial, dimensão 0.57°; ângulo visual de 16° do centro do ecrã), sendo que as faces constituíam os distratores irrelevantes. O intervalo de tempo entre ensaios foi de 500 ms.



No início da tarefa, os participantes completaram 24 ensaios de treino, sendo que nenhuma das faces utilizada foi apresentada na fase experimental; em ambas, os estímulos foram apresentados de forma aleatória. O participante tinha um tempo máximo de 950 ms para responder Z ou N, pressionando as teclas correspondentes a estas letras no teclado do computador; caso ultrapassasse este tempo, aparecia uma informação a dizer “Não respondeu! Por favor, seja mais rápido ou esteja mais atento... Carregue na barra de espaço para continuar”. Apenas na fase de treino foi dado um *feedback* ao participante em função do seu desempenho (“Correto” ou “Incorreto”).

Depois desta primeira etapa, os participantes tinham de responder a três questões apresentadas de forma aleatória numa EVA. Para tal, foram apresentadas todas as faces com pistas e sem pistas (i.e., 120) três vezes (o que corresponde a um total de 360), uma por cada pergunta. Por fim, os participantes responderam ao Questionário Sociodemográfico e foi feito o *debriefing*. A tarefa experimental demorou, aproximadamente, 45 minutos.

Resultados

Planeamento Experimental e Análise de Dados

O desenho experimental deste estudo foi misto ($2 \times 2 \times 2$), sendo as variáveis independentes (VIs) as faces (com ou sem pista de doença; variável intrasujeitos), o sexo das faces (feminino ou masculino; variável intrasujeitos) e o sexo do participante (feminino ou masculino; variável entregrupos). As variáveis dependentes (VDs) foram o Tempo de Resposta (TR) e a Taxa de Acertos (TA).

Após a recolha dos dados, as análises estatísticas necessárias para o tratamento de dados foram efetuadas com recurso ao *IBM SPSS Statistics versão 22.0*, sendo o nível de significância estatística fixado em $p < .05$ para todas as comparações; para todas as variáveis em estudo,



realizámos ANOVAs mistas. Tal como em estudos anteriores (van Hooff et al., 2013, 2014) os TR inferiores a 200 ms foram eliminados, assim como as respostas correspondentes, uma vez que são considerados como uma resposta ao acaso.

Tempo de Resposta (TR)

Os resultados revelaram um efeito principal da face significativo, $F(1, 79) = 6.616$, $p = .012$, $\eta_p^2 = .077$, sendo que os participantes demoraram mais tempo a discriminar as letras quando a face apresentava pistas de doença ($M = 403.7$ ms; $SE = 4.9$), comparativamente com as condições em que eram apresentadas faces sem essas pistas ($M = 400.6$ ms; $SE = 4.8$) (Figura 2). Além disso, foi verificado um efeito principal do sexo do participante, $F(1, 79) = 10.077$, $p = .002$, $\eta_p^2 = .113$, que revelou que as mulheres demoraram mais tempo a responder ($M = 417.5$ ms; $SE = 6.8$) do que os homens ($M = 386.8$ ms; $SE = 6.9$). Os resultados revelaram, ainda, uma interação significativa entre a face e o sexo da face, $F(1, 79) = 5.192$, $p = .025$, $\eta_p^2 = .062$. Quando as faces de mulheres, comparativamente com as faces de homens, apresentavam pistas de doença associadas, os participantes demoraram mais tempo a responder ($M = 405.5$ ms; $SE = 5.0$) do que quando não apresentavam essas pistas ($M = 400.2$ ms; $SE = 5.0$) (Figura 3); de acordo com a análise de comparações múltiplas essa diferença revelou ser significativa ($p = .004$). Não se verificou um efeito principal significativo do sexo da face nem uma interação significativa entre face e sexo do participante, entre sexo da face e sexo do participante e entre face, sexo da face e sexo do participante.

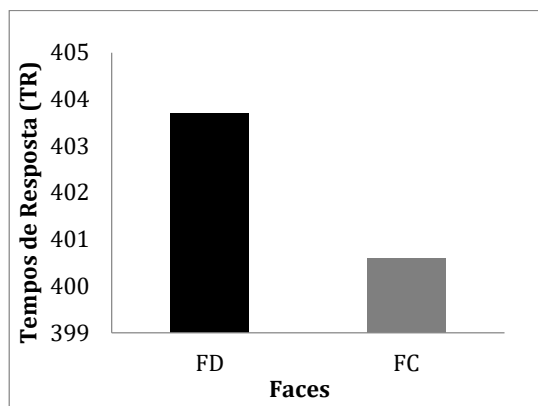


Figura 2.
Resultados dos TR (ms) para cada tipo de estímulo (FD e FC).

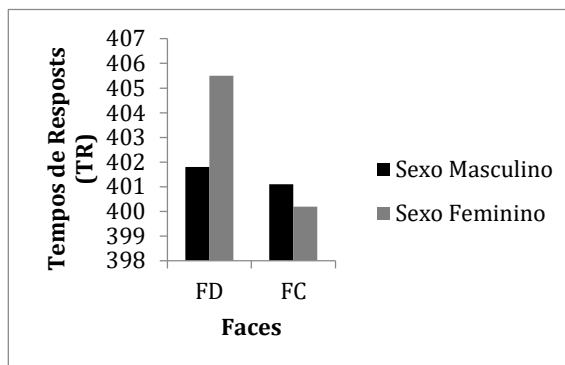


Figura 3.
Resultados dos TR (ms) para cada tipo de estímulo (FD e FC) em função do sexo da face (masculino e feminino).

Taxa de Acertos (TA)

Quanto à taxa de acertos (discriminação correta do Z e do N), não se verificaram quaisquer efeitos principais ou interações significativas.

Avaliação Subjetiva das Faces

Na questão 1. “Em que medida sente nojo ao ver esta imagem?” da EVA obteve-se um efeito principal para a face, $F(1, 80) = 280.84, p < .001, \eta_p^2 = .778$, que revelou que as faces com pistas de doença foram avaliadas como mais nojentas ($M = 48.6; SE = 2.5$) do que aquelas sem pistas ($M = 9.5; SE = 1.3$). Na questão 2. “Em que medida se sentiria incomodado(a) por estar perto desta pessoa? (e.g., num transporte público ou a conversar)” também se obteve um efeito principal para a face, $F(1, 80) = 173.76, p < .001, \eta_p^2 = .685$, sendo que os resultados demonstraram que os participantes se sentiam mais incomodados numa possível interação social com os indivíduos cujas faces apresentavam pistas de doença ($M = 40.7; SE = 2.8$) do que com aqueles que não apresentavam essas pistas ($M = 7.5; SE = 1.1$). Na questão 3. “Em que medida acha que esta pessoa está doente?” verificou-se, igualmente, um efeito principal para a face, $F(1, 80) = 205.22, p < .001, \eta_p^2 = .720$, onde as faces com pistas de doença foram mais associados à doença ($M = 42.7; SE = 2.7$) do que as faces que não apresentavam pistas ($M = 7.2; SE = 1.1$), confirmando desta forma a nossa manipulação experimental.

Discussão

Este estudo pretendeu investigar se faces com pistas de doença interferem no desempenho (maior tempo de resposta e menor taxa de acertos) dos participantes numa tarefa de atenção e se este efeito é modulado em função do sexo da face e do sexo dos participantes.

Os resultados obtidos revelaram que a nossa hipótese acerca do desempenho dos participantes na discriminação de letras, quando confrontados com faces com ou sem pistas de doença, foi confirmada para o TR mas não para a TA. Em relação ao TR, os resultados



demonstram que os participantes demoram mais tempo na tarefa central (discriminar as letras Z ou N) quando são apresentadas simultaneamente faces com pistas de doença irrelevantes para a tarefa, o que vai no sentido do que a literatura tem demonstrado para estímulos que elicitam nojo (Cisler & Olatunji, 2010; Cisler et al., 2011; van Hooff et al., 2013, 2014). Os resultados obtidos na avaliação subjetiva dos estímulos demonstram, ainda, que os participantes avaliaram as faces com pistas de doença como mais nojentas, mais associadas a doença e mais incomodativas.

A hipótese de serem as mulheres a apresentar TR mais elevado e mais erros na presença de faces com pistas de doença não foi confirmada. Apesar de alguns estudos (Curtis et al., 2004; Druschel & Sherman, 1999; Tybur et al., 2009) demonstrarem que as mulheres são mais sensíveis aos estímulos de nojo, o que sugere que a resposta aos estímulos de nojo parece ser modulada em função do sexo, o estudo de Curtis e Biran (2001) refere que o nojo deve ser considerado um sistema funcional e adaptativo que guia o nosso evitamento comportamental a doenças infecciosas e, por isso, independente do sexo. Assim, o efeito de maior sensibilidade ao nojo por parte das mulheres parece não se encontrar refletido em processos de atenção automática para pistas de doença apresentadas em faces.

No que diz respeito ao objetivo de avaliar se a maior interferência para faces com pistas de doença é modulada em função do sexo da face, observámos que os resultados não confirmam a hipótese, pois esperávamos que este efeito fosse potenciado perante faces de homens. Estudos de atenção seletiva com faces de raiva e alegria que tiveram em conta o sexo do alvo demonstraram que a raiva, que necessita de mais recursos para processamento, é mais rápida e eficazmente processada em faces de homens do que em faces de mulheres, verificando-se o contrário para a alegria (ver Öhman et al., 2010). Tendo em conta que o nojo é, assim como a raiva, uma emoção negativa e que também necessita de prioridade de processamento, seria de supor que os mesmos efeitos fossem encontrados para faces com pistas de doença (elicitadoras de nojo). Contudo, tal não se verificou. Assim, este estudo revelou que indivíduos, quando confrontados com mulheres com pistas de doença visíveis na face, poderão apresentar comportamentos de evitamento associados às mesmas, os quais poderão afetar as interações sociais. Visto que este é um estudo exploratório nesse âmbito (i.e., sexo da face com pistas de doença), mais estudos são necessários para que se possa chegar a uma conclusão mais sustentada.

Sendo a exposição a estímulos que elicitam nojo relativamente frequente no nosso quotidiano (Woody & Teachman, 2000), o presente estudo pode ainda explicar porque é que indivíduos com doenças infecciosas são mais evitados do que aqueles que não as apresentam e, consequentemente, estigmatizados (ver Oaten et al., 2011). Além disso, investigações têm sugerido que a contaminação está relacionada com disfunções na avaliação e processamento do nojo (e.g., Husted, Shapira, & Goodman, 2006), tendo importantes implicações clínicas na etiologia e manutenção de algumas psicopatologias (e.g., aracnofobia, perturbação obsessivo-compulsiva), podendo ter como base uma preocupação excessiva de contaminação (Berle & Phillips, 2006; Woody & Teachman, 2000).

Em investigações futuras poderá ser pertinente testar que tipos de pistas elicitam níveis mais elevados de nojo, assim como avaliar parâmetros do sistema imunitário biológico de modo a avaliar de forma mais direta até que ponto pistas de doença (associadas ao nojo) estão relacionadas com este sistema (a par do sistema imunológico comportamental).



Sugere-se, ainda, a inclusão de amostras clínicas para melhor apurar a dissociação entre a função adaptativa e disfuncional do nojo.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os participantes deste estudo.

Contacto para Correspondência

Sandra C. Soares; Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS-UA), Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal; sandra.soares@ua.pt

Referências

- Ackerman, J. M., Becker, D. V., Mortensen, C. R., Sasaki, T., Neuberg, S. L., & Kenrick, D. T. (2009). A pox on the mind: Disjunction of attention and memory in the processing of physical disfigurement. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(3), 478–485. doi:10.1016/j.jesp.2008.12.008
- Anderson, A. K., Christoff, K., Panitz, D., Rosa, E. De, & Gabrieli, J. D. E. (2003). Neural correlates of the automatic processing of threat facial signals. *The Journal of Neuroscience*, 23(13), 5627–5633. Retirado de <http://www.jneurosci.org/content/23/13/5627.short>
- Berle, D., & Phillips, E. S. (2006). Disgust and obsessive-compulsive disorder: An update. *Psychiatry*, 69(3), 228–238. doi:10.1521/psyc.2006.69.3.228
- Berle, D., Starcevic, V., Brakoulas, V., Sammut, P., Milicevic, D., Hannan, A., & Moses, K. (2012). Disgust propensity in obsessive-compulsive disorder: Cross-sectional and prospective relationships. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 656–663. doi:10.1016/j.jbtep.2011.09.002
- Carretié, L., Ruiz-Padial, E., López-Martín, S., & Albert, J. (2011). Decomposing unpleasantness: Differential exogenous attention to disgusting and fearful stimuli. *Biological Psychology*, 86(3), 247–253. doi:10.1016/j.biopsycho.2010.12.005
- Charash, M., & McKay, D. (2002). Attention bias for disgust. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(5), 529–541. doi:10.1016/S0887-6185(02)00171-8
- Ciesielski, B. G., Armstrong, T., Zald, D. H., & Olatunji, B. O. (2010). Emotion modulation of visual attention: Categorical and temporal characteristics. *PloS One*, 5(11), e13860. doi:10.1371/journal.pone.0013860
- Cisler, J. M., Adams, T. G., Brady, R. E., Bridges, A. J., Lohr, J. M., & Olatunji, B. O. (2011). Unique affective and cognitive processes in contamination appraisals: Implications for contamination fear. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 28–35. doi:10.1016/j.janxdis.2010.07.002
- Cisler, J. M., Bacon, A. K., & Williams, N. L. (2009). Phenomenological characteristics of attentional biases towards threat: A critical review. *Cognitive Therapy and Research*, 33(2), 221–234. doi:10.1007/s10608-007-9161-y
- Cisler, J. M., & Olatunji, B. O. (2010). Components of attentional biases in contamination fear: Evidence for difficulty in disengagement. *Behaviour Research and Therapy*, 48(1), 74–78. doi:10.1016/j.brat.2009.09.003
- Corbetta, M., & Shulman, G. L. (2002). Control of goal-directed and stimulus-driven attention in the brain. *Nature Reviews. Neuroscience*, 3(3), 201–215. doi:10.1038/nrn755
- Curtis, V. A. (2007). Dirt, disgust and disease: A natural history of hygiene. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(8), 660–664. doi:10.1136/jech.2007.062380
- Curtis, V., Aunger, R., & Rabie, T. (2004). Evidence that disgust evolved to protect from risk of disease. *Proceedings of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 271(4), S131–S133. doi:10.1098/rsbl.2003.0144



- Curtis, V., & Biran, A. (2001). Dirt, disgust, and disease: Is hygiene in our genes? *Perspectives in Biology and Medicine*, 44(1), 17–31. doi:10.1353/pbm.2001.0001
- Druschel, B. A., & Sherman, M. F. (1999). Disgust sensitivity as a function of the big five and gender. *Personality and Individual Differences*, 26(4), 739–748. doi:10.1016/S0191-8869(98)00196-2
- Husted, D. S., Shapira, N. A., & Goodman, W. K. (2006). The neurocircuitry of obsessive-compulsive disorder and disgust. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(3), 389–399. doi:10.1016/j.pnpbp.2005.11.024
- Kouznetsova, D., Stevenson, R. J., Oaten, M. J., & Case, T. I. (2012). Disease-avoidant behaviour and its consequences. *Psychology & Health*, 27(4), 491–506. doi:10.1080/08870446.2011.603424
- Krolak-Salmon, P., Hénaff, M., Isnard, J., Tallon-Baudry, C., Guénot, M., Vighetto, A., ... & Mauguière, F. (2003). An attention modulated response to disgust in human ventral anterior insula. *Annals of Neurology*, 53(4), 446–453. doi:10.1002/ana.10502
- Krusemark, E. A., & Li, W. (2011). Do all threats work the same way? Divergent effects of fear and disgust on sensory perception and attention. *The Journal of Neuroscience*, 31(9), 3429–3434. doi:10.1523/JNEUROSCI.4394-10.2011
- Lundqvist, D., Flykt, A., & Öhman, A. (1998). The Karolinska Directed Emotional Faces – KDEF, CD ROM from Department of Clinical Neuroscience, Psychology section, Karolinska Institutet, ISBN 91-630-7164-9.
- Matchett, G., & Davey, G. C. (1991). A test of a disease-avoidance model of animal phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 29(1), 91–94. doi:10.1016/S0005-7967(09)80011-9
- Miller, S. L., & Maner, J. K. (2011). Sick body, vigilant mind: The biological immune system activates the behavioral immune system. *Psychological Science*, 22(12), 1467–1471. doi:10.1177/0956797611420166
- Oaten, M., Stevenson, R. J., & Case, T. I. (2009). Disgust as a disease-avoidance mechanism. *Psychological Bulletin*, 135(2), 303–321. doi:10.1037/a0014823
- Oaten, M., Stevenson, R. J., & Case, T. I. (2011). Disease avoidance as a functional basis for stigmatization. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 366(1583), 3433–3452. doi:10.1098/rstb.2011.0095
- Öhman, A., Juth, P., & Lundqvist, D. (2010). Finding the face in a crowd: Relationships between distractor redundancy, target emotion and target gender. *Cognition and Emotion*, 24(7), 1216–1228. doi:10.1080/02699930903166882
- Öhman, A., Soares, S., Juth, P., Lindström, B., & Esteves, F. (2012). Evolutionary derived modulations of attention to two common fear stimuli: Serpents and hostile humans. *Journal of Cognitive Psychology*, 24(1), 17–32. doi:10.1080/20445911.2011.629603
- Olatunji, B. O., Cisler, J., McKay, D., & Phillips, M. L. (2010). Is disgust associated with psychopathology? Emerging research in the anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 175(1-2), 1–10. doi:10.1016/j.psychres.2009.04.007
- Olatunji, B. O., Ebesutani, C., Haidt, J., & Sawchuk, C. N. (2014). Specificity of disgust domains in the prediction of contamination anxiety and avoidance: A multimodal examination. *Behavior Therapy*, 45(4), 469–481. doi:10.1016/j.beth.2014.02.006
- Olatunji, B. O., Sawchuk, C. N., Arrindell, W. A., & Lohr, J. M. (2005). Disgust sensitivity as a mediator of the sex differences in contamination fears. *Personality and Individual Differences*, 38(3), 713–722. doi:10.1016/j.paid.2004.05.025
- Oum, R. E., Lieberman, D., & Aylward, A. (2011). A feel for disgust: Tactile cues to pathogen presence. *Cognition and Emotion*, 25(4), 717–725. doi:10.1080/02699931.2010.496997
- Santos, I. M., Iglesias, J., Olivares, E. I., & Young, A. W. (2008). Differential effects of object-based attention on evoked potentials to fearful and disgusted faces. *Neuropsychologia*, 46(5), 1468–1479. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2007.12.024



- Schaller, M., & Park, J. H. (2011). The behavioral immune system (and why it matters). *Current Directions in Psychological Science*, 20(2), 99–103. doi:10.1177/0963721411402596
- Schneider, W., Eschman, A., & Zuccolotto, A. (2002). *E-Prime: User's guide*. Pittsburgh: Psychology Software Tools, Inc.
- Soares, S. C., Lindström, B., Esteves, F., & Öhman, A. (2014). The hidden snake in the grass: Superior detection of snakes in challenging attentional conditions. *PLoS One*, 9(12), e114724. doi:10.1371/journal.pone.0114724
- Stevenson, R. J., Hodgson, D., Oaten, M. J., Moussavi, M., Langberg, R., Case, T. I., & Barouei, J. (2012). Disgust elevates core body temperature and up-regulates certain oral immune markers. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26(7), 1160–1168. doi:10.1016/j.bbi.2012.07.010
- Tybur, J. M., Lieberman, D., & Griskevicius, V. (2009). Microbes, mating, and morality: Individual differences in three functional domains of disgust. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(1), 103–122. doi:10.1037/a0015474
- van Hooff, J. C., Devue, C., Vieweg, P. E., & Theeuwes, J. (2013). Disgust-and not fear-evoking images hold our attention. *Acta Psychologica*, 143(1), 1–6. doi:10.1016/j.actpsy.2013.02.001
- van Hooff, J. C., van Buuringen, M., El M'rabet, I., de Gier, M., & van Zalingen, L. (2014). Disgust-specific modulation of early attention processes. *Acta Psychologica*, 152, 149–157. doi:10.1016/j.actpsy.2014.08.009
- Vermeulen, N., Godefroid, J., & Mermillod, M. (2009). Emotional modulation of attention: Fear increases but disgust reduces the attentional blink. *PloS One*, 4(11), e7924. doi:10.1371/journal.pone.0007924
- Vuilleumier, P. (2005). How brains beware: Neural mechanisms of emotional attention. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(12), 585–594. doi:10.1016/j.tics.2005.10.011
- Williams, J. M. G., Mathews, A., & MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120(1), 3–24. doi:10.1037//0033-2909.120.1.3
- Wolfe, N. D., Dunavan, C. P., & Diamond, J. (2007). Origins of major human infectious diseases. *Nature*, 447(7142), 279–283. doi:10.1038/nature05775
- Woody, S. R., & Teachman, B. A. (2000). Intersection of disgust and fear: Normative and pathological views. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(3), 291–311. doi:10.1093/clipsy.7.3.291
- Yiend, J. (2010). The effects of emotion on attention: A review of attentional processing of emotional information. *Cognition and Emotion*, 24(1), 3–47. doi:10.1080/02699930903205698



Resiliência e stress em estudantes universitários

Natália Vara^{1,2}, Adília Fernandes¹, Cristina Queirós^{2,3}, & Helena Pimentel¹

1. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Portugal

2. Laboratório de Reabilitação Psicossocial (FPCEUP/ESTSPIPP), Porto, Portugal

3. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

Resumo

A entrada para o ensino superior coloca aos jovens desafios aos quais têm que se adaptar, nomeadamente a distância da família e o novo meio onde têm de se inserir. Esta experiência pode ser geradora de stress ou depressão dependendo da forma como as exigências são avaliadas pelo jovem. A resiliência tem sido considerada um fator protetor do stress e depressão, consistindo num processo de coping com a adversidade e numa capacidade para se ajustar positivamente a stressores importantes. No âmbito de um estudo longitudinal, apresentam-se os dados do primeiro momento, com o objetivo de identificar os níveis de stress percecionado, bem como os valores de resiliência em estudantes do 1º ano do ensino superior de duas instituições geograficamente diferentes (IPB e FPCEUP). Os dados foram recolhidos em Outubro de 2015, no início do ano letivo, junto de uma amostra de 270 estudantes utilizando a *Perceived Stress Scale* (Cohen et al., 1983; Trigo et al., 2010) e a *Resilience Scale* (Wagnil & Young, 1993; Oliveira & Machado, 2011). Os resultados indicaram uma resiliência moderada na maioria dos participantes e baixos valores de stress, sendo a dimensão aceitação de si e da vida um bom preditor do stress. Importa então refletir até que ponto os jovens universitários são resilientes, se os contextos académicos onde se inserem podem funcionar como fatores de risco ou de proteção, e se a acumulação de experiências e o ciclo de vida podem influenciar a resposta individual global e sistémica (corpo-mente).

Palavras-chave: Resiliência; Stress; Estudantes, Ensino Superior.



Abstract

The entry to higher education places challenges that the young student must cope with, in particular the distance from family and new social context where the student need to be included. This experience can elicit stress or depression depending on how the demands are evaluated by the student. Resilience has been considered a protective factor of stress and depression, consisting in the process of coping with adversity and an ability to adjust positively to major stressors. In the context of a longitudinal study, the data from the first moment are presented, aiming to identify perceived stress levels, as well as the values of resilience among first-year students in higher education from two geographically different institutions (IPB and FPCEUP). The data were collected in October 2015, at the beginning of the academic year, on a sample of 270 students and using the Perceived Stress Scale (Cohen et al., 1983; Trigo et al., 2010) and the Resilience Scale (Wagnil & Young, 1993; Oliveira & Machado, 2011). Results indicated a moderate resilience in most participants and low values of stress, being the self-acceptance and life acceptance dimension a good predictor of stress. Data suggested that we must think about how far the university students are resilient, as well if academic contexts where they are included can function as risk or protection factors, and if the accumulation of experience and the life cycle can influence the individual's global and systemic (body-mind) response.

Keywords: Resilience; Stress; Students; Higher Education.



Introdução

Os jovens que ingressam no ensino superior deparam-se na maioria das vezes com a saída de casa dos pais, a distância das suas esferas de referência e uma série de novos desafios aos quais deverão adaptar-se. Esta experiência pode ser geradora de stress, ansiedade ou depressão, dependendo de como o jovem avalia as pressões e exigências. Estudos salientam a estreita ligação da ansiedade aos sintomas de depressão (Pais-Ribeiro et al., 2004), bem como a relação entre resiliência e elevada perceção de stress e depressão (Wagnild & Collins, 2009). A resiliência tem sido definida como um processo de coping com a adversidade, implicando mudança psicológica (Richardson, 2002). Trata-se de um processo complexo que se refere à capacidade para se ajustar positivamente a stressores importantes, estando associada à ideia de força interior, competência, flexibilidade e coping bem sucedido (Wagnild & Collins, 2009).

Não sendo a resiliência um traço de personalidade individual nem um constructo imutável, mas sim um processo psicológico que pode ser desencadeado em determinados momentos de vida, deve ser entendida como uma interação dinâmica entre as características individuais e a complexidade do contexto ecológico (Polleto & Koller, 2008). Assim, Angst (2009) defende que não existe uma pessoa que é resiliente, mas que está resiliente, conforme as escolhas que faz em determinado contexto e podendo ter um papel ativo em busca de recursos em si mesmo e no ambiente que o rodeia para a resolução de conflitos. Na mesma linha de ideias, Masten e Wright (2009) explicam a resiliência como uma capacidade que resulta de um processo dinâmico e evolutivo que varia conforme as circunstâncias, a natureza humana, o contexto e a etapa de vida, e cuja expressão varia de diferentes formas em diferentes culturas.

Segundo Garcia (2001) podem ser considerados três tipos de resiliência: emocional, académica e social. A primeira relaciona-se com experiências que proporcionam sentimentos positivos, nomeadamente, a autoestima, autonomia, autoeficácia, capacitando o indivíduo para lidar com as mudanças e, consequentemente construir um conjunto de estratégias de resolução de problemas. A segunda (académica) foca-se no contexto escolar como potencial espaço para aprender capacidades e habilidades através dos agentes educativos, promovendo competências para lidar com as adversidades. Por fim, a terceira (social) envolve fatores relacionados com o sentimento de pertença, relação afetiva e relacionamento com pais, pares e amigos que possam proporcionar o desenvolvimento de *skills* de resolução de problemas. Os vários estudos de resiliência tornaram claro que apesar da exposição à adversidade, a adaptação positiva e a resiliência envolvem um progresso de crescimento (Masten & Garmezy, 1985; Werner & Smith, 1982; ambos citados por Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Assim as situações adversas contribuem para capacitar o indivíduo de forma a lidar com situações stressantes futuras de forma mais satisfatória, uma vez já experienciado determinado conflito, o nível de stress diminuirá mediante uma situação ou conflito semelhante, fortalecendo-o (Delvan et al., 2010).

A literatura sobre a resiliência enfatiza características pessoais como adaptabilidade, competência social, capacidade de regulação emocional, capacidades de coping eficaz, sentimento de autoeficácia e de autoestima (Anaut, 2005; Cecconello & Koller, 2003) e, simultaneamente, fatores de proteção que modificam a reação à situação que apresenta o risco, ao reduzir o efeito do risco e as reações negativas. Alguns autores (Anaut, 2005;



Benzies & Mychasiuk, 2008; Luthar et al., 2000; Walsh, 2003) agrupam os fatores de proteção em três níveis: primeiro, o nível individual como por exemplo locus de controlo interno, sistema de crenças, autoeficácia, aumento do nível de educação, competências, saúde, temperamento, género, capacidade de fazer planos realistas e tomar medidas para cumpri-los, visão positiva de si mesmo e confiança nas suas forças e habilidades, e habilidades de comunicação e de resolução de problemas; segundo, o nível familiar, nomeadamente estrutura familiar, estabilidade na satisfação conjugal, coesão familiar, interação apoiante entre pais-filho, ambiente estimulante, suporte social, influências da família de origem, situação económica estável e adequada, e ainda, habitação adequada; por fim, o nível social ou comunitário, especificamente a rede de apoio social, experiências de êxito escolar, envolvimento na comunidade, aceitação pela parte dos pares, apoio dos mentores, viver em bairros seguros e ter ensino de qualidade. Nesta perspetiva, os fatores de proteção irão amortecer o efeito do risco e correlativamente, as suas consequências negativas (Oliveira & Machado, 2011).

Paralelamente, são apontados fatores que potenciam o risco de inaptações desenvolvimentais, nomeadamente, elevados níveis de introversão, isolamento, pertencer a minorias, condições de pobreza, ruturas familiares, violência, perdas importantes, experiência de doença crónica, estar num ambiente estranho e/ou culturalmente muito diverso, consumo excessivo de álcool, padrões inseguros de vinculação, ausência de estratégias ativas de coping (Li, 2008; Machado, 2007; Noronha et al., 2009; Oliveira & Machado, 2011). Nesta ótica, a resiliência pode ser encarada como o resultado do equilíbrio desenvolvimental entre fatores de risco e fatores de proteção. Além disso, é enfatizada a visão subjetiva do indivíduo sobre determinada situação, ou seja, a situação é considerada stressante mediante a sua perceção e o significado que a pessoa atribui ao evento stressor. Os eventos considerados de risco são obstáculos individuais ou ambientais que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo dependendo do seu ciclo vital (Yunes, 2003). Assim, a relação do sujeito com eventos stressores passa por distintos graus de ocorrência, intensidade, frequência, duração e severidade, e, desta forma, o impacto é determinado pela maneira como é percebido (Dell’Aglia, Koller, & Yunes, 2006; Polleto & Koller, 2008).

Existem várias relações e associações documentadas na literatura sobre os efeitos positivos da resiliência. A relação entre resiliência e saúde mental é uma delas, e no seu estudo, Hiew e colaboradores (2000) verificaram que a resiliência reduz a intensidade do stress e produz o decréscimo de sinais emocionais negativos como a ansiedade, a depressão ou a raiva, ao mesmo tempo que aumenta a curiosidade e a saúde emocional. Por sua vez, McCarthy, Lambert e Moller (2006) analisaram o papel mediador de dois tipos de recursos psicológicos (capacidade geral para lidar com o stress e capacidade específica para regular o afeto negativo) na relação entre vinculação aos pais e adaptação à universidade, tendo observado o efeito “amortecedor” de ambas as capacidades referidas. Outra variável estudada tem sido a idade e o envelhecimento, e estudos que analisaram a resiliência em adultos idosos sugerem que a resiliência pode aumentar na vida adulta, traduzindo, nesses casos, o efeito dos sucessos anteriores em lidar com a adversidade (Bauman, Adams & Waldo, 2001; Wagnild & Collins, 2009). Foi então observado que envelhecimento “bem-sucedido” ou saudável apresenta uma correlação positiva com a resiliência enquanto o stress diário experienciado revela uma correlação negativa com a resiliência (Byun & Jung, 2016). Numa



investigação com adolescentes mais velhos verificou-se que elevados níveis de resiliência predizem pontuações mais baixas nos níveis de depressão, ansiedade, stress e sintomas obsessivo-compulsivos (Hjemdal et al., 2011).

Uma pesquisa realizada com estudantes de medicina e de psicologia revelou que os estudantes de ambas as licenciaturas apresentavam médias de resiliência e stress psicológico semelhantes, estando 48% dos estudantes de medicina e 55% dos estudantes de psicologia em sofrimento psicológico. Também Bacchi e Licinio (2016) encontraram níveis elevados de resiliência associados a níveis baixos de stress psicológico e ansiedade, enquanto Cazan (2014) constatou, em estudantes, que as características de personalidade resiliente mediavam a relação entre o stress académico e o ajustamento académico. Por fim, o estudo conduzido em estudantes universitários por Oliveira e Machado (2011) apontou para a correlação negativa entre a resiliência e o traço de ansiedade, destacando-se diferenças de género, sendo as raparigas as que se percebiam em média como sendo mais ansiosas do que os rapazes e menos resilientes.

Como já referido, o stress tem surgido associado à resiliência. Contudo é uma parte necessária da aprendizagem de vida e que pode fortalecer o jovem, embora haja limites para a quantidade de stress que é saudável. No contexto académico, são vários os fatores de risco que podem influenciar a saúde mental e bem-estar dos alunos, refletindo-se no seu ajustamento à nova realidade e etapa do seu ciclo de vida. Como já referido, existem diversos fatores que são protetores, contribuindo para o desenvolvimento da resiliência como característica positiva no crescimento individual. Importa, então, refletir até que ponto os jovens universitários são resilientes, se os contextos académicos onde se inserem poderão funcionar como fatores de risco, e se a acumulação de experiências e o ciclo de vida podem influenciar a resposta individual global e sistémica (corpo-mente). Para tal, foi concebido um estudo longitudinal com três momentos (início, meio e fim do ano letivo) com o objetivo de identificar os níveis de stress percebido, ansiedade e depressão, bem como os valores de resiliência em estudantes do 1º ano do ensino superior de duas instituições cujos alunos são provenientes de meios familiares e culturais diversos: Instituto Politécnico de Bragança e Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. A recolha de dados decorreu ao longo do ano letivo 2015-2016, apresentando-se neste estudo apenas a comparação relativa ao primeiro momento.

Metodologia

Participantes

A amostra foi constituída por 270 participantes, sendo 92 alunos Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) e 178 da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), respetivamente dos cursos de Psicologia e de enfermagem, dietética e nutrição, ciências biomédicas e laboratoriais, gerontologia e farmácia. Predomina o sexo feminino (86%), a idade varia entre 18 e 25 anos (Média = 19,00 e D.P. = 1,63), 92% é exclusivamente estudante (nos restantes existem 2% com estatuto de estudante-trabalhador, 4% de atleta e 2% de dirigente associativo). A escolha do curso foi a primeira opção para 69% dos alunos, 58% vem de meio urbano e 42% de meio rural. Embora a maioria nunca tenha exercido qualquer atividade profissional ou de voluntariado (53%),



uma percentagem considerável (47%) já possui experiências de trabalho ou de voluntariado em diversas organizações (ex: Banco Alimentar, Cruz Vermelha, Bombeiros Voluntários, Escuteiros, distribuição de refeições em ONG, apoio a lares ou idosos em hospitais, centros de dia ou colónias de férias, etc.).

Instrumentos

Utilizou-se um questionário através do qual foram recolhidos dados de caracterização sociodemográfica, nomeadamente, idade, género, estatuto (e.g. atleta), meio de onde provém (rural ou urbano), escolha do curso e se possui experiência de trabalho ou de voluntariado, considerando que poderiam influenciar as variáveis em estudo. Para avaliação global do stress utilizou-se o *Perceived Stress Scale – Escala do Stress Percebido* (Cohen et al., 1983; adaptação de Trigo et al., 2010), permitindo determinar até que ponto os acontecimentos de vida são percebidos como indutores do stress, em consequência do seu carácter imprevisível, incontroável ou excessivo. Aplicou-se a versão constituída por 10 itens (PSS-10), em que as respostas são assinaladas mediante uma escala de Likert de 5 pontos que varia entre 0 (nunca) e 5 (muito frequentemente) e os resultados totais oscilam entre 0 e 40 pontos. A resiliência foi avaliada através da *Resilience Scale – Escala de Resiliência* (Wagnild & Young, 1993; adaptação de Oliveira & Machado, 2011), que considera a resiliência através das dimensões: crença acerca da sua própria competência, e aceitação de si mesmo e da vida de modo a promover a adaptação individual. É composta por 25 itens, organizados segundo uma escala de Likert de 7 pontos (o valor 1 correspondente a “discordo totalmente”, o valor 4 correspondente a “não concordo nem discordo”, e o valor 7 corresponde a “concordo totalmente” com a afirmação). Os valores totais podem variar entre 25 e 175, indicando os resultados mais elevados uma maior resiliência (Wagnild, 2009; Wagnild & Young, 1993). Além disso, os autores originais consideram que um valor abaixo dos 121 é considerado indicativo de “reduzida resiliência”, entre 121 e 145 é considerado como “resiliência moderada”, e acima dos 145 é considerado de “moderada-elevada” a “resiliência elevada”.

Procedimento

A recolha dos dados relativa ao primeiro momento decorreu em Outubro 2015 simultaneamente nas duas instituições, em contexto de sala de aula, com autorização do docente da unidade curricular. Inicialmente os participantes foram informados dos objetivos gerais do estudo longitudinal, bem como sobre o anonimato e a confidencialidade dos dados, pedindo a criação de um código pessoal para o estudo longitudinal. Em seguida foram distribuídos os questionários impressos, não tendo existido nenhuma recusa. As recolhas seguintes foram efetuadas on-line ou em papel conforme preferência dos participantes, em Fevereiro/Março e em Maio e 2016, estando ainda em fase de análise de resultados, pelo que neste estudo apenas se utilizam os dados do primeiro momento. Os dados foram tratados através do programa IBM-SPSS 21.

Resultados

No que se refere às variáveis estudadas (Quadro 1), o nível de stress percebido no início do ano letivo (e primeiro momento do estudo longitudinal) pode ser considerada reduzido,



pois situa-se abaixo do valor intermédio da escala possível (20 pontos na escala de 0 a 40), enquanto o nível de resiliência pode ser considerado moderado pois situa-se acima do ponto intermédio da escala (100 na escala de 25 a 175). A dimensão da resiliência competências pessoais é elevada, enquanto a dimensão aceitação de si e da vida é também elevada, mas ligeiramente inferior à primeira dimensão. No que se refere à distribuição do valor total de resiliência por categoria (Quadro 2), verifica-se que 22% da amostra apresenta reduzida resiliência, 58% resiliência moderada e 20% resiliência elevada. Contudo, não observamos a existência de associação entre as categorias de resiliência (reduzida, moderada ou elevada) e as variáveis sociodemográficas. Analisando apenas as correlações entre variáveis diferentes, a idade correlaciona-se de forma positiva e significativa com a aceitação de si e da vida e com o total de resiliência, embora seja uma correlação fraca (Levin & Fox, 2004). O stress apresenta uma correlação significativa negativa fraca com a dimensão competências pessoais e moderada com a dimensão aceitação de si e o total de resiliência.

Quadro 1. Médias e correlações do stress e resiliência

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Idade	Total stress	Competências pessoais	Aceitação de si e da vida
Idade	19	1,63				
Total stress (0-40)	19,6	6,7	-,110			
Competências pessoais (1-7)	5,6	,65	,111	-,402**		
Aceitação de si e da vida (1-7)	4,8	,89	,143*	-,547**	,648**	
Total resiliência (25-175)	132,2	16,9	,139*	-,511**	,931**	,866**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Quadro 2. Frequência e percentagem por categoria do valor total de resiliência

Categoria	Frequência	Percentagem
Resiliência reduzida (abaixo 121)	59	21,9
Resiliência moderada (121-145)	158	58,4
Resiliência moderada elevada a resiliência elevada (acima 145)	53	19,6

Efetuuou-se em seguida uma análise comparativa em função das características sociodemográficas da amostra, não se tendo encontrado uma associação significativa entre estas características e as categorias do total de resiliência. No que se refere às variáveis estatuto de estudante (estudante em exclusividade, trabalhador, atleta ou dirigente associativo), meio de onde provém (rural ou urbano), escolha do curso como primeira opção (sim ou não) e experiência de trabalho ou de voluntariado (sim ou não), também não se encontraram diferenças significativas. Contudo, no que se refere à instituição (Quadro 3), encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão da resiliência *aceitação de si e da vida*, apresentando os estudantes do IPB médias superiores aos da FPCEUP. Por fim, no que se refere ao género (Quadro 4), encontraram-se diferenças estatisticamente significativas apenas no total de stress, apresentando o sexo feminino valores mais elevados.



Quadro 3. Comparação de médias em função da instituição de ensino superior

	FPCEUP	IBP	<i>t Student</i>	<i>p</i>
Total stress (0-40)	19,49	19,66	-,202	,840
Competências pessoais (1-7)	5,55	5,59	-,453	,651
Aceitação de si e da vida (1-7)	4,63	4,93	-2,677	,008**
Total resiliência (25-175)	130,00	133,39	-1,570	,118

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Quadro 4. Comparação de médias em função do género

	Masculino	Feminino	<i>t Student</i>	<i>p</i>
Total stress (0-40)	17,30	19,97	-2,273	,024*
Competências pessoais (1-7)	5,50	5,59	-,750	,454
Aceitação de si e da vida (1-7)	4,85	4,82	-,144	,885
Total resiliência (25-175)	131,32	132,38	-,353	,724

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

A análise de regressão hierárquica (Field, 2009) foi realizada para testar o valor preditivo global da resiliência e das variáveis sociodemográficas (género, idade, meio de proveniência, instituição de ensino superior, estatuto estudante, curso como primeira opção e experiência profissional ou voluntariado) no stress. Colocou-se como primeiro bloco as dimensões de resiliência e como segundo bloco as variáveis sociodemográficas. Nas variáveis sociodemográficas qualitativas foi efetuada a necessária codificação para a regressão: género codificado em masculino=0 e feminino=1; estatuto de estudante trabalhador ou outro codificados em possui =0 e não possui =1; curso ter sido a primeira opção codificado em sim=0 e o não=1; experiência profissional ou voluntariado codificado em sim=0 e não=1; meio de proveniência codificado em rural=0 e urbano=1; e instituição de ensino superior codificada em FPCEUP=0 e IPB=1. Os resultados (Quadro 5) demonstram que o modelo preditivo composto por estes dois blocos é estatisticamente significativo ($F=13,639$ e $p=.000$), com reduzida diferença entre o valor de R e o seu valor ajustado. A resiliência é um preditor do stress, explicando 31%, enquanto as variáveis sociodemográficas não possuem valor preditivo significativo, explicando apenas 4%.

Quadro 5. Valor preditivo da resiliência e variáveis sociodemográficas no stress

Preditores	R^2	$R^2_{Adjusted}$	R^2_{Change}	$F(p)$
Resiliência	,311	,304	,311	39,794 (.000)
Variáveis sociodemográficas	,347	,321	,035	1,984 (.058)

A análise mais detalhada do impacto de cada uma das dimensões da resiliência no stress enquanto variável dependente foi efetuada através da regressão linear pelo método *Stepwise*. Verificou-se (Quadro 6) que a dimensão aceitação de si e da vida é o único preditor significativo do stress, explicando 30%, no sentido negativo (isto é, quanto menos aceitação de si e da vida, mais stress). Concretamente, o aumento de um ponto na dimensão aceitação de si e da vida corresponde à diminuição de 4,1 pontos no total de stress.



Quadro 6. Valor preditivo da resiliência no stress

Preditores	R^2	$R^2\text{Change}$	B	$Beta$	$t(p)$	$F(p)$
Aceitação de si e da vida	,299	,299	-4,109	-,547	-10,690 (,000)	114,268 (,000)

Discussão e Conclusões

Foram encontradas médias elevadas para a resiliência e as suas dimensões (competências pessoais e aceitação de si e da vida) e um baixo valor para o stress percecionado, sugerindo que os estudantes de ambas as instituições não apresentavam sintomas preocupantes no início do ano letivo e demonstravam possuir boas competências pessoais que lhe permitiam fazer face às solicitações nas atuais circunstâncias da sua vida. Tal como no estudo de Oliveira e Machado (2011), foram encontradas algumas diferenças de género, pois as raparigas apresentam tendencialmente uma avaliação mais pessimista, com um nível de stress percecionado mais elevados do que nos rapazes. No que se refere à idade as correlações positivas encontradas com o total de resiliência e a dimensão aceitação de si e da vida são concordantes com a literatura (Wagnild & Collins, 2009), sugerindo que a resiliência pode aumentar na vida adulta, traduzindo, nesses casos, o efeito dos sucessos anteriores em lidar com a adversidade. A relação inversa observada do stress com a resiliência, competências pessoais e aceitação de si e da vida são coerentes com as várias investigações (Bacchi & Licinio, 2016; Byun & Jung, 2016; Cazan, 2014), tendo ainda sido verificado que a dimensão da resiliência aceitação de si e da vida é um bom preditor do stress percecionado, explicando 30%. A resiliência contribui então para reduzir a intensidade do stress, refletindo-se positivamente no decréscimo de sinais negativos como a ansiedade, a depressão ou a raiva (Hjemdal et al., 2011), ao mesmo tempo que aumenta a saúde emocional (Hiew et al., 2000).

Os resultados obtidos permitiram conhecer os níveis de stress e resiliência nos estudantes universitários de duas instituições na fase inicial da sua entrada neste novo contexto académico. No entanto, uma amostra mais equitativa entre rapazes e raparigas ou, noutros períodos do ciclo de vida poderia, eventualmente, conduzir a resultados diversos, motivo pelo qual o estudo foi concebido como longitudinal durante um ano letivo. Importa, agora, acompanhar e perceber se estes estudantes irão manter estes níveis de resiliência e stress ao longo do seu percurso académico quando confrontados com outras exigências e circunstâncias, nomeadamente, contextos de aprendizagem, avaliação, motivação para a aprendizagem, acumulação de experiências e ciclo de vida. Consequentemente, importa refletir de que forma o equilíbrio entre fatores de proteção e de risco contribui para o desenvolvimento de competências de coping e resiliência que amortecem o efeito do risco e as suas consequências negativas (Dell'Aglia et al., 2006). Assim, um ponto importante para se pensar deverá ser a promoção da saúde mental e bem-estar psicológico que poderá contemplar programas que reforçam determinadas características resilientes. Por fim, no caso de os estudantes apresentarem já níveis de stress preocupantes, nomeadamente o aumento ao longo do ano letivo, sugere-se o contexto clínico e neste, a escala de resiliência, acompanhada de questões abertas, pode ser utilizada para discutir a perceção do sujeito na vida (Wagnild & Collins, 2009), pois por vezes diversos motivos levam a que a resiliência



diminua (e.g., doença, ausência do suporte familiar, perdas importantes, solidão, morte de um familiar, estar num ambiente estranho, acumulação de fatores de risco) fazendo todo o sentido a (re)avaliação em diferentes fases da vida. A resiliência pode então, ser considerada como “*um constructo que aponta para um novo modelo de se compreender o desenvolvimento humano – pela dimensão da saúde e não da doença*” (Dell’Aglia et al., 2006, p.13), numa fase da vida em que o estudante se confronta com exigências permanentes no ensino superior, podendo estas potenciar o seu crescimento enquanto pessoa capaz de resistir às adversidades que o mundo profissional lhe pode trazer. Dotar os estudantes do ensino superior para o desenvolvimento de melhor lidarem com o stress, é então um imperativo para futuros profissionais mais saudáveis.

Contato para Correspondência

Natália Vara, Instituto Politécnico de Bragança, Avenida D. Afonso V, 5300-121 Bragança, nvara@ipb.pt

Referências

- Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: uma revisão da literatura. *Psicologia Argumento*, 27(58), 253-260.
- Bacchi, S., & Licinio, J. (2016). Resilience and psychological distress in psychology and medical students. *Academic Psychiatry, online first*, 1-4. DOI: 10.1007/s40596-016-0488-0
- Bauman, S., Adams, J.H., & Waldo, M. (2001). Resilience in the oldest-old. *Counseling and Human Development*, 34(2), 1-19.
- Benzies, K., & Mychasiuk, R. (2008). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child and Family Social Work*, 14, 103 -114.
- Byun, J., & Jung, D. (2016) The influence of daily stress and resilience on successful ageing. *International Nursing Review*, 63(3), 482-489.
- Cazan, A.M. (2014). Academic resilience and academic adjustment for the first year university students. In M. Tomita & S. Cace (Eds.) *Book of proceedings of the Second World Congress on Resilience: From Person to Society* (pp. 321-327), 8-10 May, Timișoara (Romania). Bologna: Medimond.
- Cecconello, A.M., & Koller, S.H. (2003). Avaliação da competência social em crianças em situação de risco. *Psico-USF*, 8(1), 1-9.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396
- Dell’Aglia, D.D., Koller, S.H., & Yunes, M.A.M. (2006). *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção*. S.Paulo: Casa do Psicólogo.
- Delvan, J.S., Becker, A.P. & Braun, K. (2010). Fatores de risco no desenvolvimento de crianças e resiliência: um estudo teórico. *Revista de Psicologia da IMED*, 2(1), 349-357.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*, 3rd ed. London: Sage.
- Garcia, I. (2001). Vulnerabilidade e resiliência. *Adolescência Latinoamericana*, 2, 128-130.
- Hiew, C.C., Mori, T., Shimizu, M., & Tominaga, M. (2000). Measurement of resilience development: preliminary results with a stat-trait resilience inventory. *Journal of Learning & Curriculum Development*, 1, 1-19.
- Hjemdal, O., Vogel, P., Solem, S. Hagen, K., & Stiles, T. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 314-321.
- Levin, J., & Fox, J.A. (2004). *Estatística para ciências humanas*, 9^a ed. São Paulo: Prentice Hall.



- Li, M.H. (2008). Relationships among stress coping, secure attachment, and the trait of resilience among Taiwanese College students. *College Student Journal*, 42(2), 312-325.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Machado, T. S. (2007). Padrões de vinculação aos pais em adolescentes e jovens adultos e adaptação à Universidade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41(2), 5-28.
- Masten, A.S., & Wright M. (2009). Resilience over the lifespan: developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. In J.W. Reich, A. Zautra, & J.S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp.213-237). New York: Guilford Publications.
- McCarthy, C.J., Lambert, R.G., & Moller, N.P. (2006). Preventive resources and emotion regulation expectancies as mediators between attachment and College students' stress outcomes. *International Journal of Stress Management*, 13(1), 1-22.
- Noronha, M.G., Cardoso, P.S., Moraes, T.N., & Centa, M.L. (2009). Resiliência: nova perspetiva na promoção de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(2), 497-506.
- Oliveira, M., & Machado, T. (2011). Tradução e validação da Escala de Resiliência para Estudantes do Ensino Superior. *Análise Psicológica*, 4(24), 579-591.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Polleto, M., & Koller, S.H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e proteção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416.
- Richardson, G.E. (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 307-321.
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, 53, 353-378.
- Wagnil, G.M. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 7(2), 105-113.
- Wagnild, G.M., & Collins, J.A. (2009). Assessing resilience. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47(12), 28-33.
- Wagnild, G.M., & Young, H.M. (1993). Development and Psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Walsh, F. (2003). Family Resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42, 1-18.
- Yunes, M.A. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8 (nº especial), 75-84.



Os adolescentes no Hospital – a realidade da abordagem psicológica nos serviços de Urgência e Internamento

Maria Manuel Nunes de Carvalho

Centro Hospitalar do Oeste

Resumo

A Psicologia Clínica da Saúde tem vindo a desenvolver-se em várias áreas de avaliação e intervenção nas diferentes faixas etárias ao longo do ciclo de vida. A adolescência é uma fase com características muito próprias e específicas que implica a adequação de estratégias de avaliação e intervenção igualmente particulares, tendo em conta as suas especificidades.

Este trabalho reflete a análise e reflexão acerca do papel do Psicólogo junto do Adolescente que ocorre ao Serviço de Urgência e ao Serviço de Internamento numa Instituição Hospitalar. Apresentam-se os dados recolhidos no Centro Hospitalar do Oeste – Unidade de Torres Vedras, ao longo de cinco anos de apoio ao Internamento Pediátrico e dez anos de apoio ao serviço de Urgência Pediátrica, a utentes entre os 10 e os 18 anos de idade.

Pretende-se realizar uma caracterização da população adolescente que foi alvo de avaliação e intervenção psicológica nesta unidade hospitalar, salientando-se vários aspetos, entre eles: o género, a idade, a origem do pedido, o motivo, o tipo de intervenção e o encaminhamento.

Palavras - chave: adolescência; psicologia; saúde



Introdução

O papel da Psicologia Clínica da Saúde contempla a avaliação e intervenção psicológica com recurso a metodologias específicas e adaptadas aos diversos contextos e faixas etárias. Sendo a adolescência uma fase tão específica do ciclo de vida, torna-se primordial uma melhor definição das suas características, com vista a uma melhoria dos cuidados de saúde psicológica prestados a esta população. Segundo critérios definidos pela Organização Mundial de Saúde, decidiu-se considerar adolescentes os indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos.

Integrados em equipas multidisciplinares, os elementos do Serviço de Psicologia Clínica têm vindo a ser solicitados para avaliar e intervir junto dos adolescentes que acorrem ao Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras, cada vez com maior frequência. Após cada solicitação, é realizada a avaliação e intervenção psicológica necessárias e feito um registo próprio, cujos dados se compilam neste trabalho.

Adolescência

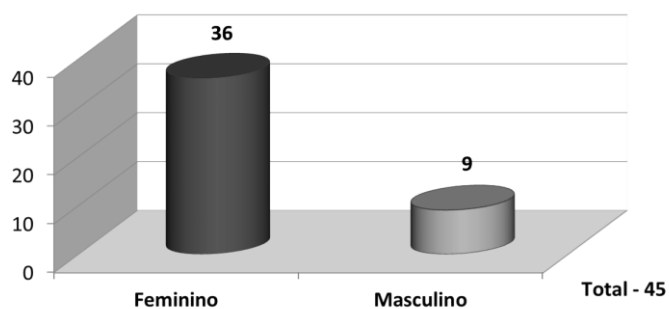
Do latim *adolescere*, esta é uma fase “para crescer” na transição entre a infância e a idade adulta. Implica a realização dum luto do eu infantil, dos pais heróis, do mundo perfeito num zig-zag entre a autonomia e a dependência em busca da identidade e personalidade, através de rituais de passagem mais ou menos explícitos. Envolve inúmeras e intensas mudanças e adaptações, especialmente na relação com o corpo, com os pais e com os pares. Acarreta ainda alterações importantes a vários níveis: biofisiológicas, intelectuais, hormonais, psicológicas e sociais, nem sempre em harmonia. Entre as principais características destacam-se: egocentrismo, idealismo, forte necessidade de reconhecimento e aceitação, entusiasmo, criatividade, radicalidade/sentido de justiça, predominância da linguagem corporal, entre outras.

Os adolescentes no Hospital

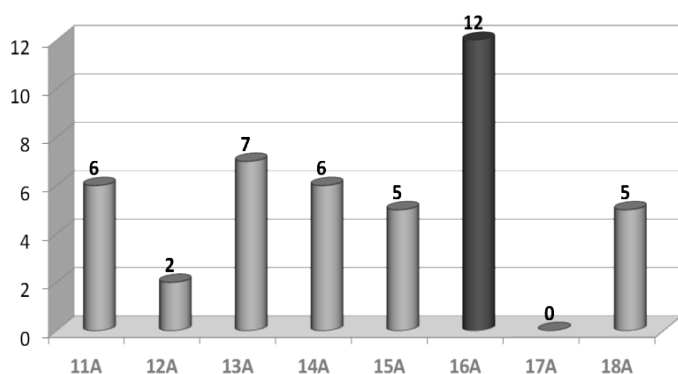
A Psicologia tem tido um contributo único para a saúde pública e é uma importante disciplina no âmbito dos cuidados de saúde, a par de outras disciplinas como a epidemiologia, as ciências laboratoriais e outras ciências biomédicas tradicionais (Snider & Satcher, 1997). Tem tido um papel fundamental na avaliação e intervenção nos comportamentos de saúde e doença e na prevenção do risco. O conhecimento e análise dos dados recolhidos permitirá uma melhor compreensão dos fenómenos subjacentes aos cuidados de saúde prestados aos adolescentes, em que circunstâncias, o seu impacto e consequências.

Os gráficos seguintes correspondem aos dados obtidos após solicitação de intervenção de elemento do Serviço de Psicologia Clínica do Centro Hospitalar do Oeste – Unidade de Torres Vedras, nos Serviços de Internamento, entre 2010 e 2015.

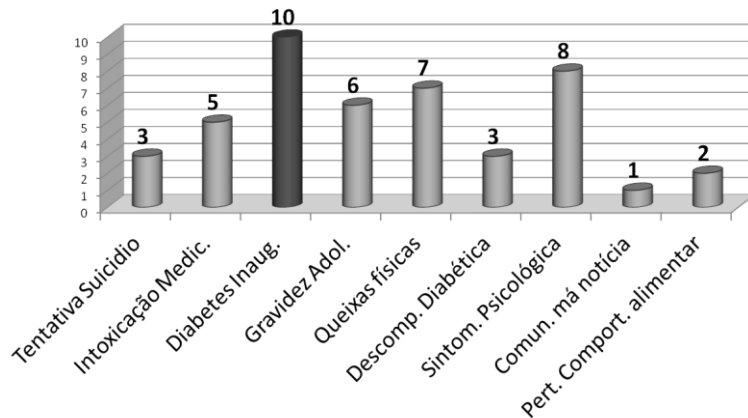
Género

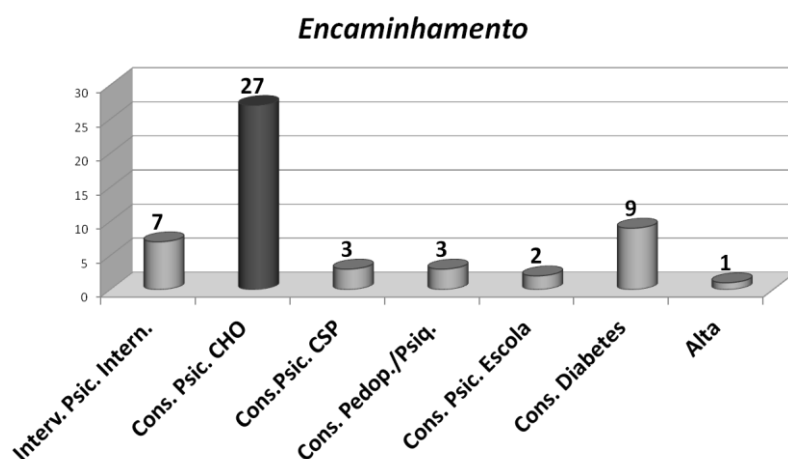
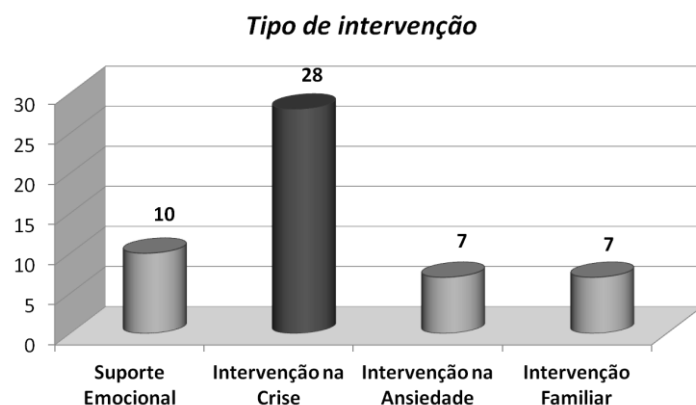


Idade

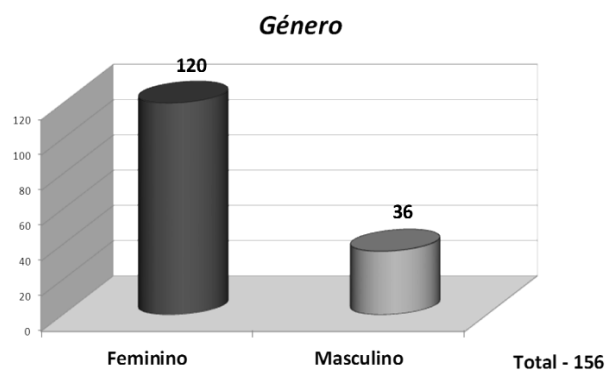


Motivo

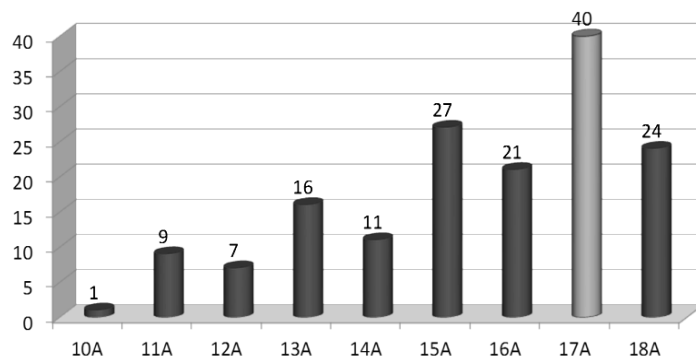




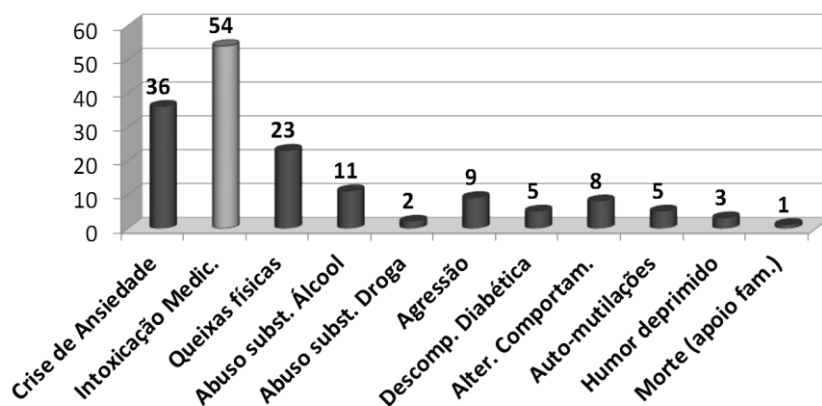
Os gráficos seguintes correspondem aos dados obtidos após solicitação de intervenção de elemento do Serviço de Psicologia Clínica do Centro Hospitalar do Oeste – Unidade de Torres Vedras, no Serviço de Urgência, entre 2005 e 2015.



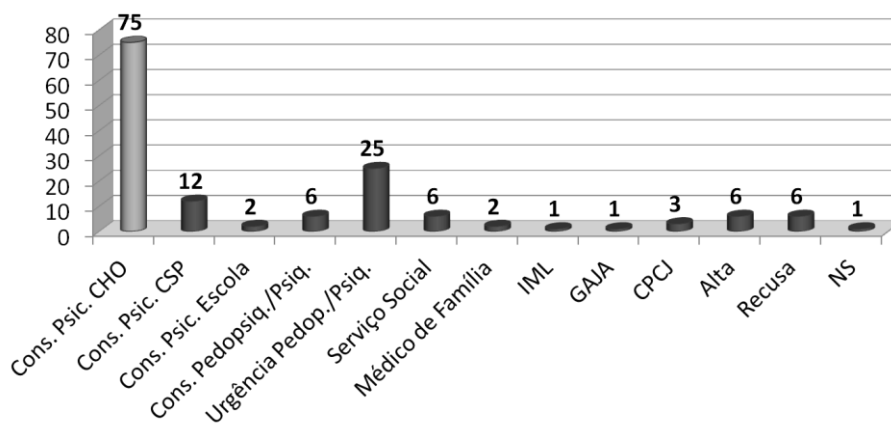
Idade



Motivo



Encaminhamento





Conclusões

Da análise dos dados recolhidos poder-se-á concluir que os pedidos de colaboração do Serviço de Psicologia Clínica junto de Adolescentes surge maioritariamente com raparigas entre os 15-17 anos. No Serviço de Urgência, as situações mais frequentes são tentativas de suicídio e crises de ansiedade. Nos Serviços de Internamento, os principais motivos de solicitação de colaboração surgem em situações de diagnóstico de doença crónica e sintomas psicológicos. A principal metodologia utilizada é a Intervenção na crise e o encaminhamento preferencial é a Consulta de Psicologia Clínica para acompanhamento em ambulatório.

Contacto para Correspondência

Maria Manuel Nunes de Carvalho – mariamncarvalho@gmail.com

Centro Hospitalar do Oeste – Unidade de Torres Vedras

Rua Dr. Aurélio Ricardo Belo

2560-324 Torres Vedras

Referências

- Brown, R.T., Freeman, W.S., Belar, C., Hornyak, L., Rozensky, R., Brown, R.A., Hersch, L., Rickel, A., Sheridan, E. (2002) The role of Psychology in Health Care Delivery. *Professional Psychology : Research and Practice*, Vol.33, Nº6, 536-545.
- Fonseca, H. (2002) *Compreender os Adolescentes* (pp 11-23). Editorial Presença.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2005) *Adolescência e psicopatologia*. Climepsi Editores.
- Matos, A.C. (2002) *Adolescência*. Climepsi Editores.



Reflexões acerca da ansiedade na perspetiva psicológica

Odília D. Cavaco

Instituto Politécnico da Guarda

Resumo

De acordo com Kuhn, cada época tem os seus paradigmas, em função dos quais escolhe os seus construtos e os seus temas de investigação. Atualmente, o conceito de ansiedade é um dos *virtuosos*. Uma questão se impõe: o que é a ansiedade? Na perspetiva psicológica, o que é específico deste conceito? Que tipo de processos ou atividades estão presentes? Partindo da ideia comumente aceite de que a ansiedade é um *estado emocional*, procuramos mostrar que essa definição não é operacional, pois ela não permite distinguir os aspetos psicológicos dos aspetos biofisiológicos; tão pouco permite distinguir a ansiedade *normal* da ansiedade *patológica*. O que é que se encontra alterado nos *transtornos de ansiedade*? Tomando como ponto de partida a teoria cognitivo-comportamental, apresentamos leituras alternativas no sentido de evidenciar a especificidade da perspetiva psicológica, e de procurar inverter o processo de *psicopatologização* da ansiedade a que temos assistido nas últimas décadas.

Keywords: ansiedade; atividade; futuro; projeto.



Abstract

According to Kuhn, each period of time has its own paradigms, which determine the constructs and the subjects of investigation. Nowadays, the concept of anxiety is one of the *virtuous*. A question arises: what is anxiety? From a psychological perspective, what is specific to this concept? What kind of processes or activities are involved in anxiety? Considering the most commonly accepted definition of anxiety as an *emotional state*, we would like to show that this definition is not operational as it does not distinguish the psychological aspects of anxiety from biophysiological aspects, nor the normal anxiety from pathological anxiety. What is changed in “anxiety disorders”? Taking the cognitive-behavioral theory as starting point, we present alternative readings in order to evidence the specificity of the psychological perspective, and reverse the anxiety *psychopathologization* process that has been observed in recent decades.

Keywords: anxiety; activity; future; project.



Introdução

Atualmente, o termo ansiedade é amplamente usado na linguagem científica e na linguagem corrente, e nos mais diversos contextos, escola, trabalho, família. Psicologicamente falando, o que se entende por ansiedade? A ideia mais comumente aceita é a de que a ansiedade é um “estado emocional”. O que significa isso? A ansiedade será emoção, sensação ou sentimento? Ela constitui um processo patológico ou um elemento do projeto de vida? Ela resulta de um “erro cognitivo” ou de uma “hesitação afetiva”? Os designados “transtornos de ansiedade” não seriam melhor entendidos em termos de “transtornos de decisão”? Para respondermos a estas questões, duas preocupações guiarão a nossa análise/reflexão: 1) evidenciar a perspetiva psicológica da ansiedade e distingui-la da perspetiva biofisiológica, e 2) distinguir a ansiedade “normal” da ansiedade “patológica”. Na perspetiva psicológica, três fatores devem ser tidos em conta na compreensão da ansiedade: atividade, futuro e risco. Torna-se necessário inverter o recente fenómeno da “psicopatologização” da ansiedade para um melhor serviço psicológico à comunidade.

Ansiedade: o que a singulariza

Quatro aspetos parecem estar sempre presentes quando se fala de ansiedade (Clark e Watson, 1991, Lang, 1993, *in* Baptista, 2000; Baptista *et al.*, 2005), a saber, que:

- 1) A ansiedade é ou implica uma experiência de desconforto, de mal-estar para a pessoa que a experimenta.
- 2) A ansiedade implica sempre alterações fisiológicas.
- 3) Tais alterações procuram preparar o sujeito para lidar com a situação de modo a resolvê-la.
- 4) Ao nível psicológico, a ansiedade se caracteriza por preocupação, tensão, apreensão, inquietação, incerteza.

Consideremos cada um destes aspetos.

1) Em relação ao primeiro, a ansiedade como uma experiência de desconforto, pode dizer-se que nem sempre é assim. Poderá ser para as emoções negativas mas não para as emoções positivas. Por exemplo, uma pessoa que viaja à descoberta de algo, experimenta sempre algum grau de tensão, apreensão ou incerteza mas que não implica desconforto nem mal-estar, ao contrário, será muito mais prazer e bem-estar que vivencia.

2) Em relação ao segundo aspeto, embora a ansiedade implique sempre algum grau de ativação fisiológica, esta é muito variável dependendo da situação e das emoções presentes. Diríamos que a ativação fisiológica mais elevada está associada às emoções cuja função é a de preparar o indivíduo para a ação (motora) como é o caso do medo, da cólera (raiva) ou do desejo sexual. Mas, quando a função da emoção é mais a de *comunicar* algo, a ativação fisiológica é menor. É o caso da vergonha, a qual favorece o apaziguamento nas situações de conflito, fazendo com que os outros sejam mais indulgentes; ou da cólera, cuja função pode ser também a de intimidar o outro, tornando a luta inútil. A ativação fisiológica é, portanto, um elemento importante da ansiedade mas não certamente o mais característico.

3) O terceiro aspeto encontra-se diretamente relacionado com o segundo, ou seja, se é verdade que as modificações físicas e fisiológicas ocorridas no indivíduo visam prepará-lo para lidar com a situação e resolvê-la, isso não significa que as respostas possíveis sejam unicamente lutar, fugir ou imobilizar-se (os “3 F”). Há aqui demasiada ênfase no aspeto físico (fisiológico e motor) em detrimento do psicológico.

4) O quarto e último aspeto diz respeito à vivência mais “interna” da ansiedade. Os autores utilizam vários termos para caracterizar essa experiência – ânsia, desejo, inquietação, pré-ocupação,



apreensão, tensão, incerteza, dúvida, receio, ameaça. Se atendermos ao sentido destas palavras, não é difícil concluir que todas elas apontam para: *atividade, futuro e risco*.

Atividade, porque a pessoa com ansiedade está a “trabalhar” - o seu corpo e, sobretudo, a sua mente. *Futuro*, porque o conteúdo dessa atividade não é tanto o presente mas o futuro, seja no imediato ou no mediato. *Risco*, porque o que se vier a passar pode ser algo desejável ou temível; pode depender em grande medida das suas ações, ou não; pode aproximá-la dos seus objetivos, ou não.

A ansiedade é experimentada no presente porque os indivíduos antecipam o futuro. E como não fazê-lo?! O ser humano é um ser temporal, não vive apenas o “aqui e agora”, mas também o passado e, sobretudo, o futuro. Isto é o que faz de cada pessoa um ser psicológico. Positivas ou negativas, “realistas” ou “irrealistas”, elevadas ou baixas, o indivíduo constrói e atua em função de expectativas – sempre! LeLord e André (2003) dizem que os pensamentos da ansiedade são “centrés sur le risque de l'événement défavorable incertain: “Quel malheur si ça arrivait!”” (p.178).

Seligman (2007) compara a ansiedade a uma “linguagem mental” que busca continuamente o que pode estar a correr mal; é como a luz intermitente do carro que indica falta de óleo. Desligá-la pode fazer com que o indivíduo se sinta mais distraído e mais confortável durante algum tempo, mas isso pode custar-lhe um novo motor. Apesar do mecanicismo da metáfora de Seligman, ela é útil para realçar o aspeto *comunicativo* da ansiedade (“algo não está bem”), o aspeto *dinâmico* (“é necessário fazer algo”) e o aspeto *temporal* (“fazer planos”). “Fazer planos” e “antecipar possibilidades” implica uma dimensão futura. Futuro imediato e mediato.

Razão versus coração ou os níveis de atividade humana

A dicotomia razão *versus* coração que está presente desde há muito tempo na linguagem comum, tal como o ditado “o coração tem razões que a própria razão desconhece”, e atualizados pela ciência desde o tempo de Descartes, parece fazer todo o sentido de acordo com a Psicologia atual. O problema é que a “razão” é identificada com a atividade “cognitiva” e o “coração” é identificado com a “emoção” e esta com a atividade “afetiva”, donde resulta uma série de equívocos.

O que se entende por “cognitivo” e por “afetivo”? Etimologicamente, “cognitivo” vem do termo latino *cognoscere* que significa conhecer, analisar os dados. Mas, a análise só por si mostra uma realidade que deixa o indivíduo indiferente. É a atividade afetiva (valoração) que permite hierarquizar os elementos e as suas relações fazendo com que essa realidade o *afete*. “Afetividade” deriva do latim *affacere* que significa “o que nos faz fazer” (*ad* = “em direção a” + *facere* = “fazer”). Quer dizer que pela atividade de valoração, o indivíduo é afetado pelo real e levado a agir (Santos, 1993, 2005). Portanto, “agir a partir do que dita o coração” (agir “intuitivamente”, sem pensar, “deixar-se levar pelas emoções”) não significa que os processos cognitivos (de conhecimento) não intervenham. Da mesma forma, “agir pelo que dita a razão” não significa que não intervenha a atividade afetiva ou de valoração.

A razão enquanto atividade abstrata, conscientizável e verbalizável não é apenas uma atividade cognitiva mas também afetiva. Pensar e “razonar” têm a mesma origem etimológica de *ratio*, que significa “pesar”. Pensar é “pesar valores” (Santos & Silva, 1993). Ou seja, também valoramos (atividade afetiva) a realidade de um modo abstrato (Santos, 1982, 1999, 2005). Lutar por um direito ou morrer pela pátria são ações que implicam valores abstratos – sejam morais, religiosos, éticos ou estéticos.

A nossa “razão” (consciente) não sabe tudo sobre nós mesmos (“O coração tem razões que a própria razão desconhece”). A linguagem permite a tomada de consciência de si, e por isso, a distanciação da própria experiência e a libertação do domínio da emoção, graças à capacidade “reflexiva”, que é de nível “inteletivo”, quer dizer, abstrato; e não “cognitivo” como defendem cognitivistas e construtivistas. Mas, a mente consciente pode “aprisionar” o indivíduo. Ou seja, tanto pode acontecer o *domínio da emoção*, que faz com que o indivíduo continue “ligado” à sua experiência imediata sem conseguir a devida distância para poder viver novas experiências (Guidano, 1994, 1995) – daí o benefício das terapias que levam o indivíduo a pensar e verbalizar



as suas experiências de cariz fortemente emocional. Como pode acontecer o *domínio do pensamento* ou reflexão, que leva o indivíduo a minimizar o âmbito da sua experiência imediata. Ou seja, o excesso de concetualização é negativo porque é da experiência imediata que surgem as novas tonalidades da experiência (Santos, 2005; Guidano, 1994; Jesuíno, 1980) – daí o sentido das terapias experienciais.

Se, para sair do domínio da emoção, é necessária a reflexão/concetualização (*Me*) acerca da experiência imediata; para sair do domínio do pensamento ou da mente consciente, é necessário “abrir-se” à experiência imediata (*Eu* ou *I*). Como? Sendo um observador “passivo” da sua própria experiência – é o que se passa no sonho acordado, na fantasia, na meditação, na oração, na esperança e na fé. Estes fenómenos, na medida em que não implicam a representação, são vividos de forma direta e imediata (Varela *et.al.*, 1993; Minkovski, 1995; Cavaco, 1999). Portanto, a “experiência imediata” não inclui apenas o *nível imediato* de atividade. Este corresponde ao eu-aqui-agora – “*Eu existo*” (Minkovski, 1995); “*Pleasant life*” (Seligman, 2008) – nível em que não se pode persistir muito tempo sem que o eu não seja comprometido. Está aqui o risco do indivíduo ficar dominado pelas suas emoções. A “experiência imediata” inclui também o *nível mediato* do desejo – “*Eu tenho*” (Minkovski, 1995); “*Good life*” (Seligman, 2008) – que é um modo de extensão do eu porque implica maior duração (*durée*). O indivíduo pode deter-se mais tempo contemplando o que tem, sem comprometer a sua integridade psíquica. E, finalmente, a “experiência imediata” inclui também o *nível absoluto* da ação ética – “*Eu pertenço a uma comunidade*” (Minkovski, 1995); “*Meaningful life*” (Seligman, 2008) – o que implica a “fusão” do indivíduo com os seus semelhantes. A este nível, o indivíduo ultrapassa o seu egocentrismo. A experiência imediata implica, portanto, em si mesma a dimensão futura, que é a dimensão em profundidade da experiência vivida (Minkovski, *op. cit.*). E, por consequência, implica o nível intelectual da atividade humana e não apenas o nível sensitivo (Santos, 1999, 2005).

O que tem tudo isto a ver com a ansiedade, e com a diferença entre “ansiedade normal” e “ansiedade patológica”?

Ansiedade: atividade, futuro e projeto

Guidano (1994) considera que o reordenamento contínuo da experiência se caracteriza em cada momento por possíveis discrepâncias *I/Me*; o mesmo é dizer lacunas percebidas entre a experiência imediata e a autoconsciência, as quais desafiam os padrões atuais do indivíduo ou a sua organização de significado pessoal (Org. S. P.). A patologia resulta, assim, da dificuldade em integrar a experiência imediata (*I*) no “*Me*” ou autoimagem, e da dificuldade em integrar os aspetos cognitivo e afetivo da experiência. Tomando em consideração as distinções apresentadas acima, podemos dizer que o problema não está entre a cognitividade e a afetividade, uma vez que as duas atividades, embora distintas, são inseparáveis e estão presentes em todos os níveis de atividade, do mais concreto ao mais abstrato. A passagem da ansiedade de “normal” a “patológica” resulta da incapacidade do indivíduo em “mover-se” entre a experiência imediata e a reflexão.

Tendo em conta que a ansiedade é considerada, pela maioria dos autores, como emoção (ou mistura de emoções ou *estado emotivo*), ela é identificada com o processamento automático-inconsciente (nível sensitivo de atividade), excluindo deste modo todas as formas abstratas de valoração (nível intelectual de atividade) e, conseqüentemente, a dimensão futura da experiência humana. O que significa reduzir a experiência humana ao seu nível mais concreto de funcionamento, e reduzir a motivação humana ao binómio prazer-desprazer. Torna-se deste modo difícil compreender a maioria das realizações humanas assim como a própria vivência de continuidade. A vivência de continuidade é comum a todos os humanos saudáveis. Como Guidano tanto o enfatizou em toda a sua obra (1987, 1994, 1995), mais do que uma característica, é o ponto cardeal do que significa ser humano. Ora, a vivência de continuidade só é possível pela decisão (nível intelectual), não pela emoção, a qual é por si mesma passageira. A emoção só é contínua na patologia (Santos, 2005).



Quando um indivíduo está ansioso é porque está dividido entre dois ou mais valores. Não serão as capacidades de tomada de decisão e de iniciativa que estarão comprometidas, mais do que os sentimentos ou as emoções? Essas atividades estão diretamente relacionadas com o projeto pessoal do indivíduo. Se o indivíduo está dividido, não decide; se não decide, não atua; se não atua, não realiza os seus objetivos, o seu projeto (Santos, 1999, 2005). A prova de que a ansiedade está diretamente relacionada com o projeto, e que portanto é algo normal e mesmo desejável, é que quando o indivíduo resolve o seu problema, ou seja, consegue decidir, atuar e atingir o seu objetivo, a ansiedade desaparece (Vaz Serra, 2003). Da mesma forma se explica o facto de recordarmos melhor os fracassos do que os sucessos (Zeigarnick, in Seligman, 2007).

Embora se deva distinguir a psicologia (saúde psicológica) da “psicologia clínica” (intervenção na patologia psicológica) (Santos, 1990), a procura de significado é o grande móbil do ser humano (Guidano, 1995; Mahoney, 1991, 1995; Santos, 1999, 2005; Seligman, 2008, 2011) quer em situação de saúde, quer em situação de patologia. A grande diferença é que no primeiro caso, o indivíduo consegue alcançá-lo e no segundo caso, não. Essa diferença é significativamente manifesta, não tanto ao nível da ansiedade vivenciada (frequência, duração e intensidade), em termos cognitivos, fisiológicos ou motores, pelos indivíduos, mas sobretudo em termos das suas realizações. Nas duas situações, saudável e patológica, o indivíduo pode experimentar grandes níveis de ansiedade porque está em grande *atividade*. Mas, no primeiro caso, é uma atividade orientada para uma finalidade (*projeto*) e que se vai traduzir, no *futuro*, numa realização, materialmente concretizável ou não. No segundo caso, a atividade não se traduz em nenhuma realização. São os sintomas, e não o projeto, o centro da vida do indivíduo.

Se o problema está em atribuir significado à experiência vivida, que sentido tem dizer-se que o indivíduo tem uma “perturbação emocional”? Ou uma “perturbação de ansiedade”? É a capacidade de se emocionar que está perturbada? Não, seguramente. É porque o sistema nervoso autónomo funciona que o indivíduo se manifesta “nervoso”, “ansioso”, “emocionado”. Esses “sintomas” não são o problema, mas o sinal de que há um problema. O problema é *decisional*. O indivíduo hesita por dificuldade em hierarquizar valores, os quais podem implicar elementos conscientes ou inconscientes (daí a importância da tomada de consciência). A hesitação pode dever-se a uma análise insuficiente (aspeto cognitivo) ou a uma apreciação/valoração apressada (aspeto afetivo). Pode significar fuga ao risco ou impossibilidade de decisão. Em qualquer caso, está implicado o nível intelectual (decisão), tanto ou mais que o sensitivo (emoção).

Para concluir

1) Se a ansiedade está diretamente relacionada com o(s) projeto(s) de vida, a sua investigação quer teórica quer clínica, deveria ser prospetiva (para-a-frente) e não tanto retrospectiva (para-trás). O importante é aquilo a que o indivíduo aspira, o que deseja realizar, o que ainda não realizou. E não tanto a frequência, a duração e a intensidade da sua ansiedade no presente.

2) Também deveriam ser objeto de investigação os “casos de sucesso”, quer dizer, os daqueles indivíduos que viveram situações difíceis mas que conseguiram ultrapassá-las, para assim se poder identificar e compreender os fatores implicados. Um excelente exemplo é a vida do físico inglês Stephen Hawking.

3) A ansiedade “normal” devia ser claramente distinguida da “ansiedade patológica”, pois trata-se de processos psicológicos/vivenciais qualitativamente diferentes. Essa diferença deveria estar presente na linguagem científica para nos referirmos a esses diferentes processos – aspeto fundamental para uma *despsicopatologização* da experiência (saudável) da ansiedade.

4) Se a procura de significado é o que há de mais especificamente humano, então esse deveria ser também o grande objetivo de qualquer psicoterapia. Seligman (2007) considera que não é a gravidade das “feridas” que permite prever o stresse mas a resposta do indivíduo. O mesmo autor propõe que as perturbações psicológicas sejam classificadas em função da vivência subjetiva do indivíduo e não em função do estímulo.



5) Psicologicamente, portanto, a ansiedade não é patologia, é projeto. Não é, ou não é só, erro cognitivo, é mais, hesitação afetiva. E, quando se trata de patologia, não é “perturbação da ansiedade”, é “perturbação da decisão”.

Parafraseando Marcel Proust (1987), *nous goutons les fines musiques, les beaux tableaux... mais nous ne savons ce qu'ils ont coûté à ceux qui les inventèrent, d'insomnies, de pleurs, de rires spasmodiques, d'urticaire, d'asthmes... d'une angoisse de mourir...*

Agradecimentos

Agradecemos à Unidade para o Desenvolvimento do Interior (UDI) do Instituto Politécnico da Guarda toda a colaboração prestada na execução deste trabalho - projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) – PEst-OE/EGE/UI4056/2011.

Contacto para Correspondência

Odília D. Cavaco, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico da Guarda (IPG),
Av. Dr. Francisco Sá Carneiro nº50. 6300-559 Guarda, odiliadc@ipg.pt

Referências

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) (5ª Ed.) Washington DC: American Psychiatric Association.
- Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: uma perspetiva evolutiva e desenvolvimental. In I. Soares (Ed.) *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in) adaptativas ao longo da vida*. (Cap. 3) Coimbra: Quarteto Editora.
- Baptista, A. et al. (2005). *O medo, a ansiedade e as suas perturbações*. Retirado de <http://cae.ulusofona.pt/artigos/Psicol%20Barata%20Art.pdf>
- Bergeron, M. (1982). *Psicologia da primeira infância*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Cavaco, O. D. (1999). *A relação eu-outro: dualidade indivisível, unidade indizível*. (Dissertação de mestrado) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Fontaine, O., Kulbertus, H. & Étienne, A. (1998). *Stresse e cardiologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guidano, V. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. NewYork: The Guilford Press.
- Guidano, V. (1994). *El sí-mismo en proceso – Hacia una terapia post-racionalista*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Guidano, V. (1995). A constructivist outline of human knowing processes. In M. Mahoney (Ed.) *Cognitive and constructive psychotherapies. Theories, research and practice*. NewYork: Springer Publishing Company.
- Jesuíno, J. C. (1980). Relações afetivas: as emoções. In J.C. Jesuíno, L.P. Joyce-Moniz, e O.G. Pereira (Ed.) *A criança e o mundo. Antologia de textos de psicologia do desenvolvimento da criança*. Lisboa: Moraes editores.
- Lelord, F. & André C. (2003) *La force des émotions*. Paris: Odile Jacob.
- Kuhn, T. (1970) *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mahoney, M. (1988a). Constructive metatheory I – Basic features and historical foundations. *Internacional Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1-35.
- Mahoney, M. (1988b). Constructive metatheory II – Implications for psychotherapy. *Internacional Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 299-315.
- Mahoney, M. (1991). *Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy*. California: Basic Books.
- Mahoney, M. (1995). *Cognitive and constructive psychotherapies. Theorie, research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Proust, M. (1987). *A la recherche du temps perdu*. Paris: Éditions Robert Laffont.
- Rijo, D. (2000). O constructo de esquema na psicologia e na psicoterapia. In D. Rijo *Avaliação de esquemas precoces mal-adaptativos e psicopatologia – exploração de diferentes metodologias de avaliação*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Sistémica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.



- Santos, A. M. (1982). Em torno da/duma/personalidade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 16, 227-250.
- Santos, A. M. (1988). A outra face possível do stress. *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 233-237.
- Santos, A. M. (1990). Os “outros” factos científicos ou – clínica, a Psicologia? *Psychologica*, 3, 123-142.
- Santos, A. M. (1993). Espiralidade e prática psicológica. *Psychologica*, 10, 39-43.
- Santos, A. M. (1999). Enigma Indecifrável. *Psychologica*, 22, 103-121.
- Santos, A. M. (2005). Em busca do humano. *Biblos, n.s. III*, 11-36.
- Santos, A. M. & Silva, C. F. (1993). *O modelo da pirâmide triangular – para uma psicologia especificamente humana*. Texto de circulação interna da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Seligman, M. (2007). *O que pode mudar. Um guia completo para o autoaperfeiçoamento*. Cascais: Pergaminho.
- Seligman, M. (2008). *Felicidade autêntica: Os princípios da psicologia positiva*. Cascais: Pergaminho.
- Seligman, M. (2011). *Flourish: A new understanding of happiness and well-being – and how to achieve them*. Londres: Nicholas Brealey Publishing.
- Vaz-Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição de autor. Distribuidora Dinapress.
- Vaz-Serra, A. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Lisboa: Vale & Vale Editores.



Treino de Relaxamento e Competências para Lidar com Ansiedade - Grupo Psicoterapêutico

Filipa Baptista¹ & Catarina Vieira²

1. Serviço de Psicologia da ULSAM, Portugal

2. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULSAM

Resumo

Apresentação da experiência clínica de Intervenção Psicoterapêutica em Grupo, de treino de estratégias de relaxamento, desde 2013 até ao presente, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM). Este programa psicoterapêutico, de cariz multidisciplinar, é dinamizado por uma psicóloga clínica e uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria, sendo constituído por 10 sessões terapêuticas, incluindo uma de avaliação inicial e outra final; tem uma periodicidade semanal e duração de 90 minutos, que se dividem em diferentes momentos: a) acolhimento dos participantes e avaliação da semana anterior; b) psicoeducação e promoção de competências; c) ensino e treino de respiração abdominal, de relaxamento muscular progressivo e de relaxamento imagético e d) discussão e avaliação dos aspetos mais significativos da sessão. Até ao momento foram constituídos 13 grupos que perfazem um total de 66 participantes: 57 mulheres e 9 homens, com idades compreendidas entre os 18 e os 71 anos, com Perturbações de Ansiedade. Tem como objetivos: o treino de relaxamento; a promoção de estratégias de *coping*; a melhoria do estado de humor e da qualidade de vida. Paralelamente, é incentivada a adoção de um estilo de vida mais saudável, que inclua atividades físicas e de lazer. Os resultados revelam melhorias clinicamente significativas no estado de humor e bem-estar psicológico, melhoria na perceção da qualidade de vida e elevada satisfação com a participação no programa terapêutico.

Palavras-chave: Psicoeducação; Intervenção em Grupo; Relaxamento; Ansiedade.



Abstract

This work presents the clinical experience of a Psychotherapeutic Intervention Group, based on relaxation techniques training, since 2013 until the present, at Unidade Local de Saúde do Alto Minho's Psychiatry and Mental Health Department, in Santa Luzia Hospital, located in Viana do Castelo. This structured psychotherapeutic intervention is a multidisciplinary program led by a clinical psychologist and a mental health nurse. It has 10 therapeutic sessions, including an initial and one final evaluation (once a week, 90 m.). Each session is divided in different moments: a) welcoming; b) psychoeducation activities and life skills promotion; c) training of breathing technique, progressive muscle relaxation and guided imaginary; d) discussion and evaluation of the most significant aspects of the session. Up to now, there were implemented 13 psychotherapeutic groups, including 66 participants: 57 women and 9 man, aged between 18 and 71 years, with Anxiety Disorders. The main goals are relaxation techniques training, acquisition and development of coping strategies, improvement of mood and quality of life. At the same time, the participants are encouraged to adopt a healthy lifestyle, which includes physical and leisure activities. The results showed clinically significant improvements in mood and psychological well-being, better quality of life, as well as high satisfaction with the participation in the therapeutic program.

Keywords: Psychoeducation; Intervention Group; Relaxation; Anxiety.



Introdução

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida & Xavier, 2013), com uma amostra representativa da população adulta portuguesa, mostra que as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto das pessoas entrevistadas (prevalência anual). Este estudo, coordenado pela Universidade de Harvard e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), demonstra que Portugal tem, em conjunto com a Irlanda do Norte, a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas (22,9%), numa comparação com outros oito países da Europa. O grupo das perturbações da ansiedade é o que apresenta os valores mais altos (16,5%), seguido das perturbações de humor (7,9%). Por outro lado, este estudo refere que as mulheres apresentam maior risco de que os homens de sofrer de perturbações depressivas e de ansiedade. Em relação ao consumo de psicofármacos, este relatório epidemiológico confirma que o nosso país apresenta um elevado consumo de ansiolíticos, muito superior ao verificado em outros países europeus. Nos 12 meses anteriores ao estudo, evidencia-se um consumo elevado quer de ansiolíticos (24,3% das mulheres e 9,8% dos homens) quer de antidepressivos (13,2% das mulheres e 3,9% dos homens) na amostra selecionada.

O documento “Portugal - Saúde Mental em Números - 2015” da Direção Geral de Saúde (DGS, 2016), indica que a proporção de registo de utentes nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) com Perturbações Mentais tem vindo a aumentar nas cinco Regiões de Saúde de Portugal Continental. As proporções mais altas de registo são as de utentes com perturbações depressivas, seguidas das perturbações de ansiedade e, finalmente, de demência.

As perturbações de ansiedade, que são o foco do presente estudo, partilham características de medo e ansiedade excessivos, bem como problemas comportamentais específicos. Segundo o Manual de Diagnóstico de Perturbações Mentais - DSM-5 (APA, 2013), o medo é uma resposta emocional à ameaça iminente, real ou percebida, enquanto que a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura. Frequentemente estes estados sobrepõem-se, mas também se podem diferenciar, estando o medo mais associado a períodos de excitabilidade fisiológica aumentada, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de luta ou fuga, e a ansiedade mais associada a tensão muscular, a um estado de vigilância e a comportamentos de precaução e evitamento. Os ataques de pânico são considerados um tipo específico de resposta ao medo. As várias perturbações de ansiedade diferenciam-se pelo tipo de objetos ou situações que produzem medo, ansiedade, evitamentos e cognições associadas, sendo distintos do medo e ansiedade adaptativos pelo facto de serem excessivos ou persistirem para além do que é esperado em termos desenvolvimentais.

As características principais da Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) são ansiedade e preocupação persistentes e excessivas em vários domínios da vida - familiar, social, escolar ou profissional (que ocorrem na maioria dos dias, com uma duração de pelo menos 6 meses), bem como a existência de, pelo menos 3 sintomas físicos como inquietação ou nervosismo, fadigabilidade, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbação de sono. As pessoas com PAG consideram difícil controlar a sua ansiedade e preocupações, experienciando um sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento psicossocial ou profissional (APA, 2013).

Um estudo de Aires-Gonçalves & Coelho (2005) sobre a PAG nos Cuidados de Saúde Primários alerta para a frequente sobreposição entre as diferentes categorias diagnósticas



nas perturbações de ansiedade, verificando-se comorbilidade com depressão, em algumas fases da doença, podendo existir ainda situações de ansiedade e depressão, ou seja, quadros mistos. Os autores sublinham igualmente que, para além da ansiedade se desenvolver precocemente na vida, está frequentemente associada a outros problemas de saúde, como problemas emocionais e doenças físicas. Neste estudo, os autores indicam que as perturbações de ansiedade podem afetar entre 12 a 22% dos utentes que procuram os CSP, enquanto que a PAG pode afetar entre 2 a 10, 9% da população em geral.

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida & Xavier, 2013) lembra que o tratamento precoce tem uma influência significativa na evolução da maior parte das perturbações mentais e aponta que a PAG é uma das quatro perturbações em que se verifica uma maior percentagem de início de tratamento no primeiro ano (34,3%).

Aires-Gonçalves & Coelho (2005) recomendam um tratamento que inclua farmacoterapia, psicoterapia e uma atitude psicoeducativa na PAG e nas outras perturbações de ansiedade.

O stress, enquanto acontecimento inevitável na existência humana, emerge em diferentes contextos (familiares, sociais, laborais), estando fortemente associado à experiência de ansiedade. Segundo Vaz Serra (2000, p. 262), “um indivíduo sente *stress*, quando considera que *não tem aptidões e recursos* (pessoais ou sociais) para superar o grau de *exigência* que determinada circunstância lhe estabelece e que é considerada *importante* para si. Devido a esse facto desenvolve a *perceção de não ter controlo* sobre essa circunstância”. Segundo o autor, quando isso acontece, a pessoa passa a sentir-se *vulnerável* face a essa circunstância. O stress pode ter um efeito positivo, propulsor de atividades, mas quando é intenso e prolongado, passa a ser prejudicial, como já tinham mostrado os estudos de DeLonguis, Folkman & Lazarus (1988) e de Lazarus & Folkman (1984). Para Vaz Serra (1999) a redução do stress pode ser conseguida através da alteração da relação da pessoa com a circunstância, do desenvolvimento de aptidões e recursos pessoais e da resistência individual ao stress. O exercício físico, o convívio social e a realização de atividades de lazer são também estratégias que podem ser implementadas para melhorar a resistência ao stress. No que diz respeito à aquisição de competências e recursos, salienta-se a importância da aprendizagem de estratégias de *coping*, (i.e., estratégias psicológicas para lidar com as situações de stress e ansiedade). Assim, o *coping* pode ser entendido como os esforços cognitivos e comportamentais que cada indivíduo adota, de modo a ultrapassar as dificuldades externas ou internas causadoras de stress (Lazarus & Folkman, 1984). Entre as diferentes estratégias de *coping* apontam-se: o treino de relaxamento (estratégia de autocontrolo emocional e redução da tensão); estratégias cognitivo-comportamentais, como a reestruturação cognitiva e o treino de autoinstruções positivas (Cruz, 1996; Gonçalves, 1990), bem como estratégias de *coping* ativo (tentativa de resolução ativa do problema ou procura de soluções alternativas); reavaliação positiva da situação; estratégias de planeamento com definição de objetivos e estratégias a implementar; procura de apoio emocional, social ou instrumental; estratégias de auto distração; gestão do tempo, organização do horário e higiene do sono (Dias, Monteiro & Rainho, 2014).

Como foi referido, o relaxamento é uma das estratégias habitualmente implementada nos programas de controlo do stress e ansiedade. Ryman (1995, cit. por Borges & Ferreira, 2013, p. 38) define relaxamento como “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”. Payne (2002) relaciona o relaxamento a



momentos de alívio de tensão, por oposição a momentos de contração muscular, enquanto que Vaz Serra (1999) o descreve como um processo psicofisiológico, que permite uma diminuição da ativação fisiológica, acompanhada de uma sensação de calma, paz e bem-estar. O relaxamento permite ainda um momento de pausa e reflexão sobre a própria existência individual, podendo contribuir para uma reestruturação do significado da vida. Bishop (1994, cit. por Vaz Serra, 1999) afirma que o relaxamento não ajuda só as pessoas a sentirem-se melhor, como pode produzir também efeitos significativos em funções importantes para a saúde. Tendo em vista melhorar a condição física e psicológica, vários autores recomendam técnicas de relaxamento como forma de promoção da qualidade de vida e da saúde mental (Borges & Ferreira, 2013; Moreira, 2012; Pais Ribeiro, et al., 2007; Vaz Serra, 1999).

Existem diferentes formas eficazes de relaxamento, mas neste artigo são abordadas as três que foram utilizadas neste estudo (pela sua importância e facilidade de aplicação a nível hospitalar), de forma integrada e sequencial.

A *Respiração Diafragmática* é uma componente presente em quase todas as técnicas de relaxamento conhecidas, tendo a vantagem de poder ser utilizada isoladamente, e em qualquer lugar ou ocasião, na medida em que os estados de stress envolvem frequentemente alterações respiratórias, nomeadamente a hiperventilação (Dias, Monteiro & Rainho, 2014). O domínio desta técnica requer algumas sessões de treino até que seja feita de forma automática, para que se consiga melhorar a ventilação e diminuir a sensação de falta de ar, frequente em situações ansiogénicas. É solicitado que a pessoa inspire pelo nariz (“cheirar uma rosa”) e expire pela boca (“soprar uma vela”) movimentando a zona abdominal, devendo esta ser expandida ao inspirar e contraída ao expirar.

O *Relaxamento Muscular Progressivo* desenvolvido por Jacobson, em 1938, é das técnicas de relaxamento mais utilizadas (Dias, Monteiro & Rainho, 2014; Gonçalves, 1990; Vaz Serra, 1999) e visa atingir um relaxamento muscular profundo (através da redução da ativação psicofisiológica) e restaurar ou promover o bem-estar físico e psicológico. A técnica consiste em aprender a contrair e a relaxar os diferentes grupos musculares do corpo, de forma a conseguir diferenciar quando os músculos estão tensos e quando estão relaxados (Rissardi & Godoy, 2007). O treino original, assenta na contração e descontração de dezasseis grupos musculares específicos, mas existem versões para sete e quatro grupos musculares. No presente estudo utilizou-se a versão adaptada para sete grupos musculares (Gonçalves, 1990): membros superiores dominantes e não dominantes; face; pescoço; peito; ombros; parte superior das costas e abdómen e membros inferiores dominantes e não dominantes. O terapeuta deve ter o cuidado de explicar bem os procedimentos, adaptando-os às características das pessoas (Borges & Ferreira, 2013), exemplificando os movimentos necessários (por modelagem) e usando um tom de voz calmo e ajustado aos momentos de contração e descontração muscular.

O *Relaxamento Imagético* (cognitivo ou psicológico) é habitualmente utilizado em conjugação com as técnicas de relaxamento progressivo, tendo como apoio guiões de orientação, em que o profissional descreve cenários (reais ou imaginários) tranquilos, geradores de emoções positivas e sensação de paz, apelando para uma exploração multissensorial dos mesmos (visão, audição, olfato, tato e paladar).



Este programa de intervenção psicológica tem como objetivos principais: o ensino e treino de relaxamento e a promoção estratégias de *coping*. Os objetivos específicos são: a capacitação para a gestão do stress; o aumento dos conhecimentos sobre as perturbações de ansiedade e a ativação de estratégias mais adaptativas para lidar com as dificuldades do dia-a-dia. Pretende-se ainda a melhoria do estado de humor e qualidade de vida, através da promoção de competências de relacionamento interpessoal, reforço do suporte psicoafectivo e adoção de um estilo de vida saudável.

Metodologia

Participantes

Até ao presente, foram implementados 13 programas psicoterapêuticos de Treino de Relaxamento e Promoção de Competências, constituídos por pequenos grupos de 4 a 6 utentes. A seleção dos participantes foi feita após referenciação por um profissional de saúde do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) e discutida em reunião de equipa multidisciplinar, tendo sido definidos previamente critérios de inclusão e de exclusão. Foram incluídos adultos com diagnósticos de Perturbação de Ansiedade (incluindo quadros mistos de sintomatologia ansiosa e depressiva), de acordo com os critérios preconizados no DSM-5 (APA, 2013), que apresentam dificuldades em controlar o stress e ansiedade, com prejuízo na sua vida afetiva, relacional ou laboral. Os critérios de exclusão foram: existência de sintomatologia psicótica; deterioração mental ou cognitiva grave e / ou alterações de comportamento que condicionem a participação no grupo; não saber ler ou escrever (pela natureza das atividades propostas) e presença de história atual ou recente de abuso de substâncias psicoativas.

A amostra contempla 66 participantes, 86,4% do género feminino ($n=57$) e 13,6% do género masculino ($n=9$), com idades compreendidas entre os 18 e os 71 anos, sendo a média (M) de 43,4 e o desvio-padrão (DP) 12,2, residentes no distrito de Viana do Castelo. No que se refere ao grau de escolaridade, 12,1% têm o 4º ano ($n=8$); 31,8% têm o 9º ano ($n=21$); 49,9% têm o 12º ano ($n=31$) e 9% são licenciados ($n=6$), com uma média de 10 anos e DP de 3,7. A maioria dos participantes (56,1%) tem uma ocupação laboral ($n=37$); 31,8% estão desempregados ($n=21$); 9,1% estão reformados ($n=6$) e 3% são estudantes ($n=2$). Quanto ao estado civil, 65,2% ($n=43$) são casados ou vivem em união de facto; 24,2% ($n=16$) são solteiros; 9,1% ($n=6$) são divorciados e 1,5% ($n=1$) é viúvo.

Em relação ao motivo de referenciação, 57,6% dos utentes ($n=38$) apresentam Perturbações de Ansiedade (com um predomínio de Ansiedade Generalizada) e 42,4% ($n=28$) apresentam quadros mistos de sintomatologia ansiosa e depressiva.

Instrumentos

Foram selecionadas medidas de avaliação breves (rastreio) da sintomatologia ansiosa e depressiva e da qualidade de vida, habitualmente utilizadas noutros estudos nacionais e internacionais e que são adequadas e adaptadas para a população portuguesa, aplicados na sessão de avaliação inicial (pré-teste) e na sessão final (pós-teste).

Por ser um programa com objetivos eminentemente clínicos, não foi feita uma avaliação pormenorizada da sintomatologia psicopatológica.

- *Ficha de dados sociodemográficos* – para recolha da idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação laboral e local de residência dos participantes.



- "*Hospital Anxiety and Depression Scale*" (HADS) – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar de Zigmond & Snaith, versão portuguesa validada por Pais Ribeiro et al. (2007). Esta escala tem catorze itens (sete avaliam ansiedade e sete avaliam depressão) e permite avaliar de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia física e em tratamento ambulatorio. Apesar de ter sido desenvolvida para utilizar nestes doentes, na atualidade é muito utilizada na investigação e prática clínica para avaliar os níveis de ansiedade e depressão em diversas populações e contextos. É uma escala de autoadministração, de fácil compreensão e rápida, demorando cerca de dez minutos a ser preenchida. As respostas são dadas numa escala de tipo Likert de quatro pontos, que varia entre zero e três (0=baixo; 3=elevado), devendo a pessoa escolher aquela que corresponde à forma como se tem sentido durante a última semana. Os resultados totais de cada subescala variam de zero a vinte e um valores, sendo que a gravidade dos sintomas pode ser classificada como "normal" (0-7); "leve" (8-10); "moderada" (11-15) e "grave" (16-21).

- "*State-Trait Anxiety Inventory*" – STAI – Inventário de Ansiedade Estado-Traço de Spielberger (1983), validado para a população portuguesa por Silva (2003). É um instrumento de autopreenchimento, constituído por duas escalas (traço e estado) de vinte itens cada. As respostas estão formuladas numa escala de tipo Likert de quatro pontos, em que o valor 1 corresponde ao grau mínimo e o valor 4 ao grau máximo de ansiedade. O total obtém-se com a soma dos valores encontrados em cada escala, variando a pontuação total entre vinte e oitenta. A forma Y-1 avalia como o indivíduo se sente "agora" (estado), enquanto a forma Y-2 avalia como o indivíduo se sente "geralmente" (traço).

- Instrumento de *Avaliação da Qualidade de Vida* da OMS – forma abreviada (WHOQOL-Bref), versão em Português, validada por Vaz Serra et al. (2006) - corresponde à versão abreviada do WHOQOL-100, tendo sido criado como forma de se disponibilizar um instrumento de avaliação da qualidade de vida, de aplicação rápida (cerca de quinze minutos), mas que, simultaneamente, refletisse as mesmas facetas da versão original (apesar de agrupadas em domínios diferentes) e mantivesse padrões psicométricos elevados. O WHOQOL-Bref é de autopreenchimento e é constituído por vinte e seis itens, dois dos quais relativos à perceção geral da qualidade de vida e à perceção geral de saúde, e os restantes associados às vinte e quatro facetas específicas presentes no WHOQOL-100, que permitem avaliar a qualidade de vida a partir de quatro domínios diferentes: domínio *físico*; domínio *psicológico*; domínio *relações* e domínio *ambiente*. Os resultados totais de cada domínio estão dispostos num sentido positivo, onde as pontuações mais altas representam uma melhor qualidade de vida.

- *Avaliação da Satisfação com a Participação no Programa* – instrumento de autopreenchimento, construído para o efeito, constituído por duas partes. A primeira avalia numa escala de tipo Likert de cinco pontos (1=nada satisfeito; 5=muito satisfeito) os seguintes itens: a) satisfação com os diferentes profissionais de saúde; b) possibilidade de expor dúvidas, c) clareza das informações recebidas, d) discussão de temas nas sessões, e) condições físicas da sala de intervenção e f) satisfação global com a intervenção. A segunda parte inclui questões abertas como: "O que achei da participação no programa?"; "O que considere mais positivo?"; "O que considere mais negativo?"; "O que acho que se poderia fazer para melhorar esta intervenção?"; "Gostaria de participar noutra Grupo Psicoterapêutico? Sugestões?" e "Observações".



É de registar que no início da implementação deste programa foi utilizado o HADS para avaliação dos utentes ($n=66$), sendo que os instrumentos STAI e WHOQOL-Bref só começaram a ser aplicados a partir do sétimo e oitavo grupo de intervenção, pelo que o número de utentes avaliados é menor ($n=41$; $n=35$, respetivamente).

Procedimentos

Este programa foi planeado e apresentado à Direção do Serviço de Psicologia e do DPSM da ULSAM, sediado no Hospital de Sta. Luzia, em Viana do Castelo, com o objetivo de responder às necessidades dos utentes com sintomatologia ansiosa, sendo implementado consecutivamente, desde 2013 até ao presente. O programa contempla dez sessões semanais, com uma duração de noventa minutos, em que a primeira e a última correspondem aos momentos de avaliação inicial e final. Após a recolha dos dados sociodemográficos e da avaliação psicométrica, as oito sessões psicoterapêuticas, dividiram-se em diferentes momentos e atividades: a) acolhimento dos participantes; b) psicoeducação e treino de estratégias de *coping*; c) treino das diferentes estratégias de relaxamento (de forma integrada) e d) discussão e avaliação dos aspetos mais significativos da sessão e conclusão (ver Tabela 1).

Para a implementação deste programa, foram construídos materiais de informação, como o panfleto sobre o “Programa de Treino de Relaxamento e Promoção de Competências para Lidar com o Stress e a Ansiedade” e o “Guião de Relaxamento”, que inclui a descrição dos procedimentos relativos à Respiração Abdominal (RA), Relaxamento Muscular Progressivo (RMP) e Relaxamento Imagético (RI), bem como materiais de registo e de psicoeducação (que focam algumas estratégias e competências de *coping* abordadas), de apoio à dinamização das sessões. As sessões de treino de relaxamento integrado foram realizadas numa sala preparada para o efeito, num ambiente tranquilo e escurecido, equipado com cadeiras e colchões de espuma e acompanhadas por música calma, com sons da natureza. Foi pedido aos participantes para usarem roupa confortável e garantirem um ambiente silencioso (retirando o som de telemóveis ou outros equipamentos eletrónicos).

Este programa respeita os princípios gerais de ética e deontologia, bem como os definidos pelo Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, de acordo com o Regulamento 258/2011.

Os dados obtidos foram tratados no programa informático SPSS, v. 24 para Windows, recorrendo-se à estatística descritiva e inferencial. Foram utilizados os testes *t de Student* para amostras emparelhadas, na análise das médias antes e após implementação do programa psicoterapêutico e o teste de *Qui-Quadrado* para análise das variáveis nominais das amostras independentes. Todas as análises foram efetuadas com nível de significância de 95%, com distribuição bi-caudal.



Tabela 1:

Programa de Treino de Relaxamento e Promoção de Competências para Lidar com o Stress e Ansiedade

SESSÃO 1 AVALIAÇÃO INICIAL (individual)	1. Acolhimento e apresentação das dinamizadoras; Preenchimento da ficha de dados sociodemográficos; Recolha de informação clínica; Entrega do plano terapêutico individual, cronograma e assinatura do consentimento informado para a participação no grupo; Entrega do panfleto informativo sobre o Programa e esclarecimento de dúvidas. Apresentação dos objetivos gerais e avaliação das expectativas iniciais face à intervenção. Apresentação das vantagens das estratégias de relaxamento, estratégias de <i>coping</i> e promoção de competências de vida. Aplicação das escalas de avaliação psicométrica inicial.
SESSÕES 2-9 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA (em grupo)	2. Apresentação das terapeutas e dos participantes; Atividades de “quebra-gelo”; Psicoeducação sobre as perturbações de ansiedade e os principais sintomas e dificuldades associados. Incentivo para a exploração dos temas abordados e partilha de experiências. Discussão sobre as vantagens do relaxamento. Importância da adesão terapêutica e realização dos exercícios de relaxamento em casa; Ensino e treino da Respiração Abdominal (RA). 3. Avaliação da semana anterior (atividades de vida diárias; atividades de lazer, atividade física; realização dos exercícios de relaxamento, outros...); Discussão sobre “Identificação e Importância da Rede de Suporte Social – Familiares e Amigos”; Tarefas Para Casa (TPC): realização de uma atividade desafiante ou de lazer, selecionada por cada participante, indutora de bem-estar e tranquilidade; Treino da RA; Ensino e treino do Relaxamento Muscular Progressivo (RMP). 4. Discussão sobre a “Importância da Ativação Comportamental”; Espaço para ventilação emocional. Promoção de competências de vida e estratégias de <i>coping</i> mais adequadas; TPC: registo de atividades de bem-estar realizadas; classificação do nível de relaxamento (escala de 0 a 10) e emoções associadas; Treino da RA e do RMP. 5. Discussão sobre “Importância da Ventilação Emocional – várias formas para expressar diferentes emoções”. Promoção de competências interpessoais e estratégias comunicacionais mais adequadas. Ensino e treino de assertividade e estratégias de comunicação eficaz; TPC: registo de “situações problema”, emoções e comportamentos. Treino da RA e do RMP; Indução do Relaxamento Imagético (RI). 6. Psicoeducação sobre diferentes estratégias de resolução de problemas, focadas na emoção e focadas no problema; Discussão sobre “Estratégias de Resolução de Problemas”. Realização de <i>role-play</i> para treino das estratégias; TPC: registo de “situações problema” e comportamentos; Treino da RA, RMP e RI (relaxamento integrado). 7. Psicoeducação sobre “Estratégias para Lidar com a Ansiedade”. Promoção de estratégias de <i>coping</i> mais adequadas; Partilha em grupo dos objetivos selecionados e das estratégias a utilizar; TPC: definição de objetivos, a curto e médio prazo e estratégias (passo a passo) para os atingir. Treino da RA, RMP e RI. 8. Discussão sobre “Estratégias de <i>Coping</i> mais Adaptativas”. Partilha de experiências; Reforço da importância da procura e utilização da rede de suporte afetivo e psicossocial; Identificação do grupo como fonte de suporte emocional; TPC: registo da Rede de Suporte Psicoafetivo e promoção de atividades de lazer; Treino da RA, RMP e RI. 9. Revisão das tarefas realizadas; Avaliação final do programa psicoterapêutico: discussão/reflexão sobre os ganhos obtidos; aspetos positivos/ negativos; recolha de sugestões para melhorar as próximas intervenções; Atividade de convívio e lazer: lanche em grupo. Finalização das sessões terapêuticas.
SESSÃO 10 FINAL (individual)	10. Avaliação final do programa - exploração e análise dos aspetos mais relevantes da intervenção para os participantes. Reforço da importância da continuação da realização dos exercícios de relaxamento e da utilização das estratégias de <i>coping</i> e de resolução de problemas desenvolvidas. Preenchimento da ficha individual de Avaliação da Satisfação do Utente em relação à participação no Programa; Planeamento de sessão de avaliação de seguimento. Aplicação das escalas de avaliação psicométrica final.



Resultados

Os resultados do HADS evidenciam que, quanto à ansiedade, no pré-teste ($n=66$), os participantes apresentavam, um valor médio de 14 pontos ($DP=3$) e no pós-teste ($n=46$), uma média de 11 pontos ($DP=4$), sendo a diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$). Em relação à depressão, no início, apresentavam, uma média de 10 pontos ($DP=3$) e, no pós-teste, uma média de 8 pontos ($DP=5$), diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$) (ver Tabela 2). Os dados obtidos com a STAI indicam uma diminuição do valor médio da ansiedade-estado do pré-teste: 52 ($DP=10$) para o pós-teste: 49 ($DP=14$), embora estatisticamente não significativa ($p=0,086$) e uma diminuição do valor médio da ansiedade-traço do pré-teste: 53 ($DP=8$) para o pós-teste: 51 ($DP=11$), estatisticamente significativa ($p<0,001$).

No que diz respeito à Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref), todos os utentes têm uma perceção positiva global em relação à sua vida e consideram-se satisfeitos (ver Tabela 3), notando-se um aumento do valor médio da avaliação inicial: 72 ($DP=14$) para a avaliação final: 81 ($DP=15$) ($p<0,001$).

A nível da avaliação da eficácia salienta-se o facto de, inicialmente, a maioria dos utentes apresentarem sintomatologia ansiosa moderada (41%) e grave (45%), que representa 86% do total da amostra, sendo que no final, esses valores diminuíram para 15% (ansiedade moderada) e 21% (ansiedade grave), correspondente a 36% da amostra, o que é estatisticamente significativo ($\chi^2= 9,180$, $p<0,05$). O mesmo aconteceu com a variação dos níveis de depressão do pré para o pós-teste pois, antes da intervenção, 30% dos utentes tinham níveis graves e 18% níveis moderados de sintomatologia depressiva (48% no total), baixando para 9% e 6%, respetivamente (15% no total), com benefícios significativos ao nível do bem-estar psicológico ($\chi^2= 17,026$, $p<0,001$).

Na avaliação qualitativa final (Questionário de Satisfação), todos os participantes referem estar muito satisfeitos com a participação no programa, salientando como aspetos mais positivos a aprendizagem e treino de estratégias de relaxamento, a aquisição de estratégias de coping e de competências interpessoais, o aumento da autoestima, autoconfiança e bem-estar psicológico, bem como a participação em mais atividades de convívio e lazer. Nos seus relatos, expressam sobretudo emoções positivas, corroboradas pela vontade de frequentar mais sessões.

Tabela 2:

Distribuição dos utentes, por gravidade de sintomatologia ansiosa e depressiva (HADS).

	HADS Pré-teste ($n=66$)				HADS Pós-teste ($n=46$)			
	Ansiedade		Depressão		Ansiedade		Depressão	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Normal	2	3	18	27	11	17	23	35
Leve	7	11	16	24	10	15	13	30
Moderada	27	41	20	30	10	15	6	9
Grave	30	45	12	18	14	21	4	6
χ^2	9,180*				17,026**			

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

Tabela 3:

Resultados Médios e DP obtidos no HADS; STAI e WHOQOL-Bref, no pré e pós-teste.

HADS – M (DP)		STAI – M (DP)		WHOQOL-Bref
Ansiedade	Depressão	Estado	Traço	M (DP)



Pré-teste	14(3)	10(3)	52 (10)	53 (8)	72 (14)
Pós-teste	11(4)	8(5)	49 (14)	51 (11)	81 (15)
Diferença Pré / Pós-teste	-3	-2	-3	-2	+9
t-student	4,557**	5,454**	1,778	2,621*	4,368**

*p<0,05; **p<0,001

Discussão

Este programa pretende complementar os tratamentos habituais para as perturbações de ansiedade, permitindo uma abordagem mais compreensiva destes utentes.

A utilização de um programa de intervenção integrada, i.e., que combina estratégias de psicoeducação, promoção de estratégias de *coping* e ainda treino de diferentes modalidades de relaxamento, permite uma atuação global com benefícios terapêuticos para os participantes, potenciando resultados mais favoráveis, quer a nível afetivo, quer a nível socio-ocupacional. Os dados obtidos neste trabalho vão de encontro aos resultados publicados em outros estudos (Borges & Ferreira, 2013; Cruz, 1996; Dias, Monteiro & Rainho, 2014; Gonçalves, 1990; Payne, 2002; Ramos, 2001; Vaz Serra, 1999) que indicam que o treino de relaxamento e a promoção de competências psicossociais são eficazes e apresentam-se como uma importante intervenção complementar ao tratamento farmacológico e psicoterapêutico tradicionalmente disponível.

Constata-se uma evolução clinicamente significativa, com diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva, corroborada pela perceção de uma melhor qualidade de vida e bem-estar psicológico nos utentes que beneficiaram desta intervenção psicoterapêutica.

O facto de os utentes participarem ativamente na maioria das sessões do programa é considerado muito positivo e revelador do empenho e satisfação experienciados por todos. A boa adesão terapêutica é ainda demonstrada pelo cumprimento da realização semanal dos exercícios de relaxamento e dos registos cognitivo-comportamentais propostos para casa e pela participação nas atividades físicas, de lazer e interação social programadas.

As profissionais de saúde envolvidas na implementação do programa consideram que esta experiência foi muito enriquecedora, tendo sido alcançados os objetivos clínicos inicialmente propostos, como o aumento do conhecimento sobre as perturbações de ansiedade, desenvolvimento de estratégias para lidar com as dificuldades do quotidiano, melhor desempenho no relacionamento interpessoal, maior autonomia e bem-estar psicológico, para além da aquisição e treino de técnicas de relaxamento, passíveis de serem utilizadas no dia a dia. O presente trabalho, pelas suas características clínicas, tem várias limitações a nível do desenho da investigação, como o facto de alguns instrumentos de avaliação terem sido introduzidos mais tarde, com o desenvolvimento da aplicação e reavaliação deste programa psicoterapêutico. Por outro lado, também não foi feita uma avaliação de *follow up* a todos os utentes, após 3, 6 e 12 meses, como está previsto, sendo este um aspeto a melhorar no futuro. Em jeito de conclusão, podemos considerar esta intervenção como uma mais-valia na abordagem terapêutica destes utentes, sendo importante a sua replicação, bem como avaliações de seguimento para perceber se os benefícios encontrados se mantêm no tempo.



Agradecimentos

Agradece-se ao Dr. Manuel Rosas e ao Prof. Doutor Aníbal Fonte pelo incentivo à implementação deste programa psicoterapêutico e apoio na análise estatística.

Contacto para Correspondência

Filipa Baptista – filipa.baptista@ulsam.min-saude.pt Serviço de Psicologia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Hospital de Sta. Luzia – Viana do Castelo.

Referências

- Aires-Gonçalves, S. & Coelho, R. (2005). Perturbação de Ansiedade Generalizada em Cuidados de Saúde Primários: abordagem e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 65-75.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM5* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Borges, E. & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: Estratégia de intervenção no stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (10), 37-42.
- Caldas de Almeida, J. & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (Vol. 1). Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Cruz, J. (1996). Técnicas e estratégias de controlo do stress e da ansiedade na competição desportiva. *Manual de Psicologia do Desporto*, 567-599.
- DeLongis, A., Folkman, S. & Lazarus, R. (1988). The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 486.
- Dias, J., Monteiro, M. J. & Rainho, M. C. (2014). Gestão de Stresse: Gestão do Tempo, Técnicas de Respiração e Relaxamento. *Práticas Educativas: Teorização e Formas de Intervenção Especializada*, 244.
- Direção Geral da Saúde (2016). *Portugal: Saúde Mental em Números – 2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Gonçalves, O. (1990). *Terapia comportamental: Modelos teóricos e manuais terapêuticos*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer publishing company.
- Moreira, A.C.R. (2012). Uma possível relação entre práticas de relaxamento, qualidade de vida e saúde mental. Dissertação de Mestrado, Escola de Psicologia e Ciências da Vida – Universidade Lusófona, Portugal.
- Pais Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, health & medicine*, 12(2), 225-237.
- Payne, R. (2002). *Técnicas de relaxamento*. Loures: Lusociência.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio: Prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- Regulamento nº 258/2011 de 20 de Abril. Diário da República nº 78/2011 – 2ª série. Lisboa.
- Rissardi, G. & Godoy, M. (2007). Estudo da aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson modificada nas respostas das variáveis cardiovasculares e respiratórias de pacientes hansenianos. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 14(3), 175-180.
- Silva, D. (2003). Inventário de Estado-Traço de Ansiedade. In Gonçalves, M.M., Simões, M.R., Almeida, L. S & Machado, C. (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. I; pp. 45-63). Coimbra: Quarteto.
- Spielberger, C. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. STAI (form Y). ("self-evaluation questionnaire")*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.



- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 261-278.
- Vaz Serra, A., et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, (1), 31-40.



Contribuições da tecnologia digital para a linguagem de indivíduos com PEA

Vilma Mussilene de Araujo Candido¹, Maria da Luz Bernardes Rodrigues Vale Dias¹, & Filomena Maria Gonçalves da Silva Cordeiro Moita²

1. Universidade de Coimbra, Portugal

2. Universidade estadual da Paraíba, Brasil

Resumo

Nas pessoas com PEA (perturbação do espectro autista) a presença de déficit de linguagem é evidente e pesquisas já mostraram que o uso das novas tecnologias da informação tem melhorado a atenção, concentração e aprendizagem, contribuindo para a redução de problemas comportamentais. Com base nessa aproximação às tecnologias, este estudo investiga a utilização do *software Livox* como mediador e promotor da comunicação de uma criança autista com grandes dificuldades de linguagem e interação social. Seguimos, para isso, uma metodologia descritiva e interpretativa do sujeito estudado. Os resultados demonstraram que após a intervenção, em que se utilizou o *software Livox*, o sujeito revelou maior segurança, menos isolamento, maior concentração, além de melhoria em termos de linguagem, com várias tentativas comunicativas. Acreditamos que a partir da experiência positiva desse software, podemos utilizá-lo conjuntamente com um protocolo específico que possa auxiliar na iniciativa comunicativa e na interação social.

Palavras-chave: autismo; comunicação; software interativo



Abstract

In people with ASD (autism spectrum disorder) the presence of language deficit is evident and research has shown that the use of new information technologies has improved attention, concentration and learning, contributing to the reduction of behavioral problems. Based on this approach to technology, this study investigates the use of *Livox* software as a mediator and communication promoter of an autistic child with major difficulties of language and social interaction. To do so, we adopt a descriptive and interpretative methodology of the subject studied. The results showed that after intervention, which used the software *Livox*, the subject showed greater safety, less isolation, higher concentration, and improved in terms of language, with various communication attempts. We believe that from the positive experience of this software, we can use it in conjunction with a specific protocol to assist in communicative initiative and social interaction.

Keywords: autism; communication; interactive software



Introdução

Num sentido mais genérico, a linguagem pode ser classificada como qualquer sistema de sinais de que se valem os indivíduos para se comunicar. Determinante da constituição do sujeito e de sua inserção sociocultural, a linguagem se destaca como um elemento crítico na aquisição de outros sistemas simbólicos como a leitura e a escrita.

É possível encontrar, entretanto, indivíduos que, por comprometimentos cognitivos, motores ou emocionais, são incapazes de desenvolver linguagem ou utilizá-la de forma funcional para fins comunicativos. Nesse grupo, podemos destacar as pessoas com autismo, uma síndrome do desenvolvimento que aparece nos três primeiros anos de vida e afeta o desenvolvimento normal do cérebro relacionado às habilidades sociais de comunicação e da linguagem e aos padrões atípicos de comportamento. Quase um quarto das pessoas com autismo fala minimamente ou não fala.

As dificuldades de comunicação ocorrem em graus variados. Algumas crianças podem falar adequadamente (geralmente, as com *Asperger*), ao passo que outras não conseguem desenvolver habilidades de comunicação. Também ocorre uma linguagem imatura caracterizada por jargão, ecolalia, reversões de pronomes, prosódia anormal, entonação monótona etc. Nesse contexto, um dos focos primordiais nos principais programas de intervenção destinados às pessoas com autismo é a aquisição da linguagem e da comunicação. Essa aquisição deve ser funcional, principalmente no autista, que apresenta, entre outros fatores, déficits na generalização de estímulos.

Considerando a diversidade das necessidades que surgem no universo da população da Educação Especial, bem como a importância dos jogos também para os indivíduos com deficiência, a implementação das pesquisas e práticas profissionais devem identificar as limitações e potencialidades desses sujeitos para o estabelecimento de objetivos de ensino e de atividades ou procedimentos mais eficazes para o contexto educativo e para o desenvolvimento sócio-emocional dos mesmos. (Alves, Guizzo, Paz & Travassos, 2010. p. 42) Pensando nessas necessidades, novas maneiras de estimular a comunicação dessas pessoas estão sendo elaboradas no mundo tecnológico, e para essa nova relação de aprendizagem, é preciso transformar paradigmas.

O computador, atualmente, é um importante mecanismo de auxílio à comunicação e à aprendizagem, por apresentar um ambiente interativo, onde o aluno pode explorar o conhecimento e interagir com ele de forma mais atrativa e prazerosa. Software, internet, jogos eletrônicos, celulares e *tablets* são ferramentas comuns no dia a dia da chamada “geração digital”, e as crianças já as dominam como se fossem velhas conhecidas. Acredita-se que a tecnologia digital, assimilada tão rapidamente pelas pessoas neurotípicas, também é um recurso que auxiliará a comunicação de pessoas com autismo visto que elas também são consideradas nativos digitais.

Além do computador temos o *tablet* que enquanto dispositivo portátil é controlado facilmente por toques dos dedos ou de caneta na tela sensível. Ambos permitem um uso que os torna muito intuitivos e interessantes, especialmente para autistas. Tocar diretamente as figuras ou arrastá-las com o dedo é uma tarefa extremamente simples, rapidamente assimilada.

Assim, considerando esses aspectos, o objetivo do estudo foi o de refletir sobre o uso do software *Livox*, instalado em um *tablet*, e as contribuições dessa tecnologia móvel na



comunicação de uma criança autista que se comunica, raramente, através da fala. A pesquisa teve como meta principal capacitar o participante a solicitar, através do software, algum objeto (alimento, brinquedo, vídeo) desejado e fazê-lo compreender o processo da comunicação.

No que se segue, passamos a descrever algumas das características típicas de pessoas diagnosticadas com autismo, consideradas por nós como relevantes para o presente estudo.

Transtorno do espectro autista

Os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), ou, Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) ou simplesmente Autismo é um grupo de transtornos com causa desconhecida, afetando indivíduos de todas as raças e culturas, com maior incidência em meninos do que meninas. Está entre os transtornos de desenvolvimento mais comuns e compromete três áreas importantes do desenvolvimento, chamadas por Wing e Gould (1979 *apud* Wing, 1993) de tríade de comprometimentos (do inglês, *triad of impairment*), a saber: comunicação (dificuldade em entender e utilizar comunicação verbal e não verbal), sociabilização (dificuldade em se relacionar e criar empatia com outras pessoas) e imaginação (rigidez e inflexibilidade no pensamento, linguagem e comportamento). Este grupo de transtornos é caracterizado por uma grande variabilidade tanto nos sintomas quanto no grau de acometimento, mas apresenta em comum uma interrupção precoce dos processos de sociabilização (Klin, 2006, p. S4). O comprometimento no desenvolvimento pode variar em menor ou maior grau, sendo uma condição que “é vista como um contínuo que vai do grau leve ao severo.” (Padilha, 2008, p. 8).

Em 2013, foi publicada a quinta versão do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, ou seja, a DSM-V. As subdivisões deixam de existir, passando a ser chamado “perturbação do espectro do autismo”, localizado no grupo dos “transtornos do neurodesenvolvimento”. Os níveis de comprometimentos são classificados, agora, como leve, moderado ou grave.

A perturbação é caracterizada por défices persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos, incluindo défices na reciprocidade social, comportamento comunicativos não verbais usados na interação social e capacidade de desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Para além dos défices na comunicação social, o diagnóstico de perturbações do autismo requer a presença de comportamentos, interesses ou atividades restritos e repetitivos (DSM-V, 2013, p. 36).

Isso quer dizer que extinguiu-se assim, as subcategorias, passando o autismo a ser caracterizado em apenas dois domínios: comunicação social (dificuldades da interação social e comunicação) e comportamentos e interesses restritos e estereotipados.

Percebe-se, nestes indivíduos, a obsessão por sistemas como máquinas, computadores e eletrônicos. Esse é um aspecto importante na mediação tecnológica que retomaremos adiante.



Interface e interação

Podemos entender as tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC) como um conjunto de todas as atividades e soluções abastecidas por recursos de computação, que visam ao armazenamento, ao acesso e ao uso das informações, ou seja, são tecnologias usadas para reunir, distribuir e compartilhar informações, das mais diversas formas, na indústria, no comércio, no setor de investimentos e na educação, tanto no processo de ensino aprendizagem quanto na educação a distância.

Atualmente, os que não têm acesso ao mundo virtual podem ser considerados “analfabetos digitais” (Moran, 2004), e suas oportunidades profissionais, culturais e educacionais são reduzidas. Uma das áreas mais favorecidas foi a educacional, que passou a ser vista como potencializadora dos processos de ensino- aprendizagem - comunicação entre as pessoas e, em especial, as que apresentam algum tipo de necessidade educativa especial. Verificamos que muitas das pessoas com necessidades educativas especiais podem utilizar estes dispositivos e é notório o seu interesse pelos mesmos já que eles se enquadram no grupo dos chamados “nativos digitais” (Prensky, 2001).

Para Moita (2007), o computador enquanto interface e os aplicativos como os games proporcionam um contexto repleto de mediações e significados, que dão sentido às imagens-sons-narrativas à medida que elas são imbricadas com suas práticas cotidianas.

Dessa forma o computador é um importante mecanismo de auxílio à aprendizagem, por apresentar um ambiente interativo, onde o aluno pode explorar o conhecimento e interagir com ele de forma mais atrativa e prazerosa.

Segundo, Moita et al (2011), aqueles artefatos digitais facilitam a sociabilidade, além de estarem ligados a aspectos como: prazer, lúdico, desejos, interesses, e não estão imbricados com as exigências do currículo escolar onde tudo isso é disposto em função das reivindicações da sociedade. Para a autora, estes conhecimentos têm a ver com as necessidades e exigências do jovem jogador, as necessidades e intencionalidades da vida dele/dela (Moita, 2007).

Essas tecnologias digitais, em particular, os *softwares* educativos, podem ser bem sucedidos no ensino de pessoas autistas. O uso desses dispositivos móveis no currículo educacional vem facilitando a aprendizagem significativa porque vai além dos limites físicos e temporais de uma sala de aula tradicional.

Para Moura (2012), a escola não pode ficar ausente da evolução que estamos vivendo. Uma evolução que permeia todos os ambientes tanto públicos quanto privados. A integração dos dispositivos móveis é uma questão emergente uma vez que se pode verificar o uso nas mais diversas atividades, como fotografia, comunicação por voz, por texto e por vídeo, agendas, gerenciamento de tarefas, leitura de livros, entretenimento, socialização em redes sociais, atividades de terapia operacional e fisioterapia entre outras. Ou seja, esses mecanismos estão a serviço da sociedade e utilizadas por pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento.

Percebe-se assim que, o objeto em estudo, o software *Livox*, foi produzido numa perspectiva *learning*, pois é utilizado especificamente em *tablets*, e pela dinâmica de uso desse aparelho, deixa o software muito intuitivo e interessante, permitindo que o aluno se comunique e aprenda quando e onde quiser.



Como se sabe, as maiores dificuldades dos autistas consistem em dominar a interação e a comunicação. As crianças com autismo têm dificuldade de compreender o modo como funcionam a comunicação e as relações sociais e não sentem satisfação nessas atividades. Isso significa que eles não só falham em comunicar como não estão motivados para fazê-lo. Então, o melhor modo de garantir que essas crianças possam se comunicar eficientemente é estimulando uma comunicação multimodal, isto é, através de vários meios de comunicação. Por exemplo, a criança tem um quadro de comunicação, mas também sabe utilizar os gestos para comunicar ou o teclado do computador para digitar o que quer comunicar. Assim, se não tiver um dos recursos, continuará conseguindo se comunicar.

Conhecendo o sujeito em estudo

Este estudo foi realizado com uma criança de nacionalidade brasileira, com 8 anos, do sexo masculino, de nível socioeconômico médio, e que reside em Campina Grande- PB, cujo pseudônimo é Alberto e que, por ser menor de idade, teve sua identidade preservada.

Alberto foi diagnosticado tendo Perturbações do Espectro do Autismo aos dois anos e meio. Na época do diagnóstico mostrava-se muito irritado, averso ao contato social e a única forma de comunicação que apresentava era através do choro. Quando queria alguma coisa, usava as pessoas como ferramenta para obter o item desejado. A partir dos três anos de idade, foi estimulado através de terapias da fala, terapia ocupacional, psicologia e escola regular.

Suas maiores dificuldades relacionadas ao autismo estão na área de comunicação. Ele fala pouco e se comunica por meio de palavras isoladas. Compreende ordens verbais simples e apresenta dificuldades na compreensão de ordens complexas e de conceitos abstratos, razão por que precisa de explicações mais simples e diretas.

Aprendeu a ler num *setting* terapêutico⁷, organizado num cômodo da sua casa e tendo como profissional atuante a própria mãe, porém ainda tem dificuldades de construção de textos e de compreender aquilo que lê.

Apesar do diagnóstico, tem uma facilidade para lidar com as tecnologias digitais, comprovando assim que pessoas com necessidades educativas especiais (NEE) podem beneficiar-se do uso de dispositivos digitais, já que é notório o interesse pelo mundo digital, enquadrando-os assim, no grupo dos chamados "nativos digitais" (Prensky, 2001). É alfabetizado e apresenta comportamento socialmente aceito e organizado, com algumas estereotipias motoras, que são facilmente interrompidas quando lhe é solicitado.

Estratégias de Comunicação anteriores ao *Livox*

As crianças autistas apresentam défices ao nível da capacidade da utilização da linguagem, enquanto meio de comunicação social. Manifestam "défices na aquisição do sistema linguístico bem como na sua utilização" (Folgado, 2013, p.62). Com essa afirmativa, pode-se dizer que apresentam dificuldades de compreensão e uso de regras fonológicas, morfológicas, sintáticas, semânticas, assim como as regras pragmáticas.

⁷*Setting* terapêutico ou lugar psicoterápico é o nome dado a uma sala reservada para atender, normalmente, por apenas um profissional, a crianças com dificuldades, sejam elas sociais, emocionais ou educacionais, referentes a atividades da vida diária.



As primeiras tentativas de comunicação do sujeito em estudo se deram através de choro e birras. Ao passar do tempo foi se alterando para o uso dos familiares como ferramentas, ou seja, pegava na mão da pessoa e a conduzia até o objeto desejado.

Para que ele adquirisse uma comunicação significativa, foi estimulado a falar a partir de dois programas. Primeiramente, recorreu-se ao *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* (Teacch), centrando sua intervenção no estímulo a comunicação, a organização e a partilha social. Com o estímulo do programa TECCH, durante quatro anos, a criança apresentou consideráveis ganhos em se tratando de socialização, comportamento, cognição. A partir do jogo de imagens, conseguiu desenvolver estratégias para nomear infinitas figuras e objetos, porém a comunicação não caminhou em conjunto. Estava “robotizado”. Mais tarde, passou a ser encorajado a partir do *Picture Exchange Communication System* (PECS), que é um sistema de comunicação que ressalta a relação interpessoal, em que ocorre um ato comunicativo entre o indivíduo com dificuldades de fala e um adulto, por troca de figuras, cujo objetivo de intervenção aumentativa / alternativa é, a partir de recursos visuais, aumentar a intenção comunicativa do sujeito. Tudo funciona por ensinar uma pessoa a dar uma imagem de um item desejado para um sócio “comunicativo”, que imediatamente entende a troca da imagem como um pedido. O sistema passa a ensinar a discriminação de imagens e como colocá-las juntas em frases. Nas fases mais avançadas, as pessoas são ensinadas a responder a perguntas e comentários.

O sujeito entendeu muito facilmente a lógica da troca de figuras, possibilitando a interação entre o pensamento e a linguagem e com isso, conseguiu se comunicar não só com as pessoas de casa, mas também em diversos ambientes sociais. O PECS demonstrou uma grande variedade de comunicação para as suas dificuldades cognitivas. Porém, apresentou pontos negativos. Se comunicar estava ficando trabalhoso. Se ele queria um biscoito, tinha que ser tirada uma foto, recortada, plastificada e colada num fichário, o qual, a cada dia, ia ficando mais volumoso, com uma quantidade enorme de figuras distribuídas em várias categorias. Além disso, era preciso andar por todos os lugares com esse fichário, que é incomodo e que, muitas vezes, chama à atenção das pessoas, tornando o sujeito objeto de olhares e comentários.

Segundo Cohen & Warren (1985), “a família sente-se, então, frustrada e diminuída frente ao meio, passando o esforço dos pais e da criança a ser desvalorizados” (p. 8).

Metodologia

Apesar do prejuízo nas relações sociais, na comunicação e condutas estereotipadas, percebeu-se o potencial significativo apresentado por esse sujeito, se lhe forem dadas as ferramentas necessárias para sua evolução. O meio tecnológico digital, certamente, poderia ser um aliado nesta busca por uma comunicação mais funcional.

Sendo assim, foi feita a opção de utilizar o *software Livox* e tentar verificar se, com ele, mesmo sem um protocolo comunicativo, haveria um melhor desempenho na iniciativa comunicativa. Para isso, a melhor forma de fazer essa pesquisa foi através de um estudo de caso.



Segundo Triviños (1987, p. 133), “o estudo de caso é uma categoria de pesquisa cujo objetivo é a unidade que se analisa com aprofundamento e entre os tipos de pesquisas qualitativas característicos talvez o estudo de caso seja um dos mais relevantes”.

Adotamos aqui o estudo de caso instrumental, com caráter qualitativo, ou seja, os fatos foram descritos e só posteriormente foram analisados.

A coleta de dados foi realizada na casa do sujeito, durante quatro sessões de estímulos à fala, de, aproximadamente, 20 minutos, utilizando-se do software Livox. Tais sessões não foram previamente organizadas, visto que o objetivo era de que a pesquisadora e a criança mantivessem uma relação intersubjetiva a partir do processo enunciativo que se construía durante a terapia. A metodologia de intervenção utilizada foi o Ensino Naturalístico (EN), que é um modelo geral de intervenção em linguagem que inclui diversos programas de tratamento (Cunha, 1997).

Citado por Gomes & Nunes (2014),

os elementos comuns a esses programas são: a) o uso de reforçadores indicados pelo aprendiz; b) interesse da criança, considerada como fio condutor no processo de aprendizagem; c) as contingências do meio natural, utilizadas para o aumento na frequência de emissões de respostas desejadas; d) a ênfase dada à competência comunicativa do educando em vez da linguagem *per se*; e e) o ensino realizado durante atividades cotidianas em contextos naturais. (p.146)

Derivadas dessa abordagem naturalística, as estratégias que permitem a criança aumentar a frequência de interação com pessoas e objetos do seu meio, segundo Cunha (1997), são: o arranjo ambiental, o modelo dirigido à criança, o mando e a espera.

Para essa pesquisa, organizamos essas estratégias da seguinte forma:

1. Arranjo ambiental: no quarto da criança foi organizada uma mesinha de forma que o ambiente não apresentasse nenhum outro objeto de distração a não ser o *tablet* disposto em seu campo visual, mas fora do seu alcance.
2. Mando com a tecnologia: a pesquisadora tece comentários, formula perguntas e faz solicitações, usando simultaneamente a linguagem oral e o sistema do software Livox.
3. Modelo: oferecer ajuda física com objetivo de guiar o sujeito a interagir com o aplicativo e ao mesmo tempo com a pesquisadora.
4. Espera: A investigadora aguarda, de forma silenciosa, a primeira reação do sujeito e acata sua decisão final.

Ao final, foram observados todos os vídeos e feita a análise com o fim de verificar se o uso do software poderia trazer benefícios para a fala e iniciativa comunicativa do sujeito. Fazê-lo compreender que a comunicação é fundamental ao desenvolvimento de toda e qualquer pessoa humana e que, com essa aquisição, ela se constituirá como sujeito da linguagem é nosso maior desafio.

Análise e discussão dos dados

O objetivo geral desse estudo foi avaliar os efeitos do *software Livox* nas interações comunicativas entre o sujeito e a pesquisadora.

A partir desse objetivo, surgiram duas questões norteadoras:

1. Qual a repercussão do software na relação entre o sujeito e a pesquisadora a partir das estratégias de ensino aplicadas?
2. Quais os efeitos do software Livox na iniciativa comunicativa do sujeito?

As respostas vieram após sessões, com a análise dos vídeos gravados.

Quanto aos efeitos, destaca-se o fato de antes da utilização do software, o sujeito nem parar para escutar o que o “outro” falava. Esse fato foi, particularmente, comprovado durante as quatro sessões. Exploraremos aqui apenas algumas falas que achamos importantes, de cada sessão.

Na primeira sessão, percebe-se a receptividade do sujeito e o interesse em explorar o software. O emprego das estratégias de *mando* e o *arranjo ambiental* foram cruciais para uma maior tranquilidade e receptividade da criança.

“- Olha o que eu trouxe para você! Um tablet! (Aponta para o tablet, sorri e balança as mãos rapidamente).

- Vou lhe mostrar o Livox. Quando você quiser pedir algo, escolhe a figura e toca nela, combinado?

- Combinado.”

O gráfico abaixo mostra um resumo das sessões e as reações do sujeito:

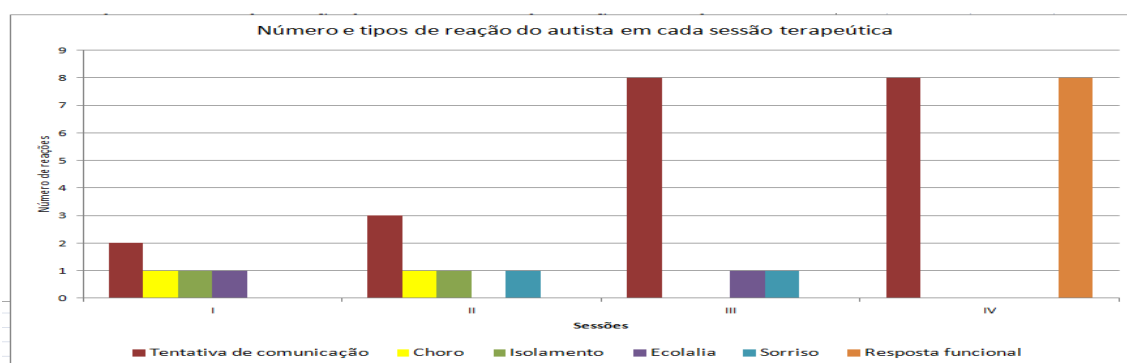


Gráfico 1: Reações percebidas durante as sessões.

Fonte: arquivos das observações realizadas durante a pesquisa.

Observa-se a partir do gráfico que na **primeira** sessão Alberto, apesar de estar conectado, tem dificuldades de expressar seus desejos, ou, o que acreditamos ser mais provável, não percebe o seu interlocutor como intencional. Apresentou choro, isolamento e ecolalia. Isso indicaria que tem dificuldade de construir a comunicação. Apesar dessa incapacidade comunicativa, ele se beneficiou do ambiente físico organizado (*arranjo ambiental*) para, conforme evidenciado na literatura, iniciar uma interação social (Nunes, 1992).



De acordo com Benveniste (1991), a consciência de si mesmo, na qualidade de processo de subjetivação (alteridade), ocorre em relação a um *tu*. A teoria *enunciativa* tratará dos mecanismos linguísticos, os quais esse *eu* utilizará para passar de locutor a sujeito, ou seja, um “eu” na língua. O domínio limitado que possui do sistema linguístico, ou seja, o fato da criança não falar, fragiliza sua posição como locutor e, como consequência, a passagem de locutor a sujeito. No entanto, se percebe que o *Livox* se mostrou interessante para ele e pode ser um canal para essa comunicação.

Na **segunda** sessão, como mostra o gráfico, o choro e o isolamento ainda aconteceram, porém ele já estava mais integrado e tranquilo, chegando a esboçar sorrisos.

“- Precisamos conversar. Veja o Livox. O que você gostaria de fazer?

- Youtube.

- Tudo bem, você terá o youtube, mas, primeiro, vamos ver o que você estudou na escola hoje?

(Mostra o software para Alberto, ajuda-o a manusear e escolher o que quer fazer).

Ele vai para a sessão: “Eu quero estudar”, abre em Ciências. (Vamos estudar as partes da planta).

- Vamos estudar as partes das plantas (ecolalia).

A pesquisadora apresenta nesta sessão o *mando* com a tecnologia e o *modelo*, que são vistos na cena: *“O que você gosta de fazer?” e “Tudo bem, você terá o youtube, mas, primeiro, vamos ver o que você estudou na escola hoje? (Mostra o software para Alberto, ajuda-o a manusear e escolher o que quer fazer)”*.

Alberto demonstra, agora, indícios de que intenciona se comunicar num nível dialético, ao prestar atenção ao meio e compreender as metas das ações do outro, e já demonstrou intenção de construir metas próprias. Nos sujeitos autistas percebemos pouca simbolização da comunicação o que não os faz investir no diálogo com o outro de forma usual. Isso se refere à dificuldade de ocupar a posição de um “eu” na discussão.

Na **terceira** sessão, pode-se perceber que Alberto já reconheceu a função do software *Livox* e, como mostra o trecho do diálogo, consegue utilizá-lo com função comunicativa.

“- Bom dia, Alberto. Vamos pegar o tablet para conversar?

Silêncio...

- O que você quer fazer hoje?

- Jogo.

- Legal! Você quer jogar o quê?

- Super Mário Bros3.”

“- O que você quer fazer? (Toca na tecla “Eu quero comer”. Não fala, mas clica em: “Eu quero comer biscoito”. São oferecidos dois biscoitos e aguardado que ele coma).

- E agora, vamos estudar Inglês? (Silêncio. Clica em “estudar inglês”).

É visto também, por parte da pesquisadora, a estratégia da *espera*, dando a oportunidade do sujeito pensar e ainda respeitando seu tempo de ação. Apesar de não usar a linguagem verbal, o sujeito consegue demonstrar intenção comunicativa, pois se utiliza da ferramenta digital para se fazer entender. Pontos importantes merecem ser destacados: o sujeito não apresentou choro, birra nem isolamento e mostrou-se mais ativo e participativo na maioria das vezes. Por outro lado, a definição das metas para agir e tornar-se um agente intencional



ainda depende do mediador. É preciso a aquisição de mecanismos enunciativos de instauração do sujeito no discurso (Silva, 2007).

Finalmente, na **quarta** sessão, o Alberto estava bem conectado, disposto a iniciar e permanecer em uma comunicação, pois percebeu que, com ajuda do software, ele se fazia entender. Não apresentou nenhum comportamento impróprio e ainda tomou iniciativa para escolher o que queria fazer. Para facilitar e oportunizar o aluno a tomar iniciativas, foi apresentado, em alguns momentos, o *modelo*, a *espera* e o *mando* com a tecnologia. Vale ressaltar o aumento de turnos verbais/vocais associados ao uso do software.

“- O que você quer fazer?(Clica em “youtube”).

- Youtube é só no final, combinado? Vamos ver quem são as pessoas da sua família? (Alberto é induzido a clicar em “pessoas da família”. Começa a falar o nome das pessoas da família e só depois clica para ouvir o Livox. Alberto não se reconhece como sujeito da ação).

- Que legal! Qual o nome da sua mãe? (Fala o nome correto da mãe e segue respondendo o nome de todos da família).

- Que maravilha! Sua família é linda!

Por fim, os resultados indicam que, ao longo das sessões, Alberto desenvolveu um nível de interação cada vez maior. Iniciou como isolado, passou para passivo e, posteriormente, quase chegou, apesar de poucas vezes, a iniciar uma intenção comunicativa. O que leva a concluir que o sujeito da nossa pesquisa tem potencial comunicativo, que tem algo a dizer e que de fato dizia, embora em alguns momentos o fizesse de modo estranho, com choros, silêncio ou ecolalias. Os resultados também indicam que o *Livox* deu-lhe a chance de mostrar seus sentimentos, expressar suas emoções e interagir com o interlocutor, oportunizando - o que corrobora o mecanismo enunciativo afirmado por Silva (2007) para o processo de aquisição de linguagem.

Considerações finais

Existem diversos programas de comunicação aumentativa e alternativa para indivíduos com autismo e/ou dificuldades de fala, porém não existe, até ao momento, um que seja capaz de atender as necessidades desses sujeitos de forma simples, dinâmica e eficaz.

Sendo assim, para tentar preencher essas lacunas de comunicação, realizou-se este estudo e verificou-se que a utilização do software *Livox*, dentro do dispositivo móvel *tablet*, com a pessoa autista, pode ser considerada uma mais valia e fazer a diferença na aquisição da linguagem e de habilidades sociais, porquanto contribui, de forma relevante, para o seu desenvolvimento da comunicação e estimulação cognitiva. Porém, é preciso se fazer uma ressalva de que, pelo menos no início, quando a criança está descobrindo o uso da comunicação via *Livox*, ele deva ser utilizado com a intervenção de um adulto para que, de fato, haja oportunidade de diálogo e não se corra o risco do isolamento.

As aplicações propostas não têm a finalidade de isolar o autista nem afastar a utilização da fala, mas de se tornar uma alternativa, um complemento com forte contributo na fala. Uma ferramenta de auxílio a familiares e profissionais da área, modelada de acordo com as necessidades concretas. Uma das vantagens que levará ao sucesso desse tipo de produto é que ele requer poucos recursos para ser implementado por parte das pessoas interessadas em adquirir a tecnologia, pois se trata de aplicações simples ou de complexidade baixa.



Verificou-se, ainda, a contribuição pedagógica que este tipo de aplicação pode oferecer, pois conteúdos vistos em sala podem ser um motivador para a comunicação. Quanto ao uso mais eficaz do software para solicitação e/ou conversação, precisa ser investigado com mais tempo e aprofundamento, em condições mais adequadas e planejadas, de modo a desencadear o desenvolvimento das potencialidades do sujeito, sem esquecer os diferentes níveis de aprendizagem, de fala, de comunicação e de ritmos.

O estudo corroborou o interesse de novas investigações em procedimentos que possam aliar protocolos de comunicação já existentes com o software *Livox*, visando o desenvolvimento de novas técnicas que possam suprir as reais necessidades comunicativas desse público específico.

Referências

- Alves, L., Guizzo, C. S. P., Paz, T. & Travassos, X.L. (2010). *Jogos digitais na área da comunicação aumentativa e alternativa: Delineando novos espaços interativos para crianças com paralisia cerebral*. Revista ABT. V. Rio de Janeiro, ano39, n.190, p. 42.
- Benveniste, E. (1991). Da subjetividade na linguagem (pp. 285-293). In: E. Benveniste, *Problemas de linguagem geral I*. Campinas: Pontes. [Publicado originalmente em *Journal de Psychologie*, jul. – set. 1958, Presses Universitaires de France.]
- Candido, V.M.A. & Moita, F. (2015). *Games e lógicas para autistas: aprender com atividades interativas*. Saarbrücken, Germany. Novas edições Acadêmicas.
- Cohen, S. & Warren, R. (1985). *Despite care principles, programs and policies*. Austin: Pro-Ed, Incorporation,
- Cunha, A. C. B. (1996). *Promovendo a aquisição de linguagem funcional em crianças com deficiência visual: os efeitos de treinamento de mãe em procedimentos de ensino naturalístico*. Dissertação de mestrado em educação- faculdade de educação, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: (5th ed. DSM-V)*, (2013). Washigton, Dc. London, England.
- Folgado, S.B. (2013). *A comunicação e a interação na criança autista: Um estudo de caso*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola Superior de educação.
- Gomes, R. C. & Nunes, D. R. P. (2014). Interações comunicativas entre uma professora e um aluno com autismo na escola comum: uma proposta de intervenção. *Educ. Pesqui.* vol.40 no.1 São Paulo Jan./Mar.
- Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 28(1).
- Moita, F. M. G. DA S. C. (2007). *Game On: Jogos eletrônicos na escola e na vida da geração @*. Campinas/SP: Atomo Alínea.
- _____. (2011). *Tecnologias digitais na educação*. Campina Grande: Eduexp.
- Moita, F.M.G.S.C, Luciano, A.P.C. & Costa, A.T. (2013). Avaliação de videogames e o ensino de Matemática. *Tecnologia Educacional*. 19-32.
- Moran, J. M. et al. (2004). *Novas Tecnologias e mediação pedagógica*. Campinas: Papirus.
- Moura, A. M. (2010). *Apropriação do telemóvel como ferramenta de mediação em mobile learning: estudos de caso em contexto educativo*. Tese de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho.
- _____. (2012). *Mobile learning: tendências tecnológicas emergentes*. Santo Tirso, Portugal: De Facto Editores.
- Nunes, L. R. P. (1992). Métodos naturalísticos para o ensino da linguagem funcional em indivíduos com necessidades especiais. In: Eunice Soriano de Alencar (Org.), *Novas contribuições da psicologia aos processos de ensino e aprendizagem*. São Paulo: Cortez.



- Padilha, M. (2008). *A Musicoterapia no Tratamento de Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo*. Medicina, Covilhã: Universidade da Beira Interior. Disponível em: <<http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/763/marisapadilhadissert.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2016.
- Prensky, M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrants. *On the Horizon*. NCB University Press, 9(5).
- Silva, C. A. (2013). *Aplicação da realidade aumentada em intervenções para crianças com autismo através de um sistema de autoria de realidade aumentada*. Monografia de graduação, Universidade Presbiteriana Mackenzie). São Paulo.
- Silva, C. L. C. (2007). *A instauração da criança na linguagem: Princípios para uma teoria enunciativa em aquisição da linguagem*. Tese de doutorado em Estudos da Linguagem. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.



Intervenção psicológica na Incontinência Urinária

Dulce Sousa¹, Susana Moreira², António Roma Torres³, Emília Dias⁴, Ivone Moreira⁵,
Muriela Silva⁴, & Ivone António⁴

1. Psicóloga Clínica no Centro Hospitalar de São João, Portugal

2. Assistente Hospitalar no Centro Hospitalar de São João, Portugal

3. Diretor Clínico no Centro Hospitalar de São João, Portugal

4. Instituto Universitário de Ciências da Saúde – Norte (CESPU), Portugal

5. Instituto Universitário da Maia (ISMAI), Portugal

Resumo

As patologias do Pavimento Pélvico, nomeadamente a Incontinência Urinária, condicionam a vida do doente a nível físico, social e psicológico. Assim, realçamos a necessidade da integração do psicólogo na equipa multidisciplinar, objetivando a diminuição dos estados psicopatológicos associados, envolvendo o doente e familiares/cuidadores no processo de reabilitação.

Caso clínico: A., de 44 anos, operária fabril, referenciada da consulta de urologia por incontinência urinária mista, há cerca de um ano e meio, refere perdas diárias por imperiosidade. Foi orientada no programa de redução ponderal e Reabilitação do Pavimento Pélvico e aconselhamento psicológico. A doente foi submetida a uma avaliação psicológica e posteriormente foi delineado um plano individual de intervenção.

O processo de avaliação psicológica foi de encontro às queixas apresentadas pela doente, ou seja, utilizou-se *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), a *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS) e *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), verificando-se na avaliação inicial grau severo de ansiedade e depressão, baixo suporte social e má qualidade de sono.

No processo de intervenção A., teve boa adesão à terapêutica, bem como resultados significativamente superiores à avaliação inicial, considerando-se a doente com melhoras significativas nas queixas apresentadas e uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Incontinência Urinária; Qualidade de vida; Reabilitação do Pavimento Pélvico; Avaliação Psicológica



Abstract

Introduction: Pelvic floor disorders, namely urinary incontinence, affect patients' quality of life to physical, social and psychological level. We emphasize the need for integration of the psychologist in the multidisciplinary intervention team, aiming to reduce the associated psychopathological states, involving the patient and family / caregivers in the rehabilitation process.

Case report: 44 year old women, factory worker, referred from urology to pelvic floor rehabilitation consult by mixed urinary incontinence for about eighteen months. Therapeutic intervention included pelvic floor muscle rehabilitation, weight reduction program and psychological counseling. The patient underwent a psychological evaluation and an individual plan of intervention was subsequently outlined. Psychological evaluation, according to the complaints of the patient, included the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Satisfaction Scale with Social Support (ESSS) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Initial assessment revealed severe anxiety and depression, low social support and poor sleep. The patient had good compliance and response to treatment. She lost weight, the involuntary loss of urine reduced and the results of psychological assessment and quality of life at the end were significantly better than the initial assessment.

Keywords: Urinary incontinence; quality of life; pelvic floor rehabilitation; psychological evaluation; psychological intervention.



Introdução

Mais de 60 milhões de pessoas, em todo o mundo, sofrem de incontinência urinária. Estima-se que em Portugal cerca de 20% da população com mais de 40 anos é afetada (Aguilar, 2014). Embora afete ambos os sexos, é duas vezes mais comum em mulheres, após parto, menopausa e terceira idade (Saura, López, Díaz, & Martínez-Fornés, 2001). Nos homens, a perda de urina ocorre habitualmente em idades mais avançadas e associadas a problemas da próstata (Bicalho & Lopes, 2012).

A Incontinência Urinária (IU) é caracterizada pela perda involuntária de urina e apresenta três grandes tipos, a Incontinência de Esforço, que ocorre quando os músculos pélvicos estão enfraquecidos; a Incontinência por Imperiosidade, que se dá pela vontade súbita e intensa de ir à casa de banho; e a Incontinência Mista, que se trata da combinação entre as duas anteriores (Botelho, Silva, & Cruz, 2007).

São vários os fatores de risco associados a esta patologia, tal como o excesso de peso, hábitos tabágicos e o consumo de álcool e cafeína (Bortolotti Bernardini, Colli, Di Benedetto, Giocoli, Landoni, et al., 2000; Danforth, Townsend, Lifford, Curhan, Resnick, & Grodstein, 2006).

Tem grande impacto na qualidade de vida da pessoa, uma vez que, além de causar alterações na autoestima do doente, condiciona a vida a nível familiar, laboral e pessoal (Wyman, Harkins, Choi, Taylor, & Fantl, 1987), refletindo-se em estados de ansiedade e depressão. Além disso, pode levar à fuga do contacto social, conduzindo a sentimentos de medo e vergonha e provocando consequentemente, alterações ao nível do relacionamento interpessoal.

Estudo de caso

Objetivos:

Eficácia da Intervenção Psicoterapêutica em doentes com Incontinência Urinária.

Material e Métodos:

Doente de 44 anos, operária fabril, referenciada da Consulta de Urologia por Incontinência Urinária Mista há cerca de um ano e meio, que refere perda diárias por imperiosidade.

Visto que o Serviço de Medicina Física e Reabilitação – Reabilitação do Pavimento Pélvico do Centro Hospitalar de São João funciona com uma equipa multidisciplinar, houve a referenciação da doente para a Consulta de Psicologia.

A partir da anamnese, foi realizada uma avaliação psicológica e proposta uma intervenção que visasse as queixas da doente. Os instrumentos utilizados foram a HADS (Escala



Hospitalar de Ansiedade e Depressão), o ESSS (Escala de Satisfação com o Suporte Social) e o *Pittsburgh Sleep Quality Index*.

A HADS é utilizada para avaliar estados de depressão, ansiedade e *stress* emocional. Possui um total de 14 itens e está dividida em duas subescalas, ansiedade e depressão. Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Os resultados podem variar entre Nomal (0-7), Leve (8-10), Moderada (11-15) e Severa (16-21) (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses, & Baltar, 2007).

A ESSS tem como objetivo avaliar a percepção de suporte social. É um questionário de autopreenchimento, com um total de 15 itens, adaptado para a população portuguesa por Ribeiro (1999). Permite a operacionalização da variável satisfação do suporte social com as suas quatro dimensões, nomeadamente, satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com família, e atividades sociais. De acordo com os resultados obtidos, classifica-se como Baixo Suporte Social (0-25), Médio Suporte Social (26-50) e Alto Suporte Social (51-75).

O *Pittsburgh* permite medir a qualidade e padrões de sono no adulto durante o último mês. Apresenta sete domínios: qualidade de sono subjetiva, latência do sono, duração do sono, eficácia do sono habitual, perturbações do sono, uso de medicação para dormir e dificuldade em manter-se acordado durante o dia. A pontuação é obtida a partir de uma Escala Likert, que varia entre 0 a 3 pontos. Uma pontuação igual ou superior a cinco, indica uma pobre qualidade de sono (Carole Smyth, 2012).

Proposta de Intervenção

A doente apresentava como queixas, excesso de peso e baixo autoconceito, aumento da ingestão alimentar como forma de prazer, fraco relacionamento conjugal e familiar, isolamento social e níveis elevados de ansiedade e depressão. Embora se mostrasse motivada para a mudança (i.e. diminuição de peso) e tivesse o incentivo da filha, o seu marido e pais mostravam-se resistentes em aceitar esta mudança, constituindo este um ponto fraco no processo intervenção.

Com base na Avaliação Psicológica e de acordo com as queixas apresentadas pela doente, foi elaborada uma proposta de Intervenção Psicoterapêutica que visasse a diminuição da sintomatologia e melhorasse a sua qualidade de vida (Tabela 1).



Tabela 1 – Estratégias e Técnicas utilizadas na Intervenção Psicoterapêutica

<i>Queixas</i>	<i>Estratégias e Técnicas utilizadas</i>
<i>Incontinência Urinária</i>	Psicoeducação sobre IU: - Educação e esclarecimento de dúvidas sobre a etiologia - De que forma a IU e fatores psicológicos estão associados
<i>Excesso de peso</i>	Incentivo à diminuição de peso, propondo caminhadas regulares Encaminhamento para Consulta de Nutrição
<i>Baixa autoestima</i>	Reestruturação cognitiva, a partir da identificação de pensamentos e crenças disfuncionais, e substituição dos mesmos para comportamentos racionais.
<i>Fraco relacionamento conjugal e familiar</i>	Treino de assertividade Técnicas de resolução de problemas
<i>Isolamento social</i>	Treino de competências sociais Técnicas de relacionamento interpessoal
<i>Níveis elevados de ansiedade</i>	Psicoeducação sobre Ansiedade Respiração Diafragmática Relaxamento Progressivo Uso de técnicas que visam a redução de stress Gestão de stress e ansiedade
<i>Níveis elevados de depressão</i>	Apoio emocional Discussão das problemáticas trazidas pela doente Reestruturação cognitiva
<i>Baixa qualidade de sono</i>	Psicoeducação sobre o sono Higiene do sono



Resultados

Com base nos instrumentos utilizados, verificou-se que a doente apresentava níveis elevados nas subescalas de ansiedade (16) e depressão (18) da HADS; baixo suporte social (30) na ESSS e uma pobre qualidade de sono (13) no *Pittsburgh*.

Desta forma, procedeu-se à intervenção psicoterapêutica, com uso da Terapia Cognitivo-Comportamental para diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva. Durante um período de 11 sessões, foram abordados temas como a higiene do sono e relacionamento interpessoal. Além disso, também foram trabalhadas questões relacionadas como a autoestima, incentivo à diminuição de peso e à estabilidade familiar e treino de assertividade perante o marido e pais.

A avaliação final foi realizada com o findar das sessões, onde foram comparados os dados da avaliação inicial e final (Tabela 2). A doente apresenta melhoras significativas de todas as queixas apresentadas inicialmente: perda de peso significativa, melhor relacionamento conjugal com o marido, inclusive a nível sexual, melhoria no suporte social, assertividade perante os pais, aumento da autoestima, melhor qualidade de sono, diminuição da perda de urina e adoção de uma forma de vestir mais descontraída e colorida. É de salientar, todo o seu empenho e colaboração no processo terapêutico.

Tabela 2 – Avaliação Inicial e Final

	<i>HADS</i> <i>Ansiedade</i>	<i>HADS</i> <i>Depressão</i>	<i>ESSS</i>	<i>Pittsburg</i> <i>h</i>
<i>Avaliação inicial</i>	16 (severa)	18 (severa)	30 (baixo suporte social)	13 (pobre qualidade de sono)
<i>Avaliação final</i>	5 (normal)	3 (normal)	50 (médio suporte social)	6 (pobre qualidade de sono - melhoras significativas)

Discussão

São várias as consequências psicopatológicas na Incontinência Urinária, com impacto significativo em várias dimensões, como sexualidade, autoimagem e a nível emocional (Silva, Almeida, Aguiar, Neves, & Teles, 2013). Estudos realizados revelam que, doentes com Incontinência Urinária, quando comparados com um grupo de controlo, apresentam níveis de ansiedade depressão mais elevados (Teloken, Caraver, Weber, Teloken, Moraes, Sogari, et al., 2006; Coyne, Sexton, Irwin, Kopp, Kelleher, & Milsom, 2008; Safarinejad, 2009; Sexton, Coyne, Thompson, Bavendam, Chen, & Markland, 2011; Milsom, Kaplan, Coyne, Sexton, &



Kopp, 2012). O mesmo acontece com a autoestima, verificando-se níveis superiores em indivíduos com Incontinência Urinária (Dmochowski & Newman, 2007). O facto de doentes com IU terem a necessidade de se levantar várias vezes durante a noite para urinar provoca alterações ao nível do sono, aumentando assim os níveis de cansaço e afetando significativamente a qualidade de vida (Teloken et al., 2006; Safarinejad, 2009; Newman & Koochaki, 2011). A IU pode provocar alterações no relacionamento sexual do indivíduo, devido à perda de intimidade. A perda de urina durante a relação sexual mostra-se um fator negativo no relacionamento conjugal (Vella & Cardozo, 2005).

Devido à coexistência de sintomas e comorbilidades, torna-se difícil a gestão da patologia. A Intervenção Multidisciplinar compreende profissionais de saúde de várias áreas, designadamente Nutrição, Enfermagem, Uroginecologia, Cirurgia, Urologia, Fisioterapia, Psicologia e Fisiatria. A abordagem interdisciplinar permite atuar de acordo com as necessidades do doente e com o objetivo de aprimorar a sua qualidade de vida. O papel do psicólogo torna-se, portanto, essencial no processo de reabilitação, uma vez que permite, sensibilizar e dar a conhecer os fatores de risco, estabelecer estratégias preventivas, orientar para lidar com o impacto da disfunção na sua vida, dar apoio emocional, fornecer técnicas para gestão de *stress* e ansiedade e proporcionar a aprendizagem de métodos eficazes no plano de reabilitação.

Contacto para correspondência

Jdulce.sousa.cshj@min-saude.pt

Referências

- Aguiar, S. (2014). Incontinência urinária. *Associação Portuguesa de Urologia*.
- Bicalho, M. B., & Lopes, M. H. (2012). Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*, 46(4), 1009–1014. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&npid=S0080-62342012000400032
- Bortolotti, A., Bernardini, B., Colli, E., Di Benedetto, P., Giocoli Nacci, G., Landoni, M., Lavezzari M., Pagliarulo A., Salvatore S., von Heland M., Parazzini F., & Artibani W. (2000). Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. *European Urology*, 37(1), 30-35.
- Botelho, F., Silva, C., & Cruz, F. (2007). Incontinência urinária feminina. *Acta Urológica*, 24(1), 79–82.
- Carole S. (2012). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *New York*, 29(6), 1–2. <http://doi.org/10.1007/978-1-4419-9893-4>.
- Coyne, K. S., Sexton, C. C., Irwin, D. E., Kopp, Z. S., Kelleher, C. J., & Milsom, I. (2008). The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: Results from the EPIC study. *BJU International*, 101(11), 1388–1395.
- Danforth, K. N., Townsend, M. K., Lifford, K., Curhan, G. C., Resnick, N. M., & Grodstein, F. (2006). Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women, 5–7. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.07.051>.
- Dmochowski, R. R., & Newman, D. K. (2007). Impact of overactive bladder on women in the United States: Results of a national survey. *Current Medical Research and Opinion*, 23(1), 65–76.



- Milsom, I., Kaplan, S. A., Coyne, K. S., Sexton, C. C., & Kopp, Z. S. (2012). Effect of bothersome overactive bladder symptoms on health-related quality of life, anxiety, depression, and treatment seeking in the United States: Results from EpiLUTS. *Urology*, 80(1), 90–96.
- Newman, D. K., & Koochaki, P. E. (2011). Characteristics and impact of interrupted sleep in women with overactive bladder. *Urologic Nursing*, 31(5), 304–312.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, health & medicine*, 12(2), 225–237.
- Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, 547–558.
- Safarinejad, M. R. (2009). Prevalence of the overactive bladder among Iranian women based on the international continence society definition: A population-based study. *International Urology and Nephrology*, 41(1), 35–45.
- Saura, F. M., López, C. F., Díaz, P. G., & Martínez-Fornés, M. T. (2001). Incontinencia urinaria: una visión desde Atención Primaria. *MEDIFAM*, 11, 55–64.
- Sexton, C. C., Coyne, K. S., Thompson, C., Bavendam, T., Chen, C. I., & Markland, A. (2011). Prevalence and effect on health-related quality of life of overactive bladder in older Americans: Results from the epidemiology of lower urinary tract symptoms study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(8), 1465–1470.
- Silva, A. I., Almeida, C., Aguiar, H., Neves, M., & Teles, M. J. (2013). Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. *Port Med Geral Fam*, 29, 364–376.
- Teloken, C., Caraver, F., Weber, F. A., Teloken, P. E., Moraes, J. F., Sogari, P. R., & Graziottin, T. M. (2006). Overactive bladder: Prevalence and implications in Brazil. *European Urology*, 49(6), 1087–1092.
- Vella, M., & Cardozo, L. (2005). Incontinence during sexual intercourse. *Women's Health Medicine*, 2(6), 42–43.
- Wyman, J. F., Harkins, S. W., Choi, S. C., Taylor, J. R., & Fantl, A. J. (1987). Psychosocial impact of urinary incontinence in women. *Obstetrics & Gynecology*, 70(3), 378–381.



O Tornar-se Adolescente Através do Rorschach

Isabel Gonzalez Duarte* & Maria Emília Marques*

**ISPA – Instituto Universitário, Portugal.*

Resumo

O objetivo deste estudo foi o de aceder ao processo de desenvolvimento adolescente, ou seja, à forma como o sujeito se constrói de uma forma única e singular, tornando-se adolescente a caminho de vir a ser adulto. O que só foi possível com base num referencial teórico que privilegia a constituição da relação de objeto e os processos de transformação, através dos quais o (des)conhecido é de novo (re)significado, possibilitando a descoberta e o “*aprender com a experiência*”.

Trata-se de um estudo longitudinal, realizado em dois momentos do desenvolvimento adolescente, aos 13 e aos 16 anos. O Rorschach foi utilizado como o instrumento que possibilita o acesso ao mundo interno do sujeito e ao intersubjetivo, constituindo-se como um método, de modo a tornar possível a análise do processo de resposta Rorschach. Tornámos este instrumento mais sensível ao processo de tornar-se adolescente, constituindo como organizadores as noções de *techne* e de *campo*, de modo a possibilitarem a leitura das transformações psíquicas do processo de desenvolvimento adolescente. Foram utilizados os protocolos de 9 adolescentes, de sexos diferentes. A análise revelou um conjunto de transformações psíquicas, permitindo-nos aceder, compreender e conceptualizar as transformações do Eu e da relação Eu-Outro.

Este estudo possibilita uma leitura mais próxima do sujeito e dos processos psíquicos que estão em construção na adolescência, o que no futuro poderá conduzir a novas práticas de acompanhamento, mais centradas nos processos de transformação em curso e menos inscritas na lógica clássica da psicopatologia.

Palavras-chave: Adolescência; Transformação; *Techne-Campo*; Intersubjetividade.



Abstract

The main goal of this study is to access the process of development of an adolescent, that is, how the subject is built in a singular and unique way, becoming an adolescent on the way to becoming an adult. For this, we start with a theoretical framework that favours the formation of the relation of object and the processes of transformation, through which the (un)known is again meaning(less), enabling the discovery and the "*learning from experience*".

This is a longitudinal study, carried out in two stages of development adolescents, at 13 and 16 years old. The Rorschach was used as the instrument that enables access to the internal world of the subject and the intersubjective, establishing itself as a method, making it possible the analysis of Rorschach response process. Therefore, this instrument come to be more sensitive to the process of becoming an adolescent, creating as organizers the notions of *techne* and *field*, in a way that allow the reading of the psychic transformation of the adolescents development process. There were evaluated 9 adolescents protocols, from different gender. Its analysis revealed a set of mental transformations, allowing us to access, understand and conceptualize the transformations of the I and the relationship I-Other.

This study allow a reading closer to the subject and the mental processes under construction in adolescence, which will lead to the new practices of monitoring focused on transformation processes underway and less included in classical logic of psychopathology.

Key-words: Adolescence; Transformation; *Techne-Field*; Intersubjectivity.



Introdução

Tornar-se adolescente é um imperativo do desenvolvimento, uma passagem da infância para a vida adulta. Ao longo dos anos muitos têm sido os estudos realizados sobre este período do desenvolvimento, durante o qual ocorrem importantes transformações, (re)constituem-se importantes funções psíquicas, (re)constrói-se a subjetividade através de uma relação intersubjetiva.

Neste estudo procurámos uma inscrição conceptual teórica que nos permite compreender e descrever as transformações que estão a decorrer durante o processo de tornar-se adolescente, procurando aceder ao processo intra e intersubjetivo inerente ao tornar-se adolescente a caminho de vir a ser adulto.

O tornar-se adolescente

Procurámos renovar o olhar sobre a adolescência, onde os modelos clássicos estão mais centrados nas lógicas da psicopatologia, nas noções de lutos, crises e ruturas. Deste modo, operámos uma passagem para uma dinâmica mais clínica, pelo que nos baseámos nos estudos psicossociais e da epistemologia, que desenvolvem novas lógicas de compreensão do sujeito, nomeadamente, através da compreensão do “*tornar-se*” (Hollway & Jefferson, 2000).

Operacionalizámos um quadro teórico, com base num conjunto de conceções que nos permitam realizar uma compreensão dinâmica sobre os processos em construção no tornar-se adolescente: (1) o modelo das transformações descrito por Bion (1982), que permite descrever a relação de encontro e de comunicação entre o sujeito e o objeto, mas também entre o objeto e o sujeito, numa (re)criação de novos objetos, dotados de novas características e qualidades, (2) o conceito de “*processos de transformação*” desenvolvido por Braconnier (1985), por ser aquele que nos possibilita a compreensão do processo em curso, no qual existem mecanismos já formados e outros que ainda se estão a constituir e (3) a noção de “*objeto transformacional*”, descrita por Bollas (1989), a partir da qual passa a ser possível representar a relação com um objeto, o qual representa a experiência da transformação. Dentro destas conceções privilegiamos a noção de intersubjetividade, como um processo de comunicação inconsciente, geradora de crescimento (Brown, 2011).

O adolescente (re)constrói-se na relação que se estabelece com o(s) Outro(s), num processo dinâmico intersubjetivo, numa relação dinâmica continente-conteúdo ($\varphi\sigma$) inscrita no “*apreender com a experiência*” (Bion, 1962), (re)significado o desconhecido. Tal decorre orquestrado pelos fortes contrastes, pelas clivagens e pelos intensos movimentos de identificação projetiva (Marques, 1999).

Para podermos aceder às transformações psíquicas inerentes ao processo de tornar-se adolescente constituímos como organizadores as noções de *techne* (Vassalli, 2001) e de *campo* (Ferro, 2009), as quais inscrevemos numa relação continente-conteúdo ($\varphi\sigma$) (Bion, 1962), a qual possibilita compreender as passagens dos diversos campos de significação para níveis mais elaborados de abstração, uma condição fundamental para o crescimento mental, sendo reveladora do processo criativo, no sentido de Bollas (2011), permitindo-nos



explicitar como é que se constituem os processos psíquicos, num contexto intra e intersubjetivo de co-construção.

O objeto da *techne* é algo que pode alterar o seu comportamento, ou seja, é algo que se vai tornando, possibilitando a investigação e produzindo um conhecimento (Vassalli, 2001). Através da utilização do conceito de *techne* procuramos explicitar o próprio processo de tornar-se adolescente, trata-se de algo que não está construído à partida, mas que se vai tornando, aproximando-se da produção artística, na medida em que existe o propósito de comunicar, mas a forma como o artista o faz é algo que se vai revelando na obra, que vai emergindo, revelando o próprio processo de criação. Neste sentido, podemos enunciar Caper (2009) quando diz que o *"... trabalho de um escultor, que não está claro no início, mas que emerge durante o processo de criação"* (pp. 47). Trata-se de uma espécie de aprendizagem, que revela o conhecimento através da análise do processo único que produz o resultado. A *techne* é um improviso de uma tarefa específica, que permite não só aprender com o problema, mas tentar resolvê-lo, como *"... o artista transforma o seu material num processo que expressa a sua visão"* (pp. 48). Tal como o processo adolescente traduz um conjunto de construções psíquicas que estão em curso durante este período do desenvolvimento, é através da sua compreensão que podemos aceder aos mecanismos psíquicos que se estão a construir internamente.

O *campo* ao ser considerado como uma matriz de histórias possíveis é definido com as seguintes características: (1) torna-se o espaço-tempo onde tem início a turbulência emocional que o encontro analítico ativa; (2) é uma função em relação aos dois membros da dupla, mas com um grau elevadíssimo de não saturação; (3) torna-se o lugar-tempo do início das narrações que são a alfabetização das proto-emoções presentes na dupla, que são continuamente transformadas em narrativas fluídas, levando a uma formação contínua de elementos alfa (Ferro, 2000).

A noção de *campo* constitui-se como fundamental para explicitar este momento do crescimento, já que nele está presente uma contínua oscilação, alternando entre a abertura de significados e o fechamento ao conhecimento (Ferro, 2011). Da mesma forma que o adolescente oscila entre a avidez, a procura, o desejo de explorar vs. a impotência, o fechamento, o retraimento, numa retirada quase narcísica.

Techne-campo ao serem inscritos numa relação do tipo continente-conteúdo ($\varphi\sigma$), passam a ser entendidos através de uma dinâmica intersubjetiva geradora de um espaço de co-construção, revelador da dinâmica inerente às transformações psíquicas em curso no processo de tornar-se adolescente, permitindo-nos compreender de que modo é que estas decorrem, numa relação intra e intersubjetiva, mas também, de que modo é que a relação que se estabelece com o(s) Outro(s) tem influência nas transformações psíquicas em curso no tornar-se adolescente.

Com base nas conceções teóricas anteriormente descritas, o objetivo do presente estudo foi o de dotar o Rorschach de novas modalidades de análise e de interpretação, tornando possível uma convergência entre a teoria e o método, o que suscitou a necessidade de revisitar o instrumento, de modo a ser possível revelar as transformações psíquicas do Eu e



da relação Eu-Outro, da intersubjetividade do tornar-se atendendo às suas particularidades no feminino e no masculino.

Metodologia

A compreensão dos processos dinâmicos do funcionamento mental só é possível através do processo de ligação e de co-construção, promovendo e potenciando a coerência e a convergência entre o objeto e o método (Marques, 1999), possibilitando a criação de novos conceitos e modelos, aliados à necessidade de conter e usar o inconsciente (do observador e do observado), como um instrumento essencial numa investigação com inscrição na teoria psicanalítica (Hollway & Jefferson, 2000).

O Rorschach foi utilizado por ser um instrumento privilegiado no acesso ao sujeito, uma vez que possibilita a leitura e a compreensão do trabalho psíquico e intersubjetivo que o sujeito realiza na articulação entre o objeto interno e o externo, tornando esta dinâmica possível o acesso aos movimentos de relação, de comunicação, de ligação entre o conhecido e o desconhecido, o que permite revelar as transformações que se encontram a decorrer no processo de tornar-se adolescente.

Trata-se de um estudo longitudinal, com uma metodologia de tipo qualitativo, explanatório e explicativo, que permitiu efetuar a análise de casos múltiplos (Yin, 2001). A recolha foi realizada em dois momentos aos 13 e aos 16 anos, no mesmo adolescente, de modo a permitir compreender as transformações psíquicas que ocorrem em cada um dos momentos e na passagem de um momento a outro do desenvolvimento. Deste modo, procurámos pensar a singularidade de cada caso, atendendo às particularidades que constituem a diferença, que devem ser levadas em consideração na subjetividade de cada sujeito, pelo que não foi possível fazer generalizações, mas antes, pensar o específico de uma forma criativa (Caper, 2009).

O Rorschach, aqui considerado dentro dos paradigmas consagrados pela significação, será usado para dar conta dos processos dinâmicos e transformacionais inerentes ao crescimento e à expansão mental no tornar-se adolescente (Marques, 1999). O método Rorschach foi utilizado nas suas características de base, mas para a realização deste estudo foi (re)novado e (re)criado, de modo a permitir aceder aos processos psíquicos envolvidos na relação que se estabelece entre o(s) sujeito(s) e/com o(s) objeto(s), numa dinâmica intra e intersubjetiva.

O processo-resposta Rorschach emerge num espaço ativo e dinâmico continente-*campo* no qual é possível dar sentido e significado aos conteúdos-*techne*, da mesma forma que o continente-*techne* irá possibilitar a criação de novos ciclos, gerando novos sentidos e significados, suscitando uma (re)criação do *campo*-conteúdo, levando a novas procuras e favorecendo o crescimento.

Dentro do organizador a *techne* consideramos o processo criativo de simbolização e/ou a sua falha, assim como a existência ou não de um processo de co-construção. No *campo* foi considerada a presença ou a falta de uma relação do tipo continente-conteúdo ($\wp\sigma$), bem



como o aparecimento da identificação projetiva, na sua vertente comunicacional ou de uma forma massiva.

A sequência das respostas que constituem os protocolos foi analisada como se de uma narrativa se tratasse (Hollway & Jefferson, 2000), de modo a ser possível revelar as transformações psíquicas em curso, em cada um dos momentos do desenvolvimento e na passagem que se operou de um momento a outro, destacando no processo psíquico do tornar-se os movimentos de integração que favorecem o crescimento, aqueles que ainda estão em formação e em construção, ou aqueles que ainda não se encontram suficientemente consolidados e integrados.

Resultados

A análise dos dados Rorschach para o organizador *techne* revelou-nos uma maior homogeneidade ao nível do processo criativo de simbolização e na falha do processo de co-construção. No que diz respeito à falha no processo criativo de simbolização verifica-se no início da adolescência para as raparigas uma dificuldade em conter e significar o relacional e as suas dimensões mais arcaicas, o que num segundo momento do desenvolvimento aparece circunscrito, surgindo apenas algumas falhas pontuais na elaboração da dor mental. Contudo, este movimento permanece nos rapazes, no segundo momento do desenvolvimento. É no processo de co-construção no primeiro momento do desenvolvimento onde encontramos uma maior diferenciação entre raparigas e rapazes no tipo de interação que se estabelece, no feminino de tipo dinâmico e no masculino de tipo passivo.

No organizador *campo* as maiores diferenças encontram-se na relação continente-conteúdo no segundo momento do desenvolvimento, no tipo de interação que se estabelece na relação Eu-Outro, nas raparigas de tipo especular, cooperativo e funcional e nos rapazes de tipo lúdico. E na identificação projetiva, mais no primeiro momento do tornar-se, onde as raparigas revelam uma capacidade de transformação e uma maior estabilidade psíquica do Eu, enquanto os rapazes apresentam uma maior dificuldade em manter a estabilidade psíquica.

Através da análise dos dados Rorschach foi possível constatar, desde logo, que as raparigas apresentam desde do primeiro momento do desenvolvimento, um continente mais estabilizado, o que lhes permite ter uma maior capacidade de transformação dos conteúdos, uma dinâmica mais ativa, contrariamente aos rapazes que apresentam muitas dificuldades em manter a estabilidade no primeiro momento e mesmo no segundo momento do desenvolvimento apresentam aspetos mais regredidos e uma dinâmica menos evoluída, no que diz respeito às transformações em curso no tornar-se.

Discussão

A discussão e a interpretação dos resultados encontrados nos protocolos de Rorschach dos adolescentes, nos dois momentos do seu desenvolvimento permitiram-nos descrever um conjunto de transformações psíquicas presentes no tornar-se e que separámos em dois



grupos: as transformações do Eu e transformações da relação Eu-Outro. Dentro das transformações do Eu encontramos a transformação Operante $(T-C)^+$ e a transformação Inoperante $(T-C)^-$. E nas transformações da relação Eu-Outro distinguimos três níveis de transformações a Inconclusiva (T^--C^-) , a Pré-transformação $(T^+\rightarrow C^-)$ e/ou $(T^-\rightarrow C^+)$ e a Progrediente $(T^+\leftrightarrow C^+)\rightarrow O$.

Dentro das transformações do Eu, a transformação Operante $(T-C)^+$ caracteriza-se pela passagem dos movimentos disruptivos e descontínuos para uma maior estabilidade psíquica. No feminino revela-nos a passagem do vago e do disperso para um movimento dotado de uma maior flexibilidade psíquica, no qual é possível conciliar o antigo e o novo. No masculino, revela-nos uma passagem das fortes clivagem e dos intensos movimentos de identificação projetiva, para um progressivo aumento da capacidade de simbolização. A transformação Inoperante $(T-C)^-$ revela, em ambos os sexos, uma incapacidade de transformação e uma dificuldade em dar um sentido e um significado ao novo e ao desconhecido.

Dentro da transformação Operante foi ainda possível apurarmos dois outros tipos de transformações: as transformações da Máscara e as transformações de Mapeamento Identitário. As transformações da Máscara são reveladoras da capacidade de ligar os opostos, podendo estar relacionada com a realidade externa, quando existe uma procura de conciliação de diferentes espaços; ou com a realidade interna, quando a procura de conciliação é das capacidades do próprio. É esperado que durante o processo de tornar-se os adolescentes sejam capazes de lidar com a “duplicidade da máscara”, ou seja, com a capacidade de ligar e de integrar estes dois tipos de transformações: as transformações da realidade externa e as transformações da realidade interna. As transformações de Mapeamento Identitário são reveladoras da capacidade de ligar os vários elementos, revelando-nos uma procura identitária. Este tipo de transformações são mais evidentes aos 13 anos nas raparigas, mas aos 16 anos já se encontra em ambos os sexos, denotando-se um simbolismo mais abstrato, ligado à procura de um rosto com atribuições claramente mais femininas ou masculinas.

As transformações da relação Eu-Outro encontram-se ligadas em níveis progressivos de transformação, existindo um movimento de ligação na passagem de um nível para outro. A transformação Inconclusiva (T^--C^-) refere-se à impossibilidade de transformação da relação Eu-Outro. No feminino traduz a incapacidade em aceder ao relacional e à dificuldade em simbolizar. No masculino encontra-se ligada à incapacidade de o estruturar neste momento do tornar-se.

A Pré-transformação traduz a existência de um esboço da relação Eu-Outro que conduz a uma estruturação progressiva dos processos intersubjetivos. No feminino encontra-se mais presente na passagem de uma transformação positiva da *techne* para uma transformação negativa do *campo* $(T^+\rightarrow C^-)$. E no masculino revela-nos uma maior estabilidade ao nível da relação Eu-Outro, o que significa que estamos perante uma transformação negativa da *techne* que dá lugar a uma transformação positiva do *campo* $(T^-\rightarrow C^+)$.

Por fim, a transformação Progrediente $(T^+\leftrightarrow C^+)\rightarrow O$ revela uma diferenciação na relação entre o Eu e o Outro, tendo subjacente um movimento no sentido do crescimento mental, ou



seja, opera-se uma transformação de conhecimento em realidade última “O”. No feminino dominam os movimentos passivos e lógicas com um caráter especular e no masculino apresenta-se ligada a temáticas de força, potência e agressividade.

No geral, podemos dizer que as transformações do Eu no feminino são reveladoras de uma maior flexibilidade do pensamento, enquanto as do masculino são reveladoras de uma boa capacidade de representação. Enquanto, as transformações da relação Eu-Outro no feminino remetem-nos para a existência de uma oscilação, ou seja, para a circularidade presente na natureza, onde os ciclos se (re)novam e recriam, numa sucessão que tende para o infinito. No masculino, apresentam uma dinâmica mais contrastada, com a presença de movimentos opostos, ligados à força e à potência.

Tornar-se adolescente envolve todo um conjunto de transformações psíquicas que ocorrem de uma forma inconsciente, às quais foi possível acedermos através das respostas-símbolos Rorschach, tornando possível ler e (re)significar os processos em curso no tornar-se, com base na relação intersubjetiva onde se conjuga um Eu e Um Outro, numa articulação de sentidos e numa desmultiplicação de significados.

Conclusão

A compreensão do tornar-se adolescente, através da dinâmica *techne-campo* inscrita numa relação do tipo continente-conteúdo (♀♂), permitiu uma melhor compreensão e explicitação das transformações e dos processos intra e interpsíquicos, em curso durante este período do desenvolvimento.

Este trabalho possibilitou o alargamento e o enriquecimento metodológico do método Rorschach, o que só foi possível através da criação de novos organizadores psíquicos que permitiram torna-lo mais sensível aos processos psíquicos presentes no processo de tornar-se adolescente, permitindo-nos aceder e descrever as transformações do Eu e da relação Eu-Outro que ocorrem na passagem do primeiro para o segundo momento do tornar-se, especificando as particularidades no feminino e no masculino.

A realização de estudos de natureza qualitativa revestem-se de uma particular importância atendendo à necessidade de aproximar as técnicas de avaliação da leitura dos processos psíquicos em curso, permitindo este estudo um alargamento na compreensão dos processos mentais. Os novos desenvolvimentos teóricos alcançados, apresentam uma particular importância no olhar e na escuta clínica dos adolescentes, permitindo o desenvolvimento de novas práticas de acompanhamento, mais centradas nos processos de transformação e menos inscritas na lógica clássica da psicopatologia. Deste modo, passa a ser possível um alargamento da clínica através da utilização de novos métodos “entretrecidos” com as teorias.



Agradecimentos

Agradeço aos adolescentes que tornaram possível a realização deste estudo, à Professora Doutora Maria Emília Marques na qualidade de minha orientadora e a todos os meus familiares e amigos que sempre me incentivaram no trilho deste caminho.

Contacto para Correspondência

Isabel M^a Gonzalez Duarte da Cunha, Alameda D. Afonso Henriques 27 1º Dt. 1900-180 Lisboa, isabelmgdc@gmail.com

Referências

- Bion, W.R. (1962). *Learning from experience*. London: Karnac.
- Bion, W.R. (1982). *As transformações. A mudanças do aprender para o crescer*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Braconnier, A. (1985). Ruptures et séparations. *Adolescence*, 3(1), 5-19.
- Brown, L. (2011). *Intersubjective Processes and the Unconscious. An integration of Freudian, Kleinian and Bionian Perspectives*. London: Routledge.
- Bollas, C. (1989). L'objet Transformationnel. *Revue Française de Psychanalyse*, LIII, 1181-1199.
- Bollas, C. (2011). *The Christopher Bollas Reader*. London and New York: Routledge.
- Caper, R. (2009). *Building out into the dark. Theory and observation in science and psychoanalysis*. London and New York: Routledge.
- Ferro, A. (2000). *A Psicanálise como Literatura e Terapia*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Ferro, A. (2009). *Mind Works. Technique and Creativity in Psychoanalysis*. London: Routledge.
- Ferro, A. (2011). *Avoiding Emotions, Living Emotions*. London and New York: Routledge.
- Hollway, W. & Jefferson, T. (2000). *Doing Qualitative Research Different: free association, narrative and the interview method*. London: Sage.
- Marques, M. E. (1999). *A Psicologia Clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vassalli, G. (2001). The birth of Psychoanalysis from the spirit of Technique: what have we learned? How can we Apply it? *International Journal of Psycho-Analysis*, 82(1), 3-23.
- Yin, R. (2001). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.



Consumo de álcool durante a gravidez - Perceção de mulheres grávidas relativamente à informação disponível (Estudo exploratório qualitativo)

Kerstin Hoffmeister¹, & Maria Raul Xavier²

1. *ARS Norte, Centro de Respostas Integradas do Porto Central, Equipa Técnica Especializada de Tratamento de Santa Maria da Feira, Portugal*
2. *Universidade Católica Portuguesa, CEDH – Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano, Faculdade de Educação e Psicologia, Portugal*

Resumo

Diversos trabalhos revelam que existe um número considerável de mulheres grávidas que mantêm o consumo de álcool durante a gravidez (CADG), apesar das indicações em contrário por parte da OMS. Estudos internacionais documentam um conjunto de distúrbios associados a diferentes tipos de exposição, inclusivamente a baixas quantidades.

A informação que as grávidas possuem relativamente ao CADG pode contribuir para uma tomada de decisão mais informada acerca do tema. Perante a ausência de dados nacionais, este estudo exploratório pretendeu investigar qual a acessibilidade e qualidade da informação disponível às mulheres grávidas.

O grupo de participantes consistiu em 13 grávidas, recrutadas por estratégias mistas de escolha (baseada em critérios e bola de neve). Com base num guião previamente organizado foram realizadas entrevistas semiestruturadas (após consentimento informado), posteriormente transcritas e submetidas a análise semi-indutiva do conteúdo.

O discurso das participantes revelou desconhecimento sobre consequências específicas do CADG, assim como existência de informação de conteúdo pró-consumo, anti-consumo, ou incerteza/dúvida. A internet e os cuidados de saúde foram as fontes privilegiadas de informação acerca do tema. Todas as entrevistadas desconhecem as linhas orientadoras nacionais no âmbito do CADG que aconselham a abstinência total. Este estudo revela existirem limitações quanto à disponibilidade e qualidade da informação acerca do CADG. Realça-se a importância dos diferentes profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento da grávida como veículo de informação respeitante a recomendações quanto ao CADG, sendo este um desafio para o desenvolvimento de estratégias de prevenção (universal, seletiva, indicada e ambiental) adaptadas às especificidades e necessidades desta população.

Palavras-chave: Álcool; gravidez; informação; estudo qualitativo



Abstract

Research data indicate that there is a considerable number of pregnant women who maintain their drinking behavior during pregnancy (DDP), in spite of WHOs' indications not to. International studies document a group of disturbances associated prenatal exposure to alcohol, including to low levels.

The information that pregnant women have about DDP may contribute to a more informed decision about drinking or abstaining during gestation. Regarding the lack of national data in this area, this exploratory study aimed to investigate the accessibility and quality of information available for pregnant women.

Participants were 13 pregnant women, recruited by mixed sampling methods (by criteria and snowball). After informed consent, in-depth semi structured interviews based on a previously organized interview protocol were conducted, transcribed and submitted to semi-inductive content analysis.

Participants reported specific lack of knowledge about consequences of DDP, as well as existence of pro-drinking, anti-drinking or uncertain or unclear content. Privileged sources of information were internet and health care professionals. None of the participants had any information about national drinking guidelines during pregnancy, which advise total abstinence.

As this study showed, there are a number of limitations regarding accessibility and quality of information related to ADP. To ensure that all (pregnant) women are aware about ADP, and that informed decision is present, we highlight the importance of the different professionals involved in pregnancy healthcare arena dealing with the development of effective universal, selective and indicated prevention strategies tailored for this population.

Keywords: Alcohol; pregnancy; information; qualitative study



Introdução

O presente trabalho exploratório integra-se num estudo qualitativo (tanto quanto sabemos, o primeiro realizado em Portugal) na área da prevenção de comportamentos aditivos e dependências (CAD), em que se dá voz a um grupo de mulheres grávidas pretendendo conhecer as suas perceções relativamente ao consumo de álcool durante a gravidez. Os dados apresentados neste artigo correspondem às perceções destas mulheres relativamente à informação existente e disponível (tipo, qualidade e acessibilidade) quanto ao consumo de álcool durante a gravidez.

As abordagens preventivas atuais dos efeitos alcoólico-fetais têm em conta três níveis de intervenção complementares (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2013): Prevenção Universal, Seletiva e Indicada. A Prevenção Universal é dirigida à população geral, sem prévia análise do grau de risco individual. A Prevenção Seletiva é dirigida a subgrupos com características identificadas como de risco para o consumo de substâncias psicoativas (tal como é o caso do grupo das mulheres grávidas). Os programas de prevenção seletiva são de média ou longa duração, e os componentes contemplam a informação e o desenvolvimento de competências. Isto significa que a informação que as mulheres grávidas possuem no âmbito do consumo de álcool na gravidez pode contribuir para uma tomada de decisão mais informada acerca do consumo (ou abstinência) na gravidez, o que pode constituir um fator (de proteção) para a abstinência (e.g., Raymond, Beer, Glazebrook, & Sayal, 2009). O terceiro nível é a Prevenção Indicada, dirigida, no âmbito dos Problemas Ligados Álcool, a mulheres com consumo nocivo ou que apresentam outros comportamentos de risco ou problemáticos de dimensão subclínica (não preenchem critérios para dependência).

Paralelamente a esta conceptualização tem vindo a ser desenvolvida uma outra abordagem, denominada Prevenção Ambiental (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2011). O enfoque da prevenção ambiental dirige-se à mudança de contextos culturais, sociais, físicos e económicos nos quais as pessoas fazem as suas escolhas acerca do consumo de substâncias.

Estudos internacionais documentam um conjunto de consequências associadas à exposição pré-natal ao álcool (e.g., Jones, 2011; Nykjaer et al., 2014), que no seu todo são designadas como Desordens do Espectro do Alcoolismo Fetal (DEAF) (e.g., Coles et al., 2016). As consequências no desenvolvimento estão claramente associadas à exposição a doses maiores de álcool. Quanto ao consumo de baixa quantidade e pouca frequência, os resultados da investigação são por vezes inconclusivos (e.g., Lundsberg, Illuzzi, Belanger, Triche, & Bracken, 2015). Desconhece-se, pois, a dose mínima segura de álcool que as mulheres grávidas podem consumir sem consequência para o feto (World Health Organization [WHO], 2014), motivo pelo qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) aconselha a abstinência total de álcool durante a gravidez (WHO, 2014). Na sequência desta tomada de posição, as políticas de saúde europeias (incluindo Portugal) têm apelado ao rastreio, à prevenção e ao tratamento de mulheres grávidas quanto aos consumos de álcool (e.g., Direção Geral de Saúde [DGS], 2015; WHO, 2012).

Apesar da existência destas políticas, dados internacionais (e.g., Popova, Lange, Probst, Gmel, & Rehm, 2017) e nacionais (Pinto, Barros, & Santos-Silva, 2009; Pinto et al., 2009; Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2015; Xavier,



Dias, Veiga, Silva, & Gordinho, 2015) confirmam que muitas grávidas consomem bebidas com álcool.

Metodologia

Participantes

O grupo de participantes deste estudo é constituído por 13 mulheres grávidas, recrutadas por estratégias mistas de escolha (sete pelo método baseado em critérios - utentes de uma unidade de cuidados de saúde primários (CSP); seis pelo método bola de neve).

Os critérios de inclusão foram a existência de gravidez atual e nacionalidade portuguesa. Considerou-se critério de exclusão a gravidez de risco, pois estas situações são acompanhadas nos cuidados de saúde hospitalares e pressupõem a presença de outras dimensões vivenciais (e.g., Garel, Charlemaine, & Missonnier, 2010).

Quanto às características sociodemográficas, 12 participantes são casadas e uma é solteira. A média das idades das participantes é 30,15, variando entre os 20 e os 38 anos. Três das participantes têm o 9º ano de escolaridade, uma tem o 12º ano, e as restantes têm habilitações académicas de Ensino Superior. Duas participantes estão desempregadas, uma é doméstica e outra estudante. As restantes 9 encontram-se empregadas.

Quanto à gravidez, nove são primíparas e a gravidez foi planeada em oito dos casos. Duas das participantes encontram-se no primeiro trimestre de gestação, quatro no segundo e sete no terceiro. A gravidez é acompanhada exclusivamente nos Cuidados de Saúde Primários (médico/a e enfermeiro/a de família) em seis casos, nos CSP e Obstetra privado em seis casos, e existe uma situação em que o acompanhamento acontece nos CSP e nos Cuidados de Saúde Hospitalares (consulta de obstetrícia hospitalar).

Instrumento

Optou-se pela realização de entrevistas individuais (em profundidade) pois possibilitam uma maior profundidade na compreensão das perspetivas dos participantes (e.g. Lewis & Richie, 2003). Para a entrevista semiestruturada foi desenvolvido um guião que aborda os seguintes temas: consumo de álcool e suas circunstâncias, informações/ conhecimentos sobre consequências do consumo de álcool durante a gravidez, rastreio e prevenção seletiva (nomeadamente o fornecimento de informação por parte dos profissionais de saúde), prevenção ambiental (atitudes perante medidas como rótulos de aviso em bebidas alcoólicas, avisos publicitários) e prevenção indicada (nomeadamente atitudes perante o aconselhamento de redução do consumo de álcool na gravidez por parte dos profissionais de saúde).

Procedimentos

A realização do estudo obteve parecer positivo por parte da Comissão de Ética da ARS Norte, I.P., assim como da Direção Executiva do ACES e Coordenação da Unidade de Saúde na qual foram realizadas parte das entrevistas.

As entrevistas individuais foram realizadas em local, dia e hora conveniente para as participantes ou, nas situações em que estas foram contactadas em contexto de saúde pública, efetuadas na sala de reuniões da Unidade de Saúde, antes ou após a consulta de saúde materno-infantil. Em todas as situações foi explicado o âmbito do estudo e solicitada



a assinatura de um consentimento informado (que integrava a autorização para a gravação da entrevista). A duração das entrevistas variou entre 20 e 50 minutos, e todas foram realizadas pela mesma investigadora. As entrevistas foram posteriormente transcritas na íntegra. De seguida, os conteúdos foram analisados com base num processo de análise semi-indutivo e com recurso a um *software* de análise qualitativa (NVivo 10) que permite a codificação de entrevistas e de cruzamento de dados.

Apresentação e Discussão dos Resultados

A análise do conteúdo das entrevistas deu origem a um sistema de oito categorias de primeira geração/ categorias principais que, por sua vez, se subdividem em categorias de segunda, terceira ou mais gerações. Este trabalho apresenta e discute apenas aquelas categorias que permitem conhecer as perceções das participantes quanto à informação que possuem sobre o tema (tipo, qualidade e acessibilidade). Para além de dados sobre os consumos durante a gravidez (Categoria Autorrelato), recorreremos a duas categorias principais (Informação e Acompanhamento da Gravidez) e respetivas subcategorias.

Durante a gravidez, seis das entrevistadas referem consumo de álcool. Destas, cinco relatam que brindaram em acontecimentos festivos (*"Foi na minha festa de 30 anos"* E03; *"No meu casamento, sim."* E10). Uma das participantes admite beber esporadicamente na gravidez, em jantares de amigos (*"(...) vamos jantar todas juntas, se tivermos de beber uma garrafa de vinho ou 2 para todas, vem."* E06). Das que descrevem "apenas um brinde" (E07), três acrescentam que foi em situações em que ainda não sabiam que estavam grávidas (*"Eu bebi, bebi na altura que não sabia... foi quando descobri"* E05). A circunstância dos consumos sem que se conheça a gravidez é descrita em diversos trabalhos e constitui um tema de preocupação para clínicos e investigadores (e.g., Smith, Savory, Couves, & Burns, 2014).

Ficou patente a diminuição na quantidade de álcool consumida durante a gravidez comparativamente às situações antes da gravidez, o que vai de encontro a dados de outros trabalhos, nomeadamente em Portugal (e.g., SICAD, 2015).

Embora o tipo de consumo referido pelas participantes seja um "consumo social", que não se constituiria como risco na ausência de gravidez, na gravidez corresponde ao não cumprimento das indicações da OMS (WHO, 2014) e confirma que há mulheres que bebem durante a gravidez como aparece descrito em diversos trabalhos internacionais e nacionais (e.g., Popova, Lange, Probst, Gmel, & Rehm, 2017; Xavier, Dias, Veiga, Silva, & Gordinho, 2015).

Quanto ao conteúdo da informação, duas participantes referem ter informação "pró-consumo" (*"Ou cerveja preta, exatamente. "...não faz mal nenhum"* E08). Doze participantes revelam mensagens "anti-consumo" (*"Como já ouvi dizer "atenção que o álcool não é bom", então aí deixei."* E07) e quatro participantes manifestam, em momentos diferentes das entrevistas, incerteza em relação à mensagem (*"Como aquela história de que um copo não faz mal, não sei."* E12).

No que respeita ao conhecimento sobre consequências do consumo de álcool na gravidez, oito das participantes afirmaram ter conhecimento que o consumo de álcool na gravidez tem consequências nefastas (*"Porque sei das consequências que poderia ter."* E11), embora a descrição destas mesmas consequências seja pouco específica (*"Mas... se for continuamente,*



sim, isso vai afetar o desenvolvimento.” E01) ou até errada (“sei que cria complicações respiratórias” E12). Quatro das entrevistadas afirmam ausência de consequências para o bebé se o consumo de álcool não for abusivo (“se calhar um copo ou outro... de x em x, eu acho que também não vai ser ele que... vai prejudicar.” E08). Duas participantes admitem não saber quais as consequências no caso de consumos de baixo risco (“Depois, um consumo esporádico, sinceramente não sei. Não sei quais são as consequências.” E01). Quatro das participantes referem que o consumo de álcool no início da gravidez, mais especificamente no primeiro trimestre da gravidez, é mais prejudicial (“no primeiro trimestre estão em formação, portanto, não será positivo, creio eu.” E12). Seis das participantes falam nas suas dúvidas quanto às consequências do consumo de álcool, tanto em relação ao consumo de baixo risco como em relação a consequências de consumos mais abusivos (“Se calhar, se calhar! será mais grave beber no início do que beber se calhar numa reta final em que ele já está mais formado.” E12). Três participantes referem desconhecer a quantidade aceitável de álcool que se pode beber durante a gravidez.

O discurso das participantes indica a existência de informações limitadas e inconsistentes, o que também foi descrito em trabalhos noutros países (e.g., Raymond, Beer, Glazebrook, & Sayal, 2009). O desconhecimento sobre as consequências dos consumos que muitas das participantes revelam é ainda especialmente preocupante se tivermos em conta que este tipo de informação se constitui como um fator de motivação para reduzir consumos ou para manter a abstinência (e.g., Chang, Goetz, Wilkins-Haug, & Berman, 2000).

Tal como em outros trabalhos (e.g., Anderson, Hure, Kay-Lambekin, & Loxton, 2014), são diversas as fontes de informação indicadas pelas participantes. Sete referem o contexto de saúde: duas relatam ter lido panfletos com informação acerca do tema (“e os panfletos que tínhamos, no centro de saúde” E01) e as restantes (5) ter recebido informações por parte do médico e/ou enfermeira que acompanham a sua gravidez no âmbito dos CSP (“A única que já me falou sobre o assunto, foi a enfermeira que me dá o curso de preparação para o parto.” E03). O contexto laboral foi identificado como fonte de informação em oito participantes. Quatro destas participantes obtiveram informação devido ao exercício da sua profissão (três delas enfermeiras e uma professora do ensino secundário). As restantes quatro participantes obtiveram informação ao longo da sua formação académica (“Tinha estudado em psicologia que faria mal beber durante a gravidez. Tinha estudado isso” E03). Quanto a outras fontes de informação, a internet foi a mais citada (nove das participantes) (“Na internet, logo” E02), a literatura (“É informação de literatura, de livros” E11), e a televisão (“Penso que sim. Ouve-se... Mesmo a televisão...” E08). A família é, para 5 participantes, uma fonte de informação (“É porque a minha mãe diz “beber faz mal” E09). Quatro participantes referem outras mulheres grávidas (“Com uma das minhas amigas, que também estava grávida, já teve a bebé, que disse que tinha sido informada que não fazia mal nenhum beber um copo.” E03).

Dez das treze participantes referem que a população em geral deveria ter informação acerca do tema (“Para todos. Para o público em geral.” E02). Três indicam as mulheres como público-alvo principal (“É assim, sem dúvida nenhuma, em primeira instância, as mulheres, quer grávidas, quer não grávidas.” E07) e quatro participantes preferem o grupo específico das mulheres grávidas como público-alvo de campanhas de informação (“Sim, para as grávidas em particular” E02). Uma das participantes faz referência à importância dos



profissionais de saúde receberem informação acerca do tema (*"Sim, de facto, isto acho que era uma coisa que já devia ser trabalhada na formação de base de cada um destes profissionais."* E04).

A maioria das entrevistadas (10) considera que é fácil obter informação acerca do consumo de álcool na gravidez (*"Eu acho que hoje em dia o acesso à informação é simples, não é?"* E04), e três consideram ser difícil (*"Não acho nada fácil."* E03), duvidando que as mulheres grávidas consumidoras de álcool tenham tido acesso a informação (*"Não sei até que ponto se alguém que beba, e que bebe às vezes, não sei se terá acesso fácil à informação."* E01). Cinco das participantes fazem ainda apreciações críticas acerca da acessibilidade da informação (*"Agora, o problema é o de sempre, também. Procura quem já sabe, ou quem já...e portanto, esse é um problema, não é? Geralmente essa informação não chega a quem à partida poderia precisar dela."* E04).

Do discurso ao longo de todas as entrevistas, percebe-se que há relação entre a informação existente e o consumo de álcool (*"mas sim, tenho informação, e por esse motivo opto por não beber."* E01). No entanto, simultaneamente, dez participantes são da opinião que o facto de existir informação não irá fazer com que as mulheres grávidas deixem de beber álcool (*"Penso que não alterava comportamentos."* E02). Há ainda seis entrevistadas que manifestam alguma indecisão quanto à existência de relação entre informação e o consumo de álcool na gravidez (*"não sei até que ponto é que surte efeito"* E12).

Questionadas sobre a necessidade de mais informação, sete das oito entrevistadas que referem não sentir necessidade de mais informação justificam-se dizendo que não bebem álcool na gravidez (*"Como não bebo, não... não me faz falta, não é."* E01). Sete entrevistadas referem que gostariam de ter mais informação pela curiosidade que esta temática lhes despertou ao longo da entrevista (*"Porque estou provavelmente agora a detetar que não sei dizer exatamente o que aconteceria se bebesse, e gostava de saber."* E02).

Há cinco participantes que referem inexistência de informação geral em relação ao assunto (*"Porque conhecimento... não sei."* E13). A ausência de informação foi confirmada por todas as participantes no que diz respeito às linhas orientadoras nacionais e internacionais (DGS, 2015; WHO, 2012), e por dez das entrevistadas no que respeita às consequências específicas do consumo de álcool na gravidez (*"Não sei quais são as consequências."* E01). Outra área de desconhecimento diz respeito à prevalência do fenómeno (*"Eu acho que isto do concordar ou não tem muito a ver se existe uma população que realmente consome muito álcool. Eu não tenho esses dados, não é."* E01). Como motivos para a ausência de informação, a maioria (dez) das participantes do estudo refere motivos internos (*"Sim, nunca pesquisei."* E03) e cinco referem motivos externos: por exemplo, *"Porque a médica nunca me informou."* (E09).

Como sublinhámos anteriormente, a informação que a grávida possui sobre o tema do consumo de álcool durante a gravidez está relacionada com uma tomada de decisão mais ou menos informada quanto ao consumo ou não na gravidez, (e.g., Raymond, Beer, Glazebrook, & Sayal, 2009). Diversos trabalhos têm sublinhado o papel dos profissionais de saúde nos CSP indicando que o rastreio e prevenção seletiva parecem estar associados a um risco decrescido de consumo de álcool pré-natal (e.g., Thanh, & Jonsson, 2010). Neste estudo, as entrevistadas elencam diferentes agentes de rastreio, desde a enfermeira dos CSP (*"A enfermeira do centro de saúde fez-me a mesma questão, se fumava, se bebia álcool..."* E01), à médica de família (*"porque eu acho que a primeira consulta que nós fazemos da gravidez, não*



é, a primeira coisa que nos dizem é fumar, beber, é prejudicial.” E08). Nenhuma das seis entrevistadas acompanhadas nos cuidados privados de saúde referiu ter sido rastreada para o consumo de álcool, e nos CSP encontramos quatro entrevistadas que relatam que nunca foram rastreadas (“...ninguém me perguntou nada.” E03) e cinco que foram rastreadas apenas uma única vez no início da gravidez. Uma das entrevistadas relata que foi rastreada apenas após relatar à enfermeira dos CSP que tinha tido um consumo de álcool numa ocasião em que ainda não sabia que estava grávida (“Pronto, e comentei essa situação e ela disse “pronto, não tem perigo nenhum.” E depois aproveitou e perguntou-me como é que era, se eu bebia...” E07).

Estes dados colocam questões sérias acerca do rastreio do consumo de álcool na gravidez que, segundo o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) deveria ser efetuado em todas as consultas ao longo do acompanhamento da gravidez nos CSP. Coloca ainda em causa a qualidade do acompanhamento da gravidez na prática privada, sabendo que há estudos que comprovam que o rastreio de consumo de álcool é, por si só, um fator que inibe o consumo de álcool na gravidez, talvez pela simples tomada de consciência (e.g., Gray, & Henderson, 2006). Duas das entrevistadas são da opinião que a ausência do rastreio se deve à falta de interesse dos médicos quanto ao tema (“É mesmo porque eles passam à frente, não é.” E01). Estes dados parecem ir de encontro à informação encontrada em trabalhos em outros locais do mundo (e.g., Meurk, Broom, Adams, Hall, & Lucke, 2014). Quanto à informação recebida no acompanhamento da gravidez (prevenção seletiva), quatro das participantes referem que aconteceu (“Sim. Aconselhou a não beber. Fazia mal ao bebé.” E05), realizada pela médica e enfermeira de família (CSP).

Na apreciação crítica que as entrevistadas fazem acerca das linhas orientadoras para a abstinência durante a gravidez (e.g., DGS, 2015) duas afirmam que concordam (“Concordo perfeitamente.” E02), e uma delas relativiza o seu cumprimento (“Isto é como tudo, dizemos que não porque já sabemos que há uma pessoa ou outra que já tem tendência a... Se nós vamos dizer que sim seria o fim da macacada. Começa tudo a beber.” E12). Oito das participantes afirmam que a divulgação de linhas orientadoras é má (“Não, não está bem divulgada, não. Concordo com ela, mas não está bem divulgada.” E3).

Oito participantes do estudo referiram a inexistência de indicações no seu acompanhamento da gravidez (“Mas também não referiu nada sobre ensinamentos...do álcool.” E01). Como motivo para a ausência de indicações, cinco das entrevistadas acham que é por motivos ligados aos profissionais de saúde (“Não sei, é porque não têm tempo.” E09), e três associam a ausência à sua própria abstinência (“Também disse que não era hábito eu beber, ela também achou que não era preciso dizer mais nada.” E06). Nove participantes pontuam que a prevenção seletiva é importante para o grupo das mulheres grávidas em geral (“Eu penso que a partir do momento em que a mulher decide estar grávida, ou que quer engravidar, que devia ser fornecido... mais informação.” E11), e quatro referem que é importante para elas próprias (“Informação nunca é demais.” E13).

Conclusão

Os dados obtidos neste estudo exploratório apontam para a existência de consumo de álcool durante a gravidez e, portanto, para o risco de crianças apresentarem consequências dessa exposição pré-natal (DEAF). As participantes revelam consumos predominantemente



ocasionais e em baixas quantidades, que, se não acontecessem durante a gravidez, não seriam considerados problemáticos (DGS, 2012).

A perspetiva das participantes quanto ao risco associado ao consumo de álcool revela-se, em geral, frágil, sendo por diversas vezes encontrados, ao longo das entrevistas, testemunhos com pouca sintonia/coerência. Falta de informação, informações erradas e/ou incompletas, nomeadamente quanto às consequências dos consumos foram também apresentadas. Todas as participantes revelam desconhecer a existência de indicações internacionais e nacionais (linhas de orientação) quanto aos consumos durante a gravidez. Tal como discutido, o desconhecimento das mesmas e a falta de informação correta e atualizada sobre o tema poderá impedir as mulheres grávidas de tomarem decisões mais fundamentadas quanto ao seu consumo de álcool.

Relativamente às experiências e atitudes acerca do rastreio, prevenção seletiva e prevenção indicada em contexto do acompanhamento da gravidez, há a destacar o testemunho do grupo de participantes quanto à total ausência de rastreio no acompanhamento no âmbito dos cuidados de saúde privada, e o rastreio único no início do acompanhamento no contexto dos CSP, apesar da existência de um programa nacional que contempla o rastreio em todas as consultas e a disponibilização de instrumentos aos profissionais de saúde intervenientes (DGS, 2015). A maioria das participantes reporta a ausência de indicações respeitantes ao consumo de álcool no âmbito do seu acompanhamento da gravidez.

A importância que as participantes deram à existência de informação constitui um possível alerta para todos os profissionais de saúde e demais *stakeholders* que intervêm nesta área. Tendo já sido evidenciada a importância do médico de família como fator que protege a mulher grávida do consumo, seria interessante avaliar os motivos que levam os profissionais de saúde a esta ausência de abordagem do tema que as participantes reportam.

Como limitações deste estudo exploratório há a nomear a particularidade do grupo ser pouco diversificado quanto às habilitações académicas e profissão, bem como quanto à idade. Para o futuro pretende-se aumentar o número de participantes (atingir a saturação teórica) e que estas apresentem características sociodemográficas mais diversificadas.

O discurso das participantes revela lacunas quanto à informação que as mulheres grávidas possuem sobre o consumo de álcool na gravidez e também quanto à qualidade dos cuidados de saúde (acompanhamento da gravidez) no que diz respeito ao rastreio e informação disponibilizada. Estes dados abrem caminho para uma necessária reflexão sobre as práticas dos profissionais de saúde e para a continuação da investigação e intervenção preventiva sobre o tema no nosso país.

Contacto para Correspondência

Kerstin Hoffmeister, ARS Norte, Centro de Respostas Integradas do Porto Central, Equipa Técnica Especializada de Tratamento de Santa Maria da Feira, Rua Germano Silva Santos 71, 4520-195 Santa Maria da Feira, kerstin.hoffmeister@arsnorte.min-saude.pt

Maria Raul Lobo Xavier, Universidade Católica Portuguesa, CEDH – Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano, Faculdade de Educação e Psicologia, Rua de Diogo Botelho 1327, 4169-005 Porto, mxavier@porto.ucp.pt



Referências

- Adusi-Poku, Y., Bonney, A. A., & Antwi, G. D. (2013). Where, when and what type of alcohol do pregnant women drink? *Ghana Medical Journal*, 47 (1), 35-39.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro M. G. (2001) *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Care* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
- Chang, G., Goetz, M. A., Wilkins-Haug, L., Berman, S. (2000). A brief intervention for prenatal alcohol use. An in-depth look. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 365-369.
- Coles, C. D, Gailey, A. R., Mulle, J. G., Kable, J. A., Lynch, M. E., & Jones, K. L. (2016). A comparison among 5 methods for the clinical diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders. *Alcohol Clin Exp Res*, 40(5), 1000-9. doi: 10.1111/acer.13032
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Norma nº 030/2012 de 28/12/2012: Detecção precoce e Intervenção Breve no consumo excessivo do álcool no adulto*. Disponível em <http://www.dgs.pt/>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDA] (2011). *European drug prevention quality standards*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Garel, M., Charlemaïne, E., & Missonnier (2010). Multiple fetuses' pregnancy and other medical high-risk pregnancies. In S. Tyano, M. Keren, H. Herrman & J. Cox (Eds.), *Parenthood and mental health. A bridge between infant and adult psychiatry* (pp. 99-107). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Gray, R., & Henderson, J. (2006). *Review of the effects of the fetal effects of prenatal alcohol exposure: Report to the Department of Health*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit.
- Lewis, J., & Richie, J. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. London: Eds. Sage Publications.
- Lundsberg, L. S., Illuzzi, J. L., Belanger, K., Triche, E. W. Bracken, M.B. (2015). Low-to-moderate prenatal alcohol consumption and the risk of selected birth outcomes: a prospective cohort study. *Annals of Epidemiology*, 25, 46-54. doi: 10.1016/j.annepidem.2014.10.011
- Meurk, C. S., Broom, A., Adams, J., Hall, W., & Lucke, J. (2014). Factors influencing women's decisions to drink alcohol during pregnancy: Findings of a qualitative study with implications for health communication. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 246-255. doi:10.1186/1471-2393-14-246
- Nykjaer, C., Alwan, N. A., Greenwood, D. C., Simpson, N. A., Hay, A. W., White, K. L., & Cade, J. E. (2014). Maternal alcohol intake prior to and during pregnancy and risk of adverse birth outcomes: evidence from a British cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68, 542-9. doi: 10.1136/jech-2013-202934
- Pinto, E., Barros, H., & Santos-Silva, I. (2009). Dietary intake and nutritional adequacy prior to conception and during pregnancy: a follow-up study in the north of Portugal. *Public Health Nutrition*, 12(7), 922-31. doi:10.1017/S1368980008003595
- Pinto, E., Severo, M., Correia, S., dos Santos Silva, I., Lopes, C., & Barros, H. (2009). Validity and reproducibility of a semi-quantitative food frequency questionnaire for use among Portuguese pregnant women. *Maternal and Child Nutrition*, 6(2), 105-119. doi: 10.1111/j.1740-8709.2009.00199.x
- Popova, S, Lange, S, Probst, C, Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5: e290-e299. doi: [10.1016/S2214-109X\(17\)30021-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30021-9)
- Raymond, N., Beer, C., Glazebrook, C., & Sayal, K. (2009). Pregnant women's attitudes towards alcohol consumption. *BMC Public Health*, 9, 175. doi: 10.1186/1471-2458-9-175.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2015). *O consumo de álcool na gravidez*. Lisboa: Divisão de Estatística e Investigação/ Direção de Serviços de



- Monitorização e Informação. Disponível em http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=157&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos
- Smith, L., Savory, J., Couves, J., & Burns, E. (2014). Alcohol consumption during pregnancy: cross-sectional survey. *Midwifery*, 30: 1173-8.
- Thanh, N. X., & Jonsson, E. (2010). Drinking Alcohol during pregnancy: Evidence from Canadian community health survey 2007/2008. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 17 (2), e302-e307.
- World Health Organization (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Library Cataloguing in Publication Data. Copenhagen: Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2014). *Global status report on alcohol and health – 2014*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
- Xavier, M. R., Dias, P., Veiga, E., Silva, R., & Gordinho, C. (2015). Attitudes about pregnancy and motherhood and alcohol consumption in a group of Portuguese pregnant women. In A.T. Almeida & I. Soares (Eds.), *17th European Conference on Development Psychology- Program and Abstracts* (pp 134-135). Braga: Universidade do Minho.



“Um Olhar Sobre a Consulta de Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários”

Maria João Soeiro¹, Ana Luísa Neves²

1. ACES Do Estuário do Tejo, Unidade de Saúde da Póvoa de Sta. Iria
2. ACES Estuário do Tejo, Unidade de Saúde de Vila Franca de Xira

Resumo

Com este trabalho propomos “lançar um olhar” sobre a consulta de psicologia realizada nas Unidades de Saúde (Centros de Saúde) de Vila Franca de Xira, Castanheira do Ribatejo, Póvoa de Sta. Iria, Forte da Casa e Vialonga, que integram o ACES Estuário do Tejo-ARS LVT, entre os anos de 2005 e 2015, com o objetivo geral de melhor conhecer a população e maximizar a eficácia ao nível da tomada de decisões, na prevenção e intervenção. Neste sentido, faremos um estudo observacional e transversal, no que respeita aos aspetos gerais mais relevantes, com sejam os pedidos de consulta por: género, idades e problemática. A partir daqui, propomos uma análise reflexiva sobre os dados reais da prevalência dos mesmos e padrões de distribuição, comparativamente aos critérios já existentes para a consulta psicológica e atendimento individual nos cuidados de saúde primários. Consideramos que a sistematização e análise dos dados existentes é fundamental para a promoção do conhecimento do trabalho desenvolvido, com o desafio de alargar a outras áreas geográficas do país, ajudando a promover o reconhecimento da consulta de psicologia e do psicólogo clínico como “o especialista” de saúde mental ao nível dos cuidados de saúde primários e, frequentemente, o primeiro recurso perante a evidência de perturbação psicológica.

Palavras-chave: saúde mental; cuidados primários;



Abstract

This paper proposes a glance at the psychological consultation in the Health Center of Vila Franca de Xira, Castanheira do Ribatejo, Póvoa de Sta. Iria, Forte da Casa and Vialonga, between 2005- 2015. The main goal is to examine the population needs in order to take better decisions in prevention and therapeutic intervention. The present study is an observational and cross-section one. We consider the request/problem description, gender and age. After that we suggest a reflexive analysis and discussion about the role of the psychologist in First Health Care as an expert of mental health and often the first contact of the population when a psychological disturb first appears.

Key words: mental health; first health care



Introdução

O presente trabalho pretende fazer um estudo observacional e transversal da população atendida na consulta de psicologia dos Centros de Saúde (e respetivas unidades de saúde que os compõem) de Vila Franca de Xira e Póvoa de Sta. Iria, que integram atualmente o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Estuário do Tejo, entre 2005 e 2015, com o objetivo de conhecer a prevalência e padrões de distribuição das problemáticas que definem os pedidos de consulta de acordo com as variáveis: género e faixas etárias.

A partir deste estudo propõe-se uma análise reflexiva sobre a intervenção do psicólogo nos cuidados de saúde primários, os critérios já existentes, subjacentes a esta intervenção e as exigências que hoje se colocam no caminho da especialização e do reconhecimento efetivo do trabalho do psicólogo como técnico especialista da saúde (mental).

Metodologia

População

Para a realização deste estudo foram analisados todos os pedidos de primeira consulta de psicologia (consumadas), entre o ano de 2005 e 2015, nos Centros de Saúde de Vila Franca de Xira e Póvoa de Sta. Iria, num total de **2937 utentes**. A consulta de psicologia nestas unidades de saúde não tem limites etários, pelo que os utentes referenciados são de todas as idades. Pela dinâmica institucional, as referências são preferencial e maioritariamente feita pelos médicos de família. No entanto, outros profissionais das unidades de saúde, ou entidades parceiras da comunidade, podem igualmente solicitar a intervenção psicológica, desde que os utentes estejam inscritos nas respetivas unidades.

Estes Centros de Saúde eram os que compunham o antigo ACES XII de Vila Franca de Xira, que após a reorganização dos ACES em 2012, e consequente alargamento da área geográfica, passou a denominar-se ACES Estuário do Tejo. Atualmente compreende uma área rural e urbana com cerca de 1500 Km², contrastando com a anterior, que tinha 293.88 Km².

A ideia deste trabalho começou a surgir em 2009, e implicou a reorganização de uma base de dados pensada em comum. Pretendemos alargar este estudo a toda a área geográfica do atual ACES.

Desenho do estudo

Realizou-se um estudo transversal, em que todas as medições são feitas num único momento temporal, atendendo à informação disponibilizada pelo médico, e/ ou pela queixa expressa pelo utente. Inserem-se nesta amostra todas as primeiras consultas efetuadas no período anteriormente descrito, independentemente de ter havido, ou não, seguimento dos indivíduos que a constituem.

O estudo é do tipo observacional e descritivo, pretendendo-se apenas a descrição das variáveis em estudo e observar sua prevalência. Pretende-se descrever as características



desta população no que diz respeito às variáveis em estudo e os seus padrões de distribuição, não existindo colocação de hipóteses, mas potenciando o seu surgimento, que poderão levar a estudos posteriores.

Critérios para a classificação das problemáticas

Os critérios utilizados para o agrupamento das problemáticas basearam-se nos definidos pelo DSM -5, não com qualquer fim diagnóstico, mas apenas com o objetivo de organizar o pedido/ queixa, usando uma linguagem comum a todos os profissionais de saúde mental.

O DSM é um instrumento de classificação e diagnóstico das perturbações mentais, criado de acordo com determinados critérios, destinados a facilitar diagnósticos e torná-los mais objetivos e fidedignos. Nos últimos 60 anos tem sido usado por médicos e pesquisadores de diferentes orientações e o seu conteúdo é válido e útil para profissionais que trabalhem na área de saúde mental.

Segundo Pocinho (2016) a crescente procura de intervenção por doentes que sofrem de perturbações que se encontram no limite da normalidade e de quadros clínicos produzidos por situações de stress, ligadas a mudanças sociais e da vida quotidiana, impeliu à necessidade de reformular os sistemas de classificação das perturbações mentais. Foi necessário incluir novas sintomatologias e operacionalizar os critérios de diagnóstico, de modo a aumentar a sua validade e fidelidade e uniformizar internacionalmente as categorias diagnósticas.

Resultados

Os resultados gerais observados evidenciam que a maior quantidade de consultas pedidas são para **Outras condições que podem ser foco de atenção clínica (39,8%)**, nomeadamente os problemas de relacionamento/familiares, seguindo-se as **Perturbações do Neurodesenvolvimento (16,1%)** e, finalmente as **Perturbações disruptivas do comportamento e do controlo dos impulsos (12,8%)** (Tabela 1).

No que respeita ao género, temos que são mais os pedidos de consulta para utentes do sexo feminino (56,5%), embora haja diferenças de acordo com as faixas etárias. Observa-se que, até aos 18 anos, a maioria dos pedidos de consulta respeitarem aos indivíduos do sexo masculino, cerca de 56%, para esta tendência se inverter de modo expressivo na idade adulta, observando-se que cerca de 75,7% dos pedidos se referem aos indivíduos do sexo feminino (Figura 1).

Analisando a prevalência dos pedidos por faixas etárias, verificamos que a maior quantidade de pedidos se concentra na faixa etária entre os 19 e os 49 anos (30%), destacando-se os pedidos que se enquadram nos **Problemas de Relacionamento/Familiares e Perturbações Relacionadas com Trauma e Stress**, seguindo-se as **Perturbações de Ansiedade e Depressivas**, tanto para os utentes do sexo feminino, como para os utentes do



sexo masculino, ainda que estes com um número de pedidos muito menor. Se analisarmos a faixa etária dos maiores de 50 anos, verificamos que são as **Perturbações Depressivas** que aparecem com maior prevalência, seguindo-se os problemas relacionados com a **Fase do Ciclo da Vida**. No que respeita às crianças a maioria dos pedidos são os que se enquadram nas **Perturbações do Neurodesenvolvimento**, seguindo-se as que se enquadram nas **Perturbações Disruptivas do Comportamento e do Controlo dos Impulsos** e finalmente, nos problemas relacionados com a **Educação parental**. Analisando a prevalência dos pedidos para a faixa etária da adolescência, verifica-se que maioritariamente se concentram nas **Perturbações Disruptivas do Comportamento e do Controlo dos Impulsos**, seguindo-se as que se enquadram nos **Problemas Relacionais/Familiares** e só depois as **Perturbações do Neurodesenvolvimento** (Figura 2).

Tabela 1
Motivos de consulta de psicologia 2005-2015

		0- 6 anos		7 - 12 anos		13 - 18 anos		19 - 49 anos		» 50 anos		TOTAL		
Problematica		Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Totais
Perturbações do neurodesenvolvimento		145	52	108	58	66	46	0	0	0	0	319	156	475
Espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas		0	0	0	0	0	0	3	8	0	0	3	8	11
Pertubação Bipolar		0	0	0	0	0	0	1	8	1	2	2	10	12
Perturbações depressivas		0	0	0	0	5	15	23	89	11	57	39	161	200
Pertubações de ansiedade		7	8	19	23	15	33	28	99	4	21	73	184	257
Perturbação obsessiva/compulsiva		0	0	1	0	2	0	1	1	0	0	4	1	5
Perturbações relacionadas com trauma e stress (de adaptação)		3	2	11	9	16	36	45	112	8	29	83	188	271
Perturbações alimentares		1	1	0	2	1	5	0	2	0	0	2	10	12
Perturbações de eliminação		4	5	9	6	3	2	0	0	0	0	16	13	29
Perturbações do sono e vigília		0	0	2	0	0	0	1	3	0	0	3	3	6
Perturbações disruptivas do comportamento e do controlo de impulsos		68	33	88	38	83	49	8	7	0	1	247	128	375
Perturbações relacionadas com consumo de susbtancias /adição		0	0	0	0	0	1	11	10	1	2	12	13	25
Perturbação neurocognitiva		0	0	0	0	0	2	7	7	4	7	11	16	27
Perturbações da personalidade		0	0	0	0	2	2	11	35	4	7	17	44	61
Outras condições com foco de atenção clínica	Problemas de relacionamento/familiares	29	20	41	27	41	55	40	126	7	39	158	267	425
	Problemas educacionais	28	20	62	53	33	31	1	1	0	0	124	105	229
	Perturbações relacionadas com ciclo de vida	15	13	10	12	2	25	15	45	8	41	50	136	186
	Luto	5	3	5	4	5	8	15	32	4	32	34	79	113
	Outras circunstâncias psicossociais (violência)	14	20	15	3	4	6	7	23	5	22	45	74	119
	Outros (dificuldade de adaptação à doença)	9	7	4	4	2	7	13	34	7	12	35	64	99
Sub- total1		328	184	375	239	280	323	230	642	64	272	1277	1660	2937
Sub-total2		512		614		603		872		336				
TOTAL		2937												

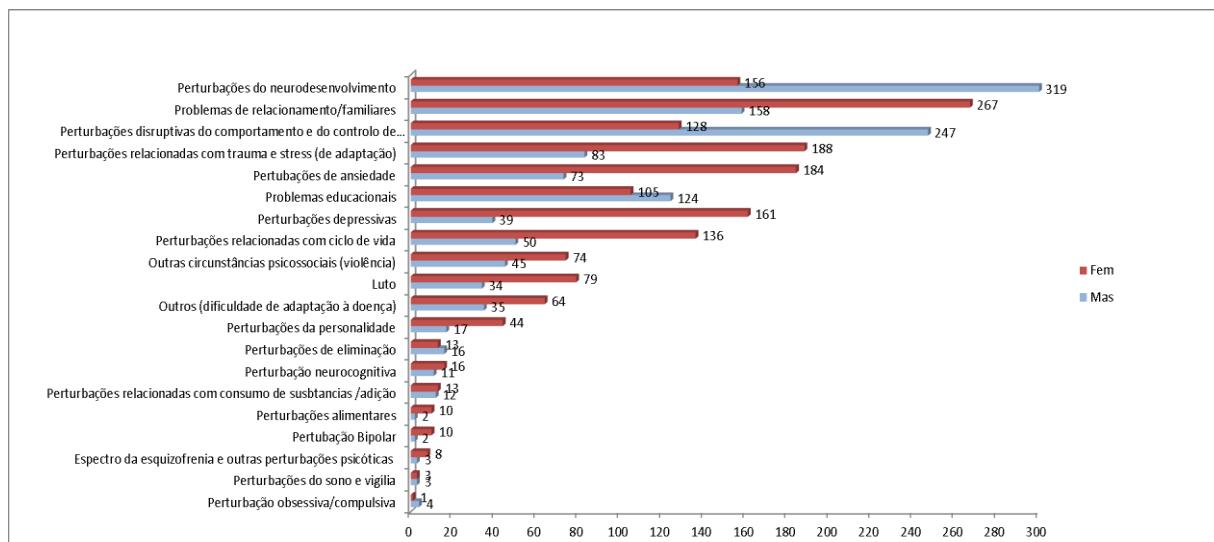


Figura 1. Utentes 2005-2015 problemática/ género

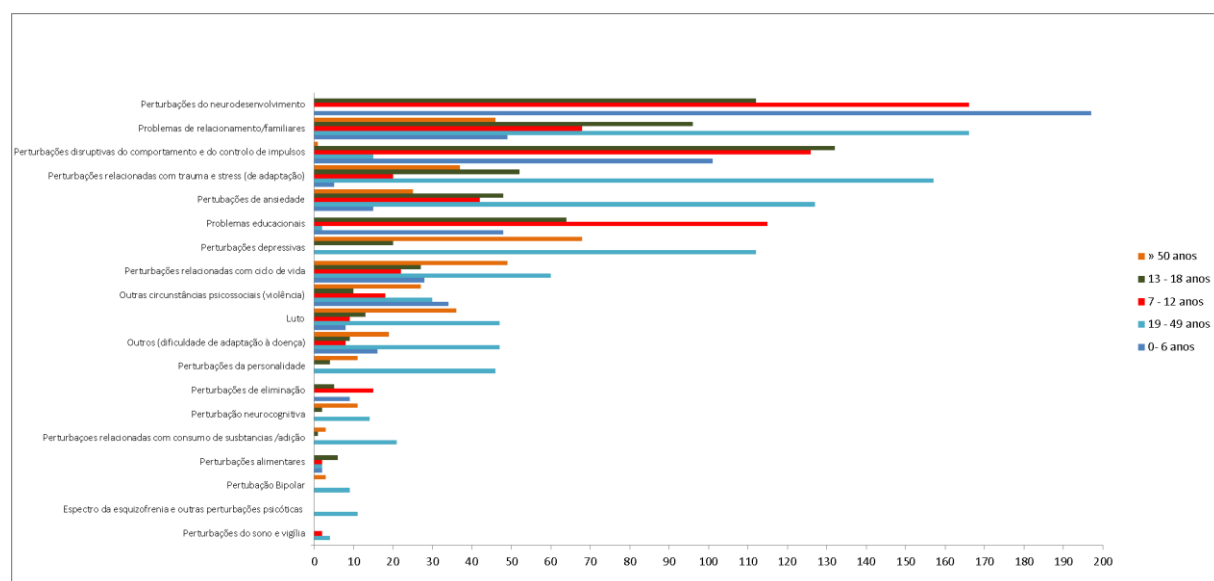


Figura 2. Utentes 2005-2015 problemática/ idades

Discussão

Os resultados observados, neste estudo, que compilou os dados recolhidos ao longo de onze anos, vêm ao encontro daquilo que hoje já é uma evidência, ou seja: a prevalência dos transtornos mentais comuns, habitualmente relacionados com quadros de ansiedade, depressão e stress, assim como os que se encontram no limite da “normalidade”/ funcionalidade e de quadros clínicos produzidos por situações de stress, ligadas a mudanças



sociais e da vida quotidiana (como sejam as perturbações relacionadas com os problemas relacionais e familiares, ou relacionadas com a fase do ciclo de vida), constituem o grosso dos pedidos de ajuda psicológica.

De facto, o aumento das perturbações mentais no mundo, na Europa e especialmente em Portugal são preocupantes. Segundo a publicação da OPP (2011) em 2008 a União Europeia estimava que cerca de 50 milhões de pessoas, o que equivale a cerca de 11% da população, sofriam de algum tipo de perturbação mental. Em Portugal, relativamente à prevalência ao longo da vida, 1 em cada 5 cidadãos experienciou uma perturbação mental (23%, pelo que, Portugal apresenta uma prevalência de perturbações mentais acima da média europeia).

Segundo a mesma publicação, sabemos ainda que 10% a 20% das pessoas que recorrem aos cuidados de saúde primários fazem-no por queixas relacionadas com perturbação psicológica e que as intervenções psicológicas breves nos centros de saúde permitem resultados no processo de adaptação psicológica e, deste modo, reduzir em 50% o número de consultas médicas. Um estudo preliminar desenvolvido em Portugal teve como objetivo analisar a influência das consultas de psicologia clínica no volume de trabalho dos médicos. Os resultados sugerem que os médicos de família tendem a referenciar os seus utentes para a consulta de psicologia.

Assim, esta é uma realidade que já não é discutível e que obriga a reequacionar os conceitos iniciais da psicologia da saúde, nomeadamente os que respeitavam à intervenção do psicólogo nos cuidados de saúde primários, quando se preconizava que o papel do psicólogo seria o de profissional generalista responsável pela contextualização de problemas, quer ao nível das questões psicológicas e psicossociais. Segundo Trindade (1999), as múltiplas funções deste profissional percorriam um lato espectro, desde um profissional-investigador com competências ligadas a áreas educacionais, sociais e organizacionais ligadas à saúde, capaz de proporcionar às equipas de cuidados de saúde primários e às Direções uma compreensão das especificidades psicológicas associadas à saúde, à prestação de cuidados de saúde, à gestão dos recursos, à humanização dos serviços até à intervenção comunitária e nos processos de tomada de decisão. Deste modo colocava como critérios primordiais na seleção de utentes para a consulta: a mudança de comportamentos e prevenção, os processos de confronto e adaptação à doença e incapacidade, o stress induzido por procedimentos médicos de diagnóstico e tratamento, comportamentos de adesão a rastreios, tratamentos médicos e atividades de autocuidados, entre outros.

Considerava-se que o psicólogo não seria apenas um técnico de saúde mental, visto que este não se encontra apenas direcionado para a intervenção na psicopatologia nem da doença mental, mas também, para a saúde global da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, da família e comunidade, e se focaliza na promoção do bem-estar psicológico, nos comportamentos, nos processos de adaptação à doença, na adesão à terapia medicamentosa e nos comportamentos de utilização de serviços e recursos de saúde.

Estas considerações, apesar de importantes, arriscam-se hoje a condicionar o olhar dos outros técnicos, na medida em que a abrangência da formação e intervenção, poderá não permitir entender o psicólogo como o especialista da saúde mental. Ora, cada vez mais se reconhece a elevada prevalência dos problemas de saúde mental e de como é fundamental a sua integração nos cuidados de saúde primários, como primeira linha de reconhecimento privilegiado. No Plano Nacional de Saúde 2011-2016, na contribuição do Alto Comissariado da Saúde, sublinha-se a importância do reforço do número de psicólogos nos CSP, pela



necessidade de reforçar expressivamente a intervenção psicoterapêutica nos CSP. A atribuição (em curso) do título de especialista e de subespecialidades aos psicólogos portugueses vem reconhecer a importância da formação e da qualificação numa determinada área da Psicologia. Legitima a especialização e acrescenta credibilidade junto de utentes e entidades.

Conclusão

Com este estudo foi possível conhecer a prevalência e padrões de distribuição das problemáticas que definem os pedidos de consulta de psicologia de acordo com a faixa etária e género. Alargado para as restantes áreas geográficas do país permitir-nos-á conhecer a verdadeira realidade comum, num país em que a prevalência das perturbações mentais está acima da média europeia.

Por outro lado, permitiu-nos contribuir para uma área de estudos ainda muito escassa, o que por sua vez não facilita uma reflexão mais profunda e promotora de mudanças de conceitos e paradigmas. Um estudo publicado por Pacheco e Jesus (2016), de revisão narrativa a partir dos vários estudos já realizados relativos à problemática dos Transtornos Mentais Comuns (TMC), conclui que a situação relativa à problemática dos TMC nos CSP é preocupante, pelas elevadas percentagens de pessoas afetadas, estando em paralelo com os estudos internacionais. A escassez de estudos encontrados parece denotar o pouco interesse que esta problemática tem em termos da produção científica neste nível de cuidados de saúde, não obstante a sua elevada importância para a saúde mental.

Um outro estudo realizado em Portugal por Vasco, Santos & Silva (2003) sobre a efetividade da psicoterapia permitiu concluir que 28% da amostra estudada recorreu a profissionais de ajuda, nomeadamente ao médico de família (39,1%), seguindo-se o psiquiatra (29,6%) e médicos de outras especialidades (27,7%). Os Psicólogos surgem ainda em 4º lugar, constituindo um recurso apenas em 14,9% das situações.

Nos cuidados de saúde e, especialmente, nos Cuidados de Saúde Primários (onde habitualmente não existem outros técnicos de saúde mental), o psicólogo é o verdadeiro especialista de saúde mental, devendo atuar ao nível da triagem, prevenção, intervenção e articulação com outros níveis de saúde mental e da comunidade.

Cada vez mais se tende para a especialização e, num campo tão vasto com os CSP onde o psicólogo pode atuar a vários níveis, é importante que o próprio se destaque e se valorize, de acordo com as suas competências facilitando também a abertura para a entrada de outros psicólogos especialistas em áreas diferentes.



Contacto para Correspondência

Maria João Soeiro

Filiação: João José Navarro y Rosa Soeiro e de Maria Viegas dos Santos Navarro Soeiro
Morada Profissional: Av. D. Vicente Afonso Valente 2625-215 Póvoa de Stª Iria
Mail pessoal: mjsоеiro@gmail.com

Ana Luísa Neves

Filiação: Ernesto Batista Neves e Maria de Jesus Sousa Quintela Neves
Morada: Rua do Flamingo, nº 11, 2600-310 Vila Franca de Xira
C.E.: analqneves@hotmail.com

Referências

- Alto Comissariado da Saúde (2011). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: Reforçar e Expandir-Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Diário da República, 2.ª série — N.º 20 — 29 de janeiro de 2016. Regulamento Geral de Especialidades Profissionais da Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Golden, G. A. (1997). Impact of psychotherapy: Does it affect frequency of visits to family physicians? *Canadian Family Physician*, 43, 1098-1102.
- Hunsley, J. (2002). The Cost-effectiveness of psychological interventions. Canadian Psychological Association: Ontario.
- Hespanhol, A. P, Veiga, A., & Ricou, M. (2005) (in press). Consulta de Psicologia Clínica no Centro de Saúde São João: Assegurar Qualidade na perspectiva de Gestão. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 59-64.
- Murcho, N., Pacheco, E., & Jesus, S. N. (2016). Transtornos Mentais Comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um Estudo de Revisão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 15, 30-36.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde.
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008). Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Pocinho, M. (2016). O DSM 5: Continuidade, Mudança e Controvérsia. *Interações* 24, 86-97.
- Trindade, I. (1999). Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 17(3), 569-576.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (2007). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.



Bem-estar vs. Ansiedade e Depressão em Enfermeiros com Trabalho por Turnos e sem Trabalho por Turnos

Isabel Branco¹, Leonor Almeida², & Sara Ibérico Nogueira³

1. ~~Enfermeira no~~ Centro hospitalar Lisboa Norte (CHLN), Lisboa

2. Instituto Superior de gestão (ISG), Lisboa

3. Escola de Psicologia e Ciências da Vida (ULHT), Lisboa

Resumo

Promover a melhoria do bem-estar dos trabalhadores é investir na economia e aumentar a produtividade e/ou melhorar a qualidade dos serviços prestados.

É nesta perspectiva que surge este estudo com o objectivo de caracterizar os níveis de *Bem-estar* de uma amostra de enfermeiros do Centro Hospitalar Lisboa Norte/ Hospital de Santa Maria, identificar os seus níveis de ansiedade e depressão e fazer o estudo comparativo dos enfermeiros que trabalham por turnos e dos que não trabalham por turnos.

Participaram 173 enfermeiros (146 do género feminino e 27 do género masculino), com idades compreendidas entre os 23 e os 59 anos ($M = 34,79$ e $DP = 8,683$). Foram avaliados alguns dos efeitos associados ao trabalho por turnos ao nível da saúde/bem-estar e da vida familiar e social bem como as alterações a nível do estado emocional e depressivo.

Os dados foram recolhidos através de um Questionário elaborado para o efeito, do “Hospital Anxiety and Depression Scale”/ Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar e do “Personal Wellbeing Index/ Escala de Bem- Estar Pessoal, ambas validadas para a população portuguesa.

Os resultados obtidos sugerem não existir diferenças significativas nos níveis de bem-estar entre os enfermeiros que trabalham por turnos e os que trabalham em horário de manhãs e tardes, nem quanto ao género, nem quanto ao facto de terem ou não filhos menores. Quanto aos níveis de ansiedade e depressão também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, embora as médias dos níveis de ansiedade e depressão sejam sempre superiores nos enfermeiros que trabalham por turnos.

Palavras- chave – Trabalho por turnos; Bem-estar; Trabalhadores; Administração Pública.



Abstract

Promote the improvement of workers' well-being is to invest in the economy and increase productivity and / or improve the quality of services provided to this end it is necessary that the focus of study is the politically articulated society and the concept that is being Human focus on building this society (Salm & Menegasso, 2009).

It is against this background that comes this study aimed to characterize the levels of welfare of nurses sample from North Lisbon Hospital / Hospital of Santa Maria, as well as identifying their levels of anxiety and depression.

Participated $n = 173$ nurses, 146 female and 27 male, aged between 23 and 59 years ($M = 34.79$, $SD = 8.683$). They evaluated some of the effects associated with shift work at the level of health / well-being and family and social life as well as changes in the emotional and depressive state.

Data were collected through a questionnaire prepared for this purpose, the "Hospital Anxiety and Depression Scale" / Anxiety Scale and Hospital Depression and the "Personal Wellbeing Índix / Wellness Personal Scale, both validated for the Portuguese population.

The results suggest there are no significant differences in welfare levels among nurses working in shifts and working hours in the mornings and afternoons, or as gender, nor as to whether or not they have minor children. There were no significant differences in levels of anxiety and depression among these two groups, although average levels of anxiety and depression are always higher in nurses working in shifts.

Keywords - Shift work / Wellness / Workers / Public Administration



Introdução

A complexidade das sociedades contemporâneas, o desenvolvimento tecnológico juntamente com a extraordinária explosão demográfica e o êxodo para os grandes centros urbanos, obrigou a uma nova organização do trabalho por forma a garantir economia e serviços que respondam com qualidade e eficácia às necessidades desses seres humanos (Carapeto e Fonseca 2014).

O trabalho por turnos enquadra-se nesta nova organização dos horários de trabalho, houve um aumento significativo de sectores a funcionar 24 horas, em jornada contínua, juntando-se assim a outros onde já era prática corrente, como o sector da saúde, que constitui um dos campos privilegiados para este tipo de horário, pelas características dos serviços que oferece. Os horários alargados das organizações a par com o grande desenvolvimento tecnológico, leva ao aumento da procura e consequentemente ao aumento da produtividade e crescimento da economia (Moreno, Fischer e Rotenberg, 2003)..

No entanto, os problemas enfrentados pelos trabalhadores por turnos são diversos e complexos, podendo condicionar a vida do trabalhador no seu Todo, como Ser bio/pisco/social, com alterações nos seus padrões sociais, vida familiar e na saúde (com alterações físicas e psicológicas do moderado ao grave). Multiplicam-se os estudos realizados e publicados sobre os efeitos nefastos ou as consequências possíveis de trabalhar num horário por turnos, apesar de toda a revolução tecnológica e dos novos estilos de vida, a verdade é que o ser humano, pela sua génese é um ser diurno e inserido numa sociedade predominantemente diurna. Arco (2001) num estudo que realizou com enfermeiros, concluiu que, estes referiam dificuldades em conciliar os seus horários com os dos amigos e com as atividades de grupo, e manifestaram o facto de se sentirem diferentes das pessoas que trabalham de segunda a sexta em horário diurno. Na pesquisa realizada pode-se constatar de que estas conclusões são similares a outros estudos com outras populações. Os turnos irregulares e horários de trabalho aos fins-de-semana, feriados e épocas festivas, compromete a participação na comunidade e na convivência familiar sobretudo no acompanhamento dos filhos. Citando Moreno, Fischer, e Rotenberg (2003, p. 35) *“Não há, portanto, como negar a existência de uma “sociedade 24 horas”, a qual depende de vasto número de trabalhadores, que estão, por sua vez, sujeitos à exposição de fatores psicossociais do trabalho que interferem nos processos saúde-doença”*. Os trabalhadores em regime de horário por turnos apresentam com maior frequência episódios de maior vulnerabilidade emocional, irregularidade e/ou privação do sono, alterações gastrointestinais, alterações emocionais e cognitivas: menor tolerância a situações pouco complexas, períodos de ansiedade e irritabilidade mais frequentes, dificuldade de concentração e de memória, estudos mais recentes já associam o trabalho por turnos a uma maior incidência do cancro, sobretudo cancro da mama (pela maior vulnerabilidade da pessoa e descontrolo hormonal). Sendo os recursos humanos um factor decisivo para que as organizações se destaquem e concorram com competência e competitividade, é fundamental promover o estado de *Bem-estar* dos seus colaboradores, apostando na valorização do quadro de pessoal, destacando e valorizando as experiências positivas. Para que tal seja possível, torna-se essencial conhecer a que nível (atendendo às características da organização), é possível influenciar positivamente o *Bem-estar* no trabalho (Sant’anna, Paschoal e Gosendo, 2012). Entendendo



o trabalho, como um meio necessário à subsistência do ser humano, quer na perspectiva económica quer como um processo de desenvolvimento pessoal e integração social.

Segundo Fiúza (2008, 2010), tanto gestores como académicos deverão criar acções e práticas organizacionais direccionadas para o desenvolvimento dos activos humanos. É um bom princípio e uma necessidade assumida, segundo a autora, é consensual que os recursos humanos constituem uma fonte de competitividade e produtividade, reforçando a necessidade de políticas que promovam o bem-estar dos trabalhadores.

Os recursos humanos são um factor decisivo para que as organizações se destaquem e concorram com competência e competitividade, nesta perspectiva é importante promover o estado de *Bem-estar* dos seus colaboradores, apostando na valorização do quadro de pessoal, destacando e valorizando as experiências positivas do trabalhador. Para que tal seja possível, torna-se essencial conhecer a que nível as características da organização pode influenciar positivamente o *Bem-estar* no trabalho (Sant'anna, Paschoal & Gosendo, 2012).

Embora as consequências do trabalho por turnos se encontrem amplamente estudadas ao nível individual, foi considerado relevante questionar os enfermeiros que trabalham por turnos rotativos relativamente à sua saúde (física e mental), bem como à sua capacidade de integração naquele trabalho, com o intuito de avaliar e comparar os resultados obtidos com os enfermeiros que trabalham no turno fixo diurno.

A escolha desta problemática prende-se com o facto de ter tido uma vasta experiência profissional num sistema de horário por turnos, tornando-a uma temática de interesse individual e colectivo. Apesar de ser um tema de difícil abordagem pelo seu carácter subjectivo, pela escassez de estudos que se focalizem nas emoções positivas sem partir de um estado de “doente” e estudos que relacionem o trabalho por turnos com a satisfação no trabalho, bem-estar e produtividade.

Um estudo com estas características trará benefícios tanto para os profissionais como para a instituição, uma vez que pode identificar situações condicionantes e/ou determinantes para o seu *Bem-estar*, e serem atempadamente colmatadas sem grandes consequências para a saúde do trabalhador e consequente quebra de produtividade à instituição. Representando desta forma, uma mais-valia e um ponto de partida para que a instituição no conhecimento destes casos e indo ao encontro das novas políticas de gestão de recursos humanos e políticas públicas, possa delinear estratégias que promovam o *Bem-estar* dos seus colaboradores como grande grupo, ou quem sabe ponderar alternativas à rotatividade de horários que minimizem as consequências menos positivas. Assim melhoram a qualidade dos serviços e consequentemente promovem a boa imagem da instituição na sociedade.

Atendendo à inevitabilidade da prática deste sistema de horários e as suas implicações ao nível da saúde, referidas na literatura e sendo “*o hospital, de maneira geral, é reconhecido como um ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham*” (Elias & Navarro, 2006, p. 518).

Torna-se pertinente perceber de que forma o sistema de trabalho por turnos interfere com os níveis de bem-estar de um grupo de Enfermeiros do CHLN/ Hospital de Santa Maria.

Os trabalhadores estão submetidos a situações promotoras de elevada pressão social e psicológica. As condições difíceis de trabalho aliadas à dificuldade em conciliar vida profissional com vida familiar/social, podem estar relacionadas com a ocorrência de transtornos mentais como a ansiedade e a depressão (Elias & Navarro, 2006).



Assim, pretende-se com este estudo verificar se existe relação entre o trabalho por turnos e o bem-estar nos trabalhadores em horário de trabalho por turnos, comparando com horário de manhãs e tardes, mediante outras variáveis como, o género, ter filhos menores, anos consecutivos de trabalho por turnos, vida social e familiar e níveis de ansiedade e depressão.

Metodologia

Este estudo tem como objectivos caracterizar os níveis de *Bem-estar* de uma amostra de enfermeiros do Centro Hospitalar Lisboa Norte/ Hospital de Santa Maria, identificar os seus níveis de ansiedade e depressão e fazer o estudo comparativo dos enfermeiros que trabalham por turnos e dos que não trabalham por turnos de acordo com algumas variáveis (dependentes a cargo, perturbações físicas e emocionais e níveis de ansiedade e depressão). Em função dos objectivos traçados, formularam-se as seguintes hipóteses:

H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas relativamente aos níveis de bem-estar entre os enfermeiros que trabalham por *turnos* e os enfermeiros que trabalham em horário *de manhãs e/ou manhãs e tardes*;

H2 - Existem diferenças estatisticamente significativas quanto aos níveis de bem-estar de quem *tem dependentes* a cargo e de quem não tem;

H3- Existe correlação estatisticamente significativa entre os *anos de trabalho por turnos* e as *perturbações físicas e emocionais* dos enfermeiros;

H45- Existem diferenças estatisticamente significativas quanto aos níveis de ansiedade e depressão entre os enfermeiros a trabalhar por turnos e os enfermeiros a trabalhar em horário de manhãs e/ou manhãs e tardes.

Participantes

A amostra do estudo é constituída por 173 enfermeiros do CHLN /Hospital de Santa Maria, 146 do género feminino (84,4%) e 27 do género masculino (15,7%), com idades compreendidas entre os 23 e os 59 anos ($M=34,79$ e $DP=8,683$). Todos os participantes têm a licenciatura em enfermagem dos quais 13,3% tem um Mestrado e 13,3% uma especialidade em Enfermagem. Quanto ao estado civil, 48,6% são solteiros, 46,8% casados ou em união de facto e 4,6% divorciados. Quanto à presença de filhos menores, 35,3% dos inquiridos responde sim.

Distribuição da amostra quanto ao horário de trabalho praticado, no momento 69,4% tem um sistema de horário por turnos e 30,6% pratica um horário de manhãs e tardes. Anos de trabalho consecutivo num regime de horário por turnos, até 10 anos consecutivos existem 68,8% dos inquiridos e com mais de 11 anos há 31,2%. Distribuição da amostra num horário por turnos agrupada por grupos etários: até 5 anos 23,7%, [5-10] anos 41%, [10-15] anos 10,4%, mais de 16 anos 24,9%.

Instrumentos

Atendendo às características do estudo optou-se pela utilização do *questionário* para colheita de dados sociodemográficos e das *escalas* - a "*Personal Wellbeing Index*" / "bem-estar



pessoal” e *Hospital Anxiety and Depression Scale*” / “ansiedade e depressão hospitalar” HANS. Para o presente estudo foi construído um Questionário, constituído por três partes: dados biográficos e sociodemográficos; dados profissionais; dados relativos à vida social e saúde. Nestas dimensões, foram elaboradas um conjunto de questões que complementado com as escalas abaixo mencionadas, que se pretende que deem resposta à questão de investigação. O questionário é de autopreenchimento e demora entre 5 a 10 minutos. A Escala de “Ansiedade e Depressão hospitalar” HADS na versão traduzida e validada para a população portuguesa por Pais Ribeiro em 2006, numa amostra de 1322 participantes /doentes com diagnóstico de cancro, acidente vascular cerebral, epilepsia, doença cardíaca coronária, diabetes, distrofia miotônica, apnéia obstrutiva do sono e depressão e um grupo sem doença, com média de idades de 49,35 anos (Pais Ribeiro et al, 2007). Trata-se de uma escala de autopreenchimento, é constituída por 14 itens que se dividem em duas subescalas cada uma com sete itens. Avaliam respetivamente níveis de ansiedade e depressão e são classificadas separadamente, cada item é respondido numa escala ordinal de quatro pontos (0 - inexistente, 3 - muito grave) com valores de 0 a 4, sendo que o resultado varia entre 0 e 21 para a ansiedade e 0 e 21 para a depressão. Segundo o manual da HADS com resultados indicam que para valores entre [0-7] é normal, [8 -10] ligeira, [11-14] moderado e [15-21] severo(Pais-Ribeiro et, al, 2007).

O Índice de Bem- Estar Pessoal (IBP) é um questionário que propõe avaliar o Bem - Estar Subjectivo (BES) foi desenvolvido a partir da Comprehensive Quality of life Scale (Cummins, McCabe, Romeo, e Gullone, 1994, cit. por Pais-Ribeiro & Cummins, 2008).

A Escala de “ Bem-estar Pessoal” foi validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e Cummins (2008), apresentando boas qualidades psicométricas. Neste estudo participaram 1900 indivíduos de 18 distritos de Portugal Continental com idade média de 33,15 anos – idades compreendidas entre os 18 e 84 anos e 51,6% sexo feminino. Teve início em 2006 e inclui sete itens/ domínios (satisfação com, a vida, saúde, realização pessoal, relações pessoais, sentimento de segurança, ligação à comunidade, e segurança com o futuro), que pretendem representar um primeiro nível de desconstrução da avaliação geral que se traduz numa dimensão - “satisfação com a vida em geral”. Após ter sido iniciado o estudo foi acrescentado o oitavo item – “satisfação pessoal com a espiritualidade ou religião” (Pais-Ribeiro & Cummins, 2008). As pessoas respondem a cada item/ domínio o quanto satisfeitas estão numa escala de “0” (extremamente insatisfeito) a “ 10” (extremamente satisfeito) com uma posição intermedia “5” neutra.

Procedimento

Selecionados os instrumentos de colheita de dados foi elaborado o questionário de recolha de dados sociodemográficos. Seguiram os pedidos de autorização para a aplicação dos mesmos, ao Professor Pais-Ribeiro e à Direção de Enfermagem do Hospital em causa.

A seleção dos serviços foi feita por forma a representarem a maior parte de valências do hospital, de modo a encontrar uma amostra o mais representativa possível da realidade deste grupo profissional nesta instituição.

Contactadas as chefes dos respectivos serviços foram disponibilizados os questionários que foram distribuídos e estiveram disponíveis durante o mês de Outubro.

Os dados foram introduzidos e feita a análise dos mesmos no programa IBM SPSS 22 – Statistical Package for the Social Sciences.



Resultados

Aqui serão apresentados resultados obtidos tendo em conta as hipóteses equacionadas, os dados foram tratados no programa IBM SPSS Statistics versão 22, para tal, foram utilizados os dados sociodemográficos para a caracterização da amostra e será analisada a correlação entre as escalas e relação entre as variáveis.

Relativamente à hipótese 1 (H1) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto aos níveis de bem-estar entre os enfermeiros que trabalham por turnos e os que trabalham em horários de manhãs/tardes. Na Tabela 1 apresentam-se os dados da estatística descritiva.

Tabela 1

Comparação quanto aos níveis de bem-estar dos enfermeiros a trabalhar por turnos e em horário de manhãs e tardes

Horário Actual	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
Manhãs e tardes	53	44.9434	13.44278	1.84651
Turnos	120	44.2500	13.48902	1.23137

Na hipótese 2 (H2) utilizando o t-test verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas quanto aos níveis de bem-estar entre os enfermeiros com filhos menores e os enfermeiros sem filhos. A tabela 3 apresenta os dados da estatística descritiva.

Tabela 2

Comparação quanto aos níveis de bem-estar entre os enfermeiros com filhos menores e sem filhos

Filhos Menores		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
Dimensão	sim	61	45.4754	13.38856	1.71423
	nao	112	43.9107	13.49511	1.27517

Na hipótese 3 (H3) pretendia-se verificar se existia uma correlação entre os anos consecutivos de trabalho por turnos e as perturbações físicas e emocionais dos enfermeiros, mas tal não se verificou, como se pode observar na Tabela 3. Apenas se verifica uma correlação estatisticamente significativa entre ansiedade e depressão.



Tabela 3

Correlação entre os anos de trabalho por turnos e as perturbações físicas e emocionais dos enfermeiros

			Ansiedade	Depressão	TempoConsecutivoHT
Spearman's rho	Ansiedade	Coeficiente de correlação	1.000	.309*	.039
		Sig. (2-extremidades)	.	.024	.784
		N	53	53	53
	Depressão	Coeficiente de correlação	.309*	1.000	.119
		Sig. (2-extremidades)	.024	.	.396
		N	53	53	53
	TempoConsecutivoHT	Coeficiente de correlação	.039	.119	1.000
		Sig. (2-extremidades)	.784	.396	.
		N	53	53	53

*. *. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

a. Horário Actual = Manhãs e tardes

Na hipótese 5 (H5) foi utilizado o t-test como se pode observar na Tabela 5, não se verificaram resultados com relevância estatística.

Tabela 5

Comparação quanto aos níveis de ansiedade e depressão entre os enfermeiros a trabalhar por turnos e com horário de manhãs e tardes

	HorárioActual	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
Ansiedad e	Manhãs e tardes	53	16.8302	1.70673	.23444
	Turnos	120	17.0917	1.71006	.15611
Depressão	Manhãs e tardes	53	17.7736	1.69435	.23274
	Turnos	120	17.9500	1.69948	.15514

Discussão

Pretende-se aqui apresentar a discussão dos principais resultados obtidos, face às hipóteses traçadas para este estudo e os resultados esperados perante a revisão da literatura.

Assim, perante a hipótese 1 (H1) a comparação quanto aos níveis de bem-estar dos enfermeiros a trabalhar por turnos e em horário de manhãs e tardes também não se verificarem diferenças estatisticamente significativas, apesar de a literatura (Elias & Navarro 2006; Marquié et al (2015).). demonstrar que a rotação de turnos se encontra associada ao



aumento do número de trabalhadores com a precocidade de episódios de perturbação do sono, a problemas digestivos, aumento da fadiga e de ingestão de álcool, juntamente com uma saúde psicológica e desempenho profissional menos satisfatórios. Elias e Navarro (2006) referem ainda que o turno noturno está associado ao aumento do número de queixas tais como, sono perturbado e de má qualidade, dificuldade em adormecer e/ou a manter o sono e ainda ao mau humor, fadiga e irritação no trabalho. Tendo-se verificado também que os enfermeiros nos turnos rotativos tiravam mais dias de baixa por doença e apresentavam motivos mais graves para estes dias de baixa, do que os trabalhadores de turnos fixos.

Autores como Rodrigues (1998) e Ferreira e Silva (2013), defendem que o trabalho por turnos favorece o acompanhamento dos filhos e aqui as opiniões são divergentes - se por um lado há maior acompanhamento pela facilidade de conjugar horários e maior disponibilidade de tempo livre para planear actividades com os filhos e com isso aumentar a probabilidade de criar momentos de descontração e lazer fora dos horários de maior tensão, como as refeições, hora de dormir ou dos trabalhos escolares, por outro, os turnos podem ser um impeditivo à frequência de eventos em datas especiais dos filhos por exemplo o Natal. Aqui poderíamos sugerir que vai ao encontro da hipótese (H2), pois apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de bem-estar entre os enfermeiros com filhos menores e sem filhos, são ligeiramente mais elevados nos enfermeiros com filhos menores.

As alterações físicas e/ou psicossociais associados ao trabalho por turnos tendem a agravar-se com o tempo de permanência neste tipo de horário. Alguns autores, tais como Marquié, Tucker, Folkard, Gentil, e Ansiau (2015) defendem um tempo máximo de dez anos neste sistema de horário, numa tentativa de minimizar os efeitos de cronicidade destas alterações físicas e cognitivas. No entanto, neste estudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre bem-estar e anos consecutivos de trabalho por turnos, nem correlação estatisticamente significativa entre os anos consecutivos de trabalho por turnos e as perturbações físicas e emocionais dos enfermeiros (hipótese 3).

Na hipótese 4 (H4) face aos dados publicados na literatura esperava-se encontrar diferenças estatisticamente significativas quanto aos níveis de ansiedade e depressão nos enfermeiros a trabalhar por turnos em detrimento dos enfermeiros com um horário de manhãs e tardes. Como se pôde observar, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, no entanto as médias apresentam valores mais altos para os níveis de ansiedade nos enfermeiros que trabalham por turnos, enquanto os níveis de depressão apresentam valores elevados tanto para enfermeiros a trabalhar por turnos como em horário de manhãs e tardes, com um baixo desvio padrão nas duas situações. Estes valores vão ao encontro dos resultados encontrados nos estudos de validação da escala (Pais-Ribeiro, 2007). Sendo as médias de ansiedade mais elevadas do que as de depressão à excepção dos que já sofriam de depressão. Uma vez que o estado de ansiedade é definido como um despertar de emoções desagradáveis face a exigências ou perigos ameaçadores (Pais-Ribeiro, 2007). Assim, na maioria dos casos nos trabalhadores com este sistema de horário laboral o organismo está continuamente exposto a stresse, numa tentativa permanente de ajuste rápido à variação dos horários de trabalho/descanso e que na maioria das situações vai deixando de conseguir este equilíbrio (Costa, 2003), alguns autores também denominam de fadiga emocional.



A amostra de conveniência utilizada neste estudo pode justificar algumas das suas limitações. Em particular o facto dos enfermeiros que actualmente não trabalham por turnos já terem trabalhado por turnos e vice versa. Também não foi possível controlar o nível de anos na função pelo que as implicações da diversidade de antiguidade na função deveriam ser futuramente analisadas.

Contacto para Correspondência

Isabel Branco – bebebranco@hotmail.com

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Av. professor Egas Moniz, 1649-035

Referências

- Arco, M. (2001). Implicações sócio-familiares do trabalho por turnos. *Enfermagem em Foco*, 44, 23-28.
- Carapeto, C. & Fonseca, F. (2014). *Administração Pública – Modernização, Qualidade e Inovação*, (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Elias, M., & Navarro, V. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 517-525.
- Fiuza Demo, G. (2008). Desenvolvimento e Validação da Escala de Percepção de Políticas de Gestão de Pessoas (EPPGP). *Ram- Revista de Administração Mackenzi*, 9(6), 77-101.
- Fiuza Demo, G. (2010). Políticas de Gestão de Pessoas, Valores Pessoais e Justiça Organizacional. *Ram – Revista de Administração Mackenzie*, 11(5), 55-81.
- Ferreira, A. & Silva, I. (2013). Trabalho por turnos e dimensões: um estudo na indústria têxtil. *Estudos de Psicologia*, 18 (3), 477-485.
- Marquié, J.-C., Tucker, P., Folkard, S., Gentil, C., & Ansiau, D. (2015). *Chronic Effects of Shift Work on Cognition: Findings From the Visat longitudinal study*. Consultado em 13 de Fevereiro de 2015 através de <http://oem.bmj.com/>
- Moreno, C., Fischer, F. & Rotenberg, L. (2003). A Saúde do Trabalhador na Sociedade 24 Horas. *São Paulo em Perspectiva*, 17(1), 34-46.
- Pais-Ribeiro, J., & Cummins, R. (2008). O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Orgs.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. B505-508). Lisboa: ISPA. Consultado em 2 de Junho de 2015 através de https://www.google.pt/?gws_rd=ssl#q=O+bem-estar+pessoal:+estudo+de+valida%C3%A7%C3%A3o+da+vers%C3%A3o+portuguesa+da+escala
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol, Health Med*, 12, 225-237.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Rodrigues, E., Barroso, M., & Caetano, A. (2010). Trabalho, família e bem-estar: factores e padrões de qualidade de vida na Europa. Consultado em 11 de março de 2015 através de http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP93Rodrigues_Barroso_Caetano_002.pdf
- Salm, J., & Menegasso, M. (2009). Os modelos de administração pública como estratégias complementares para a coprodução do bem público. *Revista de Ciências da Administração*, 11(25), 68-96.



- Sant'anna, L., Paschoal, T., & Gosendo, E. (2012). Bem-estar no trabalho: Relações com estilos de liderança e suporte para ascensão, promoção e Salários/Work well-being: Relationships with leadership styles and support for ascension, promotion and salaries. *Revista de Administração Contemporânea*, 16(5), 744-764.
- Silva, I. (2012). *As condições de trabalho no trabalho por turnos conceitos, efeitos e intervenções*. Lisboa: Climeps Editores.



Resultados da aplicação do protocolo terapêutico TEAF – Treino de Estados de Ânimo Funcionais – na enxaqueca

Odília D. Cavaco

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda

Resumo

O estudo que deu suporte empírico à nossa tese de doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde consistiu numa investigação de tipo experimental com o objetivo de testar a aplicação de uma nova intervenção psicológica na enxaqueca – o Treino de Estados de Ânimo Funcionais (TEAF).

Dado que já existe um tratamento psicológico específico para a enxaqueca (Treino de Bio-absorção Imagética - TBI) dirigido às dimensões sensoriais da dor, e atendendo a que a dor inclui também dimensões afetivas (Modelo de Processamento da Dor em Quatro Estádios), propusemo-nos contemplar estas dimensões da dor no tratamento da enxaqueca.

O objetivo deste estudo foi o de criar, aplicar e testar um tipo de intervenção dirigido aos aspetos afetivo-emocionais da dor (terceiro estágio do processamento da dor). Criámos um protocolo terapêutico baseado em sugestões de estados de ânimo funcionais, ou seja, estados de ânimo antagónicos aos que são habitualmente experienciados pelos indivíduos enxaquecosos antes e durante os episódios de enxaqueca.

Os resultados que aqui apresentamos dizem respeito à comparação entre um grupo de enxaquecosos sujeitos ao TEAF, um outro grupo sujeito ao TBI, e um outro grupo de enxaquecosos não sujeitos a intervenção psicológica (designado “Grupo de controlo”) - relativamente à intensidade das crises (índice de cefaleias), à sua frequência (nº de crises e nº de dias em crise), e aos sintomas associados. O TEAF revelou-se tão ou mais eficaz que o TBI na diminuição das crises, comparativamente à ausência de tratamento.

Palavras-chave: Enxaqueca, TEAF, dor, sintomas associados.



Abstract

In the context of our PhD on “Clinical and Health Psychology”, we have developed a experimental research to test a new psychological intervention – Training of Functional Mood States (TFMS) – in the treatment of migraine.

Given that there is already a specific psychological treatment for migraine (Training of Bio-absorption Imagery - TBI) sustained in controlled studies , directed to sensory dimensions of pain; and taking into account that the pain involves emotional/afective dimensions too (Four-stages Model of Pain Processing), we propose to consider this aspect in the treatment of migraine.

The objective of our study was to establish, implement and test an intervention directed to affective and emotional dimensions of pain (third stage of pain processing). We have created a treatment protocol based on suggestions of functional mood states; that is, mood states antagonic to those usually experienced by migrainers before and during episodes of migraine.

The results presented here relate to the comparison between the migaine group subject to TFMS, other migraine group subject to TBI and other migraine group not subject to any psychological intervention (called “Control group”) - regarding the intensity of crises (headache index), their frequency (number of crises and number of days in crises), and the associated symptoms. TFMS prouved to be as effective, or more, than TBI in reducing migraines episodes compared to no treatment.

Keywords: Migraine; TFMS; pain; associated simptoms.



Enxaqueca, Dor e Emoções

De acordo com a Classificação Internacional de Cefaleias (Sociedade Portuguesa de Cefaleias, 2014), a enxaqueca é uma cefaleia idiopática, recorrente, que se manifesta por crises que duram entre 4 e 72 horas, caracterizadas tipicamente por dor unilateral e pulsátil, de intensidade moderada a severa, que se agrava com a atividade física de rotina, e pode ter sintomas associados como náuseas, vômitos, fotofobia, osmofobia e fonofobia. A enxaqueca tem dois subtipos principais, a enxaqueca com aura (antes designada *enxaqueca clássica*) caracterizada por sintomas neurológicos focais transitórios antes e/ou durante a cefaleia, e a enxaqueca sem aura (antes designada *enxaqueca comum*). É desta que nos ocuparemos uma vez que a nossa amostra só contemplou este subtipo.

Os critérios de diagnóstico da enxaqueca sem aura são (Sociedade Portuguesa de Cefaleias, 2014, p. 23-24):

- A. Pelo menos cinco episódios preenchendo os critérios de B a D
- B. Episódios de cefaleia com duração de 4 a 72 horas (não tratada ou tratada sem sucesso)
- C. A cefaleia tem pelo menos duas das quatro características seguintes:
 - 1) localização unilateral
 - 2) pulsátil
 - 3) dor moderada ou grave
 - 4) agravamento por atividade física de rotina ou seu evitamento (por exemplo, caminhar ou subir escadas)
- D. Durante a cefaleia pelo menos um dos seguintes:
 - 1) náuseas e/vômitos
 - 2) fotofobia e fonofobia
- E. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta

Apesar de a enxaqueca ser uma entidade clínica reconhecida há séculos, não existe ainda nenhum tratamento eficaz para a generalidade das pessoas. Uma grande variedade de terapias tem vindo a ser tentada, desde as farmacológicas às psicológicas, passando inclusive pelas cirúrgicas (Alladin, 2007).

O Treino de Bio-absorção Imagética (TBI) é um tratamento psicológico específico para a enxaqueca, o qual consiste em sugestões de visualização e de transformação das imagens corporais relativas à experiência psicofisiológica da enxaqueca (Pires, 1992; Pires, 2002; Pires, 2008; Pires & Pires, 2009).

Considerando que as sugestões do TBI são dirigidas essencialmente aos aspetos sensorial e fisiológico da dor e atendendo a que a experiência da enxaqueca, tal como qualquer outro tipo de experiência dolorosa, inclui dimensões sensoriais e emocionais (Cavaco, 2009, 2015), propusemo-nos contemplar esta dimensão da dor no tratamento da enxaqueca. Note-se que a Associação



Internacional para o Estudo da Dor (IASP), desde 1979 que define dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada geralmente a lesão tecidual ou descrita em termos de lesão tecidual, ou ambas” (Merskey et al., 1979, p. 251). De acordo com o modelo do processamento da dor em quatro estádios, esta tem várias dimensões ou níveis de processamento: sensorial, desprazer imediato, sofrimento emocional e comportamental (Barber, 2004; Feldman, 2009; Price & Bushnell, 2004; Rainville et al., 1999; Rainville, 2004; Wade et al., 1996). Dimensões essas que têm um correlato neurológico (Feldman, 2004; Melzack & Wall, 1965/1987; Melzack & Casey, 1968; Price, 2002; Price & Bushnell, 2004; Rainville, 1998). Como refere Patrick Wall (2007), passado meio século sobre a publicação da Teoria do Portão, da qual ele foi um dos criadores (Melzack & Wall, 1965; Moayedi & Davis, 2013), “A dor não é apenas uma sensação, mas, como a fome e a sede, é também a consciência da necessidade de um plano para nos vermos livres dela.” (p. 253). É preciso ultrapassar o “conceito de uma sensação pura de dor, liberta das percepções e dos significados.” (p. 97). Os aspetos cognitivos, afetivos e comportamentais da dor devem obrigatoriamente fazer parte da avaliação clínica da dor e dos planos de intervenção como fazem os aspetos sensoriais e fisiológicos. Desvalorizá-los é ignorar dezenas de anos de investigação sobre o sistema nervoso e sobre a vivência da dor.

O estado emocional ou estado de ânimo dos enxaquecosos inclui habitualmente três tipos de emoções – ansiedade, tristeza e raiva (Nicholson et al., 2007). É sabido que tais emoções, quer pela via física (muscular) quer pela via psicológica, causam tensão, e a tensão provoca ou aumenta a dor. Ou seja, as emoções “negativas” podem constituir-se como fatores de precipitação e/ou de manutenção da dor enxaquecosa (Nicholson et al., 2007). Acrescente-se aqui o facto de a enxaqueca ser episódica (acontecer por crises), o que favorece a criação de expectativas por parte do indivíduo sobre a sua ocorrência. Facto este que, só por si, ou em combinação com outros acontecimentos de vida, pode levar ao desenvolvimento de tais emoções.

Neste sentido, o objetivo do nosso estudo foi o de criar, aplicar e testar um tipo de intervenção que consistisse em sugestões dirigidas aos aspetos emocionais da dor (3º estágio do processamento da dor ou dor-sofrimento emocional), i. e, sugestões de estados de ânimo “positivos”, no sentido de “funcionais”, ou seja, antagónicos aos que são habitualmente vivenciados pelos indivíduos enxaquecosos antes e durante os episódios de enxaqueca. Designámos esse conjunto de sugestões por “Treino de Estados de Ânimo Positivos” (TEAP). O TEAP inclui sugestões de focalização da atenção na respiração, nas sensações agradáveis/desagradáveis (dor), nas emoções/sentimentos; sugestões de aceitação da própria experiência e da experiência dos outros (Cavaco, 2015). Pode dizer-se que se trata de um treino de desenvolvimento de competências de enfrentamento e de uma atitude de não julgamento face à sintomatologia da enxaqueca.

Metodologia

Participantes, Instrumentos e Procedimentos

Participaram no estudo 40 indivíduos com diagnóstico médico de enxaqueca aguda, sem aura, de acordo com a Classificação Internacional de Cefaleias (Sociedade Portuguesa de Cefaleias, 2014). A idade dos participantes variou entre os 20 e os 60 anos, sendo a idade média de 40 anos. Houve uma predominância de 90% do sexo feminino, sendo apenas 4 participantes do sexo masculino. A maioria era casada ou vivia em união de facto (aproximadamente 70%). A maior parte dos participantes era licenciada (40%) ou tinha o ensino secundário (25%). As profissões mais representadas foram as do grupo 2 (especialistas das atividades intelectuais e científicas – 32,5%)



e do grupo 5 (trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores – 17,5%), seguidas do grupo 3 (técnicos e profissionais de nível intermédio – 12,5%) e dos desempregados e estudantes, estes dois últimos com 10% cada.

A caracterização da enxaqueca nos participantes foi feita tendo em conta a idade de início, a duração (há quantos anos sofre de enxaqueca), a frequência mensal das crises, a duração das crises (em dias) com e sem medicação, e os fatores precipitantes. Assim, relativamente à idade de início, a grande maioria dos participantes começou a sofrer de enxaqueca entre os 10 e os 20 anos (72,5%). Em relação ao número de anos que cada participante sofria de enxaqueca, os participantes no estudo distribuíram-se equitativamente (à volta de 20%) pelos seguintes intervalos – menos de 10 anos, entre 10 e 20 anos, entre 20 e 30 anos, e mais de 30 anos. A maior parte dos participantes tinha uma ou duas crises por mês (65%), sendo que apenas 3 dos participantes (7,5%) tinha cinco ou mais crises por mês. A maior parte dos participantes (cerca de 60%) tinha crises com duração entre um e três dias, quer tomasse ou não medicação. Por fim, os fatores precipitantes das crises de enxaqueca mais referidos foram destacadamente os emocionais e os hormonais. Os participantes constituíram assim uma amostra de enxaqueca de grau leve, composta maioritariamente pelo sexo feminino e sofrendo, na sua maioria, de enxaqueca catamenial (Cavaco, 2015).

A investigação que realizámos consistiu num estudo experimental cuja variável independente foi o tratamento psicológico da enxaqueca e a variável dependente, as mudanças ocorridas nos sinais e sintomas da enxaqueca. Mais especificamente, foram consideradas duas variáveis independentes: o TEAP (Treino de Estados de Ânimo Positivos) e o TBI (Treino de Bio-absorção Imagética). As variáveis dependentes foram: a frequência das crises, a intensidade da dor (índice de cefaleias), os sintomas associados (náuseas, vômitos, tonturas, fotofobia, osmofobia, fonofobia), os dias livres de dor e de outros sintomas, o bem-estar emocional, a ansiedade, a tristeza/depressão e a irritabilidade/raiva.

O *design* experimental consistiu em 3 grupos de sujeitos: Grupo 1 – Grupo de controlo (sem tratamento); Grupo 2 – Grupo TEAP; e Grupo 3 – Grupo TBI.

Tratou-se de um estudo longitudinal com medidas repetidas, que comportou várias fases ou momentos: uma fase de linha de base (quatro semanas); seguida da fase de intervenção (oito semanas) – aplicação do TEAP ao Grupo 2 e aplicação do TBI ao Grupo 3 (grupos experimentais); ao Grupo 1 foram pedidos registos sem que lhe fosse aplicado qualquer tratamento (grupo de controlo); e a fase de *follow-up* (seis meses).

Em cada uma das fases ou momentos, foi pedido aos participantes que preenchessem os seguintes instrumentos: Diário de Dor (Blanchard & Andrasik, 1985; Pires, 1992); Questionário de Experiências Pessoais – TAS (Tellegen & Atkinson, 1974); Escala de Auto-Avaliação da Ansiedade de Zung (Vaz Serra et al., 1982; Ponciano et al., 1982); Escala da Depressão – CES-D (Radloff, 1977; Peralta et al., 2008); Escala do Afeto Positivo e Negativo – PANAS (Watson et al., 1988; Galinha & Ribeiro, 2005), e Inventário de Expressão do Traço-Estado de Raiva – STAXI (Forgays et al., 1997; Silva et al., 1999; Spielberger & Sydeman, 1994). Todos os instrumentos foram passados quinzenalmente, exceto o Diário de Dor que foi preenchido diariamente e o Questionário de Experiências Pessoais que teve duas passagens, no início da linha de base e no final da fase de intervenção.



Quer durante a fase de linha de base quer na de intervenção, todos os participantes (os do grupo de controlo e os dos grupos experimentais) estiveram com um terapeuta uma vez por semana. Na fase de linha de base, para entregarem os instrumentos preenchidos, para esclarecerem dúvidas, para lhes serem entregues novos instrumentos. Na fase de intervenção, para o mesmo efeito e para lhes ser aplicado o tratamento (TEAP ou TBI), no caso dos indivíduos dos grupos experimentais. Na fase de *follow-up* foram feitos registos mensais (Cavaco, 2015).

O nosso estudo empírico visou três grandes objetivos: 1) testar a eficácia do TEAF e confirmar a do TBI; 2) avaliar o estado psicológico dos participantes; e 3) analisar a possível relação entre o estado psicológico dos participantes e a eficácia das intervenções.

Os resultados que apresentamos de seguida dizem respeito ao primeiro grande objetivo, a eficácia das intervenções, a qual foi medida através da frequência, duração e intensidade das crises – dor de cabeça e sintomas associados – ao longo de 6 momentos (linha de base, 1º mês de tratamento, 2º mês de tratamento, 1º mês de follow-up, 2º mês de follow-up, e 3º mês de follow-up). As variáveis medidas nesses momentos foram: o índice de cefaleias (média ponderada da intensidade da dor de cabeça, a qual era registada em 4 períodos diários – manhã, tarde, noite e madrugada); nº de crises por mês; nº de dias/horas em crise por mês; sintomas associados (média por mês); e medicação para a enxaqueca (nº de comprimidos tomados por mês) (Cavaco, 2015).

Resultados

A eficácia das intervenções foi testada estatisticamente, utilizando as variáveis anteriores, através das seguintes comparações: 1) Comparações entre os três grupos, TEAF (n=15), TBI (n=15) e Lista de espera (n=10), momento a momento, utilizando o teste Kruskal-Wallis para comparação dos três grupos (na fase de linha de base e na fase de tratamento) e o teste U de Mann-Whitney para comparação de dois grupos (na fase de follow-up, a qual só incluiu os dois grupos em tratamento). 2) Comparações longitudinais dos grupos entre si, ou seja, comparação entre os seis momentos dentro de cada grupo, utilizando o teste de Tukey e a ANOVA 2.

Optámos por apresentar aqui os gráficos resultantes destas últimas análises (comparações longitudinais) porque, ao mostrarem as mudanças de cada grupo ao longo do tempo, nos pareceram mais sugestivos na leitura da eficácia terapêutica do TEAF e do TBI.

A intensidade da dor, medida através do índice de cefaleias, manifesta uma tendência a diminuir nos três grupos, embora de modo desigual; sendo que essa diminuição é estatisticamente significativa apenas no grupo sujeito a TEAF (Figura 1).

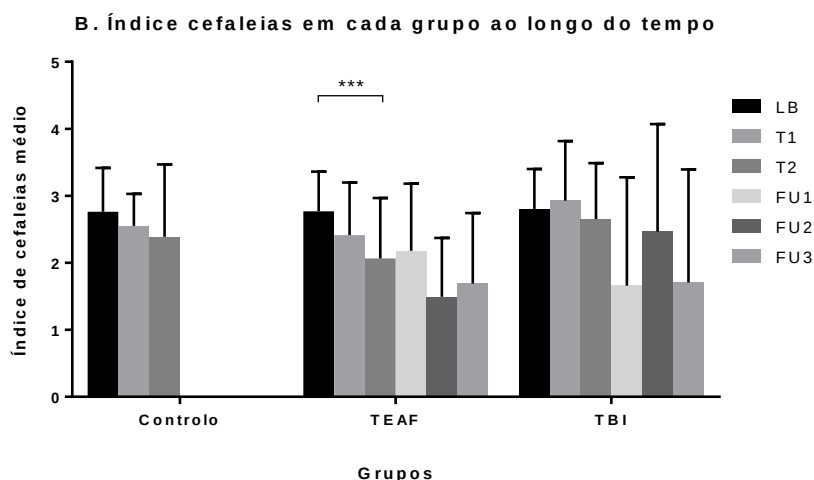


Figura 1. Índice de cefaleias nos grupos Controlo, TEAF (Treino de Estados de Ânimo Funcionais) e TBI (Treino de Bio-absorção Imagética) (Cavaco, 2015).

Relativamente ao número de crises, nota-se uma tendência clara para a sua diminuição nos dois grupos de tratamento, TBI e TEAF, o que não acontece no grupo de controlo. O TEAF parece ter um efeito mais significativo na diminuição do número de crises; com efeito, o número de crises no segundo mês de tratamento é significativamente menor do que na linha de base e do que no primeiro mês de tratamento (Figura 2).

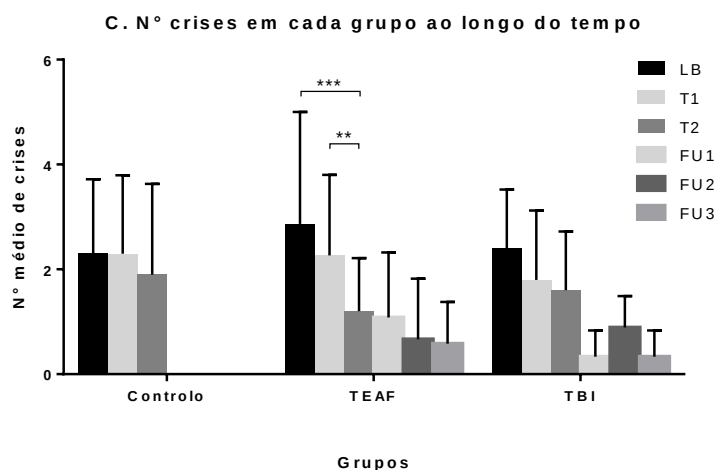


Figura 2. Número de crises nos grupos Controlo, TEAF e TBI (Cavaco, 2015).

Tal como o número de crises, o número de dias em crise também apresenta uma tendência clara para a diminuição ao longo do tempo nos grupos em tratamento, e não no grupo de controlo. Ou seja, quer o TBI quer o TEAF parecem não só contribuir para haver menos crises mas também crises menos longas. Essa tendência é particularmente significativa no TEAF quando se compara o segundo mês de tratamento com a linha de base (Figura 3).

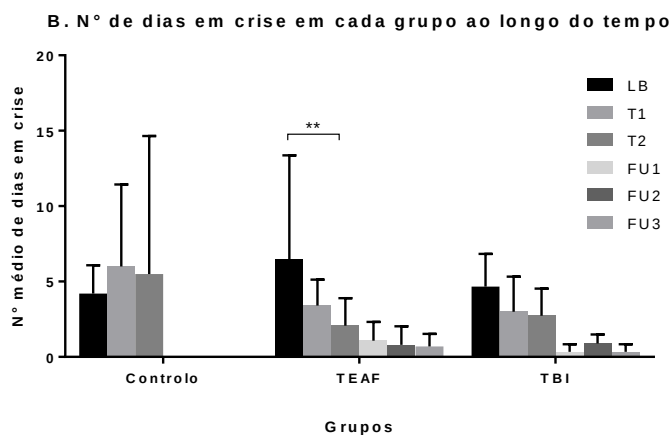


Figura 3. Número de dias em crise nos grupos Controlo, TEAF e TBI (Cavaco, 2015).

Relativamente aos sintomas associados à enxaqueca, constata-se, para os três grupos e nos seis momentos, a predominância das náuseas, vômitos, sensibilidade à luz, sensibilidade aos sons, sensibilidade aos cheiros, frio e calor. A diminuição da frequência destes sintomas é notória nos dois grupos em tratamento, e claramente inexistente no grupo não sujeito a tratamento (controlo). Nos grupos em tratamento, as diferenças são mais significativas no grupo TBI do que no grupo TEAF (Figura 4).

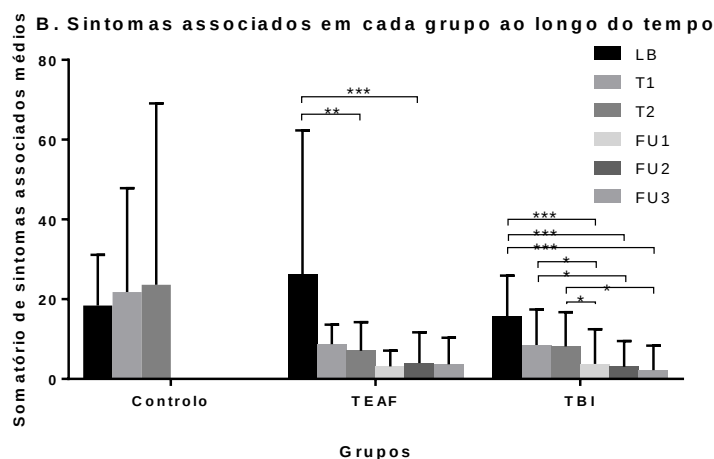


Figura 4. Sintomas associados à enxaqueca mais frequentes nos grupos Controlo, TEAF e TBI (Cavaco, 2015).

A medicação para a enxaqueca é um aspeto importante a considerar na qualidade de vida de um indivíduo enxaquecoso. Dada a enorme diversidade de fármacos e de formas de toma, optámos por

considerar apenas o número de comprimidos tomados, cientes no entanto de que essa medida é pouco específica.

A Figura 5 mostra que o número de comprimidos tomados para a enxaqueca diminuiu consideravelmente ao longo do tempo, incluindo o follow-up, nos grupos em tratamento, embora esse efeito não seja estatisticamente significativo.

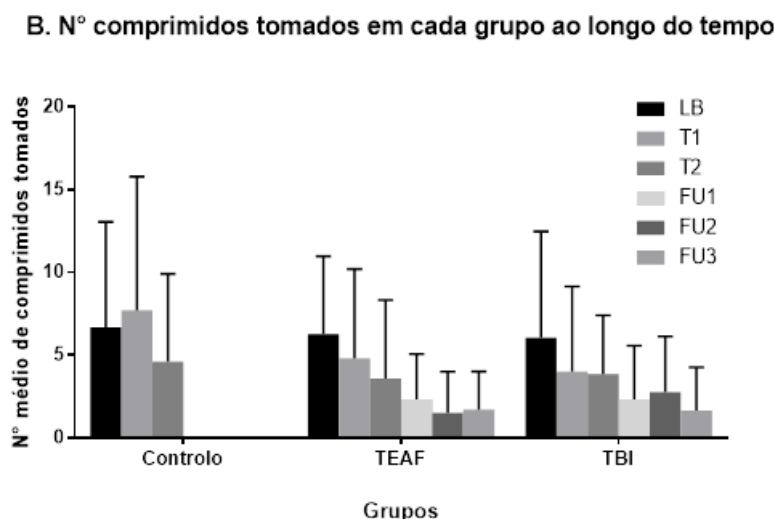


Figura 5. Número de comprimidos tomados pelos grupos Controlo, TEAF e TBI (Cavaco, 2015).

Discussão

Em termos de eficácia terapêutica, verificou-se uma tendência de melhoria nos dois grupos em tratamento, TEAF e TBI, ao longo do tempo, comparativamente ao grupo de controlo (grupo não sujeito a qualquer tratamento). Houve diminuição da frequência, duração e intensidade da dor enxaquecosa e dos sintomas associados (náuseas, vômitos, sensibilidade à luz, sensibilidade aos sons, sensibilidade aos cheiros, frio e calor), com diminuição da toma de fármacos, nos dois grupos em tratamento (Cavaco, 2015).

Apesar de muitas das diferenças não se apresentarem estatisticamente significativas, as tendências apresentadas são muito sugestivas se atendermos a que a amostra foi bastante pequena (TAF=15; TBI=15; Controlo=10); atendendo a que se tratou de uma amostra constituída maioritariamente por participantes do sexo feminino (apenas 4 participantes do sexo masculino) sofrendo, na sua maioria, de enxaqueca catamenial. Este último dado significa que, por um lado, as crises eram pouco frequentes (em média, 1 a 2 crises por mês); e por outro que, embora a enxaqueca fosse esperada todos os meses, as participantes esperavam estar livres de enxaqueca fora do período menstrual, o que contribuiu para praticarem menos fora das sessões do que aquilo que foi recomendado (3 vezes por dia). Mas, se mesmo praticando menos, houve melhorias, cremos que a prática diária regular traria muito melhores resultados.

Consideramos, por isso, muito importante, em estudos futuros, aplicar os tratamentos a um número muito maior de indivíduos enxaquecosos, e a indivíduos com enxaquecas mais frequentes; medir a frequência da prática fora das sessões; e medir o tipo de medicação tomado. A este respeito, é muito significativo o facto de alguns participantes terem reduzido a medicação em



termos qualitativos, i. e, terem passado da toma de anticonvulsivantes (ex: *Zomig*) para a toma de analgésicos simples. Interessante também é o facto de alguns participantes do nosso estudo que tomavam *Zomig* ou cocktails de analgésicos e anti-inflamatórios terem optado por deixar de o fazer ou terem passado a fazê-lo apenas antes da crise se instalar (nas crises com sintomas premonitórios), após lhes ter sido explicado o objetivo e o mecanismo de ação dos fármacos na enxaqueca. Surpreendentemente para eles, as crises não foram mais fortes e até duraram menos. Pelo que podemos concluir que o primeiro aspeto a ter em conta na intervenção na enxaqueca é a educação/informação do paciente (Cavaco, 2015).

A educação/informação do paciente deve incluir: o mecanismo de ação e os efeitos dos fármacos; a importância do registo diário da enxaqueca; a identificação e evitamento dos fatores precipitantes (Cavaco, 2015). Pois, como refere Peroutka (2014) “The challenge moving forward will be to find a way to assist migrainers in identifying, understanding and managing their precipitating factors”. Se atendermos a que o stress constitui o primeiro fator do “Top 10” dos precipitantes da enxaqueca, deveremos acrescentar que a educação do paciente deve incluir ainda a aprendizagem do reconhecimento dos próprios estados de ânimo e como eles se relacionam com os acontecimentos de vida (Cavaco, 2015).

Agradecimentos

Agradecemos à Unidade para o Desenvolvimento do Interior (UDI) do Instituto Politécnico da Guarda toda a colaboração prestada na execução deste trabalho - projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) – PEst-OE/EGE/UI4056/2011.

Contacto para Correspondência

Odília D. Cavaco, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico da Guarda (IPG),
Av. Dr. Francisco Sá Carneiro nº50. 6300-559 Guarda, odiliadc@ipg.pt

Referências

- Alladin, A. (2007). Hypnotherapy with a medical condition: migraine headache. In A. Alladin (Ed.). *Hypnotherapy explained* (pp. 91-111). Oxford: Radcliffe Publishing Ltd.
- Barber, J. (2004). Hypnotic analgesia: Mechanisms of action and clinical applications. In D. D. Price & M. C. Bushnell (Ed.). *Psychological methods of pain control: Basic science and clinical perspectives* (pp. 269-300). Progress in Pain Research and Management. Vol. 29. Seattle: IASP Press.
- Blanchard, E. B. & Andrasik, F. (1985). *Management of chronic headaches*. Exeter: Pergamon Press.
- Cavaco, O. D. (2009). Analgesia hipnótica: Aspetos experimentais e clínicos. In C. L. Pires & E. R. Santos (Ed.). *Hipnose clínica – Fundamentos e aplicações em Psicologia e Saúde* (pp. 91-127). Viseu: Psico&Soma.
- Cavaco, O. D. (2015). Intervenção psicológica na enxaqueca. Sugestões hipnóticas dirigidas às dimensões sensoriais e afetivas. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Salamanca.
- Feldman, J. B. (2004). The neurobiology of pain, affect and hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(3), 187-200.
- Feldman, J. B. (2009). Expanding hypnotic management to the affective dimension of pain. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(3), 235-254.



- Forgays, D. G., Forgays, K. F. & Spielberger, C. D. (1997) Factor structure of State-Trait Anger Expression Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 69(3), 497-507.
- Galinha, I. & Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 23(2), 219-227.
- International Headache Society Classification Subcommittee (2004). The International Classification of Headache Disorders (2nd ed.). *Cephalalgia*, 24(1), 1-160.
- International Headache Society Classification Subcommittee (2013). The International Classification of Headache Disorders (3rd ed.). *Cephalalgia*, 33(9), 629-808. doi: 10.1177/0333102413485658.
- Melzack, R. & Wall, P. (1965/1987). *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Melzack, R. & Casey, K.L. (1968). Sensory, motivacional and central control of determinants of pain. In: D. R. Kenshalo (Ed.), *The skin senses*, Charles C. Thomas, Springfield, IL.
- Merskey, H.; Albe-Fessard, D. G.; Bonica, J. J.; Carmon, A. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6, 249-252.
- Moayed, M. & Davis, K. (2013). Theories of pain: from specificity to gate control. *Journal of Neurophysiology*, 109, 5-12.
- Nicholson, R. A. et al. (2007). Psychological risk factors in headache. *Headache*, 47(3), 413-426.
- Peralta, C., Agostinho, M. & Pires, C.L. (2008). *CES-D – Validação*. Poster apresentado no XIII Congresso Multidisciplinar “Psicologia e Educação – tendências actuais” organizado pelo Centro de Psicopedagogia da Universidade de Coimbra. Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra. 11 e 12 Junho.
- Peroutka, S. J. (1998). Beyond monotherapy: Rational polytherapy in migraine. *Headache*, 38 (1), 18-22.
- Peroutka, S. J. (2014). What turns on a migraine? A systematic review of migraine precipitating factors. *Curr Pain Headache Rep*, 18 (10), 454.
- Pires, C. L. (1992). *Estudo Psicológico da Enxaqueca: Comparação entre o Treino de Bio-absorção Imagética, o L-5HTP e um Placebo*. Universidade de Coimbra: Dissertação de Doutoramento.
- Pires, C. L. (2002). *Compreendendo a Enxaqueca – uma abordagem multidimensional, características, diagnóstico e tratamentos*. Leiria: Editorial Diferença.
- Pires, C. T. (2008). *O Treino de Bio-Absorção Imagética (TBI) – comparação entre um grupo com tratamento activo (TBI) e um grupo em lista de espera seguido de tratamento activo (TBI) - sua eficácia no tratamento da enxaqueca e suas implicações nas variáveis psicológicas associadas à dor – no âmbito da Tese de Mestrado em Psicologia da Dor (CESPU-Gandra)*. No prelo.
- Pires, C. T. & Pires, A. C. (2009). O Treino de Bio-absorção Imagética (TBI): sua conceptualização enquanto procedimento de hipnose desperta. In C. L. Pires & E. J. Santos (Ed.). *Hipnose clínica – Fundamentos e aplicações em Psicologia e Saúde* (pp. 129-147). Viseu: Psico&Soma.
- Ponciano, E., Vaz Serra, A. & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra da população portuguesa – I. Resultados da aplicação numa amostra da população normal. *Psiquiatria Clínica*, 3(4), 191-202.
- Price, D. D. & Harkins, S. W. (1992). The affective-motivational dimension of pain: A two stage model. *Am. Pain Soc. J.*, 1, 229-239.
- Price, D. D. (1996). Hypnotic analgesia: Psychological and neural mechanisms. In J. Barber (Ed.). *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain – A clinical guide*. (pp. 67-84) New York: W.W. Norton & Company.
- Price, D. D. (1999). *Psychological mechanisms of pain and analgesia*. Progress in Pain Research and Management. Vol. 15. Seattle: I.A.S.P. Press.
- Price, D. D. (2002). Central neural mechanisms that inter-relate sensory and affective dimensions of pain. *Molecular Interventions (Review)*, 2(6), 392-401.
- Price, D. D. & Bushnell, M. C. (2004). Overview of pain dimensions and their psychological modulation. In Price, D. D. and Bushnell, M. C. (Ed.). *Psychological methods of pain control: Basic*



- science and clinical perspectives*. (pp.3-17). Progress in Pain Research and Management. Vol. 29. Seattle: IASP Press.
- Rainville, P. (1998). Brain imaging studies hypnotic modulation of pain sensation and pain affect. Presented at INABIS 98 – 5th Internet World Congress on Biomedical Sciences at McMaster University, Canada, Dec. 7-16th Invited Symposium.
- Rainville, P. (2004). Pain and emotions. In D. D. Price & M. C. Bushnell (Ed.). *Psychological methods of pain control: Basic science and clinical perspectives*. (pp. 117-141). Progress in Pain Research and Management. Vol. 29. Seattle: IASP Press.
- Rainville, P. (2008). Hypnosis and the analgesic effect of suggestions. *Pain*, 134, 1-2.
- Rainville, P., Carrier, B., Hofbauer, R. K., Bushnell, M. C. & Duncan, G. H. (1999). Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain*, 82, 159-171.
- Silva, D. R., Campos, R. & Prazeres, N. (1999). O Inventário de Estado-Traço de Raiva (STAXI) e sua adaptação para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 34, 55-81.
- Sociedade Portuguesa de Neurologia & Sociedade Portuguesa de Cefaleias (2009). Recomendações terapêuticas para cefaleias (2^a ed.). *Sinapse*, 2(1), 1-36.
- Sociedade Portuguesa de Cefaleias (2014). *Classificação Internacional de Cefaleias – 3^a Edição. Tradução portuguesa da International Classification of Headache Disorders – ICHD-3-beta – 2013*. Encontrado em <http://www.ihs-headache.org/ichd-guidelines>
- Spielberger, C. D. & Sydeman, S. J. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. In M. E. Maruish (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 292-321). Madison: University of Wisconsin.
- Tellegen, A. & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences ("absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268-277.
- Vaz Serra, A., Ponciano, E., & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra da população portuguesa –II. A sua avaliação como instrumento de medida. *Psiquiatria Clínica*, 3 (4), 203-213.
- Wade, J. B., Dougherty, L. M., Archer, C. R. & Price, D. D. (1996). Assessing the stages of pain processing: A multivariate analytical approach. *Pain*, 68, 157-167.
- Wall, P. (2007). *Dor. A ciência do sofrimento* (2^a ed.). Porto: Ambar.
- Watson, D., Clark, L. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.



O PAPEL DO STRESSE E DE COPING NAS DOENÇAS COMPORTAMENTAIS

Pedro Gonçalves¹, Orlindo Pereira² Susana Mendes¹

1. Instituto Politécnico de Leiria, Portugal

2. Associação Vale d'Acor, Portugal

Resumo

Procuramos determinar o papel do stress habitual, das estratégias de *coping* e da iliteracia em hábitos persistentes, que condicionam a negligência em promover a própria saúde e o agravamento e manutenção das doenças comportamentais (hipertensão arterial, enfartes, diabetes mellitus, neoplasias, dependências, e suas complicações, etc.), que respondem por dois terços das despesas mundiais com a saúde. Realizaram-se cinco estudos, um por entrevista e os outros por questionário, envolvendo um total de 1387 sujeitos (1029 estudantes de institutos politécnicos e 358 toxicodependentes tratados e população geral). Começou por se verificar que há uma associação forte entre stress e maus hábitos alimentares, mas que o efeito da iliteracia era irrelevante. No último estudo avaliaram-se estratégias de coping. Em todos, verificou-se que os sujeitos avaliavam maioritariamente a sua saúde como “boa”, ao mesmo tempo que manifestavam hábitos alimentares deletérios, de fumar e dependências. Isto é explicado por atribuição externa e dissonância cognitiva. Há uma relação forte entre stress e *coping*. Quando estão equilibrados produzem menos efeitos que quando estão desequilibrados (um é mais baixo que o outro). Postulam-se relações de causalidade circular entre as variáveis significativas. Isto deve ser tido em consideração quando se pondera o que pode ser feito em termos de prevenção. A educação sanitária, nos moldes habituais, é pouco eficiente. É necessário ir até à raiz das atitudes, hábitos e outras disposições comportamentais, para estruturar intervenções promissoras, a começar nas famílias.

Palavras chave: Hábitos nocivos; estilos de vida; stress-coping e doenças comportamentais.



Abstract

We sought to determine the role of the usual stress, coping strategies and illiteracy in persistent habits, which determine negligence in promoting one's health and the aggravation and maintenance of behavioral disorders (hypertension, heart attacks, diabetes, cancer, dependencies, and its complications, etc.), which account for two thirds of global spending on health. We run five studies, one by interview and the others by questionnaire, involving a total of 1387 subjects (1029 students of polytechnics and 358 other institutes). We found that there is a strong association between stress and poor eating habits, but that the effect of illiteracy was irrelevant. In the latest study coping strategies were evaluated coping strategies. In all, it was found that most of the subjects rated their health as "good", while demonstrating deleterious eating habits, smoking and dependencies. This is explained by external attribution and cognitive dissonance. There is a strong relationship between stress and coping. When they are balanced they produce less effect than when they are unbalanced (one is lower than the other). We postulate a circular causal relationship between significant variables. This must be taken into account when considering what can be done in terms of prevention. Health education in the usual manner, is inefficient. You must go to the root of the attitudes, habits and other behavioral patterns to structure promising interventions, starting in families.

Keywords: Health behavioral disorders, stress-*coping*, harmful habits and lifestyles.



Introdução

Neste trabalho procuramos elucidar o papel do stresse habitual na manutenção de hábitos alimentares arreigados e potencialmente deletérios para a saúde, que podem ser fatores de manutenção da cronicidade de doenças comportamentais. Procuram-se estabelecer bases de prevenção em saúde pública.

Consideramos aqui os resultados mais marcantes de cinco estudos que empreendemos, entre 2014 e 2016, e que incidiram sobre um total de 1387 sujeitos (Pereira e Gonçalves, 2014; Gonçalves, Brito, Pereira e Ravara, 2015; Gonçalves e Pereira, 2015).

As *doenças comportamentais* são um agrupamento de situações patológicas, medicamente heterogénea, que inclui hipertensão arterial, enfartes do miocárdio e cerebrais (A.V.C.), diabetes mellitus, outras doenças alimentares e endócrinas, neoplasias, destacadamente, do pulmão e da pele, dependências de substâncias e outras, doenças infectocontagiosas, particularmente, SIDA, hepatites, cirrose hepática, tuberculose, psicoses tóxicas e simulação de moléstias para obter medicamentos de prescrição, etc.

O traço comum entre estas entidades nosológicas, que podem ter manifestações agudas, mas que tendem a passar à cronicidade é serem todas originadas ou mantidas e agravadas por comportamentos inadequados e arriscados de quem as sofre, alicerçados em hábitos que se começam a adquirir desde a infância, modos e estilos de vida que se instalam desde a juventude. Enquanto agrupamento estas situações nosológicas e as suas complicações são responsáveis por mais de dois terços das despesas mundiais de saúde (Pereira e Pires, 2004).

Desde há muito que se tem dado papel primeiro à prevenção, mas, esta não tem tido os resultados esperados. Recentemente apontou-se a literacia em questões médicas como uma possibilidade de melhorar a ação preventiva, através da educação sanitária.

Somos em crer, que a ação preventiva beneficiará em se descentrar de cada uma das doenças em si e escolher como alvo “tendências comportamentais adquiridas” como as atitudes, representações sociais e os hábitos, tendo também em conta o stresse habitual, isto é, do dia-a-dia.

A formação de atitudes e hábitos é um processo basicamente inconsciente, com início muito cedo na vida, pelo que, quando se tenta intervir sobre ele a grande maioria das pessoas, perante a informação, que lhes é dada, reagem de forma cognitivamente dissonante (Festinger, 1957) e continuam a sustentar atribuições externas sobre a possibilidade ou a presença de perturbações - “o mal vem sempre de fora”.

Somos também em crer, que o stresse habitual é um fator relevante na manutenção das atitudes e hábitos deletérios não obstante as estratégias de *coping* presentes.



Metodologia

O primeiro estudo realizado foi feito por entrevista a doentes toxicodependentes e alcoólicos após terem completado tratamento numa comunidade terapêutica. Responderam a questões sobre modalidades de comportamento, estilos de vida, episódios críticos e sobre se tomaram ou não medidas para evitar a doença e suas complicações.

Os quatro estudos seguintes usaram o inquérito por questionário, em entrevistas individuais. O primeiro inquérito versava sobre o estado de saúde atual, hábitos de consumo alimentar, de fumar e de uso de drogas ilícitas. Também se pedia que se pronunciassem sobre questões de saúde e se avaliava o seu grau de literacia nestas questões. O stresse habitual era avaliado por uma escala com 12 itens, derivada de PSS (Perceived stress scale de Cohen, Kamark & Mermelstein, 1983).

À medida que os estudos prosseguiram foram se selecionando as questões com maior poder discriminativo e no último estudo foi introduzida uma escala de coping com 12 itens, desenvolvida para (Pereira, Gonçalves & Mendes, 2016, *no prelo*) metade direcionada para estratégias de ação e metade para estratégias de pensamento.

O estudo por entrevista realizou-se na Associação Vale d'Acor e os estudos por inquérito nos Institutos Politécnicos de Leiria e Tomar e numa amostra de conveniência da população geral em todo o país.

O quadro n.º1 especifica os estudos, os sujeitos ou participantes e as principais variáveis utilizadas.

Estudos	Sujeitos e Participantes	Variáveis
Por entrevista 2014	Toxicodependentes tratados n=48	Estado de Saúde Representação Social de Hábitos e Dependências
Por inquérito 2014	Estudantes dos Institutos Politécnicos de Leiria e Tomar n=739	Literacia em questões Médicas Origem das doenças Psiquiátricas e Dependências Hábitos potencialmente nocivos para a Saúde Stresse Habitual
Por inquérito 2015	Estudantes do Instituto Politécnico de Leiria	Literacia em questões Médicas Origem das doenças Psiquiátricas e Dependências Hábitos potencialmente nocivos para a Saúde Stresse Habitual
Por inquérito 2015	População Geral n=310	Literacia em questões médicas Auto Avaliação da Saúde Hábitos Alimentares Stresse Habitual
Por inquérito 2016	Estudantes do Instituto Politécnico de Leiria	Auto avaliação da saúde Representação Social, Dissonância Cognitiva e Atribuição causal. Hábitos Alimentares



	n=290	Stresse Habitual Estratégias <i>coping</i>

Resultados

As entrevistas realizadas a 48 doentes revelaram que a grande maioria dos comportamentos deletérios para a saúde, antes do início do consumo e na sua progressão, se pode relacionar com hábitos formados desde a infância, nos quais a influência familiar e os grupos de pertença e de referência tiveram um papel decisivo. Em caso algum havia falta de informação sobre a dependência e as suas possíveis complicações. Quando muito havia uma “ilusão de invulnerabilidade” (“isso só acontece aos outros” ou “aos fracos”).

Os estudos por inquérito a 739 sujeitos, mostraram que as respostas individuais sobre conhecimentos, opiniões, hábitos e comportamentos, não diferem das atribuídas à população geral com o mesmo nível de habilitações ($\chi^2 = 6,201$, g.l.= 1, $p = 0,01$). Por outro lado, não há diferenças significativas entre as respostas que traduzem o nível de iliteracia entre os estudantes de enfermagem do Instituto Politécnico de Leiria e os de outros cursos em Leiria e Tomar. Acresce ainda que as respostas dadas pelos estudantes de enfermagem são menos assertivas que as dadas pelos licenciados do Instituto Politécnico de Tomar.

É significativo que a maioria dos participantes considerou gozar de um bom estado de saúde e ter conhecimento e atitudes adequadas a esta área da saúde, embora revele comportamentos potencialmente deletérios para ela. Ao mesmo tempo detetou-se uma associação forte ($cor.=0.66$, $n=694$), entre os níveis de stresse habitual e a presença de hábitos nocivos para a saúde, como adicionar sal às refeições, açúcar às bebidas, beber álcool em excesso, fumar e, em menor grau, consumir drogas ilícitas.

Nos primeiros estudos por inquérito verificou-se que a iliteracia em questões médicas é um fenómeno que afeta por igual os estudantes dos dois politécnicos considerados e que a formação específica em saúde (curso de enfermagem) não introduz diferença. Estabeleceu-se também uma relação entre hábitos nefastos para a saúde e o stresse habitual, sendo a interação melhor preditor que as variáveis isoladas.

Procurou-se então, no último estudo (O. Pereira, P. Gonçalves e S. Mendes, 2016) por inquérito, verificar qual o papel do *coping* na ação do stresse. Para isso usou-se o novo instrumento acima referido. Neste estudo participaram 290 estudantes, sendo 75,5% do género feminino e a média das idades de 20 anos ($\pm 3,85$).

Na autoavaliação de saúde, 69% dos sujeitos consideraram estar de boa saúde. No que concerne à toma de diária de medicamentos, 30% indica que o fazem regularmente, sendo 3,8% para dormir. A maioria realiza as suas refeições fora de casa (76%), e 60% ingerem produtos açucarados diariamente. De entre estes, destacam-se as “compotas e marmelada” com 74%. No que concerne à alimentação habitualmente designada por *fast food*, 50% dos sujeitos refere consumi-la diariamente. O mesmo padrão é observado para os alimentos pré-confeccionados.



No que diz respeito à adição de açúcar nas bebidas, 68% dos inquiridos demonstram ter esse hábito, sendo similar o padrão no que concerne à adição de sal (67%). De salientar que, apenas 9% dos sujeitos indicaram ser abstémicos. Ingerir bebidas alcoólicas, quer às refeições ou nas saídas à noite representa 50% e 51% dos inquiridos, respetivamente. Por fim, os resultados demonstram que a maioria dos estudantes tem por hábito fumar (80%), 4,5% usa esporadicamente drogas ilícitas e 1,4% admite consumi-las diariamente. 39% dos sujeitos revelam sintomas clínicos de stresse.

Verificou-se que existe uma dependência estatisticamente significativa entre stresse e *coping*. χ^2 (Pearson) = 5,697, g.l. 1 e o R de Pearson é 0,14 a $p < 0,05$.

As respostas às questões em que a estratégia de *coping* implica ação (comportamento), têm frequência muito superior (69,65%) aquelas que implicavam pensamento dissonante (29,65%).

Para se analisarem melhor as relações entre stresse e *coping*, dividiram-se os sujeitos em quatro categorias, nomeadamente, **SC** (com stresse elevado e *coping* elevado), **Sc** (com stresse elevado e *coping* baixo), **sC** (com stresse baixo e *coping* elevado) e **sc** (com stresse baixo e *coping* baixo). A análise preliminar destes grupos permitiu observar que o grupo **Sc** apresentou sempre valores mais baixos (19%), seguindo-se **sC** (24,1%), **SC** (26,9%) e **sc** (30%).

Cada uma destas categorias modelou as distribuições de frequências relativas ao estado de saúde e aos hábitos de consumo. Quando stresse e *coping* estão equilibrados ou com baixos valores (**sc**) ou altos valores (**SC**) o efeito é menos incisivo que quando estão desequilibrados (**Sc** e **sC**). Isto quer dizer que temos de considerar conjuntamente as duas modalidades e ainda as interações entre stresse-*coping* com as outras variáveis, não esquecendo o efeito destas na própria interação stresse-*coping*. Devemos pois postular circuitos de causalidade circular, de influência mútua.

Discussão

A questão de fundo que se colocou é do âmbito da Saúde Pública e da Psicologia da Saúde, mas os mecanismos de causalidade social requerem o recurso à Psicologia Social. Em termos de Saúde Pública a manutenção de atitudes e hábitos, potencialmente deletérios para a saúde não depende da iliteracia em questões médicas dos participantes nos estudos. No entanto, o recurso à análise psicossociológica pode explicar porque razão a grande maioria das pessoas é avessa a rever o seu conhecimento, crenças e práticas, quando se lhe chama a atenção para isso (seja ou não no contexto de programas e campanhas de Educação Sanitária), porque entra em dissonância cognitiva e fazem atribuições externas do que sofrem.

O que mais se destaca, no âmbito da Psicologia da Saúde é a ação do stresse habitual em conjunto com as estratégias de *coping*. Stresse é “uma reação inespecífica do organismo a qualquer exigência” (Selye, 1983). Pode ser aguda ou crónica. As exigências são as da vida de todos os dias a que não se pode escapar. Também não é fácil modificá-las, mas todos



pensamos nisso e podemos entrar em divagações, que nos evitam ter que agir. São estratégias de *coping* em pensamento. Sossegam-nos mas nada resolvem. Ao contrário, quando agimos equilibramos mais eficientemente o efeito do stress e esquecemo-nos do que fizemos.

Talvez seja por isso que, consistentemente, quase todos os sujeitos e participantes avaliam a própria saúde como “boa” (segunda posição na escala ordinal de cinco). Isto pode parecer surpreendente em doentes toxicodependentes tratados, que no momento da entrevista sofrem objetivamente de patologias derivadas ou secundárias à situação de dependência. Eles sabem disso mesmo, mas consideram-se saudáveis, porque se sentem bem. Há muitas razões para rever o conceito comum de saúde.

A análise feita utilizou não, diretamente, comportamentos, mas antes representações sociais e disposições comportamentais adquiridas, como as atitudes, os hábitos, os esquemas e estilos de vida. Esta passagem à Psicologia Social, revelou-se frutuosa. É, no entanto, de ter em conta que estes processos, que se iniciam na tenra infância, se mantêm inconscientes e não são facilmente consciencializáveis, mesmo quando as pessoas são interpeladas. Qualquer ação de saúde pública tem de contar com esta realidade e a fazer-se bom será que siga o conselho de Napoleão: “A Educação da criança começa mais de 20 anos antes de nascer, com a educação da mãe”.

Agradecimentos

Aos Professores Sílvio Brito e Luciano Ravara que participaram nos estudos de 2015.

Aos estudantes do 4º ano da licenciatura em Dietética dos anos curriculares 2013-2014; 2014-2015 e 2015-2016 da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria pela recolha dos dados utilizados.

Contacto para Correspondência

Pedro de Matos Gonçalves, Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Turismo e Tecnologia do Mar, campus 4, Santuário Nossa Senhora dos Remédios, 2520-641, Peniche-Portugal. pjmatosg@ipleiria.pt.

Referências

- Brown, R. (1965). *Social psychology*. New York: MacMillan.
- Cohen, S., Kamarik, T. & Mermelstein, R. (1983). Global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 24, 4, 385-396.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, Illinois: Row, Peterson.
- Gonçalves, P., Brito, S., Pereira, O.G., Ravara, L. (2015): Para Além da Iliteracia em Saúde. *Psicologia na Atualidade*. 27, 44-59. Disponível em: <http://www.psicologianaactualidade.com>
- Gonçalves, P., & Pereira, O.G. (2015): Obstáculos à Promoção da Saúde. *Psicologia na Atualidade*, 26, 50-58. Disponível em: <http://www.psicologianaactualidade.com>.



- Pereira, O.G., Gonçalves.P., Mendes, S. (2016). Promoção da Saúde por via da modificação de estilos de vida e hábitos nefastos. *Revista Psicologia*. Lisboa. (no prelo).
- Pereira, O.G., Gonçalves, P. (2014): Health illiteracy in students of a polytechnic institute. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, Brasil. 48, 110.
- Pereira, O.G., & Pires, J.R. (2004): *Prometeu Liberto*. Lisboa, Media texto.
- Selye, H. (1983).The stress concept: Past, present and future. *Stress Research Issues for the Eighties*. Chichester: Wileys.



Abordagem inclusiva à violência psicológica na intimidade

Rita Começanha^{1,2}, Elisa Fonseca¹, & Ângela Maia¹

1. Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi), Universidade do Minho; Portugal

2. Núcleo de Saúde, Universidade do Porto, Portugal

Resumo

Este estudo analisa a violência psicológica na relação de intimidade, em função do sexo e orientação sexual, e procura avaliar a relação entre abuso psicológico e saúde mental. A amostra é constituída por 661 estudantes universitários portugueses, de ambos os sexos, que completaram um protocolo online. O abuso psicológico surge como a forma mais prevalente de violência, e associa-se à elevação de sintomas psicopatológicos, independentemente do sexo e/ou orientação sexual. Verificam-se mais sintomas de internalização, tais como depressão e ansiedade, no sexo feminino, e de externalização no sexo masculino, destacando-se a hostilidade. Estas diferenças na gestão de experiências abusivas entre homens e mulheres poderão refletir níveis de suscetibilidade distintos que se constroem e alimentam de fatores psicossociais, nomeadamente nas normas de socialização e expressão emocional. Evidencia-se o contributo independente do abuso psicológico para a psicopatologia e a necessidade de se ampliarem esforços de investigação e prevenção, desenvolvendo modelos teóricos e estratégias próprias para formas de violência não-física e do seu impacto na saúde mental. Recomenda-se uma abordagem inclusiva de género e orientação sexual, ajustada às reações diferenciais de homens e mulheres e que diminua o estigma associado à procura de ajuda das vítimas homossexuais e masculinas.

Palavras-chave: Violência na intimidade; abuso psicológico; *brief symptom inventory*, psicopatologia.



Abstract

This study aims to identify the main features of psychological intimate partner violence, in terms of gender and sexual orientation, and to assess the relationship between psychological abuse and mental health outcomes. The sample comprises 661 students of both sexes from a public Portuguese university who completed an online protocol. The results highlight psychological abuse as the most prevalent form of intimate partner violence and reveal the absence of differences of gender and sexual orientation. Participants who report psychological abuse show elevation of psychopathological symptoms, regardless of gender. Women tend to report more internalized symptoms, like depression and anxiety, and men more externalized symptoms, like hostility. This might reflect a combination of different susceptibilities along with social norms and emotional expression. The study reveals the impact of psychological abuse and the need to extend research and prevention efforts, developing a more inclusive approach in terms of gender and sexual orientation, adjusted to different symptoms and reactions in men and women and reduce the stigma associated with help-seeking in homosexuals and male victims.

Keywords: Intimate partner violence; psychological abuse; brief symptom inventory; psychopathology.



Introdução

Neste estudo adota-se a definição proposta por O’Leary (2001), que concetualiza o abuso psicológico como atos de crítica recorrente e/ou agressão verbal e/ou atos de isolamento e domínio praticados por um parceiro no contexto de uma relação de intimidade.

Apesar da evidência crescente de que o abuso psicológico é a forma mais prevalente de violência em estudos nacionais (Machado, Caridade, & Martins, 2010) e internacionais (Carney & Barner, 2012), o abuso físico continua a dominar a agenda científica e jurídica da atualidade (Mechanic, Weaver, & Resick, 2008).

Nos estudos nacionais de prevalência, o abuso psicológico surge como o tipo de violência mais relatado, ainda que haja variância entre estudos, fruto de uma indefinição do conceito e de diferenças amostrais e metodológicas. As taxas de prevalência oscilam entre os 19% (Lisboa, Carmo, Vicente, & Nóvoa, 2003) e os 54% (Lisboa, 2008), em amostras femininas, e entre os 22% (Machado et al., 2010) e os 54% (Paiva & Figueiredo, 2005), em amostras mistas. Os raros estudos portugueses que incluem população masculina descrevem uma prevalência variável entre os 50% (Paiva & Figueiredo, 2005) e os 61% (Lisboa, 2008).

As expressões do abuso psicológico podem coexistir ou preceder o maltrato físico (Lawrence Orengo-Aguayo, Langer, & Brock, 2012) ou manifestar-se de forma isolada (Carney & Barner, 2012), possuindo efeitos tão, ou mais danosos, que a expressão física de violência (O’Leary, 2001; Tolman, 1999).

Estudos com amostras comunitárias revelam que a violência psicológica na intimidade é um fenómeno transversal independente do género (Machado & Matos, 2014; Próspero & Fawson, 2010) marcado por padrões de agressividade mútua ou bidirecional (Carney & Barner, 2012; Kar & O’Leary, 2010). A noção de simetria de género sugere que, em amostras normativas e comunitárias, a violência na relação de intimidade poderá ser perpetrada por ambos os sexos, de forma equivalente, concetualizando o fenómeno como multicausal e de natureza sistémica (Kar & O’Leary, 2010), com motivações semelhantes ao nível do controlo e domínio do parceiro/a (Medeiros & Straus, 2006; Straus, 2008). Esta perspetiva contrasta com a visão feminista das conceções socioculturais de dominância masculina, sustentadas na manutenção de um sistema patriarcal (Kar & O’Leary, 2010; Medeiros & Straus, 2006).

Os resultados que apoiam a simetria de género parecem adequar-se a populações normativas, nomeadamente em universitários e jovens adultos, refletindo uma violência de tipo expressivo e situacional, caracterizada por expressões isoladas ou pontuais de raiva e frustração. Inversamente, os estudos que evidenciam maior perpetração masculina focam amostras clínicas e conjugais e casos de intervenção policial e/ou acolhimento na rede social de apoio. Esta última assume-se como uma violência de cariz instrumental, com consequências mais danosas de vitimização feminina, fruto da escalada na frequência e gravidade dos atos abusivos (Ansara & Hindin, 2011; Caridade & Machado, 2006; Karakurt & Silver, 2013).

Em síntese, a investigação de prevalência do abuso psicológico privilegia claramente amostras femininas (Arnocky & Vaillancourt, 2014; Carney & Barner, 2012), sendo “a violência contra os homens na intimidade um tema controverso e negligenciado” (Machado & Matos, 2014, p. 726). A menor propensão para a denúncia característica no sexo masculino e a adoção de paradigmas focados na violência contra as mulheres continuam a contribuir



para esta lacuna na investigação (Arnocky & Vaillancourt, 2014; Kar & O'Leary, 2010; Machado & Matos, 2014).

O fenómeno da violência na intimidade parece transversal às diversas classes sociais, religiões, raças (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002) e orientações sexuais. No caso desta última, a escassa investigação sugere que a taxa de violência em homossexuais é comparável à exercida em relacionamentos heterossexuais (Rodrigues, Nogueira, & Oliveira, 2010; Santos, 2012), suplantando questões de género (Costa, Machado, & Antunes, 2011; Rohrbaugh, 2006).

A variabilidade encontrada nas prevalências de abuso psicológico reflete problemas de definição do constructo (Carney & Barner, 2012; Karakurt & Silver, 2013; Lawrence et al., 2012). Acresce o facto de não se aferir a incidência e severidade de abuso psicológico de forma independente e com recurso a instrumentos focalizados, utilizando-se escalas generalistas, com prejuízo na precisão da sua avaliação (Carney & Barner, 2012). Assim, os dados recolhidos não permitem análises comparativas precisas, já que, para além de genéricos, baseiam-se em amostras, instrumentos e metodologias divergentes (Matos, 2006).

As investigações aportam consequências significativas ao nível da saúde física e mental, a curto e a longo prazo, equiparáveis às que ocorrem por força da violência física (Lagdon, Armour, & Stringer, 2014; Lawrence et al., 2012; Pico-Alfonso et al., 2006). Verifica-se uma forte associação entre a vivência de abuso psicológico e a sintomatologia depressiva e ansiosa (Mechanic et al., 2008), perturbação de stresse pós-traumático (Pico-Alfonso et al., 2006), baixa autoestima (Lawrence et al., 2012), debilitação da saúde física e do funcionamento cognitivo (Lawrence et al., 2012), abuso de substâncias (Coker et al., 2002) e ideação suicida (Coker et al., 2002; Pico-Alfonso et al., 2006).

Os estudos que avaliam o impacto do abuso psicológico na saúde privilegiam igualmente a população feminina, negligenciando a inclusão de vítimas do sexo masculino (Ansara & Hindin, 2011; Lawrence et al., 2012; Machado & Matos, 2014; Próspero & Fawson, 2010). Embora se defenda que a vivência de experiências abusivas na intimidade se relaciona com consequências psicológicas negativas independentes do sexo (Ansara & Hindin, 2011; Lagdon et al., 2014), os estudos revelam diferenças de género na gestão de experiências emocionalmente adversas, ligadas à vivência de stresse e trauma, no geral, e das relações íntimas abusivas em particular. Os resultados sugerem idiossincrasias ao nível dos sintomas psicopatológicos e das consequências interpessoais, sugerindo uma tendência para respostas de internalização no sexo feminino e de externalização no sexo masculino (Afifi, 2007; Axinn, Ghimire, Williams, & Scott, 2013; Elliott, 2013). A maior vulnerabilidade do sexo feminino para a ocorrência de quadros depressivos e ansiosos (Ansara & Hindin, 2011; Kar & O'Leary, 2010; Lagdon et al., 2014) e a ocorrência de sintomas de maior hostilidade e consumo de substâncias em vítimas do sexo masculino (Próspero & Fawson, 2010) são reflexo desta perspetiva. Assim, “as reações masculinas a experiências traumáticas podem ser tão fortes como as reações femininas às experiências traumáticas, mas expressas através de diferentes sintomas” (Axinn et al., 2013, p. 456).

De acordo com o supracitado, emerge a necessidade de aplicar instrumentos focalizados para a aferição do abuso psicológico, aprofundar o conhecimento da vitimização no sexo masculino e considerar a orientação sexual como variáveis de interesse, aspetos descurados



até à data. Este estudo visa assim responder a dois objetivos: identificar as principais características da violência psicológica nas relações de intimidade, analisada em função do sexo e orientação sexual; e avaliar o impacto diferencial do abuso psicológico em indicadores de saúde mental.

Metodologia

Foram recolhidos dados de estudantes universitários ($N = 661$), 77% dos quais do sexo feminino, com idades entre os 18 e os 55 anos ($M = 23.5$; $DP = 5.4$) e 23% do sexo masculino, com idades entre os 18 e os 58 anos ($M = 25.6$; $DP = 7.1$), que preencheram um protocolo divulgado por e-mail interativo para a totalidade dos alunos inscritos, devidamente aprovado pela Comissão de Ética da Universidade do Porto, onde decorreu o estudo.

O protocolo incluiu: um questionário sociodemográfico; a forma abreviada do *Psychological Maltreatment Inventory* (PMI) (Tolman, 1999; versão portuguesa Começanha & Maia, under review), para avaliar a presença de atos de abuso psicológico na relação de intimidade nos últimos seis meses e ao longo da vida; a *Revised Conflict Tactics Scales* - CTS-2 (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996; versão portuguesa Paiva & Figueiredo, 2002), para aceder à prevalência de abuso físico, sexual e psicológico nos últimos 12 meses e o *Brief Symptom Inventory* (Derogatis & Spencer, 1982; versão portuguesa Canavarro, 1999) para testar a sintomatologia psicopatológica geral.

Para a análise das características sociodemográficas e quantificação de prevalências de abuso usou-se a estatística descritiva. Na exploração da relação entre abuso e variáveis sociodemográficas, utilizou-se o teste t para amostras independentes e a análise de variância ANOVA unifatorial. A análise das associações entre o sexo e o abuso psicológico foi realizada através do teste do qui-quadrado. A comparação entre grupos dos índices de psicopatologia foi obtida a partir do teste t . Realizou-se ainda uma regressão linear hierárquica para analisar a variância explicada pelo abuso psicológico na psicopatologia geral, controlando os efeitos das variáveis sociodemográficas e das restantes tipologias de abuso, físico e sexual.

Resultados

Os resultados de prevalência permitiram constatar a predominância de abuso psicológico em detrimento das formas física e sexual de violência. A prevalência de abuso psicológico foi superior quando se refere à vivência de experiências abusivas no último ano e ao longo da vida, comparativamente aos últimos seis meses. As manifestações mais ligeiras de abuso psicológico suplantaram formas mais severas deste tipo de violência.

A maior representatividade do abuso psicológico confirmou-se, igualmente, na análise dos padrões de violência. Tendo em conta a amostra total, foi mais comum verificar a presença de abuso psicológico de forma isolada, sem abuso físico e sexual (22%), comparativamente à presença de abuso físico e sexual na ausência de abuso psicológico (3.8%). A vivência das três formas de abuso em simultâneo foi pouco comum (3.8%). Este padrão observou-se em ambos os sexos.

Não existiram diferenças significativas entre homens e mulheres quanto ao nível de abuso psicológico ao longo da vida, sendo que os homens relataram maior vivência de abuso nos



últimos seis meses, $t_{(585)} = 2.76$, $p = .006$, 95% CI [0.58, 3.47], $d = 0.30$. Relativamente às outras medidas de abuso psicológico, bem como às restantes formas de violência, não se observaram diferenças significativas entre sexos.

A comparação em função da orientação sexual revelou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre heterossexuais ($n = 598$), homossexuais ($n = 26$) e bissexuais ($n = 37$) nas variáveis de abuso psicológico.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com presença de abuso psicológico e o grupo sem abuso psicológico, tanto nos últimos seis meses, $t_{(588)} = -4.89$, $p = .000$, 95% CI [-0.73, -0.31], $d = .81$, como ao longo da vida, $t_{(637)} = -14.85$, $p = .000$, 95% CI [-0.87, -0.67], $d = 1.28$. O grupo que relatou a vivência de abuso psicológico na relação de intimidade apresentou um índice superior de sintomas psicopatológicos.

Embora o score total do Índice Geral de Sintomas (IGS) do BSI não apresentasse diferenças estatisticamente significativas em função do sexo para a subamostra com abuso psicológico na intimidade, numa análise mais detalhada verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos em todas as escalas do BSI. Enquanto os homens relataram valores significativamente mais elevados de hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo, as mulheres reportaram níveis mais elevados nas restantes escalas (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade, interpessoal, depressão e ansiedade e ansiedade fóbica).

A regressão linear, para verificar o contributo do abuso psicológico experienciado ao longo da vida na sintomatologia, controlando as variáveis sociodemográficas e o abuso físico e sexual, permitiu explicar 31% da variância ($R^2 = .307$) do índice geral de sintomas psicopatológicos. Os resultados da ANOVA foram altamente significativos ($F_{(7,626)} = 39,642$, $p = .000$). A inclusão da variável de abuso psicológico melhorou significativamente a capacidade preditiva do modelo ($\Delta R^2 = .232$, $F = 209,903$, $p = .000$). A variável relativa ao abuso psicológico ao longo da vida que possuiu um efeito mais significativo sobre a variável dependente ($t = 14,488$, $p = .000$) permitiu explicar, de forma isolada, 23% ($sr = .488$; $sr^2 = 23.23$) da variância do índice geral de sintomas. Nenhum dos outros preditores possuiu efeitos semelhantes nem tão-pouco estatisticamente significativos.

Discussão

As prevalências de abuso encontradas assemelham-se às reportadas em outros estudos nacionais (Lisboa, 2008; Lisboa et al., 2003; Paiva & Figueiredo, 2005) e internacionais (Carney & Barner, 2012; Coker et al., 2002). O abuso psicológico foi a tipologia mais relatada, considerando a amostra total e ambos os sexos, comprovando evidências clínicas (Walker, 1984) e empíricas internacionais (Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, & Watts, 2006; Lysova & Douglas, 2008) e nacionais (Machado et al., 2010; Matos, 2006; Paiva & Figueiredo, 2004).

A vivência concomitante de abuso psicológico, físico e sexual não encontrou expressão significativa neste estudo, possivelmente pela utilização de uma amostra comunitária (Ansara & Hindin, 2011; Carney & Barner, 2012). A vivência de abuso psicológico de forma isolada foi superior (22%) à observada no abuso físico e/ou sexual sem abuso psicológico, que é rara, resultado consonante com trabalhos anteriores que atestam a possibilidade de vivência única de abuso psicológico (Carney & Barner, 2012; Lawrence et al., 2012),



associada a consequências equiparáveis às outras tipologias de abuso (O'Leary, 2001; Tolman, 1999).

A ausência de diferenças significativas entre homens e mulheres quanto aos níveis de abuso psicológico, físico e sexual surge em linha com o paradigma da simetria de género em amostras normativas e universitárias (Carney & Barner, 2012; Kar & O'Leary, 2010; Lysova & Douglas, 2008; Machado & Matos, 2014; Medeiros & Straus, 2006; Próspero & Fawson, 2010).

Em relação à orientação sexual, a ausência de diferenças significativas entre os três grupos no abuso psicológico, enquadra-se nas pesquisas prévias (Costa et al., 2011; Dutton, Nicholls, & Spidel, 2005; Rodrigues et al., 2010; Rohrbaugh, 2006; Santos, 2012) e permite conceitualizar a violência na intimidade como uma realidade independente do sexo e orientação sexual.

A maior presença de sintomatologia psicopatológica nos participantes que sofreram abuso psicológico, comparativamente aos participantes sem abuso psicológico autorreportado, evidencia a associação entre esta experiência e as consequências ao nível da saúde mental (Lagdon et al., 2014; Lawrence et al., 2012; Mechanic et al., 2008; Pico-Alfonso et al., 2006). No grupo de participantes que reportam abuso psicológico na relação de intimidade existem diferenças em termos do tipo de consequências relatadas. Enquanto o sexo feminino regista elevação dos sintomas de internalização, tais como a depressão e a ansiedade, o sexo masculino reporta mais sintomas de externalização, nos quais se destaca a hostilidade.

As diferenças encontradas ao nível da gestão de experiências abusivas entre homens e mulheres, já verificadas em investigações anteriores (Afifi, 2007; Ansara & Hindin, 2011; Axinn et al., 2013; Elliott, 2013; Kar & O'Leary, 2010; Lagdon et al., 2014; Próspero & Fawson, 2010), poderão refletir níveis de suscetibilidade distintos que se constroem e alimentam de fatores psicossociais, nomeadamente diferenças na socialização e normas de expressão emocional veiculadas desde a primeira infância (Elliot, 2013; Rosenfield, Lennon, & White, 2005).

Os participantes universitários são uma população estratégica no que respeita aos esforços preventivos e de intervenção (Lysova & Douglas, 2008; Medeiros & Straus, 2006; Straus, 2008), mas restringem a possibilidade de inferir conclusões para populações comunitárias não universitárias ou populações clínicas (Ansara & Hindin, 2011; Caridade & Machado, 2006; Kimmel, 2002; Medeiros & Straus, 2006).

A adoção de um desenho transversal inviabiliza a formulação de inferências de causa-efeito a partir dos resultados (Mann, 2003). A utilização do autorrelato como método único de recolha de informação pode impactar as prevalências encontradas, por questões de desejabilidade social, aleatoriedade ou dificuldade em revelar experiências traumáticas (Paulhus & Vazire, 2007). Adicionalmente, é de considerar as limitações associadas aos estudos retrospectivos (Schwarz, 2007), ao nível da precisão nas taxas de ocorrência.

A obtenção de valores equiparáveis entre sexos, sustentada no paradigma da simetria de género, carece da análise dos motivos associados à perpetração de violência, bem como da exploração de padrões de abuso mútuo (Carney & Barner, 2012; Kar & O'Leary, 2010; Medeiros & Straus, 2006; Paiva & Figueiredo, 2004; Straus, 2008), dimensões não analisadas neste estudo. Refira-se, ainda, a dificuldade metodológica inerente à definição consensual de abuso psicológico que prejudica a comparação de taxas de prevalência entre estudos (Carney



& Barner, 2012; Follingstad, 2007; Follingstad & DeHart, 2000; Lawrence et al., 2012). Tendo em vista minimizar esta limitação, utilizou-se uma definição capaz de abranger as duas dimensões de abuso psicológico mais consistentemente referidas na literatura (Carney & Barner, 2012; O'Leary, 2001).

A confirmação de níveis similares de vitimização em ambos os sexos, e nas diferentes orientações sexuais, aponta para a necessidade de uma maior produção científica quantitativa e qualitativa, transversal e longitudinal, junto destas populações, no sentido de clarificar prevalências e compreender significados, motivos e contextos da violência vivenciada por este público, nomeadamente ao nível do reconhecimento e valorização da violência, dos comportamentos de procura de ajuda e das consequências físicas e psicológicas experienciadas. A associação estabelecida entre abuso psicológico e consequências psicopatológicas e a relação destas com o sexo deverá ser melhor explorada, a fim de desenvolver respostas, programas e serviços adequados às reações diferenciais ao abuso por parte de homens e mulheres, sendo essencial a formação de profissionais especializados neste domínio.

Os níveis de prevalência encontrados nesta amostra de estudantes universitários evidenciam uma necessidade premente de prevenção junto desta camada e outras que a antecedem, dado que o nível de compromisso nas relações aumenta o potencial para a violência (Lysova & Douglas, 2008; Machado et al., 2010). É essencial que estes esforços preventivos sejam formulados de acordo com uma perspetiva multicausal da violência na intimidade, que ultrapasse questões de género, uma vez que, mais do que erradicar o abuso psicológico contra as mulheres, deve pretender-se erradicar a violência nas suas múltiplas manifestações. Neste contexto, é urgente formular programas de sensibilização, divulgação da informação e prevenção junto da comunidade e de grupos mais vulneráveis, aumentando o recurso aos centros de atendimento através da diminuição do estigma associado à denúncia por parte de vítimas homossexuais e masculinas (Arnocky & Vaillancourt, 2014). Estes resultados reforçam a independência desta forma de abuso em relação ao abuso físico e sexual, confirmando a necessidade de modelos teóricos e estratégias preventivas próprias. Considera-se indispensável uma mudança de objeto de estudo na área da violência na intimidade, no sentido de explorar formas de violência não-física e o seu impacto danoso para a saúde mental.

Agradecimentos

Este estudo foi realizado no Centro de Investigação em Psicologia (UID/PSI/01662/2013), Universidade do Minho, e foi financeiramente suportado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, através de fundos nacionais, e co-financiado pelo FEDER, através do COMPETE2020, no âmbito do acordo Portugal 2020 (POCI-01-0145-FEDER-007653).

Um especial agradecimento à equipa de investigação em Experiências Adversas e Traumáticas do CIPSI, pelo terreno fértil de discussão e partilha, e à Dra. Joana Antunes, investigadora da Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto, pelo suporte técnico dedicado à execução deste artigo.



Contacto para Correspondência

Rita Começanha, Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi), Universidade do Minho, Campus de Gualtar, Braga, Portugal; Núcleo de Saúde, Universidade do Porto, Rua dos Bragas, nº 151, Porto, Portugal, ritacomecanha@gmail.com

Referências

- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal*, 48, 385-391. <https://sites.oxy.edu/clint/physio/article/Genderdifferencesinmentalhealth.pdf>
- Ansara, D. L., & Hindin, M. J. (2011). Psychosocial consequences of intimate partner violence for women and men in Canada. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 1628-1645. doi: 10.1177/0886260510370600
- Arnocky, S., & Vaillancourt, T. (2014). Sex differences in response to victimization by an intimate partner: More stigmatization and less help-seeking among males. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23, 705-724. doi: 10.1080/10926771.2014.933465
- Axinn, W. G., Ghimire, D. J., Williams, N. E., & Scott, K. M. (2013). Gender, traumatic events, and mental health disorders in a rural Asian setting. *Journal of Health and Social Behavior*, 54, 444-461. doi: 10.1177/0022146513501518
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Caridade, S., & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração. *Análise Psicológica*, 24, 485-493. doi: 10.14417/ap.541
- Carney, M. M., & Barner, J. R. (2012). Prevalence of partner abuse: Rates of emotional abuse and control. *Partner Abuse*, 3, 286-335. doi: 10.1891/1946-6560.3.3.286
- Coker, A. L., Davis, K. R., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 260-268. doi: 10.1016/S0749-3797(02)00514-7
- Começanha, R., & Maia, A. (under review). *Screening tool for psychological partner abuse: Portuguese validation of the PMWI*.
- Costa, L. G., Machado, C., & Antunes, R. (2011). Violência nas relações homossexuais: A face oculta da agressão na intimidade. *Psychologica*, 1, 2-15. <https://www.rea.pt/imgs/uploads/doc-estudos-2009-violencia-relacoes-homossexuais-face-oculta-agressao-intimidade.pdf>
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration and procedures manual - I*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Dutton, D. G., Nicholls, T. L., & Spidel, A. (2005). Female perpetrators of intimate abuse. *Journal of Offender Rehabilitation*, 41, 1-31. doi: 10.1300/j076v41n04_01
- Elliott, M. (2013). Gender differences in the determinants of distress, alcohol misuse, and related psychiatric disorders. *Society and Mental Health*, 3, 96-113. doi: 10.1177/2156869312474828
- Follingstad, D. R. (2007). Rethinking current approaches to psychological abuse: Conceptual and methodological issues. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 439-458. doi: 10.1016/j.avb.2006.07.004
- Follingstad, D. R., & DeHart, D. D. (2000). Defining psychological abuse of husbands toward wives: Contexts, behaviors, and typologies. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 891-920. doi: 10.1177/088626000015009001



- Garcia-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-1269. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69523-8
- Kar, H. L., & O'Leary, K. D. (2010). Gender symmetry or asymmetry in intimate partner victimization? Not an either/or answer. *Partner Abuse*, 1, 152-168. doi: 10.1891/1946-6560.1.2.152
- Karakurt, G., & Silver, K. (2013). Emotional abuse in intimate relationships: The role of gender and age. *Violence and Victims*, 28, 804-821. doi: 10.1891/0886-6708.28.5.804
- Kimmel, M. S. (2002). "Gender symmetry" in domestic violence. *Violence Against Women*, 8, 1332-1363. doi: 10.1177/107780102237407
- Krug, E. G., Dahlberg, L.L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. doi: 10.3402/ejpt.v5.24794
- Lawrence, E., Orengo-Aguayo, R., Langer, A., & Brock, R. L. (2012). The impact and consequences of partner abuse on partners. *Partner Abuse*, 3, 406-428. doi: 10.1891/1946-6560.3.4.406
- Lisboa, M. (2008). Inquérito Nacional Violência de Género. Apresentação de resultados. Lisboa: SociNova/CesNova, FCSH-UNL.
- Lisboa, M., Carmo, I., Vicente, L., & Nóvoa, A. (2003). *Os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Lysova, A. V., & Douglas, E. M. (2008). Intimate partner violence among male and female russian university students. *Journal of Interpersonal Violence*, 23, 1579-1599. doi: 10.1177/0886260508314320
- Machado, A., & Matos, M. (2014). Homens vítimas na intimidade: Análise metodológica dos estudos de prevalência. *Psicologia & Sociedade*, 26, 726-736. <http://www.redalyc.org/html/3093/309332050021/>
- Machado, C., Caridade, S., & Martins, C. (2010). Violence in juvenile dating relationships self-reported prevalence and attitudes in a portuguese sample. *Journal of Family Violence*, 25, 43-52. doi: 10.1007/s10896-009-9268-x
- Mann, C. J. (2003). Observational research methods, research design II: Cohort, cross sectional, and case-control studies. *Emergency Medicine Journal*, 20, 54-60. doi: 10.1136/emj.20.1.54
- Matos, M. A. V. (2006). *Violência nas relações de intimidade: Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Universidade do Minho. Braga.
- Mechanic, M. B., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (2008). Mental health consequences of intimate partner abuse: A multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women*, 14, 634-654. doi: 10.1177/1077801208319283
- Medeiros, R. A., & Straus, M. A. (2006). Risk factors for physical violence between dating partners: Implications for gender-inclusive prevention and treatment of family violence. In J. Hamel & T. Nicholls (Eds.), *Family approaches in domestic violence: A practitioner's guide to gender-inclusive research and treatment* (pp. 59-85). New York: Springer Publishing Company.
- O'Leary, K. D. (2001). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. In K. D. O'Leary & R. D. Maiuro (Eds.), *Psychological abuse in violent domestic relations* (pp. 3-28). New York: Springer Publishing Company.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2002). *Versão portuguesa do questionário "Revised Conflict Tactics Scales" (CTS-2)*. Universidade do Minho, Braga. Manuscrito não publicado.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2004). Abuso no relacionamento íntimo: Estudo de prevalência em jovens adultos portugueses. *Psicologica*, 36, 75-107. <http://hdl.handle.net/1822/4211>



- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2005). Abuso no relacionamento íntimo e estado de saúde em jovens adultos portugueses. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 243-272. <http://www.redalyc.org/html/337/33750203/>
- Paulhus, D. L., & Vazire, S. (2007). The self-report method. In R. W. Robins, R. C. Fraley, & R. F. Krueger (Eds.), *Handbook of research methods in personality psychology* (pp. 224-239). New York: Guilford.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health*, 15, 599-611. doi: 10.1089/jwh.2006.15.599
- Próspero, M., & Fawson, P. (2010). Sexual coercion and mental health symptoms among heterosexual men: The pressure to say "yes". *American Journal of Men's Health*, 4, 98-103. doi: 10.1177/1557988308330106
- Rodrigues, L., Nogueira, C., & Oliveira, J. M. (2010). Violência em casais LGB: Estudo preliminar. In C. Nogueira & J. Oliveira (Orgs.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género* (pp. 243-266). Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Rohrbaugh, J. B. (2006). Domestic violence in same-gender relationships. *Family Court Review*, 44, 287-299. doi: 10.1111/j.1744-1617.2006.00086.x
- Rosenfield, S., Lennon, M. C., & White, H. R. (2005). The self and mental health: Self-salience and the emergence of internalizing and externalizing problems. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 323-340. doi: 10.1177/002214650504600402
- Santos, A. C. (2012). Entre duas mulheres isso não acontece: Um estudo exploratório sobre violência conjugal lésbica. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 98, 3-24. <http://rccs.revues.org/4988>
- Schwarz, N. (2007). Retrospective and concurrent self-reports: The rationale for real-time data capture. In A. Stone, S. S. Shiffman, A. Atienza, & L. Nebeling (Eds.), *The science of real-time data capture: Self-reports in health research* (pp. 11-26). New York: Oxford University Press.
- Straus, M. A. (2008). Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. *Children and Youth Services Review*, 30, 252-275. doi: 10.1016/j.childyouth.2007.10.004
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316. doi: 10.1177/019251396017003001
- Tolman, R. M. (1999). The validation of the psychological maltreatment of women inventory. *Violence and Victims*, 14, 25-37. <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/vav/1999/00000014/00000001/art0002>
- Walker, L. E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer Publishing Company.



Coping e seus correlatos em indivíduos com acufenos

Vasco de Oliveira¹, Rute F. Meneses², & Nuno Trigueiros da Cunha^{1,3}

1. Consulta ORL – Hospital das Forças Armadas & Escola Superior de Tecnologia da Saúde – Instituto Politécnico do Porto, Portugal

2. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Centro Transdisciplinar de Estudos da Consciência & Hospital Escola – Universidade Fernando Pessoa, Portugal

3. Hospital de Pedro Hispano – ULSM, Portugal

Resumo

Por estratégias de *coping* entende-se um conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas utilizadas pelo indivíduo no sentido de controlar ou reduzir os efeitos associados a situações de stress, que se enquadram nos estilos de *coping* que se adequam com as características da sua personalidade. São um mecanismo psicológico que permite ao indivíduo reagir às situações que se lhe deparam, particularmente as inesperadas, que causam algum desconforto, ou que acha que não pode controlar, caso dos acufenos, sendo utilizadas no sentido de procurar lidar com elas o melhor possível. O objectivo do estudo é caracterizar as estratégias de *coping* usadas por indivíduos com acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas, avaliadas através de um questionário sócio-demográfico e clínico e do *BriefCope*.

As estratégias de *coping* que os elementos da amostra (N=58) referem utilizar mais são a aceitação e o planejar, o que está de acordo com o facto de ser uma situação crónica, mas para a qual o indivíduo ainda procura a forma mais eficaz de lidar. As estratégias de *coping* activo são igualmente referidas como sendo usadas com frequência, e como se verificou a necessidade de trabalhar as crenças do indivíduo, no sentido de desmistificar as crenças negativas, reduzindo assim a ansiedade associada à presença dos acufenos, poderá ser importante na terapia aproveitar as acções e os esforços que o paciente realiza para melhorar a sua situação, dirigindo-as para essa mesma terapia. Adicionalmente, identificaram-se os correlatos género, escolaridade e situação profissional, com implicações para a intervenção.

Palavras-chave: Acufenos; *Brief-Cope*; *Coping*; Estratégias de *coping*.



Abstract

Coping strategies are a group of behavioural and cognitive strategies used to control or reduce the effects associated to stressful situations, integrated in the coping styles adequate to the individual's personality. They are a psychological mechanism that allows the individual to react to situations, specially the unexpected ones, that cause him/her some discomfort, or are viewed as impossible to control by him/her, as is the case of tinnitus. They are used in order to deal with these situations as best as possible. The aim of the study is to characterize the coping strategies used by individuals with tinnitus and to explore its relation with sociodemographic and clinical variables, assessed through a sociodemographic and clinical questionnaire and the *Brief-Cope*. The coping strategies that the participants (N=58) referred using more often are acceptance and planning. This agrees with the fact that tinnitus is a chronic situation, for which the individual is still looking for the most effective way to deal with it. The coping strategy active was also referred as being used frequently. Since the need to work with the patients' beliefs, in order to desmistify negative beliefs, thus reducing the anxiety associated to the presence of tinnitus, was verified, it may be important, in therapy, to focus on the actions and efforts of the patients to improve their situation, directing them to the therapy itself. Additionally, gender, schooling and professional situation were identified as correlates of the coping strategies used, which has clinical implications.

Keywords: Tinnitus; Brief-Cope; Coping; Coping strategies.



Introdução

O *coping* é definido por Lazarus e Folkman como um conjunto dinâmico de esforços comportamentais e cognitivos, usados no sentido de adequar a resposta a exigências internas ou externas específicas que ultrapassam os recursos do indivíduo, ou seja, a forma como enfrenta os vários desafios que se lhe deparam no sentido de os ultrapassar ou resolver (Antoniuzzi, Dell’Aglia, & Bandeira, 1998; Pais-Ribeiro, 2009; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Pais-Ribeiro (2009), p.e., menciona que “*coping* refere-se aos esforços para controlar, reduzir, ou tolerar as exigências criadas pelo *stress*” (p. 28). Reflectindo acções, comportamentos ou pensamentos que são utilizado pelo indivíduo para lidar com o agente *stressor*, focalizando-se a um nível emocional e/ou somático, e sendo importante nas respostas às dificuldades sentidas pelo indivíduo no seu dia-a-dia (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986). Antoniuzzi et al. (1998) apresentam várias definições e modelos de *coping* que foram sendo apresentados ao longo dos tempos, aos quais correspondem vários estilos e estratégias.

Greiner e Kroner-Herwig (2011) referem que mais do que o sintoma em si, nos acufenos, é a reacção do indivíduo que diferencia aquele que convive com o sintoma do que procura qualquer tipo de ajuda médica ou psicológica. Heinecke, Weise, Schwarz e Rief (2008) procuraram encontrar aspectos fisiológicos e psicológicos associados a respostas ao *stress* causado pela presença dos acufenos. No seu trabalho, os indivíduos com acufenos apresentaram uma menor adequação na avaliação da exposição a situações de *stress*, no entanto, a reactividade fisiológica estava só ligeiramente afectada. Para estes autores, os programas de intervenção em acufenos deveriam considerar a intervenção nesses processos de avaliação, bem como nos mecanismos de *coping* em situações de *stress*. Será igualmente importante informar os pacientes de que existem muitos indivíduos que lidam eficazmente com os acufenos (Greiner & Kroner-Herwig, 2011).

Ao falar de *coping*, é preciso distinguir entre estilos de *coping*, mais relacionados com as características da personalidade, que são processos automáticos mas conscientes, e as estratégias de *coping*, associadas às acções cognitivas e comportamentais tomadas de forma consciente no decurso de uma situação específica de *stress*, e que surgem após o indivíduo avaliar essa situação, sendo que a repetição dessas estratégias leva ao estilo de *coping* (Antoniuzzi et al., 1998; Pais-Ribeiro, 2009; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Folkman e colaboradores (1986) identificaram oito formas de *coping*, que são autocontrolo, suporte social, fuga / evitamento, resolução planeada do problema, reavaliação positiva, assumir a responsabilidade, confrontação e evitamento. Todas as pessoas utilizam estas estratégias, umas mais do que outras, sendo tanto mais eficazes quanto maior for a redução dos factores de *stress* no indivíduo (Pais-Ribeiro, 2009). Uma vez que o *coping* é visto como um processo fundamental para o ajustamento ou adaptação às situações *stressantes* que vão surgindo ao indivíduo, as estratégias de *coping* recorrem igualmente a aspectos como a auto-eficácia, o suporte social, o optimismo ou a espiritualidade (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Para avaliar a forma como os indivíduos enfrentam e lidam com situações negativas e *stressantes*, é importante recorrer a instrumentos válidos e fiáveis, retirando dessa avaliação associações entre o *coping* e a situação em causa (Fonte & Martins, 2006). Existem vários



instrumentos, o que dificulta o entendimento da estrutura e do que é o *coping* (Antoniuzzi et al., 1998).

Andersson (2002) chama a atenção para o facto de a ansiedade e depressão serem dois aspectos psicológicos e emocionais, entre outros, que estão intrinsecamente associados à presença de desconforto e mal-estar associados aos acufenos, mas igualmente às situações de dificuldades auditivas com audição normal, como referido por King e Stephens (1992), resultando daqui a necessidade de perceber que características psicológicas, onde se incluem as estratégias de *coping*, influenciam de forma mais evidente a percepção da gravidade dos acufenos. As características da personalidade do sujeito são importantes para perceber como irá reagir à presença dos acufenos, e de que forma irá lidar com a componente emocional a eles associada, o que se reflecte nas estratégias de *coping* por ele utilizadas (Vallianatou, Christodoulou, Nestoros, & Helidonis, 2001).

Revelando a importância que é dada ao *coping* associado aos acufenos, existe um questionário específico, que é o *Tinnitus Coping Style Questionnaire* (TCSQ), desenvolvido por Budd e Pugh em 1996, focando-se especificamente nas estratégias de *coping* usadas pelos pacientes com acufenos, mostrando-se um auxiliar importante quando se está perante um programa terapêutico que inclua uma abordagem cognitiva-comportamental (Langguth, Searchfield, Biesinger, & Greimel, 2011).

Budd e Pugh (1996), utilizando o TCSQ, verificaram uma relação entre o *coping* mal-adaptado e a percepção subjectiva da gravidade dos acufenos, algo que não existia quando as estratégias de *coping* utilizadas são eficazes. Estes resultados parecem confirmar a utilidade da terapia psicológica, particularmente no que respeita à intervenção nas estratégias de *coping* utilizadas pelo paciente. Adicionalmente, Dineen, Doyle e Bench (1997) verificaram que as estratégias de *coping* usadas para lidar com os acufenos nem sempre eram eficazes e estavam relacionadas com as crenças sobre os próprios acufenos. Particularmente nas situações em que os acufenos são acompanhados por alterações de audição e desequilíbrios, o doente tenta tudo para o eliminar, e quando não o consegue a sensação de desânimo apodera-se dele e este percebe que está perante uma situação crónica (Malouff et al., 2011). O uso pouco eficaz dos recursos de *coping* leva a que os acufenos sejam acompanhados por emoções negativas a eles associadas. Assim, um “mau” *coping* leva a uma falta de controlo sobre o som e uma incapacidade para que o sujeito promova a habituação à presença dos acufenos (Greimel & Kroner-Herwig, 2011).

No entanto, os indivíduos podem aprender quais as estratégias de *coping* que lhes serão mais ajustadas, para determinadas situações específicas, aprendendo igualmente a utilizá-las de forma mais eficaz, descartando as que não o são, no pressuposto de que se está perante um processo dinâmico (Antoniuzzi et al., 1998; Folkman et al., 1986; Pais-Ribeiro, 2009; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Deve-se no entanto perceber que uma estratégia de *coping* não pode ser considerada estruturalmente boa ou má, uma vez que é preciso considerar qual o mecanismo gerador de *stress*, bem como os recursos de *coping* disponíveis e o resultado decorrente do esforço do indivíduo (Antoniuzzi et al., 1998).

Stobik, Weber, Münte, Walter e Frommer (2005) compararam um grupo de indivíduos com “acufenos compensados” que não perturbam o indivíduo com outro grupo de indivíduos com “acufenos descompensados”, e verificaram que estes últimos apresentavam maiores dificuldades na interacção social, nível de depressão mais elevado e utilizavam técnicas de



controlo (*coping*) dos acufenos menos eficazes. No mesmo sentido encontra-se o estudo de D'Amelio, Archonti, Falkai, Plinkert e Delb (2004), que aponta para uma elevada correlação entre o nível de depressão do paciente e o uso de estratégias de *coping* disfuncionais, concluindo que quanto mais rápida for a intervenção de tipo psicológico, melhor será o seu prognóstico.

As auto-instruções e a representação da doença são aspectos fundamentais para melhorar o ajustamento do paciente aos seus acufenos, sendo alvo prioritário das estratégias de tratamento psicológico e psicoterapêutico, e não só nos acufenos, mas em perturbações auditivas em geral, sobretudo com audição normal, onde o ensino de estratégias de *coping* adaptativas é visto como parte do processo terapêutico, fazendo parte das estratégias de aconselhamento utilizadas (King & Stephens, 1992; Searchfield, Magnusson, Shakes, Biesinger, & Kong, 2011; Vollmann, Kalkouskaya, Langguth, & Scharloo, 2012). Num trabalho de Folkmann e colaboradores, em 1986, verificou-se que quer o uso de estratégias de *coping* activo, quer passivo mais eficazes, entre as quais se encontrava o suporte social, permitiam obter resultados mais favoráveis no *coping* com a doença, e que a sua eficácia dependia quer do estadio, quer do tipo de doença (Bennett, 2002).

A relação entre qualidade de vida e *coping* tem sido encontrada em diversas amostras clínicas, levando os autores a defender que os profissionais de saúde devem apoiar a utilização de estilos de *coping* eficazes (p.e., He & Liu, 2005). No caso de indivíduos com acufenos, Roggerone (2010) identificou o *coping* como um preditor da qualidade de vida.

Destes aspectos, e assumindo que o aumento e melhoria da informação sobre as estratégias de *coping* a utilizar nas situações de queixas de acufenos seriam importantes para que o indivíduo fosse capaz de as utilizar para tentar minorar os seus efeitos negativos, e mesmo o desconforto associado aos acufenos, Malouff e colaboradores (2010) estruturaram um manual que o paciente com acufenos poderia consultar sempre que tivesse necessidade, de forma a utilizar estratégias mais eficazes nessas situações. Pretende-se que o paciente aceite os seus acufenos, abandonando as ideias negativas a eles associadas, diminuído o *stress* que lhe é inerente, utilizando estratégias de *coping* mais eficazes, mais adaptativas (Folmer, Martin, She, & Edlefsen, 2006; Langeland, Wahl, Kristoffersen, & Hanestad, 2007; Searchfield et al., 2011).

Num estudo efectuado por Oliveira, Meneses e Trigueiros-Cunha (2014), verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre os valores da intensidade dos acufenos percebida pelos indivíduos, e reportada numa Escala Visual Analógica (EVA), e os valores do *coping*, obtidos através do uso da versão portuguesa do Brief Cope, à qual não correspondia uma melhoria da percepção dos sintomas, permitindo assumir que as estratégias de *coping* utilizadas não eram eficazes.

Recentemente tem (re)surgido um conjunto de (novas) abordagens, como a Psicologia Positiva, o *Empowerment*, a Resiliência e a Salutogénese, que poderão ser importantes no processo de recuperação neste tipo de situações (Langeland et al., 2007).

Tendo em consideração os dados expostos anteriormente, os objectivos do presente estudo são: caracterizar as estratégias de *coping* usadas por indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas.



Metodologia

A população deste estudo é constituída por indivíduos com queixas de acufenos crónicos, que apresentem audição normal ou perda auditiva ligeira ($PTA < 40$ dB), procurando evitar assim que a perda auditiva pudesse de alguma forma interferir com as avaliações relativas ao *coping*.

A amostra, sequencial ou de conveniência (Pais-Ribeiro, 2008), é constituída por utentes, maiores de idade, seguidos na Consulta de Otorrinolaringologia (ORL) do Hospital Militar Regional Nº1 (HMR1), localizado na cidade do Porto, que, aquando da primeira avaliação, apresentassem queixas de acufenos há pelo menos seis meses, para que possam ser consideradas queixas crónicas. Dos 58 elementos da amostra, 37 (63,8%) são do sexo masculino, com uma média de idade de 56,6 anos ($DP=9,11$; 27-66), maioritariamente casados (82,8%), com uma média de escolaridade de 6,9 anos ($DP=3,71$; 2-17), verificando-se que 15 dos sujeitos eram ou haviam sido profissionais das forças armadas, 13 vendedores e membros de serviços de protecção e segurança, estando 16 sujeitos dispersos por várias actividades, restando 12 domésticas [(Instituto Nacional de Estatística – Classificação Portuguesa de Profissões, 2010)(Tabela 1)], sendo 16 reformados não antecipados e 15 trabalhadores a tempo inteiro (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição da Amostra por Profissões

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Profissões das forças armadas	15	25,9	25,9
Dirigentes, gestores	1	1,7	27,6
Especialistas de actividades intelectuais e científicas	3	5,2	32,8
Pessoal administrativo	1	1,7	34,5
Vendedores, e membros de serviços protecção e segurança	13	22,4	56,9
Agricultores e pesca	2	3,4	60,3
Operários qualificados	5	8,6	69,0
Operadores de máquinas	2	3,4	72,4
Trabalhadores não qualificados	2	3,4	75,9
Domesticas	12	20,7	96,6
Desconhecido	2	3,4	100,0
Total	58	100,0	

Tabela 2 – Distribuição por profissões

	<i>n</i>	%	% acumulada
Profissões das forças armadas	15	25,9	25,9
Dirigentes, gestores	1	1,7	27,6
Especialistas de actividades intelectuais e científicas	3	5,2	32,8
Pessoal administrativo	1	1,7	34,5
Vendedores, e membros de serviços protecção e segurança	13	22,4	56,9
Agricultores e pesca	2	3,4	60,3



Operários qualificados	5	8,6	69,0
Operadores de máquinas	2	3,4	72,4
Trabalhadores não qualificados	2	3,4	75,9
Domesticas	12	20,7	96,6
Desconhecido	2	3,4	100,0
Total	58	100,0	

No que concerne aos aspectos clínicos, verificou-se que os indivíduos sentiam os acufenos em média há cerca de 5 anos (4,96; $DP=7,37$; 0,5-40). A forma de instalação dos acufenos foi apontada como gradual por 37 indivíduos (63,8%), contra 21 (36,2%) que reportaram ter sido abrupta. Em 45 sujeitos (77,6%) os acufenos eram permanentes, sendo percepcionados unilateralmente em 28 casos (48,3%) e nos dois ouvidos em 21 [(36,2%)]. O nível médio de audição foi de 25,59 dB ($DP=6,65$).

Foi utilizado um questionário sócio-demográfico e clínico desenvolvido para o efeito, e a versão portuguesa do Brief-Cope, traduzido e adaptado por Pais-Ribeiro e Rodrigues em 2003 (Pais-Ribeiro, 2007; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). A escala Brief-Cope avalia sobretudo o *coping* disposicional em adultos (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Pais-Ribeiro, 2007; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). A versão original, publicada por Carver, Scheier e Weintraub em 1989 baseia-se no modelo de *coping* de Lazarus e Folkman, é multidimensional e composta por 60 itens, tendo sido desenvolvida posteriormente uma escala com 28 itens, aos quais correspondem 14 subescalas, i.e., cada escala é constituída por dois itens (Carver et al., 1989; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

As subescalas são o **coping activo**, que se refere à realização de uma acção ou esforço para eliminar ou controlar a fonte de *stress*, o **planear**, que está associado a um determinado pensamento e planeamento para lidar com a fonte de *stress*, utilizando os esforços referidos no *coping* activo, a **utilização de suporte instrumental**, procurando ajuda, conselhos ou informações sobre a forma de actuar, a **utilização do suporte social emocional**, em que se procura a simpatia ou o apoio emocional de alguém, a **religião**, associado ao aumento de participação nas actividades de cariz religioso, a **reinterpretação positiva**, que se baseia em procurar os aspectos positivos do problema, promovendo o crescimento através dessa procura, a **auto-culpabilização**, em que o indivíduo culpa-se e critica-se a si próprio por aquilo que aconteceu, a **aceitação**, em que o facto é tido como real, sendo aceite, a **expressão de sentimentos**, em que é percebido que o *stress* emocional está presente e mais aumentado, o que leva a expressar ou descarregar os sentimentos a ele associados, a **negação**, que é uma tentativa de negar o problema, tentando evitar o *stress* a ele associado, a **auto-distracção**, em que se procura um afastamento mental do problema, procurando actividades ou entrando no sonhar acordado, o **desinvestimento comportamental**, que passa pela desistência ou pelo deixar de se esforçar por alcançar o objectivo proposto, o **uso de substâncias**, compensando o desinvestimento no problema, e o **humor**, em que o indivíduo procura fazer piadas sobre o problema.

As respostas baseiam-se na acção que o indivíduo realiza face ao que é perguntado, sendo as respostas dadas relativamente a quatro alternativas que vão desde “nunca faço isto” a “faço



sempre isto”, variando de 0 a 3 (Pais-Ribeiro, 2007; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Cada subescala apresenta 2 itens, variando o seu valor entre os limites de 0 e 6, e o resultado final é apresentado como um perfil, em que cada escala representa a utilização de uma determinada acção de *coping*, permitindo encontrar as características individuais do *coping* de cada indivíduo, através da maior frequência do uso de determinadas acções ou estratégias (Carver et al., 1989; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). A consistência interna apresenta valores adequados e semelhantes aos da versão original (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Actualmente é possível utilizar uma versão ainda mais reduzida, unicamente com 14 itens, essencialmente desenvolvida para situações de rastreio (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2009). A avaliação não é feita através da escala global, mas sim por cada uma das subescalas que a constituem (Pais-Ribeiro, 2007; 2009).

Verificou-se na presente amostra que para cada uma das 14 subescalas do Brief-Cope a consistência interna foi superior à obtida pelos autores da versão portuguesa, tendo o alfa de *Cronbach* variado entre 0,84 e 0,87.

Resultados

Os resultados obtidos para as várias subescalas do Brief-Cope estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização das Estratégias de Coping Utilizadas pela Amostra (N=58)

	Mínimo	Máximo	M	DP
<i>Coping</i> Activo	0	6	2,38	1,694
Planear	0	6	2,41	1,665
Suporte instrumental	0	6	1,74	1,607
Suporte emocional	0	6	1,52	1,719
Religião	0	6	1,72	1,824
Reinterpretação positiva	0	6	2,24	1,502
Auto-culpabilização	0	5	1,00	1,351
Aceitação	0	6	2,95	1,761
Expressão de sentimentos	0	5	1,81	1,277
Negação	0	6	1,29	1,451
Auto-distracção	0	6	1,78	1,665
Desinvestimento comportamental	0	4	1,00	1,185
Uso de substâncias	0	5	0,28	0,854
Humor	0	6	1,40	1,622

De referir que, da análise dos resultados, verifica-se que em todas as subescalas se obteve o valor mínimo possível (0), sendo indicador de que, para todas as acções de *coping* possíveis, houve algum elemento da amostra que referiu não as utilizar. Em quatro das subescalas não foi atingido o valor máximo, o que aconteceu na auto-culpabilização, na expressão de sentimentos, no desinvestimento comportamental e no uso de substâncias.

As estratégias referidas como mais frequentemente utilizadas foram a aceitação, o planear e o *coping* activo, e as menos referidas o uso de substâncias, a auto-culpabilização e o desinvestimento comportamental.

Analisaram-se as relações entre as estratégias de *coping* avaliadas e diversas variáveis sociodemográficas e clínicas.

Através da correlação de *Spearman*, foi possível verificar que o nível de audição e a idade não apresentaram correlações estatisticamente significativas com as estratégias de *coping*,



o mesmo se passando com a escolaridade, ainda que se tivessem identificado valores próximos da significância estatística nas correlações entre a escolaridade e a religião ($rs(58)=-0,256$; $p=0,056$), e entre a duração da queixa de acufenos e o desinvestimento comportamental ($rs(58)=-0,253$; $p=0,055$).

A EVA para a avaliação da intensidade dos acufenos apresentou correlações estatisticamente significativas com o suporte instrumental, o suporte emocional, a auto-culpabilização e a auto distração, de acordo com a Tabela 4.

Tabela 4 - *Correlações da EVA da Intensidade dos Acufenos com o Coping (N=58)*

		Suporte instrumental	Suporte emocional	Auto-culpabilização	Auto-distração
EVA	<i>rs</i>	0,357	0,275	0,378	0,318
	<i>p</i>	0,006	0,036	0,003	0,015

Relativamente à variável sexo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os sexos em função da religião e auto-culpabilização (Tabela 5), através do uso do teste U de Mann-Whitney.

Tabela 5 - *Relação entre Coping e Sexo (N=58)*

	Sexo	N	M	p
Religião	Feminino	21	3,43	0,013
	Masculino	37	1,80	
Auto-culpabilização	Feminino	21	2,42	0,007
	Masculino	37	0,95	

Ainda através do teste U de Mann-Whitney, não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre o *coping* e o estado civil, sendo encontradas entre o *coping* religioso e a situação profissional ($p=0,002$).

Discussão

Em todas as subescalas verifica-se que pelo menos um indivíduo da amostra referiu não utilizar a acção de *coping* avaliada, o que permite sugerir a necessidade de intervenção, de modo a ampliar o repertório do(s) indivíduo(s).

Ao analisar as subescalas em que não foi atingido o valor máximo, verifica-se que tal não é negativo, pois, na auto-culpabilização, permite perceber que os indivíduos não tendem a culpabilizar-se pelo sucedido, no desinvestimento comportamental, que ainda se esforçam, não desistindo de melhorar a sua situação, e, no uso de substâncias, estas não são vistas como um escape para o problema, particularmente o álcool e outras drogas/comprimidos. Na expressão de sentimentos, se por um lado o indivíduo não expressa o seu aborrecimento/emoções aos outros, tal pode revelar uma maior dificuldade em procurar apoio para o seu problema.

A subescala que apresenta valores mais baixos é a do uso de substâncias, o que parece estranho, uma vez que grande parte destes pacientes fazia medicação. No entanto, não sendo uma medicação específica para os acufenos, talvez não fosse por eles interpretada como estando relacionada com os acufenos, logo não percepcionassem ou assumissem o uso de substâncias para melhor lidar com o problema. De seguida, como estratégias de *coping* menos utilizadas, encontram-se a auto-culpabilização, o que faz pensar que os pacientes não se sentiam culpados pelo problema, mesmo os que referiram elevada exposição prévia ao ruído, característica de vários elementos da amostra, nem se autocriticavam, e o



desinvestimento comportamental, o que faz prever que são indivíduos que apresentavam ainda esperança de melhorar a situação, sendo elementos que poderiam estar interessados em novas abordagens terapêuticas, mesmo que já tivessem efectuado algumas.

No pólo oposto, aquela que foi referida como sendo usada com mais frequência é a aceitação, mostrando que estes indivíduos já estavam na fase em que aceitavam o problema, o que não é estranho, uma vez que para fazer parte da amostra deviam ter os acufenos há pelo menos seis meses, e a seguinte é o planear e pensar ou encontrar estratégias e acções tendentes a controlar ou melhorar o problema, estando igualmente próximo deste *coping* activo, que se centra em concentrar os esforços ou tomar medidas para melhor enfrentar a situação. Estes dados parecem pressupor a existência de um processo adaptativo do uso do *coping*, que poderá ser útil num eventual procedimento terapêutico.

Ainda que sem atingir a significância estatística, verificou-se que quanto menor a escolaridade maior o recurso ao *coping* religioso, o que poderá estar ligado à existência de menos recursos para lidar com a situação, e quem tinha os acufenos há mais tempo apresentava menor desinvestimento, o que parece demonstrar que apesar do perpetuar do problema os pacientes não desistem de procurar atingir o objectivo, neste caso lidar o melhor possível com o problema.

Os valores para a EVA da intensidade dos acufenos percebida pelo paciente revelaram relação com o suporte instrumental, sendo que quem percepcionava uma maior intensidade dos acufenos procurava mais apoio, mais informações sobre o problema, sendo um aspecto que poderá ser importante do ponto de vista terapêutico para a adesão do paciente à terapia, o mesmo se passando para o suporte emocional, em que o indivíduo procurava a simpatia e a compreensão emocional de quem lhe era próximo. Quanto maior intensidade percebida dos acufenos, maior a auto-culpabilização, o que, à luz da literatura consultada (Dinnen et al., 1997), pode ser devido às crenças negativas associadas à presença dos acufenos e à possibilidade de se ter feito algo de errado, sendo importante intervir nessas cognições do indivíduo. Ainda em relação à percepção da intensidade dos acufenos medida pela EVA, verificou-se correlação com a auto-distracção, ou seja, a tentativa de utilizar estratégias para não pensar no problema, como ver TV, ir ao cinema, ir às compras, entre outras, procurando assim controlar o problema, o que pode ser entendido como procurando “abafar” os acufenos, emergindo em situações onde existe ruído e actividades que os fazem estar despercebidos, algo que vai de encontro à proposta de Caffier, Haupt, Scherer e Mazurek (2006), que refere o uso de sistemas para mascarar os acufenos.

No que se refere ao sexo, verificou-se que as mulheres recorriam mais às estratégias de *coping* religioso, o que está de acordo com o que é socialmente expectável face à faixa etária da amostra, com média na quinta década de vida ($M=55$ anos), nível de escolaridade relativamente baixo e distribuição de actividades da amostra, com um número importante de domésticas (20,7%) entre os participantes (Pargament, 1997). Eram também quem mais usava a auto-culpabilização e a autocritica, o que pode ser interpretado como estando relacionado com uma percepção de menor autocontrolo da sua vida.

Existe também relação entre o *coping* religioso e a situação profissional, verificando-se que os indivíduos que estavam na reforma ou com pensão de invalidez utilizavam mais essa estratégia que os outros, o que se pode dever a vários aspectos, como a faixa etária e a disponibilidade de tempo.



O facto de ter sido utilizado um instrumento geral para a avaliação do *coping* pode ter condicionado os resultados obtidos, uma vez que algumas escalas poderiam não estar bem dirigidas para o problema, ou mesmo a forma como o indivíduo é instruído a responder ao questionário. Para tal, seria útil ter um instrumento específico para avaliar o *coping* de indivíduos com acufenos (validado para a população Portuguesa).

Conclusão

Para todas as acções de *coping* avaliadas, houve sempre pelo menos um elemento da amostra que respondeu não as utilizar, o que sugere a necessidade de promover o uso de estratégias de *coping*, e de as tornar mais eficazes. Dos resultados encontrados neste estudo, verifica-se que o uso de estratégias de *coping* activo era bastante comum, pelo que será importante do ponto de vista terapêutico utilizar esta predisposição dos pacientes para melhorar a eficácia da intervenção.

Pode-se concluir que os resultados obtidos, e a falta de ajustamento à presença dos acufenos, podem estar relacionados com o facto de as estratégias de *coping* que os indivíduos utilizam não serem as mais eficazes para lidarem com o seu problema, pelo que será de planear um tipo de intervenção nesta área, promovendo a melhoria do uso de estratégias que pudessem levar o indivíduo a melhor lidar com os seus acufenos.

Será importante trabalhar as crenças que o indivíduo apresenta, de forma a desmistificá-las, dando-lhe informações que o tranquilizem e lhe diminuam a ansiedade (Folkman et al., 1986).

Uma das estratégias referidas na bibliografia, e que pode ser eficaz na melhoria do *coping* destes indivíduos, será o recurso a um manual com informações sobre o problema, e com a explicação de estratégias a utilizar para melhor lidar com os acufenos (Malouff et al., 2010). Será importante, num estudo futuro, utilizar um manual desenvolvido para o efeito com as informações atrás mencionadas e avaliar de que forma a sua utilização poderá melhorar a eficácia das estratégias de *coping* utilizadas, diminuindo a gravidade percebida dos acufenos sentidos pelos pacientes.

Para melhor avaliar o *coping* de indivíduos com acufenos, e avaliar os efeitos das várias intervenções utilizadas com estes pacientes, será interessante, num estudo futuro, a utilização de um instrumento do *coping* específico, como será o caso do TCSQ, que deverá ser traduzido, adaptado e validado para a população Portuguesa.

Contacto para Correspondência

Vasco de Oliveira, Consulta ORL – Hospital Militar Rei Dom Pedro, Av. da Boavista, 4050-113 Porto, vasco.oliveira@eu.ipp.pt

Referências

- Andersson, G. (2002). Psychological aspects of tinnitus and the application of cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychological Review*, 22, 977-990.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Bennett, P. (2002). Introdução clínica à Psicologia da Saúde. Lisboa: Climepsi.



- Budd, R., & Pugh, R. (1995). The relationship between locus of control, tinnitus severity, and emotional distress in a group of tinnitus sufferers. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(8), 1015-1018.
- Caffier, P.P., Haupt, H., Scherer, H., & Mazurek, B. (2006). Outcomes of long-term outpatient tinnitus-coping therapy: Psychometric changes and value of tinnitus-control instruments. *Ear Hear*, 27(6), 619-27.
- D'Amelio, R., Archonti, C., Falkai, P., Plinkert, P. K., & Delb, W. (2004). Akuter tinnitus. *HNO*, 52, 599-603.
- Dineen, R., Doyle, J., & Bench, J. (1997). Audiological and psychological characteristics of a group of tinnitus sufferers prior to Tinnitus Management Training. *British Journal of Audiology*, 31(1), 27-38.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Folmer, R. L., Martin W. H., Shi, Y., & Edlefsen, L.L. (2006). Lifestyle changes for tinnitus self-management. In R.S. Tyler, *Tinnitus treatment: clinical protocols* (pp. 176-186). New York: Thieme.
- Fonte, M. A., & Martins, A. (2006). Adaptação à população portuguesa de uma Escala de Estilos de Coping (CISS): Estudo preliminar. In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, V. Ramalho (Coords.), *Actas da XI Conferência Internacional - Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (pp. 1061-1067). Braga: Data Editora.
- Greimel, K. V., & Kroner-Herwig, B. (2011). Tinnitus from the perspective of the psychologist. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of tinnitus* (pp. 223-228). New York: Springer.
- He, G., & Liu, S. (2005). Quality of life and coping styles in Chinese nasopharyngeal cancer patients after hospitalization. *Cancer Nursing*, 28(3), 179-186.
- Heinecke, K., Weise, C., Schwarz, K., & Rief, W. (2008). Physiological and psychological stress reactivity in chronic tinnitus. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 179-88.
- King, K., & Stephens, D. (1992). Auditory and psychological factors in 'Auditory Disability with Normal Hearing'. *Scandinavian Audiology*, 21(2), 109-114.
- Langeland, E., Wahl, A. K., Kristoffersen, K., & Hanestad, B. R. (2007). Promoting coping: Salutogenesis among people with mental health problems. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(3), 275-295.
- Langguth, B., Searchfield, G. D., Biesinger, E., & Greimel, K. V. (2011). History and questionnaires. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of tinnitus* (pp. 387-404). New York: Springer.
- Malouff, J. M., Noble, W., Schutte, N. S., & Bhullar, N. (2010). The effectiveness of bibliotherapy in alleviating tinnitus-related distress. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 245-251.
- Malouff, J. M., Schutte, N. S. & Zucker, L. A. (2011). Tinnitus-related distress: A review of recent findings. *Current Psychiatry Reports*, 13, 31-36.
- Oliveira, V., Meneses, R., & Trigueiros-Cunha, N. (2014). Correlates of coping in individuals with tinnitus. *World Academy of Science, Engineering and Technology (WASET)*, 8(1), 134-136.
- Pais Ribeiro, J. (2009). Coping: Estratégias para redução do stress. *Executive Health and Wellness*, 1(9), 28-29.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5(1), 3-15.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press.
- Roggerone, M. (2010). Determinants of 'tinnitus' impact in quality of life in an outpatient clinic protocol. <http://umcg.wewi.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/Rapporten/2010/tinnituspolikliniek/3.pag.pdf>
- Searchfield, G. D., Magnusson, J., Shakes, G., Biesinger, E., & Kong, O. (2011). Counseling and psycho-education for tinnitus management. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of tinnitus* (pp. 535-556). New York: Springer.
- Stobik, C., Weber, R. K., Münte, T. F., Walter M., & Frommer J. (2005). Evidence of psychosomatic influences in compensated and decompensated tinnitus. *International Journal of Audiology*, 44, 370-378.



- Vallianatou, N. G., Christodoulou, P., Nestoros, J., & Helidonis, E. (2001). Audiological and psychological profile of Greek patients with tinnitus – Preliminary findings. *American Journal of Otolaryngology*, 22, 33-37.
- Vollmann, M., Kalkouskaya, N., Langguth, B., & Scharloo, M. (2012). When the ringing in the ears gets unbearable: Illness representations, self-instructions and adjustment to tinnitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(2), 108-111.



SaudavelMente – É Preciso Unir Para Curar

Natasha Nader de Andrade Cecchettini¹

1. Universidade Católica Portuguesa, Portugal

Resumo

Segundo os dados estatísticos mais recentes fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística em 2014, cerca de 70 portugueses morrem diariamente em consequência de tumores malignos, o que faz do cancro a segunda maior causa de óbitos em Portugal, um número que nunca foi tão elevado. Considerando esse contexto e o panorama ainda segregado das instituições públicas e privadas dos serviços de saúde, o “SaudavelMente” é um projeto que tem como objetivo promover uma prática de cuidados mais integradora entre medicina e psicologia, através do estudo e da intervenção conjunta no funcionamento dos sistemas envolvidos na interconexão entre a mente e o corpo com o intuito de promover um maior índice de cura do cancro. O funcionamento do sistema imunológico é afetado pelo sistema hormonal e pelo mecanismo do nervo vago, que basicamente é o mecanismo em nosso corpo que se relaciona com a forma como interagimos com estímulos internos e externos, do mundo a nossa volta. O que sentimos e pensamos no dia-a-dia faz com que as glândulas produzam hormonas que afetam todas as células do corpo e o seu desenvolvimento. Portanto, para além de uma intervenção médica e uma intervenção psicológica, tem sentido investir numa intervenção focada no funcionamento integrador destes mecanismos. Com base no perfil psicológico de sobreviventes e no estudo de casos de remissão espontânea, a proposta é explorar tais características e implementar uma intervenção para conduzir os doentes a desenvolverem sentimentos e pensamentos que possam contribuir para o processo de cura.

Palavras-chave: Cancro; saúde; psicologia; medicina.



Abstract

According to the latest data provided by the National Institute of Statistics in 2014, about 70 Portuguese die daily as a result of malignant tumors, what makes cancer the second leading cause of death in Portugal, a number that has never been so high. Considering this context and the still segregated scenery in public institutions and health services, "SaudavelMente" is a project that aims to promote a more holistic care approach covering medicine and psychology, through the study and joint intervention in the functioning of systems involved in the interconnection between mind and body in order to promote a higher cancer cure rate. The functioning of the immune system is affected by the hormonal system and the Vagus nerve mechanism, which is basically the mechanism in our body that relates to the way we interact with internal and external stimuli, the world around us. What we feel and think in our day-to-day stimulate the glands to produce hormones that affect every cell of the body and its development. In addition to a medical and psychological intervention, it makes sense to invest in an intervention toward an integrated operation of these mechanisms. Based on the survivor's psychological profile and on the study of spontaneous remission cases, the proposal is to explore such features and implement an intervention to drive patients to develop feelings and thoughts that can contribute to the healing process.

Keywords: cancer; health; psychology; medicine.



Introdução

Somos um todo ou um aglomerado de partes? O Significado da palavra “indivíduo” é justamente “ser indiviso” (Porto Editora, 2016). No entanto, as instituições públicas e privadas dos serviços de saúde continuam a cuidar do “indivíduo” doente dividindo-o em partes, com cada especialidade a cuidar de uma parte isoladamente.

Em 2013 a Direção Geral da Saúde divulgou no “Portugal Doenças Oncológicas em números – 2013” o “Programa Nacional para as Doenças Oncológicas” e nele, um quadro de distribuição dos profissionais da saúde atuantes no programa de tratamento das doenças oncológicas, ou seja, dos recursos humanos do Sistema Nacional de Saúde para o programa.

Tabela 1.

Quadro de distribuição dos profissionais da saúde no programa de tratamento das doenças oncológicas - 2013

Recursos Humanos	
Oncologistas Médicos	166
Internos Oncologia Médica	147
Hematologistas Clínicos	119
Internos Hematologia Clínica	76
Radioterapeutas	67
Internos Radioterapia	39
Físicos	51
Técnicos Radioterapia	181
Enfermeiros Hospital de Dia	422

Logo, o que é de se chamar a atenção é “onde estão os psicólogos?” Isso não significa que não haja psicólogos nas instituições de saúde, mas qual é a real importância atribuída ao papel da psicologia pelo Sistema Nacional de Saúde no tratamento das doenças oncológicas? A justificativa para o pouco investimento das instituições de saúde na intervenção psicológica costuma ser a falta de recursos financeiros. No entanto, a verdade é que este fato também está relacionado com a forma como a realidade é percebida por aqueles que distribuem os investimentos de saúde em Portugal.

Em 2011 a Ordem dos Psicólogos Portugueses - OPP deixou isso bem claro através do relatório “Evidências Científicas Sobre Custo-Efetividade de Intervenções Psicológicas em Cuidados de Saúde” onde refere que,

(...) para além dos dados recolhidos no contexto da saúde mental, a perturbação psicológica assume significativa relevância noutros contextos. Dez a 20% das pessoas que recorrem aos cuidados de saúde primários fazem-no por queixas relacionadas com perturbação psicológica. Adicionalmente existem um conjunto de doenças físicas que tem como fator essencial o comportamento do doente. Estas doenças, que estão associadas a estilos de vida pouco saudáveis (tabagismo, sedentarismo, etc.), têm tido um crescimento acentuado em termos de prevalência. A mudança para um estilo de vida mais saudável e a adesão à terapêutica são determinantes da melhoria da qualidade de vida e sucesso da recuperação.



Para além disto, são apresentadas evidências de que o desenvolvimento psicológico através da intervenção psicoterapêutica diminui o número de utentes atendidos em outras especialidades. Segundo a OPP (2011),

(...) um estudo preliminar desenvolvido em Portugal demonstra que a Consulta de Psicologia Clínica no Centro de Saúde São João (CSSJ) parece ter contribuído para a diminuição do volume de trabalho dos Médicos de Família com os utentes inscritos nas suas consultas. O benefício da intervenção psicológica verifica-se num conjunto de outras patologias, não necessariamente relacionadas com a perturbação mental, tais como doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, artrite reumatoide, diabetes, dor crónica, entre outras. Os ganhos obtidos permitem uma redução do recurso aos serviços e de consumo de medicamentos, uma maior adesão à terapêutica e facilitação da mudança de comportamentos.”

E no final, o relatório (OPP, 2011) conclui que,

(...) para além da efectividade, a intervenção psicológica apresenta uma boa relação custo-efectividade. Permite não só aliviar o sofrimento e perturbação das pessoas, mas também reduzir os custos com a saúde e minorar o impacto num conjunto de variáveis económicas e sociais.

Que o estado psicológico afeta o estado de saúde de alguma forma não é uma descoberta recente da ciência. Há mais de 60 anos, o Dr. Franz Gabriel Alexander (1891 - 1964), um médico considerado um dos fundadores da psicossomática, formulou que "o fato de que a mente governa o corpo é, apesar de sua negligência pela biologia e pela medicina, o fato mais fundamental que nós sabemos sobre o processo da vida" (Alexander, 1950). No entanto, a verdade é que parece que esta negligência não ocorre apenas por parte da biologia e da medicina, mas também por parte da economia, de outras áreas da saúde e, por vezes, até da própria psicologia. Inclusivamente, é possível identificarmos o resultado desta negligência também no Sistema Nacional de Saúde. Muitos ainda resistem em aceitar a evidente influência que a Psicologia pode ter nos diversos tratamentos e poucos são os recursos investidos para um maior desenvolvimento desta ciência na área da saúde em Portugal. Nos hospitais onde há o serviço de psicologia, ainda são muito poucos os utentes que acabam por ter acesso a ele.

Uma das grandes dificuldades que parece ter retardado os passos da ciência na direção de um tratamento mais integrador entre a psicologia e a medicina é o fato de que apesar de haver evidências de que as nossas emoções e pensamentos afetam a nossa saúde há bastante tempo, para além de uma grande quantidade de registos de casos de remissão espontânea de tumores, somente há relativamente pouco tempo apareceram estudos que pudessem explicar como exatamente este processo acontece (Pert, 2009; Hamer, 2005; Neme, Soliva & Ribeiro 2003, Neme, 1999). Hoje, vivemos um momento de desenvolvimento científico que nos permite retomar alguns estudos antigos de remissões espontâneas de tumores e sobrevivência do cancro com um novo olhar para esta relação mente e corpo, com muito



mais profundidade e conhecimento e de uma forma muito mais integradora do que em tempos mais remotos.

A Dra. Pert, PhD em farmacologia pela Johns Hopkins University e que foi chefe de bioquímica cerebral no *National Institute of Health* nos Estados Unidos teve um papel fundamental para o desenvolvimento da Neurociência neste sentido. Pert (2009) explica que as emoções, não são apenas substâncias químicas no cérebro. São sinais eletroquímicos que afetam a química e eletricidade de todas as células do nosso corpo. O estado elétrico do corpo é modulado pelas emoções, mudando a percepção do mundo no interior e no exterior do corpo. Conforme os nossos sentimentos mudam, esta mistura de peptídeos viaja pelo cérebro e por todo o corpo, mudando a química e a eletricidade de cada uma das suas células.

Mesmo antes dela ser chefe de bioquímica cerebral no Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, Candace Pert fez uma descoberta revolucionária que mudou a forma como os cientistas compreendem a conexão mente-corpo. Ela encontrou os receptores opióides, o mecanismo pelo qual uma classe de substâncias químicas (peptídeos) altera a mente e o corpo. Sua pesquisa levou-a a uma compreensão da forma como as emoções funcionam como um sistema de regulação no corpo. O trabalho de Pert ajudou a mudar o paradigma de "emoções como neurociência" apenas, para "emoções como biologia" e também "emoções como física".

Pert (2009) explica que, nós não somos apenas pequenos pedaços de carne. Estamos vibrando como um diapasão - enviamos uma vibração para outras pessoas. Nós transmitimos e recebemos estas vibrações. Assim, as emoções orquestram as interações entre todos os nossos órgãos e sistemas para controlar isso. Claro que é química, mas também é física e vibrações. Neurotransmissores são substâncias químicas, mas eles carregam uma carga elétrica. Os sinais elétricos em nossos cérebros e corpos afetam a maneira como as células interagem, funcionam e geram vibrações no meio ao redor.

Temos recetores em cada célula do nosso corpo que funcionam como “mini bombas elétricas”, quando um recetor é ativado por uma correspondente “molécula de emoção”, que são os peptídeos, o recetor passa uma carga na célula mudando a sua frequência elétrica, bem como a sua química. A autora refere que a forma como as endorfinas trabalham é prova de que a felicidade é uma necessidade evolutiva. “É por isso que as endorfinas são tais moléculas altamente conservadas. É a mesma em criaturas unicelulares simples e em seres humanos.” Segundo ela, nós estamos projetados para fazer escolhas em torno do prazer. A própria parte mais alta e mais sofisticada do nosso cérebro está encharcado de recetores para nos fazer usar o prazer como critério para nossas decisões. A vibração da endorfina está associada a felicidade advinda de um sentimento de união com as pessoas e com o meio que nos cerca. Ela coloca que na nossa sociedade atual, a maioria de nós perdeu o contato com essa realidade e parece estar trancado numa luta desagradável, constantemente correndo para a próxima coisa. Então, devemos aprender outra vez a sentir o que poderia ser nosso estado natural de felicidade, que é um estado de união e integração com tudo o que nos cerca (Pert, 2009).



Uma publicação do New York Times referiu que em seu livro mais conhecido, "Moléculas da Emoção: A Ciência por trás da Medicina Mente-Corpo", publicado em 1997, Pert defendeu uma perspectiva mais holística para a compreensão da saúde: "Eu passei a acreditar que praticamente todas as doenças, se não psicossomáticas em seu fundamento, tem definitivamente um componente psicossomático" (www.nytimes.com).

O Nervo Vago

A exposição a situações de estresse é inevitável a todo o organismo vivo. Nós somos um sistema que se abre e fecha, capaz de autopoiese (auto = própria; poiesis = criação) e de auto-organização, capaz de transformar energia em matéria e matéria em energia num contínuo processo de transformação. Portanto, se o organismo tem a capacidade de se auto-gerar e auto-organizar, ou seja, sintetizar matéria e energia, ele necessita de sistemas que intercomuniquem todas as células, e que regulem o seu funcionamento, no sentido de dar uma unidade, garantindo um funcionamento fluído e ordenado a ser regido como uma orquestra. A essência da saúde é a capacidade de exercer a plena atividade como organismo vivo de forma equilibrada ao nos tornar maestros de nossa própria vida em comunhão com o meio que nos cerca (Varela, Thompson & Rosch, 2003).

No corpo, os sistemas nervosos autónomos simpático e parassimpático devem atuar de forma complementar, para que seja alcançado o equilíbrio ideal descrito acima. Ambos compõem o sistema nervoso autónomo. De modo geral, esses dois sistemas têm funções complementares, um corrige os excessos do outro. Se o sistema simpático acelerar demasiadamente as batidas do coração, o sistema parassimpático entra em ação para diminuir o ritmo cardíaco. Se o sistema simpático acelera o trabalho do estômago e dos intestinos, o parassimpático entra em ação para diminuir as contrações desses órgãos (Lopes, 2002).

Uma das principais diferenças entre os nervos simpáticos e parassimpáticos é que as fibras pós-ganglionares dos dois sistemas normalmente secretam diferentes hormonas (Lopes, 2002). Os sinais fisiológicos das emoções são decorrentes de uma ação coordenada entre o sistema nervoso central e o sistema nervoso autónomo (simpático e parassimpático). O nervo vago é parte do sistema nervoso parassimpático, referido como o sistema responsável pelo descanso e digestão. Este não é o único nervo no sistema parassimpático, mas é o que tem os efeitos de maior alcance. A palavra "vago" tem origem na palavra "vagus" que significa "andarelo, vagante", porque ele vagueia por todo o corpo para vários órgãos importantes. O nervo vago liga o cérebro ao intestino, estômago, coração, fígado, pâncreas, vesícula biliar, rim, útero e ovários, baço, pulmões, faringe, laringe, esófago, orelhas e língua (McCorry, 2007).

A sua maior ou menor atividade tem importante impacto nas funções viscerais como: aumento da secreção gástrica e fluxo intestinal alteração de secreções hormonais, absorção de vitaminas, variabilidade da frequência cardíaca e pressão arterial, controlo da glicemia através da sua atuação no fígado e pâncreas, desintoxicação através do estímulo de contração da vesícula biliar e lançamento da bile, estimulação da função renal geral



(aumento da filtração do sangue e liberação de dopamina nos rins), retenção ou liberação urinária pela ação na bexiga, (Mavrin, 1974; Wang, Kondo, Suzukamo, Oouchida & Izumi, 2010; Norlén, Ericsson, Kitano, Ekelund, & Håkanson, 2005; Perry & Szalavitz, 2011). No baço pode ainda ser considerada uma atividade mais sistêmica, pela liberação de acetilcolina e pela redução de inflamação em todos os órgãos alvo (Ji et al., 2013). Na língua promove o controlo do paladar e da saliva, nos olhos a liberação da lágrima (McCorry, 2007), além de ajudar a controlar a fertilidade e o orgasmo na mulher (Komisaruk, Beyer & Whipple, 2006). A saciedade e o relaxamento após a refeição também são consequências da ativação da transmissão do nervo vago para o cérebro, em resposta a ingestão de alimentos (McCorry, 2007).

Este nervo pode ser considerado o grande responsável pela comunicação mente-corpo, uma vez que circula entre todos os principais órgãos e está intimamente ligado à forma como nos comunicamos uns com os outros, já que liga diretamente as fibras que sintonizam os nossos ouvidos à região do cérebro responsável pelo entendimento da fala humana, coordena o contato visual e regula as expressões emocionais, além de liberar oxitocina, que é um hormônio importante nos vínculos sociais (Vickhoff, 2013). Estudos mostraram que o maior tônus vagal está associado a uma maior proximidade com os outros e um comportamento mais altruísta (Perry & Szalavitz, 2011). Portanto, o funcionamento imunológico é afetado pelo sistema hormonal, que por sua vez sofre influência do nervo vago, ativado pelas nossas emoções.

Esse é o mecanismo que relaciona a forma como interagimos com estímulos internos e externos do mundo à nossa volta. Ou seja, o que sentimos e pensamos afeta a produção de hormônios e o funcionamento de todos os nossos órgãos. Estudos recentes mostraram inclusive que a atividade do nervo vago pode prever o prognóstico em cancro colorretal e de próstata através dos níveis de marcadores tumorais. (Gidron, De Couck & De Greve, 2014).

Segundo o médico alemão Hamer (2005) há uma íntima relação entre o início de um cancro e um conflito psicológico grave, visto que o tipo de emoção experimentada assim como a sua intensidade promovem a ativação de determinadas condições genéticas e de áreas específicas do cérebro que influenciam os órgãos correspondentes. Ainda para autores como Lazarus e Folkman (1986), Neme, Soliva e Ribeiro (2003) a avaliação cognitiva e afetiva do fator estressante e características pessoais para lidar com experiências de vida, relaciona-se com a maior ou menor possibilidade de desenvolver as chamadas doenças da adaptação.

Com base neste conhecimento, podemos então inferir que através da intervenção psicoterapêutica seria possível estimular emoções que influenciassem a ativação do nervo Vago e consequentemente o funcionamento mais homeostático de todos os órgãos contribuindo inclusivamente na cura do cancro. Esta hipótese também encontra suporte através da análise de casos de remissão espontânea de tumores que serão citados a seguir.



Aspectos Psicológicos e Comportamentais da Remissão e da Sobrevivência do Cancro

Nas pesquisas de Hirschberg & O'Regan (1993) foi observado que os relatos de caso na literatura da psicologia contêm pouco ou nenhuma informação de diagnóstico médico e relatos na literatura médica contêm pouca ou nenhuma informação sobre a vida pessoal dos pacientes. Os autores consideram que, claramente, tanto informações detalhadas de diagnóstico quanto de histórico pessoal são necessárias para a apresentação de histórias de caso completas. Por isso, a criação de um padrão de apresentações de relatos de caso que unisse informações de ambas as áreas (medicina e psicologia) poderia acrescentar muito na compreensão dos papéis dos processos biológicos e psicossociais na remissão e sobrevivência de pacientes com cancro.

Booth (1973) propõe que o trauma psicológico na infância é um antecedente para o desenvolvimento de um cancro durante a vida e que a história de vida destes pacientes é caracterizada pela necessidade exagerada de controlo de um objeto específico. O autor ressalta que os casos de regressão espontânea de tumores são de grande importância na prática da ciência porque eles provam que o processo psicossocial entre o paciente e o ambiente pode curar a neoplasia sem qualquer ataque físico ao próprio tumor, ou, também, poderá contribuir para um processo de cura mais rápido em conjunto com o tratamento padrão. Assim, a terapia racional do cancro exige, que o paciente seja encorajado a estabelecer uma nova relação e aceitar a responsabilidade de resolver a crise existencial de que a neoplasia é a expressão somática. Em resumo o autor conclui que, por vezes o cancro regride na ausência de manipulação física destinada a destruir as células cancerosas. Tais regressões não são espontâneas, mas uma resposta do organismo a uma mudança favorável na situação psicossocial do paciente. E, ainda, que na psicoterapia a capacidade dos pacientes para a cooperação com o terapeuta é limitada pelo seu secretismo intrínseco e sentimentos de culpa agravados pela aura generalizada de pessimismo em torno do cancro. Estas limitações fazem a abordagem psicoterapêutica difícil, mas não impossível (Booth, 1973).

Num outro estudo (Ikemy et al., 1975) histórias clínicas de cinco casos de regressão espontânea do cancro, foram analisados a partir do ponto de vista psicossomático. Como resultado, algumas características comuns foram observadas nas suas condições psicológicas e fisiológicas. Nos cinco casos, há uma ausência de reações ansiosas e depressivas e uma dramática mudança de perspectiva sobre a vida que parece ter levado à ativação completa de seus potenciais inatos de auto recuperação. Tal realização psicológica extraordinária foi apoiada e incentivada pela sua fé, espiritualidade, ou evolução de ambiente humano. Além disso, os autores sentem que a sabedoria do pensamento Oriental também pode ajudar a chegar a um estado de maior serenidade. Uma das condições somáticas comum que foi confirmada em três casos é a capacidade imunológica inalterada ou mais elevada do que ocorre usualmente em doentes com cancro.

Na investigação de Klopfer (1957) o autor apresenta sua visão sobre as variáveis psicológicas na doença oncológica com base na sua experiência com pacientes com cancro. Ele sugere que parece haver uma relação simbiótica existente entre o estado psicológico do paciente e o desenvolvimento do tumor e, com isso, expõe a hipótese de que, se uma boa dose de energia vital do paciente é usada para a defesa de uma personalidade insegura, então, o organismo não parece ter a energia vital necessária para lutar contra o cancro e este



pode, assim, proliferar. Se, no entanto, um mínimo de energia vital é consumido na defensiva de sua personalidade o cancro terá menos possibilidades de fazer progressos.

Neste estudo, ele apresenta um relato de caso que recebeu como uma comunicação pessoal do Dr. Oesterle como um exemplo dos aspetos psicológicos envolvidos na regressão e no desenvolvimento do cancro envolvendo os gânglios linfáticos, que está resumido a seguir.

Relato de Caso

Um paciente com o nome de Sr. W. tinha um cancro generalizado muito avançado envolvendo os nódulos linfáticos e foi admitido em estado terminal, tendo desenvolvido resistência a todos os tratamentos conhecidos. Apresentava massas tumorais visíveis em pescoço, axilas, virilha, tórax e abdômen, obstrução do ducto torácico com consequente acúmulo de líquido na cavidade pleural, e hepatoesplenomegalia. Recebia oxigênio por máscara e sedativos, sua expectativa de vida estava em torno de duas semanas. Apesar de tudo isto, o Sr. W não estava sem ânimo, pois concentrava suas esperanças numa nova droga reportada nos jornais, sob o nome de "Krebiozen". Porém, a sua baixa expectativa de vida, o desqualificava para o protocolo de testes, visto que deveria ter ao menos três, e preferivelmente seis meses de vida. No entanto, o Sr. W. estava de tal modo entusiasmado e suplicante por esta oportunidade que mesmo contra as regras a equipa decidiu incluí-lo no protocolo. As injeções deveriam ser aplicadas três vezes por semana, e ele recebeu sua primeira dose numa sexta-feira, quando estava febril, dispneico e completamente acamado (Klopfer, 1957).

Para a surpresa geral, muito contrariamente as expectativas, na segunda-feira ele apresentava-se muito ativo, caminhando ao redor da ala, conversando alegremente com os enfermeiros e espalhando sua mensagem de bom ânimo para todos. Os outros pacientes que tinham recebido a primeira injeção no mesmo dia não mostravam mudanças ou apresentavam pioras. Somente no Sr. W. tivera esta melhora brilhante. Em apenas 3 dias os tumores reduziram-se pela metade do seu tamanho original! Ele não recebera nenhum outro tratamento fora aquela única dose de injeção. O tratamento continuou a ser aplicado 3 vezes por semana como planeado e em 10 dias praticamente todos os sinais de sua doença tinham desaparecido. Esta situação inacreditável ocorreu no início da avaliação do "Krebiozen", mas dentro de dois meses, relatos conflitantes começaram a aparecer nas notícias, todas as clínicas que estavam em testes não relatavam nenhum resultado. Isso perturbou o Sr. W. consideravelmente conforme as semanas avançavam. Embora ele não tivesse nenhuma formação especial, ele era razoavelmente lógico e científico no seu pensamento. Começou a perder a fé na sua última esperança, que até então tinha sido sua salva-vidas e não tinha deixado nada a desejar. Assim como os resultados reportados eram cada vez piores, ele tornava-se cada vez mais triste, e depois de dois meses de praticamente perfeita saúde, ele recaiu ao seu estado original, muito sombrio e miserável. Neste momento, sabendo que nada mais havia a ser feito, o médico responsável pelo caso usou de um artifício. Disse ao Sr. W. que o fármaco era muito bom, mas se deteriorava sob determinada condição de armazenamento, e que um novo produto super-refinado, duplamente mais potente, estaria previsto para chegar no dia seguinte, o que poderia mais do que reproduzir os grandes benefícios derivados das injeções originais experimentadas anteriormente (Klopfer, 1957).



Esta notícia veio como uma grande revelação para ele, e o Sr. W., doente como estava, tornou-se otimista novamente, ansioso para começar mais uma vez. Com muito alarde, num paciente cheio de fé renovada, foi administrada a primeira injeção do “duplamente potente preparado”, que consistia em água com açúcar e nada mais. O resultado desta experiência foi dramático: As massas tumorais derreteram, o fluido no peito desapareceu, ele se tornou ambulatorial, e até retomou as suas atividades. Nesta época, ele era certamente a imagem da saúde. As injeções de soro glicosado, uma vez que haviam produzido tais maravilhas, continuaram sendo administradas. Ele, então, manteve-se mais de dois meses livre de sintomas. Até que, num dado momento, apareceu na imprensa "em todo o país testes mostram que 'Krebiozen' é uma droga sem valor no tratamento do cancro." Dentro de alguns dias, após este relatório, o Sr. W foi readmitido ao hospital em estado extremo. Sua fé tinha agora se esvaído, sua última esperança desapareceu, e ele sucumbiu em menos de dois dias.

Método

Participantes

Participarão deste projeto 80 pacientes, sendo homens ou mulheres com idades compreendidas entre 18 e 70 anos de ambos os sexos, sem limitações cognitivas acima da média para a idade, que tenham tido diagnóstico de cancro em qualquer estágio e de qualquer tipo, em tratamento num serviço público ou privado de saúde.

Instrumentos

Serão utilizados os seguintes instrumentos:

Entrevista Clínica Semi-Estruturada - Com perguntas chave para avaliar o funcionamento adaptativo e mal adaptativo.

BSI – Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1982, validação para a população portuguesa por Canavarro 1999) – Avalia sintomas psicopatológicos que estão distribuídos em 9 dimensões de sintomatologia (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide, psicoticismo,) e 3 Índices Globais, sendo estes últimos avaliações sumárias de perturbações emocionais (Índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e total de sintomas positivos). Cinquenta e três itens com escala de resposta tipo Likert.

ASEBA - The Achenbach System of Empirically Based Assessment - Tem como características centrais descrições de comportamentos, utilização de diferentes informadores, agrupamento dos comportamentos por síndromas, escalas de internalização e externalização e escalas de competências. Escalas para adultos:

ASR 18-59 Adult Self Report (Achenbach & Rescorla, 2003; validação para a população portuguesa por Caldas, 2010);

OASR 60-90 Older Adult Self Report (Achenbach, Newhouse & Rescorla, 2004 validação para a população portuguesa por Almeida & Sampaio, 2011) -

Questionários de auto-relato que permitem verificar diversos aspectos de funcionamento adaptativo, problemas e consumo de substâncias, respeitando as idades para os quais os instrumentos estão adaptados.

ABCL 18-59 Adult Behavior Checklist (Achenbach & Rescorla, 2003; validação para a população portuguesa por Caldas & Fernandes, 2011).



OABCL 60-90 Older Adult Behavior Checklist (Achenbach, Newhouse & Rescorla, 2004; validação para a população portuguesa por Sampaio, 2012) - Identificam diferentes aspectos psicológicos adaptativos e desadaptativos do ponto de vista de familiares, amigos e/ou pessoas próximas, respeitando as idades para os quais os instrumentos estão adaptados.

Procedimentos

A captação de pacientes ocorrerá num período de 6 meses, a partir do momento do diagnóstico e a intervenção será proposta pelo médico oncologista em conjunto com o psicólogo, consistindo num trabalho sinérgico destas duas áreas, com a anuência da entidade de saúde. Um grupo de controle com o mesmo número de participantes será igualmente monitorado. Serão estruturadas 12 sessões de psicoterapia para cada paciente elegível, com base em diretrizes extraídas de estudos de casos de sobrevivência e remissão de tumores malignos. Após o término desta etapa, outras 12 sessões poderão ser propostas ou não, dependendo dos resultados observados e verificados pelo médico e pelo psicólogo. A análise de dados ocorrerá com o cruzamento dos dados obtidos, clínicos, laboratoriais e psicológicos, num período de até 12 meses.

Resultados Esperados e Implicações para a Prática Clínica

Espera-se como resultado que a intervenção psicológica através da psicoterapia produza alterações positivas no processo de cura da doença oncológica de maneira significativa, o que implicaria em dados para um maior reconhecimento da importância da atuação do psicólogo nos contextos de saúde.

Referências

- Achenbach, T. & Rescorla, L. (2003). Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles. Burlington.
- Achenbach, T. M., Newhouse, P.A., & Rescorla, L. A. (2004). Manual for the ASEBA Older Adult Forms & Profiles. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families. Burlington.
- Booth, G. (1973). Psychobiological Aspects of Spontaneous Regressions of Cancer. *American Academy of Psychoanalysis Journal*. 1(3): 303-317.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine its principles and applications* New York: W.W. Norton & Company. Inc.
- Brandão, M. L. (1995). *Psicofisiologia*. São Paulo: Atheneu.
- Caldas, C. (2010). Versão Traduzida e Validada do I.A.A.C.A. Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.
- Caldas, C. (2010). Versão Traduzida e Validada do I.C.A. Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.
- Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2016. [consult. 2016-09-11]. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/individuo>



- Direção Geral da Saúde, (2013) *Portugal Doenças Oncológicas em Números – 2013: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas* no website Direção Geral da Saúde: [consult. 2016-09-11]. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2013.aspx>
- Gidron, Y., De Couck, M., De Greve, J., (2014). If you have an active vagus nerve, cancer stage may no longer be important. *Journal of Biological Regulators and Homeostatic Agents*. 2, 195-201. Consultado em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25001652>
- Hamer, R. G. (2005). *Breve introduzione alla nuova medicina germanica*. Alhaurin: Ediciones de la nuova medicina.
- Ikemy, Y. Nakacawa, S. Nakagawa, T. Mineyasy, S. (1975). Psychomatic considerations on cancer patients who have made a narrow escape from death. *Dynamische Psychiatrie*, 31, 77-92. Consultado em <http://www.noetic.org/research/projects/spontaneous-remission>
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2016-05). Causas de Morte 2014. [consult. 2016-09-11]. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=261297039&PUBLICACOESmodo=2
- Ji H., Rabbi M. F., Labis B., Pavlov V. A., Tracey K. J., Ghia J. E. (2014) *Central cholinergic activation of a vagus nerve-to-spleen circuit alleviates experimental colitis*. *Mucosal Immunology*, 7, 335-347. Doi: 10.1038/mi.2013.52
- Klopper, B. (1957). Psychological variables in human cancer. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 21, 331- 340.
- Komisaruk, R. B., Beyer, C. & Whipple, B. 2006. *The Science of Orgasm*. Baltimore. Johns Hopkins University Press.
- Lopes, S. (2002). *Bio 2*. São Paulo: Saraiva.
- Mavrin, M. I., (1973). *Effect of the vagus nerves on renal hemodynamics and tubular activity*. Doi: 10.1007/BF00796641
- McCorry, L.K. (2007). Physiology of the autonomic nervous system. *American journal of pharmaceutical education*. 71 (4): 78. doi:10.5688/aj710478.
- Neme, C.M.B., (1999). *Enfrentamento do câncer: ganhos terapêuticos com psicoterapia num serviço de psiconcologia em hospital geral* (Tese de doutoramento não publicada). Departamento de psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Neme, C.M.B., Soliva, S.N. & Ribeiro, E.J. (2003). *História prévia de eventos de estresse e câncer de mama, útero e ovários*. São Carlos: Rima.
- Norlén, P., Ericsson, P., Kitano, M., Ekelund, M., Håkanson, R., (2015) The vagus regulates histamine mobilization from rat stomach ECL cells by controlling their sensitivity to gastrin. doi: 10.1113/jphysiol.2005.082677
- Ordem dos Psicólogos Portugueses, OPP, (2011). *Evidência Científica Sobre Custo-Efetividade de Intervenções Psicológicas em Cuidados de Saúde* [consult. 2016-09-11]. Disponível em https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efetividade_de_intervencao_aos_psicologicas_em_cuidados_de_saude.pdf
- Perry B. D., Szalavitz M., (2011), *Born for Love: Why Empathy Is Essential--and Endangered*. William Morrow Paperbacks.
- Pert, C. (2009). *Conexão mente corpo espírito para o seu bem estar*. São Paulo: ProLibera Editora.
- Rosenberg, S. (2016), *Accessing the Healing Power of the Vagus Nerve: Self-Help Exercises for Anxiety, Depression, Trauma, and Autism Paperback*. North Atlantic Books
- Sampaio, E. F. C. (2012). Validação do Teste Older Adult SelfReport (OASR) e Older Adult Behavior Checklist (OABCL). Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte. Gandra.



- Schwartz, J. (2013-19-09) *Candace Pert, 67, Explorer of the Brain, Dies. The New York Times*. Disponível em http://www.nytimes.com/2013/09/20/science/candace-pert-67-explorer-of-the-brain-dies.html?_r=0
- Varela, F.; Thompson, E.; Rosch, E. (2003) *A mente incorporada*. Porto Alegre: Artmed.
- Vickhoff, B., Malmgren, H., Åström, R. Nyberg, G. Ekström S., Engwall M., Snygg J, Nilsson M, Jörnsten R., (2013). *Music structure determines heart rate variability of singers*. Front Psychol. 4, 334. Consultado em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3705176/>
- VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Wang Y, Kondo T, Suzukamo Y, Oouchida Y, Izumi S. (2010). *Vagal nerve regulation is essential for the increase in gastric motility in response to mild exercise*. The Tohoku journal of experimental medicine. 222(2). 155-63. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20948179>



Autismo: Revendo conceitos e abrindo diálogos através da tecnologia digital

Vilma Mussilene de Araújo Candido¹, Maria da Luz Bernardes Rodrigues Vale Dias² & Filomena Maria Gonçalves da Silva Cordeiro Moita³

1. Universidade de Coimbra – FPCE, Portugal - vmacandido@yahoo.com.br

2. Universidade de Coimbra – FPCE, IPCDHS, Portugal – valedias@fpce.uc.pt

3. Universidade Estadual da Paraíba, Brasil – filomena_moita@hotmail.com

Resumo

Os primeiros estudos envolvendo o autismo já aconteciam entre os séculos XVIII e XIX, quando o diagnóstico de “idiotia” foi utilizado para referir-se a psicopatologia de crianças e adolescentes. Logo, a idiotia pode ser considerada precursora não só do atual atraso mental, mas também das psicoses infantis, da esquizofrenia infantil e do autismo. Desde essa época, muito se tem avançado nos estudos sobre autismo, reunindo conhecimentos significativos em diversas áreas. Porém, ainda existem grandes divergências quanto à sua origem e à eficácia da intervenção. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM V), trata-se de perturbações precoces do desenvolvimento neurológico, manifestando-se através de variadas combinações de sintomas, num contínuo de maior ou menor gravidade. A presente comunicação aborda, por meio de uma revisão de literatura não sistemática, o percurso evolutivo do conceito de autismo, o prejuízo linguístico, bem como as ferramentas tecnológicas para auxiliar na comunicação. Constituíram fontes de pesquisa livros e artigos científicos atuais e de épocas passadas. Os resultados sugerem que diferentes autores concordam que o autismo ainda é algo muito complexo e que ainda há muitos aspetos a serem pesquisados e descobertos, constituindo a linguagem funcional um desses desafios, pois cada indivíduo apresenta as suas singularidades e aptidões. É possível dizer, também, que o uso das tecnologias digitais de apoio, como uma ferramenta auxiliar na comunicação, favorece o desenvolvimento cognitivo, respeitando-se as especificidades de cada um. Com base nesta última ideia, retirando implicações, é possível propor caminhos em termos de intervenção.

Palavras-chave: Autismo; tecnologias digitais de apoio; prejuízo linguístico.



Abstract

The first studies of autism have happened between the eighteenth and nineteenth centuries, when the diagnosis of "idiocy" was used to refer to the psychopathology of children and adolescents. So, idiocy can be considered a precursor not only of the current mental retardation, but also of the childhood psychoses, of childhood schizophrenia and autism. Since that time, much has been advanced in the study of autism, bringing together significant expertise in various areas. However, there are still wide divergences regarding its origin and the effectiveness of intervention. According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V), it refers to early neurodevelopmental disorders that are manifested through various possible combinations of symptoms in a continuum of greater or lesser degree of severity. This Communication addresses, through a non-systematic literature review, the evolutionary path of the concept of autism, language impairment, as well as the technological tools to aid in communication. The research sources used were books and current or classic scientific articles. The results suggest that different authors agree that autism is still very complex and that there are still many aspects to be researched and discovered. The functional language is one of those challenges, because each individual has its peculiarities and skills. Also, it can be assumed that the use of digital technologies in support, as an auxiliary tool in communication, promotes cognitive development, respecting the specificities of each person. On the basis of this last idea, and taking some implications, it is possible to propose paths in terms of intervention.

Keywords: Autism; digital technology support; linguistic loss.



Introdução

Um dos grandes desafios da educação é oferecer a crianças com dificuldade de comunicação (autismo, paralisia cerebral, etc.) um meio para que as mesmas possam iniciar e desenvolver suas expressões. E este tem sido um esforço de pesquisa das ciências da educação e também da psicologia. Segundo Saussure (1975), a capacidade que temos de expressar os nossos pensamentos, ideias, opiniões e sentimentos é classificada como linguagem, que é compreendida como um sistema simbólico, construído socialmente e governado por regras que servem ao propósito da comunicação. Para comunicarmos é possível usar símbolos, sons, gestos, sinais e linguagem escrita ou mímica. Por outras palavras, a linguagem pode ser classificada como qualquer estratégia de sinais que o indivíduo utilize para se fazer entender. Ela destaca-se como um elemento crítico na aquisição de outros sistemas simbólicos como a leitura e a escrita e a matemática, mas também para o desenvolvimento de habilidades de relacionamento interpessoal (Warren & Kaiser, 1988; Schumaker & Sherman, 1978).

Há, no entanto, indivíduos que, por comprometimentos motores, cognitivos ou emocionais, não são capazes de desenvolver linguagem ou de utilizá-la de forma funcional para fins comunicativos. Nesse grupo, podemos destacar as pessoas com autismo, uma síndrome do desenvolvimento que se manifesta entre os três primeiros anos de vida e afeta o desenvolvimento normal do cérebro, atingindo as competências sociais de comunicação e da linguagem, produzindo padrões atípicos de comportamento (DSM V, APA, 2013). Uma das mudanças mais importantes na última edição do *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM), em 2013, diz respeito à perturbação do espectro do autismo, uma vez que, segundo os critérios mais recentes, os indivíduos com esta perturbação devem apresentar sintomas desde uma idade precoce, mesmo que esses sintomas só sejam identificados mais tarde. Este aspeto vem encorajar o diagnóstico precoce.

As dificuldades de comunicação ocorrem em graus variados. Algumas crianças podem falar adequadamente, ao passo que outras não conseguem desenvolver habilidades de comunicação. Também ocorre uma linguagem imatura caracterizada por jargão, ecolalia, troca de pronomes, prosódia anormal, entonação monótona etc. Nesse contexto, os programas de intervenção para crianças com autismo têm o seu foco principal na aquisição da linguagem e da comunicação. Essa aquisição deve ser funcional, principalmente no autista, que apresenta, entre outros fatores, *déficits* na generalização de estímulos. Pensando nessas necessidades, novas maneiras de estimular a comunicação dessas pessoas estão sendo desenvolvidas em pesquisas multidisciplinares por profissionais da tecnologia, da educação e da psicologia, com o intuito de transformar os paradigmas para uma nova relação ensino e aprendizagem.

Nesse sentido, o computador tem-se tornado um importante mecanismo de auxílio à comunicação e à aprendizagem, pois de modo geral apresenta um ambiente interativo e lúdico, onde o aluno pode explorar o conhecimento e interagir de forma mais atrativa e prazerosa.

Segundo Moran (1995; Moran et al., 2005), *Softwares* (como jogos eletrónicos, *players* de músicas, etc.) e *hardware* (como telemóveis, *smartphones*, *tablet's*, etc.) são ferramentas comuns no dia-a-dia da chamada geração digital, portanto, um instrumento de acesso, que



rapidamente assimilado pelas pessoas neurotípicas, também auxiliará a comunicação de pessoas com autismo visto que também elas são consideradas “nativas digitais” (Prensky, 2001).

Portanto, a abordagem de crianças com autismo por intermédio de um dispositivo digital parece ser um importante elemento para a iniciativa comunicativa aumentativa. Assim, considerando este contexto, neste artigo, após breve abordagem do estado da arte em perturbações do espectro do autismo, iremos focar-nos na comunicação aumentativa e alternativa e na tecnologia assistiva. A concluir, tendo em conta as implicações da informação revista, apontaremos um possível caminho de investigação/intervenção, a desenvolver futuramente, para promover a iniciativa comunicativa de crianças autistas.

Breve estado da arte em Perturbações do Espectro do Autismo

Os primeiros estudos envolvendo o autismo já aconteciam entre os séculos XVIII e XIX, quando o diagnóstico de “idiotia” foi utilizado para se referir a psicopatologia de crianças e adolescentes. Logo, a idiotia pode ser considerada precursora não só do atual atraso mental, mas também das psicoses infantis, da esquizofrenia infantil e do autismo (in Brasil-MS, 2014, p. 17). Desde essa época, muito se tem avançado nos estudos sobre autismo, reunindo conhecimentos significativos em diversas áreas.

Há quase seis décadas, o autismo tem vindo a ser estudado pela ciência, mas ainda existem grandes divergências quanto à sua origem (e.g., Hagberg, & Jick, 2017; Kumar, & Chistian, 2009). Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM V), trata-se de perturbações precoces do desenvolvimento neurológico, que se manifestam através de diversas combinações de sintomas, num contínuo de gravidade de intensidade maior ou menor (cf. Coelho & Aguiar, 2014). É considerado um distúrbio do desenvolvimento humano, diagnosticado através do comportamento da criança, ou seja, a partir do que ela faz e como faz. Surpreende pela diversidade de características que pode apresentar e pelo fato de, na maioria das vezes, os indivíduos acometidos por essa síndrome terem uma aparência neurotípica.

Existem várias correntes de estudos que tentam entender o autismo. Léo Kanner foi um dos pioneiros a tentar desvendar e entender a causa do autismo infantil. No seu trabalho de 1943, intitulado “Autistic Disturbance of Affective Contact” (Distúrbio Autístico do Contato Afetivo), apresenta descrições detalhadas de casos de autismo, oferece os primeiros esforços para explicar teoricamente tal transtorno e afirma que o autismo é uma desordem comportamental derivada de mudanças que ocorrem em certas áreas do cérebro da criança. Hoje, depois de muitas pesquisas, ainda não se tem uma resposta para as causas do autismo. Porém já se sabe que é uma síndrome definida por alterações presentes antes dos três anos de idade e que se caracteriza por desvios qualitativos na comunicação, na interação social e no uso da imaginação, assim como por comportamentos estereotipados, com impacto na vida quotidiana (DSM V, APA, 2013; Park, et al., 2016). Pode acontecer com todas as raças, etnias e grupos sociais e é quatro vezes mais comum em homens do que em mulheres, sendo esta tendência assimétrica de género referida quer em estudos mais antigos quer recentes (e.g., Hagberg, & Jick, 2017; Lotter, 1966; Rutter, 2005; Werling, & Geschwind, 2013). Estima-



se que a prevalência deste problema na população global seja aproximadamente de 1-2% (Baxter, 2015; Kim, 2011).

Também Schwartzman aponta aspetos similares aos já mencionados, referindo que o autismo é uma condição crónica sempre com início na infância, em geral aparecendo os primeiros sintomas até ao final do terceiro ano de vida, que afeta meninos numa proporção de quatro a seis para cada menina (Schwartzman, 1995, p. 15)

A criança autista tem a inteligência emocional muito alterada. A forma mais grave de alteração no reconhecimento social são o isolamento e a indiferença para com as pessoas. A criança fica no seu próprio mundo. Na forma mais branda, ela não procura espontaneamente o contacto social, mas não resiste ao ser procurada. Há uma deficiência no entendimento das regras mais subtis da interação social, como, por exemplo, desejar um bom dia ao chegar a um recinto.

A comunicação social é uma das áreas mais afetadas na criança autista, o que pode ocorrer em múltiplos níveis - fonético, semântico, sintático e pragmático - que vão interferir de forma significativa na sua aprendizagem e cognição (Moore, 2005; Candido & Moita, 2015; Candido, Vale Dias & Moita, 2016). Pode haver ausência de qualquer desejo de comunicar com os outros, usando os adultos apenas como ferramentas para obter o que deseja, ou seja, por exemplo segura-o pela mão para levá-lo até ao objeto que quer pegar. A fala é repetitiva e estereotipada. Também podem existir indivíduos com fala desenvolvida, mas que não interagem socialmente com outra pessoa, só dizendo o que desejam, sem contexto de um diálogo. Estudos anteriores, feitos por Wetherby & Prutting (1984), Thiemann & Goldstein (2004), e Huerta, Bishop, Duncan, Hus & Lord (2012) reconhecem que as crianças com autismo apresentam limitações nas habilidades de comunicação e salientam a importância de investir no que diz respeito aos métodos de promoção de comunicação dos autistas, não sendo, porém, os avanços alcançados suficientemente significativos (e.g., Deliberato, 2009). Sem dúvida, desenvolver a linguagem de comunicação é muito importante para estes sujeitos, pois comunicar é mais do que falar. É ser um interlocutor ativo nas diferentes relações sociais, e isso quer dizer que a linguagem deve comunicar o que o sujeito deseja, quer, conhece, sente, etc..

Segundo Baptista & Bosa, “A maioria dos indivíduos com autismo começa a falar tardiamente, e a velocidade do desenvolvimento da linguagem é bastante lenta e complexa em relação à das outras crianças” (2002). Estas dificuldades comunicativas nos indivíduos com espectro de autismo não são isoladas, pois fazem-se acompanhar de certos comportamentos, tais como agressividade, birras, choros e auto-agressividade (e.g., Park, et al., 2016), que alternam com risos, gritos, etc., os quais podem ser considerados como uma comunicação que a criança consegue fazer, apesar de não ser socialmente convencional.

Sendo corrente a caracterização de alguns dos distúrbios da linguagem na criança com autismo (e.g., Schwartzman, 2010; Tager-Flusberg, 2000; Wetherby, & Prutting, 1984; Wilkinson, 1998; Wing, 1996), desde que nasce, como todas as outras crianças, ela precisa de ser constantemente estimulada, tanto nas relações pessoais, como no contacto com os objetos que lhe são oferecidos. É imprescindível a criação de situações que possibilitem o desenvolvimento das capacidades da criança com autismo e propiciem, cada vez mais, a sua autonomia, à medida que se intensificam as suas relações interpessoais e, por consequência



e por meio desta, ganhos quanto à sua comunicação, o que resultará em melhor qualidade de vida.

Também as capacidades básicas de interação não-verbal, imitação e capacidades de acomodação deverão ser visadas, pois segundo Fiore (2002) são fundamentais para a habilidade de observar, de compreender e utilizar funcionalmente a informação social.

Outro fator importante a considerar é que grande parte das pessoas com autismo são “pensadores visuais”, ou seja, processam o pensamento em imagens. Grandin (1995, p. 354) afirma que “Isso significa que, quando estão pensando sobre alguma coisa, elas veem imagens na sua mente como um videocassete repetindo uma cena”. Isso significa que elas compreendem, assimilam e retêm melhor a informação que lhes é apresentada de maneira visual. É possível dizer também que um ambiente bem estruturado, tranquilo e simples ajuda a focar a atenção destes sujeitos/alunos, que apresentam, muitas vezes, défices de atenção e hiperatividade. Segundo Moore (2005), uma das melhores adaptações que se pode fornecer a um estudante com autismo é um ambiente previsível e organizado. Mudanças e confusão podem resultar em ansiedade, problemas de comportamento, perguntas repetitivas e/ou retraimento (Moore, 2005. p. 56).

Essa é mais uma razão pela qual devemos pensar em estratégias organizadas, que facilitem a aprendizagem e a comunicação da pessoa com autismo, mas que sejam flexíveis e respeitem a sua maneira de pensar e de aprender. Para isso, de acordo com Moore, os recursos visuais estão entre as melhores estratégias para lidar com o problema. Por causa das dificuldades dos estudantes com autismo em processar múltiplos trechos de informações auditivas, os esquemas e listas de verificação são muito mais efetivos que constantes lembretes verbais (Moore, 2005. p. 61). Atualmente, as novas tecnologias oferecem-nos interessantes possibilidades que vão ao encontro de estratégias desejáveis ao lidar com o autismo.

Tecnologia Assistiva e Comunicação Alternativa e Aumentativa

O computador é uma ferramenta sobremaneira importante, por oferecer aspetos similares à maneira de pensar do autista, ou seja, ambiente estruturado, respostas previsíveis, organização visual, auxílio individual e recursos como animação e som, que tornam o material mais sedutor para todas as pessoas, tenham ou não alguma deficiência.

Segundo Santos & Pequeno (2011), na sociedade da informação, a acessibilidade ao conhecimento digital desde o nascimento permite ao “nativo digital” (Prensky, 2001) maximizar o tempo e suas potencialidades. A informática representa mais que um domínio de uma linguagem; é também um suporte para o sujeito melhorar as suas condições de vida (Santos & Pequeno, 2011. p. 79), isto é, para ter um impacto positivo na sua qualidade de vida (Gonçalves, Martins, Pereira, Oliveira, & Ferreira, 2012).

É nesse contexto que as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC's) passam a ter importância fundamental, pois já vai longe o tempo em que eram utilizadas apenas como ferramentas de trabalho para a realização de operações numéricas, gestão de serviços e comunicação. Hoje a inovação das TIC's na educação, (re)aprendizagem e treino de habilidades no processo reabilitador apresenta-se como *Tecnologia Assistiva* (Cook, &



Hussey, 1995; Bersch, 2013), podendo, assim, contribuir, de forma significativa, para uma melhor qualidade comunicativa das pessoas com necessidades educacionais especiais e, no caso em estudo, das crianças autistas.

Santos & Pequeno (2011) afirmam que o ser humano é um inventor de símbolos que transmite ideias complexas sob novas formas de linguagem. Os autores salientam a relevância do estímulo a projetos de adaptação de equipamentos e programas de informática, desenvolvimento de projetos em tecnologia de assistência (apoio) e a disponibilização em todos os órgãos educacionais de recursos tecnológicos destinados a pessoas com deficiência (Santos & Pequeno, 2011. p. 79). Concordando com os autores, percebe-se a importância de se incluir digitalmente a pessoa com deficiência e rodeá-la de aparatos que a façam atender às suas necessidades.

Neste sentido, entende-se por Tecnologia Assistiva qualquer recurso ou ferramenta utilizado com a finalidade de possibilitar uma maior independência e autonomia à pessoa com necessidades especiais (cf. Bersch, 2013, p.2). O objetivo da Tecnologia Assistiva é “proporcionar à pessoa com deficiência maior independência, qualidade de vida e inclusão social, através da ampliação de sua comunicação, mobilidade, controle de seu ambiente, habilidades de seu aprendizado e trabalho” (Bersch, 2013, p.2), competição e integração com a família, amigos e sociedade. Os recursos técnicos podem variar de um par de óculos ou uma simples bengala a um complexo sistema computadorizado (Bersch & Tonolli, 2006, cit in Bersch, 2013,).

Uma das áreas da tecnologia assistiva é a *Comunicação Alternativa e Aumentativa* (CAA) (ver, por exemplo, Bersch, 2013), que se dedica à ampliação das habilidades comunicativas. Para isso são construídos apoios externos como cartões de comunicação, pranchas de comunicação, vocalizadores ou usa-se o próprio computador que, por meio de *software* específico, pode tornar-se uma ferramenta poderosa de voz e comunicação. Os recursos de comunicação de cada pessoa são construídos de forma totalmente personalizada e levam em consideração várias características que atendem às necessidades do utilizador.

Para Moita (2007, Candido & Moita, 2015), o computador enquanto *interface* e as aplicações como os *games* proporcionam um contexto repleto de mediações e significados, que dão sentido às imagens-sons-narrativas à medida que elas são imbricadas com as práticas quotidianas.

Verifica-se que muitas das pessoas com necessidades educativas especiais (NEE) podem utilizar estes dispositivos e é notório o seu interesse pelos mesmos, já que elas também se enquadram no grupo dos chamados “nativos digitais” (Prensky, 2001).

Como mostrado anteriormente, as maiores dificuldades dos autistas consistem em dominar a interação e a comunicação. Isso significa que eles não só falham em comunicar como não estão motivados para fazê-lo. Então, o melhor modo de garantir que essas crianças possam comunicar eficientemente é estimulando uma comunicação multimodal, isto é, através de vários meios de comunicação. Por exemplo, a criança tem um quadro de comunicação, mas também sabe utilizar os gestos para comunicar ou o teclado do computador para digitar o que quer comunicar. Assim, se não tiver um dos recursos, continuará a conseguir comunicar. Outro fator importante, de acordo com Santos & Pequeno, é que através da relação sujeito-objeto se propicia experiência, torna-se uma conexão direta com o mundo exterior, sendo



formada uma espécie de mosaico estruturado, composto de partes não isoladas, mas dotadas de sentido (Santos & Pequeno, 2011, p. 83).

Graças ao desenvolvimento científico e ético da humanidade, os estudos vêm mostrando que as crianças autistas, mesmo apresentando atraso de linguagem, socialização e imaginação, apenas apresentam um estilo cognitivo diferenciado, não constituindo uma fatalidade irremovível, nem desabilitando de realizações pessoais e sociais (e.g., Schmidt, 2013).

Para Dubet, refletindo sobre uma escola mais justa e referindo-se aos alunos que fracassam, menos bons ou considerados menos dignos, “os vencidos serão mais bem tratados quando se pensar que a escola deve educar todos os alunos independentemente de seu desempenho escolar, [...] quando os alunos forem tratados como sujeitos em evolução” (Dubet, 2004, p. 552-553).

Nessa perspetiva, o professor deve proporcionar um ambiente onde o aluno consiga desenvolver conexões individuais e coletivas, ou seja, é preciso desenvolver projetos que considerem a realidade dos alunos e que sejam integradores. Essa é mais uma razão pela qual devemos pensar em estratégias que facilitem a aprendizagem e a comunicação da pessoa com autismo, que sejam flexíveis e respeitem a sua maneira de pensar e de aprender. Nesse quadro, a tecnologia assistiva pode ser um instrumento sobremaneira importante para desenvolver tais processos.

Conclusões: o que a literatura nos revela e o despontar de um projeto

As perturbações do espectro autista comprometem o desenvolvimento das habilidades sociais e da linguagem, e o nível comportamental não se desenvolve de maneira adequada. Tal como visto anteriormente, diferentes autores concordam que o autismo ainda é algo muito complexo e que ainda há muitos aspetos a serem pesquisados e descobertos. A linguagem funcional é um desses desafios, pois cada sujeito tem as suas singularidades e habilidades. É preciso buscar estratégias que atinjam o gosto de cada um, as suas particularidades e, para tanto, um fator a considerar é que os pensamentos dos autistas são concretos, visuais. Eles transformam a imagem em objetos mentais, ou seja, pensam e raciocinam com mais facilidade por meio de imagem. Com base nisso, é possível dizer que o uso da tecnologia assistiva, como uma ferramenta auxiliar na comunicação desse grupo de pessoas especiais, através da integração de *softwares* específicos para a comunicação e o quotidiano, é suscetível de favorecer o desenvolvimento do sujeito, através do respeito das especificidades de cada um.

Acreditando que o estado da arte sobre as perturbações do espectro do autismo, a tecnologia assistiva e comunicação alternativa nos apresenta um ponto de partida para uma investigação sobre a iniciativa comunicativa do autista, é oportuno propor um projeto de investigação/intervenção, a fim de responder a algumas questões levantadas pela literatura recente. Primeiramente, torna-se necessário propor o aprofundamento da revisão da bibliografia pertinente acerca da discussão sobre autismo e linguagem, comunicação alternativa e aumentativa e *softwares* educacionais para crianças com diagnóstico de autismo. Em segundo lugar, partindo da reflexão sobre a bibliografia relevante e da pesquisa relativa a recursos técnicos digitais disponíveis (tecnologia assistiva), interessará verificar o grau de intenção comunicativa apresentado pelas crianças autistas, após serem expostas a



um *software* de comunicação alternativa e aumentativa denominado *Livox* (Albuquerque, s.d.) e, por fim, observaremos se esse *software* promove a independência comunicativa das crianças autistas. Assim, será necessário que algumas perguntas sejam respondidas: 1) O *Livox* atenderá a grande parte das necessidades comunicativas das crianças com autismo devido à atratividade tecnológica e, simultaneamente, à facilidade de interação com o *hardware* (*tablet*)? 2) O *Livox* ajudará a reduzir o limiar da irritabilidade da criança com autismo devido à sensação prazerosa de resposta imediata? 3) Por ser uma ferramenta de autoria, ou seja, totalmente personalizável, atenderá às necessidades individuais de cada autista?

Enfim, é nosso objetivo pesquisar futuramente a capacidade da interface do *software Livox* para promoção e manutenção da iniciativa comunicativa em crianças autistas com atraso de linguagem.

Referências

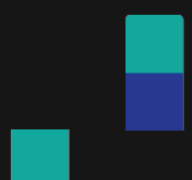
- Albuquerque, A.C. (s.d.). *O LIVOX e suas contribuições no processo de ensino aprendizagem*. Disponível em https://d335luupugsy2.cloudfront.net/cms/files/36337/1501696096E-book_Livox.pdf. Acesso em outubro de 2017.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V*. 5th. ed. Washington: American Psychological Association.
- Baptista, C.R. & Bosa, C. (2002). *Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção*. Porto Alegre: Artmed.
- Baxter, A.J., Brugha, T.S., Erskine, H.E., Scheurer, R.W., Vos, T., & Scott, J.G. (2015). The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol Med.*, 45(3), 601–613.
- Bersch, R. (2013). *Introdução à tecnologia assistiva*. Porto Alegre, RS. Disponível em: <http://www.assitiva.com.br/introduçãotecnologiaassistiva.pdf>. Acesso em novembro de 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)/Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas*. Brasília: Ministério da saúde.
- Candido, V.M.A. & Moita, F. (2015). *Games e lógicas para autistas: aprender com atividades interativas*. Saarbrücken, Germany. Novas edições Acadêmicas.
- Candido, V.M.A., Vale Dias, M.L. & Moita, F. (2016). A tecnologia digital e os padrões de comunicação da criança autista: análise de um caso. *Rev. Tecnologia Educacional*, Ano LIV, n. Especial, Agosto, 29-41.
- Coelho, A. M. & Aguiar A. I. (2014). *Intervenção Psicoeducacional integrada nas Perturbações do Espectro do Autismo*. Porto: Edições Afrontamento.
- Cook, A.M. & Hussey, S. M. (1995). *Assistive Technologies: Principles and Practices*. St. Louis, Missouri. Mosby - Year Book, Inc.
- Deliberato, D. (2009). Comunicação alternativa na escola: habilidades comunicativas e o ensino da leitura e escrita. In: Deliberato, D.; Gonçalves, M. J.; Macedo, E.C. (Orgs). *Comunicação alternativa: teoria, prática, tecnologias e pesquisa* (pp. 235-243). São Paulo: Memnon Edições Científicas.
- Dubet, F. (2004). O que é uma escola justa? (Tradução: Édi Gonçalves de Oliveira e Sérgio Cataldi). *Caderno de pesquisa*, 34(123), 539-555.
- Fiore, J.A. (2002). Core skills curriculum. In K.A, Quill (Eds). *Do-watch-Listen-Say – Social and communication intervention for children with autism*, 4 th ed.. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.



- Gonçalves, R., Martins, J., Pereira, J., Oliveira, M. & Ferreira, J. (2012). Accessibility levels of Portuguese enterprise websites: equal opportunities for all? *Behaviour & Information Technology*, 31(7), 659-677.
- Grandin, T. (1995). *Pensando em imagem*. New York: Vintage.
- Hagberg, K. W., & Jick, S. S. (2017). Validation of autism spectrum disorder diagnoses recorded in the Clinical Practice Research Datalink, 1990-2014. *Clinical Epidemiology*, 9, 475-482. <http://doi.org/10.2147/CLEP.S139107>
- Huerta, M., Bishop, S., Ducan, A., Hus, V. & Lord, C. (2012). Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of Pervasive Developmental Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 169,1056-1064.
- Kanner, L. (1943). Autistic Disturbances of Affective Contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kim, Y.S., Leventhal, B.L., Koh Y.J., et al. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *Am J Psychiatry*., 168(9), 904-912.
- Kumar, R. A, Chistian, S. L. (2009). Genetics of autism spectrum disorders. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 9(3), 188-197.
- Lotter V. (1966). Epidemiology of autistic conditions in young children. *Social Psychiatry*. 1(3), 124-135.
- Moita, F. (2007). *Game on: jogos eletrônicos na escola e na vida da geração @*. Campinas, SP: editora Alínea.
- Moore, S. T. (2005). *Síndrome de Asperger e a escola fundamental: Soluções práticas para dificuldades acadêmicas e sociais* (Tradução de Inês de Souza Dias). São Paulo: Associação Mais 1.
- Moran, J. M. (1995). Novas tecnologias e o re-encantamento do mundo. *Tecnologia Educacional*. Rio de Janeiro. 23 (126), 24-26.
- Moran, J. M. et al. (2005). *Novas Tecnologias e mediação pedagógica*. Campinas: Papirus.
- Park, H.R., Lee, J.M., Moon, H.E., et al. (2016). A short review on the current understanding of autism spectrum disorders. *Exp Neurobiol*. 25(1), 1-13.
- Prensky, M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrants. *On the Horizon*, NCB University Press, 9 (5), 1-6.
- Rutter M. (2005). Etiology of autism: Findings and questions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(4), 231-238.
- Santos, L. P. & Pequeno, R. (2011). Novas Tecnologias e Pessoas com Deficiências: A informática na construção da sociedade inclusiva? (pp. 79- 83). In: R. Pequeno (org.). *Tecnologias Digitais na Educação*. Campina Grande: EDUEPB.
- Saussure, F. (1975). *Curso de Linguística Geral* (Trad. Antônio Chelini, José Paulo e Izidoro Beinkstein). São Paulo: Cultrix.
- Schmidt, C. (Org.) (2013). *Autismo, educação e transdisciplinaridade* (2ed.). Campinas, SP: Papirus.
- Schumaker, J. R. & Sherman, J. A. (1978). Parents as intervention agents: from birth onward. In: R. L. Schiefelbusch (Ed.). *Language intervention strategies* (237-315). Baltimore: University Park Press.
- Schwartzman, J. S. (1995). Neurobiologia do autismo infantil. In: J. S. Schwartzan & F. B. Assumpção (Orgs.). *Autismo infantil* (pp 17-78). São Paulo: Memnom.
- Schwartzman, J. S. (2010). Autismo e outros transtornos do espectro autista. *Revista Autismo: informação gerando ação*. Ano1, n. 0, pp 6-7.
- Tager-Flusberg, H. (2000). The challenge of studying language development in autism. In L. Menn & N. Bernstein Ratner (Eds.), *Methods for studying language production* (313-332). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Thiemann, K.S., & Goldstein, H. (2004). Effects of peer training and written text cueing on social communication of school-age children with pervasive developmental disorder. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47 (1), 126-144.



- Warren, S. & Kaiser, A. (1988). Incidental language teaching: A critical review. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 51, 291-299.
- Werling, D. M., & Geschwind, D. H. (2013). Sex differences in autism spectrum disorders. *Current Opinion in Neurology*, 26(2), 146-153. <http://doi.org/10.1097/WCO.0b013e32835ee548>
- Wetherby, A. & Prutting, C. (1984). Profiles of communicative and social-cognitive abilities in autistic children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 27, 364-377.
- Wilkinson, K. M. (1998). Profiles of Language and Communication Skills in Autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 4, 73-79.
- Wing, L. (1996). *The Autistic Spectrum* - New Updated Edition. London: Robinson.



PSICOLOGIA COMUNITÁRIA E MUDANÇA SOCIAL



Empreender em Psicologia na Região Autónoma dos Açores

Carolina Ferreira¹

1. Junta de Freguesia de Livramento – Gabinete de Psicologia e Intervenção Comunitária, Portugal

Resumo

Esta comunicação dá a conhecer um projeto de Empreendedorismo Social que resultou num Serviço de Psicologia em contexto Autárquico: o Gabinete de Psicologia e Intervenção Comunitária (GPIC), o primeiro projeto/serviço desta natureza em São Miguel - Açores.

O GPIC surge em 2014, na freguesia do Livramento, concelho de Ponta Delgada, a partir de um levantamento de índices de depressão-ansiedade, dependências e absentismo escolar que indicavam uma comunidade com elevada vulnerabilidade em termos psicológicos. A atividade do GPIC rege-se por duas linhas orientadoras, uma centrada na consulta psicológica, para apoio direto a crianças, adolescentes e adultos, e outra no desenvolvimento de parcerias comunitárias, apelando ao redesenho de relações entre autarquia, entidades parceiras e comunidade, com vista à construção de sentido de comunidade saudável.

Passados dois anos de intervenção, a avaliação é muito encorajadora. Os registos referentes aos 309 utentes atendidos pelo GPIC indicam uma taxa de recuperação de 66,7% dos casos que sofriam de perturbação depressiva-ansiosa, 50% de altas dos casos de perturbação aditiva e diminuição de 44,4% para 5,6% dos casos de absentismo escolar. As parcerias comunitárias, objetivadas pelo “continuum da colaboração” registaram um incremento de 60% desde o início do projeto.

No seu conjunto, os resultados fortalecem o valor e o sentido da psicologia em contexto autárquico e frisam a importância de aproximar a psicologia dos membros da comunidade, contribuindo para a promoção de Saúde Psicológica da comunidade. O Empreendedorismo Social constitui uma ferramenta determinante para a psicologia, redirecionando-a para outros contextos, podendo estimular a criação de novos projetos.

Palavras-chave: Empreendedorismo; Parcerias; Comunidade; Autarquia;



Abstract

The purpose of this essay is to present a Social Entrepreneurship Project which consisted in a Psychology Service in municipal context: the Gabinete de Psicologia e Intervenção Comunitária (GPIC), the first project/service of this nature in São Miguel – Azores.

The GPIC was created in 2014 in the parish of Livramento, county of Ponta Delgada, based in a study of indicators such as anxiety-depression, addiction and school absenteeism, which suggested a very vulnerable community concerning psychologic matters.

The activity of the GPIC is based in two guidelines: one directed to psychology sessions, which directly support children, teenagers and adults; the other is focused on the development of community partnerships, tempting to restructure the relationship between local authorities, its partners and the community, in order to reach a healthy sense of community.

After two years of involvement, the results are very encouraging. The records of the 309 patients attended by GPIC indicate a recovery rate of 66,7% of those who suffer from depressive-anxiety disorder, a 50% discharges of those suffering from addictive disturbance and a decrease of school absenteeism from 44,4% to 5,6%. Community partnerships, objectified by a cooperation continuum, has increased 60% since the beginning of the project.

Altogether, the results strengthen the value and sense of psychology in local context and they emphasize the importance of approximating psychology to the community members, promoting the Psychological Health of the community. Social Entrepreneurship is a key tool for psychology, since it redirects it to other contexts, stimulating the creation of new projects.

Keywords: Entrepreneurship; Partnerships; Community; Authority.



Introdução

O presente trabalho tem como objetivo dar a conhecer um projeto de Empreendedorismo Social em Psicologia que resultou no Gabinete de Psicologia e Intervenção Comunitária (GPIC) em contexto Autárquico, nos Açores.

O GPIC surge em 2014, na ilha de São Miguel, Freguesia de Livramento, uma comunidade com cerca de 4062 habitantes, sob proposta de uma recém-formada em psicologia que, tendo em conta a inexistência de serviços de psicologia no centro de saúde local e os índices de desemprego (12.5%) (AQETPDL⁸, 2014), absentismo escolar (3%) (CPCJ-PDL⁹, 2014) e dependências (5%) (ARRISCA¹⁰, 2014), apresentou à Autarquia a ideia de esta oferecer intervenção psicológica gratuita à comunidade. Esta foi a primeira Junta de Freguesia Açoriana a acolher um projeto desta natureza, tornando-se um espaço de maior proximidade com os cidadãos pelo seu novo potencial na área da saúde, anteriormente não explorado nos Açores.

As autarquias são um contexto estratégico para trabalhar a comunidade pela posição privilegiada que detêm e que lhes permite chegar diretamente ao munícipe, ou através de outros atores envolvidos, estando cada vez mais preparadas e empenhadas na melhoria da saúde das populações, oferecendo um maior controlo sobre a mesma e sobre os seus determinantes (Kickbusch, 2003). Estes são dados a não descurar, sobretudo em comunidades com recursos escassos, como é o caso do Livramento, onde os problemas das pessoas tendem a agudizar-se e a ativar reações que se manifestam em sentimentos negativos e na convicção pessoal de incapacidade para mudar a situação em que se encontram. Daqui decorrem impactos significativos para a saúde das populações, nomeadamente para a saúde psicológica, que se traduzem, por exemplo, em depressão, ansiedade clinicamente significativa ou mesmo consumo abusivo de substâncias (Delegação Regional dos Açores da Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2013). Por sua vez, estes impactos têm o seu correlato em termos de gastos financeiros do Estado e Administração Local, por via do aumento do consumo de psicofármacos, baixas ao trabalho e encargos sociais associados à doença, como prestações compensatórias, para além de custos acrescidos a longo prazo pelo facto de que situações que poderiam ser passageiras se tornarem crónicas e afetarem as pessoas por mais tempo (Delegação Regional dos Açores da Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2013).

Por sua vez, o psicólogo pode dar um “contributo fundamental para as realidades individuais, sociais e económicas das autarquias, sendo inúmeras as evidências científicas do custo-efetividade e dos resultados positivos da sua ação junto da administração local” (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015, p.4). De acordo com a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015, p.4), “a intervenção do psicólogo numa autarquia pode aumentar o bem-estar e a qualidade de vida da população, promover a adoção de estilos de vida saudáveis e a diminuição dos problemas de saúde psicológica, assim como a inclusão e a redução das desigualdades sociais”, através da implementação de ações e programas de prevenção primária, secundária ou terciária.

⁸ AQETPDL - Agência para a Qualificação, Emprego e Trabalho de Ponta Delgada

⁹ CPCJ - PDL - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco de Ponta Delgada

¹⁰ ARRISCA - Associação Regional de Reabilitação e Integração Sociocultural dos Açores



Foi na conjunção de todos estes elementos que se criou o GPIC, o qual tem como finalidade contribuir para a promoção de saúde psicológica e o aumento do bem-estar da comunidade do Livramento, isto é, para “um estado de bem-estar em que cada indivíduo percebe o seu próprio potencial, lida com as adversidades e é capaz de dar um contributo para a sua comunidade” (World Health Organization e Calouste Gulbenkian Foundation, 2014) e para “a maneira como cada pessoa avalia o grau de qualidade e de satisfação da sua vida” (Ryff & Keyes, 1995). Para esse fim, delineou-se um plano de intervenção regendo-se por duas linhas orientadoras. A primeira diz respeito à realização de consulta psicológica, tendo sido a sua implementação prioritária devido à inexistência de serviço de psicologia na Unidade de Saúde Local e aos índices de fragilidade supramencionados. A consulta psicológica visa apoiar crianças, adolescentes e adultos em situação vulnerável de forma gratuita. A segunda centra-se no desenvolvimento de parcerias comunitárias, exigindo o redesenho de relações entre a comunidade, a autarquia e entidades parceiras, e reunindo esforços de colaboração. As parcerias comunitárias são uma forma de promover respostas coordenadas para problemas sociais complexos (Chavis, 1995; Roussos & Fawcett, 2000 *cit in* Ornelas & Vargas-Moniz, 2007) e são um espaço de participação cívica e um tipo de estrutura aceite pelos que agem para construir comunidades mais saudáveis (Berkowitz, 2001 *cit in* Ornelas & Vargas-Moniz, 2007). De seguida faremos uma descrição mais detalhada de ambas as linhas de intervenção do GPIC.

Consulta Psicológica

Ao nível da caracterização da população atendida no GPIC desde 2014, 309 elementos da comunidade beneficiaram da consulta de psicologia gratuita, sendo 64.6% do sexo feminino e 35.4% do sexo masculino. Relativamente à faixa etária dos utentes atendidos, 45.5% são crianças e adolescentes e 54.5% são adultos. Quanto à área de residência destes utentes, verifica-se que 65.5% reside na Freguesia de Livramento e os restantes 34.5% noutras freguesias. Em termos do encaminhamento de utentes para o GPIC, 58.5% dirigiram-se ao serviço por iniciativa própria, 29.1% foram encaminhados pela Unidade de Saúde de Ilha de S. Miguel - Unidade de Saúde do Livramento, 8.9% indicados por Escolas, e os restantes 3.5% por outras entidades parceiras.

Em termos das principais problemáticas atendidas, o levantamento realizado foi sintetizado de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais DSM-5. Porém, nem toda a população atendida padece de psicopatologia. Assim, acrescentou-se ao agrupamento decorrente do DSM-5 a categoria fatores psicossociais. Estes são definidos como fatores psicológicos e sociais que se relacionam com a saúde e a doença mental (por exemplo, traços de personalidade, mecanismos de defesa, estados emocionais e cognitivos, e os fatores sócioambientais) (Martins, 2004). Importa mencionar que a saúde mental deixou de ser a ausência de doença, problemas mentais e psíquicos, mas sim a perceção e consciência dos mesmos, e a possibilidade pessoal e/ou coletiva de os solucionar, de os modificar, de intervir sobre eles (Martins, 2004). Assim, as principais problemáticas que levam os utentes a procurar o serviço do GPIC são sintetizadas no Quadro 1, onde se expõe, também, a prevalência das mesmas por faixa etária.



Quadro 1 - Problemática principal por faixa etária

	Crianças/ Adolescentes	Adultos
Perturbações Depressivas	12%	48%
Perturbações da Ansiedade	19%	16,5%
Perturbação da Aprendizagem Específica	25%	
Perturbação Desafiante de Oposição	22%	
Fatores Psicossociais	13%	16%
Outras Perturbações	9%	19,5%

De seguida analisar-se-á em cada faixa etária, as perturbações com maior prevalência, apresentando os resultados da intervenção psicológica efetuada pelo GPIC.

No que diz respeito à faixa etária infanto-juvenil, 25% tem Perturbação da Aprendizagem Específica (Dislexia, Discalculia, Disortografia), causa frequente de baixo rendimento e insucesso escolar e, certamente, um dos fatores da elevada taxa de abandono precoce da escolaridade. Faz-se notar que, de acordo com estatística oficiais, a taxa de abandono escolar precoce nos Açores se situa nos 32.8%, sendo a mais elevada a nível nacional (Direção Regional da Educação, 2015). Neste cenário, a caracterização inicial de crianças e jovens atendidas no GPIC apontava para 46.9% com rendimento escolar insatisfatório, 40.6% satisfatório e apenas 12.5% Bom. No final, após a intervenção, os dados referentes ao sucesso escolar são de 93.5% e somente 6.5% não conseguiu aumentar o rendimento escolar, fato que se poderá dever a incapacidade intelectual diagnosticada a 5% da população mais jovem.

Importa referir que as competências de leitura e de escrita são essenciais no processo de aprendizagem escolar, sendo também essenciais para formar cidadãos críticos, condição indispensável para o exercício da cidadania, na medida em que tornam os indivíduos capazes de compreender o significado das inúmeras vozes que se manifestam no debate social e de se pronunciarem com a sua própria voz, tomando consciência de todos os seus direitos e sabendo lutar por eles (Brito, 2010).

No que diz respeito aos processos de leitura e de escrita, avaliou-se o nível de aquisição de competências. Em relação às competências de leitura, numa fase inicial do processo, 75% não havia adquirido esta competência. Quanto às competências de escrita, a princípio 81.8% apresentava limitações nesta competência. Na fase terminal do processo, 50% dos utentes adquiriu totalmente as competências de leitura e apresentou um progresso de 77.8% na capacidade escrita.

No referente aos comportamentos de oposição-desafio, os resultados observados a partir do seu registo em diferentes contextos (familiar, sala de aula e recreio), através da auscultação dos pais, encarregados de educação e/ou professores, indicam que se passou de 75% para 12%, respetivamente no início e fim do processo. Estes dados são demonstrativos que a criança/o jovem aumentou o seu grau de tolerância à frustração e de auto-regulação emocional.

Ainda dentro da faixa etária infanto-juvenil, aproximadamente 19% sofreu de Perturbações Depressivas e da Ansiedade, diagnosticada através da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças (EDAS-C) de Lovibond e Lovibond (1995) adaptada por Pais Ribeiro,



Honrado e Leal (2004), onde resultados mais elevados correspondem a níveis mais intensos de depressão, ansiedade e *stress*. O Quadro 2 apresenta os resultados obtidos na EDAS-C no início e no final do processo de intervenção.

Quadro 2 – Média dos resultados nas subescalas da EDAS-C no início e final do processo de intervenção

Intervenção	Depressão Média	Ansiedade média	Stress média
Início	9,25	12,92	8,08
Final	2,78	4,67	2,33

Analisando os resultados do Quadro 2, constata-se o aumento de estados afetivos positivos, com remissão da sintomatologia depressiva/ansiosa.

Estes resultados, no seu conjunto, terão contribuído para se passar de uma taxa de absentismo escolar de 44,4% para 5,6%.

No que se refere à faixa etária dos adultos, como mencionado anteriormente as Perturbações Depressivas e da Ansiedade são as problemáticas com maior prevalência, com 48% e 16%, respetivamente. Estes valores vão ao encontro dos resultados de estudos nacionais que indicam que a depressão e a ansiedade são as patologias mais recorrentes na saúde mental (Carvalho, Mateus & Xavier, 2014; Rodrigues, Uva, Nunes, Marques & Dias, 2014; Rodrigues, 2015). O aumento da prevalência das perturbações mentais e os efeitos da crise económica no agravar deste problema reforçam a necessidade de fácil acesso à intervenção psicológica. Ainda, 16.5% da população atendida no GPIC solicitou intervenção psicológica devido a Fatores Psicossociais, também como antes mencionado.

No Quadro 3 apresentam-se os resultados obtidos no início e no fim do processo, para cada escala de avaliação psicológica utilizada com esta população, para avaliar estas problemáticas, designadamente a Escala de Depressão de Beck (EDB), o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberg (1970) (STAI-Y) e o Inventário de Saúde Mental (MHI) adaptado por Pais-Ribeiro (2001). A EDB destina-se a avaliar a intensidade da sintomatologia depressiva, o aumento da pontuação indica a aumento da gravidade da depressão. O STAI-Y é um instrumento de auto-avaliação da ansiedade cuja pontuação varia entre 20 e 80 pontos, sendo que quanto mais elevada a pontuação maior a ansiedade. O MHI tem como objetivo avaliar o *distresse* psicológico e o bem-estar na população em geral e não somente nas pessoas com doença mental. Neste Inventário, valores mais elevados correspondem a melhor saúde mental (Pais-Ribeiro, 2011).

Quadro 3 – Média dos resultados da aplicação das escalas de avaliação psicológica no início e final do processo terapêutico em adultos

Intervenção	EDB média	STAI-Y média	MHI média
Início	34,21	71,89	86,2
Final	9,28	47,67	156,67



No Quadro 3 pode-se visualizar a média dos resultados da EDB dos utentes que já tiveram alta terapêutica. Verifica-se que no início do processo a população sofria de depressão grave e terminou o tratamento com remissão da sintomatologia depressiva. Importa, porém, mencionar que a depressão é uma perturbação recorrente, em que 80% da população que sofreu de depressão poderá voltar a ter um episódio (Fleck, Lafer, Sougey, & Del-Porto, 2001). O tratamento de manutenção reduz a taxa de recorrência em utentes que têm três ou mais episódios nos últimos cinco anos (Fleck, Lafer, Sougey, & Del-Porto, 2001).

No Quadro 3 também se pode visualizar a média dos resultados do STAI-Y dos utentes que já tiveram alta terapêutica. Verifica-se que no início do processo os utentes exibiam ansiedade com intensidade grave, invalidando o seu funcionamento global, enquanto no final da intervenção psicológica a ansiedade se situa num patamar normal. Com os resultados alcançados nas Perturbações Depressivas e de Ansiedade reforça-se a importância da intervenção psicológica como estratégia custo-efetividade no tratamento e promoção da saúde psicológica.

Finalmente, no Quadro 3 também se pode visualizar a média dos resultados do MHI, registando-se que no início do tratamento, em média, a população apresentava valores baixos, indicativos de maior *distresse* psicológico (sentimentos negativos). No final do processo os valores duplicaram, revelando diminuição do *distresse* e aumento expressivo do bem-estar psicológico. A intervenção psicológica nestes casos contribuiu para a prevenção de doenças e problemas mentais, fonte de sofrimento e de incapacidade. A saúde mental colabora de forma importante para a qualidade de vida, a inserção social e a plena participação na vida social e económica.

No cômputo global, considerando crianças, adolescentes e adultos, a consulta psicológica contribuiu uma taxa de recuperação de 66.7% nos casos de perturbação depressiva e ansiosa e para 50% de altas nos casos de perturbações aditivas.

Parcerias Comunitárias

A intervenção do GPIC não se prende apenas à dimensão individual dos sujeitos, passa também pela intervenção comunitária, tendo como principais objetivos: promover a saúde e os comportamentos saudáveis; aumentar a qualidade de vida das comunidades, no sentido de prevenir os problemas sociais e de saúde mental; e promover o bem-estar de toda a população. Para esse efeito, decidiu-se utilizar um método de trabalho em parceria, uma vez que as parcerias comunitárias são uma estratégia de promoção de respostas coordenadas para problemas sociais complexos, criando um espaço de participação cívica e um tipo de estrutura aceite pelos que agem para construir comunidades mais saudáveis (Ornelas & Vargas-Moniz, 2011)

No estabelecimento da ligação com os parceiros importa ter em consideração certos critérios para que as parcerias se concretizem num registo de eficiência e eficácia. Nomeadamente importa que as parcerias: sejam compostas por membros da comunidade; estejam focadas essencialmente em questões locais; sejam sustentáveis no tempo, a longo prazo; assentem nos recursos comunitários existentes; e resolvam os problemas através da colaboração (Wolf, 2001 cit in Ornelas, 2008).

Desde 2014, o GPIC tem reunido esforços para estabelecer uma rede de parcerias, a qual tendo vindo a aumentar, tal como se pode observar no Gráfico 1.

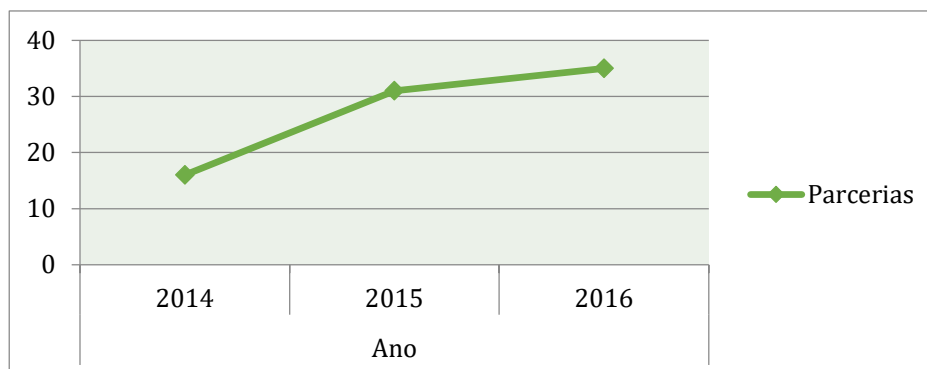


Gráfico 1 – Número de Parcerias Comunitárias realizadas entre 2014 e 2016

A observação do Gráfico 1 torna evidente o aumento da rede de parcerias comunitárias do GPIC, o que é significativo tendo em a ênfase que as mesmas assumem na organização comunitária, no desenvolvimento de líderes cívicos e no aumento do controlo e poder dos(as) que serão direta ou indiretamente afetados pelas atividades da parceria (Himmelman, 2001 *cit in* Ornelas & Vargas-Moniz, 2011). De 16 parceiros iniciais o GPIC passa a ter 35 parceiros, traduzindo-se num incremento de 60% desde a fase inicial.

Para além do aumento expressivo das parcerias, tem sido preocupação do GPIC cultivar a boa colaboração entre os parceiros, pois esta é um processo gradual e dinâmico que pode ser pautada por sucessos e insucessos (Ornelas & Vargas-Moniz, 2011). Para avaliação desta vertente da ação do GPIC, realizou-se a análise de determinados procedimentos, tais como: aumento da capacidade de ação conjunta; alteração/ conjugação de atividades ou tarefas; partilha de recursos e troca de informação para benefício mútuo (Ornelas & Vargas-Moniz, 2007). Para o efeito, cada membro parceiro preencheu a ficha de trabalho “*O Continuum da Colaboração*” (Ornelas & Vargas-Moniz, 2011). O Gráfico 2 revela os resultados extraídos desta ficha, indicando a frequência com que os parceiros afirmam usar os procedimentos enunciados.

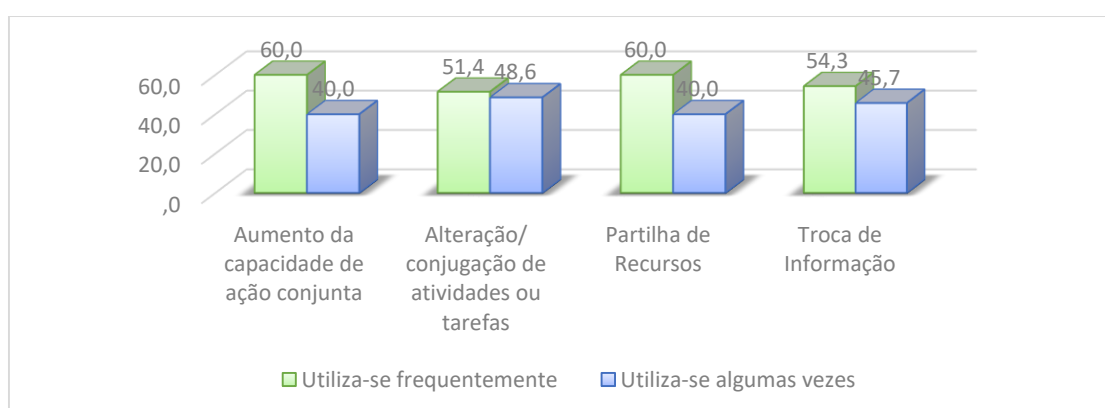


Gráfico 2 – Resultados da Ficha “O Continuum da Colaboração”

Tal como se pode observar no Gráfico 2, todos os procedimentos são utilizados frequentemente, denotando-se efeitos positivos nas parcerias estabelecidas, nomeadamente



por apresentarem um conjunto de características específicas, serem orientadas para respostas concretas, promotoras da ligação à comunidade e desenvolverem o *empowerment* comunitário (Ornelas & Vargas-Moniz, 2007).

Em suma, os resultados alcançados pelo GPIC demonstram a importância da intervenção psicológica em contexto autárquico, em que o trabalho realizado contribui fortemente para a diminuição do impacto dos problemas de saúde psicológica. Embora, às vezes, se desvalorize a importância destes problemas de saúde psicológica, eles podem ser tão incapacitantes (ou mais) como qualquer outro problema. São responsáveis por 40% dos anos de vida saudável que perdemos e são mais debilitantes do que a maior parte dos problemas de saúde física. Interferem com a capacidade de realizar as tarefas do dia-a-dia, de trabalhar, de aproveitar os tempos livres e de manter relações saudáveis com os outros. Estas limitações têm implicações graves não só para as pessoas afetadas e suas famílias, mas também para a sociedade em geral (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2014).

Por todas as razões apontadas é determinante um canal de fácil acesso à intervenção psicológica. Neste sentido, a proximidade da autarquia à comunidade traz um importante benefício pois torna-se um local estratégico para capacitar e transformar a comunidade.

Perspetivas futuras

A intervenção dos psicólogos, em contexto autárquico, junto da comunidade traz benefícios únicos. Só com base em competências de comunicação interpessoal e trabalho em equipa, e em competências específicas de prevenção e promoção da saúde psicológica é possível responder de forma correta às necessidades de indivíduos, famílias grupos, organizações e comunidades, reduzindo os fatores de risco e aumentando os fatores de proteção e resiliência (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015). As autarquias assumem, no que respeita à alocação de recursos, uma crescente importância, enquanto parceiros da saúde que atuam num território específico do qual bem conhecem as potencialidades e riscos ou assimetrias existentes, bem como as expectativas dos elementos da comunidade (Brissos, 2004). A intervenção de um psicólogo em contexto autárquico, deverá ser uma intervenção alargada e diversificada, tendo em conta o seu perfil de competências. Estas capacitam os psicólogos para enriquecer o território das autarquias das mais diversas formas. Atualmente no GPIC o psicólogo desenvolve acompanhamento psicológico; Avaliação psicológica, psicopedagógica e psicossocial; Capacitação da comunidade através da informação e apoio para a adoção de escolhas e estilos de vida saudáveis; Atua junto de famílias em situações de desproteção de menores auxiliando nos Processos de Promoção e Proteção instaurados pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens; Intervém junto de desempregados, na definição ou desenvolvimento do seu percurso de inserção ou reinserção no mercado de trabalho, em estreita cooperação com a Agência para a Qualificação, Emprego e Trabalho de Ponta Delgada, Implementação de atividades formativas e modera relações entre entidades parceiras. Tendo em conta as necessidades da comunidade e da autarquia perspetiva-se a participação do GPIC na elaboração de processos de candidatura a financiamentos; Assessoria aos decisores no planeamento e implementação de políticas e projetos sociais e de saúde, considerando a sua importância e impacto na população; E implementação, monitorização e avaliação de programas e planos de prevenção, intervenção



psicológica/psicoeducativa e promoção de saúde psicológica dirigidos a diversos elementos da comunidade.

A diversidade de funções de um psicólogo numa autarquia torna esta num local de intervenção rica, onde este profissional deve constantemente reorganizar e redefinir a sua ação, em função do evoluir da própria comunidade.

Contacto para Correspondência

Carolina Ferreira – Junta de Freguesia de Livramento – Gabinete de Psicologia e Intervenção Comunitária - Rua Padre Domingos da Silva Costa, 2 a 4, 9500-614 Livramento – carolina.esferreira@gmail.com

Referências

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- AQETPDL - Agência para a Qualificação, Emprego e Trabalho de Ponta Delgada. (Janeiro de 2014). Desemprego no Livramento. (C. Ferreira, Entrevistador)
- ARRISCA - Associação Regional de Reabilitação e Integração Sociocultural dos Açores. (Janeiro de 2014). Toxicodependência no Livramento. (C. Ferreira, Entrevistador)
- Brissos, M. (Junho de 2004). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 43-55.
- Brito, D. (Junho de 2010). A importância da leitura na formação social do indivíduo. *Revela*, pp. 1-35.
- Carvalho, A., Mateus, P., & Xavier, M. (2014). *Portugal - Saúde Mental em números - 2014 - Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- CPCJ-PDL - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco de Ponta Delgada. (Janeiro de 2014). Crianças e Jovens em Risco no Livramento. (C. Ferreira, Entrevistador)
- Delegação Regional dos Açores da Ordem dos Psicólogos Portugueses. (12 de Julho de 2013). *Contributo para a Proposta de Reestruturação do Serviço Regional de Saúde*. Obtido de Ordem dos Psicólogos Portugueses: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/contributo_da_ordem_dos_psi_cologos_portugueses.pdf
- Direção Regional da Educação. (2015). *PróSucesso - Plano Integrado de Promoção do Sucesso Escolar*. Ponta Delgada: Governo Regional dos Açores.
- Fleck, M., Lafer, B., Sougey, E., & Del-Porto, J. (2001). *Diagnóstico e Tratamento da Depressão*. Brasil: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.
- Kickbusch, I. (3 de 2003). The contribution of the world health organization to a new public health and health promotion. *Public Health*, pp. 88-383.
- Martins, M. (Junho de 2004). Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Educação, Ciência e Tecnologia*, pp. 255-268.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (08 de Outubro de 2014). *A Saúde Psicológica em Portugal*. Obtido de Web site da Ordem dos Psicólogos Portugueses : <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/1243>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2015). *Os Psicólogos valorizam o seu território*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.



- Ornelas, J., & Vargas-Moniz, M. (1 de 2007). Parcerias comunitárias e intervenção preventiva. *Análise Psicológica*, pp. 153-158.
- Ornelas, J., & Vargas-Moniz, M. (2011). *Parcerias Comunitárias*. Lisboa: Edições ISPA.
- Pais Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond . *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 229-239.
- Pais-Ribeiro, J. (2001). *Inventário de saúde mental*. Lisboa: Placebo.
- Rodrigues, A., Uva, M., Nunes, B., Marques, S. A., & Dias, C. (2014). *Taxas de incidência de primeiros episódios de depressão nos cuidados de saúde primários em 2004 e 2012: dados da Rede Médicos-Sentinela*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Rodrigues, D. (2015). *Perfil de internamentos por Depressão Major no SNS português nos anos de 2008 e 2013: Variação em período de crise económica*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, pp. 719-727.
- World Health Organization e Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization.



A Psicologia Comunitária e a Abordagem das Capacidades

Beatrice Sacchetto¹; José Ornelas¹; Manuela Calheiros²

1. ISPA-Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

*2. CIS-IUL Research Center, ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa, Portugal e
Centro de Investigação em Ciência Psicológica, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal.*

Resumo

A abordagem das capacidades emerge como um indicador alternativo na área da economia e do desenvolvimento e foi adoptada em estudos sobre a qualidade de vida das populações vulneráveis. As capacidades são essencialmente liberdades de escolha e de agência: a promoção das mesmas é determinada também pelo contexto político, social e institucional. A autora Martha Nussbaum elaborou uma lista universal de dez capacidades, que deverá ser sempre adaptada às especificidades culturais do contexto em estudo.

A teoria das capacidades foi considerada mais recentemente um framework inovador para estudar também a população de pessoas com uma problemática de saúde mental, uma vez que oferece critérios concretos para promover o recovery e a cidadania. O referencial das capacidades apresenta coerências teóricas e aplicativas com a Psicologia Comunitária: a integração das duas disciplinas pode fomentar uma mudança transformativa no sistema de saúde mental.

O objectivo do presente estudo é o desenvolvimento de um questionário inspirado nesta abordagem teórica e construído em colaboração com utilizadores de serviços comunitários de saúde mental. O processo colaborativo de construção do instrumento, chamado Questionários das Capacidades para a Saúde Mental Comunitária (QC-SMC), permitiu realçar a perspectiva dos utilizadores, promovendo tanto o empowerment dos/as participantes bem como a adaptação cultural das capacidades à saúde mental.

Apresentam-se também os primeiros estudos de validação da medida, nomeadamente a validade facial e de conteúdo.

Palavras-chave: psicologia comunitária; abordagem das capacidades; adaptação cultural; questionário



Abstract

The capabilities approach emerges as an alternative indicator in the field of economy and development and was adopted in studies on the quality of life of vulnerable populations. Capabilities are essentially freedom of choice and agency: its promotion is also determined by the political, social and institutional context. The author Martha Nussbaum has drawn up a list of ten universal capabilities that should always be adapted to each study context and culture.

The capabilities theory was considered more recently an innovative framework to study the population of people with mental health challenges, as it offers concrete criteria to promote recovery and citizenship. The capabilities framework presents theoretical and applicative coherences with Community Psychology: the integration of these two disciplines may foster a transformative change in the mental health system.

The aim of the current study is to develop a questionnaire inspired in this theoretical approach and constructed with the collaboration of users of community mental health services. The collaborative process to develop the instrument, named Capabilities Questionnaires for Community Mental Health (CQ-CMH), allowed highlighting user's perspective, promoting participant's empowerment as well as a cultural adaptation of capabilities to the mental health field.

Initial studies to validate the measure are also presented, namely face and content validity.

Keywords: community psychology; capabilities approach; cultural adaptation; questionnaire



Introdução

A abordagem das capacidades foi introduzida pela primeira vez pelo economista indiano Amartya Sen (1993; 1999), que esteve envolvido na elaboração do Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. Neste contexto, a abordagem das capacidades tem sido proposta como referencial teórico para avaliar e comparar a qualidade de vida dos indivíduos.

A capacidade é definida como a oportunidade individual de ponderar entre várias alternativas alcançáveis e de realizar aquelas que se consideram relevantes (Alkire, 2002; Robeyns, 2005). Neste sentido, é central o exercício de liberdade e a autodeterminação (*agency*) da pessoa. Ao mesmo tempo, a liberdade individual é influenciada pelas oportunidades do contexto de vida da pessoa, apontando assim para a existência de uma responsabilidade social e institucional.

Esta perspectiva teórica foi integrada e aplicada pela filósofa Martha Nussbaum em estudos sobre mulheres em países em desenvolvimento, cujas oportunidades de vida são reduzidas (Nussbaum, 2000). Após anos de estudos transculturais, Nussbaum elaborou uma lista de capacidades de carácter universal e fundamental com o intuito de ser aplicada em estudos sobre a qualidade de vida e na definição de políticas públicas. A lista é composta pelas seguintes capacidades (ver Nussbaum, 2000, pp. 78-80): 1) VIDA, i.e. a esperança de viver bem até a velhice, sem morrer prematuramente; 2) SAÚDE FÍSICA, i.e. ter boas condições de saúde; 3) INTEGRIDADE FÍSICA, que consiste na liberdade de estar em segurança no meio ambiente; 4) SENSACÕES, IMAGINAÇÃO E PESAMENTO, que reflecte a capacidade de raciocinar e pensar criativamente; 5) EMOÇÕES, i.e. a capacidade de viver as emoções; 6) RAZÃO PRÁTICA, i.e. a capacidade de reflexão crítica e de planeamento da própria vida; 7) AFILIAÇÃO, que representa a capacidade de interagir e viver com as outras pessoas; 8) OUTRAS ESPÉCIES, que reflecte a capacidade de relacionar-se com os animais e a natureza; 9) JOGAR/DIVERTIR-SE, ou por outras palavras, aproveitar das actividades recreativas; 10) CONTROLO SOBRE O PRÓPRIO AMBIENTE, que questiona sobre a liberdade de expressão, de fazer escolhas políticas, de ter oportunidades de emprego.

Segundo a autora, todas as pessoas deviam ser capazes – ter a oportunidade – de desenvolver um nível mínimo de cada capacidades, no sentido de alcançarem uma vida digna de ser vivida. No entanto, a lista de capacidades proposta pela autora é interpretada como uma estrutura de princípios básicos e fundamentais que deverá ser readaptada e ajustada ao contexto e à cultura em análise (Nussbaum, 2011).

A abordagem das capacidades apresenta coerências teóricas com os valores e modelos da Psicologia Comunitária, quais o empowerment, o recovery e a integração comunitária. À semelhança do modelo de empowerment, a teoria das capacidades prioriza a autodeterminação e o poder de controlo das pessoas, fomentando uma análise contextual com enfoque nas oportunidades e liberdades proporcionadas pelo ambiente social, político e institucional (Shinn, 2014). A teoria das capacidades, como o modelo de *recovery*, põe no centro da atenção as pessoas, as suas experiências e acções, sublinhando a importância da liberdade e escolha entre actividades e papéis socialmente reconhecidos (Hopper, 2007).

A abordagem das capacidades pode ser utilizada como um novo princípio orientador e transformativo na área de saúde mental, com dimensões específicas que focalizam reais oportunidades de inserção social para desencadear o processo de recovery (O'Connell,



Davidson, 2010) e que permitem ajudar a identificar os elementos mais/menos eficazes nos contextos de suporte (Shinn, 2015; Davidson, Ridgway, Wieland & O'Connell, 2009).

O presente estudo tem por objectivo desenvolver uma medida de capacidades que responda a este desafio, através de um processo colaborativo com utilizadores de serviços comunitários de saúde mental. A escolha de métodos colaborativos considera-se fundamental, uma vez que a maioria das medidas na área de saúde mental foi construída só por profissionais sem ter em consideração a perspectiva das pessoas com experiência pessoal em doença mental (Rose et al., 2011).

Método

O objectivo do estudo é desenvolver um instrumento para investigar em que medida os serviços de saúde mental promovem as capacidades individuais das pessoas com problemáticas de saúde mental. Foram adoptados métodos de investigação colaborativa, com o intuito de promover o empowerment dos/as participantes, bem como a aquisição de novos conhecimentos úteis e sustentáveis para a comunidade em estudo (Trickett & Espino, 2004).

1ª Fase: Recolha dos Dados

Para a recolha dos dados foram realizados onze grupos de discussão focalizada com 50 utilizadores voluntários da Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (N=36) e da Associação para a Reabilitação e Integração Social Recomeço (N=14) em Lisboa. Do total de participantes, 30% eram mulheres e 70% homens, entre 20 e 58 anos (média = 42; $SD = 8.79$), o 14% estava a estudar, o 28% a trabalhar e o restante 58% participava em outras actividades promovidas pelas associações (por ex. actividade desportiva; formação profissional). Os focus group eram compostos em média por cinco utilizadores e um facilitador (membro da equipa de investigação) com o objectivo de promover a discussão em torno das seguintes perguntas-chave: "Quais são os seus ganhos individuais alcançados através do suporte recebido pelo serviço que frequenta? Nomeadamente nas áreas do emprego; da educação; da habitação; das relações pessoais, sociais e comunitárias; da saúde física e mental". Entre os participantes de cada grupo era também eleito um/a porta-voz com a função de anotar as respostas do grupo.

2ª Fase: Análise dos Dados

As anotações dos grupos foram transcritas em formato digital e serviram como base para uma análise qualitativa dos dados. No sentido de prosseguir nos métodos colaborativos, foi constituído um painel de investigação (*steering committee*) composto por dois membros da equipa de investigação e três utilizadores voluntários, líderes da *Rede Nacional das Pessoas com Experiência de Doença Mental*.

De acordo com a estratégia de consenso para interpretação dos dados (Barker and Pistrang, 2005), foram discutidos os dados e agrupados em dimensões e sub-dimensões criadas pelo painel. Os conteúdos mais frequentes de cada sub-dimensão foram seleccionados para compor os itens do questionário (i.e. 104 itens de um total de 700 conteúdos transcritos). Esta etapa resultou em 20 encontros em que utilizadores e investigadores colaboraram estritamente, trocando conhecimentos e demonstrando confiança recíproca.



3ª Fase: Construção do Questionário

A terceira etapa foi desenvolvida pelo mesmo *steering committee* em mais doze encontros, com o objectivo de construir o questionário inspirado-se no referencial teórico da Nussbaum (2000). A lista da autora serviu para estruturar o instrumento e organizar os itens pelas capacidades. O *steering committee* analisou em profundidade as definições de cada capacidade e procurou a coerência destas com os itens seleccionados na fase anterior. Neste sentido, as respostas dos focus group representam indicadores de capacidades. A medida que se discutia o ajustamento dos dados recolhidos, elaborava-se uma definição das capacidades específica do contexto em estudo. De facto, foram acrescentados conteúdos identificados nas respostas dos utilizadores às definições originais da Nussbaum, que reflectem dimensões do processo de empowerment, recovery e integração comunitária das pessoas com problemáticas de saúde mental.

4ª Fase: Validade Facial e de Conteúdo

A versão obtida de 104 itens, ordenados pelas 10 capacidades, foi aplicada a um novo grupo de 15 utilizadores voluntários da organização AEIPS (20% mulheres, média de idade 40 anos) com o objectivo de aferir a facilidade de compreensão e relevância. Todos/as participantes consideraram os temas abordados no instrumento muito relevantes, mas o preenchimento do mesmo foi julgado demasiado longo e cansativo.

Neste sentido, constituiu-se um novo painel de investigação para uma avaliação em profundidade da validade de conteúdo, com o intuito de reduzir a medida. Foram convidadas diversas fontes de *expertise* para esta etapa de validação do questionário, nomeadamente mais três utilizadores com uma longa experiência de utilização de serviços de saúde mental, auto-representação e actividades de ajuda mútua; dois *senior researchers* em Psicologia Comunitária (um perito em validação de medidas e um na abordagem das capacidades); três técnicos de programas comunitários em saúde mental. Os membros do painel, composto por um total de 8 pessoas com uma média de 15, 5 anos de experiência como utilizador/investigador/profissional, avaliaram individualmente cada item do questionário em termos quantitativos com uma escala Likert de 5 pontos acerca da relevância, e em termos de observações qualitativas acerca da clareza e adequação dos itens (Delgado-Rico, Carretero-Dios & Ruch, 2012).

A equipa de investigação apresentou os resultados qualitativos e quantitativos aos membros do painel em dois encontros, com o objectivo de se discutir e produzir uma versão definitiva.

Resultados

O Processo Empowering

O painel de investigação da segunda e terceira etapa deste estudo, foi constituído para assegurar os processos colaborativos do estudo na elaboração dos conteúdos do questionário. De facto, os modelos de investigação participativa/colaborativa sugerem a criação de uma equipa mista, em que os membros da comunidade em estudo sejam maioritárias comparando com os profissionais (Nelson & Prilleltensky, 2005).

O trabalho do *steering committee* permitiu uma efectiva partilha de poder e controlo, uma troca de conhecimentos e uma valorização da perspectiva dos utilizadores. O ambiente de confiança entre os membros da comunidade e os profissionais desencadeou uma relação de



suporte: a comunicação era aberta e o trabalho foi adaptado segundo as necessidades e a linguagem dos membros do grupo.

O Questionário das Capacidades

O Questionário das Capacidades para a Saúde Mental Comunitária (QC-SMC) apresentou bons índices de validade de conteúdo (4ª etapa do estudo), nomeadamente um *content validity index* de 0,89 (Delgado-Rico, Carretero-Dios & Ruch, 2012). Considerando ambos os resultados quantitativos e qualitativos, foram tomadas várias decisões nos encontros finais do painel, nomeadamente: 29 itens foram modificados em termos de formulação/linguagem utilizada, 2 itens foram acrescentados e 8 removidos por causa da redundância de conteúdos.

A versão definitiva do questionário apresenta assim 98 itens distribuídos pelas 10 capacidades, com uma escala Likert de 4 pontos (entre o 'Consegui alcançar totalmente' e 'Não consegui alcançar de todo') e uma opção de 'não se aplica'.

Pretende-se analisar esta versão em termos psicométricos e de validade com o objectivo de continuar a reduzir e afinar.

A Adaptação Ecológica das Capacidades

O trabalho de ajustamento entre os dados recolhidos através dos focus group e a lista da Nussbaum (3ª etapa do estudo), resultou numa adaptação cultural das capacidades à área da saúde mental. Às capacidades foram acrescentados elementos específicos identificados nas respostas dos utilizadores, que reflectem as dimensões de empowerment, recovery e integração comunitária. A primeira capacidade foi denominada "Vida e Saúde" (composta por 17 itens) e recolhe questões de saúde tanto física como mental: cuidar da própria condição física, fazer os exames médicos necessários e ter controlo sobre os processos de cuidados; gerir a medicação e os processos de cuidados psiquiátricos; estar activo/a no processo de recovery e reduzir os internamentos; ter uma alimentação equilibrada e hábitos saudáveis.

A segunda capacidade, "Integridade Física" (composta por 6 itens), consiste na liberdade de deslocar-se livremente na comunidade, utilizar e aproveitar dos espaços e recursos públicos; sentir-se seguro e protegido na própria habitação; não ter receio de ser vítima de abuso sexual ou de violência.

"Sentidos, Imaginação e Pensamento" (terceira dimensão com 9 itens), é a capacidade que envolve a utilização de sentidos, imaginação, pensamento e razão de forma construtiva e produtiva para a própria vida; ter e/ou procurar ter uma boa escolaridade bem como um nível intelectual que reflecta os próprios interesses; ser informado/a, culto/a, interessado/a, criativo/a.

A quarta capacidade denominada "Emoções, Sentimentos e Relações Afectivas" (composta por 15 itens), consiste em ser capaz de instaurar e viver relações saudáveis, em que haja respeito recíproco; ter sentimentos de empatia e responsabilidade; amar-se a si próprio/a; ter autoconfiança e optimismo em relação ao futuro.

"Razão Prática e Reflexão Crítica" é a sexta dimensão (composta por 11 itens) que investiga sobre a capacidade de analisar e reflectir criticamente sobre as situações e o próprio ambiente de vida; ser capaz de tomar decisões, de procurar soluções; ser capaz de gerir compromissos.

A sexta capacidade "Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias" (com 14 itens) consiste no



respeito e na consideração por si próprio/a e pelos/as outros/as; na não discriminação e estigmatização; nas oportunidades de desenvolver relações sociais, comunitárias e familiares; no desenvolvimento do sentimento de pertença à comunidade; nas oportunidades de ajuda interpares.

“Outras Espécies” é a oitava dimensão que descreve a capacidade de conviver bem com a natureza, com os animais e de aproveitar dos espaços livres públicos, enquanto “Lazer” é a nona capacidade sobre a oportunidade de se divertir e aproveitar das actividades recreativas (ambas compostas por 3 itens).

A última capacidade “Controlo do próprio Ambiente” é a mais extensa dimensão (com 20 itens), em que foram acrescentados, para além dos temas originais da Nussbaum (2000), elementos de participação cívica; de controlo dos próprios recursos; de organização e controlo da própria rotina, bem como da própria situação financeira; da independência familiar e habitacional; da autonomia dos serviços de saúde mental.

Conclusão

Limites do Estudo

A opção metodológica do presente estudo tem como carácter inovador a participação activa de membros de uma população que historicamente teve um papel passivo no sistema de saúde mental, em particular na implementação e avaliação dos serviços de suporte. O processo colaborativo também permitiu produzir uma medida contextualmente valida e específica, o que pode, por outro lado, dificultar a sua generalizabilidade e aplicação a outros contextos. Assim, recomenda-se que, em estudos futuros com outros grupos, se procure desenvolver em primeiro lugar uma etapa de validação da validade de conteúdo através de métodos colaborativos, para aferir a relevância e pertinência dos conteúdos e da linguagem utilizada na medida com membros da comunidade em estudo.

A versão definitiva do questionário aqui apresentado é um instrumento ainda bastante extenso, composto por 98 itens, o que pode inviabilizar o seu preenchimento. Neste sentido, estudos em curso estão a analisar as qualidades psicométricas do questionário com o objectivo de produzir uma versão reduzida e rigorosa, averiguando a sua validade, confiabilidade e consistência interna.

Por fim, a população em estudo pode apresentar alguns problemas de literacia que poderão comprometer a compreensão do questionário (Lincoln et al., 2017). Por conseguinte, os/as participantes à recolha de dados quantitativos deverão ser acompanhados/as por pessoas formadas e especializadas, para garantir o rigor dos dados recolhidos.

Notas conclusivas

A colaboração com os/as utilizadores permitiu obter resultados validos do ponto de vista ecológico, ou seja, validados pelos representantes da população em estudo (Christens & Perkins, 2008). Isso permitiu uma correcta interpretação dos dados e a produção de um questionário relevante para a própria comunidade em estudo.

O processo de adaptação cultural das capacidades de Nussbaum, permitiu elaborar indicadores de capacidades específicos e contextuais, contribuindo assim para a integração da teoria das capacidades na saúde mental e para a definição de um modelo inovador e transformativo.



De forma a apurar a validade do questionário do ponto de vista psicométrico, foram desenhadas novas etapas de validação: actualmente está a ser explorada a estrutura factorial da medida.

O Questionário das Capacidades tem por missão servir para os/as utilizadores como exercício de reflexão critica acerca dos percursos individuais e dos ganhos alcançados através do suporte recebido; para os serviços de saúde mental para orientar a intervenção no sentido de promover a integração e a autodeterminação dos/as utilizadores.

Agradecimentos

Agradecemos a participação de todos/as os/as utilizadores/as que permitiram o desenvolvimento do instrumento com a missão de promover as capacidades das pessoas com uma problemática de saúde mental.

Este trabalho foi desenvolvido com um financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/92224/2013), que muito se agradece pela concessão do apoio.

Contacto para correspondência

Beatrice Sacchetto – Doutoranda em Psicologia Comunitária
ISPA-Instituto Universitário
Rua Jardim do Tabaco nº34, 1149-041, Lisboa (PT)
bsacchetto@ispa.pt

Referências

- Alkire, S. (2002). Dimensions of human development. *World Development*, 30 (2), 181-205.
- Barker, C. & Pistrang, N. (2005). Quality criteria under methodological pluralism: Implications for conducting and evaluating research. *American Journal of Community Psychology*, 35, 201-212. <http://dx.doi.org/10.1007/s10464-005-3398-y>.
- Christens, B., & Perkins, D. D. (2008). Transdisciplinary, multilevel, action research to enhance ecological and psychological validity. *Journal of Community Psychology*, 36(2), 214-231.
- Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M., & O'Connell M. (2009). A capabilities approach to mental health transformation: A conceptual framework for the recovery era. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(2), 35-46.
- Delgado-Rico, E., Carretero-Dios, H., & Ruch, W. (2012). Content validity evidences in test development: An applied perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(3), 449.
- Hopper, K. (2007). Rethinking social recovery in schizophrenia: what a capabilities approach might offer. *Social Science & Medicine*, 65, 868-879. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.04.012.
- Lincoln, A. K., Adams, W., Eyllon, M., Garverich, S., Prener, C. G., Griffith, J., ... & Hopper, K. (2017) The double stigma of limited literacy and mental illness: Examining barriers to recovery and participation among public mental health service users. *Society and Mental Health*, 10.1177/2156869317707001.
- Nelson, G., & Prilleltensky, I. (2005). *Community psychology. In pursuit of liberation and well-being*. New York: Palgrave Mac Millan.



- Nussbaum, M. (2000). *Women and human development: The capabilities approach*. New York: Cambridge University Press.
- Nussbaum, M. (2011). Capabilities, entitlements, rights: supplementation and critique. *Journal of Human Development and Capabilities*, 12(1), 23-37.
- O'Connell, M.J. & Davidson (2010). L. Recovery-oriented care and choice. *Psychiatric Services*, 61, 845.
- Robeyns, I. (2005). The capability approach: a theoretical survey. *Journal of Human Development*, 6(1), 93-117.
- Rose D., Willis R., Brohan E., Sartorius N., Thornicroft G., Villiares C. (2011) Reported stigma and discrimination by people with a diagnosis of schizophrenia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, 193-204.
- Sen, A. (1993). Capability and well-being. In M. C. Nussbaum, & A. Sen (Eds.), *The quality of life* (pp.44-55). Oxford: Oxford University Press.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Shinn, M. B. (2014). The capabilities approach to transformative change in mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health* (pp.75-86). New York: Oxford University Press.
- Shinn, M. B. (2015). Community psychology and the capabilities approach. *American Journal of Community Psychology*, 55(3/4), 243-252.
- Trickett, E. J., & Espino S. L. R. (2004). Collaboration and social inquiry: Multiple meanings of a construct and its role in creating useful and valid knowledge. *American Journal of Community Psychology*, 34(1/2), 1-69.



PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO





Educação para a Expressão dos Afetos: Sinergias entre o Ensino Superior e o 3º Ciclo do Ensino Básico

Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Instituto Politécnico de Beja, Portugal

Resumo

As expectativas em relação ao papel da Escola na sociedade passam, essencialmente, por esta ser capaz de proporcionar a todas as gerações conhecimento, sociabilidade e desenvolvimento de competências pessoais e sociais. Espera-se que a formação ministrada prepare os indivíduos para a obtenção de êxito na vida pessoal e profissional e para aquisição de bem-estar. As dinâmicas educativas devem ocorrer em ambiente harmonioso, enriquecedor, atual e serem dinamizadas por profissionais competentes e assertivos. O ensino ministrado deve estar próximo da realidade dos alunos e fazer face às suas necessidades educativas, através do exercício de uma cidadania democrática e de articulação com a comunidade envolvente. Tendo por base estas premissas foi promovido o desenvolvimento de sinergias entre duas instituições, o Instituto Politécnico de Beja e o Agrupamento de Escolas nº 2 de Beja, através do Projeto designado de “Educação para a Expressão dos Afetos”. Esta iniciativa teve como principal objectivo possibilitar a partilha e a expressão de afetos entre alunos do ensino superior e alunos do 3º ciclo do ensino básico (dos 7º, 8º e 9 anos de escolaridade). Para viabilizar o encontro e as interações entre jovens de diferentes níveis de ensino e possibilitar vivências pessoais e sociais diversificadas, em diferentes realidades e contextos, foram organizadas pelos alunos do ensino superior atividades que tiveram em consideração a faixa etária dos alunos do ensino básico. Neste trabalho pretendemos mostrar de que forma uma parceria entre alunos de graus diferentes de ensino pode ser um motor de desenvolvimento pessoal e social.

Palavras chave: jovens; expressão dos afetos; competências socio-emocionais; desenvolvimento pessoal



Abstract

The expectations regarding the role of the school in society become, essentially, in that it is able to provide all the generations knowledge, sociability and development of personal and social skills. It is hoped that the training provided prepare individuals to achieve success in personal and professional life and acquisition of well-being. Educational dynamics must take place in harmonious environment, enriching current and be streamlined by competent and assertive professionals. The education provided should be close to the students' reality and to meet their educational needs, through the exercise of democratic citizenship and cooperation with the surrounding community. Based on these premises has promoted the development of synergies between the two institutions, the Polytechnic Institute of Beja and the School Group 2 of Beja, through the designated Project "Education for Expression of Affections." This initiative's main objective was to enable the sharing and expression of affection between higher education students and students of the 3rd cycle of basic education (of 7, 8 and 9 years of schooling). To facilitate the meeting and interaction between young people from different levels of education and enable diverse personal and social experiences in different situations and contexts, they were organized by the students of higher education activities that took into account the age of students in basic education. In this paper we intend to show how a partnership between students of different educational degrees can be an engine of personal and social development.

Keywords: young people, expression of affection, socio-emotional skills, personal development



Introdução

No domínio da Psicologia e da Educação, a investigação e a intervenção tem dado um particular destaque ao conceito de envolvimento dos alunos na escola, como uma alternativa aos problemas da escola e como uma via de desenvolvimento dos seus alunos (Faria, 2014). De acordo com Veiga, Pavlovic, García e Ochoa (2010) este conceito é apresentado como um constructo multidimensional que agrega três dimensões: afetivas, comportamentais e cognitivas de adaptação à escola. Nesta perspetiva, é preciso compreender como o aluno se encontra ligado à escola e até que ponto ele é considerado o agente da ação. Por conseguinte, trata-se de um conceito transdisciplinar que tem sido apontado como a via de respostas aos problemas nas escolas dos nossos dias. (Veiga, 2013). De acordo com Faria (2014) os sentimentos positivos de pertença e referência à escola encontram-se em permanente atualização e são determinados pela vivência e resultados escolares, mas, também, pelo tipo de apoio e atenção que a escola disponibiliza a cada um dos seus alunos. Segundo a autora, “É preciso que a escola seja tempo e espaço de qualidade formativa e que direcione o seu investimento positivo nos alunos. Por conseguinte, trabalha-se para que o sentimento de pertença e de referência à escola sejam positivos.” (Faria, 2014, 1627). Neste seguimento, é desejável que as dinâmicas do envolvimento dos alunos na escola viabilizem as boas ideias de cada aluno(a) e estimulem os estilos cognitivos positivos, criativos e empreendedores. Do pré-escolar ao ensino superior e à formação ao longo da vida para além de envolver é preciso capacitar os alunos ao nível do seu desenvolvimento pessoal e social. Este é um desafio que qualquer nível de ensino não pode descuidar se quiser construir cidadãos responsáveis e futuros profissionais competentes. A escola para além de dotar os seus alunos de um saber cognitivo deve promover iniciativas pedagógicas que permitam aos seus alunos serem detentores de um saber ser e sentir e de serem capazes de comunicar assertivamente e de expressar afetos. Nos últimos tempos temos observado que os agentes de educação dos vários níveis de ensino têm optado por realizar projetos como forma de promover o desenvolvimento dos seus alunos e o incremento de aprendizagens significativas. Esta abordagem constitui uma mais-valia, dado que permite que o ensino e a aprendizagem ultrapassem fronteiras. Assim, para além da concretização da ação educativa visada, as crianças e os jovens são motivados a envolverem-se tornando-se agentes participativos em todo o percurso do projeto, pondo à prova a sua iniciativa, criatividade, competência e conhecimento. Os interesses podem ser muitos, por isso, o professor tem como tarefa a orientação, gestão, e organização da ação a partir das múltiplas propostas que os seus alunos podem apresentar. O professor deve observar as competências dos seus alunos, evidenciá-las em ambientes estimulantes, gratificantes e de clima positivo. De seguida, possibilita a oportunidade de serem demonstradas. As boas ideias e as competências identificadas pelo grupo, são colocadas ao serviço do projeto. Este processo deve ser motivador para os alunos, reflexivo em cada etapa e a participação deve ser realizada de forma voluntária. Assim, os alunos tornam-se atores competentes e responsáveis do seu próprio projeto em comum, daí a envolvimento e o significado da aprendizagem para cada um. Foi nesta linha de pensamento que se considerou que seria oportuno trabalhar a educação da expressão dos afetos através de um projeto (Faria, Gonçalves & Ramos, 2016), que possibilitasse o desenvolvimento de sinergias entre as instituições, professores e alunos do Ensino Superior e do 3º Ciclo do Ensino Básico e assim, a vivência e partilha de afetos. O presente trabalho procura mostrar



os passos que foram estabelecidos para tornar possível a realização do Projeto “Educação para a Expressão dos Afetos” e de como é importante levar por diante este tipo de iniciativas e dar-lhes continuidade.

Metodologia

Objetivos

Este Projeto teve como principal meta possibilitar a partilha e a expressão de afetos entre alunos do ensino superior e alunos do 3º ciclo do ensino básico (dos 7º, 8º e 9º anos de escolaridade). Pretendia-se atingir os seguintes objetivos específicos: (1) Desenvolver a autoestima e identidade dos alunos; (2) Promover o auto-conhecimento dos alunos; (3) Favorecer uma atitude positiva face às relações humanas, à compreensão do(a) outro(a), à sexualidade e à afetividade; (4) Capacitar para saber expressar afetos e sentimentos de uma forma positiva; (5) Possibilitar a partilha de experiências e valores entre jovens do 3º ciclo do ensino secundário e ensino superior; (6) Proporcionar situações que favoreçam a expressão dos afetos e sentimentos; (7) Promover o encontro e as interações entre jovens de diferentes níveis de ensino de forma a possibilitar vivências pessoais e sociais diversificadas em diferentes realidades e contextos.

Participantes

Participaram nas atividades alunos e professores do ensino superior e do 3º ciclo do ensino básico. No primeiro caso estiveram envolvidos no projeto 6 professores e 250 estudantes de vários cursos do Instituto Politécnico de Beja, em particular, da Escola Superior de Educação e da Escola Superior de Saúde, das licenciaturas em Serviço Social (1º, 2º e 3º anos da ESE, IPBeja); Educação Básica (2º ano da ESE, IPBeja); Desporto (1º ano da ESE, IPBeja); Terapia Ocupacional (1º, 3º e 4º ano da ESS, IPBeja); Enfermagem (2º ano da ESS, IPBeja), e ainda dos Cursos Técnicos Superiores Profissionais em Psicogerontologia e em Apoio à Infância (1º ano da ESE, IPBeja). No segundo caso, estiveram envolvidos um total de 19 professores e os alunos do Agrupamento de Escolas nº 2 de Beja (Escola D. Manuel I e Escola Mário Beirão) que se encontravam a participar no Projeto “Educação para os Afetos e Sexualidade”, do 7º, 8º e 9º ano de escolaridade. Deslocaram-se até ao IPBeja um total de 277 jovens, que eram alunos do 3º ciclo do ensino básico do 7º e 8º anos de escolaridade, que foram acompanhados por 11 professores.

Procedimento

No âmbito de uma parceria, estabelecida em Outubro de 2015 entre o Instituto Politécnico de Beja (IPBeja) e o Agrupamento nº 2 de Beja (D. Manuel I e Mário Beirão) (A2B), foi delineado um Projeto de “Educação para a Expressão dos Afetos”. Após reflexão conjunta dos coordenadores (um do IPBeja e dois do A2B) sobre qual seria a melhor forma de implementar os objetivos visados anteriormente, considerou-se a possibilidade da organização de um encontro de jovens para os alunos do 7º e 8º anos de escolaridade e uma dinâmica de grupos para os alunos do 9º ano de escolaridade. Assim, tendo em consideração a faixa etária dos alunos do 3º ciclo do ensino básico foram projetadas duas atividades a saber, a *Atividade I*- o “Encontro de Jovens- Expressão dos Afetos” para os alunos do 7º e 8º anos de escolaridade; e a *Atividade II*- o “Túnel dos Afetos” para os alunos do 9º ano de



escolaridade. A *Atividade I* foi projetada para o mês de Abril de 2016, segunda semana, dado que se considerou que seria a melhor altura para todos os alunos intervenientes, pois estariam mais livres das suas atividades académicas. A *Atividade II* projetou-se para o final do mês de Abril por causa do Calendário Escolar dos seus dinamizadores, o 1º ano do CTESP em Apoio à Infância.

Atividade I - “Encontro de Jovens- Expressão dos Afetos”

Organização

A atividade foi planeada para o mês de abril de 2016, segunda semana, dado que se considerou que seria a melhor altura para todos os alunos, pois estariam mais livres das suas atividades académicas. A iniciativa tinha como objetivo principal proporcionar o convívio entre alunos do ensino básico e do ensino superior e, a partir daí, concretizar os objetivos específicos propostos anteriormente. O evento decorreu no dia 14 de Abril de 2016, das 9:00 às 12:00 horas tendo sido organizado um Programa que foi divulgado na comunidade académica e no exterior através de panfletos, cartazes expostos na comunidade, jornais online, internet e rádios locais (Rádio Pax divulgou entrevista no dia).

Para este propósito, considerou-se que era relevante organizar os seguintes momentos: I- Exposição de trabalhos realizados sobre os afetos pelos alunos do 3º ciclo do ensino básico do 7º e 8º ano de escolaridade designada de “Exposição dos Afetos”; II-Leitura de pensamentos sobre afetos e sentimentos realizados pelos alunos do 9º ano de escolaridade; III-Música, em particular, o Cante e a Viola Campaniça podiam ser uma mais valia da expressão cultural de afetos e sentimentos contextualizados no Baixo Alentejo. Pelo que foi feito o convite a Pedro Mestre e Paulo Colaço com “Os Meninos em Cante” para estarem presentes; IV-Partilha de experiências e de afetos entre alunos do 3º ciclo do ensino básico e alunos do ensino superior, através da participação dos alunos de licenciatura da Escola Superior de Educação e da Escola Superior de Saúde do IPBeja e do representante dos alunos, o Provedor de Estudante do IPBeja; e V-Dar oportunidade para os alunos do ensino superior também partilharem com os mais novos, futuros estudantes do ensino superior, as suas vivências académicas e sentimentos sobre a sua integração na cidade de Beja e afastamento da sua terra natal.

Para levar por diante o “Encontro de Jovens- Expressão de Afetos” foram envolvidos os alunos do 1º ano da licenciatura em Terapia Ocupacional, que no âmbito da Unidade Curricular de Desenvolvimento Pessoal II, realizaram uma reflexão sobre as suas competências pessoais identificando quais as que podiam partilhar com os jovens do ensino básico da faixa etária considerada. Os alunos consideraram a possibilidade de partilharem com os mais novos pensamentos, conhecimentos, experiências/vivências e competências pessoais.

Neste seguimento, foram planificadas e organizadas as seguintes atividades: I) SMS Afetos dos alunos do ensino superior; II) Envelopes para dar aos alunos com um SMS Afetos, fita “IPBeja Afetos” e balão colorido; III) Jogos com o apoio do Grupo de Ecologia e Desportos de Aventura - Campo Maior (GEDA); IV) Painel dos Sentimentos; V) Recolha de música atual preferida pelos jovens: Videoclips de música de Amor e Vida; VI) Canto Fado; VII) Canto Morna acompanhado com documentário visual sobre Cabo Verde; VIII) Exposição Multimédia; IX) Registo de SMS turma no computador; X) Animação de espaço exterior com



música contemporânea para expressão corporal/dança; XI) Decoração e organização dos espaços (Auditório dos Espaços dos Serviços Comuns do IPBeja, espaços envolventes e de exposição); XII) Apresentação do espetáculo (três apresentadores com comunicação interativa). XIII) Criação do Panfleto e do Poster; XIV) Reportagem com registo fotográfico; e XV) Divulgação do evento.

Para a realização da “Exposição sobre os Afetos” foram envolvidos os professores do Agrupamento de Escolas Nº2 (das disciplinas de Espanhol e Educação Visual e Tecnológica), que contribuíram para a realização de trabalhos criativos dos alunos do 7º e 8º anos de escolaridade, que ficaram expostos ao público durante o evento. Foram apresentados quadros, leques de afetos e sua simbologia, móveis, desenhos, puzzle coração e cartaz de auto-retratos e hétero-retratos.

O IPBeja ao aceitar o desafio do projeto envolveu os professores e os alunos das licenciaturas e CTeSPs da Escola Superior de Educação e os alunos das licenciaturas da Escola Superior de Saúde. Um total de 12 turmas dos cursos elaboraram cerca de 250 SMS AFETOS dedicados aos alunos do 3º ciclo do 7º e 8º ano de escolaridade do Agrupamento de Escolas nº 2. Apresentamos de seguida 9 dos 250 SMS Afetos realizados pelos alunos do ensino superior dirigidos aos alunos do ensino básico e secundário e que foram expostos na Exposição dos Afetos:

- “Com ternura e carinho o mundo é harmonioso, com afeto e amor o futuro é grandioso!” (aluna, CTeSP Psicogerontologia)
- “O sorriso de uma criança é a mais pura forma de felicidade!” (aluna, 2º ano de Enfermagem)
- “Um abraço faz avançar o mundo num sentido melhor.” (aluna, 2º de Terapia Ocupacional)
- “Há gente que alegra qualquer dia de chuva dentro de nós.” (aluna, 1º de Terapia Ocupacional)
- “Os verdadeiros amigos são os que nos ajudam a sermos sempre melhores e que estão connosco nas horas difíceis.” (aluno, 1º ano de Desporto)
- “Há coisas que as palavras não dizem, somente o olhar expressa, e o carinho confirma.” (aluna, 2º ano de Serviço Social)
- “Que nós nos encantemos cada vez mais pela simplicidade, pelo que é verdade, por tudo que vier do coração.” (aluna do 1º de Terapia Ocupacional)
- “Reparte o que tens de melhor: o teu amor e o teu sorriso.” (aluna, 3º ano de Serviço Social)
- “Não ouse desistir de tudo o que você sonhou.” (aluna, 1º de Terapia Ocupacional)

O Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo do IPBeja, viabilizou a logística dos balões, dos cartões das mensagens (250) e das 350 fitas “IPBeja Afetos”, e ainda, com o apoio do Secretariado da ESE-IPBeja, foram elaborados os Certificados. Assim, foi possível que cada participante recebesse à entrada do Auditório um envelope que continha: balão colorido, um SMS Afetos, uma fita colorida para colocar no pulso com as palavras inscritas IPBejaAfetos e um certificado de participação.



Desenvolvimento da Atividade I

As atividades previstas decorreram conforme o Programa apresentado no Panfleto construído para o efeito que foi ilustrado com trabalhos dos alunos, divulgado e fornecido aos participantes. Na Atividade I foi apresentado um percurso aos alunos com dez ações: AI- Exposição Multimédia; AII- Painei dos Sentimentos; AIII- SMS Afetos Turma no Computador; AIV- Música, dança e expressão cultural; AV-Jogo 1; AVI- Jogo 2- Tiro ao arco dos afetos; AVII- Exposição dos Afetos; AVIII- Distribuição de SMS – Afetos pelos alunos com fita IPBeja- Afetos, Programa e balões; AV IX- Videoclips de música de Amor e Vida; e AX – Encontro de Jovens- Expressão dos Afetos.

Devido ao número elevado de alunos envolvidos (277 alunos), o circuito percorrido podia ser alterado nas Atividades de I a VI. Dado que os alunos chegavam em horário diferente, a ideia era que todos pudessem participar nalguma atividade até às 10:00 horas, antes de entrarem no Auditório do IPBeja. As turmas que passaram pela AIII - *SMS Afetos Turma no Computador*, depois de reflexão, partilha e expressão em conjunto também deixaram a sua mensagem de afetos :

- “A todos unidos jamais serão vencidos!” (Turma 7ª A – D. Manuel I);
- “Disseram que a amizade não era um tesouro, mas afinal vale mais que um coração de ouro...” (Turma 7ªB – D. Manuel I);
- “Quando entrei para a escola entrei com colegas e saí com irmãos.” (Turma 8º A – D. Manuel I);
- “A amizade, tal como tudo no mundo não se recebe, merece-se.” (Turma 8º B – D. Manuel I);
- “Juntos somos mais fortes.” (Turma 7º D – Mário Beirão);
- “Desistentes nunca vencem, vencedores nunca desistem. *Be strong and never give up.*” (Turma 7ºB – Mário Beirão);
- “Quem tem amor sempre vence.” (Turma 8ºB – Mário Beirão);
- “Quando cantamos estamos sempre em harmonia.” (Mocinhos em Cante).

Atividade II – “Túnel dos Afetos”

Organização

No percurso da tarefa humana dos afetos e da sexualidade é preciso saber exprimir os sentimentos e orientar o comportamento de forma a prevenir situações de risco e a promover o desenvolvimento saudável. Neste seguimento, os Coordenadores do projeto consideraram relevante realizar uma atividade para os alunos do 9º ano de escolaridade que estivesse próxima das suas realidades e vivências afetivas. O objetivo dessa atividade seria o de desenvolver competências de resolução de problemas em situações que obrigam a pensar e a optar por escolhas de saúde e felicidade. Foi então proposta uma dinâmica de grupo, o desenvolvimento de um “Túnel dos Afetos”, a ser dinamizado pelos alunos do 1º ano do Curso Técnico Superior Profissional (CTeSP) em Apoio à Infância, com a colaboração duma professora do IPBeja.



Tudo começou no mês de janeiro de 2016 com um levantamento de contos “amorosos” sobre a vivência dos afetos e sexualidade na adolescência na Escola Mário Beirão. Em conformidade com os conteúdos curriculares do 9º ano foi envolvida uma professora de português que orientou os alunos nesta atividade de escrita criativa. Foram escolhidos dois contos que foram a base da dramatização e interação a promover (História 1 “A precipitação” e História 2 “A rapariga e o *nerd*”).

Os alunos do 1º ano do Curso Técnico Superior Profissional (CTeSP) em Apoio à Infância através dos textos criados, adaptaram os contos e delinearam situações problema encadeadas tendo em vista a especificidade dos alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico do 9º ano de escolaridade. Depois de treinarem os seus papéis, a tarefa da dramatização foi implementada no espaço da Biblioteca do Centro Escolar. Foi proporcionado a interação e a expressão dos afetos entre os alunos através de uma dramatização conjunta realizada pelos alunos das duas instituições, IPBeja e agrupamento nº2 de Beja. Os alunos (em grupo de três) participaram na atividade percorrendo o itinerário proposto. Eram convidados a contactar e a refletir diante de situações simuladas do dia a dia dos adolescentes, positivas e negativas, às quais no final era dada uma orientação positiva de vida, no sentido de aprender a saber lidar com problemas e a ultrapassar obstáculos relacionais.

Desenvolvimento da Atividade II

O objetivo principal desta atividade era o de levar os alunos a vivenciar e refletir acerca de situações reais ou próximas da sua realidade juvenil de vivências e expressão de afetos. Destacamos três momentos de ação e envolvimento dos estudantes: (1) a construção do próprio conto; (2) a adaptação do conto para dramatização; e (3) a dramatização conjunta do mesmo pelos jovens. Este percurso, foi uma mais valia em termos de formação cognitiva e afetiva, para todos os participantes.

Houve ainda que gerir os tempos de permanência na atividade, de modo a que todos os alunos do 9º ano, interagissem na dramatização do conto e participassem na reflexão final, sobre as posturas assumidas na relação amorosa entre adolescentes.

É de salientar, que na realização desta atividade estiveram envolvidos 79 alunos do agrupamento nº2 de Beja e 16 alunos do CTeSP de Apoio à Infância do IPBeja. O único recurso utilizado foi o espaço e os materiais existentes na biblioteca.

A implementação da Atividade II resultou essencialmente devido à criatividade e implicação que os participantes puseram na realização do encadeamento da dinâmica proposta, recorrendo de forma espontânea às suas competências simbólicas de improviso, expressão corporal e verbal.

Avaliação do Projeto “Educação para a Expressão dos Afetos”

Podemos dizer que as metas propostas para o Projeto “Educação para a Expressão dos Afetos” foram alcançadas, dando cumprimento aos seguintes objetivos formulados de início:

- Dar continuidade à parceria entre o IPBeja e o Agrupamento de Escolas nº 2 de Beja;
- Desenvolver parceria IPBeja e o Agrupamento de Escolas nº 2 de Beja no domínio da área da Educação e Expressão dos Afetos;
- Promover a partilha e a expressão de afetos entre alunos do ensino superior e alunos do 3º ciclo do ensino básico (dos 7º, 8º e 9 anos de escolaridade);



- Desenvolver competências de comunicação dos alunos do ensino superior com os alunos do 3º ciclo do ensino básico.
- Possibilitar a partilha de experiências e valores entre jovens do 3º ciclo do ensino básico e ensino superior;
- Partilhar afetos entre os jovens do ensino superior e os do 3º ciclo do ensino básico através do “SMS – Afetos”, da apresentação de competências pessoais e culturais e da presença do Provedor de Estudante do IPBeja;
- Organização do evento “Encontro de Jovens- Expressão dos Afetos”;
- Organização da “Exposição dos Afetos” com mostra dos trabalhos realizados pelos alunos no âmbito do Projeto “Educação para os Afetos e sexualidade”;
- Organização e participação dos alunos no “Túnel dos Afetos”;
- Trazer os 277 alunos do 3º ciclo do ensino básico e respetivos professores ao evento “Encontro de Jovens: Expressão dos Afetos”;
- Promover o encontro e as interações entre jovens de diferentes níveis de ensino de forma a possibilitar a vivências pessoais e sociais diversificadas em diferentes de realidades e contextos.

No Projeto “Educação para a Expressão dos Afetos” foram também identificados os seguintes indicadores de resultado concretizados adicionalmente ao plano de ação-2016:

- O tempo de duração do encontro, foi bem planificado e cumprido com rigor, o que permitiu a boa gestão do deslocamento dos alunos, quer a pé, quer através de transporte.
- O nível elevado do número de participantes no projeto ao nível das duas atividades.
- Os alunos do curso de licenciatura em Terapia Ocupacional produziram um CD com a reportagem fotográfica do evento.
- Todos os alunos (inclusive do Ensino Especial) das turmas dos 7º e 8º anos, do agrupamento, participaram no encontro, bem como os alunos de vários cursos do IPBeja, o que foi uma significativa mais valia que proporcionou a concretização efetiva do protocolo assinado entre o Agrupamento de Escolas nº 2 de Beja e o IPBeja.
- A presença e a participação de alunas de Cabo Verde, que frequentam o IPBeja, constituíram uma valorização de outras culturas e uma convivência salutar, entre culturas diferentes.
- A existência, em simultâneo de atividades lúdicas, para receber os alunos do agrupamento nº2 de Beja, foi bastante positiva, na medida em que os alunos partilharam bons momentos e interagiram de forma enriquecedora - alunos do 3º ciclo e do Ensino Superior.
- Este encontro consistiu numa experiência valiosa para os alunos do Agrupamento nº2 de Beja e do IPBeja, no seu processo formativo e consciencialização da construção afetiva no seu desenvolvimento.
- Os Coordenadores do Projeto tiveram um feedback positivo de alunos e professores das duas instituições para dar continuidade ao Projeto.



Discussão

A implementação de iniciativas no âmbito da "Educação para os Afetos e Sexualidade" realizadas durante o ano letivo 2015/16 no Agrupamento de Escolas nº2 de Beja, foi o ponto de partida para a articulação entre o ensino superior e o 3º ciclo do ensino básico. Por conseguinte, o trabalho colaborativo entre os professores dos dois níveis de ensino permitiu o desenvolvimento e a organização do Projeto "Educação para a Expressão dos Afetos" no IPBeja, fato que possibilitou o envolvimento e o convívio de alunos e professores de vários níveis de ensino e da comunidade. Efetivamente, estabeleceu-se uma ponte humana real entre o Ensino Básico e Secundário e o Ensino Superior através da constituição de um grupo de trabalho, viabilizado pela parceria realizada entre o Agrupamento de Escolas nº2 de Beja e o Instituto Politécnico de Beja. Este grupo planeou, envolveu alunos e professores dos níveis de ensino implicados e organizou a Atividade I- "Encontro de Jovens- Expressão dos Afetos" direcionada para os alunos do 7º e 8º ano de escolaridade e Atividade II – "Túnel dos Afetos", orientada para os alunos do 9º ano de escolaridade, viabilizando de forma real o protocolo de colaboração assinado anteriormente pelas duas instituições. De acordo com Vasconcelos (2011,9) "O trabalho de projeto contribui para que as aprendizagens tenham um significado, sejam portadoras de sentido, envolvendo as crianças (ou os adultos) na resolução de problemas reais ou na busca de respostas desconhecidas." De acordo com o autor, neste processo destacam-se as seguintes competências: (1) a recolha e tratamento de informação; e (2) a aprendizagem do trabalho de grupo, da colaboração, da tomada de decisão negociada, a atividade meta-cognitiva, e o espírito de iniciativa e criatividade. Pudemos constatar a vivência consciente destas etapas ao longo da iniciativa pedagógica em causa neste trabalho. Houve a preocupação de que no Projeto a "Educação para a Expressão dos Afetos" e nas suas Atividades I e II, estivessem envolvidos alunos e professores do ensino superior que na altura ministrassem unidades curriculares com objetivos afins ao projeto. O balanço final foi positivo e observaram-se testemunhos de alunos e professores que salientaram a importância da promoção de atividades deste tipo e da sua continuidade. Este facto consciencializou a equipa de trabalho, das potencialidades interventivas pedagógicas benéficas, para ambas as instituições, em futuras colaborações. Os coordenadores deste projeto, em reflexão conjunta, concluíram que este conjunto de iniciativas contribuiu para a formação socioprofissional dos alunos relevando aspetos que não são capitalizáveis em termos de currículos, mas sim em termos de formação pessoal, numa perspetiva holística. Seria importante que no próximo ano letivo, este projeto tivesse continuidade, podendo já ser preconizado no "Plano Anual de Atividades" de ambas as instituições. Por outro lado, fica aqui o desafio a outras instituições educativas para realizarem sinergias entre níveis de ensino diferentes de forma a promover contactos intergeracionais de afetos. É preciso dar oportunidades aos jovens para comunicar de forma assertiva, para isso, é bom que se envolvam em projetos gratificantes promotores de desenvolvimento pessoal e social, que permitam a aquisição de competências de relação e de expressão dos afetos.

Agradecimentos

Agradecimentos aos professores e direção do Agrupamento de Escolas Nº 2 de Beja, aos docentes do IPBeja e aos alunos do 1º ano de Terapia Ocupacional (Ano lectivo 2015/16).



Contacto para Correspondência

Maria Cristina Faria, Instituto Politécnico de Beja, Rua Pedro Soares. 7800-295 Beja, Portugal, mcfaria@ipbeja.pt

Referências

- Faria, M.C. (2014). Envolvimento dos estudantes na Escola e Promoção do Coaching Educacional e Empreendedorial. *Livro de Atas do I Congresso Internacional Envolvimento dos Alunos na Escola: Perspetivas da Psicologia e Educação*, Lisboa: Instituto de Educação da Universidade de Lisboa (1621-1633). ISBN: 978-989-98314-7-6
- Faria, M.C., Gonçalves, M. & Ramos, M. (Coord.) (2016). *Educação para a Expressão dos Afetos: Relatório*. Beja: Instituto Politécnico de Beja, ISBN:978-989-8008-23-7.
- Veiga, F., Pavlovic, Z., García, F. & Ochoa, M. (2010). Escala de Envolvimento dos Alunos na Escola: primeiros elementos da adaptação portuguesa da "Student Engagement in School Scale". *I Seminário Internacional "Contributos da Psicologia em Contextos Educativos"*. Braga: Universidade do Minho, 401-408, ISBN- 978-972-8746-87-2401
- Vasconcelos, T. (2011). Trabalho de Projeto como "Pedagogia de Fronteira". *Da Investigação às Práticas*, I (3), 8-20.
- Veiga, F. (Cord.) (2013). *Psicologia da Educação, Teoria, Investigação e Aplicação, Envolvimento dos Alunos na Escola*. Lisboa: Climepsi. ISBN 978-972-796-337-9



Modelos de promoção e desenvolvimento de competências empreendedoras em contexto escolar

Marco Fontes¹, Ana Rita Lopes, & M^a Fátima Simões¹

1. Universidade da Beira Interior, Portugal

Resumo

O estudo das dimensões intrínsecas à concretização da promoção de competências empreendedoras em contexto escolar tem sofrido, ao longo dos últimos anos, a dificuldade de tentar superar algumas das limitações impostas pela existência, na investigação, de diferentes definições de empreendedorismo e de diversificadas abordagens e visões da própria educação empreendedora (Blenker et al., 2011; Gibb, 2008; Mahieu, 2006; Rasmussen & Nybye, 2013). Contudo, verifica-se que começam a ser definidos alguns consensos, nomeadamente no que diz respeito ao facto de se considerar que o ensino do empreendedorismo pode e deve ocorrer no início da vida de um indivíduo, como criança (Kourilsky & Walstad, 2002; Kuip & Verheul, 2003; Lundström & Stevenson, 2005; L. Stevenson & Lundström, 2002) e que o contexto escolar é um contexto primordial para o desenvolvimento dessa intervenção (Chaves, 2009; Fillion, 2006; Pepin, 2011b; Samson & Morin, 2013). Paralelamente, contudo, cresce também a consciência de que a educação empreendedora não pode procurar um modelo único de intervenção, devendo procurar diversificar-se, nas suas configurações e metodologias, aos contextos de intervenção – escola, universidade ou outros – e às faixas desenvolvimentais dos alvos de intervenção – crianças, jovens e/ou adultos (Lackéus, 2015). Será apresentada uma reflexão que procura colocar em análise diferentes modelos de educação empreendedora, bem como apresentar implicações para a prática dos mesmos.

Palavras-chave: Desenvolvimento de competências, Competências empreendedoras, Escola.



Abstract

The study of the dimensions implicated in the promotion of entrepreneurial skills in school context has suffered over the past few years, the difficulty of trying to overcome some of the limitations imposed by the existence, in the investigation, of different definitions of entrepreneurship and diversified approaches and visions about entrepreneurial education (Blenker et al, 2011; Gibb, 2008; Mahieu, 2006; Rasmussen & Nybye, 2013). However, it seems that some consensus is beginning to be reached, particularly as far as the fact of considering that entrepreneurship education can and should occur early in the life of an individual, as a child (Kourilsky & Walstad, 2002; Kuip & Verheul, 2003; Lundström & Stevenson, 2005; L. Stevenson & Lundström, 2002) and that school is a primary context for the development of this intervention (Chaves, 2009; Filion, 2006; Pepin, 2011b; Samson & Morin, 2013). At the same time, however, there is a growing awareness that entrepreneurship education cannot rely on a single model of intervention and that there is a need to diversify configurations and methodologies, the intervention contexts - school, university or other - and developmental stages of the targets of the interventions - children, youth and / or adults (Lackéus, 2015). It will be presented a reflection that seeks to put in question different models of entrepreneurial education and to present their implications for practice.

Keywords: Competencies development; Entrepreneurial competencies; School



Introdução

O facto de o conceito de empreendedorismo estar tão presente nas vidas quotidianas das sociedades modernas poderia fazer supor estarmos na presença de um conceito universal e comumente aceite, com significados pessoais e sociais claramente congruentes e perfeitamente assumidos. Contudo, uma análise mais aprofundada relativamente à investigação e literatura científica relativamente ao empreendedorismo rapidamente nos demonstram estarmos ainda na presença de um conceito ainda em construção e que podemos classificar de emergente. Aliás, apesar de não ser um fenómeno novo, a tentativa de estudo do empreendedorismo de uma forma mais sistemática tem assumido uma especial preponderância nas últimas três décadas (Kuratko, Morris & Schindehutte, 2015). É, contudo, relevante possuir a noção de que a ideia de se associar o empreendedorismo e a educação não é recente, sendo ainda assim distinta no que concerne à situação do ensino superior e dos restantes níveis de ensino, básico e secundário (Pepin, 2011a, 2015).

Enquadramento conceptual

O estudo das dimensões intrínsecas à concretização da educação empreendedora em contexto escolar tem sofrido, ao longo dos últimos anos, a dificuldade de tentar superar algumas das limitações impostas pela existência, na investigação, de diferentes definições de empreendedorismo e de diversificadas abordagens e visões da própria educação empreendedora (Blenker *et al.*, 2011; A. Gibb, 2008; Mahieu, 2006; Rasmussen & Nybye, 2013). Simultaneamente, verifica-se ainda um grande desfasamento em termos do investimento que os diferentes autores têm produzido ao nível da investigação relativamente da educação empreendedora em contexto universitário (Breneman, 2005; Gibb & Hannon, 2006; Gibb & Haskins, 2014; Gibb, 2005; Rae, 2010b; Santos & Caetano, 2010), quando comparada com os outros níveis de ensino, nomeadamente de contexto escolar. Mesmo em relação a estes, existe uma maior profusão de estudos direccionados a estudar as características e o impacto de intervenções direccionadas a alunos do ensino secundário (Cheung, 2008; Draycott, Era & Vause, 2011; Paço, Ferreira, Raposo, Rodrigues & Dinis, 2011; Rodrigues & Dinis, 2012), sendo ainda relativamente poucos os casos de estudos direccionados ao estudo da educação empreendedora em contexto escolar direccionada a crianças mais pequenas (Heilbrunn, 2010; Paço & Palinhas, 2011; Pepin, 2015; Tsakiridou & Stergiou, 2014).

Na investigação desenvolvida acerca desta temática começam a ser definidos alguns consensos, nomeadamente no que diz respeito ao facto de se considerar que o ensino do empreendedorismo pode e deve ocorrer no início da vida de um indivíduo, como criança (Kourilsky & Walstad, 2002; Kuip & Verheul, 2003; Lundström & Stevenson, 2005; Stevenson & Lundström, 2002) e que o contexto escolar é um contexto primordial para o desenvolvimento dessa intervenção (Chaves, 2009; European Commission/EACEA/Eurydice, 2012; Fillion, 2006; Pepin, 2011a; Samson & Morin, 2013). Paralelamente, contudo, cresce também a consciência de que os processos de promoção do desenvolvimento de competências empreendedoras, a que denominaremos de educação empreendedora, não podem procurar um modelo único de intervenção, devendo procurar



diversificar-se, nas suas configurações e metodologias, aos contextos de intervenção – escola, universidade ou outros – e às faixas desenvolvimentais dos alvos de intervenção – crianças, jovens e/ou adultos (Lackéus, 2015).

De acordo com Lackéus (2015), alguns autores têm vindo a fazer propostas para a conceptualização da educação empreendedora segundo modelos de progressão específicos. Esta tentativa de definição de modelos de progressão da educação empreendedora é ainda um esforço raro no âmbito da literatura científica desta área, não sendo ainda muito os autores que têm procurado contribuir para esta visão, dada a centração que se regista na investigação de propostas de intervenção em contexto de ensino superior e na operacionalização de programas. Esta configuração segundo a definição de diferentes modelos de progressão ao nível da promoção do desenvolvimento de competências empreendedoras em contexto escolar permite que sejam introduzidas mudanças graduais e sistemáticas ao nível das definições e dos resultados das intervenções produzidas à medida que os alunos vão progredindo no sistema educativo. Simultaneamente permite apoiar os professores na tentativa de estes incorporarem o empreendedorismo na própria educação, ao incrementar a compreensão das dinâmicas intrínsecas a essa conjugação (Lackéus, 2015). Procuraremos, de seguida, apresentar alguns desses modelos de progressão distintos que têm vindo a ser difundidos em diferentes países do mundo, nomeadamente no Reino Unido (Gibb, 2008), no Canadá (Ministère de l'Éducation, 2012), na Dinamarca (Rasmussen & Nybye, 2013) e na Suécia (Lackéus, 2013, 2015).

Relativamente ao modelo de progressão da educação empreendedora proposto por Gibb (2008), o autor propõe que, por forma a permitir que a educação empreendedora seja incluída no sistema educativo, esta teria de ser “centrada na criança na educação primária, centrada nas temáticas no ensino secundário, centradas nas dimensões vocacionais nas restantes tipologias de ensino e configurada como disciplina no ensino superior”(p. 122). Em função desta categorização destes quatro níveis de educação, Gibb (2008) procurou ainda ligar as quatro etapas do seu modelo de progressão a oito resultados supostamente testáveis e que consistem em diferentes variações de competências empreendedoras, cognitivas e não-cognitivas, que seriam passíveis de serem avaliadas em cada nível de ensino. Nesta sua obra, Gibb (2008) apresenta ainda alguns exemplos relativamente a exercícios e metodologias de avaliação de competências que poderiam ser usados no contexto educativo, de acordo com cada um dos níveis implicados.

Um modelo distinto deste é o proposto pelo Governo do Québec, que tem procurado, ao longo dos últimos anos, definir políticas de enquadramento da educação empreendedora no âmbito do sistema educativo (Duchaine, 2007; Ministère de l'Éducation, 2013; Pepin, 2011b; Rollin, Daigle & Lemay, 2011).

O modelo de progressão apresentado para a educação empreendedora em contexto escolar procura valorizar, de forma integrada no ensino primário e secundário, três processos básicos que são relevantes, não só para o desenvolvimento de uma cultura empreendedora em contexto escolar, mas também para a promoção do desenvolvimento vocacional dos jovens (Ministère de l'Éducation, 2012).

Dessa forma, são apresentados como processos básicos de desenvolvimento o contínuo investimento nos processos de descoberta, exploração e experimentação. Cada um desses processos é desenvolvido de forma cíclica ao longo de todo o período de enquadramento do



indivíduo no contexto educativo, sendo mais ou menos ativados em função do estágio desenvolvimental dos alunos.

Segundo este modelo de desenvolvimento de competências empreendedoras em contexto escolar, o processo de descoberta é ativado gradualmente, começando no ensino básico e sendo continuamente operacionalizado até ao final de escola secundária, tendo como objetivos procurar ajudar os alunos a: a) descobrir a existência do empreendedorismo; b) descobrir as suas qualidades empreendedoras; c) consciencializar-se do seu espírito empreendedor; d) descobrir os recursos disponíveis na comunidade imediata; e) descobrir o seu potencial para completar um projeto.

Já o processo de exploração deverá também ser ativado de forma crescente, desde o fim do 1º ciclo do ensino básico, prolongando-se até ao ensino secundário, procurando ajudar os alunos a: a) explorar o seu perfil empreendedor; b) aplicar o seu espírito empreendedor em diferentes contextos; c) explorar as suas atitudes e estratégias; d) explorar, em maior profundidade, as suas próprias qualidades, potencial e capacidades para desenvolver um projeto; e) explorar os diferentes papéis sociais do empreendedorismo; f) explorar a comunidade e começar a construir a sua própria rede de contactos.

Por último, o processo de experimentação deveria ser também introduzido gradualmente, mas de forma bastante intensiva no ensino secundário, procurando permitir aos alunos: a) testar o seu perfil empreendedor em ação, através de experiências de ação; b) experimentar processos de tomada de decisão e aplicar as aprendizagens empreendedoras em diferentes situações; c) experimentar a criação de um projeto empreendedor, incluindo a implementação e o desenvolvimento de contactos com a comunidade mais abrangente; d) aplicar o seu espírito empreendedor em diferentes contextos; e) consciencializar-se do seu próprio espírito empreendedor e definir opções de carreira; f) pensar, analisar e tornar-se consciente.

O terceiro modelo de progressão da educação empreendedora que apresentamos é o modelo desenvolvido por Rasmussen e Nybye (2013).

No seu modelo, estes autores propõem que existem quatro dimensões básicas da educação empreendedora que deverão ser tidos em conta pelos educadores, independentemente do nível educativo em questão, sendo estas dimensões a ação, a criatividade, a perceção do ambiente e a atitude (Rasmussen & Nybye, 2013).

No que concerne à dimensão ação, neste modelo ela é entendida como a habilidade e o desejo dos alunos para implementarem iniciativas de criação de valor, bem como a habilidade para concretizar essas iniciativas através de processos de cooperação, parceria e construção de redes (Sarasvathy & Venkataraman, 2011; Venkataraman, Sarasvathy, Dew & Forster, 2012). Esta dimensão inclui ainda a capacidade de comunicar de forma adequada e de organizar, preparar, planificar e liderar atividades (Rasmussen & Nybye, 2013).

A dimensão criatividade é descrita por Rasmussen e Nybye (2013) como a capacidade para descobrir e criar ideias e oportunidades (Shane & Venkataraman, 2000), bem como a habilidade para combinar conhecimento, experiência e recursos pessoais em diferentes áreas de novas formas (Sarasvathy, 2001). Neste contexto, a criatividade pode ainda ser vista como a habilidade para criar e rever perceções pessoais, para experimentar e para improvisar no sentido da resolução de problemas e de enfrentar desafios (Saraçoğlu, Duran & Taskin, 2010; Saraçoğlu & Duran, 2009).



A perceção do ambiente é concebida como a dimensão que implica conhecimento e compreensão do mundo envolvente, tanto local como globalmente (Rasmussen & Nybye, 2013). Neste sentido, implica a capacidade de analisar o contexto em termos sociais, culturais e económicos, como base para o desenvolvimento de atividade e ações de criação de valor (Venkataraman, Sarasvathy, Dew & Forster, 2012).

Por último, a dimensão atitude é concebida como os recursos pessoais e subjetivos com os quais os alunos enfrentam os desafios e as tarefas (Rasmussen & Nybye, 2013). A atitude pessoal é baseada na capacidade de trabalhar consistentemente, ultrapassando a ambiguidade, a incerteza e a complexidade. Implica ainda a capacidade de aceitar e de aprender com os outros e com os próprios erros (DeTienne & Chandler, 2004) e de fazer avaliações e reflexões éticas.

No sentido de fortalecer estas quatro dimensões e a sua relação com o conhecimento e os conteúdos mais específicos da escola e dos diferentes níveis de ensino, é essencial que os alunos desenvolvam contínuas e sistemáticas experiências, com os processos de criação de valor empreendedor como parte do ensino. A experiência é entendida neste modelo como o envolvimento ativo e pessoal em processos e a experiência de ligação entre teoria e prática que ligam as quatro dimensões com os conteúdos específicos de aprendizagem, de acordo com os diferentes níveis gradativos de complexificação.

Um último modelo de progressão da educação empreendedora que referenciamos é o modelo integrador de Lackéus (2015), que foi desenvolvido por este autor no seguimento da tentativa de criação de um modelo unificado de compreensão da progressão da educação empreendedora em contextos educativos. O modelo proposto resulta da congregação de quatro modelos previamente analisados pelo autor (Blenker et al., 2011; Gibb, 2008; Lackéus, 2013; Rasmussen & Nybye, 2013), incorporando várias dimensões consideradas centrais para a compreensão de uma progressão na educação empreendedora.

Na análise que efetuou a modelos prévios, Lackéus (2015) verificou que existiam algumas características que eram comumente apontadas, nomeadamente a existência de uma abordagem de trabalho de grupo, um foco na criação de valor, uma tentativa de fazer os alunos contactar com o mundo exterior e o providenciar de ações com vista a desenvolver conhecimento e competências aos alunos.

Com base nestas referências, foi criado um modelo que procura identificar quais as dimensões presentes em cada passo de uma progressão da educação empreendedora em contexto educativo, sendo definido um passo genérico sempre presente e três passos subsequentes que se traduzem na progressão.

No primeiro passo deste modelo, Lackéus (2015) recomenda uma abordagem infundida ou inserida das temáticas empreendedoras nos diferentes conteúdos académicos e não como uma disciplina separada. Resultante desta abordagem são esperados, como produtos, a criatividade, o envolvimento e a autoeficácia, mas também a incerteza e a ambiguidade, que podem ser experiências negativas desta fase inicial (Lackéus, 2013). No segundo passo, que poderá, por exemplo, corresponder ao ensino secundário, existe uma bifurcação de opções em termos de progressão da educação empreendedora, na qual, numa das opções, os alunos continuam numa abordagem infundida ou disseminada de conteúdos empreendedores, continuando estes a ser propostos numa lógica de criação de valor e de propostas de ação sobre o currículo. Nesta fase, contudo, alguns alunos poderão fazer uma escolha de



enveredarem por domínios do conhecimento mais conotados com a área económica ou financeira e, para estes, a noção “estreita” de educação empreendedora fará mais sentido, na medida em que serão inseridos em ambientes formativos orientados para o estudo e criação de empresas, adotando uma linguagem específica desses contextos.

Um terceiro e último passo implica um aprofundamento das dimensões intrínsecas à educação para o empreendedorismo, com maior explicitação teórica e modelos de criação de valor centrados na emergência de competências mais específicas. Na abordagem mais alargada, isto poderá resultar no desenvolvimento de indivíduos mais empreendedores, capazes de criar valor em vários domínios da sociedade e em diferentes contextos de vida. No caso dos indivíduos inseridos na noção mais “estreita”, isto é, envolvidos em processos pessoais de formação empresarial ou económica, poderão ser operacionalizados processos que, na base de um aprofundamento teórico relevante, possam levar à concretização da criação de novas organizações sustentáveis. Como resultado final deste processo formativo mais especializado, os indivíduos estariam habilitados para a criação de novos negócios dentro ou fora de organizações pré-estabelecidas, mas seriam também indivíduos empreendedores, capazes de criar crescimento e valor em todos os domínios da sociedade (Davidsson & Honig, 2003; Obschonka, Silbereisen, Schmitt-Rodermund & Stuetzer, 2011; Redford, 2008; Stuetzer, Obschonka & Schmitt-Rodermund, 2012).

Reflexões para a prática

Pela análise dos modelos apresentados, podemos concluir que o ideal seria a tentativa de introdução da educação empreendedora em idades precoces, preferencialmente no nível pré-escolar ou básico (Insulander, Ehrlin & Sandberg, 2015; Kuip & Verheul, 2003; Schmitt-Rodermund, 2004; Schoon & Duckworth, 2012), com uma definição “alargada” de empreendedorismo disseminada e inserida no currículo e relevante para os alunos (Lackéus, 2013, 2015; Lackéus, Lundqvist & Middleton, 2013).

Seria relevante que fosse efetuada uma alteração no discurso relativamente à relevância da introdução de projetos de promoção do desenvolvimento de competências empreendedoras em contexto escolar, colocando uma maior ênfase no facto destes poderem assumir um cariz diferenciado, apresentando-se como formas de intervenção passíveis de permitir a criação de dinâmicas de maior interesse, alegria, empenho e criatividade entre os alunos (Johannisson, 2010; Lackéus, 2013). Na realidade, recentemente alguns investigadores têm vindo a procurar identificar o potencial da educação empreendedora ao nível da capacidade para estimular o desempenho académico global dos alunos, estimulando a perceção dos alunos para a relevância das matérias ensinadas, aumentando a motivação e o envolvimento escolar e aliviando alguns dos problemas relativos à saturação com a escola e ao abandono da mesma (Lackéus, 2014, 2015; Mahieu, 2006; Moberg, 2014a; Surlemont, 2007).

Um exemplo prático desta capacidade transformadora do contexto é-nos também apresentada através dos resultados de eficácia relativos à implementação de intervenções específicas em contexto escolar, nomeadamente no que concerne ao projeto “*(Des)Envolver Empreendendo*” (Fontes, 2016). Nessa análise regista-se que o processo educativo desenvolvido contribuiu significativamente para o incremento da construção de novos significados pessoais e sociais dos alunos envolvidos, quer no que concerne às dimensões



empreendedoras, quer relativamente ao próprio processo de construção pessoal e de relação com o mundo envolvente, permitindo a integração de dimensões cognitivas, afetivas e emocionais por parte dos alunos, bem como, simultaneamente, se apresentou como uma mais-valia em termos da demonstração da eficácia e pertinência de desenvolvimento de práticas e metodologias participativas no contexto educativo, na medida em que, através da avaliação dos indicadores de processo medido, se registou um claro envolvimento dos alunos nas atividades e com manifestação de uma motivação para a aprendizagem significativa. A este facto não será alheio o forte investimento em práticas e estratégias de exploração reconstrutiva, bem como a valorização do trabalho colaborativo e cooperativo no contexto educativo preconizada pelo próprio projeto.

As intervenções orientadas para a promoção do desenvolvimento de competências empreendedoras, com vista a poderem ser integradas no contexto escolar, deverão funcionar como processos de ativação da plena cidadania, de apropriação e consciência dos direitos individuais e sociais, das possibilidades, responsabilidades e do seu exercício social, centradas na ação da pessoa sobre o meio (Berlim, Portella, Franceschini & Carvalho, 2006). Regista-se que as competências empreendedoras promovidas podem e devem ser entendidas como ferramentas valiosas para os jovens tentarem agir como decisores e construtores sociais e históricos (Pache & Chowdhury, 2012; Spinosa, Flores & Dreyfus, 1999), mas é importante ter a noção de que o desafio passa por integrar esse potencial desenvolvimental no âmbito de dimensões curriculares, que possam impulsionar uma aprendizagem profunda e significativa aos alunos, aliando componentes de conhecimento teórico com atividades de cariz empreendedor e prático, com participação ativa de elementos da comunidade envolvente.

Neste sentido, uma das dimensões que nos parecem relevantes destacar remete-nos para a inevitabilidade de, no âmbito do planeamento, implementação e avaliação de projetos de promoção de competências empreendedoras no contexto escolar, se necessitar de atender a objetivos do âmbito do próprio desenvolvimento psicológico dos indivíduos. Esta conclusão deriva da noção de que, naturalmente, o desenvolvimento humano não se reduz ao desenvolvimento psicológico (Campos, 1985), mas de algum modo o exclui, pelo que faz sentido assumir um ponto de vista psicológico quando o objetivo global é a promoção do desenvolvimento humano e a capacitação para a vida (Menezes, 1998), como nos parece ser o caso deste tipo de intervenções. Partindo deste pressuposto de conceptualização das intervenções orientadas para o desenvolvimento de competências empreendedoras como também vincadamente associadas à promoção do desenvolvimento global do indivíduo, importa destacar a relevância que a abordagem construtivo-ecológico-desenvolvimental do desenvolvimento humano apresenta no sentido configurador da intervenção neste domínio. O repto primordial que se coloca nos tempos próximos à Escola será a criação ou a adequação a um modelo genérico potenciador da emergência de respostas inovadoras e de competências empreendedoras nos seus alunos, preconizando-se processos interventivos cada vez mais precoces, contínuos ao longo do tempo e participados pelos agentes dos significativos dos sistemas ecológicos e vivenciais primordiais do indivíduo.

Este desafio deverá ser ainda, necessariamente, alargado à própria Psicologia Escolar, no sentido em que se considera que esta se deverá consciencializar da necessidade de desenvolver um suporte mais efetivo e contínuo à introdução de estratégias de



desenvolvimento de competências empreendedoras em contexto escolar, se não por mais razões, pela mera constatação de que estas acabam também por ter como objetivo e objeto o próprio desenvolvimento psicológico.

Simultaneamente, a Psicologia Escolar poderá ter um papel relevante no auxílio à construção e definição de práticas educativas holísticas e harmoniosas, suscetíveis de integrar as dinâmicas de desenvolvimento de competências empreendedoras em vários processos de desenvolvimento humano que normalmente são objetivadas no contexto escolar, como o são, a título de exemplo, os processos interventivos direcionados para a formação pessoal e social, para a promoção do desenvolvimento de competências sociais e/ou humanas, ou ainda, para o próprio desenvolvimento vocacional dos alunos.

Contacto para Correspondência

Marco Fontes, Universidade da Beira Interior, marco.fontes@ubi.pt

Referências

- Berlim, C. G., Portella, F. O., Franceschini, I. S., & Carvalho, M. T. de. (2006). Princípios e práticas do empreendedorismo: Um novo paradigma em educação e psicopedagogia. *Revista Psicopedagogia*, 23(70), 62–67. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862006000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Blenker, P., Korsgaard, S., Neergaard, H., & Thrane, C. (2011). The questions we care about: paradigms and progression in entrepreneurship education. *Industry and Higher Education*, 25(6), 417–427. doi:10.5367/ihe.2011.0065.
- Breneman, D. W. (2005). Entrepreneurship in higher education. *New Directions for Higher Education*, 2005(129), 3–9. Journal Article. doi:10.1002/he.168.
- Campos, B. P. (1985). Consulta psicológica e projectos de desenvolvimento humano. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 1, 5–9.
- Chaves, R. R. (2009). *Empreendedorismo na escola: A emergência de um outro paradigma na educação/formação*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Cheung, C. K. (2008). Practicing Entrepreneurship Education for Secondary Pupils through the Operation of a New Year Stall in Hong Kong. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 17(1), 15–31. doi:10.3860/taper.v17i1.347.
- Davidsson, P., & Honig, B. (2003). The role of social and human capital among nascent entrepreneurs. *Journal of Business Venturing*, 18(3), 301–331. Journal Article. doi:10.1016/s0883-9026(02)00097-6.
- DeTienne, D. R., & Chandler, G. N. (2004). Opportunity Identification and Its Role in the Entrepreneurial Classroom: A Pedagogical Approach and Empirical Test. *Academy of Management Learning & Education*, 3(3), 242–257. Journal Article. doi:10.5465/AMLE.2004.14242103.
- Dominguinhos, P., Sardinha, B., Carvalho, L., Ramalho, N., & Pereira, R. (2005). Assessing Entrepreneurial Education in Higher Education in Portugal. In *Fostering Entrepreneurship: The Role of Higher Education*. Trento, Italy.
- Draycott, M. C., Rae, D., & Vause, K. (2011). The assessment of enterprise education in the secondary education sector: a new approach? (H. Matlay, Ed.) *Education + Training*, 53(8/9), 673–691. doi:10.1108/00400911111185017.
- Duchaine, P. (2007). *Un Entrepreneur Dans Ma Classe! Guide à l'intention des enseignants du secondaire*. Québec: Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Disponível em http://www.inforoutefpt.org/entrepreneuriat/documents/secondaire_2_1.pdf.
- European Commission/EACEA/Eurydice. (2012). *Developing Key Competences at School in Europe: Challenges and Opportunities for Policy*. Brussels: Eurydice. doi:10.2797/93204.
- Filion, L. J. (2006). Um roteiro para desenvolver o empreendedorismo. In *Forum iniciativa Brasil para a Inovação (FIBRA)*. Fortaleza, Ceará. Disponível em



- <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Um+roteiro+para+desenvolver+o+empreendedorismo#0..>
- Fontes, M. (2016). *Desenvolvimento de competências empreendedoras em contexto escolar: Estudo do impacto de uma intervenção*. Tese de doutoramento. Universidade da Beira Interior.
- Gibb, A. (2005). Towards the entrepreneurial university: entrepreneurship education as a lever for change. *National Council for Graduate Entrepreneurship Policy* Disponível em <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Towards+the+Entrepreneurial+University:+Entrepreneurship+education+as+a+lever+for+change#4..>
- Gibb, A. (2008). Entrepreneurship and Enterprise Education in Schools and Colleges: Insights from UK Practice. *International Journal of Entrepreneurship Education*, 6(2), 101–144. Disponível em <http://www.senatehall.com/entrepreneurship?article=298..>
- Gibb, A., & Hannon, P. (2006). Towards the entrepreneurial university? *International Journal of Entrepreneurship Education*, 4. Disponível em <http://irandanesh.febpc.com/FileEssay/karafarin-c-1386-10-30-m21.pdf..>
- Gibb, A., & Haskins, G. (2014). The university of the future: an entrepreneurial stakeholder learning organization? In A. Fayolle & D. T. Redford (Eds.), *Handbook on the Entrepreneurial University* (Vol. 4, pp. 25–63). Cheltenham, UK. doi:10.4337/9781781007020.
- Heilbrunn, S. (2010). Advancing Entrepreneurship in An Elementary School: A Case Study. *International Education Studies*, 3(2), 174–184. Journal Article.
- Insulander, E., Ehrlin, A., & Sandberg, A. (2015). Entrepreneurial learning in Swedish preschools: possibilities for and constraints on children's active participation. *Early Child Development and Care*, (February), 1–11. doi:10.1080/03004430.2015.1007967.
- Johannisson, B. (2010). The Agony of the Swedish School when Confronted by Entrepreneurship. In K. Skogen & J. Sjövoll (Eds.), *Creativity and Innovation. Preconditoin for Entrepreneurial Education* (pp. 91–121). Trondheim: Tapir Academic Press.
- Kourilsky, M. L., & Walstad, W. B. (2002). The Early Environment and Schooling Experiences of High-Technology Entrepreneurs: Insights for Entrepreneurship Education. *International Journal of Entrepreneurship Education*, 1(1), 1–20. Journal Article. Disponível em http://www.senatehall.com/uploads/fck/The+Early+Environment+and+Schooling+Experiences+of+High-Technology+Entrepreneurs_+Insights+for+Entrepreneurship+Education.pdf..
- Kuip, I. van der, & Verheul, I. (2003). *Early Development of Entrepreneurial Qualities: the Role of Initial Education* (Journal Article No. N200311). Zoetermeer. Disponível em <http://www.entrepreneurship-sme.eu/pdf-ez/N200311.pdf..>
- Kuratko, D. F., Morris, M. H., & Schindehutte, M. (2015). Understanding the dynamics of entrepreneurship through framework approaches. *Small Business Economics*, 6, 1–13. doi:10.1007/s11187-015-9627-3.
- Lackéus, M. (2013). *Developing Entrepreneurial Competencies: An Action-Based Approach and Classification in Education*. Thesis for the degree of Licenciade of Engineering. Chalmers University of Technology. Disponível em <http://publications.lib.chalmers.se/publication/186625..>
- Lackéus, M. (2014). An emotion based approach to assessing entrepreneurial education. *The International Journal of Management Education*, 12(3), 374–396. doi:10.1016/j.ijme.2014.06.005.
- Lackéus, M. (2015). *Entrepreneurship in Education: What, Why, When, How*. Paris: OECD. Disponível em http://www.oecd.org/cfe/leed/BGP_Entrepreneurship-in-Education.pdf..
- Lackéus, M., Lundqvist, M., & Middleton, K. W. (2013). How can Entrepreneurship Bridge Between Traditional and Progressive Education? In *ECSB Entrepreneurship Education Conference*. Århus, Denmark. doi:10.1063/1.4861115.
- Lundström, A., & Stevenson, L. (2005). *Entrepreneurship policy: Theory and practice*. New York: Kluwer Academic Publishers. Disponível em <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007/b104813.pdf..>
- Mahieu, R. (2006). *Agents of Change: A policy study of Entrepreneurship and Enterprise in Education*. Umeå: Umeå University. Disponível em <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:144651/FULLTEXT01.pdf..>
- Menezes, I. (1998). *Desenvolvimento Psicológico na Formação Pessoal e Social*. Tese de doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Minho.



- Ministère de L'Éducation. (2013). *Sensibilisation à l'entrepreneuriat*. Québec: Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport - Québec.
- Ministère de l'Éducation, du L. et du S. du Q. (2012). *Integrating entrepreneurship into the guidance-oriented approach to learning*. Québec: Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Disponível em <http://www.saj.gouv.qc.ca/documentation/outils/brochures-guides/documents/guide-pedagogique-en.pdf>.
- Moberg, K. (2014). Two approaches to entrepreneurship education: The different effects of education for and through entrepreneurship at the lower secondary level. *International Journal of Management Education*, 12, 512–528. doi:10.1016/j.ijme.2014.05.002.
- Obschonka, M., Silbereisen, R. K., Schmitt-Rodermund, E., & Stuetzer, M. (2011). Nascent entrepreneurship and the developing individual: Early entrepreneurial competence in adolescence and venture creation success during the career. *Journal of Vocational Behavior*, 79(1), 121–133. Journal Article. doi:10.1016/j.jvb.2010.12.005.
- Pache, A.-C., & Chowdhury, I. (2012). Social Entrepreneurs as Institutionally Embedded Entrepreneurs: Toward a New Model of Social Entrepreneurship Education. *Academy of Management Learning & Education*, 11(3), 494–510. Journal Article. doi:10.5465/amle.2011.0019.
- Paço, A. do, Ferreira, J., Raposo, M., Rodrigues, R. G., & Dinis, A. (2011). Entrepreneurial intention among secondary students: findings from Portugal. *International Journal of Entrepreneurship and Small Business*, 13(1), 92–106. Disponível em <http://inderscience.metapress.com/index/K64513U264JT5383.pdf>.
- Paço, A. do, & Palinhas, M. J. (2011). Teaching entrepreneurship to children: a case study. *Journal of Vocational Education & Training*, 63(4), 593–608. Journal Article. doi:10.1080/13636820.2011.609317.
- Pepin, M. (2011a). L'entrepreneuriat en milieu scolaire: de quoi s'agit-il? *McGill Journal of Education*, 46(2), 303. doi:10.7202/1006441ar.
- Pepin, M. (2011b). L'éducation entrepreneuriale au primaire et au secondaire: Gros plan sur la micro-entreprise scolaire. *Revue canadienne de l'éducation*, 34(3), 280–300. Disponível em <http://journals.sfu.ca/cje/index.php/cje-rce/article/viewFile/756/1070>.
- Pepin, M. (2015). *Apprendre à s'entreprendre en milieu scolaire: Une étude de cas collaborative à l'école primaire*. Thèse de Doctorat en Psychopédagogie. Université Laval.
- Rae, D. (2010). Universities and enterprise education: responding to the challenges of the new era. *Journal of Small Business and Enterprise Development*, 17(4), 591–606. doi:10.1108/14626001011088741.
- Rasmussen, A., & Nybye, N. (2013). *Entrepreneurship Education: Progression Model*. Odense C: The Danish Foundation for Entrepreneurship - Young Enterprise.
- Redford, D. T. (2008). *The state of entrepreneurship education in Portugal – An empirical study on a nascent system in the european union policy framework*. Thesis presented in partial fulfillment of requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Management. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Rodrigues, R. G., & Dinis, A. (2012). The effect of an entrepreneurial training programme on entrepreneurial traits and intention of secondary students. In *Entrepreneurship - Born, made and educated* (pp. 77–92). Disponível em http://www.researchgate.net/publication/230634533_Entrepreneurship_-_Born_Made_and_Educated/file/79e415023955fee487.pdf#page=91.
- Rollin, J., Daigle, G., & Lemay, E. (2011). *Entreprendre ici à l'école*. Québec: Fondation de l'entrepreneurship. Disponível em http://www.vivreenlotbiniere.com/upload/vivre/editor/asset/EIL/EIL_ecole_web2.pdf.
- Samson, G., & Morin, D. (Eds.). (2013). *Les retombées de l'entrepreneuriat éducatif: du primaire à l'université*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Santos, S. C., & Caetano, A. (2010). Atitude dos estudantes universitários face ao empreendedorismo: Como identificar o potencial empreendedor? *Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 9(4), 2–14. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpb/v9n4/v9n4a02>.
- Saraçoğlu, M., & Duran, C. (2009). Creative entrepreneur's fostering the role of the environment. *Electronic Journal of Social Sciences*, 8(30), 131–152.
- Saraçoğlu, M., Duran, C., & Taskin, E. (2010). Entrepreneurship Creativity's Three Dimensions:



- Person, Process And Product. *Anadolu University Journal of Social Sciences*, 10(2), 1–14.
- Sarasvathy, S. D. (2001). Causation and Effectuation: Toward a Theoretical Shift From Economic Inevitability to Entrepreneurial Contingency. *Academy of Management Review*, 26(2), 243–263. doi:10.5465/AMR.2001.4378020.
- Sarasvathy, S. D., & Venkataraman, S. (2011). Entrepreneurship as Method: Open Questions for an Entrepreneurial Future. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 35(1), 113–135. doi:10.1111/j.1540-6520.2010.00425.x.
- Schmitt-Rodermund, E. (2004). Pathways to successful entrepreneurship: Parenting, personality, early entrepreneurial competence, and interests. *Journal of Vocational Behavior*, 65(3), 498–518. Journal Article. doi:10.1016/j.jvb.2003.10.007.
- Schoon, I., & Duckworth, K. (2012). Who becomes an entrepreneur? Early life experiences as predictors of entrepreneurship. *Dev Psychol*, 48(6), 1719–1726. Journal Article. doi:10.1037/a0029168.
- Shane, S., & Venkataraman, S. (2000). The promise of entrepreneurship as a field of research. *Academy of Management Review*, 25(1), 217–226. doi:10.5465/AMR.2000.2791611.
- Spinosa, C., Flores, F., & Dreyfus, H. L. (1999). *Disclosing new worlds: Entrepreneurship, democratic action, and the cultivation of solidarity*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Stevenson, L., & Lundström, A. (2002). *Beyond the rhetoric : defining entrepreneurship policy and its best practice components*. Örebro: Swedish Foundation for Small Business Research.
- Studdard, N. L., Dawson, M., & Jackson, N. L. (2013). Fostering Entrepreneurship and Building Entrepreneurial Self-Efficacy in Primary and Secondary Education. *Creative and Knowledge Society*, 3(2), 1–14. doi:10.2478/v10212-011-0033-1.
- Stuetzer, M., Obschonka, M., & Schmitt-Rodermund, E. (2012). Balanced skills among nascent entrepreneurs. *Small Business Economics*, 41(1), 93–114. doi:10.1007/s11187-012-9423-2.
- Surlemont, B. (2007). Promoting enterprising: a strategic move to get schools' cooperation in the promotion of entrepreneurship. In A. Fayolle (Ed.), *Handbook of Research in Entrepreneurship Education: Contextual perspectives. Volume 2*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
- Tsakiridou, H., & Stergiou, K. (2014). Entrepreneurial Competences and Entrepreneurial Intentions of Students in Primary Education. *International Journal of Humanities Social Sciences and Education (IJHSSE)*, 1(9), 106–117. Disponível em <http://www.arcjournals.org/pdfs/ijhsse/v1-i9/15.pdf>.
- Venkataraman, S., Sarasvathy, S. D., Dew, N., & Forster, W. R. (2012). Reflections on the 2010 AMR Decade Award: Whither the Promise? Moving Forward with Entrepreneurship As a Science of the Artificial. *Academy of Management Review*, 37(1), 21–33. doi:10.5465/amr.2011.0079.



O Papel da Criatividade e da Tecnologia no Contexto Educacional: Avaliação e Práticas

Denise de Souza Fleith¹, Eunice Maria Lima Soriano de Alencar¹, & Maria Cristina Rodrigues de Azevedo Joly¹

1. Universidade de Brasília, Brasil

Resumo

Interatividade, mobilidade, interconectividade, globalização e velocidade são apontadas como características do mundo digital que determinaram a definição de novas relações entre conhecimento, cultura e trabalho. Tal fato indica a necessidade da educação adaptar-se à demanda social, oferecendo aos estudantes oportunidades e formação para lidar efetivamente com os desafios da sociedade do conhecimento. Isso requer a utilização de recursos mais criativos e o desenvolvimento nos alunos de habilidades cognitivas voltadas para a solução de problemas por meio da busca seletiva de informação útil, atual, científica e com aplicação imediata que os coloca em condições de lidar com novas tecnologias e linguagens. Neste sentido, é necessário que a incorporação de recursos tecnológicos na educação seja acompanhada de práticas pedagógicas que estimulem a criatividade. O reconhecimento dos interesses e estilos de aprendizagem dos alunos, a diversificação de técnicas instrucionais, tarefas e formas de avaliação, e a implementação de atividades que encorajem a imaginação, a fluência, originalidade e flexibilidade de ideias são exemplos de práticas favoráveis ao desenvolvimento do potencial criativo no contexto escolar.

Palavras-chave: criatividade; tecnologia, avaliação, educação.



Abstract

Interactivity, mobility, interconnectivity, globalization, and speed are pointed out as characteristics of the digital world which determine the definition of new relationships among knowledge, culture, and work. This fact indicates the need of education to adapt to the social demand, offering to student opportunities and know-how to deal with challenges of the knowledge society. This implies the use of more creative resources and the development of cognitive abilities in order to solve problems through the search of useful, update, practical, and scientific information, and with immediate application that puts them in a position to deal with new technologies and languages. In this regard, it is necessary that the incorporation of technological resources in education is accompanied by pedagogical practices that promote creativity. The recognition of interests and learning styles of students, diversification of instructional techniques, tasks and forms of evaluation, and implementation of activities that encourage imagination, fluency, originality and flexibility of ideas are examples of practices favorable to the development of creative potential in the school environment.

Keywords: creativity; technology, assessment, education.



Introdução

A criatividade, fenómeno complexo e plurifacetado, tem recebido uma atenção crescente, dado os seus benefícios para o indivíduo e sociedade (Alencar & Fleith, 2009; Nakano & Wechsler, 2012). Uma das ideias errôneas que dominou o pensamento dos psicólogos até meados do século passado era a sua concepção como um fenómeno inato, dependente especialmente de características individuais, desconsiderando-se o papel do ambiente na sua promoção. Por esta razão, é importante compreender não apenas como desenvolvê-la e encorajá-la, mas também como avaliá-la ou mensurá-la.

A sua avaliação é um dos tópicos que tem sido objeto de numerosos estudos e discussões, os quais têm contribuído para desmistificar a concepção da criatividade como um fenómeno mágico, misterioso e inacessível. Quais são as vantagens do desenvolvimento e uso de medidas de criatividade? Como avaliar as distintas facetas desse constructo? Em que categorias se distribuem os instrumentos padronizados de avaliação da criatividade? Quais são os principais desafios e cuidados ao se fazer uso desses instrumentos? Como as medidas de criatividade podem ser empregadas no contexto de ensino-aprendizagem de forma a orientar professores no planeamento e utilização de instrução apropriada para desenvolver potencialidades e assegurar a motivação dos alunos?

A incorporação de recursos tecnológicos na educação seja acompanhada de práticas pedagógicas que estimulem e avaliem a criatividade pode ser um caminho, especialmente em uma era marcada pela globalização, interatividade digital, conectividade e mobilidade. Cada vez, torna-se evidente a necessidade da educação adaptar-se à demanda social, oferecendo aos estudantes oportunidades e formação para lidar efetivamente com os desafios da sociedade do conhecimento. Isso requer a utilização de recursos mais criativos e o desenvolvimento nos alunos de habilidades cognitivas voltadas para a solução de problemas por meio da busca seletiva de informação útil, atual, científica e com aplicação imediata que os coloca em condições de lidar com novas tecnologias e linguagens.

Os recursos tecnológicos associados à capacidade de representar e transmitir informação, denominados Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), têm sido amplamente utilizados em diversos âmbitos de atividades humanas. Distintas práticas sociais estão cada vez mais orientadas por e para essas tecnologias. Crianças e adolescentes que crescem na sociedade de hoje podem ser considerados nativos digitais, o que torna a integração das TIC na educação uma necessidade iminente para responder às demandas desses estudantes. Ademais, tem sido debatido o uso de recursos tecnológicos como um elemento potencialmente facilitador da expressão criativa.

Entre as características das TICs que poderiam facilitar o desenvolvimento da criatividade, destacam-se o carácter provisório, que permite aos usuários fazer mudanças e experimentar alternativas; a interatividade, que possibilita aos usuários se envolver em diversos níveis de interação; e o alcance, que facilita o acesso a uma vasta quantidade de informações.



O uso de recursos tecnológicos pode ser apontado como um elemento potencialmente facilitador da expressão criativa (Burkhardt & Lubart, 2010; Rasinen et al., 2009; Lewis, 2009; Loveless, 2007). Vilarinho-Rezende, Borges, Fleith e Joly (2014), conduziram um estudo cujo objetivo deste estudo foi examinar, por meio de revisão de literatura de artigos empíricos e relatos de experiência, a relação do uso das tecnologias da informação e comunicação (TICs) e a criatividade no contexto da educação. A busca foi realizada nas bases de dados brasileiras Scielo, Pepsic e Portal CAPES, considerando as publicações no período de 2004 a 2014. Foram selecionados 28 artigos que atenderam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos. Das pesquisas selecionadas, nenhuma foi realizada no Brasil. Os contextos de investigação foram a educação básica, universitária e a formação de professores. Os estudos investigaram uma diversidade de TICs e, de forma geral, a maioria apresentou relação com o desenvolvimento da criatividade no contexto educacional.

Por outro lado, Cysneiro (1999) chama a atenção para um fenômeno que ele denomina de “inovação conservadora”, ou seja, o uso das novas tecnologias digitais para realizar tarefas que poderiam ser feitas com a mesma eficiência por meio dos instrumentos tradicionais, como lápis e papel. Neste sentido, a criatividade tecnológica, como conhecimento científico aplicado à solução de problemas do cotidiano visando melhores e mais rápidos resultados de modo a possibilitar eficácia e qualidade de vida, é uma *expertise* a ser desenvolvida por meio do ensino no contexto educacional atual em que tecnologia digital e inovação são referências para a produção e aquisição de conhecimento. Em considerando o conceito, atenção especial deve ser dada aos modelos de instrução-avaliação que considerem tanto as características individuais do estudante relativas a habilidades cognitivas, metacognitivas e traços de personalidade quanto os processos específicos imbricados na criatividade tecnológica em contexto educacional. Ao lado disso, vale refletir acerca do quão eficiente é o processo criativo, com vistas à criatividade tecnológica, em função da experiência pessoal do indivíduo na família, escola e comunidade e de sua competência para gestão do conhecimento. O que se busca no contexto educacional é implementar estratégias e formas de avaliação que estimulem e contemplem as habilidades criativas de professores e alunos. O uso apropriado da tecnologia pode ser uma alternativa promissora.

Contato para correspondência:

Denise de Souza Fleith E-mail: fleith@unb.br

Referências

- Alencar, E. M. L. S., & Fleith, D. S. (2009). *Criatividade: Múltiplas perspectivas* (3ª ed.). Brasília: Ed. UnB.
- Burkhardt, J., & Lubart, T. (2010). Creativity in the age of emerging technology: Some issues and perspectives in 2010. *Creativity and Innovation Management*, 19, 160-166.
- Cysneiros, P. G. (1999). Novas tecnologias na sala de aula: Melhoria do ensino ou inovação conservadora? *Informática Educativa*, 12, 11-24.
- Lewis, T. (2009). Creativity in technology education: providing children with glimpses of their inventive potential. *International Journal of Technology and Design Education*, 19, 255-268.
- Loveless, A. (2007). *Literature review in creativity, new technologies and learning*. Retrieved from <http://archive.futurelab.org.uk/resources/publications-reports-articles/literature-reviews/Literature-Review382>



- Nakano, T. C., & Wechsler, S. M. (2012). Criatividade: Definições, modelos e formas de avaliação. In C. S. Hutz (Ed.), *Avanços em avaliação psicológica e neuropsicológica de crianças e adolescentes II* (pp. 327-361). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rasinen, A., Virtanen, S., Endepohls-Ulpe, M., Ikonen, P., Ebach, J., & Stahl-von Zabern, J. (2009). Technology education for children in primary schools in Finland and Germany: Different school systems, similar problems and how to overcome them. *International Journal of Technology and Design Education*, 19, 367-379.
- Vilarinho-Rezende, D., Borges, C. N., Fleith, D. S., & Joly, M. C. R. A. (2014). *Uso das tecnologias da informação e comunicação e sua relação com a criatividade: Revisão da literatura*. Manuscrito submetido à publicação.



Fazendo Face aos Comportamentos Aditivos em Contexto Escolar

Isabel Prata

*Equipa de Prevenção do Centro de Respostas Integradas (CRI) de Lisboa Ocidental da DICAD -Divisão
de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências da ARSLVT – Ministério da Saúde*

Contacto: isabel.prata@arslvt.min-saude.pt; iprataduarte@yahoo.com

Comunicação que fez parte do Simpósio “Prevenção dos Comportamentos Aditivos em Contexto
Escolar”

Resumo

A Equipa de Prevenção do CRI de Lisboa Ocidental, cuja área de intervenção abrange os concelhos de Amadora, Sintra, Oeiras e Cascais, desenvolve, em toda a sua área de abrangência, um projeto de prevenção universal - componente ambiental, através do qual implementa linhas orientadoras para lidar com situações relacionadas com o uso de substâncias psicoativas (SPA) em contexto escolar. No âmbito deste projeto realiza-se a formação a professores com responsabilidades de coordenação e da área da saúde e constrói-se um Guião de Procedimentos que é divulgado a todos os agentes socioeducativos e aos pais/encarregados de educação e alunos. Mantendo uma articulação próxima com os técnicos da Equipa de Prevenção e com técnicos da Saúde Escolar dos ACES, a escola passa, assim, a dispor de um instrumento orientador face a situações relacionadas com o uso de SPA. Reuniões regulares de discussão de casos e a possibilidade de encaminhamento dos casos, quando necessário complementam a intervenção. O desenvolvimento deste projeto criou a necessidade de organização de respostas de prevenção indicada, nomeadamente através das consultas para adolescentes e jovens em risco ou em fase de início de consumo de SPA, sendo que o CRI disponibiliza atualmente cinco locais de consultas de adolescente e jovens, com fácil acessibilidade e técnicos especializados em adições e nesta faixa etária. Procura-se garantir que os canais de comunicação entre as equipas da consulta, a equipa de prevenção, a saúde escolar e a escola sejam flexíveis, de forma a promover a sinalização e intervenção precoces.

Palavras-chave: Substâncias psicoativas; prevenção; contexto escolar; linhas orientadoras



Abstract

CRI Prevention Team of West Lisbon, whose area of influence covers the municipalities of Amadora, Sintra, Oeiras and Cascais, develops, an universal prevention project - environmental component - through which guidelines for dealing with situations related to the use of psychoactive substances in schools are developed. Within this project training for teachers is provided and a document with guidelines is elaborated for each school. After that information about the created guidelines is provided for all school staff members – teachers and other staff members and also to students and parents.

The school shall thus have a guiding instrument to deal with situations related to the use of psychoactive substances. Keeping a close link with Prevention Team and ACES staff members, regular meetings for case discussion happen and there is also the possibility of referring the cases when necessary for clinical interventions.

This project created the need for organizing indicated prevention responses, in particular through consultations for adolescents and young people at risk or in early stage of psychoactive substances consumption. CRI now offers five locals for teen and youth consultation, which have easy accessibility and adolescent specialized staff members. Aim is to ensure that communication channels between all institutions involved are flexible in order to promote early signalling and intervention.

Key words: Psicoactive substances; prevention; school context; guidelines



Fazendo Face aos Comportamentos Aditivos em Contexto Escolar

De acordo com os documentos que estabelecem os standards internacionais para a prevenção do consumo de drogas (EMCDDA, 2011 e UNODC, 2015) as intervenções que constituem um sistema de prevenção eficaz devem ter as seguintes características:

- Ter em atenção os aspetos do desenvolvimento das crianças e jovens, particularmente os períodos críticos de transição, nomeadamente na passagem de bebé a criança e na passagem de criança a adolescente.
- Contemplar os três níveis de prevenção universal, seletiva e indicada;
- Dirigir-se tanto aos factores individuais como ambientais de vulnerabilidade e resiliência.
- Ser implementadas nos vários sistemas sociais em que a pessoa se desenvolve.

Com fundamento nestes princípios, os projetos desenhados pela Equipa de Prevenção do CRI de Lisboa Ocidental são multicomponentes, multidimensionais e continuados. Desenvolvem-se em contexto comunitário e em contexto escolar.

O projeto a que diz respeito esta comunicação é um projeto que se desenvolve em contexto escolar, ao mesmo tempo que está associado a projetos de prevenção indicada, em que se realiza intervenção clínica com adolescentes.

A Prevenção em Contexto Escolar

A grande maioria dos adolescentes e jovens até aos 18 anos estão na escola¹¹ e as questões do desenvolvimento adolescente, nos aspectos “normais” e desviantes evidenciam-se e têm impacto na vida escolar.

Por isso a escola é um contexto adequado para fazer promoção da saúde e prevenção. Na verdade a escola tem de saber lidar com situações problema, nomeadamente as que estão relacionadas com o uso de substâncias psicoativas (e atualmente com os novos comportamentos aditivos) e é importante que esteja preparada para o fazer.

Mas a escola não pode nem deve intervir sozinha. Como referido no documento das Nações Unidas, “School based education for drug abuse prevention” (UNODC 2004) as escolas podem e devem estar preocupadas com as questões da prevenção do uso de substâncias psicoativas, contudo “não podem aceitar sozinhas a responsabilidade pela mudança dos comportamentos de saúde dos alunos, incluindo a redução do uso de drogas. As escolas podem influenciar os comportamentos de uso de drogas e espera-se que consigam fazer isso. Mas a função primária da escola é ensinar competências, dar conhecimentos e estabelecer uma base de valores face à saúde e as drogas, não mudar comportamentos que podem ser determinados por factores que estão para além da influência da escola.” (UNODC, 2004, p. 12)

Então um aspeto importante da prevenção em contexto escolar tem a ver com a organização dos princípios e práticas da escola para lidar com as situações relacionadas com substâncias psicoativas (SPA), promover nos professores e outros agentes socioeducativos competências para implementar esses princípios, ao mesmo tempo que se organizam parcerias com áreas da segurança e da saúde, que contribuam com funções complementares àquelas que são as funções da escola e que funcionem em articulação bem coordenada.

¹¹ Teóricamente todos as crianças, adolescentes e jovens dos 6 aos 18 anos estão na escola, mas as ausências e os *drop outs* levam tempo a ser resolvidos, o que permite que uma pequena parte ande fora do sistema durante períodos relativamente longos.



O Projeto “Guião de Procedimentos”

São estes aspetos que o projeto de prevenção que apresentamos aqui e que designámos “Projeto Guião de Procedimentos” procura contemplar. Face aos níveis de prevenção situa-se na prevenção universal, pois aplica-se a toda a comunidade escolar e ao mesmo tempo faz a ligação com a prevenção indicada, pois avalia e intervém no risco individual. Tem sido desenvolvido em parceria com as equipas de saúde das escolas e as equipas de saúde escolar dos cuidados de saúde primários dos agrupamentos de centros de saúde (ACES).

O Projeto consiste em criar e implementar nas escolas Linhas Orientadoras para que os agentes socioeducativos, os professores, os assistentes operacionais e os técnicos, saibam como agir face a situações relacionadas com o uso de substâncias psicoativas – drogas e álcool (neste momento estamos a procurar evoluir para englobar outros comportamentos aditivos como o uso problemático da internet ou dos jogos). Estabelecidas essas linhas orientadoras, promove-se a formação dos técnicos e dos professores para o diálogo com os adolescentes numa perspectiva compreensiva e colaborativa.

Como é que o projeto se operacionaliza?

Um conjunto alargado de agentes socioeducativos (professores, técnicos e assistentes operacionais) com responsabilidades na escola (e de que tem sempre de fazer parte um elemento da direção da escola) recebe formação sobre Prevenção dos Comportamentos Aditivos, que inclui informação sobre comportamentos aditivos e substâncias psicoativas e sobre estratégias de prevenção, conhecimentos sobre o desenvolvimento adolescente, e sobre modos de abordagem a adolescentes. Deste grupo formado sai um “grupo de referência” que irá coordenar e orientar os professores e técnicos da escola quando tiverem de lidar com as situações que surgirem e será o nosso interlocutor na escola (interlocutor dos parceiros externos).

O “grupo de referência” cria os princípios e linhas orientadoras específicas daquela escola, a partir de um Guião de Procedimentos modelo que é apresentado pela área da saúde (e que foi construído a nível regional em conjunto pelas áreas da saúde e educação, com contributos da polícia para os aspectos que dizem respeito ao tráfico de substâncias, no âmbito da colaboração do IDT – Instituto da Droga e Toxicodependências com a Casa Pia de Lisboa).

Os conteúdos do Guião de Procedimentos procuram contemplar grande parte das situações prováveis de ocorrerem no contexto escolar, tais como: alguns sinais e sintomas de consumo, o que fazer face às diferentes situações, o tráfico, as suspeitas de consumo, o consumo confirmado, dicas de como abordar os adolescentes, como informar a família e como lidar com as diferentes reacções dos jovens e das famílias.

O Guião de Procedimentos adaptado pela escola é em seguida divulgado junto da comunidade educativa. Toda a escola toma conhecimento dele e passa, assim, a dispor de um instrumento orientador face a situações relacionadas com o uso de Substâncias Psicoativas. Entra-se então numa segunda fase do projeto que é a utilização das orientações do Guião para lidar com as situações concretas. Esta segunda fase é acompanhada pelo Grupo de Referência da Escola, por nós, Equipa de Prevenção e pela Equipa de Saúde Escolar dos ACES (cuidados de saúde primários). Acompanhada como? Através de reuniões regulares de apoio à utilização do Guião e de discussão de casos.

Através desta descrição penso ter ficado claro que o Projeto Guião de Procedimentos tem objectivos de vários níveis: em primeiro lugar pretende organizar as políticas e princípios



da escola para lidar com situações relacionadas com substâncias psicoativas; Desenvolve parcerias que permitam que haja um verdadeiro trabalho de equipa entre a escola e a área da saúde, podendo contar também, em ações específicas, com as autoridades da segurança (a polícia). Num segundo nível promove nos professores competências para lidar com estas situações e com os alunos envolvidos, ao mesmo tempo que está associado a projetos de prevenção indicada em que se realiza intervenção clínica com adolescentes. Faz pois a ponte entre a intervenção social no contexto educativo e a intervenção terapêutica, nomeadamente psicoterapêutica.

É este interface entre o educativo e o clínico do Projeto que vamos abordar a seguir: As orientações do Guião para a abordagem das situações sugerem que o ponto de partida do encontro com o aluno sejam os sinais indiretos que ele dá, mais do que a evidência do uso de substâncias: Esses sinais indiretos podem ter vários significados, mas são sempre representativos de estarem a existir experiências de risco, com potencial impacto negativo na vida do adolescente. São sinais como alterações dos ritmos de vida, mudanças bruscas de humor, desinteresse e desmotivação, faltas ou atrasos frequentes na escola, dificuldades de atenção, concentração, memória e raciocínio, entre outros.

Face a estes sinais ou outros mais evidentes, o que se sugere é que haja um olhar aprofundado sobre o aluno e que a preocupação do adulto que observou os sinais seja partilhada com o grupo que chamámos “grupo de referência” que é responsável por esta área dentro da escola e na articulação connosco, técnicos da área dos CAD e da saúde. A partir daí a situação será discutida e orientada em equipa. As orientações para o diálogo com o adolescente procuram promover uma atitude simultaneamente firme e compreensiva. Não se trata de transformar o professor ou outro agente socioeducativo em terapeuta, nem de ignorar os regulamentos disciplinares das escolas, trata-se apenas de dar alguns instrumentos para escutar ativamente o adolescente e dessa forma poder entender o significado do que se passa, para aquele adolescente em particular. Sugere-se ainda que a tarefa de encetar o diálogo necessário com o adolescente/aluno seja delegado na pessoa que tiver uma relação de maior qualidade e de contacto mais fácil com aquele adolescente específico.

Assim, logo no primeiro momento em que se discutem os casos ou as situações, convidamos os professores e os técnicos da escola a lançar o olhar sobre dois aspetos que nos parecem fundamentais para uma intervenção bem-sucedida e que modificam o que habitualmente se faz na escola¹²:

1 - ao pensar no professor ou técnico que tem mais facilidade de contacto e melhor relação com o aluno, centra-se a discussão no aspeto da qualidade das relações e nas pessoas, dessa forma descentrando-a do comportamento ou da substância. Quando o agente socioeducativo escolhido vai conversar com o adolescente pode assim ir com uma perspetiva positiva: “eu sou aquele que melhor se pode entender com este jovem”, ficando de lado a atitude superegóica de censura e ameaça de ataque; Por outro lado este interlocutor do adolescente não está sozinho nesta conversa, ele é o representante de uma equipa com a qual discutiu a situação e concluiu orientações, o que é um elemento facilitador da relação.

¹² Habitualmente a escola tem uma perspetiva sobretudo disciplinadora e centrada no comportamento de consumo, com grande potencial para desencadear escaladas de reatividade mútua.



2 - o aspecto das diferenças e o seu significado: propõe-se que o olhar e o diálogo com o aluno se dirija para o que se está modificar nele, revelado nos sinais e sintomas observados, procurando compreender e o que é que isso mostra sobre o seu desenvolvimento e a sua evolução como pessoa psicossocial;

O que se pretende desta abordagem é a compreensão com alguma profundidade da situação, que possa fundamentar as propostas de intervenção que serão feitas a partir de uma discussão com o grupo de referência e os técnicos da área da saúde – Comportamentos Aditivos (CAD) e a Saúde Escolar. Perceber se e em quê o aluno pode precisar de ajuda e de que natureza deverá ser essa ajuda.

Procura-se promover uma atitude colaborativa também com as famílias, muitas vezes habituadas a serem chamadas à escola para ouvirem queixas sobre os filhos e serem responsabilizadas pela procura de soluções. Neste modelo de trabalho considera-se que a responsabilidade é de todos, colaborativamente: o aluno, a escola, a família e as instituições de saúde.

A Utilização do Guião de Procedimentos no Contexto Escolar

Após um ou alguns diálogos com o aluno pode haver vários desenvolvimentos da situação, mas o que se pretende é que o ponto da situação seja sempre feito na equipa pluri-institucional. Certas situações que envolvam grupos podem ter dois níveis de intervenção, de grupo e individual. Geralmente nas intervenções de grupo utilizam-se programas de promoção de competência socioemocionais associadas a sessões interativas de informação sobre substâncias psicoativas.

Há casos em que os alunos reagem negando qualquer significado dos sinais que preocupam o adulto. O que se sugere é que o adulto manifeste a sua preocupação, se mostre disponível para o caso de o aluno querer conversar novamente e ao mesmo tempo diga ao aluno que acredita nele quando diz que não se passa nada. O importante nestas situações é transmitir a preocupação, não fingir que não vê aquilo que vê e ao mesmo tempo não entrar numa relação que pode ser sentida pelo adolescente como persecutória. Se os sinais persistirem ou se agravarem, uma nova abordagem ao aluno poderá ser feita, pelo mesmo ou por outro adulto, de acordo com a avaliação do grupo de referência.

Muitos casos sinalizados são abordados e trabalhados apenas na escola e há uma monitorização durante algum tempo, podendo voltar a haver uma intervenção, se considerado necessário. São casos em que o uso de drogas ou álcool, bem como os sinais observados, parecem ser a expressão do processo adolescente, sem que pareça haver atingimento de aspectos importantes do desenvolvimento, tanto no presente como na história passada que é possível conhecer. Como refere Levisky (2013), a turbulência na adolescência é expressão de vida, faz parte da descoberta de si próprio e pode ser menos preocupante do que a evolução silenciosa em falso self. Nestes casos, por vezes a intervenção junto dos pais – que é sempre feita com conhecimento e em conjunto com os adolescentes – contribui para o reequilibrar de relações familiares que mostram ter qualidade suficiente para conter e apoiar o filho. O facto de poder haver uma observação longitudinal do aluno, ao longo do ano lectivo, permite a confirmação ou infirmação da hipótese do carácter benigno da crise observada.

Procuraremos ilustrar uma destas situações com a descrição de um caso:

Caso Francisco



O Francisco foi visto por uma assistente operacional a receber, junto da escola, qualquer coisa, que rapidamente guardou. A funcionária ficou com dúvidas sobre o que seria aquilo, por isso dirigiu-se à professora do grupo de referência e descreveu-lhe a situação. Preencheram em conjunto uma ficha de sinalização, onde a professora incluiu alguns dados que ela própria já tinha observado no aluno, nomeadamente que ele se mostrava sonolento nas aulas e andava com uma irritabilidade fora do habitual.

A situação do Francisco foi apresentada numa das reuniões interinstitucionais regulares de discussão de casos previstas pelo Projeto e foram decididos os procedimentos a tomar, tendo como referência o Guião.

Tal como combinado nessa reunião, a diretora de turma, foi conversar com o Francisco, para lhe falar da preocupação com ele, abordando a questão a partir dos sinais de mudança de comportamento que haviam sido observados. No decorrer do diálogo o Francisco acabou por confirmar o uso pontual de haxixe. Falaram um pouco sobre estes consumos, sobre o seu significado e sobre a influência que poderiam estar a ter naquela irritabilidade e sonolência. Para o aluno tratava-se de experimentar, conversas com colegas haviam despertado a sua curiosidade. Concordou que andava mais irritado do que habitualmente, mas não ligava isso ao consumo. Limitou-se a dizer à professora: são coisas da minha vida que não andam a correr bem. A professora não insistiu em saber mais e propôs que o Francisco elaborasse um trabalho sobre a substância haxixe, com o objetivo de clarificar o seu conhecimento sobre os riscos da substância que estava a consumir, pois pareceu-lhe que ele ignorava muitos aspectos.

A diretora de turma disse ainda ao Francisco que os pais deveriam ser informados sobre a situação, negociando com o aluno a melhor forma de o fazer.

Chamados à escola os pais compareceram ambos. Eram pais da classe média, bastante envolvidos nas suas vidas profissionais que contavam que as coisas corressem naturalmente bem com o filho. Na reunião foi o próprio aluno que contou o incidente na escola e o facto de consumir ocasionalmente haxixe. Os pais receberam a notícia com apreensão e preocupação. No entanto sentiram que a situação estava a ser acompanhada e aceitaram a ajuda da professora. Nessa reunião foi ainda abordado o facto de o Francisco fumar tabaco diariamente e ter menos de 18 anos. Os pais assumiram que eram eles que davam o tabaco ao filho, pensavam que era uma maneira de evitar que ele consumisse outras coisas ou que fumasse às escondidas. Houve uma sensibilização para os malefícios desta substância e uma informação sobre a lei que proíbe a venda de tabaco a menores de 18 anos.

Francisco realizou o trabalho pedido, que discutiu com a professora. Com esta intervenção Francisco mudou algumas das suas atitudes e, de acordo com a observação da diretora de turma, tornou-se mais atento e mais colaborante nas aulas. Uma vez que a história conhecida de Francisco era a de uma boa relação com a escola e com os colegas e não havia assinaladas outras atitudes de risco anteriores ou presentes, não pareceu necessário o encaminhamento para serviços de saúde.

No entanto em relação ao tabaco manteve consumos diários, fora da escola. Dada a colaboração dos pais face ao comportamento relacionado com o tabaco, o que a escola pôde fazer foi introduzir a norma, procurando pelo menos suscitar dúvidas e reflexão sobre os riscos associados ao tabaco. Também foi dada informação sobre consultas de desabitação do tabaco dirigidas a adolescentes.



Entretanto, para além destes casos que podemos considerar “fáceis” existem situações muito diferentes, que exigem respostas e recursos de outra natureza. Esses casos necessitam de intervenções de prevenção indicada, nomeadamente consultas de avaliação psicológica e intervenções psicoterapêuticas. Por vezes necessitam também e sobretudo que as múltiplas intervenções de que estão a ser alvo e que, frequentemente, existem já ao longo de boa parte da sua vida, se articulem e ganhem eficácia. Nesses casos o papel da abordagem por parte da escola, através do professor ou técnico que tem a relação de melhor qualidade com aquele aluno, é o de motivar para procurar ou aceitar ajuda.

Faz parte do processo adolescente a dificuldade de pedir e aceitar ajuda. O adolescente está sempre dividido entre a sua necessidade infantil de dependência e o desejo de autonomia. Nas relações com os adultos e especialmente quando são figuras parentais ou equiparadas, como os professores, psicólogos e médicos espreguiça o risco de perda da liberdade. Quando se trata de adolescentes que estão a usar substâncias psicoativas ou com comportamentos de risco, geralmente com carácter impulsivo e muitas vezes falhas precoces no desenvolvimento afectivo e emocional este processo fica ainda mais dificultado. Ir falar com alguém sobre si e reconhecer a existência de preocupações e mal estar implica a perda da ilusão da onipotência que muitos destes comportamentos estão a tentar proteger.

Quando a escola ou os técnicos da proteção de crianças e jovens, geralmente também implicados em muitos destes processos, se limitam a dizer “tens de ir a uma consulta com a psicóloga” e mesmo quando dão a marcação, ou dizem às famílias, a grande maioria destes adolescentes não aparecem. Ou vão uma vez, obrigados e de má vontade.

Para estes casos o projeto Guião de Procedimentos propõe que se faça com o adolescente um caminho dentro da escola, que lhe permita tomar conhecimento dos recursos possíveis e ter o sentimento que foi ele que escolheu o tempo em que vai procurá-los, seja o psicólogo, o médico ou outra coisa...

Também com as famílias este percurso pode ser feito, desde o primeiro encontro em que muitas vezes se sentem acusadas e culpadas por não saberem lidar com o que se passa com os filhos, até ao estabelecimento de uma perspectiva colaborativa, em que cada participante tem o seu papel, escola, adolescente, família e serviços de saúde.

Abrir a possibilidade de trabalhar desta forma com os professores e os técnicos da escola tem sido um desafio para nós. No entanto a experiência mostra-nos que os adolescentes com os quais foi possível trabalhar dentro da escola o processo de adesão a alguma forma de intervenção, incluindo as consultas, são mesmo os que ficam mais tempo nas consultas e portanto com os quais as intervenções psicoterapêuticas ou outras têm mais possibilidade de se instalar e promover mudanças.

Prevenção Indicada – do Olhar Universal ao Olhar Clínico

Melhorar a adesão e a qualidade dos recursos psicoterapêuticos passa também pela organização dos serviços de atendimento a adolescentes. No CRI de Lisboa Ocidental foi o trabalho da prevenção, sobretudo através do Projeto Guião de Procedimentos que conduziu à necessidade de disponibilizar consultas de comportamentos de risco para adolescentes de uma forma mais organizada. Os serviços de tratamento para os adultos com comportamentos aditivos, geralmente com dependências muito graves de drogas e/ou álcool não se mostram adequados para receber esta população juvenil. Pelas características



do serviço em si, mas também pela forma como os adolescentes olham para estes serviços. Se já é difícil que um adolescente com comportamentos de risco procure um centro de consultas, procurar um centro que tem o rótulo de servir para “toxicodependentes” (muitos deles com idade para serem avós destes adolescentes) ainda é mais complicado.

Assim, foram organizados grupos multidisciplinares de técnicos especializados para trabalhar com os adolescentes e, sempre que possível, criaram-se consultas em locais diferentes daqueles onde são atendidos os pacientes adultos. Atualmente o CRI de Lisboa Ocidental tem cinco locais de consulta para adolescentes e jovens, onde o atendimento é feito por técnicos especializados em adições e nesta faixa etária.

Procura-se que esses locais sejam não estigmatizados, com localizações centrais, com acesso fácil para que os adolescentes, se quiserem, possam lá chegar sozinhos, com um ambiente claramente dedicado aos jovens e preparado para os receber, inclusive na zona de espera e sem burocracia no primeiro atendimento, sem necessidade de marcação prévia. Idealmente gostaríamos que fosse só empurrar a porta e entrar, não é exatamente assim, mas é muito mais fácil do que em qualquer outra consulta.

Para ilustrar o uso de Guião de Procedimentos numa situação de encaminhamento, apresentamos o caso do Diogo:

Diogo é um aluno que frequenta o 9º ano, com um historial de repetências e com um comportamento agitado, ausente e desinteressado nas aulas, bem como consumos diários de cannabis, por vezes à porta da escola.

Face a estes comportamentos, de acordo com as orientações do Guião de Procedimentos, a técnica do Gabinete de Apoio ao Aluno abordou-o individualmente, numa conversa sobre o seu comportamento e sobre o uso de substâncias, salientando que ela e os professores estavam bastante preocupados. Como se aproximava o final do ano letivo e sentindo, após algumas conversas, que o aluno estava aberto a essa possibilidade, após discussão do caso com o grupo de referência, a Técnica sugeriu-lhe a realização de uma consulta de psicologia numa equipa de atendimento a jovens. Diogo aceitou e foi encaminhado para uma consulta de adolescentes e jovens do nosso CRI.

O que justificou que o Diogo fosse orientado para consulta de psicologia, ao contrário do Francisco, cujo caso foi tratado na escola, entre o diretor de turma, o jovem e a família?

Foram tidos em consideração os factores seguintes:

- A história do percurso escolar do Diogo, com insucesso repetido e desinteresse pelas atividades letivas há bastante tempo.
- As características do consumo de Diogo, que já ultrapassara a fase de experimentação e acontecia no contexto da sua vida social, era feito em grupo e com objectivos de procurar diversão
- Aspectos do desenvolvimento da personalidade que se considerou deverem ser avaliados mais profundamente, nomeadamente expressões de agitação e ansiedade e tendência para atos impulsivos a que se seguia a expressão de sentimentos de culpa.
- Dificuldades familiares ligadas a doença depressiva da mãe (embora equilibradas por uma atitude adequada e de interesse pela vida escolar do filho por parte do pai).
- Um factor contextual que também se considerou foi a proximidade do final do ano lectivo, em que havia o risco de a situação se agravar ou se perder o adolescente de vista, pois poderia não voltar para aquela escola após as férias.



Diogo veio à primeira consulta acompanhado pelo pai. Estava motivado, recetivo e esclarecido pela escola, já havia todo um trabalho prévio que tinha sido feito. Foi realizado um processo de acompanhamento psicológico, durante o qual houve oportunidade de refletir sobre o significado dos consumos para o jovem, os riscos, as oportunidades e as alternativas aos comportamentos em que estava envolvido. A psicoterapeuta deu feedback ao grupo de referência da escola sobre alguns aspetos do trabalho feito com o Diogo, salvaguardando a confidencialidade do processo psicoterapêutico. Essa partilha mantém ativo o aspeto de articulação do trabalho e permite que na escola possa haver monitorização da situação e intervenções complementares da psicoterapia, caso se considere necessário.

Conclusão

Algumas das dificuldades que encontramos neste trabalho com as escolas têm a ver com a construção de uma área comum na compreensão daquilo que se passa com os alunos e do que é intervir junto dos adolescentes. Os fatores de proteção face aos comportamentos de risco relacionados com a escola são, em grande parte de ordem relacional, como a existência de um laço forte e compromisso com a escola, uma relação positiva com professores, percepção de expectativas positivas por parte dos professores, bem como percepção de reprovação do uso/abuso de substâncias por parte da escola. Parece pois lógico que faça parte da preparação dos professores o desenvolvimento de competências relacionais. Mas na maioria dos casos essas competências não foram especificamente trabalhadas e os professores relacionam-se com os alunos com a sua personalidade tal como ela é, tendo muitas vezes reações simétricas que dificultam o entendimento.

É difícil para a escola lidar com o facto de a evolução e resolução dos problemas ser lenta. O tempo terapêutico não é o tempo da escola que procura soluções rápidas e eficazes e muitas vezes imagina tê-las encontrado nas medidas disciplinares. O que por vezes sentimos é que esperar e acompanhar a evolução de um aluno que está com problemas e que pode levar todo um ano lectivo com modificações mínimas, apesar do acompanhamento, gera frustração e descrença face à utilização de um modelo compreensivo. O tempo de construção da motivação é frequentemente vivido como insucesso.

No entanto, quando se consegue realizar um bom trabalho de equipa, nesta perspetiva interinstitucional, o modelo funciona. Por isso, à medida que o projeto vai sendo conhecido e que a articulação das ações entre a escola e a saúde funciona, recebemos cada vez mais pedidos de escolas para integrarem este projeto, o que nos sugere que ele corresponde a necessidades reais dos agentes socioeducativos.

Referências

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2011) *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals*. Acedido em Setembro 22, 2016 em http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_145539_EN_TD3111250ENC.pdf
- Levisky, David L. (2013) *Adolescência: Reflexões Psicanalíticas*, 4ª edição. S. Paulo: Zagodoni.
- UNODC (2004) *School-based education for drug abuse prevention*. Acedido em Setembro 20, 2016, em https://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_school_english.pdf



UNODC (2015) *International Standards on Drug Use Prevention*, Acedido em Setembro 20, 2016, em <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>.



Saúde e Sofrimento no Trabalho Docente na Universidade Óscar Ribas (Angola)

Liliana Pena¹ & Paula Remoaldo²

1. Universidade Óscar Ribas, Angola

2. Universidade do Minho, Portugal

Resumo

O presente artigo tem por base uma investigação em curso, iniciada em 2013, na Universidade do Minho, sobre os docentes da Universidade Óscar Ribas (Angola) e tem como principais objectivos: caracterizar as condições de trabalho e organização do trabalho docente na Universidade Óscar Ribas (U.O.R.); analisar os sintomas biopsicossociais e os sentimentos de prazer e/ou sofrimento relacionados com o trabalho; e identificar estratégias que estes docentes usam, como mecanismos para enfrentar a sua situação. Alicerçamos esta investigação em dois referenciais teóricos: o modelo salutogénico de Aaron Antonovsky (1978) e a Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours (1980). Procura-se ainda demonstrar a congruência da relação destes dois modelos, e entre eles, e a Teoria da Autopoiesis de Maturana e Varela (1972) - que se insere no M.A.O. (Movimento de Auto-Organização). Utilizou-se uma metodologia mista, visando a aplicação de um questionário, duas escalas e uma entrevista semiestruturada a 56 docentes da Universidade Óscar Ribas. Verificou-se baixos níveis de prazer e de sofrimento em metade dos inquiridos. As condições e a organização do trabalho foram percecionadas como flexíveis (63%) e as relações socioprofissionais são consideradas "boas" com a chefia (82%), com os pares (89%) e com os alunos (98%). Em relação à sintomatologia associada à atividade profissional, verificou-se ausência de sintomas físicos e sociais e apenas 2% apresentou afetação psíquica. Face às dificuldades ou problemas que surgem, tanto na esfera profissional como na privada, preferem o uso de estratégias de defesa "individuais", tais como o autocontrolo e a autoreflexão.

Palavras-chave: Saúde; Sofrimento; Trabalho; Docência.



Abstract

This paper is based on an ongoing investigation, which began in 2013 at the University of Minho and that focus on the teachers of the University Óscar Ribas (Angola) and its main objectives are: to characterize the work conditions and organization of teaching at the University Óscar Ribas (U.O.R.); analyze the biopsychosocial symptoms and feelings of pleasure and/or suffering work-related; and identify strategies that teachers use as coping mechanism. We focused our research on two approaches or theoretical frameworks: the salutogenic model of Aaron Antonovsky (1978) and the psychodynamics work of Christophe Dejours (1980). We also seek to show the congruence of these two models, and comparing them with the Theory of Autopoiesis of Maturana and Varela (1972) - which is part of M.A.O. (Self-Organization Movement). We used a mixed methodology, aiming at the application of a questionnaire, two scales and a semi-structured interview to 56 teachers. It has been found low levels of pleasure and suffering in half of the respondents. The conditions and the organization of work were perceived as flexible (63%) and socio-economic relations are considered "good" with the head (82%), with peers (89%) and students (98%). Regarding the symptomatology associated with professional activity, there was lack of physical and social symptoms and only 2% had mental affectation. When facing difficulties or problems, both in the professional an private sphere, they prefer the use of "individual" defense strategies such as self-control and self-reflection.

Keywords: Health; Suffering; Work; Teaching.



Introdução

Em Angola, nos últimos quarenta anos, assistiu-se a transformações sociais, políticas e económicas, lançando novos desafios em todos os setores, nomeadamente no sistema educativo, que passou por duas reformas, uma em 1978 e outra em 2001. Na atualidade decorre uma nova revisão no sistema educativo, pelo que se prevê, para breve, a publicação de uma nova lei de bases, que contempla o estatuto da carreira docente. Estas situações requerem dos professores uma boa capacidade de adaptação e competências que permitam responder a uma realidade mutável, exigente e global. Essas alterações, assim como as exigências socioeducativas, do mundo global atual, são fatores que dificilmente deixam de afetar a saúde e o bem-estar docente. Já em 1981, a Organização Internacional do Trabalho, num relatório sobre o *Emprego e Condições de Trabalho*, considerava a profissão docente como uma *profissão de risco físico e mental* (p. 15 e 16). Mais recentemente, Pereira (2010), num estudo sobre *Condições de trabalho e efeitos sobre a saúde de professores*, refere que são múltiplas as competências e exigências feitas aos professores, o que resulta em elevados agravos na saúde, e dificuldades relacionadas com o exercício da profissão.

Desta forma, a presente investigação centra-se em duas questões, às quais pretende responder: Qual é a relação entre a perceção que os professores da Universidade Óscar Ribas (U.O.R.) possuem sobre as condições e a organização do trabalho e os sintomas físicos e psicossociais relacionados com o trabalho? Quais são as estratégias que os professores da U.O.R. utilizam para enfrentarem ou se defenderem de situações de sofrimento relacionadas com o trabalho?

Neste artigo temos como objetivos: caraterizar as condições e organização do trabalho docente na U.O.R. e identificar as estratégias defensivas que estes docentes usam, para enfrentar situações de sofrimento geradas pelo trabalho que realizam. Para a consecução destes dois objetivos foi utilizada uma entrevista semiestruturada com 17 questões. Temos ainda como objetivos: identificar os sintomas biopsicossociais e analisar as experiências/vivências de prazer e de sofrimento relacionados com o trabalho docente. Para tal, foi utilizada uma abordagem quantitativa, através da aplicação de duas escalas: Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho (E.S.R.T.) a qual nos permitiu colher informação sobre sintomas (físicos, psíquicos e sociais) relacionados com o trabalho; e uma Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (E.P.S.T.) que possibilitou esclarecer as vivências e sentimentos de prazer e de sofrimento gerados pelo trabalho que os docentes realizam.

O presente artigo encontra-se estruturado em quatro secções. A primeira intitulada Introdução trata do enquadramento teórico salientando o modelo salutogénico e a teoria da psicodinâmica de trabalho. Continua-se com o elucidar da metodologia utilizada, a caraterização dos participantes na inquirição realizada e a descrição dos instrumentos e dos procedimentos. Na secção 3 apresentam-se os resultados alcançados, enquanto na secção seguinte se procede a uma discussão alargada dos mesmos à luz dos referenciais teóricos. Concluiu-se que o grupo de docentes que participaram nesta pesquisa, revelam níveis moderados em prazer e em sofrimento relacionados com o trabalho que realizam, o que significa que estão a empregar estratégias defensivas.



Através de uma revisão da literatura, observamos que o conceito de saúde, foi evoluindo num sentido positivo, descentrado do patológico/da doença, para se centrar na capacidade de promoção de saúde inerente a todo o ser humano. Estas *nuances* podem observar-se através das diferentes preocupações mundiais sobre a saúde, espelhadas nas várias conferências, como a Carta de Ottawa que salienta o Modelo Salutogénico de Antonovsky (1978), no qual centramos a nossa abordagem sobre saúde e sofrimento. Alinhado com este modelo teórico está a Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours (1980) e a Teoria da Autopoiesis, de Humberto Maturana e Francisco Varela (1972) que se inscreve no M.A.O. (Movimento de Auto-Organização), demonstrando através do Quadro 1 a sua coerência e articulação.

Quadro 1. Características dos modelos salutogénico, psicodinâmica do trabalho e autopoiesis

Modelos		Salutogénico	Psicodinâmica do Trabalho	Autopoiesis
Autores		Antonovsky	Dejours	Maturana e Varela
Ponto de vista	Social (Exterior)	G.R.R's (Recursos Gerais de Resistência)	Mecanismo de Defesa	Acoplamento Estrutural (aberto)
	Pessoal (Interior)	S.O.C. (Sentido de Coerência Interna)	Psiquismo	Organização Autopoietica (fechada)
Quem? (Sujeito da ação)		Homem	Trabalhador	Ser vivo
O que ocorre?		Saúde	Sofrimento Criativo (Prazer)	Aprendizagem por complexificação
		Doença	Sofrimento Patológico (Sofrimento)	Doença /Morte (Descompensação, desintegração)
Quando?		Perturbações? Ruído? Sofrimento?	Stress (eustress/ distress)	Perturbações (internas/externas)
Onde? (Ambiente ou contexto)		ao longo da (Ciclo de) Vida	do/no Trabalho	Interior e/ou via nichos

Fonte: Elaboração própria.

O modelo salutogénico ajuda a compreender e a explicar a capacidade de atribuição de significado e/ou sentido em experiências tão desintegradoras como as de sofrimento humano. Tal acontece, porque o sofrimento pode proporcionar aprendizagem (Cassell, 2004) sendo esta capacidade do ser humano apelidada de neguentrópica, por contrariar ou resistir ao 2º princípio da termodinâmica (Antonovsky, 1996). Portanto, mediante experiências desestruturantes, o ser humano tem a capacidade de manter e promover a sua saúde. Deste modo, o sofrimento, não terá uma conotação negativa, pois pode consistir numa oportunidade de crescimento e evolução interior. É a capacidade que o sujeito tem para ativamente compensar as perturbações que o meio (ou que o trabalho) lhe provoca, que se traduzem em aprendizagem (complexificação). Quando um organismo ou sistema autopoietico compensa ou supera uma perturbação (como a pressão do trabalho) espelha uma forma de sofrimento que Dejours designa de criativa, ou seja, o trabalhador foi capaz de subverter os efeitos das pressões de trabalho e usá-las em favor da sua autorrealização.



Podemos ainda alinhar estas teorias com o modelo Salutogénico de Antonovsky (1978), uma vez que este enuncia que mesmo em situações perturbadoras as pessoas têm a capacidade de gerar recursos (denominados de Recursos Gerais de Resistência - G.R.R.) para lhes fazer face mantendo ou produzindo saúde, do ponto de vista interno do organismo (homeostasia) e da sua configuração acopulativa.

Na abordagem Dejouriana, o trabalho tanto pode ser sinónimo de prazer, como de sofrimento. O prazer advém da liberdade e autonomia, da identificação com as tarefas, do reconhecimento por parte dos colegas mas também das chefias, no trabalho. Tal ocorre quando a organização do trabalho é flexível. Caso contrário, numa organização rígida, o trabalhador busca criativamente (re)significar o trabalho usando mecanismos de defesa e estratégias compensatórias face ao sofrimento gerado pela pressão do trabalho (Dejours *et al.*, 1993 e 1994). À luz do modelo salutogénico (Antonovsky, 1987, 1996), o trabalhador que supera as pressões do trabalho, utiliza eficazmente os Recursos Gerais de Resistência (G.R.R.). Consequentemente, fortalece o seu Sentido Interno de Coerência (S.O.C.) e a sua identidade. E, ainda, aumenta a sua maturidade enquanto pessoa e trabalhador, pois evoluiu, aprendendo ou complexificando-se (nas palavras de Maturana e Varela, 1990, de acordo com a teoria da autopoiesis). Constatamos, assim, que o sofrimento não é condição necessária para o adoecimento, podendo ser transformado ou metamorfoseado (Areosa, 2013) em prazer através: 1) de estratégias ou mecanismo de defesa/recursos pessoais (G.R.R.); 2) do reconhecimento que advém dos colegas e das chefias; e, 3) da mobilização da inteligência ou criatividade, que possibilitam integrar as pressões do trabalho de forma compreensiva, fazendo aumentar a resistência do trabalhador ao risco de adoecimento, à desestabilização física e descompensação mental (Mendes, 2013).

Estudo de Caso

Participantes

A amostra recolhida entre 10 de maio e 20 de julho de 2016, correspondeu a 56 professores que lecionam na Universidade Óscar Ribas (U.O.R., Angola). Estes docentes residiam todos em Luanda, sendo a maioria de nacionalidade angolana (68%), apenas 18% portugueses, 7% cubanos e outras nacionalidades com menos expressão. O Quadro 2. permite uma fácil perceção e compreensão das características da amostra.



Quadro 2. Perfil da amostra

Perfil Pessoal								
Nacionalidade	N	%	Estado Civil	N	%	Número Filhos	N	%
Angolana	38	68	Casado	31	55	1 ou mais	47	84
Sexo				Idade				Habilitações
Masculino	36	64	31 – 50 anos	38	68	Pós-grad./ Mcs/ PhD	32	57
Perfil Profissional								
Tempo Serviço	N	%	Carga Horária	N	%	Turno de trabalho	N	%
Até 15 anos	45	80	4 a 16h/semanais	45	80	Misto	39	70
Tipo de Contrato				Cargos de Gestão				Outro emprego
Parcial	36	64	Não	46	82	Sim	36	64
Prática de atividades e percepção de saúde								
Tempo de lazer	N	%	Tempo desporto	N	%	Percepção saúde	N	%
Sim	53	96	Sim	36	64	‘Boa ou Razoável’	46	82

Fonte: Inquérito por questionário realizado aos docentes da Universidade Óscar Ribas em 2016.

Instrumentos

Foi usado um questionário de dados sociodemográficos constituído por 17 questões, uma Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EPST) que se divide em dois fatores, cada um deles constituído por dois indicadores: 14 *itens* de prazer (realização profissional e liberdade de expressão) e 11 *itens* de sofrimento (esgotamento emocional e falta de reconhecimento). Foi também aplicada uma Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho (ESRT) composta por 32 *itens*, sendo 12 sobre sintomas físicos, 9 sobre sintomas sociais e 11 sobre sintomas psíquicos. Ambas as escalas são de tipo Likert e foram validadas por Ferreira e Mendes, em 2003, numa pesquisa com 496 Auditores Fiscais da Previdência Social Brasileira. Para a interpretação dos resultados obtidos, as respostas são somadas e divididas pelo número total de *itens*. Os resultados obtidos nos fatores de prazer interpretam-se de acordo com os seguintes parâmetros: acima de 3.7 = avaliação mais satisfatória; de 2.3 a 3.7 = avaliação moderada; de 1.0 a 2.3 = avaliação crítica. A análise dos resultados obtidos nos fatores de sofrimento e sintomas relacionados ao trabalho, deve ser feita com base nos seguintes níveis: de 1.0 a 2.3 = avaliação satisfatória; de 2.3 a 3.7 = avaliação moderada; acima de 3.7 = avaliação crítica. Realizou-se, ainda, uma entrevista semiestruturada, aos 56 docentes que preencheram o questionário e as escalas. Para tal, foi usado um guião com 17 questões tendo sido usadas para a análise apenas 9, tocando as seguintes temáticas: condições e organização do trabalho, as relações socioprofissionais, o tipo de estratégias defensivas utilizadas no trabalho e na vida em geral e uma autoapreciação sobre a personalidade.

Procedimentos

Os instrumentos foram previamente testados mediante um pré-teste realizado no I.S.P.I. (Instituto Superior Politécnico Independente). Este confirmou ser útil para conhecer o tempo médio de preenchimento do questionário e das escalas (15 minutos) e o tempo médio de resposta à entrevista (30 minutos), obter *feedback* quanto à clareza, à ordem e sequência das perguntas, e também para obter sugestões válidas para o cumprimento dos nossos objetivos. Posteriormente, foi efetuada a coleta da amostra na U.O.R., tendo decorrido de 10 de maio a 20 de julho de 2016. Foi assegurada a confidencialidade e cada participante



assinou um termo de consentimento. Os inquéritos por questionário foram enviados através de correio eletrónico a cada professor e as entrevistas foram realizadas mediante a disponibilidade dos professores, por videochamada via Skype. Devido à distância e à inacessibilidade ou falta de contato pessoal com a população recorreu-se à entrevista para aprofundar os dados obtidos através do inquérito por questionário. Os dados quantitativos foram analisados em S.P.S.S. (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 21.0 mediante análises de tabulação cruzada. Para as variáveis em que não se verifica uma associação, serão descritas apenas as tendências observadas (os resíduos positivos - valores compreendidos entre 0,1 e 2 exclusive). As variáveis que apresentam resíduos iguais ou superiores ao valor 2 confirmam a existência de associação, pelo que será descrito o seu grau de significância (p). Para o tratamento das informações colhidas através das entrevistas efetuou-se uma análise de conteúdo. A matriz usada é composta por 3 categorias e subdivide-se em 11 subcategorias, como se pode observar no Quadro 3.

Quadro 3. Categorias e subcategorias utilizadas na matriz

Categoria	Subcategoria	
Trabalho (5)	Condições de trabalho	Organização do trabalho
	Ambiente de trabalho	Relações socioprofissionais
	Prestígio social da profissão	
Saúde (4)	Realização Profissional	Liberdade de Expressão
	Tipo de estratégias/G.R.R.	Personalidade/S.O.C.
Sofrimento (2)	Esgotamento	Falta de Reconhecimento

Fonte: Elaboração própria com base em Bardin (2015).

A matriz é constituída por seis colunas que representam os seguintes *itens*: categorias, subcategorias, unidade de registo, unidade de contexto, enumeração e semântica, como se pode verificar no Quadro 4.

Quadro 4. Matriz de categorização das entrevistas, um exemplo para a categoria Trabalho

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Enumeração	Semântica
Trabalho (...)	Condições de trabalho (...)	(...) as condições são más (...) E.1	Más! As salas têm muita gente a trabalhar ao mesmo tempo, as condições são más na parte física, em termos de equipamentos também (...) (E.1, mulher, com mais de 50 anos, portuguesa, mestre, docente de Direito).	Más – 21 (37%)	Negativo – 21 (100%)

Fonte: Elaboração própria com base em Bardin (2015).



Resultados

Apresentam-se de seguida as análises de tabulação, para as variáveis que consideramos mais importantes, na medida em que respondem às questões de partida e aos objetivos desta pesquisa. Começamos por apresentar e analisar os resultados do primeiro objetivo: caracterizar as condições de trabalho e da organização do trabalho docente na U.Ó.R. (Quadro 5).

Quadro 5. Apresentação e análise dos resultados sobre a caracterização das condições e organização do trabalho docente na U.Ó.R

Condições de trabalho				Organização do trabalho			
Boas	36%	Más	64%	Boa	50%	Má	50%
<i>São boas, porque tem as condições essenciais para o desempenho da atividade académica, que é a natureza da instituição, bem como para a afirmação profissional. (E.55, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, licenciado, docente do curso de Relações Internacionais).</i>		<i>Más! Salas com muita gente a trabalhar ao mesmo tempo, as condições são más na parte física e em termos de equipamentos também. Por exemplo, estamos há dois meses à espera de um tinteiro (...) (E.1, mulher, com mais de 50 anos, portuguesa, mestre, docente do curso de Direito).</i>		<i>Boa, acho que o ritmo de trabalho é adequado, as informações são conhecidas com tempo para serem aplicadas. Não há pressões nem críticas à forma como as tarefas são distribuídas (E.20, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, pós-graduado, trabalha numa fábrica, docente do curso de Eng.^a Eletromecânica).</i>		<i>Má! Há liberdade para criarmos os nossos próprios programas para as disciplinas, porém isso não será positivo, pois diferentes disciplinas têm conteúdos idênticos. Já se reuniu e debateu, porém, nada mudou (...) isso desmotiva (...) (E.22, mulher, entre os 31 e os 40 anos, portuguesa, mestre, docente do curso de Direito).</i>	
Total: 100%							

Fonte: Inquérito por entrevista realizada aos 56 docentes que compõem a amostra.

Através dos resultados expostos no Quadro 5, podemos verificar que a maioria (64%) dos docentes inquiridos indicam trabalhar com más condições de trabalho e referem principalmente falhas nos equipamentos e instrumentos de trabalho. Mediante a análise de tabulação cruzada, verifica-se que os docentes que consideram 'boas' (36%) as suas condições de trabalho, são de nacionalidade angolana (1.5), de sexo masculino (1.2) e exercem cargos de gestão (1.0), também se verifica nestes docentes uma avaliação mais satisfatória em prazer (1.9) e em sofrimento ($p=0,005$), ou seja, revelam mais prazer e menos sofrimento no trabalho que realizam. Quanto à organização de trabalho, as opiniões dos inquiridos dividem-se, uma vez que 50% considera ter 'má' organização de trabalho. Os docentes que consideram ter 'boa' (50%) organização de trabalho são de nacionalidade angolana e cubana (1.7), de sexo masculino (1.1), exercem há mais de 16 anos ($p=0,03$) e apresentam uma avaliação mais satisfatória em prazer (1.1) e em sofrimento ($p=0,01$). Também se verificaram associações entre as 'boas' condições e a 'boa' organização de trabalho ($p=0,01$).

Centremo-nos agora na apresentação dos resultados do segundo e terceiro objetivos, nomeadamente na análise das experiências de prazer e sofrimento no trabalho docente na U.Ó.R., e identificação das estratégias que estes docentes utilizam para enfrentar o sofrimento gerado pelo trabalho que realizam (Quadro 6).



Quadro 6. Apresentação e análise dos resultados sobre prazer, sofrimento e sintomatologia relacionada com o trabalho docente na U.Ó.R.

Resultados	Escala	EPST		ESRT		
		Fatores (%)		Sintomas (%)		
		Prazer	Sofrimento	Físicos	Sociais	Psíquicos
	Av. Mais satisfatória	43%	50%	75%	89%	87%
	Av. Moderada	54%	41%	25%	11%	11%
	Av. Crítica	4%	9%	0%	0%	2%
	Total	100%				

Fonte: Inquérito por questionário realizado aos docentes da Universidade Óscar Ribas em 2016.

Mediante análise do Quadro 6, constata-se que os docentes inquiridos vivenciam no trabalho situações geradoras de prazer que coexistem às de sofrimento, uma vez que grande parte da amostra manifesta avaliação moderada em ambos fatores (54% em prazer e 41% sofrimento), o que é indicador do uso de estratégias defensivas para subverter os efeitos negativos do trabalho sobre a sua saúde (Ferreira e Mendes, 2003). As quais estão eficazmente a inibir sintomatologia física e social, mas também psíquica, uma vez que a maioria dos inquiridos revela avaliação mais satisfatória em sintomas físicos (75%), sociais (89%) e psíquicos (87%). Através de análises de tabulação cruzada, verifica-se que os docentes de nacionalidade angolana apresentam melhores resultados: no fator de prazer (1.0) e seus indicadores (realização profissional e liberdade de expressão), verificando-se uma associação entre liberdade de expressão e a nacionalidade angolana ($p=0,09$); no fator sofrimento ($p=0,05$) e no indicador esgotamento emocional (1.5), também ao nível da sintomatologia relacionada ao trabalho são que apresentam melhores resultados revelando praticamente ausência de sintomas: físicos (1.2), sociais (1.9) e psíquicos ($p=0,003$).

Através da análise das medidas de tendência central, verificou-se que: as vivências de prazer surgem relacionadas com a identificação com as tarefas, a liberdade para falar no trabalho e a solidariedade entre colegas; as vivências de sofrimento advêm principalmente devido ao stress, sentimentos de injustiça, de indignação, de insatisfação e esgotamento emocional no trabalho. Do mesmo modo, se procurou conhecer os principais sintomas: físicos (dores de cabeça, dores no corpo e alterações do sono; sociais (dificuldades no relacionamento familiar, desinteresse pelas pessoas e dificuldades de tomada de decisão) e psíquicos (tristeza e irritação com tudo).

No que concerne ao quarto e último objetivo desta investigação: identificar o tipo de estratégias defensivas que os docentes da U.Ó.R. utilizam para enfrentar o sofrimento no trabalho, observemos o Quadro 7.

Quadro 7. Apresentação e análise dos resultados sobre o tipo de estratégia utilizada para enfrentar o sofrimento docente na U.Ó.R.

Tipo de estratégia	Estratégias defensivas no local de trabalho		
	Individuais - 59%	Coletivas - 7%	Ambas - 34%
	<i>Uso mais estratégias individuais porque sou muito quieta no meu cantinho (...) geralmente leio, ouço música ou vejo um filme para relaxar</i>	<i>Desabafo com colegas de trabalho e com amigos. Procuro a opinião deles sobre os assuntos que me preocupam. É isto, partilho os meus problemas e assim tenho</i>	<i>Ambas. Procuro compreender a situação, primeiro faço autorreflexão, às vezes oração buscando orientação divina e por vezes peço ajuda de outra</i>



	<i>(...) quando me sinto no meu limite, nem vou trabalhar, me isolo e fico em casa mesmo</i> (E.24, mulher, entre os 31 e os 40 anos, angolana, licenciada, docente do curso de Eng. ^a Informática).	<i>outras perspetivas, outros pontos de vista que me ajudam a perceber se o problema é meu (...)</i> (E.36, mulher, entre os 31 e os 40 anos, portuguesa, licenciada, docente em duas I.E.S. no curso de Psicologia).	<i>pessoa, procuro a opinião dos outros, não sei depende da situação</i> (E.29, mulher, entre os 31 e os 49 anos, angolana, mestre, psicóloga hospitalar e docente do curso de Psicologia).
Total	N =56; 100%		

Fonte: Inquérito por entrevista realizada aos 56 docentes que compõem a amostra.

De acordo com os resultados apresentados no Quadro 7, verifica-se que os docentes da U.Ó.R. fazem uso privilegiado de estratégias defensivas de tipo individual (59%) para subverter os efeitos negativos do trabalho e minimizar o impacto deste sobre a saúde, física, social e mental, tais como: ler; ver um filme; viajar; fazer desporto, ouvir música; oração; autocontrolo; ausência ao trabalho (faltar). Salientamos que os docentes com menos tempo de serviço (0-5 anos) preferiam usar estratégias individuais ($p=0,04$) e os que tinham mais tempo de serviço (≥ 16 anos) faziam uso combinado de estratégias (ambas $p=0,04$). O uso de ambos os tipos de estratégias defensivas, aparentam ser mais eficazes contra a falta de reconhecimento ($p=0,03$) e são eleitas pelos docentes com idade entre os 41 e os 50 anos ($p=0,16$), seguindo as estratégias do tipo coletivo (1.9) e individual (1.2).

Discussão

A investigação realizada teve como principais objectivos: caracterizar as condições e organização do trabalho na Universidade Óscar Ribas (U.O.R.) em Luanda, Angola; analisar os sintomas biopsicossociais e os sentimentos de prazer e/ou sofrimento relacionados com o trabalho; e identificar as estratégias defensivas que os docentes utilizam como mecanismo de enfrentamento em contexto laboral.

Apurou-se que as boas condições de trabalho influenciaram positivamente a saúde física, social e mental dos docentes (Bellushi e Fisher, 1999; Gasparini *et al.*, 2005), uma vez que se verificou: uma associação ($p=0,005$) entre as 'boas' condições de trabalho; uma avaliação mais satisfatória no fator sofrimento e uma forte tendência (1.9) para uma avaliação mais satisfatória no fator de prazer; e tendências para uma avaliação mais satisfatória em sintomas físicos (1.1), sociais (1.0) e psíquicos (1.3).

Confirmou-se que o impacto da organização do trabalho é sentido no psiquismo do trabalhador (Franco, 2004; Azevedo e Lobo, 2013), já que 2% dos docentes apresentou afetação psíquica decorrente do trabalho que realiza, que é um trabalho fundamentalmente intelectual, e de produção de conhecimentos (Vilela, 2010; Cassandre, 2011; Silva e Mafra, 2014). Dejours (2001, 2009) refere ainda que, na esfera psíquica não há distinção entre o trabalho e o tempo do não trabalho. E, o trabalho do professor, não se confina à sala de aula, mas à pesquisa, à atualização e preparação de conteúdos e materiais, às tarefas burocráticas (preenchimento de relatórios e fichas, emissão de pareceres), correção de exames, trabalhos e o atendimento de alunos (Vilela, 2010; Anselmo, 2011; Santos *et al.*, 2014).

Observou-se que, coexistem as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, para o grupo, de docentes inquiridos, o que, segundo Ferreira e Mendes (2003), revela que estes docentes estão a fazer uso de estratégias defensivas. Estas são principalmente de tipo individual e



parecem estar a inibir eficazmente a sintomatologia relacionada com o trabalho, uma vez que a maioria dos inquiridos apresentou uma avaliação mais satisfatória em sintomatologia relacionada com o trabalho. Neste âmbito, os nossos resultados distanciam-se da literatura, uma vez que, Dejours (2004, 2009, 2012) parece defender que as estratégias coletivas são mais eficazes, ao referir que o sofrimento é individual, mas a sua solução é coletiva. O indicador de prazer traduz-se em saúde e o uso bem-sucedido das estratégias defensivas também permitem a subversão do sofrimento em prazer e por conseguinte é produtor de saúde no trabalho (Vilela, 2010; Azevedo e Lobo, 2013).

Os docentes angolanos revelaram melhores resultados nos fatores de prazer e sofrimento e nos respetivos indicadores e também menos sintomatologia relacionada com o trabalho que realizam. Constatou-se que este grupo de docentes tem maior facilidade de adaptação ao seu contexto de trabalho (ambiente, condições e organização do trabalho), uma vez que, existe uma associação entre a nacionalidade angolana e a avaliação mais satisfatória em sintomas psíquicos ($p=0,003$), ou seja, ausência de afetação psíquica decorrente da organização do trabalho. Os angolanos foram os únicos a apresentar liberdade de expressão no local do trabalho ($p=0,09$), sendo este um indicador de prazer, e o prazer dedutivamente um indicador de saúde.

Estes resultados permitem-nos confirmar a importância do contexto e do meio ambiente/envolvente, no qual cada ser humano se desenvolve e a partir do qual cria recursos (interno e externos) - recursos gerais de resistência (G.R.R.) e fortalece o seu sentido de coerência interno (S.O.C.) – como mecanismo de enfrentamento. Tal contexto permite manter e produzir saúde ainda que as circunstâncias sejam adversas. Tal como nos indica a literatura revisada sobre o modelo salutogénico (de Antonovsky, 1978, 1991, 1996) e a teoria da autopoiesis, de Maturana & Varela (1970, 1990, 2002).

Estas conclusões são reforçadas pelo estudo de Guimarães (2008) sobre *Sentido Interno de Coerência (SIC) e equilíbrio entre esforço e recompensa em trabalhadores do setor de tecnologia de informação (TI)*, com 99 sujeitos, que demonstrou uma correlação positiva entre a força do S.O.C. e os indicadores de prazer, e negativa entre o S.O.C. e os indicadores de sofrimento. Assim, permite-nos indutivamente compreender e destacar que os docentes angolanos possuem um S.O.C. mais forte, decorrente dos seus processos de desenvolvimento e criação de recursos gerais de resistência.

Para que as ilações retiradas possam ser mais consistentes temos consciência de que seria necessário aumentar o volume da amostra, contudo devido à distância e num período de alguma instabilidade económica e social como o que se vive em Angola, não era possível. Destacaram-se, também como limitações deste estudo, a escassez de documentos oficiais e estratégicos, dados cujos valores mudam consoante o documento oficial, bem como a falta de atualização destes. Sugere-se que futuras investigações sobre esta temática sejam alargadas a outras instituições universitárias, públicas e privadas, para comprovar se atualmente há diferenças entre as mesmas, podendo ser utilizadas outras escalas e outros indicadores. E ainda, a necessidade de se aprofundar a relação entre estratégias defensivas e S.O.C., e também a análise do impacto da expatriação e da mobilidade geográfica sobre a saúde docente.



Agradecimentos

Agradecemos a todos os dirigentes e docentes das seguintes instituições de ensino superior: ao I.S.P.I. (Instituto Superior Politécnico Independente) onde se realizou o pré-teste e à U.O.R. (Universidade Óscar Ribas) onde foi coletada a amostra.

Contacto para Correspondência

Liliana Pena. Universidade Óscar Ribas. Angola
neuropsiche@hotmail.com

Referências

- Anselmo, A.C. (2011). *Psicanálise e Educação: O mal-estar do professor universitário na atualidade*. Curitiba. Trabalho de Pós-Graduação em Psicologia – Universidade Federal do Paraná, 97 p.
- Antonovsky A. (1978/1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International*. 11(1), 11-18.
- Areosa, J. (2013). Resenha “A Sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho” – Christophe Dejours e a Psicodinâmica do Trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 33 (2), 29-41.
- Bellusci, S.M. e Fischer, F.M. (1999). Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. *Revista Saúde Pública*. 33(6), 602-609.
- Cassandre, M.P. (2011). A saúde de docentes de pós-graduação em Universidades Públicas: os danos causados pelas imposições do processo avaliativo. *Revista Mal-estar e Subjetividade*. 11(2), 779-816.
- Cassel, E. (1999). Diagnosing Suffering: A Perspective. *Annals of Internal Medicine*, 31 (7), 531-534.
- Cassel, E. (2004). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Dejours, C. (1980/1986). Por Um Novo Conceito de Saúde. São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 14 (54), 7-11.
- Dejours, C. (1994). *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (1996). Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: Chanlat, J. F. (Coord.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 3ª Ed. São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (1998). O Trabalho entre sofrimento e prazer. in: *A Banalização da Injustiça Social*. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 29-59.
- Dejours, C. (2001). Entrevista a Christophe Déjours concedida a Marta Resende Cardoso pela Internet em setembro de 2001, traduzida por Pedro Henrique Bernardes Rondon. *Ágora*. 4(2), 89-94.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, Trabalho e Ação. *Revista Produção*, 14 (3), 27-34.
- Dejours, C. (2009). *Trabajo y Sofrimiento. Cuando la injusticia se hace banal*. 1ª Ed. Tradução de Beatriz Díez. Colección Trabajo y Sociedad. Madrid: Editorial Modus Laborandi.
- Dejours, C. (2012). *Psicodinâmica do Trabalho e Teoria da Sedução*. Tradução de Gustavo A. Ramos Mello Neto. *Psicologia em Estudo*. 17(3), 363-371.



- Dejours, C., Dessors, D., & Desriaux, F. (1993). Por Um Trabalho, Fator de Equilíbrio. São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, 33 (3), 98-104.
- Dejours, C., Abdoucheli, E., & Jayet, C. (1994). Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Betiol. São Paulo: Atlas.
- Ferreira, M. C. e Mendes, A M (2003). A. M. *Trabalho e Riscos de Adoecimento - O caso dos Auditores-Fiscais da Previdência Social Brasileira*. Brasília: Edições LPA e FENAFISP.
- Franco, T. (2004). A centralidade do trabalho na visão da Psicodinâmica de Dejours. *Caderno CRH*, Salvador, 17 (41), 309-321.
- Gasparini, S., Barreto, S. e Assunção, A. (2005). O Professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação e Pesquisa*. 31 (2), 189-199.
- Guimarães, P.M. (2008). *Sentido Interno de Coerência (SIC) e equilíbrio entre esforço e recompensa em trabalhadores do setor de tecnologia de informação (TI)*. Campinas. [Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas], 111p.
- Maturana, H.R. & Varela, F. (1972/2002). *De Máquinas e Seres Vivos: Autopoiese – A Organização do Vivo*. Tradução de Juan Acuña Llorens. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Maturana, H.R. & Varela, F. (1990). *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del conocimiento*. Madrid: Editorial Debate, S.A.
- Mendes, A.M. (2013). A clínica da cooperação: contribuições da psicodinâmica do trabalho para as práticas de promoção da saúde nas organizações. In: *Livro de Atas do I Congresso Internacional de Psicologia do Trabalho e das Organizações*. 12 e 13 de julho de 2012. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga, 722-729.
- O.I.T. (1981). Organização Internacional do Trabalho. *Emploi et conditions de travail des enseignants*. Genève: Bureau International de Travail.
- Pereira, D.A. (2010). Condições de Trabalho e Efeitos sobre a Saúde dos Professores da Rede Municipal de Ensino de João Pessoa. PB. *XXX Encontro Nacional De Engenharia De Produção*. Maturidade e desafios da Engenharia de Produção: competitividade das empresas, condições de trabalho, meio ambiente. São Carlos, SP Brasil, 12 a 15 de outubro de 2010, 11p.
- Santos, A., Chaves, V. e Guimarães-losif, R. (2014). «Governança do ensino superior privado: impacto sobre o trabalho docente». In: Lopes, A. Cavalcante, M., Oliveira, D. e Hypólito, A. (Org.s). (2014). *Trabalho docente e formação. Políticas, Práticas e investigação: pontes para a mudança*. Edição: CIE - Centro de Investigação e Intervenção Educativas. Janeiro 2014, 5513 p. Ebook.
- Silva, I. e Mafra, F. (2014). Trabalho docente, trabalho decente ou trabalho doente? Reflexões sobre o trabalho de professores universitários na contemporaneidade. VIII Encontro de Estudos Organizacionais da ANPAD. Gramado, R.S. 25 a 27 de maio de 2014.
- Vilela, E. (2010). *Vivências de prazer-sofrimento no trabalho docente: um estudo em uma IES pública de Belo Horizonte, Minas Gerais*. Belo Horizonte. [Tese de Mestrado em Administração pela Faculdade Novos Horizontes], 97p.



PSICOLOGIA DA SEXUALIDADE E ESTUDOS DE GÊNERO



O Amor é Cego? A Resposta que Procurávamos

Nicole Félix, Elsa Louro, Ana Cunha, Raquel Bastião, & Joana Arantes

Universidade do Minho, Portugal

Resumo

O presente estudo pretende avaliar as diferenças, em termos de relações românticas e sexuais e da perceção da atração, entre pessoas com deficiência visual total (cegas) e pessoas normativas. 27 pessoas cegas e 324 não cegas responderam ao nosso questionário online que incluía questões sobre domínios sexuais e românticos. Os nossos resultados mostraram que, num primeiro encontro, as pessoas cegas valorizavam mais características como a suavidade da pele, o timbre da voz, o ritmo da fala e a prestabilidade. Diferenças também foram encontradas quanto à validação pessoal e especulação quanto à classificação dada pelo parceiro sobre o *self* (maior nas pessoas com visão normativa).

Palavras-chave: deficiência visual total; atratividade; sexualidade.



Abstract

The present study pretended to evaluate the differences, in terms of romantic and sexual relationships and the perception of attraction, between people with total visual impairment (blindness) and normative people. 27 blind and 324 not-blind people responded to our online questionnaire that included questions about sexual and romantic domains. Our results show that, in a first meeting, blind people value more characteristics like skin smoothness, voice timbre, speech rhythm and helpfulness. Differences were also found towards personal validation and speculation about the partner's rating of the self (higher in not-blind people).

Keywords: blindness; attractiveness; sexuality.



Introdução

Um dos sentidos mais importantes do ser humana que está comumente associado com a temática sexual e romântica é a visão. Apesar de não existir literatura considerável sobre a importância de primeiras impressões tanto na vida sexual dos homens e das mulheres e da escolha de parceiros, as pessoas costumam admitir que o primeiro impacto que os outros causam em si é devido, maioritariamente, às características físicas que nós podemos ver, e estas levam a um sentimento de atração pelo outro. Ainda, foi descoberto que quando as mulheres estimam durante quanto tempo elas olharam para a fotografia de um homem atraente, esta duração subjetiva vai ser maior do que o tempo que elas estimam ter olhado para a fotografia de uma mulher (Arantes, Berg, e Wearden, 2013). Ainda mencionando as mulheres, parece que características faciais mais masculinas (tais como uma cara mais larga ou um maxilar maior) é mais atraente e dominante para elas (Grammer e Thornhill, 1994). Há ainda dados que sugerem que a assimetria facial pode ser também um fator de atratividade, experienciado tanto em homens como em mulheres (Swaddle e Guthill, 1995), e que expressões de vergonha parecem aumentar a atratividade em ambos os sexos (Tracy e Beall, 2011). Todas estas descobertas representam características que as pessoas conseguem ver. Contudo, as pessoas sem esta capacidade não podem experienciar estes fenómenos, então torna-se uma necessidade perceber como é que eles experienciam estas situações. Com isto dito, é claro que a visão representa uma função primordial no que toca a relações e que “desempenha um papel privilegiado na interação social e na construção da realidade intersubjetiva” (Friedman, 2012). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (ONU, 2003), a cegueira é a incapacidade de ver e pode ir desde uma pequena perda de visão até à ausência total desta capacidade. A ONU estima que, em todo o mundo, há mais de 161 milhões de pessoas que têm problemas de visão, de onde 124 milhões têm baixa visão e 37 milhões são completamente cegos. Mas, entre o último grupo, temos de distinguir entre indivíduos que nunca viram nem experienciaram nenhum tipo de percepção visual daqueles que, na sua existência, já experienciaram um período com esta habilidade; com isto dito, cegueira congénita acontece a alguém que perde a sua capacidade de ver pelo menos desde que tinha 5 anos de idade, enquanto que o termo cegueira adquirida se refere à aqueles que perderam a sua visão depois deste período (França, 2013). Estudos sobre a atração sexual e comportamento sexual em pessoas com deficiências físicas, assim como em relações românticas, continuam a ser raras no campo da psicologia, com poucos estudos neste tópico. Por isso, porque é que este é um tema pouco explorado se a sexualidade em si é muito estudada? Alguns autores argumentam que isto acontece pois as pessoas fisicamente inválidas (neste estudo, nós focamos na perda total de visão) são vistas como assexuais, o que quer dizer que elas são incapazes de amar, não destinadas a ter uma família, não experienciam desejo sexual nem têm qualquer tipo de sentimentos românticos (França, 2013). A literatura sugere que as pessoas cegas estão em desvantagem comparativamente às pessoas normais no que toca à experiência sexual, particularmente os indivíduos mais novos; também sugere que a probabilidade de envolvimento em condutas românticas é inferior e a idade de começar estes comportamentos amorosos é mais tardia (Kef e Bos, 2006). A sociedade tende a olhar para as pessoas com incapacidades de uma forma diferente (França, 2013). Por exemplo, nos dias de hoje, o nosso mundo está a tornar-se cada vez mais dinâmico e a nossa indústria é, certamente, não comumente guiada por pessoas com algum



tipo de dificuldade física, neste caso, com deficiência visual. Por esta razão, ser cego pode limitar o conhecimento sobre oportunidades possíveis que apareçam, assim como tentar diferentes formas de vida (Pinquart e Pfeiffer, 2013). Este facto contribui, obviamente, para a ideia de que as pessoas com visão inválida não são capazes de ter uma relação e, mais drástico, se não ser capaz de tomar conta de si próprios, dependendo sempre em alguém. Por fim, eles podem ser vistos como um fardo para as suas famílias. Para França, eles têm a sua própria individualidade e os membros das suas famílias vêem-nos como capazes e talentosos em algumas áreas (2013). Por estas razões, Kef e Bos (2006) sugerem que ser diferente e sentir-se dependente não são circunstâncias favoráveis para iniciar a vida sexual. Não é estranho quando as pessoas criam questões nas suas cabeças sobre como é que uma pessoa cega se sente atraída por alguém. E estas questões, geralmente, não têm respostas bem explicadas; “como é que ela se pode sentir interessada num homem se nunca o viu?” ou “se ele não vê, como pode ele dizer que a sua namorada é bonita?” parece um problema sem resposta que muitos de nós nunca perguntaram a pessoas com incapacidade visual. Imaginem que, durante um dia inteiro, não podíamos abrir os nossos olhos quer para andar, comer, trabalhar, tomar um banho, ter sexo ou sair para um encontro. As nossas ações seriam muito mais difíceis de fazer sem treino nessas condições. Atualmente, até com esta limitação, as pessoas congenitamente cegas têm a percepção das ações das pessoas perto delas, quase como se as conseguissem “ver”, recrutando as mesmas áreas corticais ativadas através da observação nos sujeitos com visão normal (Ricciardi et al., 2010). Ainda, um estudo conduzido por Karremans e Frankenhuys mostra que os homens cegos preferem uma diferença maior de “cintura-anca” tal como homens com visão normal; também sugerem que o input visual não é responsável por esta preferência (2010). Até agora, não há literatura considerável sobre cegueira nem sobre a sua relação com percepções românticas completas, envolvendo todos os sentidos humanos. Até aos dias de hoje, quase todo o material substancial sobre este tópico é qualitativa. Seria vantajoso perceber, de uma forma profunda, o que estas pessoas sentem em termos de atratividade e excitação sexual; isso beneficiaria não só os profissionais no campo da psicologia, mas todos aqueles que interagem com esta população. Por último, ajudaria não só profissionais no campo da psicologia, mas todos aqueles que interagem com esta população. Desta forma, conseguir-se-ia aumentar a qualidade de vida dos indivíduos cegos. Através de percebermos as razões das suas preferências, é possível ajudá-los diretamente na fonte das suas preocupações, entendendo os seus sentimentos e comportamentos. Acreditamos que há uma falha nesta temática. Este estudo apresenta alguns objetivos. O maior deles é compreender com alguma precisão o que é apreciado de um ponto de vista sexual pelas pessoas cegas. Depois, tentamos perceber em que aspetos as duas primeiras impressões são baseadas. Ainda, é necessário compreender o que leva uma pessoa totalmente cega a sentir amor por alguém em vários aspetos da sua vida amorosa, desde a frequência de relações sexuais até em que é que é baseado o seu conceito de beleza e o que procuram num parceiro amoroso. Por fim, queremos comparar os resultados não só entre pessoas com cegueira congénita, mas também com cegueira adquirida. Uma das nossas hipóteses é baseada na nossa convicção de que indivíduos com cegueira valorizam mais a sensibilidade auditiva pois a percepção da voz representa uma função mais especializada nos seus cérebros (Gougoux et al., 2009) assim como a percepção olfativa e tátil, comparativamente às pessoas com visão normal e também que eles são muito



consciosos e têm muita noção das suas experiências corporais (Kaplan-Myrth, 2000). Nós acreditamos que a ausência da capacidade visual não é um incapacitador da existência de atração sexual pois os outros sentidos também são centrais. Ainda, antecipámos que pessoas com cegueira vivam as suas relações românticas e sexuais numa forma similar as pessoas não cegas. Por fim, esperamos que as pessoas cegas se autotclassifiquem, em termos de atratividade, de forma similar às pessoas normativas.

Metodologia

Participantes

461 indivíduos participaram voluntariamente no nosso estudo. A amostra final foi reduzida a 351 participantes depois de analisar-mos os dados em falta ($n=4$), remover-mos as pessoas homossexuais ($n=10$), bissexuais ($n=19$), pessoas com menos de 18 anos ($n=6$), pessoas que nunca estiveram numa relação amorosa ($n=29$) nem tiveram sexo (incluindo sexo oral, vaginal e anal) ($n=34$). Houve também participantes removidos pois não seguiram as instruções das perguntas ($n=5$). Por fim, removemos as respostas repetidas automaticamente ($n=3$). A média de idades da amostra final foi aproximadamente 25 anos (mínimo = 18; máximo = 56; $DP \approx 9.7$) e 253 deles eram mulheres ($\approx 72.1\%$). Em termos de condição visual, 27 dos indivíduos são cegos (7.7%) e 324 não são (92.3%). Os participantes não receberam qualquer tipo de pagamento ou regalia pela sua participação neste estudo e foram recrutados de redes sociais, e-mails e associações que suportam pessoas com problemas visuais (Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal (ACAPO) e Associação de Apoio aos Deficientes Visuais do Distrito de Braga (AADVDB)).

Medidas

<i>Sections of the questionnaire</i>	<i>Number of Items</i>
<i>Demographics</i>	5
<i>Sexual Orientation</i>	1
<i>Physical Attractiveness</i>	3
<i>First impressions</i>	12
<i>Initiation of Sexual Life</i>	1
<i>PAIR</i>	36
<i>QSRS</i>	13
<i>Total number of items</i>	71

Table 1. Number of items per section

Questionário

Demográfico

Esta secção foi usada para recolher informação demográfica. Incluía questões sobre idade,



sexo, se a pessoa era cega ou não (se cega, o participante tinha de indicar a idade em que ficou cego) e se o nunca tinha estado numa relação. Se nunca tiver estado numa relação, o questionário ia parar automaticamente aqui.

Orientação Sexual

Os participantes tinham de referir se eram heterossexuais, homossexuais ou bissexuais. Apenas os heterossexuais podiam responder às próximas secções.

Atratividade Física

Os participantes davam respostas sobre como se classificavam a eles mesmos e aos seus parceiros em termos de atratividade, de 0 (“nada atraente”) até 100 (“extremamente atraente”). Ainda, era perguntado como é que eles pensavam que os seus parceiros os classificariam na mesma escala (ver Alver, 2015, para questionário semelhante).

Primeiras Impressões

Este questionário foi usado e criado para medir e entender os fatores mais importantes num primeiro contacto; os participantes eram apresentados com os seguintes fatores e classificavam-nos numa escala de Likert de 12 fatores, quanto à pessoa que eles conheceriam pela primeira vez, entre 0 (“sem importância”) até 4 (“muito importante”): cheiro característico, perfume, suavidade da pele, traços faciais, textura do cabelo, timbre da voz, ritmo da fala, conteúdo da conversa, simpatia, espontaneidade, sensibilidade e prestabilidade.

Iniciação da vida sexual

Nesta secção, foi pedido aos participantes para indicarem se eles já tinham iniciado a sua vida sexual (incluindo sexo oral, vaginal ou anal). Se não, o questionário iria parar nesta secção.

Personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIR)

O PAIR foi criado por Schaefer e Olson (1981) para avaliar tanto os níveis reais como ideais de intimidade nas relações (Moore, McCabe, e Stockdale, 1998). É uma medida com 36 itens, incluindo fatores dissimilares tais como intimidade emocional (sentir-se próximo, capacidade de partilhar sentimentos), intimidade social (ter amigos em comum), intimidade sexual (partilhar afeição, toque, proximidade física e sexual), intimidade intelectual (partilhar ideias e experiências sobre a vida e o trabalho) e intimidade recreacional (partilhar experiências). A versão portuguesa, que usámos neste estudo, tem 35 itens dispersados por 3 fatores: validação pessoal, comunicação e abertura externa (Moreira e Canavarro, 2007). Os participantes avaliaram numa escala de Likert de 5 pontos o nível de concordância ou não sobre as frases apresentadas.

Self-Esteem and Relationship Questionnaire (SEAR)

O SEAR foi desenvolvido por Cappelleri et. al (2004) e no nosso estudo usamos a versão portuguesa do mesmo, traduzida e validada por Ribeiro e Raimundo (2005). Foi desenvolvida com o propósito de estudar as variáveis psicológicas nos homens com disfunção erétil. É suficientemente curta e clara para dar informação sobre a satisfação face à vida sexual em pessoas com uma vida sexual ativa (Ribeiro e Raimundo, 2005).

Procedimento

Conduzimos um questionário online usando o Google Docs (www.docs.google/forms). O questionário era acessível para pessoas cegas através da ativação de um leitor de ecrã, quer incluído ou instalado no computador pelos participantes. O completamento do questionário deveria levar 10 minutos e estava escrito em português. Esteve ativo durante 5 semanas.

Resultados

Através da análise dos gráficos que resultaram deste estudo, concluímos que existem diferenças entre pessoas com visão normal e pessoas cegas, no que toca à importância dada a certas características num primeiro contacto (fig.1).

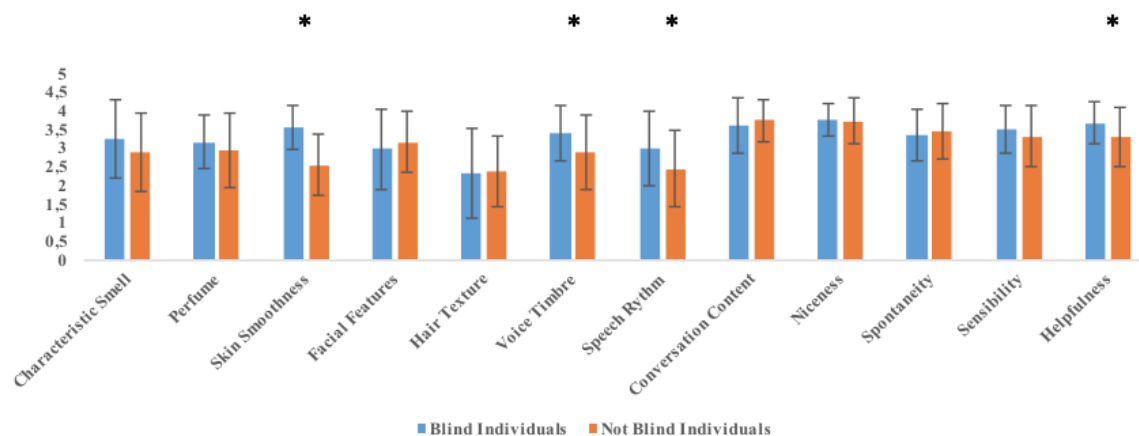


Fig. 1. Importance given to some characteristics in a first meeting

As pessoas cegas parecem dar significativamente mais importância à suavidade da pele ($M=3,556$), timbre da voz ($M=3,407$), ritmo da fala ($M=2,962$) e prestabilidade ($M=3,667$) ($*p<.05$).

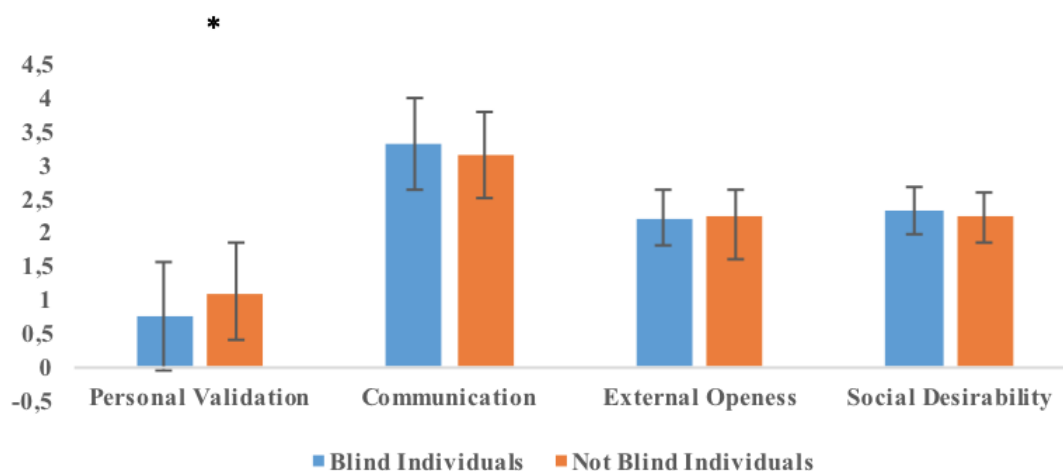


Fig. 2. Results of PAIR

Consideranto o questionário PAIR, apenas on dos fatores apresentou diferenças significativas entre pessoas cegas e não cegas: a validação pessoal. Neste fator, há questões sobre os sentimentos de apoio e validação do parceiro para com o self.

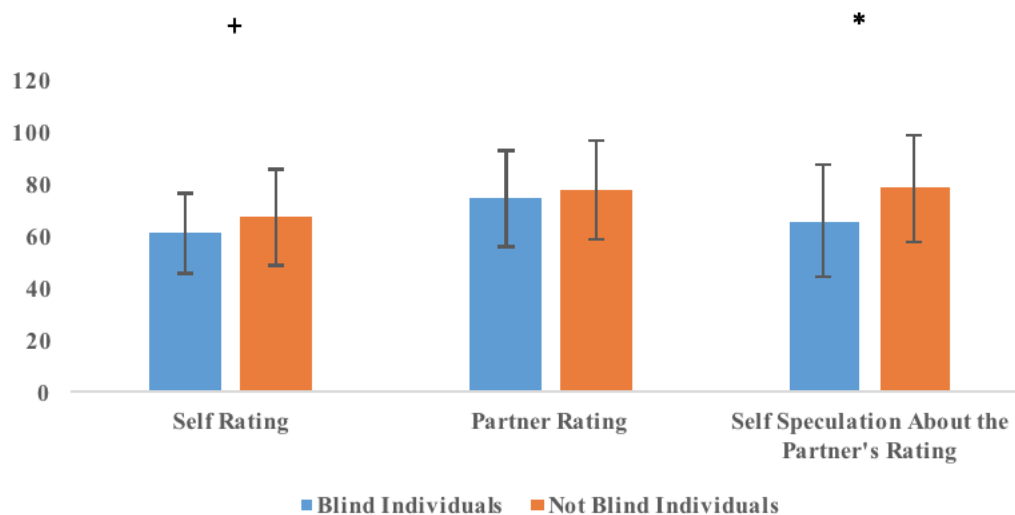


Fig. 3. The percentage given by the participants when they rate themselves, their partner and the speculation about their partner's rating

Pessoas com visão normativa tendem a autotclassificar-se como sendo mais atraentes ($M=67,301\%$) quando comparadas a pessoas cegas ($M=61,111\%$) ($+p<.1$)

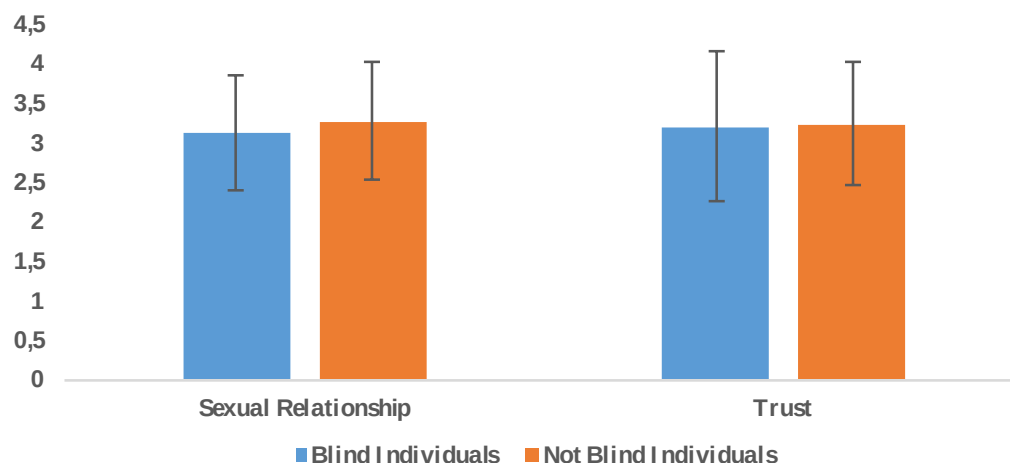


Fig. 4. Results of SEAR questionnaire

Não houve diferenças quanto à temática sexual e romântica.

Discussão

Podemos concluir que há diferenças entre as pessoas normativas e com deficiência visual total quanto à importância dada a algumas características no primeiro encontro. Uma possível justificação é a de que as pessoas cegas são mais sensíveis nos outros sentidos. Este resultado confirma a nossa hipótese. Quanto a aspetos românticos e sexuais, esperamos que pessoas cegas vivam as suas relações de uma forma similar às pessoas não cegas. Esta predição foi, em parte, confirmada pelos nossos resultados. Há também evidência que as pessoas cegas têm mais autoestima do que as pessoas não-cegas. Uma das nossas hipóteses foi a de que diferenças entre pessoas cegas congénitas e adquiridas iam ter diferenças; contudo, não tivemos indivíduos cegos congénitos suficientes para testar esta predição.

Contacto para Correspondência

Nicole Sobral Félix, Escola de Psicologia, Universidade do Minho. Mail: nicolefelix@gmail.com.

Referências

- Alves, A. (2015). *Como é que os casais experienciam o relacionamento íntimo após o diagnóstico de cancro*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Minho, Portugal.
- Arantes, J., Berg, M. E., & Wearden, J. H. (2013). Females' Duration Estimates of Briefly-Viewed Male, but Not Female, Photographs Depend on Attractiveness. *Evolutionary Psychology*, 11(1). doi:10.1177/147470491301100110



- Blindness. (n.d.). Retrieved June 14, 2016, from <http://www.who.int/topics/blindness/en/>
- Cappelleri, J.C., Althof, S.E., Siegel, R.L., Shpilsky, A., Bell, S.S., & Duttagupta, S. (2004). Development and validation of the Self-Esteem And Relationship (SEAR) questionnaire in erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 16, 30-38. doi:10.1038/sj.ijir.3901095
- "Demografia De Portugal." – Wikipédia, a Enciclopédia Livre. Web. 03 June 2016.
- França, D.N.O. (2013). Sexualidade da pessoa com cegueira: da percepção à expressão. *Revista brasileira de educação especial*, 19, 4.
- Friedman, A. M. (2012). Believing Not Seeing: A Blind Phenomenology of Sexed Bodies. *Symbolic Interaction*, 35(3), 284-300. doi:10.1002/symb.25
- Gougoux, F., Belin, P., Voss, P., Lepore, F., Lassonde, M., & Zatorre, R. J. (2009). Voice perception in blind persons: A functional magnetic resonance imaging study. *Neuropsychologia*, 47(13), 2967-2974. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.06.027
- Grammer, K., & Thornhill, R. (1994). Human (*Homo sapiens*) facial attractiveness and sexual selection: The role of symmetry and averageness. *Journal of Comparative Psychology*, 108(3), 233-242. doi:10.1037/0735-7036.108.3.233
- Kaplan-Myrth, N. (2000). Alice without a looking glass: Blind people and body image. *Anthropology & Medicine*, 7(3), 277-299. doi:10.1080/713650612
- Karremans, J. C., Frankenhuys, W. E., & Arons, S. (2010). Blind men prefer a low waist-to-hip ratio. *Evolution and Human Behavior*, 31(3), 182-186. doi:10.1016/j.evolhumbehav.2009.10.001
- Kef, S., & Bos, H. (2006). Is Love Blind? Sexual Behavior and Psychological Adjustment of Adolescents with Blindness. *Sexuality and Disability Sex Disabil*, 24(2), 89-100. doi:10.1007/s11195-006-9007-7
- Moreira, H., Amaral, A., & Canavarro, M. C. (2009). Adaptação do Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale (PAIR) para a população portuguesa: Estudo das suas características psicométricas. *Psychologica*, 50, 353-373.
- Pais-Ribeiro, J. L. & Raimundo, A. (2005). Estudo de adaptação do questionário de satisfação com o relacionamento sexual (SEAR) em mulheres com incontinência urinária. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 191-202.
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J. P. (2013). Perceived social support in adolescents with and without visual impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 4125-4133. doi:10.1016/j.ridd.2013.08.004
- "Portugal Tem 160 Mil Cegos." DN. Web. 03 June 2016.
- Schaefer, M., & Olson, D. (1981). Assessing Intimacy: The PAIR Inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7(1), 47-60. doi:10.1111/j.1752-0606.1981.tb01351.x
- Sani, L., Ricciardi, E., Gentili, C., Vanello, N., Haxby, J. V., & Pietrini, P. (2010). Effects of Visual Experience on the Human MT Functional Connectivity Networks: An fMRI Study of Motion Perception in Sighted and Congenitally Blind Individuals. *Front. Syst. Neurosci. Frontiers in Systems Neuroscience*, 4. doi:10.3389/fnsys.2010.00159
- Swaddle, J. P., & Cuthill, I. C. (1995). Asymmetry and Human Facial Attractiveness: Symmetry May not Always be Beautiful. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 261(1360), 111-116. doi:10.1098/rspb.1995.0124
- Tracy, J. L., & Beall, A. T. (2011). Happy guys finish last: The impact of emotion expressions on sexual attraction. *Emotion*, 11(6), 1379-1387. doi:10.1037/a0022902



Ficar Solteiro ou Investir numa Relação? Desenvolvimento de um questionário de avaliação das motivações

Sílvia Almeida^{1,2}, Inês Dias², & João M. Moreira²

1. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO, EPE), Portugal

2. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal

Resumo

Numa época em que é visível uma cada vez maior diversidade de estilos de vida, é importante para os psicólogos compreender as motivações subjacentes às opções de vida e as suas implicações para o bem-estar dos indivíduos. Verificando-se uma lacuna ao nível dos instrumentos de avaliação das motivações para ficar solteiro vs. investir numa relação romântica, construiu-se um inventário, o IM-SR (Inventário de Motivações para ficar Solteiro ou investir numa Relação), constituído por duas partes, correspondentes aos dois tipos de motivações. Uma versão de pré-teste do IM-SR foi aplicada a uma amostra de 269 indivíduos, após a qual foi realizada uma análise fatorial e uma seleção de itens a reter para a versão final. Esta foi depois utilizada em dois outros estudos (com *Ns* de 444 e 220, sendo que no segundo apenas foi utilizada a segunda parte do inventário), com o objetivo de replicar a estrutura fatorial e avaliar a precisão e validade do IM-SR. Na versão final, o instrumento avalia cinco dimensões em cada um dos domínios. Nas Motivações para ficar Solteiro, os fatores/escalas são os de (a) Independência, (b) Sócio-Sexualidade, (c) Auto-Preservação, (d) Indisponibilidade e (e) Auto-Desvalorização. Nas Motivações para investir numa Relação, temos (a) Amor Romântico, (b) Medo de Ficar Sozinho/Pressão Externa, (c) Impacto de Relações Anteriores, (d) Sexo e (e) Projetos a Longo-Prazo. A consistência interna das escalas mostrou-se bastante satisfatória, e as correlações com outras variáveis apoiam a validade do instrumento, que apresenta grande utilidade potencial nos contextos clínico e de investigação.

Palavras-chave: motivação; relações românticas; solteiros; questionário.



Abstract

With the growing diversity of life styles, it seems important for psychologists to understand the motivations underlying life choices and their implications for well-being. There is a gap in the literature research in what concerns assessment tools measuring motivations to remain single vs. investing in a romantic relationship. To overcome this gap, we constructed an Inventory of Motivations to being Single or Investing in a Relationship (IM-SR), composed of two parts, corresponding to the two types of motivations. It was administered to a sample of 269 individuals in a pretest version. A factor analysis was then carried out, and items for the final version were selected. That version was used in two other studies (*Ns* of 444 and 220; in the second study, only the second part of the inventory was used), with the aim of replicating the factor structure and assessing the reliability and validity of IM-SR. In the final version, this instrument assesses five dimensions in each domain. For Motivations to Being Single, the factors/scales are (a) Independence, (b) Sociosexuality, (c) Self-preservation, (d) Unavailability and (e) Self-Devaluation. Among Motivations to invest in a Relationship we have (a) Romantic Love, (b) Fear of being single/External Pressure, (c) Impact of past relationships, (d) Sex and (e) Long-term Projects. The internal consistency of the scales proved to be quite satisfactory and the correlations with other variables support the validity of the instrument, which has great potential usefulness in the clinical and investigation contexts.

Keywords: motivation; romantic relationships; singlehood; questionnaire



Introdução

O conceito de *motivação* está profundamente relacionado com o de *self*, sendo ambos reconhecidos como centrais na explicação do comportamento romântico (Kindelberger & Tsao, 2014). Neste sentido, torna-se relevante analisar os tipos de motivações subjacentes à decisão de uma pessoa em manter-se solteira ou entrar numa relação.

Assim, numa primeira parte da investigação, realizou-se um pré-teste (Estudo 1), onde se recolheu uma amostra ($N = 269$) que possibilitou a realização de uma análise fatorial (pela factorização de eixo principal), conduzindo à determinação dos fatores emergentes dentro do domínio apontado e à seleção de itens para a forma final do instrumento. Numa segunda fase, procedeu-se à replicação do estudo de pré-teste, em dois outros Estudos (Estudo 2 e Estudo 3).

Motivações para ficar solteiro

No que diz respeito aos solteiros, esta é uma área que geralmente tem sido negligenciada pela literatura acerca das relações românticas, donde a especial relevância da construção desta secção do inventário. Uma das hipóteses apontadas para justificar os motivos pelos quais as pessoas se manteriam solteiras seria o facto de serem indivíduos com uma vinculação *evitante*, os quais favoreceriam a independência e autoconfiança e utilizariam estratégias cognitivas para manter um sentido de separação e autonomia (e. g. suprimir sentimentos de amor e compromisso). Por outro lado, também as pessoas com vinculação *ansiosa/ambivalente*, que teriam sido rejeitadas por parceiros relacionais que não aceitavam essa sua ansiedade, dependência e intrusividade, poderiam manter-se solteiras por estes motivos. Estas pessoas acabariam por configurar as suas hierarquias de vinculação (Bowlby, 1982) de forma diferente das pessoas numa relação (Schachner Shaver, & Gillath, 2008), recorrendo a outras figuras de apoio.

Hoje em dia, ainda parece existir um estigma associado ao estatuto relacional de solteiro, havendo quem atribua as diferenças entre os indivíduos solteiros e os casados aos aspetos menos desejáveis do primeiro grupo ou até mesmo a carências individuais dos próprios solteiros (Byrne & Carr, 2005). Anderson e Stewart (1994) postulam a existência de muitos mitos associados aos solteiros, relacionados com a perceção de que a maior parte destes indivíduos, principalmente as mulheres, anseiam por um relacionamento, sofrendo na falta do mesmo. Tais crenças parecem promover o medo associado às consequências de não encontrar um parceiro romântico (Spielmann et al., 2013). A escolha de iniciar, manter ou terminar uma relação romântica envolve uma tomada de decisão complexa, de tal maneira que as pessoas muitas vezes ponderam as suas opções em função de heurísticas e estados emocionais. O medo de ficar sozinho parece prever a tendência de um indivíduo para tomar decisões que priorizam o facto de ter um relacionamento em detrimento da qualidade do mesmo, ao que coloquialmente se pode chamar de “conformar-se com menos” (Spielmann et al., 2013).

Muitas vezes, a *singlehood* seria percecionada como um estatuto apenas temporário, transitório e/ou não informado, o qual seria experienciado por eventuais dificuldades “em escolher ou ser escolhido” (Lahad, 2014) - se tal fase fosse “prolongada”, seria considerada uma disrupção biográfica e social (Lahad, 2012), o que corresponde a uma visão



estigmatizante da *singlehood* como uma categoria social desviante. Surge assim o conceito de *singlism*, que corresponde ao preconceito e discriminação em relação aos indivíduos que não se casam. Deste modo, membros de grupos estigmatizados, como as pessoas solteiras que experienciam algum tipo de “discriminação” interpessoal, podem considerar que são percebidos negativamente, podendo incorporar tais atitudes negativas nas suas autoavaliações (e.g. Byrne & Carr, 2005), com implicações a nível do seu autoconceito e bem-estar.

Há, no entanto, um estilo de solteiros, que se opõe à opinião generalizada de que as pessoas solteiras mantêm esse estatuto involuntariamente. Em vez disso, cada vez mais se verifica que os indivíduos solteiros têm, de facto, opção de escolha e um número crescente deles exerce essa escolha consciente e voluntariamente. A emergência do estatuto relacional solteiro como um estilo de vida é vista como um fenómeno desenvolvimentista em resposta à insatisfação com o casamento tradicional. Deste modo, representa uma mudança significativa nas expectativas culturais subjacentes a muitos dos nossos valores sociais (Stein, 1975). Assim, surge o conceito de “solteiro por escolha própria” (Lahad, 2014).

Sabe-se que o bem-estar dos indivíduos solteiros que desejam uma relação romântica, os chamados solteiros por circunstância, é mais baixo do que o dos solteiros que escolhem esse estatuto relacional (i.e., solteiros por opção), o que parece estar diretamente relacionado com a sua satisfação em relação ao mesmo (Slonim & Schuetz, 2015). Os solteiros por opção esperam menos benefícios das relações românticas do que os solteiros por circunstância e do que os indivíduos que estão numa relação, preocupando-se essencialmente com a possibilidade de serem limitados por um parceiro e de experimentarem tédio ou *stress* na relação, atribuindo, assim, uma grande importância ao fator independência. Por outro lado, os solteiros por circunstância são semelhantes em termos de expectativas aos indivíduos que estão numa relação, especialmente no que diz respeito a atividades conjuntas e expressão emocional. Estes dois grupos diferem, no entanto, nos custos percebidos, uma vez que se verifica um receio, por parte dos solteiros por circunstância, de que possam vir a amar o parceiro em demasia. Os indivíduos que estão numa relação percebem os relacionamentos amorosos como tendo menos custos e como sendo mais benéficos (Slonim & Schuetz, 2015).

Mesmo estudos menos recentes (e.g. Stein, 1975) sublinham a tendência para o adiamento do casamento e o número crescente de solteiros. Assim, e apesar das pressões culturais e psicológicas em direção ao casamento e das práticas sociais discriminatórias, os indivíduos relatam crescimento pessoal, um aumento de oportunidades e amizades, e um sentido de independência que valida os seus estilos de vida presentes. Deste modo, o ficar solteiro poderia dever-se, p. ex., a uma preferência pelo investimento em oportunidades de carreira ou a uma valorização da autossuficiência, liberdade e da possibilidade de fortalecer amizades (Stein, 1975). Outras motivações inerentes ao ficar solteiro poderiam ainda ser o sentir-se indesejável ou com menor autoestima (Baumeister, Wotman, & Stillwell, 1993), assim como a sensação de perda de liberdade pessoal, tempo e dinheiro, dificuldades a nível de confiança no outro e o querer evitar o conflito (Rusbult, 1983). No fundo, a decisão seria sempre baseada no balanço entre custos e ganhos (Hobfoll, 1989; Rusbult, 1983).



Motivações para entrar numa relação

De acordo com a literatura existente (e.g. Brumbaugh & Fraley, 2015; Pierce, 2012; Rhoades Dush, Atkins, Stanley, & Markman, 2011), um dos conjuntos de motivações para entrar numa relação surge no contexto das relações *rebound* (RR), relações que, por definição, se iniciam pouco depois do término de uma outra relação, sendo que a entrada nestas poderia servir como uma estratégia de *coping* ou forma de distração, para que a pessoa pudesse lidar mais facilmente com sentimentos dolorosos decorrentes do término da relação anterior. Desta forma, a RR poderia ajudar a preencher um “vazio” emocional ou prático/instrumental (e.g. providenciando assistência financeira) deixado pelo parceiro anterior. Por outro lado, um rápido retorno à *dating scene* poderia permitir ao indivíduo voltar a ganhar autoconfiança e, concomitantemente, aumentar o sentido de autoeficácia, autoestima e inclusão social, no sentido de se provar a si próprio e aos outros que tem valor e ainda é desejável, por ser capaz de obter um novo parceiro com sucesso. Finalmente, estas relações podem consistir numa forma de vingança contra o ex-parceiro, no sentido de lhe fazer ciúmes e mostrar que “não precisa dele” ou que este não é insubstituível (Brumbaugh & Fraley, 2015; Pierce, 2012; Sherman, 2010). Deste modo, começar uma nova relação romântica poderia ter uma função amortecedora, sendo visto como um evento que pode ajudar a aliviar o *stress* inerente ao papel de se estar solteiro (Rhoades et al., 2011).

Independentemente de ser uma RR ou não, a verdade é que a relação amorosa é vista como “palco” de satisfação de necessidades. Assim, p. ex., a dependência (Rusbult, Martz, & Agnew., 1998) inerente à mesma, seria uma qualidade fundamental das relações, consistindo num estado relacional que descreve os efeitos aditivos de *querer persistir* (sentir-se satisfeito), *precisar de persistir* (fazendo investimentos altos) e *não ter escolha a não ser persistir* (possuir poucas alternativas ou pouco viáveis). O amor passional enfatizaria, assim, o aspeto *precisar* do amor, incluindo necessidades de afiliação e dependência, sentimentos de exclusividade, excitação sexual e paixão (Andrade, Garcia, & Cassepp-Borges, 2013).

De acordo com Drigotas e Rusbult (1992), haveria ainda outros conceitos importantes, que acabaram por inspirar os itens do IM-SR, nomeadamente as dimensões: de intimidade (partilhar pensamentos, sentimentos e segredos muito pessoais); sexual (a partilha de uma vida sexual, desde o dar as mãos até à relação sexual propriamente dita); de envolvimento emocional (sentir-se emocionalmente vinculado ao outro); de companheirismo (o fazer coisas juntos, partilhar tempos livres, apreciando a companhia do outro); de segurança (ter uma relação com quem se pode contar, o que confere estabilidade e conforto à vida do indivíduo); de valor próprio/auto-valorização (uma relação que faz com que o indivíduo se sinta bem consigo próprio: alguém que gosta da forma que se é); de envolvimento intelectual (implica partilhar ideias e conhecimento, discutindo valores e atitudes, etc). Outras necessidades de vinculação parecem ainda ser relevantes, como as de autonomia, competência e conexão, as quais parecem estar correlacionadas com uma vinculação mais segura e com modelos do *self* e outro mais satisfatórios e adaptativos (La Guardia, Ryan, Couchman, & Deci, 2000). Por outro lado, muitas vezes, as preocupações focadas no outro podem levar a que os indivíduos solteiros se possam sentir compelidos a aceitar avanços de potenciais parceiros indesejados, como forma de lhes evitar a dor (Joel, Teper, & MacDonald, 2014), o que poderia ser uma motivação para entrar numa relação.



Já de acordo com Stein (1975), várias poderiam ser as motivações para entrar numa relação (neste caso, de casamento), nomeadamente as derivadas da influência dos *mass media*, pressão dos pais, expectativas culturais, possibilidade de sexo regular, desejo de família e estatuto social, assim como o sentido de culpa acerca da *singlehood* e solidão. Neste contexto, pode-se problematizar que o “medo de ficar solteiro” poderia ser uma motivação a ter em conta no “acelerar” a entrada numa relação, movimento esse que, inclusive, poderia ser feito de forma mais “indiscriminada” (Spielmann et al., 2013). Assim, uma das teorias que parece ser relevante para a explicação dos fenómenos motivacionais é a Teoria da Autodeterminação (Ryan & Deci, 2000), que proporciona um enquadramento conceptual da motivação, descrevendo-a ao longo de um *continuum*. Esta teoria é uma abordagem à motivação humana e personalidade, considerando-a como estando associada à regulação e satisfação de três necessidades psicológicas que inatas – competência, autonomia e conexão. Desta forma, existem diferentes tipos de motivações implicados na entrada numa nova relação (Knee, Patrick, Vietor, Nanayakkara, & Neighbors, 2002), especialmente porque existem diferenças individuais nas orientações motivacionais, i.e., as pessoas diferem no grau em que regulam o seu comportamento baseando-se na autonomia ou em pressões - reais ou imaginadas - para o desempenho. Dentro do *continuum* da autodeterminação da motivação, hipotetiza-se que os indivíduos possam iniciar uma atividade (neste caso, uma relação) devido a pressões externas (evitar punições ou alcançar ganhos) e mantê-la pela apropriação da motivação. Assim, um comportamento inicialmente coagido passaria a ser livre e intrinsecamente determinado, a partir do momento em que o indivíduo mantém a atividade pelo seu próprio valor (Kindelberger & Tsao, 2014).

Antes de “alcançar” a motivação intrínseca (que estaria associada mais diretamente à intimidade e companhia), existem quatro níveis de motivação extrínseca, dependendo da perceção do indivíduo do controlo comportamental: externa, introjectada, identificada e integrada (Kindelberg & Tsao, 2014; Ryan & Deci, 2000). O controlo externo ocorre quando os indivíduos exibem comportamentos para obter ganhos ou evitar punições (materiais ou sociais) ou por pressão dos pares (fase do estatuto) – há preocupações sociais em entrar numa relação. A regulação introjectada é o primeiro passo em direção à internalização – os indivíduos demonstram comportamentos por sentimentos de dever; incorporam a pressão social anterior e sentem culpabilidade ou vergonha quando não demonstram o comportamento. De acordo com Brown (citado por Kindelberger & Tsao, 2014), o envolvimento em relações românticas implicaria uma contribuição para o *self*, ao fornecer um sentido de prestígio e sucesso. A regulação identificada ocorre quando a regulação externa (social) é totalmente aceite – as pessoas reconhecem a importância do comportamento no contexto social, sem sentimentos de dever ou vergonha: a pessoa controla-se, com liberdade, para exibir o comportamento apropriado, pelo que o seu envolvimento seria motivado por razões intrínsecas – investem na relação por si próprios e pelo prazer que retiram dela, especialmente pela satisfação de necessidades, como as de intimidade, amor e companhia (Kindelberger & Tsao, 2014). Por sua vez, a regulação integrada ocorre quando as regulações identificadas são totalmente assimiladas pelo *self*, o que significa que se tornariam congruentes com os outros valores e necessidades do indivíduo, ou seja, fariam parte da identidade deste (Ryan & Deci, 2000). Por outro lado, existe ainda o “grau” de amotivação, que corresponde a um estado de falta de intenção para



agir. Assim, quando o indivíduo se encontra amotivado, não age de todo ou age sem intenção, o que se pode dever ao facto de não valorizar a atividade em questão, de não se sentir competente para tal ou não esperar alcançar um resultado desejado (e.g. Ryan & Deci, 2000). Assim, o tipo de motivação parece ter influência nas fases de iniciação, manutenção e término relacional, sendo que o “nível” de autodeterminação pode levar ao envolvimento em diferentes tipos de experiências românticas, experiências essas que parecem igualmente modelar as motivações relativamente a relações românticas ulteriores (Kindelberger & Tsao, 2014).

Outra teoria relevante na qual baseámos a escolha dos itens foi a Teoria da Expansão do Self (e.g. Aron et al., 1992), que propõe que as pessoas estariam motivadas para expandir e desenvolver os seus autoconceitos, recursos, perspetivas e características, ao incluir a outra pessoa no seu *self*, quando entram numa nova relação, o que lhes permitiria aumentar a sua autoeficácia (sobreposição dos *selves*; Haynes, 2014; Knee et al., 2002).

Metodologia

Origem dos Itens

Desta forma, os itens para ambas as secções da versão inicial da escala IM-SR, foram baseados em e recolhidos através de múltiplas fontes, tais como escalas já existentes (e.g. *Adaptation to Singlehood Measure* - Hostetler, 2009; Questionário de Estratégias Sexuais [QES] – Moreira, 2008; *Romantic Motivation Scale* - Kindelberger & Tsao, 2014), informação recolhida informalmente (através de conversas com colegas e amigos) e recorrendo à literatura existente, como inspiração para a formulação de vários dos itens (e.g. Baumeister et al., 1993; Byrne & Carr, 2005; Etcheverry, Le, Wu, & Wei, 2013; Joel et al., 2014; Koropecj-Cox, 2005; Lahad, 2012; Lahad, 2014; Rusbult, 1983; Rusbult et al., 1998; Schachner et al., 2008; Shimek & Bello, 2014; Spielmann et al., 2013; Stein, 1975), para além da inspiração proporcionada pelas teorias referidas na secção anterior,

A versão inicial da escala incluía 137 itens, dos quais 64 se referiam às motivações para entrar numa relação (secção da escala: IM-R) e 73 correspondiam às motivações para ficar solteiro (secção da escala: IM-S). Após a realização de uma factoração de eixo principal e análise qualitativa dos itens, a versão final da secção IM-R passou a incluir 32 itens e a secção IM-S, 21 itens. Tendemos a seleccionar itens cuja saturação fosse superior a .50, de forma a que estes representassem adequadamente o seu componente teórico de pertença.

Participantes e Procedimento

Pré-teste. Os dados para análise foram obtidos a partir da plataforma *online* Qualtrics, a qual continha a forma inicial do IM-SR. Antes do início do preenchimento do inventário, foi apresentado aos participantes uma página com as instruções de participação e na qual teriam de dar o respetivo consentimento informado. Dos 524 participantes iniciais, foram excluídos da análise final aqueles ($n = 255$) que não tinham preenchido completamente pelo menos uma das partes – motivações para ficar solteiro ou motivações para entrar numa relação. Assim, foram incluídos 269 sujeitos, que responderam completamente ao inventário das motivações para entrar numa relação, e 204 indivíduos que responderam totalmente a



ambos os inventários (motivações para entrar numa relação e para se manter solteiro). Dos 269 sujeitos, 205 eram do sexo feminino (76.21 %) e 64 do sexo masculino (23.79%). As idades variavam entre os 18 e os 35 anos, tal como definido *a priori* como critério de elegibilidade para o estudo ($M = 23.43$, $Mdn = 23$, $SD = 3.38$).

Nesta fase, o inventário utilizava uma escala de Likert de nove pontos, de “1 - Discordo completamente” a 9 – “Concordo completamente”, em que os sujeitos selecionavam a opção consoante o seu grau de concordância com a mesma.

Replicações do estudo. No Estudo 2, aplicou-se o Inventário a uma amostra de indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, que tinham o português como língua materna. Foi decidido utilizar uma escala de Likert de 5 pontos (desde o “Discordo completamente” ao “Concordo completamente”) para simplificar a resposta, tornando o questionário menos exaustivo. Responderam, assim, ao protocolo 444 pessoas das quais 334 eram do sexo feminino (75.20%) e 110 do sexo masculino (24.80%). A média de idades foi 22.83 e o desvio-padrão 3.05 anos, com uma amplitude que variou entre os 18 e os 35 anos. Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria dos sujeitos possuía um curso superior (65.50%); 32.90% tinha concluído o ensino secundário, ou equivalente; e apenas 1.60% tinha concluído no máximo o 3ºCiclo, ou equivalente (9 anos de escolaridade). No que diz respeito ao estatuto relacional, 48% dos participantes estava nesse momento envolvido numa relação de namoro; 37.20% não estavam envolvidos com ninguém; 11.70% nunca se tinham envolvido numa relação de compromisso e apenas 3.20% eram casados ou viviam em união de facto.

No Estudo 3, apenas foi utilizada a secção do inventário relativa às motivações inerentes à entrada numa relação (secção IM-R do IM-SR), visto que esta investigação era dedicada ao estudo das relações *rebound*. Tal como no Estudo 2, foi utilizada uma escala de Likert de cinco pontos, de “1 - Discordo Completamente” a “5 – Concordo Completamente”, em vez da escala de nove pontos inicialmente utilizada.

A amostra total deste estudo era constituída por 220 participantes, dos quais 51 participantes (23.18%) eram do sexo masculino e 169 (76.82%) do sexo feminino. Os participantes apresentavam idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos ($M \approx 24$), conforme definido *a priori*. Assim, e após a realização de uma nova análise fatorial (através da factoração de eixo principal), em que se incluiu a amostra total ($N = 220$), obtiveram-se cinco fatores, em parte coincidentes com o pré-teste (Estudo 1) e coincidentes com a replicação anterior (Estudo 2), como veremos na secção seguinte.

Resultados

Pré-teste

Na fase de pré-teste, foram obtidos seis fatores na secção das motivações de entrada numa relação (secção IM-R do IM-SR): o Fator 1 incluía nove itens ($\alpha = .91$), cinco dos quais respeitantes à Impacto das Relações Anteriores (α parcial = .90) e quatro que diziam respeito à Pressão Externa (α parcial = .83); o Fator 2 referia-se às motivações mais associadas ao



Amor Romântico e incluía seis itens ($\alpha = .88$); o Fator 3 apresentava cinco itens e dizia respeito ao Medo da Solidão ($\alpha = .84$); o Fator 4 incluía quatro itens associados a Ganhos para o *Self*, decorrentes da entrada numa relação romântica ($\alpha = .81$); o Fator 5 englobava cinco itens que dizem respeito a Ganhos a Curto-Prazo/Satisfação Momentânea ($\alpha = .75$); finalmente, o Fator 6 incluía três itens, que se referiam a Planos a Longo-Prazo ($\alpha = .87$). Já na secção das motivações para ficar solteiro (secção IM-S do IM-SR), foram obtidos quatro fatores: o Fator 1, constituído por seis itens, estando associado a questões de Independência e autonomia ($\alpha = .90$); o Fator 2 incluía seis itens que diziam respeito à Autopreservação ($\alpha = .81$); o Fator 3 incluía cinco itens associados a questões de Sociossexualidade ($\alpha = .86$); finalmente, o Fator 4 abrange quatro itens e referia-se a questões de Indisponibilidade para entrar numa relação ($\alpha = .75$).

Replicações do Estudo

Estudo 2. Comparativamente com o Estudo 1, a estrutura do IM-SR alterou-se significativamente passando a ter 5 escalas nas *motivações para ficar solteiro* e reduzindo-se a 5 escalas de *motivações para investir numa relação*.

Através da análise fatorial na secção *motivações para ficar solteiro* (IM-S), obtiveram-se cinco fatores: (1) *Independência* ($\alpha = .83$), inclui cinco itens, ligado à liberdade e independência que o estar solteiro confere, não havendo a necessidade de dar satisfações ou alterar a rotina em função de alguém; (2) *Sociossexualidade* ($\alpha = .83$), constituído por cinco itens, relacionado com a dificuldade em ser fiel ou exclusivo a um único parceiro, sendo agradável a ideia de manter alguma variedade; (3) *Autopreservação* ($\alpha = .81$), composto por quatro itens, associado a uma postura defensiva de modo a não correr o risco de rejeição, preservando o *self*; (4) *Indisponibilidade* ($\alpha = .74$) para investir numa relação, constituída por quatro itens, relativo à ideia de não existir uma identificação com alguém que justificasse o investimento relacional e (5) *Autodesvalorização* ($\alpha = .74$), composto por três itens, associados a uma imagem depreciativa do *self*.

Relativamente às *motivações para investir numa relação* (IM-R), chegou-se também a cinco fatores: (1) *Amor Romântico* ($\alpha = .85$), constituído por nove itens; (2) *Medo de ficar sozinho e Pressão Externa* ($\alpha = .84$), composto por oito itens; (3) *Relações anteriores* ($\alpha = .82$), que inclui cinco itens; (4) *Sexo* ($\alpha = .73$), composto por dois itens e, por último, (5) *Projetos a longo-prazo* ($\alpha = .88$), constituído por três itens.

Estudo 3. Como resultado da análise fatorial (por factoração de eixo principal), obtiveram-se cinco fatores para o IM-R: o Fator 1 ($\alpha = .88$) inclui nove itens que estão associados à ideia de Amor Romântico; o Fator 2 ($\alpha = .84$) engloba oito itens correspondentes ao Medo de Ficar Sozinho e Pressão Externa; o Fator 3 ($\alpha = .74$) inclui cinco itens associados ao Impacto de Relações Anteriores, pela influência do ex-parceiro; o Fator 4 ($\alpha = .67$) inclui dois que se reportam à noção de satisfação momentânea e ganhos a curto-prazo, correspondendo ao fator associado ao Sexo; e, finalmente, o Fator 5 ($\alpha = .90$) replica os três itens que apareceram no pré-teste, e que estão associados aos Projetos a Longo-Prazo.



Discussão

O IM-SR é, portanto, uma escala multidimensional, que incide na avaliação das motivações inerentes à entrada numa relação ou no ficar solteiro, decisão essa que pode ser tomada por livre e espontânea vontade e/ou por circunstâncias que não dependem da própria pessoa. Para cada um dos fatores, os níveis de consistência interna (avaliados a partir dos valores de alfa de Cronbach) foram bastante satisfatórios.

Sendo esta uma versão resultante de um pré-teste do inventário, apenas foi replicada duas vezes posteriormente, em associação a outras variáveis (e.g. estilos de vinculação, compromisso, satisfação), pode-se considerar que a sua utilização empírica é relativamente restrita até agora. Assim, urge a necessidade de continuar a “desbravar terreno” no sentido de relacionar os tipos específicos de motivações inerentes à entrada numa relação ou à decisão de ficar solteiro, com outros conceitos psicológicos. Seria relevante que este inventário fosse utilizado em estudos onde se pudesse investigar a associação entre as motivações e outros constructos psicológicos, como o nível de satisfação com a vida, nível de investimento noutras atividades (e.g. laboral, académico), estilos de personalidade, entre muitos outros.

Por outro lado, a sua aplicação futura permitiria continuar a aprimorar a estrutura fatorial do próprio inventário, ao eventualmente reorganizar a localização de alguns itens, colocando-os numa diferente configuração de fatores.

Agradecimentos

Aos participantes dos três estudos agradecemos a colaboração. Foram indispensáveis para a concretização dos mesmos.

Contacto para Correspondência

João M. Moreira, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Alameda da Universidade, 1649-013 Lisboa, joao.moreira@campus.ul.pt

Referências

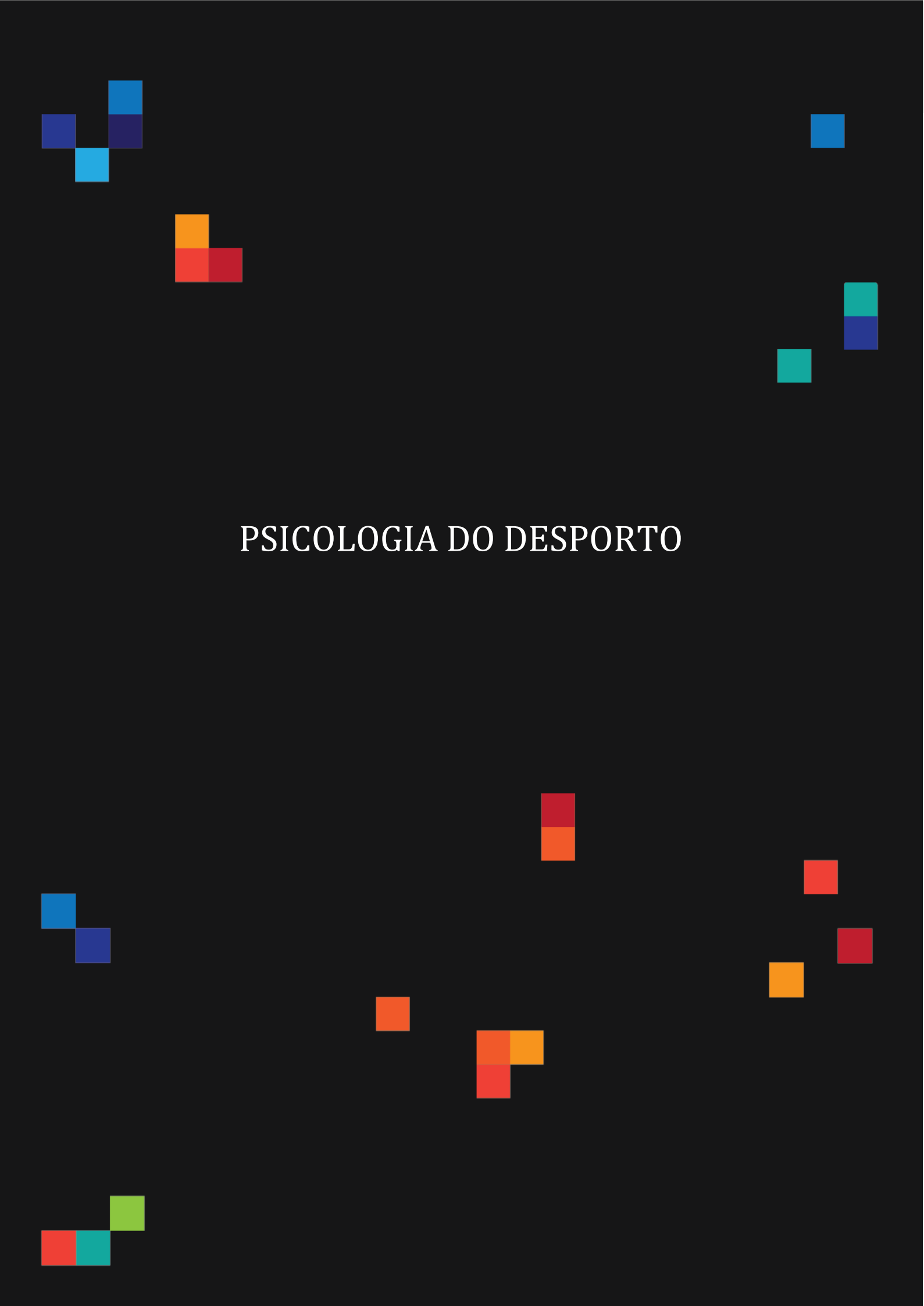
- Anderson, C., & Stewart, S. (1994). *Flying solo: Single women in midlife*. New York, NY: Norton.
- Andrade, A. L., Garcia, A., & Cassepp-Borges, V. (2013). Evidências de validade da Escala Triangular do Amor de Sternberg – Reduzida (ETAS-R), *Psico-USF*, 18(3), 501-510.
- Aron, A., Aron, E.N., & Smollan, D. (1992). Inclusion of other in the self scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 596-612.
- Baumeister, R. F., Wotman, S. R., & Stillwell, A. M. (1993). Unrequited love: On heartbreak, anger, guilt, scriptlessness, and humiliation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(3), 377-394.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2ª ed.). New York: Basic Books.
- Brumbaugh, C. C., & Fraley, R. C. (2015). Too fast, too soon? An empirical investigation into rebound relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 32(1), 99-118. doi: 10.1177/0265407514525086
- Byrne, A., & Carr, D. (2005). Caught in the cultural lag: The stigma of singlehood. *Psychological Inquiry*, 16(2&3), 84-90.



- Drigotas, S. M., & Rusbult, C. E. (1992). Should I stay or should I go? A dependence model of breakups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(1), 62-87.
- Etcheverry, P. E., Le, B., Wu, T., & Wei, M. (2013). Attachment and the investment model: Predictors of relationship commitment, maintenance and persistence. *Personal Relationships*, 20(3), 546-567.
- Haynes, P. K. (2014). *"When it's good it's great, but when it's bad it's awful": The relationship between compassionate goals and breakup distress* (Dissertação de Mestrado). The Ohio State University, Ohio (EUA).
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hostetler, A. J. (2009). Single by choice? Assessing and understanding voluntary singlehood among mature gay men. *Journal of Homosexuality*, 56(4), 499-531.
- Joel, S., Teper, R., & MacDonald, G. (2014). People overestimate their willingness to reject potential romantic partners by overlooking their concern for other people. *Psychological science*, 25(12), 2233-2240. doi: 10.1177/0956797614552828
- Kindelberger, C., & Tsao, R. (2014). Staying alone or getting attached: Development of the motivations toward romantic relationships during adolescence. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 175(2), 147-162. doi:10.1080/00221325.2013.834291
- Knee, C. R., Patrick, H., Vietor, N. A., Nanayakkara, A., & Neighbors, C. (2002). Self-determination as growth motivation in romantic relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(5), 609-619.
- Koropeckyj-Cox, T. (2005). Singles, society, and science: Sociological perspectives. *Psychological Inquiry*, 16(2&3), 91-97.
- La Guardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 367-384.
- Lahad, K. (2012). Singlehood, waiting, and the sociology of time. *Sociological Forum*, 27(1), 163-186. doi: 10.1111/j.1573-7861.2011.01306.x
- Lahad, K. (2014). The single woman's choice as a zero-sum game. *Cultural Studies*, 28(2), 240-266. doi: 10.1080/09502386.2013.798341
- Moreira, J. M. (2008, Julho). *Avoidant attachment style as an evolutionary-based regulator of sexual strategies*. Poster apresentado na International Association for Relationship Research Conference, Providence, RI, EUA.
- Pierce, S. L. (2012). *The rebound effect: The use of short-term mating strategies after the dissolution of a significant, loving relationship* (Dissertação de Mestrado). Indiana State University, Terre Haute, Indiana (EUA).
- Rhoades, G. K., Dush, C. M., Atkins, D. C., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2011). Breaking up is hard to do: The impact of unmarried relationship dissolution on mental health and life satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 366-374.
- Rusbult, C. E. (1983). A longitudinal test of the Investment Model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(1), 101-117.
- Rusbult, C. E., Martz, J. M., & Agnew, C. R. (1998). The Investment Model Scale: Measuring commitment level, satisfaction level, quality of alternatives, and investment size. *Personal Relationships*, 5, 357-391.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi: 10.1037/110003-066X.55.1.68.
- Schachner, D. A., Shaver, P. R., & Gillath, O. (2008). Attachment style and long-term singlehood. *Personal relationships*, 15(4), 479-491.



- Sherman, J. (2010). *Rebound: Time heals, but a new relationship is quicker* [Psychology Today]. Recuperado a Agosto 3, 2015, de <http://www.psychologytoday.com/blog/ambigamy/201002/rebound-time-heals-new-relationship-is-quicker>
- Shimek, C., & Bello, R. (2014). Coping with break-ups: Rebound relationships and gender socialization. *Social Sciences*, 3, 24-43. doi:10.3390/socsci3010024
- Slonim, G. & Schütz, A. (2015). Singles by choice differ from singles by circumstance in their perceptions of the costs and benefits of romantic relationships? Paper presented at the 27th annual convention of the Association for Psychological Science, New York.
- Spielmann, S. S., MacDonald, G., Maxwell, J. A., Joel, S., Peragine, D., Muise, A., & Impett, E.A. (2013). Settling for less out of fear of being single. *Journal of Personality and Social Psychology*, 105(6), 1049-1073.
- Stein, P. J. (1975). Singlehood: An alternative to marriage. *Family Coordinator*, 24(4), 489-503.

A decorative graphic consisting of numerous small, colored squares arranged in a circular pattern around the central text. The colors include shades of blue, orange, red, teal, and green. The squares are of varying sizes and are scattered across the dark background, creating a dynamic and abstract border.

PSICOLOGIA DO DESPORTO



Impacto do exercício físico em estados emocionais negativos e mindfulness: Estudo com uma população universitária

Hugo Rodrigues-Fernandes¹ & José Vasconcelos-Raposo²

1. Câmara Municipal da Ribeira Brava, Portugal

2. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal

Resumo

O impacto do Exercício Físico (EF) sobre os Estados Emocionais Negativos (EEN) e sobre os processos de Mindfulness tem sido pouco analisado, tendo em conta as duas variáveis, sobretudo no que toca ao contexto português. O objetivo do presente estudo passou por comparar indivíduos de uma população universitária portuguesa, ao nível dos EEN e dos processos de Mindfulness, em função do envolvimento regular na prática de Exercício Físico. Participaram 315 pessoas (65.7% do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos. Para a recolha de dados foi utilizado o instrumento para mensuração subjetiva da prática de EF de Prochaska, Sallis, e Long (2001), o questionário de Ansiedade, Depressão e Stress (Lovibond & Lovibond, 1995) e a Philadelphia Mindfulness Scale (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, & Farrow, 2008). Os resultados indicam diferenças significativas entre sujeitos inativos e sujeitos ativos quanto aos níveis de stresse. Ao nível dos processos de mindfulness, sujeitos pouco ativos apresentam menores níveis da dimensão awareness, comparativamente aos sujeitos muito ativos e inativos. As conclusões deste estudo apontam à importância de, por um lado, sistematizar as pesquisas no âmbito da psicologia do exercício e da saúde e, por outro lado, promover a prescrição da prática de EF, integrada nas intervenções baseadas em terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração, com vista à promoção de benefícios para a saúde mental.

Palavras-chave: Estados Emocionais Negativos; Mindfulness; Exercício Físico; Benefícios



Abstract

The Impact of Physical Exercise (PE) on Mood States Negative (MSN) and on Mindfulness processes has been little examined, taking into account the two variables, especially as regards the Portuguese context. The aim of this study underwent compare individuals from a Portuguese university population, the level of MSN and Mindfulness processes, depending on the regular involvement in the commission of PE. In this study, 315 people participated (65.7% female) with age between 18 and 64 years. For data collection was used the instrument for subjective measurement of PE practice of Prochaska, Sallis and Long (2001), the Anxiety, Depression and Stress Questionnaire (Lovibond & Lovibond, 1995) and Philadelphia Mindfulness Scale (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, & Farrow, 2008). The results indicate significant differences between inactive and active as subject to subject stress levels. At the level of mindfulness processes, subjects with little practice have lower levels of awareness dimension, compared to very active and inactive subjects. The findings of this study point to the importance of, on the one hand, systematic research within the exercise and health psychology and, on the other hand, promote the prescription of PE practice, integrated interventions based on cognitive-behavioral therapies third generation, to promote benefits for mental health.

Keywords: Emotional States negatives; Mindfulness; Physical Exercise; Benefits



Introdução

A prática de Exercício Físico (EF) apresenta-se como hábito de vida com impactos positivos sobre várias dimensões da saúde física e mental (Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Pereira, Ramalho, & Oliveira, 2009; Melo, Oliveira, & Vasconcelos-Raposo, 2014; Vasconcelos-Raposo, Fernandes, Mano, & Martins, 2009). Especificamente, os estudos têm indicado esses efeitos ao nível de vários processos mentais, quer seja em termos de regulação de estados de humor (Sabiston et al., 2013; Teixeira, Vasconcelos-Raposo, Fernandes, & Brustad, 2013; Vasconcelos et al., 2009), da melhoria da aptidão física e do autocontrolo (Carvalho & Vasconcelos-Raposo, 2007; Vasconcelos-Raposo, Costa, & Carvalho, 2001) ou dos benefícios ao nível do bem-estar subjetivo (Gunnell, Crocker, Mack, Wilson, & Zumbo, 2014) e bem-estar psicológico (Almeida, Rodrigues-Fernandes, Caridade, & Fernandes, 2014).

O estudo dos efeitos do EF sobre Estados Emocionais Negativos (EEN) ainda carece de algum aprofundamento. Contudo, a investigação sugerido benefícios do EF na redução de sintomatologia associada à ansiedade, depressão e stresse (Fernandes et al., 2009; Melo et al., 2014; Sabiston et al., 2013; Teixeira et al., 2013; Vasconcelos-Raposo et al., 2009).

Os processos metacognitivos adjacentes ao *mindfulness* podem estar presentes no ser humano independentemente de desenvolver dinâmicas provenientes desse tipo de intervenção (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, & Farrow, 2008). Neste prisma, sabe-se que a prática de EF pode trazer benefícios ao nível de diversos processos mentais (Carvalho & Vasconcelos-Raposo, 2007; Vasconcelos-Raposo et al., 2001). Contudo, pouco se tem pesquisado sobre o impacto da prática de EF nos processos adjacentes ao *mindfulness*, considerando o modelo proposto por Cardaciotto et al. (2008). Dos estudos realizados, Mothes, Klaperski, Seelig, Schmidt, e Fuchs (2014) referiram associações positivas entre a prática de exercício físico aeróbio e *mindfulness*. Compreender os aspetos em torno da influência do EF sobre os processos de *mindfulness* mostra-se relevante, dado que os vários estudos têm demonstrado que o treino em *mindfulness*, integrado nas terapias cognitivas de terceira geração (Kabat-Zinn, 2003; Williams & Penman, 2011), tem apresentado resultados quanto à diminuição de sintomatologia ao nível dos EEN (Asl & Barahmand, 2014; Elwafi, Witkiewitz, Mallik, Thornhill, & Brewer, 2012). Essa redução é vista a vários níveis como no que concerne à diminuição da ansiedade (Desrosiers, Klemanski, & Nolen-Hoeksema, 2013), da depressão (Kabat-Zinn, 2003; Asl & Barahmand, 2014) e do stresse (Williams & Penman, 2011).

Assim, procura-se clarificar o impacto da prática regular de EF sobre a ansiedade, depressão e stresse (Lovibond & Lovibond, 1995) e ao nível dos processos de *mindfulness* (Cardaciotto et al., 2008; Salmon, Hanneman, & Harwood, 2010), já que são escassos os estudos sobre as relações entre a prática regular de EF no *mindfulness* (Mothes et al., 2014; Salmon et al., 2010).

Esta pesquisa tem por objetivo geral identificar as relações entre a prática regular de EF sobre os EEN e *mindfulness*. Especificamente comparou-se as dimensões de ansiedade,



depressão e stresse (EEN), bem como as dimensões awareness e aceitação (mindfulness) por pessoas inativas, pouco ativas e muito ativas.

Método

Este estudo é de carácter transversal, quantitativo, nomotético, comparativo e exploratório (Pais-Ribeiro, 2010). Constituem-se variáveis dependentes a ansiedade, depressão, stresse, *awareness* e aceitação e como variáveis independentes os níveis de prática de EF.

Amostra

Para a amostra, foram considerados 569 adultos entre os 18 e os 75 anos (26.85 ± 8.549), em que 73.5% dos participantes eram do sexo feminino (tabela 1). A maioria dos participantes (61.3%) provinha da região norte de Portugal e 66.3% residiam em meio urbano. Quanto às habilitações literárias, 68.4% tinham concluído uma formação superior. Na prática habitual de EF, 26% dos participantes foram considerados inativos, 38.5% pouco ativos, 22.8% moderadamente ativos e 12.7 bastante ativos, considerando as orientações internacionais para a prática de EF como comportamento promotor de saúde (Haskell et al., 2007).

Tabela 1: *Análise descritiva da amostra*

	N	%
	569	100
Sexo		
Feminino	418	73.5
Masculino	151	26.5
Zona de residência		
Norte	349	61.3
Centro	121	21.3
Sul	27	4.7
Ilhas	59	10.4
Fora de Portugal	13	2.3
Local de residência		
Rural	192	33.7
Urbano	377	66.3
Habilitações literárias		
Até ao 3º ciclo	30	5.3
Ensino Secundário	150	26.3
Ensino Superior	389	68.4
Prática de EF		
Inativos	148	26.0
Pouco ativos	219	38.5
Moderadamente ativos	130	22.8
Bastante ativos	72	12.7



Instrumentos

Envolvência na prática de EF. Para avaliar os índices de frequência da prática de EF dos participantes, suportamo-nos no modelo de autorrelato desenvolvido por Prochaska, Sallis, e Long (2001), que é composto por duas questões para inventariar o nível de prática regular de EF. A primeira questão pede para o indivíduo quantificar o número de dias em que se envolveu em EF, durante pelo menos 30 minutos/ dia, na última semana. A segunda atende a uma classificação semelhante, mas referente a uma semana normal. Segundo as recomendações internacionais, os indivíduos devem envolver-se em EF em pelo menos 5 dias por semana, durante trinta minutos, a fim de beneficiarem dos efeitos positivos da prática (Haskell et al., 2007; Prochaska et al., 2001; Vasconcelos-Raposo et al., 2009).

Depression anxiety and stress scale – 21 itens (DASS-21). Para o levantamento da sintomatologia relacionada com os EEN (ansiedade, depressão e stresse), recorreu-se à versão DASS-21 desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) e validada por Vasconcelos-Raposo, Fernandes, e Teixeira (2013). A escala contém 21 itens, sendo formada por uma estrutura tipo *Likert* de quatro pontos, constituída por um conjunto de três subescalas. Resultante da análise fatorial confirmatória, Vasconcelos-Raposo et al. (2013) sugerem uma composição de sete itens em cada subescala para avaliar a depressão, ansiedade e o stresse, conservando o modelo da versão curta inicial (Lovibond & Lovibond, 1995). Na análise de Vasconcelos-Raposo et al. (2013), a escala apresentou boas características psicométricas, tanto na análise global da escala ($\alpha = .92$), quanto para as subescalas de depressão ($\alpha = .84$), ansiedade ($\alpha = .80$) e stresse ($\alpha = .83$).

Philadelphia mindfulness scale (PHLMS). A PHLMS (Cardaciotto et al., 2008) é uma medida de autorrelato de 20 itens que avalia o *mindfulness* em dois fatores, *awareness* (consciência do momento presente) e *aceitação* sem julgamento (Cardaciotto et al., 2008). Os itens são agregados numa tipologia da escala do tipo *Likert* (0- nunca a 4- quase sempre), que mede a frequência de vivências dos participantes tendo por referência à última semana. É sugerida a inversão dos valores de todos os itens pares (Cardaciotto et al., 2008). Estudos de análise fatorial exploratória e confirmatória têm proposto a construção da escala mediante os dois fatores (Cardaciotto et al., 2008; Rodrigues-Fernandes & Vasconcelos-Raposo, no prelo), com bons índices de confiabilidade nas avaliações das subescalas da PHLMS, quer em amostras clínicas, quer em amostras não clínicas (Cardaciotto et al., 2008). O estudo de validação de Rodrigues-Fernandes e Vasconcelos-Raposo (no prelo) apresentou indicadores satisfatórios de confiabilidade da escala geral ($\alpha = .72$) e bons índices atendendo à confiabilidade da subescala *awareness* ($\alpha = .86$) e da subescala *aceitação* ($\alpha = .87$).

Procedimentos

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido à comissão de Ética da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, obtendo parecer favorável quanto à sua realização. Optou-se



por uma recolha de dados *online*, por intermédio da plataforma *Google.drive*, recorrendo ao método de amostragem *bola de neve*. Assim, contactaram-se potenciais participantes por intermédio de endereços de correio eletrónico e de redes sociais, entre fevereiro e março de 2015. Todos os participantes foram informados quanto ao propósito da investigação e convidados a preencher o termo de consentimento informado e esclarecido. Foram também respeitadas as restantes diretrizes éticas da investigação em psicologia, nomeadamente no que se refere ao anonimato e à confidencialidade dos respondentes, bem como o direito de desistir, no decorrer do procedimento de recolha de dados. Foi disponibilizado um contacto para esclarecimento de dúvidas ou outras questões referentes à investigação em curso.

Análise Estatística

Para tratamento estatístico recorremos ao *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), v. 23. Após organização da base de dados, efetuaram-se testes com vista à caracterização descritiva da amostra (indicadores de tendência central e dispersão). Para a criação dos grupos referentes aos níveis de prática de EF, atendeu-se às recomendações propostas em trabalhos prévios que usaram esta medida como ferramenta de operacionalização das variáveis independentes (Fernandes et al., 2009; Vasconcelos-Raposo et al., 2009). Considerando a elaboração dos grupos a partir da média das duas questões enunciadas (Vasconcelos et al., 2007) e atendendo à escassa percentagem de participantes com critérios para enquadrar o grupo de sujeitos bastante ativos (Fernandes et al., 2009; Haskell et al., 2007; Vasconcelos-Raposo et al., 2009), fez-se a análise comparativa a partir de três grupos. Com isto classificámos os grupos como inativos (0 dias), pouco ativos (1-2 dias) e ativos (3-7 dias). Para a testagem das hipóteses, efetuaram-se análises multivariadas da variância (MANOVA), no sentido de perceber o efeito dos níveis de prática de EF sobre as dimensões da DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995; Vasconcelos-Raposo et al., 2013) e da PHLMS (Cardaciotto et al., 2008; Rodrigues-Fernandes & Vasconcelos-Raposo, no prelo). Para a análise comparativa entre grupos, recorreu-se ao teste *Post-Hoc* de *Bonferroni*, tendo em atenção a observação da homogeneidade, estimativa de efeito parcial (η_p^2), poder observado e atendendo ao teste *Wilk's Lambda*. Determinou-se o nível de confiança mantido a 95% ($p < .05$). Para aprofundamento conceptual sugere-se a análise de Dancey & Reidy (2013).

Resultados

Com a MANOVA comparámos as dimensões da DASS-21 e da PHLMS considerando o nível de prática de EF (Tabela 2), sendo que as diferenças entre grupos realizaram-se com o teste *Post Hoc* (*Bonferroni*). Quanto à DASS-21 identificámos diferenças significativas entre sujeitos inativos, pouco ativos e ativos face às médias da DASS-21, bem como para o stresse e depressão [$Z_{(6,1128)} = 4.587$; $p < .001$, *Wilk's λ* = .953]. Especificamente, observou-se que o grupo de sujeitos inativos apresentou valores superiores na escala geral (DASS-21) e na subescala de stresse, comparativamente ao grupo de sujeitos pouco ativos e ativos. Verificou-se ainda níveis superiores na escala geral e no stresse nos sujeitos pouco ativos comparativamente aos sujeitos ativos, mediante uma magnitude de efeito pequena, para o



total de queixas ($\eta_p^2=.025$) e moderada para a dimensão stresse ($\eta_p^2=.041$). Quanto à subescala depressão, sujeitos inativos apresentaram valores mais elevados de sintomatologia que os do grupo de sujeitos ativos, segundo uma magnitude de efeito pequena ($\eta_p^2=.012$). Nas comparações da PHLMS identificámos efeitos significativos dos níveis de prática regular de EF sobre os valores médios globais da escala, bem como na dimensão *awareness* [$Z_{(4,1130)} = 3.682$; $p < .01$, *Wilks's* $\lambda = .974$]. Especificamente, observou-se que os sujeitos muito ativos apresentaram níveis mais elevados na PHLMS, comparativamente aos pouco ativos e inativos, sendo que sujeitos pouco ativos evidenciaram cotações da PHLMS mais elevados, comparativamente com os sujeitos inativos. Estas evidências explicam-se mediante um efeito parcial pequeno ($\eta_p^2=.024$). Na dimensão *awareness*, verificou-se que sujeitos ativos obtiveram valores mais elevados em comparação com os sujeitos pouco ativos e inativos, sendo que os participantes pouco ativos apresentaram valores de *awareness* mais elevados comparativamente aos inativos, segundo uma magnitude de efeito pequena ($\eta_p^2=.017$).

Tabela 2: Comparação das dimensões da DASS-21 e da PHLMS por nível de prática de EF (MANOVA)

	I M±DP	PA M±DP	A M±DP	Z	η_p^2	P_o	≠ Sig. entre grupos (Post Hoc)
DASS-21	12.90±8.73	10.91±8.08	9.54±7.79	7.392**	.025	.940	I > PA > A
Depressão	3.96±3.77	3.54±3.39	2.97±3.31	3.488*	.012	.651	I > A
Ansiedade	2.89±2.82	2.50±2.48	2.25±2.50	2.678	.009	.531	n.s.
Stresse	6.05±3.59	4.88±3.33	4.31±3.20	12.083***	.041	.995	I > PA > A
PHLMS	43.62±7.06	44.21±7.16	46.33±7.21	6.811***	.024	.920	I < PA < A
Awareness	25.88±6.48	26.21±5.98	27.85±6.18	4.948**	.017	.809	I < PA < A
Aceitação	17.74±5.67	17.99±5.84	18.48±6.17	.695	.002	.168	n.s.

Nota: I- Inativos; PA- Pouco Ativos; A- Ativos; n.s. – não significativo; DASS-21 – *Depression Anxiety and Stress Scale*; PHLMS- *Philadelphia Mindfulness Scale*;

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Discussão

O presente estudo objetivou identificar o impacto da EF sobre EEN (Lovibond & Lovibond, 1995; Vasconcelos-Raposo et al., 2013), associados à ansiedade, depressão e stresse, bem como sobre as variáveis adjacentes à PHLMS (Cardaciotto et al., 2008; Rodrigues-Fernandes & Vasconcelos-Raposo, no prelo), a *awareness* e aceitação. Para tal, procurou-se perceber o comportamento das variáveis dependentes entre sujeitos inativos, pouco ativos e muito ativos. Com os resultados procura-se, mais que apresentar evidências nomotéticas que



suportem inferências sobre o fenómeno, contribuir para o debate sobre o modo de interpretar os resultados obtidos e colaborar com recomendações válidas para o desenvolvimento de intervenções que visem trabalhar o impacto de estilos de vida saudáveis sobre a saúde física e mental.

Os resultados referentes à comparação entre envolvimento em EF ao nível dos valores gerais da DASS-21 e das subescalas stresse e depressão, indicaram que sujeitos mais ativos apresentaram pontuações inferiores nas dimensões referidas. Outro aspeto remete para os benefícios da prática de EF ao nível dos scores de *mindfulness* e da dimensão *awareness*. Os benefícios do EF têm vindo a ser apontados sistematicamente a diversos níveis da saúde mental (Almeida et al., 2014; Fernandes et al., 2009; Melo et al., 2014; Vasconcelos-Raposo et al., 2009). Por exemplo, com base nas recomendações internacionais para a prática de exercício físico (Haskell et al., 2007), Vasconcelos-Raposo et al. (2009) concluíram que indivíduos que mantêm tais recomendações beneficiam de menos queixas associadas à depressão comparativamente com indivíduos que não atingem os dias recomendáveis de prática de atividade física. Neste âmbito, Sabiston et al. (2013) referiram outro dado que alude ao nível de intensidade da prática de EF como aspeto a considerar na sua prescrição para benefício da saúde mental. Estas e outras evidências têm contribuído para a sistemática recomendação de implementação de programas de EF com vista a potenciar ganhos ao nível da saúde mental (Gunnell et al., 2014; Teixeira et al., 2013; Vasconcelos-Raposo et al., 2009). Quanto aos processos metacognitivos associados ao *mindfulness*, os nossos resultados indicam que tal como noutros processos psicológicos (Almeida et al., 2014; Carvalhal & Vasconcelos-Raposo, 2007; Gunnell et al., 2014; Vasconcelos-Raposo et al., 2001) a prática de EF mostra contribuir positivamente para a dimensão *awareness*, importante para estabelecer uma consciência em cada momento da experiência do indivíduo (Cardaciotto et al., 2008; Kabat-Zinn, 2003).

Algumas limitações importam ser apontadas e discutidas. O primeiro ponto refere-se à recolha de dados *online* que deixa a investigação suscetível a alguns enviesamentos. Todavia, na tentativa de controlar esta dificuldade, o acompanhamento da receção dos dados foi constante tendo-se identificado situações que dão alguma segurança relativamente aos dados recolhidos. Por exemplo, considerando o fator sexo, ao colocar-se divulgação em grupos de redes sociais tendencialmente masculinos, verificou-se a entrada de respostas aos questionários, preponderantemente do género a cima referido. A segunda limitação refere-se à reduzida representatividade de sujeitos muito ativos segundo as recomendações internacionais (Haskell et al., 2007). Neste âmbito, a investigação tem dado conta do aumento do sedentarismo na população mundial (Fernandes et al., 2009; Haskell et al., 2007; Vasconcelos-Raposo et al., 2009) pelo que se associa este fenómeno à realidade do nosso estudo. Um último aspeto refere-se à magnitude de efeito, por vezes baixas em algumas comparações significativas. Esta limitação pode associar-se às duas anteriores, na medida em que a pouca proporção de sujeitos muito ativos e muito dependentes de nicotina pode ter contribuído para os resultados, sendo necessário sistematizar estudos.



Reconhecendo que o estudo neste campo é passível de ser explorado, deixamos algumas recomendações. Tendo sido apresentados dados quanto à duração e frequência de prática de EF, promotoras de benefícios sobre as variáveis dependentes consideradas, sugere-se que no futuro se desenvolvam estudos experimentais e longitudinais para compreender qual o tipo e intensidade de EF que favorece os sujeitos no que respeita aos EEN, bem como no desenvolvimento específico dos processos de *mindfulness*. Procurar compreender os efeitos de exercícios físicos específicos, bem como do desporto, sobretudo nas dimensões do *mindfulness* pode revelar-se pertinente. Aachamos ainda que estudos e intervenções clínicas na área da promoção de estilos de vida saudáveis devem ser estimulados e alvo de atenção pela pesquisa científica.

Em conclusão, defendemos que a prática regular de EF potencia efeitos positivos sobre os EEN e na promoção dos processos referentes ao *mindfulness* na generalidade dos sujeitos da amostra estudada. Deste modo, aconselha-se o uso do EF e do *mindfulness* em intervenções que visem a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas, salientando a necessidade de aprofundar o conhecimento em torno dos benefícios da EF para a saúde, dado o seu potencial terapêutico em múltiplos níveis. Com isto, acreditamos ter apresentado dados que potenciem o interesse no âmbito da investigação e intervenção para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida tanto na população geral, como em casos específicos de trabalho clínico.

Agradecimentos

A todas as pessoas que colaboraram e participaram no processo de estudo.

Contacto para Correspondência

Hugo Rodrigues-Fernandes – hugo.psi22@gmail.com

José Vasconcelos-Raposo – jvraposo@utad.pt

Referências

- Almeida, L., Rodrigues-Fernandes, H., Caridade, C., & Fernandes, H. (2014, junho). *Fatores socioculturais que influenciam o bem-estar psicológico*. Póster apresentado no 3º Congresso Internacional de Ensino da Educação Física, Maia, Portugal.
- Asl, N. H. & Barahmand, U. (2014). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for comorbid depression in drug-dependent males. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(5), 314-318. doi:10.1016/j.apnu.2014.05.003.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present moment awareness and acceptance the Philadelphia mindfulness scale. *Assessment*, 15(2), 204-223. doi:10.1177/1073191107311146.
- Carvalho, M. I. & Vasconcelos-Raposo, J. (2007). Differences between genders in motor skills: running, jumping, throwing and kicking. *Motricidade*, 3(3), 44-56.



- Dancey, C. & Reidy, J. (2013). *Estatística sem Matemática para Psicologia* (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Desrosiers, A., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mapping mindfulness facets on to dimensions of anxiety and depression. *Behavior Therapy*, 44(3), 373-384. doi: 10.1016/j.beth.2013.02.001.
- Elwafi, H. M., Witkiewitz, K., Mallik, S., Thornhill, T. A., & Brewer, J. A. (2012). Mindfulness training for smoking cessation: Moderation of the relationship between craving and cigarette use. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 222-229. doi: 10.1016.2012.11.015.
- Fernandes, H. M., Vasconcelos-Raposo, J., Pereira, E., Ramalho, J., & Oliveira, S. (2009). A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos. *Motricidade*, 5(1), 33-50.
- Gunnell, K. E., Crocker, P. R., Mack, D. E., Wilson, P. M., & Zumbo, B. D. (2014). Goal contents, motivation, psychological need satisfaction, well-being and physical activity: A test of self-determination theory over 6 months. *Psychology of Sport and Exercise*, 15(1), 19-29. doi: 10.1016/j.psychsport.2013.08.005.
- Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., ... & 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 & Exercise*, 39(8), 1423-34. doi:10.1161.107.185649.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. doi: 10.1093/clipsy.bpg016.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335- 343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U.
- Melo, L. G., Oliveira, K. R., & Vasconcelos-Raposo, J. (2014). Physical education in mental health treatment: a collective and integrated project. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(3), 501-514. doi:10.1590/1415-4714.2014v17n3p501-8.
- Mothes, H., Klaperski, S., Seelig, H., Schmidt, S., & Fuchs, R. (2014). Regular aerobic exercise increases dispositional mindfulness in men: A randomized controlled trial. *Mental Health and Physical Activity*, 7(2), 111-119. doi:10.1016/j.mhpa.2014.02.003.
- Pais-Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde* (3ª ed.). Lisboa- Legis Editora.
- Prochaska, J. J., Sallis, J. F., & Long, B. (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(5), 554-559 .doi: 10.1001/archpedi.155.5.554.
- Rodrigues-Fernandes, H. & Vasconcelos-Raposo, J. (no prelo). Propriedades psicométricas da Philadelphia Mindfulness Scale [PHLMS] considerando fumadores e não fumadores.
- Sabiston, C., O'Loughlin, E., Brunet, J., Chaiton, M., Low, N., Barnett, T., & O'Loughlin, J. (2013). Linking depression symptom trajectories in adolescence to physical activity and team sports participation in young adults. *Preventive Medicine*, 56(2), 95-98. doi: 10.1016/j.ypmed.2012.11.013.
- Salmon, P., Hanneman, S., & Harwood, B. (2010). Associative/dissociative cognitive strategies in sustained physical activity: Literature review and proposal for a mindfulness-based conceptual model. *The Sport Psychologist*, 24, 127-156.
- Teixeira, C. M., Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., & Brustad, R. J. (2013). Physical activity, depression and anxiety among the elderly. *Social Indicators Research*, 113(1), 307-318. doi: 10.1007/s11205-012-0094-9.
- Vasconcelos-Raposo, J., Costa, G., & Carvalhal, I. M. (2001). Imagética kinética e mental em praticantes de desportos coletivos e individuais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 18(1), 58-75.



- Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., Mano, M., & Martins, E. (2009). Relação entre exercício, depressão e índice de massa corporal. *Motricidade*, 5(1), 21-32.
- Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., & Teixeira, C. M. (2013). Factor structure and reliability of the depression, anxiety and stress scales in a large Portuguese community Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-10. doi: 10.1017/sjp.2013.15.
- Williams, J. & Penman, D. (2011). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. London: Piatkus.



“Correr por gosto ou por obrigação?” – Estudo sobre a relação entre as motivações para a prática de exercício físico e a qualidade de vida

Patrícia Costa Pinto¹ & Maria João Gouveia^{1,2}

1. ISPA - Instituto Universitário, Portugal

2. Promoting Human Potential Research Group - ISPA, Portugal

Resumo

O objectivo deste estudo consiste em averiguar se as motivações para a prática de exercício físico têm uma relação significativa com a qualidade de vida (QoL). Foram utilizados dois instrumentos de medida adaptados para a língua portuguesa, o Questionário da Qualidade de Vida Relacionado com a Actividade Física, e o Questionário sobre a Regulação Comportamental no Exercício Físico (BREQ-3-p), aplicados numa amostra de 314 sujeitos (70,4% sexo feminino; idade $M = 28,26$; $DP = 10,623$). Análises de Regressão Linear Múltipla (RLM) demonstraram que as dimensões do BREQ-3-p explicam 33,5% da variância da dimensão Física da QoL [R^2 ajustado = 0,335; $F(6,307) = 27,328$; $p = 0,000$; nas dimensões Regulação Integrada ($p = 0,000$), Regulação Introjectada ($p = 0,015$), e Regulação Intrínseca ($p = 0,009$)]. Por sua vez, a Regulação Intrínseca também revelou um efeito significativo nas dimensões Social ($p = 0,020$) e Cognitiva ($p = 0,025$) da QoL, enquanto as dimensões da Regulação Intrínseca e Amotivação revelaram efeitos significativos na escala geral de QoL ($p = 0,015$; $p = 0,028$) e na dimensão Funcional ($p = 0,007$; $p = 0,006$), enquanto a Amotivação revelou um efeito significativo na dimensão Emocional ($p = 0,009$). Todavia, estas cinco RLM explicam apenas marginalmente a variação da QoL (R^2 ajustado $\leq 0,10$). Assim, e tendo em conta os dados obtidos, maiores níveis de auto-regulação motivacional parecem determinar especialmente uma maior percepção de qualidade de vida no domínio da condição física.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Motivação; Exercício Físico



Abstract

The aim of this study is to investigate if the motivation for physical exercise has a significant relationship with quality of life (QoL). In the present study two measuring instruments adapted to the Portuguese language were used, Quality of life Assessment in Physical Activity and Health Promotion, and the Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3-p), and applied on a sample of 314 subjects (70,4% female, age $M = 28,26$, $SD = 10,623$). Multiple Linear Regression Analysis (MLR) showed that the dimensions of the BREQ-3-p explain 33,5% of the variance in the physical dimension of the QoL' scale [R^2 adjusted = 0,335; $F(6,307) = 27,328$; $p = 0,000$; Integrated Regulation ($p = 0,000$), Introjected Regulation ($p = 0,015$), and Intrinsic Regulation ($p = 0,009$)]. On the other hand, the Intrinsic Regulation also revealed a significant effect on social ($p = 0,020$) and cognitive ($p = 0,025$) dimensions of the QoL. BREQ-3-p's Intrinsic Regulation and Amotivation dimensions also revealed significant effects on the overall scale of QoL ($p = 0,015$; $p = 0,028$) and in the ADL dimension ($p = 0,007$; $p = 0,006$), while the Amotivation revealed a significant effect on the emotional dimension of the QoL scale ($p = 0,009$). However, these five MLR explain only marginally the change in QoL (R^2 adjusted ≤ 0.10). Thereby, higher levels of motivational self-regulation seem to determine especially a higher perception of the QoL in the domain of the physical condition.

Keywords: Quality of Life; Motivation; Physical Exercise



Introdução

A qualidade de vida é um constructo multidimensional, subjectivo e integrativo (Gill et al., 2011), que tem sido muito discutido nos últimos anos, essencialmente devido ao exponencial aumento da expectativa média de vida, onde estima-se que na população portuguesa os homens vivam em média até aos 77 anos, enquanto as mulheres até aos 83 anos (DGS, 2015).

Porém, o que se tem vindo a constatar é que uma vida mais longa não equivale necessariamente a uma vida melhor, sendo este factor observado no surgimento de várias doenças (e.g. doenças crónicas e de foro cardiovascular), sendo que, na sua maioria, pessoas idosas diagnosticadas com doenças crónicas preferem a qualidade de vida à longevidade (Rejeski & Mihalko, 2001). Deste modo, torna-se fundamental tentar compreender o que pode levar uma vida longa a ser vivida de forma agradável, sendo um dos factores preponderantes o exercício físico, tendo a sua prática revelado um aumento nos níveis de qualidade de vida dos indivíduos (Gill et al., 2015), efeitos positivos nas funções cognitivas, físicas e psicológicas dos adultos e idosos (McAuley & Morris, 2007), bem como um aumento e melhoria no bem-estar físico, psicológico e social dos jovens (Wang & Biddle, 2001). No entanto, ainda existem diversas pessoas que não praticam qualquer tipo de exercício físico, ou desistem ao fim de algum tempo, estando estes baixos níveis de actividade relacionados com o surgimento de diversos problemas de saúde a nível físico e psicológico (Wilson et al., 2012). Assim, seria importante tentar encontrar soluções de modo a que os sujeitos iniciem uma prática de exercício físico, ou formas de mantê-los activos a longo prazo.

Deste modo, estudos sobre as motivações têm demonstrado que as regulações autónomas (intrínseca, identificada e integrada) permitem uma mudança a longo prazo do comportamento (Ingledeu & Markland, 2008), o que poderá contribuir para que as pessoas se mantenham numa prática de exercício físico. Para além disso, as regulações autónomas preveem também um comportamento mais adaptado e maiores níveis de bem-estar em diversos domínios da vida, dando a título de exemplo na saúde (Deci & Ryan, 2000). Assim, é esperado que as regulações mais auto-determinadas tenham uma associação positiva com os níveis de qualidade de vida dos sujeitos.

Metodologia

Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra de conveniência constituída por 314 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos ($M = 28,26$; $DP = 10,623$).

Na tabela abaixo serão apresentados os principais dados sociodemográficos dos participantes.

**Tabela 1.***Dados Sociodemográficos dos Participantes*

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	221	70,4
	Masculino	93	29,6
Estado Civil	Solteiro	231	73,6
	Casado/União Facto	72	22,9
	Divorciado/Separado	9	2,9
	Viúvo	2	0,6
Situação Profissional	Estudante	151	48,1
	Activo	124	39,5
	Estudante + Activo	24	7,6
	Desempregado	14	4,5
Habilitações Literárias *	Doméstico	1	0,3
	Licenciatura	128	41,3
	12º Ano	105	33,9
	Mestrado	66	21,3
	9º Ano	6	1,9
Doenças Diagnosticadas	Doutoramento	5	1,6
	Não	227	72,3
Queixas de Saúde*	Sim	87	27,7
	Não	252	80,5
Pratica Exercício Físico	Sim	61	19,5
	Não	221	70,4
Total		314	100

* Existência de *missing values*

É ainda importante referir que, relativamente ao tipo de exercício praticado, 36,5% dos participantes frequenta o Ginásio; 22,8% realiza actividades de Lazer/Ar Livre (e.g. caminhadas, andar de bicicleta); 8,2% vão ao Ginásio e realizam Caminhadas; 7,3% praticam Desportos Aquáticos (e.g. polo aquático, surf); 6,8% praticam Desportos de Equipas (e.g. futebol); 6,4% participam em Desportos Individuais (e.g. ténis); 4,6% frequentam aulas de Pilates/Yoga; 4,1% praticam Artes Marciais (e.g. capoeira, krav maga); e 3,2% Dança. A média relativa há quanto tempo os participantes realizam exercício físico corresponde a 54,79 meses (~4,6 anos), numa média de três dias por semana, durante 50,59 minutos por sessão. Em contrapartida, das 93 pessoas que não praticam exercício físico, 31 indivíduos responderam que era por falta de tempo, 27 devido a falta de motivação, nove referiram não terem tempo nem motivação, oito que não gostavam de fazer exercício físico, duas pessoas não fazem exercício por falta de condições nos locais, outras duas por queixas físicas, duas por falta de companhia + motivação + tempo, duas por não gostarem e não terem tempo, e uma por não ter tempo nem dinheiro para fazer exercício.



Instrumentos

Para além do questionário sociodemográfico que tinha como intuito recolher informações pertinentes sobre os participantes, foram utilizados mais dois questionários relativos à qualidade de vida dos sujeitos e às suas motivações em relação ao exercício físico. Ambos os instrumentos eram de auto-preenchimento e avaliados com base numa escala de tipo Likert de cinco pontos.

Em primeiro lugar, com o objectivo de medir a qualidade de vida dos sujeitos, foi administrado o Questionário da Qualidade de Vida Relacionado com a Actividade Física (Gill et al., 2011), adaptado para a língua portuguesa por Duarte e Gouveia (2016). No estudo de adaptação realizado pelas autoras, este instrumento composto por 33 itens obteve bons níveis de consistência interna, calculado através do valor do coeficiente de alfa de Cronbach, com um valor no total da escala de 0.94. Relativamente às sete dimensões da escala de qualidade de vida (social, cognitiva, física, integrada, funcional, espiritual e emocional), os valores variaram entre 0.83 e 0.91.

Em segundo lugar, com o intuito de avaliar os tipos de motivação dos participantes para a prática do exercício físico, foi aplicado o Questionário sobre a Regulação Comportamental no Exercício Físico – BREQ-3-p (Markland, 2014), estando a adaptação portuguesa a ser actualmente desenvolvida por Cid, Moutão, Monteiro, Teixeira e Palmeira. Este instrumento é constituído por 24 itens, divididos em seis dimensões (amotivação, regulação externa, regulação introjectada, regulação identificada, regulação integrada e regulação intrínseca).

Procedimento

A recolha de dados ocorreu entre Fevereiro e Junho de 2016, e desenvolveu-se de três formas: presencialmente, sem a presença do investigador e através de meios electrónicos. Na recolha presencial, foi explicado aos participantes o objectivo do estudo, que a participação era voluntária e confidencial e que o questionário era constituído por uma folha com dados sociodemográficos e pelas escalas de medida. Foi também referido que os dados seriam analisados no global, sendo as respostas totalmente anónimas, e que caso quisessem terminar a aplicação do questionário não haveria qualquer problema. Aos participantes que não contaram com a presença do investigador, foi pedido ao responsável que explicasse o objectivo do estudo, que o mesmo era voluntário e confidencial. Foi também pedido que informasse os participantes que caso tivessem alguma dúvida sobre a investigação que podiam contactar o investigador através do *e-mail* presente na folha de rosto. Aos dados recolhidos em plataformas *online*, foram distribuídos questionários através do *e-mail* ou redes sociais como o *facebook*, onde foi pedido aos indivíduos que participassem no estudo e, se possível, partilhassem o mesmo com os seus amigos virtuais.

Após a recolha dos dados, os mesmos foram analisados através do programa estatístico *IBM SPSS v22*.



Resultados

No sentido de analisar a relação existente entre a qualidade de vida (QoL) dos sujeitos com os tipos de motivação para a prática de exercício físico, realizou-se oito análises de regressão linear múltipla cujo objectivo consistia em averiguar se cada dimensão da escala de qualidade de vida, bem como a escala geral, era predita pelas dimensões da motivação.

É ainda importante referir que, quanto ao modelo de regressão linear utilizado, foi seleccionado o método *Enter* por permitir a inclusão de todas as variáveis independentes de forma simultânea (Marôco, 2014), e que nas oito regressões lineares efectuadas todos os pressupostos foram validados.

Tabela 2.

Análise de Regressão Linear Múltipla entre a QoL Social e os Tipos de Motivação

Variáveis Independentes	β	t	p
Regulação Externa	,047	,681	,496
Regulação Introjectada	-,036	-,480	,631
Regulação Identificada	,008	,075	,940
Regulação Integrada	-,148	-1,200	,231
Regulação Intrínseca	,289	2,340	,020
Amotivação	,102	1,348	,179
R^2 ajustado = ,008 *			* $p > 0,05$

Como revela a tabela acima (**Tabela 2**), o modelo não é significativo [$R^2 a = 0,008$; $F(6,307) = 1,416$; $p > 0,05$]. As variáveis Regulação Integrada, Regulação Intrínseca e Amotivação apresentam as maiores contribuições para explicar o comportamento da variável dependente, todavia apenas a Regulação Intrínseca afecta significativamente a dimensão Social.

Tabela 3.

Análise de Regressão Linear Múltipla entre a QoL Cognitiva e os Tipos de Motivação

Variáveis Independentes	β	t	p
Regulação Externa	,020	,298	,766
Regulação Introjectada	-,071	-,985	,325
Regulação Identificada	,048	,448	,655
Regulação Integrada	,026	,214	,831
Regulação Intrínseca	,272	2,259	,025
Amotivação	,067	,909	,364
R^2 ajustado = ,058 *			* $p \leq 0,001$



Os resultados da **Tabela 3** revelam que 6% da variação da dimensão Cognitiva é explicada pelas variáveis independentes, sendo o modelo em questão significativo [$R^2 a = 0,058$; $F(6,307) = 4,232$; $p < 0,05$]. Quanto ao efeito das variáveis independentes na variável dependente, verificou-se que a variável Regulação Intrínseca é a que explica de melhor forma o comportamento da variável dependente, sendo também a única variável significativa do modelo.

Tabela 4.

Análise de Regressão Linear Múltipla entre a QoL Física e os Tipos de Motivação

Variáveis Independentes	β	t	p
Regulação Externa	-,030	-,531	,596
Regulação Introjectada	-,149	- 2,438	,015
Regulação Identificada	,006	,069	,945
Regulação Integrada	,423	4,202	,000
Regulação Intrínseca	,266	2,633	,009
Amotivação	,084	1,361	,174
R^2 ajustado = ,335 *			* $p \leq 0,001$

Na terceira análise (**Tabela 4**), verificou-se que 34% da variabilidade total da dimensão Física é explicada pelas variáveis independentes presentes no modelo de regressão linear ajustado, revelando este ser um modelo significativo [$R^2 a = 0,335$; $F(6,307) = 27,328$; $p < 0,05$]. Observou-se ainda três variáveis que explicam de melhor forma o comportamento da variável dependente, sendo também as únicas que afectam significativamente a dimensão Física, nomeadamente a Regulação Introjectada, a Regulação Integrada e a Regulação Intrínseca.

Tabela 5.

Análise de Regressão Linear Múltipla entre a QoL Integrada e os Tipos de Motivação

Variáveis Independentes	β	t	p
Regulação Externa	,021	,317	,751
Regulação Introjectada	-,096	- 1,304	,193
Regulação Identificada	,044	,411	,681
Regulação Integrada	,083	,683	,495
Regulação Intrínseca	,193	1,585	,114
Amotivação	,098	1,321	,187
R^2 ajustado = ,038 *			* $p \leq 0,05$

No cálculo da presente regressão linear (**Tabela 5**) constatou-se que 4% da variabilidade total da dimensão Integrada é explicada pelas variáveis independentes, sendo o modelo em questão significativo [$R^2 a = 0,038$; $F(6,307) = 3,061$; $p < 0,05$]. No entanto, verificou-se que



nenhuma das variáveis independentes por si tem uma associação significativa com a variável dependente.

Tabela 6.

Análise de Regressão Linear Múltipla entre a QoL Funcional e os Tipos de Motivação

Variáveis Independentes	β	t	p
Regulação Externa	-,094	- 1,405	,161
Regulação Introjectada	-,083	- 1,146	,253
Regulação Identificada	,025	,238	,812
Regulação Integrada	-,005	-,041	,967
Regulação Intrínseca	,324	2,699	,007
Amotivação	,203	2,764	,006
R^2 ajustado = ,065 *			* $p \leq 0,001$

Os resultados (**Tabela 6**) revelam que 7% da variação da dimensão Funcional é explicada pelas variáveis independentes presentes no modelo de regressão linear ajustado, e que o mesmo é significativo [$R^2 a = 0,065$; $F(6,307) = 4,607$; $p < 0,05$]. Relativamente à contribuição das variáveis independentes, constatou-se que as variáveis Regulação Intrínseca e Amotivação apresentam as maiores contribuições para explicar o comportamento da variável dependente, sendo também as únicas significativas.

Tabela 7.

Análise de Regressão Linear Múltipla entre a QoL Espiritual e os Tipos de Motivação

Variáveis Independentes	β	t	p
Regulação Externa	-,008	-,120	,904
Regulação Introjectada	-,069	-,918	,359
Regulação Identificada	,073	,662	,509
Regulação Integrada	,065	,523	,602
Regulação Intrínseca	,017	,133	,894
Amotivação	,088	1,159	,248
R^2 ajustado = -,007 *			* $p > 0,05$

Na regressão linear que utiliza a dimensão Espiritual (**Tabela 7**), verificou-se que nenhum Tipo de Motivação está associado significativamente com a variável dependente da qualidade de vida, e que o modelo de regressão não é significativo [$R^2 a = -0,007$; $F(6,307) = 0,628$; $p > 0,05$].

**Tabela 8.***Análise de Regressão Linear Múltipla entre a QoL Emocional e os Tipos de Motivação*

Variáveis Independentes	β	t	p
Regulação Externa	-,031	-,462	,645
Regulação Introjectada	-,138	-1,903	,058
Regulação Identificada	,035	,329	,742
Regulação Integrada	,111	,923	,357
Regulação Intrínseca	,218	1,807	,072
Amotivação	,195	2,643	,009
R^2 ajustada = ,058 *			* $p \leq 0,001$

No presente modelo de regressão linear (**Tabela 8**), 6% da variabilidade total da dimensão Emocional é explicada pelas variáveis independentes, sendo o modelo significativo [R^2 a = 0,058; $F(6,307) = 4,209$; $p < 0,05$]. No que diz respeito aos coeficientes de regressão, apenas a variável Amotivação afecta significativamente a variável dependente.

Tabela 9.*Análise de Regressão Linear Múltipla entre a Escala Geral de QoL e os Tipos de Motivação*

Variáveis Independentes	β	t	p
Regulação Externa	-,014	-,212	,832
Regulação Introjectada	-,122	-1,716	,087
Regulação Identificada	,048	,454	,650
Regulação Integrada	,107	,912	,363
Regulação Intrínseca	,289	2,446	,015
Amotivação	,159	2,204	,028
R^2 ajustado = ,096 *			* $p \leq 0,001$

Na última regressão linear múltipla efectuada (**Tabela 9**), verificamos que 10% da variabilidade total da Escala de Qualidade de Vida é explicada pelas variáveis independentes, e que o modelo é significativo [R^2 a = 0,096; $F(6,307) = 6,518$; $p < 0,05$]. A análise dos valores padronizados permitiu-nos concluir que as variáveis Regulação Intrínseca e a Amotivação são significativas.

Discussão

O presente estudo pretendeu averiguar se os tipos de motivação para a prática de exercício físico tinham uma relação significativa com a qualidade de vida. Nos resultados encontrados constatarem-se valores baixos dos coeficientes de determinação ajustados (R^2 ajustado), podendo-se concluir que as variáveis independentes explicam apenas marginalmente a variação da qualidade de vida. No entanto, a dimensão Física apresenta um valor do R^2 ajustado = 0,335 que, mesmo que não se aproxime dos 50% aceites pelas ciências sociais (Hair et al., 1987), já se pode considerar como um valor aceitável do coeficiente de



determinação. Deste modo, maiores níveis de auto-regulação motivacional parecem determinar especialmente uma maior percepção de qualidade de vida no domínio da condição física. Por outro lado, ainda que os valores de variância explicada sejam baixos, o modelo de regressão pode ser considerado aceitável se for significativo, sendo que, das oito regressões lineares efectuadas, apenas duas (dimensão Social e Espiritual) verificaram-se como não significativas.

Também no cálculo das regressões lineares determinaram-se quatro dimensões do BREQ-3-p de maior representatividade, i.e. que melhor contribuíram para explicar o comportamento das variáveis dependentes, designadamente a Regulação Intrínseca, seguida da Amotivação, da Regulação Integrada e da Regulação Introjectada.

Alguns destes dados são congruentes com os estudos de Deci e Ryan (2000), e Ryan e Deci (2000), que revelam que as regulações comportamentais mais auto-determinadas (regulação identificada, integrada e intrínseca) preveem um comportamento mais adaptado, bem como maiores níveis de bem-estar em diversos domínios da vida, nomeadamente na educação, no trabalho, na saúde e no exercício físico. Deste modo, era esperado que estas mesmas regulações autónomas revelassem uma associação significativa com os níveis de qualidade de vida dos sujeitos, no entanto apenas a dimensão da Regulação Intrínseca afectou significativamente as variáveis dependentes, essencialmente as dimensões de qualidade de vida Social (embora o modelo de regressão linear não seja significativo), Cognitiva, Funcional e a escala geral de Qualidade de Vida.

A maior prevalência da dimensão da Regulação Intrínseca também pode estar relacionada com o facto de as actividades reguladas de uma forma mais auto-determinada serem mais duradouras a longo prazo e estarem associadas a maiores níveis de bem-estar (Wilson et al., 2012). Outros estudos também verificaram que sujeitos que iniciem uma prática de exercício físico revelam, na sua maioria, motivações relacionadas com a aparência e com o controlo de peso, ou seja, motivações mais extrínsecas. Porém, ao longo do tempo e com a progressão e manutenção da actividade, a prática de exercício físico passou a associar-se a motivações mais intrínsecas, essencialmente relacionadas com o divertimento e com a revitalização (Ingledew, Markland & Medley, 1998). Esta passagem de uma regulação mais extrínseca para uma regulação mais intrínseca, tendo em conta a prática e manutenção da actividade física ao longo do tempo, pode ser congruente com os nossos dados, uma vez que a maioria dos participantes pratica algum tipo de exercício físico, durante aproximadamente três dias por semana, sendo a sua manutenção de longo prazo (~4,6 anos).

É ainda importante referir que na contribuição das variáveis independentes, a dimensão Regulação Introjectada apresenta sempre valores negativos, sendo que, por vezes, as dimensões regulação externa e regulação integrada também ostentem tais valores. Estes dados podem estar relacionados com o facto de, segundo Frederick e Ryan (1993), ser esperado que as motivações mais extrínsecas estejam associadas negativamente com a qualidade de vida, e que uma motivação mais direccionada para a satisfação, competência e interesse da actividade revelem uma associação positiva.

Por fim, os resultados obtidos em relação à dimensão da Amotivação do BREQ-3-p, podem estar relacionados com o facto de 29,6% da amostra total não praticar qualquer tipo de



exercício físico, sendo algumas das razões explicadas pelos participantes o facto de não gostarem de praticar exercício, não terem tempo, ou não terem motivação para o fazerem.

Agradecimentos

O presente estudo faz parte da dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde (ISPA-IU) da primeira autora.

As autoras gostariam de agradecer a todas as pessoas que voluntariamente aceitaram participar nesta investigação, bem como às instituições (ginásios e *health clubs*) que facultaram o acesso à amostra e concederam a autorização para a recolha de dados.

Contacto para Correspondência

--

Patrícia Costa Pinto · patricia.rosa.costapinto@gmail.com

ISPA – Instituto Universitário, Portugal

Referências

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. doi: 10.1207/S15327965PLI1104_01
- DGS (2015). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Portugal: Direcção-Geral da Saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx>
- 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(3), 124-146. Retirado de: https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/1993_FrederickRyan_Differencesinmotivation.pdf
- Gill, D.L., Chang, Y-K., Murphy, K.M., Speed, K.M., Hammond, C.C., Rodriguez, E.A., Lyu, M., & Shang, Y-T. (2011). Quality of life assessment in physical activity and health promotion. *Applied Research in Quality of Life*, 6(2), 181-200. doi: 10.1007/s11482-010-9126-2
- Gill, D. L., Reifsteck, E. J., Adams, M. M., & Shang, Y. T. (2015). Quality of life assessment for physical activity and health promotion: Further psychometrics and comparison of measures. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 19(4), 159-166. doi: 10.1080/1091367X.2015.1050102
- Hair, J. F., Anderson, R. E. & Tatham, R. L. (1987). *Multivariate Data Analysis: with Reading* (2ª Ed.). Nova Iorque: Macmillan.
- Ingledeu, D. K., Markland, D., & Medley, A. R. (1998). Exercise motives and stages of change. *Journal of Health Psychology*, 3, 477-489. doi: 10.1177/135910539800300403
- Ingledeu, D. K., & Markland, D. (2008). The role of motives in exercise participation. *Psychology and Health*, 23(7), 807-828. doi: 10.1080/08870440701405704
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª Eds.). Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number – Análise e Gestão de Informação, LDA.



- McAuley, E., & Morris, K. S. (2007). State of the art review: Advances in physical activity and mental health: Quality of life. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1(5), 389-396. doi: 10.1177/1559827607303243
- Rejeski, W. J., & Mihalko, S. L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56A (Special Issue II), 23-35. doi: 10.1093/gerona/56.suppl_2.23
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68
- Wang, C. J., & Biddle, S. J. (2001). Young people's motivational profiles in physical activity: A cluster analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 23, 1-22. doi: 10.1123/jsep.23.1.1
- Wilson, P. M., Sabiston, C. M., Mack, D. E., & Blanchard, C. M. (2012). On the nature and function of scoring protocols used in exercise motivation research: An empirical study of the behavioral regulation in exercise questionnaire. *Psychology of Sport and Exercise*, 13, 614-622. doi: 10.1016/j.psychsport.2012.03.009

PSICOLOGIA E ACOLHIMENTO
INSTITUCIONAL



Acolhimento Residencial em Portugal

Sónia Rodrigues¹, Mariana Leal¹, Ana Martins¹, Rita Ribeiro¹, Sílvia Azevedo¹, Joana Campos¹,
Maria Barbosa-Ducharne¹, Jorge F. Del Valle², Pedro Dias³

1. Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

2. Universidad de Oviedo, Facultad de Psicología

3. Universidade Católica Portuguesa, Centro de Estudos e Desenvolvimento Humano, Faculdade de Educação e Psicologia

Resumo

Em Portugal existem 8000 crianças e jovens em Acolhimento Residencial (AR). O conceito de qualidade AR surge como a adequação das características da casa de acolhimento às necessidades das crianças. Sendo um construto complexo e multidimensional exige diferentes perspetivas e uma avaliação realizada por diversas fontes, assumindo a voz das crianças como a principal referência na aferição da qualidade. A qualidade do AR está intimamente relacionada com o ajustamento psicológico, o bem-estar e a satisfação com a vida das crianças e jovens. Até à atualidade ainda não foi realizada em Portugal uma avaliação da qualidade do sistema de AR. Neste momento está a decorrer um estudo que tem por objetivo aferir a qualidade do AR português através da avaliação das necessidades e do ajustamento psicológico das crianças em AR, da avaliação da qualidade dos serviços prestados pelas CA e da compreensão da relação entre estas duas variáveis. Este simpósio tem como objetivo apresentar alguns resultados emergentes do estudo piloto da investigação de carácter nacional, ainda em curso, que visa aferir a qualidade do sistema Português de AR. Neste sentido, será feita uma breve contextualização do AR em Portugal, seguida da apresentação da metodologia principal que é utilizada para esta avaliação - Sistema de Avaliação Compreensiva do Acolhimento Residencial Português (ARQUA-P). Posteriormente, serão apresentados os dados relativos ao ajustamento psicológico dos jovens que estão em AR, à sua autoestima, bem-estar e felicidade subjetiva, relacionando estas variáveis com a qualidade do AR das CA.

Palavras-chave: Acolhimento residencial; crianças; jovens; institucionalização.



Abstract

In Portugal there are 8000 children and young people in Residential Care (RC). The concept of RC quality emerges as the adequacy of the characteristics of the centres to the needs of children. Being a complex and multidimensional construct requires different perspectives and an evaluation by various sources, assuming the voice of children as the main reference in measuring the quality. The quality of the RC is closely related to psychological adjustment, well-being and satisfaction with life of children and adolescents. Until now it has not been performed in Portugal an assessment of the quality of the RC system. At this time there is an ongoing study that aims to assess the quality of Portuguese RC system through needs assessment and psychological adjustment of children in RC, the evaluation of the quality of services provided by centres and understanding of the relationship between these two variables. This symposium aims to present some emerging results of the pilot study of national character research, still in progress, which aims to assess the quality of the RC Portuguese system. In this sense, a brief contextualization of the RC will be in Portugal, followed by the presentation of the main methodology that is used for this assessment – A Comprehensive Evaluation System for Residential Care in Portugal (ARQUA-P). Subsequently, it will be presented the data related to the psychological adjustment of adolescents that are in RC, their self-esteem, well-being and happiness subjective, relating these variables with the quality of the RC.

Keywords: Residential care for children and adolescents; Quality of residential care; Institutionalized children and adolescents.



Avaliação nacional da qualidade do acolhimento residencial Português

Tal como se observa no resto do mundo, a história do Acolhimento Residencial (AR) em Portugal mostra uma evolução paralela com a evolução dos direitos das crianças. Durante séculos, as crianças eram vistas como seres desprovidos de direitos (DeMause, 1991).

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança foi ratificada por Portugal em 1990 e a lei Portuguesa (recentemente aprovada) utiliza a terminologia AR pela primeira vez, substituindo institucionalização como o conceito oficial (art.º 49 LCPCJ 142/2015).

Atualmente em Portugal, cerca de 8000 crianças e jovens estão em 433 diferentes casas de acolhimento (CA), representando mais de 90% de todas as crianças sob medidas de proteção extrafamiliares. A maioria das crianças mantêm-se em AR por mais de 2 anos. Mais de 60% destas crianças vivem em casas de AR grandes e mais de 50% vivem em casas segregadas pelo género. Contra todas as recomendações internacionais, 99% dos bebés com menos de três anos de idade sujeitos a medidas de proteção extrafamiliares estão colocados em CA (ISS, I.P., 2016).

Uma análise do contexto histórico e atual de AR em Portugal revela alguma ignorância sobre a forma como é realizada a intervenção nestas CA, qual a qualidade dos serviços que prestam e sua adequação às necessidades reais das crianças/jovens aí acolhidos (Rodrigues, Del Valle, & Barbosa-Ducharne, 2013).

Sublinha-se a importância de um estudo que permita avaliar a qualidade do sistema de AR Português e cujos resultados consubstanciem decisões políticas e de gestão. Para esse fim, foi planeado um estudo piloto a fim de treinar os investigadores na metodologia de avaliação e testar os instrumentos.

ARQUA-P: Sistema de Avaliação Compreensiva do Acolhimento Residencial Português

Neste contexto o conceito de qualidade AR surge como a adequação das características da casa de acolhimento às necessidades das crianças (Rodrigues, Barbosa-Ducharne & Del Valle, 2015). Os conceitos de qualidade e avaliação são, nesta perspetiva, indissociáveis. A fim de acomodar aspetos subjetivos e contextuais do conceito de qualidade é essencial o envolvimento de todos os intervenientes do contexto (incluindo as crianças) na avaliação (Sainero, Bravo, & Del Valle, 2014).

Partindo do pressuposto que a recolha de informações a partir de diferentes fontes permite obter uma multiplicidade de perspetivas e perceções e com o objetivo de avaliar o estado atual do AR Português foi desenvolvido o Sistema de Avaliação Compreensiva do Acolhimento Residencial Português (ARQUA-P; Rodrigues, Barbosa-Ducharne, & Del Valle, 2015), baseado no modelo ecológico e usando uma versão Portuguesa adaptada do sistema de avaliação ARQUA espanhol, tendo por referência normas internacionais atuais de qualidade e a legislação e características do acolhimento residencial nacional.

A metodologia ARQUA-P inclui uma listagem de informações sociodemográficas das crianças e cuidadores, uma grelha de observação que permite o registo da visita às instalações e da documentação consultada, entrevistas a crianças, cuidadores, diretor(a) técnico(a), professores e técnicos de articulação da entidade tutelar e, ainda, questionários de hetero e autorrelato que avaliam o ajustamento psicológico (indicadores de ajustamento psicológico



das crianças, autoestima, satisfação com a vida, felicidade subjetiva e bem-estar pessoal) (Rodrigues, Barbosa-Ducharne, & Del Valle, 2015).

As rubricas seguintes apresentam os resultados do estudo piloto do Estudo de Avaliação da Qualidade do Acolhimento Residencial Português (EQAR). Foram visitadas 5 casas de AR em 5 distritos da região Norte de Portugal e foram recolhidos dados junto de 61 jovens. Destes jovens 64% são do sexo masculino e apresentam idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos ($M=15.74$; $DP=1.92$).

A qualidade do acolhimento residencial e o ajustamento psicológico dos adolescentes

Em Portugal, existe um grande número de adolescentes (55.6%) entre os 12-17 anos em casas de AR (ISS, I.P., 2016).

A utilização de uma avaliação da prevalência de indicadores de sintomatologia de saúde mental baseada empiricamente é crucial, uma vez que permite a conceção de intervenções clínicas adequadas a esta população (Achenbach, Krukowski, Dumenci, & Ivanova, 2005). O Sistema de Avaliação Empiricamente Validado de Achenbach (ASEBA; Achenbach et al., 2014) permite a recolha de informações em vários contextos (e.g. escola, casa de acolhimento), através de vários informadores (e.g. cuidadores, adolescentes). O ASEBA caracteriza-se por apresentar um formato de resposta rápido e de baixo custo para realizar uma avaliação de indicadores do(s) problema(s) apresentado(s) por essa população.

A qualidade do AR foi avaliada através do Sistema ARQUA-P (Rodrigues et al., 2015). O ajustamento psicológico foi avaliado a partir do YSR (autorrelato) e através da CBCL 6-18 (heterorrelato) (Achenbach & Rescorla, 2001).

Tabela 1.

Caracterização dos problemas emocionais e comportamentais reportados pelos jovens

	Normativo		Borderline		Clínico	
	Estudo	População	Estudo	População	Estudo	População
Escalas ASEBA						
Ansiedade/Depressão	78%	87.6%	15.3%	9.8%	6.8%	2.6%
Isolamento/Depressão	71.2%	90.4%	18.6%	7.5%	10.2%	2.1%
Queixas Somáticas	78%	91.8%	16.9%	6.6%	5.1%	1.6%
Problemas Sociais	76.3%	96.9%	15.3%	2.4%	8.5%	0.7%
Problemas de Pensamento	69.5%	95.5%	16.9%	3.4%	13.6%	1.1%
Problemas de Atenção	78%	93.6%	5.1%	4%	16.9%	2.3%
Comportamento de Oposição	67.8%	96%	18.6%	3.6%	13.6%	0.4%
Comportamento Agressivo	74.6%	92.7%	20.3%	5.9%	5.1%	1.4%
Escalas						
Problemas de Internalização	55.9%	72.7%	18.6%	14.4%	25.4%	12.9%



Problemas de Externalização	49.2%	87.1%	22%	6.3%	28.8%	6.6%

Total de Problemas

Total de Problemas	55.9%	83.6%	11.9%	9.1%	32.2%	7.3%

O presente estudo revelou que os jovens em acolhimento tendem a apresentar índices mais elevados de sintomatologia psicológica e de dificuldades psicossociais do que os encontrados na população normativa. Vários estudos apontam para o facto de que o índice de prevalência de problemas de saúde mental é superior em jovens acolhidos quando comparados com jovens que vivem com a sua família (Gearing, MacKenzie, Schwalbe, Brewer, & Ibrahim, 2014; Janssens & Deboutte, 2009; Schmid, Goldbeck, Nutzel, & Fegert, 2008).

Tabela 2.

Níveis de acordo entre os cuidadores e os jovens relativamente às escalas ASEBA

	CBCL-YSR <i>r</i>
Escalas ASEBA	
Ansiedade/Depressão	.211
Isolamento/Depressão	.227
Queixas Somáticas	.270*
Problemas Sociais	.379**
Problemas de Pensamento	.206
Problemas de Atenção	.339**
Comportamento de Oposição	.435**
Comportamento Agressivo	.364**
Escalas	
Problemas de Internalização	.351**
Problemas de Externalização	.389**
Total de Problemas	
Total de Problemas	.382**

* $p < .05$ ** $p < .01$

Paralelamente, comparando as avaliações realizadas pelos jovens e pelos cuidadores, foi possível observar correlações significativas sendo estas superiores nas escalas de externalização, como também evidenciado na literatura (Rescorla et. al, 2007).

Este estudo para além dos objetivos assumidos no estudo piloto, permitiu refletir sobre a importância da promoção de uma avaliação da saúde mental ampla e cuidada, fornecendo o apoio necessário para as crianças com o objetivo de prevenir ou reduzir os sintomas psicopatológicos observados.

A autoestima das crianças e Jovens e a sua perceção da qualidade no acolhimento residencial em Portugal

As crianças e jovens em AR encontram-se frequentemente em risco de desenvolver problemas emocionais, comportamentais e sociais. No entanto, há pouca evidência sobre os níveis de autoestima desta população.

Este estudo visa avaliar a autoestima dos jovens em AR, a sua perceção de qualidade das casas de AR e explorar as relações entre estas duas variáveis.

A autoestima foi avaliada através da *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES; Rosenberg, 1965, versão portuguesa de Santos & Maia, 2003). A qualidade das casas foram avaliadas através do Sistema de Avaliação Compreensiva do Acolhimento Residencial Português (ARQUA-P; Rodrigues et al., 2015).

Os jovens em AR apresentaram níveis médios de autoestima ($M=27.85$, $DP=5.42$), embora significativamente mais baixos do que na população normativa ($M=31.40$, $DP=4.86$).

Tabela 3. Diferenças entre rapazes e raparigas relativamente aos níveis da autoestima

	<i>Raparigas</i> (<i>n</i> = 22)	<i>Rapazes</i> (<i>n</i> = 37)				
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>t</i> (57)	<i>p</i>	IC to 95%	<i>d</i>
Autoestima	25 (5.24)	29.54 (4.85)	-3.378	.001	-7.23; -1.85	.90

Os rapazes apresentaram níveis mais elevados de autoestima do que as raparigas. Resultados idênticos foram encontrados noutras amostras normativas de jovens, verificando-se, maiores níveis de autoestima no sexo masculino (Santos & Maia, 2003).

Tabela 4. Diferenças de perceção das dimensões da qualidade relativamente à dimensão das casas de AR

Dimensões ARQUA-P	<i>Pequena</i> (<i>n</i> = 16)	<i>Média/Grande</i> (<i>n</i> = 43)				
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>t</i> (57)	<i>p</i>	IC a 95%	<i>d</i>
PIR	4.23 (0.63)	3.74 (0.80)	2.228	.030	0.05/0.94	0.68
SFR	4.73 (0.56)	3.67 (1.28)	3.067	.004	0.37/1.76	1.07
SP	4.47 (0.35)	3.51 (0.94)	3.963	<.001	0.47/1.44	1.35
RR	4.66 (0.34)	4.02 (0.78)	3.148	.003	0.23/1.05	1.06
BMN	4.73 (0.31)	3.72 (0.79)	4.987	<.001	0.61/1.42	1.68
HLS	4.66 (1.00)	4.01 (1.00)	2.199	.032	0.06/1.23	0.65
NI	4.47 (0.54)	3.42 (0.74)	5.163	<.001	0.64/1.46	1.62
P	4.54 (0.58)	3.57 (0.94)	3.878	<.001	0.47/1.48	1.24



UC	4.71 (0.55)	3.96 (0.78)	3.551	.001	0.33/1.18	1.11
OQ	4.52 (0.45)	3.77 (0.62)	4.430	<.001	0.41/1.09	1.38

No geral as avaliações da qualidade do AR foram positivas. Jovens que se encontravam em casas de pequena dimensão, assim como os rapazes tendem a avaliar de forma mais elevada a qualidade das casas de AR, tal como descrito noutros estudos (Carvalho & Manita, 2010; Delap, 2011).

Tabela 5. Correlações entre os níveis de autoestima e as dimensões de qualidade do AR

	PIR	SP	BMN	P	UC	Qualidade Total
Autoestima	.313*	.351**	.298*	.260*	.301*	.315*

* $p < .05$

** $p < .01$

A autoestima jovens está significativamente correlacionada com algumas dimensões da qualidade de AR.

Esses resultados trazem algumas implicações para futuras investigações e planeamento de intervenção, sublinhando a importância de promover a autoestima nos jovens em AR.

Bem-estar pessoal e felicidade subjetiva nos jovens em acolhimento residencial em Portugal

Nos estudos em contexto de acolhimento residencial (AR) são frequentemente exploradas variáveis que identificam dificuldades e problemas nas crianças e jovens acolhidos. Contudo, são reduzidas as investigações que se centram em variáveis positivas, existindo pouca evidência científica relativamente aos índices de bem-estar e de felicidade subjetiva da população em AR (Barros, 2010).

Neste estudo pretende-se avaliar o bem-estar pessoal e a felicidade subjetiva num grupo de jovens acolhidos, juntamente com a perceção de Qualidade do contexto de AR e explorar a relação entre estas variáveis.

O bem-estar dos jovens foi avaliado através do Índice de Bem-estar Pessoal (Cummins & Nistico, 2002, versão portuguesa de Pais-Ribeiro & Cummins, 2008) e a felicidade foi avaliada através da Escala de Felicidade Subjetiva (Lyubomirsky & Lepper, 1999, versão portuguesa de Pais-Ribeiro, 2012). A perceção de qualidade do AR foi aferida através do ARQUA-P (Rodrigues et al., 2015).

Os resultados indicam níveis médios positivos de bem-estar (População geral: $M=70.85$, $DP=11.83$; Jovens em AR: $M=68.69$, $DP=16.39$) e felicidade (População geral: $M=5.12$, $DP=1.02$; Jovens em AR: $M=4.92$, $DP=1.28$) nos jovens em AR.



Tabela 6. Diferenças entre os participantes do sexo feminino e masculino

	<i>Sexo Feminino (n = 22) Média (DP)</i>	<i>Sexo Masculino (n = 37) Média (DP)</i>	<i>t (57)</i>	<i>p</i>	<i>IC a 95%</i>	<i>d</i>
IBP	57.54 (8.81)	75.32 (16.33)	56.61	<.001	[-24.33; -11.21]	1,37
EFS	4.03 (1.11)	5.45 (1.07)	-4.86	<.001	[-2.00;-.834]	1,30

Os jovens do sexo masculino relataram níveis superiores de bem-estar e de felicidade comparativamente com o sexo feminino. Estes resultados estão em consonância com outros estudos (e.g. Llosada-Gitsau, Montserrat, & Casas, 2015; Poletto & Koller, 2011).

Tabela 7. Diferenças em função da dimensão da casa de acolhimento

	<i>Dimensão Pequena Média (DP)</i>	<i>Dimensão Média Média (DP)</i>	<i>Dimensão Grande Média (DP)</i>
IBP			
<i>F (2,56) = 15.87, p <.001</i>	79.05 (14.20)	56.64 (9.64)	74.70 (15.86)
EFS			
<i>F (2,56) = 15.00, p <.001</i>	5.93 (0.75)	4.05 (1.09)	5.19 (1.16)

Tabela 8. Perceção dos jovens relativamente às dimensões de avaliação de qualidade do contexto de AR

Dimensões ARQUA-P	Crianças/Jovens		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min-Max.</i>
Localização, Infraestruturas e Equipamento (LIE)	3.87	.78	1.86-5.00
Apoio à Família para a Reunificação (AFR)	3.99	1.21	1.00-5.00
Segurança e Proteção (SP)	3.77	.92	1.42-5.00
Respeito pelos Direitos (RD)	4.20	.75	2.00-5.00
Necessidades Básicas e Materiais (NBM)	3.99	.82	1.57-5.00
Estudos e Formação (EF)	4.45	.79	1.67-5.00
Saúde e Estilos de Vida (SEV)	4.19	1.03	1.00-5.00
Normalização e Integração (NI)	3.70	.84	2.00-5.00
Participação (P)	3.83	.96	1.33-5.00
Consequências Educativas (CE)	4.16	.80	2.20-5.00
Qualidade Total	3.98	.67	2.17-4.95

Tabela 9. Perceção dos jovens relativamente às dimensões de avaliação de qualidade do contexto de AR



Dimensões ARQUA-P	<i>Sexo Feminino</i> (<i>n</i> = 22) <i>Média (DP)</i>	<i>Sexo Masculino</i> (<i>n</i> = 37) <i>Média (DP)</i>	<i>F (10,37)</i>	<i>p</i>	η^2
LIE	3.34 (.69)	4.15 (.69)	16.45	<.001	.26
AFR	3.42 (1.20)	4.34 (1.10)	6.78	.012	.13
SP	3.08 (.81)	4.12 (.77)	15.63	<.001	.25
RD	3.77 (.72)	4.41 (.67)	8.58	.005	.16
NBM	3.38 (.80)	4.31 (.64)	18.25	<.001	.28
EF	4.02 (.87)	4.66 (.65)	7.31	.010	.14
NI	3.22 (.66)	3.95 (.82)	13.16	.001	.22
P	3.18 (.83)	4.16 (.85)	19.97	<.001	.30
CE	4.16 (.85)	4.49 (.62)	22.65	<.001	.33

Tabela 10. Percepção dos jovens relativamente às dimensões de avaliação de qualidade do contexto de AR

	<i>Dimensão Pequena</i> <i>Média (DP)</i>	<i>Dimensão Média</i> <i>Média (DP)</i>	<i>Dimensão Grande</i> <i>Média (DP)</i>
Qualidade Total	4.52 (.45)	3.48 (.57)	4.05 (.54)

As percepções dos jovens, relativamente às dimensões de qualidade do contexto de AR mostraram-se positivas. Estudos indicam uma perspetiva positiva das crianças em AR em relação aos inúmeros fatores do contexto de acolhimento (Carvalho & Manita, 2010; Southwell & Fraser, 2010).

Verificou-se que os jovens acolhidos em CA de pequena dimensão e os jovens do sexo masculino avaliaram melhor o contexto de AR que os jovens acolhidos em CA de média/grande dimensão, e de sexo feminino. A literatura indica que uma casa de AR de grande dimensão e muitas vezes um rácio diminuto de cuidadores poderá causar impacto no funcionamento residencial e nas perspetivas dos jovens em relação ao contexto de AR (Carvalho & Manita, 2010). Estudos têm também revelado uma maior insatisfação das raparigas com a sua experiência de acolhimento e constata-se que estas revelam distintas necessidades, nem sempre convenientemente tidas em conta nos contextos de AR (e.g. Baker, Archer & Curtis, 2007; Jones, Landsverk, & Roberts, 2007; O'Neill, 2008).

Tabela 11. Relação entre BEP e FS e a percepção dos jovens sobre as dimensões de avaliação da qualidade do contexto de AR

	LIE	AR	SP	RD	NBM	EF	SEV	NI	P	CE	Total
BE	.45**	.46*	.56**	.50**	.50**	.28	.23	.46**		.31	.55**
P	*	*	*	*	*	*	*	*	.39*	*	*
FS	.51**	.42*	.58**	.47**	.61**	.36	.29	.56**	.50**	.41	.61**
	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$



O bem-estar e a felicidade destes jovens correlaciona-se positiva e significativamente com algumas dimensões de avaliação da qualidade de AR.

Estes resultados reforçam a necessidade de intervir na promoção da qualidade AR e refletir acerca das suas implicações.

Conclusões

Deste estudo foi possível concluir que a prevalência de sintomas de saúde mental e de desajuste psicológico é muito maior em adolescentes acolhidos, principalmente do sexo feminino, quando comparado com adolescentes que vivem com as suas famílias. Relativamente aos níveis de acordo entre os cuidadores e os adolescentes no que diz respeito ao ajustamento psicológico são significativos, principalmente para os problemas de externalização. Paralelamente os adolescentes revelam níveis de autoestima, bem-estar (na sua dimensão cognitiva: satisfação com a vida) e felicidade subjetiva abaixo da média, e principalmente, também, nos adolescentes do sexo feminino. A avaliação da qualidade do AR encontra-se relacionada de forma significativa e positivamente com a autoestima, bem-estar e felicidade subjetiva dos adolescentes.

Considerando os resultados apresentados, é premente que as casas de AR aprestem uma maior atenção às opiniões das crianças, a fim de satisfazer as suas necessidades. É importante que sejam salvaguardadas as necessidades específicas das adolescentes do sexo feminino, uma vez que demonstram níveis mais elevados de psicopatologia, problemas de internalização, baixa autoestima, menor bem-estar e felicidade subjetiva e um maior descontentamento com o AR.

Salienta-se a necessidade de se promover uma melhor avaliação da saúde mental e fornecer o apoio necessário para as crianças e jovens no sentido de reduzir os sintomas psicopatológicos observados. O investimento na qualidade das instalações de AR poderão também ajudar a promover maiores índices de autoestima, bem-estar e felicidade subjetiva em adolescentes em AR.

Contudo, os resultados apresentados são produto de um estudo piloto que visa realizar uma avaliação da qualidade do sistema de AR em Portugal. Apesar do seu carácter inovador, este estudo apresenta como principais limitações o facto de o procedimento de amostragem utilizado ser de conveniência, o que, consequentemente, faz com que este estudo careça de representatividade relativamente ao sistema de AR Português, impossibilitando a generalização dos resultados

Desta forma, no futuro, deverão ser recolhidos dados junto de um maior número de participantes pertencentes a casas de AR de diferentes tipologias. Este facto irá possibilitar a realização de análises estatísticas mais sofisticadas que contribuam para uma avaliação mais abrangente, compreensiva e ecológica do Sistema de AR Português.

Contacto para Correspondência

Sónia Rodrigues, Centro de Psicologia da Universidade do Porto | Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Rua Alfredo Allen 4200-135 Porto, acolhimentosresidencial@fpce.up.pt



Referências

- Achenbach, T., Krukowski, R., Dumenci, L., & Ivanova, M. (2005). Assessment of adult psychopathology: Meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychological Bulletin*, 131(3), 361-382. doi: 10.1037/0033-2909.131.3.361
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Centre for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T., Rescorla, L., Dias, P., Ramalho, V., Sousa Lima, V., Machado, B., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar e Escolar*. Braga: Psiquilibrios Edições. ISBN 978-989-83-3319-3
- Baker A. L., Archer M., & Curtis P. (2007). Youth characteristics associated with behavioral and mental health problems during the transition to residential treatment centers: The Odyssey Project population. *Child Welfare League of America*, 86, 6, 5- 29.
- Barros, J. (2010). *Psicologia positiva - uma nova psicologia*. Porto: LivPsic.
- Carvalho, T. & Manita, C. (2010) Perceções de crianças e adolescentes institucionalizados sobre o processo de institucionalização e a experiência na instituição. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A.T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio, & M. C. Taveira (Eds.). *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 3326-3335). Universidade do Minho. Braga.
- Cummins, R., & Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: the role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3, 37-6.
- Delap, E. (2011). *Scaling down: Reducing, reshaping and improving residential care around the world* (1-43). London: EveryChild.
- DeMause, L. (1991). *La evolución de la infancia: Historia de la infancia*. DeMause, Ll (editora). Madrid: Alianza Universidad.
- Gearing, R. E., Schwalbe, C. S., MacKenzie, M. J., Brewer, K. B., & Ibrahim, R. W. (2014). Assessment of adolescent mental health and behavioral problems in institutional care: Discrepancies between staff-reported CBCL scores and adolescent-reported YSR scores. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(3), 279-287. doi: 10.1007/s10488-014-0568-y
- Instituto da Segurança Social, IP. (2016). *CASA 2015 - Relatório de Caracterização Anual da Situação do Acolhimento das Crianças e Jovens*. Lisboa: ISS, IP.
- Janssens, A., & Deboutte, D. (2009). Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 691-700. doi: 10.1007/s00787-009-0030-y
- Jones, L., Landsverk, J., Roberts, A. (2007). A comparison of two caregiving models in providing continuity of care for youth in residential care. *Child Youth Care Forum*, 36, 99-109.
- Lei nº 142/15, de 8 de Setembro - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Diário da República. Lisboa: Diário da República.
- Llosada-Gistau J., Montserrat C. & Casas F. (2015). The subjective well-being of adolescents in residential care compared to that of the general population. *Children and Youth Services Review*, 52, 150 – 157. doi:10.1016/j.childyouth.2014.11.007.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137 – 155.
- O'Neill, T. (2008). Gender matters in residential child care. In A. J. Kendrick (ed.), *Residential child care: Prospects and challenges* (93-106). London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Pais-Ribeiro, J. (2012). Validação transcultural da escala de Felicidade Subjetiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 157-168.



- Pais-Ribeiro, J., & Cummins, R. (2008) O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala. In: I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde*, 505-508. Lisboa: ISPA.
- Poletto M. & Koller S. (2011) Subjective Well-Being in Socially Vulnerable Children and Adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 476-484.
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M., Almqvist, F., Bilenberg, N., Bird, H., Broberg, A., Dobrea, A., Dopfner, M., Erol, N., Forn, M., Hannesdottir, H., Kambayashi, Y., Lambert, M., Leung, P., Minaei, A., Mulatu, M., Novik, T., Oj, K., Roussos, A., Sawyer, M., Simsek, Z., Steinhausen, H., Weintraub, S., Metzke, C., Wolanczyk, T., Zilber, N., Zukauskienė, R., & Verhulst, F. (2007). Epidemiological Comparisons of Problems and Positive Qualities Reported by Adolescents in 24 Countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 351-358. doi: 10.1037/0022-006X.75.2.351
- Rodrigues, S. Barbosa-Ducharme, M., & Del Valle, J. F. (2015). *ARQUA-P: Sistema Compreensivo de Avaliação da Qualidade do Acolhimento Residencial Português*©. Registo 2650/2015. Lisboa: Secretaria de Estado da Cultura, Inspeção-Geral das Atividades Culturais - Direção de Serviços de Propriedade Intelectual.
- Rodrigues, S., Barbosa-Ducharme, M., & Del Valle, J. F. (2013). La calidad del acogimiento residencial en Portugal y el ejemplo de la evolución Española [The quality of residential child care in Portugal and the example of its development in Spain]. *Papeles del Psicólogo*, 34(1), 11-22.
- Sainero, A., Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2014). Examining needs and referrals to mental health services for children in residential care in Spain: an empirical study in an autonomous community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 22(1), 16-26.
- Santos, P. J. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-28
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(2), 1-8. doi:10.1186/1753-2000-2-2
- Southwell, J., & Fraser, E. (2010). Young people's satisfaction with residential care: Identifying strengths and weaknesses in service delivery. *Child Welfare*, 89(2), 209-228.



PSICOLOGIA E REABILITAÇÃO



Integração sócio-profissional das Pessoas com Deficiências e Incapacidades: O papel do Psicólogo na área da Reabilitação Profissional

Cátia Marques Filipe¹

1. Centro de Reabilitação Profissional – Centro de Educação Especial Rainha Dona Leonor (CRP-CEERDL)

Resumo

A Reabilitação Profissional (RP) define-se, genericamente, como o processo de (re)integração profissional de pessoas com incapacidades temporárias ou permanentes. Desde os anos 1980 que esta prática tem vindo a ser implementada e desenvolvida em Portugal, frequentemente como uma das áreas de intervenção especializada das instituições que prestavam apoio a pessoas com deficiência. A recente implementação do conceito de “pessoa com deficiência e incapacidade”, bem como dos novos referenciais de Qualidade de Vida e Funcionalidade, veio criar um novo olhar sobre esta área de intervenção, tornou mais abrangente e heterogénea a sua população-alvo, e trouxe novas referências e metodologias para a promoção da igualdade de oportunidades e da integração sócio-profissional dos beneficiários. Esta comunicação centra-se nas especificidades do trabalho dos psicólogos neste ramo de atuação, cruzando os princípios paradigmáticos da Reabilitação Profissional com as funções que os psicólogos assumem e a intervenção que desenvolvem, desde os procedimentos de seleção e ingresso até à fase pós-formativa de acompanhamento ao emprego. Esta reflexão aborda igualmente algumas dificuldades apontadas de forma recorrente por estes profissionais, tais como a falta de instrumentos de avaliação ou programas de intervenção devidamente aferidos/adaptados para esta população.

Palavras-chave: Reabilitação Profissional; PCDI; emprego; formação



Abstract

Vocational Rehabilitation (VR) is generically defined as the (re)integration process of temporarily or permanently disabled people. Since the 1980 decade, this practice has been implemented and developed in Portugal, frequently as a specialized intervention branch of entities that support people with disabilities. The recent implementation of the “person with disabilities” concept, as well as the new Quality of life and Functionality paradigm, has brought a new perspective on this intervention área; it has broadened and diversified its target population; and gave new models and methods to promote equal opportunities and professional and social inclusion to the beneficiaries. This communication is centered on the specifics of the work of the psychologists working in this area, by crossing the paradigmatic principles of Vocational Rehabilitation with the functions and interventions assumed by the psychologist, from the selection and entry procedures, to the post-training period of on-job support. This reflexion also highlights some challenges frequently pointed out by the vocational rehabilitation psychologists, such as the lack of evaluation instruments or intervention programs adapted/adjusted to this population.

Keywords: Vocational Rehabilitation; PWD; employment; training



Introdução

A Reabilitação Profissional (RP) de pessoas com deficiências e incapacidades (PCDI) comporta diversas especificidades, considerando que se levantam necessidades de intervenção e resposta diferenciadas para o mesmo propósito final de empregabilidade, preferencialmente (e sempre que possível) em mercado normal de trabalho. Salgado (2002) resume o papel da orientação profissional para pessoas com deficiência:

capacidade de elaborar e acompanhar itinerários individuais de inserção, assumindo-os como verdadeiros projetos de vida, que têm em linha de conta a pessoa deficiente no seu todo, isto é, nos seus mais variados aspetos de vida: saúde, sociais, familiares, escolares e profissionais. (p.417)

Apesar da falta de dados concretos sobre o número de PCDI em situação de desemprego em Portugal, informações divulgadas na imprensa pelo presidente da Associação Portuguesa de Deficientes apontam para cerca de 14000 pessoas com deficiência inscritas nos Centros de Emprego (Cabral, 2012). Segundo um estudo realizado pelo Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, intitulado “*O Emprego das Pessoas com Deficiências ou Incapacidades – Uma abordagem pela igualdade de oportunidades*” (Gonçalves & Nogueira, 2012), mesmo entre as PCDI enquadradas em regime laboral, regista-se um baixo nível de escolaridade, reiterando-se a necessidade de melhorar o seu nível de qualificações e desenvolver ações específicas de formação profissional orientadas para o aumento da taxa de sucesso de empregabilidade desta população. O baixo número de trabalhadores com deficiência admitidos nos últimos 5 anos (13% do total da amostra) e a baixa integração no mercado de trabalho de pessoas com limitações das funções mentais (2,1% da amostra) parecem-nos reiterar essa convicção.

Embora a investigação nacional neste âmbito seja escassa, os dados existentes confirmam a necessidade de investir em medidas específicas que promovam a integração profissional desta população, já que a incapacidade no trabalho é considerada um problema de saúde pública (Escorpizo, Gmünder, & Stucki, 2011) e representa um custo substancial para os países (OECD, 2009). Em termos globais, o trabalho deve ser considerado um domínio central para a saúde mental e bem-estar (e.g., Blustein, 2008).

O desemprego e o sub-emprego afetam o estatuto social e económico das pessoas com limitações, mas igualmente a sua autoimagem, na medida em que limitam a variedade de experiências e o desenvolvimento vocacional, condicionam a perceção individual de capacidade para a tomada de decisão, e alimentam um autoconceito negativo através da redução das expectativas e *disempowerment* (Kosciulek, 2004).

Reabilitação Profissional em Portugal

Em Portugal, a intervenção em RP desenrola-se em torno do Programa de Emprego e Apoio à Qualificação das Pessoas com Deficiências e Incapacidades (2009), da responsabilidade do Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P. (IEFP, I.P.). Este programa, posteriormente alterado pela Lei nº 24/2011, Decreto-Lei nº 131/2013, e Decreto-Lei nº 108/2015, criou um novo conjunto de medidas que aspiram à:



implementação de uma nova geração de programas específicos de emprego para apoiar a integração socioprofissional dos grupos em risco de exclusão do mercado de trabalho e da mobilização dos recursos e factores locais e com competências especializadas, reforçando a articulação dos centros de emprego e dos centros de formação profissional com a rede de centros de recursos criada para apoiar a inserção das pessoas com deficiências e incapacidades. (Programa de Emprego e Apoio à Qualificação das Pessoas com Deficiências e Incapacidades, 2009, p. 7483)

São definidos três apoios diferenciados, nomeadamente:

- a) Apoio à Qualificação: Enquadra os programas de formação inicial e formação contínua;
- b) Apoios à integração, manutenção e reintegração em mercado de trabalho: Engloba medidas de Informação, Avaliação e Orientação para a Qualificação e Emprego (IAOQE), Apoio à Colocação, Acompanhamento Pós-colocação, Adaptação do Posto de trabalho/Eliminação de barreiras arquitetónicas e Isenção/Redução de contribuições para a Segurança Social;
- c) Emprego apoiado: Inclui as medidas de Estágio Emprego para PCDI, Contrato Emprego-Inserção +, Emprego Protegido e Emprego Apoiado em mercado normal de trabalho.

A Especificidade da Intervenção Vocacional Dirigida a Pessoas Com Deficiências e Incapacidades

O processo de RP pode ser descrito segundo um conjunto de características nucleares:

Multidisciplinarietà

A RP deve ser considerada um processo complexo, enriquecido pelo contributo de técnicos de áreas diferenciadas mas complementares – médicos, fisioterapeutas, técnicos de acompanhamento ao emprego, formadores, entre outros (Gobelet, Luthi, Al-Khodairy, & Chamberlain, 2007). Não é, portanto, responsabilidade única do(a) psicólogo(a) vocacional (Elliott & Leung, 2005), já que tal resultaria numa intervenção limitada e unidimensional. O acompanhamento em posto de trabalho, o desenvolvimento de uma rede de parceiros empresariais, a ativação dos apoios à contratação, a avaliação e aconselhamento individualizados, e a formação profissional, são alguns dos serviços no âmbito da RP que apelam a diferentes competências e áreas profissionais, e poderão ser necessários nas várias fases de construção do projeto vocacional do indivíduo. A articulação entre organismos e entidades é igualmente necessária para assegurar a abrangência e continuidade dos serviços prestados.

Dinamismo

O mercado laboral caracteriza-se pela mudança e evolução constante, o que implica elevado dinamismo e capacidade de adaptação dos processos de RP, no âmbito das profissões, políticas e tendências da população e de evolução das empresas (Elliott & Leung, 2005).



Individualização da Intervenção e Foco nas Potencialidades

Tal como destacam Paixão e Santos (1991), “a reabilitação vocacional caracteriza-se precisamente pela ênfase posta nas potencialidades individuais, na plasticidade estrutural e funcional dos sujeitos e não nas suas deficiências e limitações” (p.48). Esta perspetiva é atualmente reforçada pelos modelos de avaliação da funcionalidade, em especial a matriz proposta pela Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS & DGS, 2004), que fornece um enquadramento biopsicossocial de avaliação, considera barreiras e facilitadores do funcionamento, e pode ajudar a harmonizar os conceitos relativos à RP (Escorpizo et al., 2011). No mesmo sentido, o modelo de Qualidade de Vida propõe uma visão holística do indivíduo e vários domínios de vida, abordando todo o espectro de limitações, competências, interesses e expectativas (Schalock et al., 2002). Como resultado, cada indivíduo é perspetivado como um ser único e autodeterminado, ao qual se ajustarão as intervenções necessárias.

Prática Baseada em Evidências (*Evidence-Based Practice*)

Os modelos de intervenção multidisciplinares de RP têm custos consideráveis, mas se se demonstrarem efetivos, podem ser altamente compensadores através do impacto em indicadores como a rapidez no regresso ao trabalho ou diminuição dos dias de baixa médica. O aperfeiçoamento destes programas e o investimento em estratégias e metodologias que aumentam os efeitos positivos de longo prazo ao nível da integração laboral são da maior importância para justificar o investimento realizado (Chamberlain et al., 2009), e estar a par da emergente necessidade de avaliação empírica das diferentes medidas de reabilitação nesta área (Spijkers & Arling, 2006). A divulgação de boas práticas no âmbito da RP e o estabelecimento de metas ao nível da integração profissional após intervenção são algumas das medidas apontadas para garantir a eficácia dos programas (Gonçalves & Nogueira, 2012).

Implicações para a Prática do(a) Psicólogo(a) em Reabilitação Profissional

Trabalho Multidisciplinar

A capacidade de trabalho em equipa, nomeadamente a articulação e comunicação com técnicos de áreas complementares e entidades externas, é essencial. O evitamento de jargão excessivamente técnico, a iniciativa no estabelecimento de contactos, e a partilha de conhecimentos contribuem para o desenvolvimento de uma relação positiva e construtiva entre os técnicos, com evidentes consequências positivas sobre as avaliações e intervenções realizadas. Deve, contudo, ser respeitado o princípio ético de confidencialidade, que requer uma boa avaliação das informações partilhadas e nível de especificidade das mesmas, salvaguardando sempre a privacidade dos clientes e a relação de confiança estabelecida. Quando o(a) psicólogo(a) reconhece a necessidade de divulgar informação sensível com outro(s) técnico(s) como imprescindível para a qualidade do trabalho desenvolvido, tal deve ser previamente discutido com o cliente (OPP, 2011).



Atualização Constante de Conhecimentos no Âmbito da Empregabilidade

A atualização constante do(a) psicólogo(a) deve centrar-se em duas áreas diferenciadas: a) Os programas e medidas de apoio à integração sócio-profissional das PCDI. Para tal, deverá consultar a legislação em vigor a manter-se a par das respetivas alterações; b) As dinâmicas de emprego na sua região de atuação, nomeadamente, o feedback dos empregadores quanto a oportunidades e constrangimentos, a evolução das taxas de empregabilidade, as carências verificadas ao nível de recursos humanos, entre outros. A dinâmica destes diferentes contextos influencia diretamente a planificação da intervenção a desenvolver com os clientes, e permite melhorar o *job matching* (ajustamento e harmonização das necessidades específicas da procura e oferta de trabalho (Peralta, 2007).

Visão Holística

A intervenção do(a) psicólogo(a) em programas de RP está geralmente envolvida em todas as fases do processo, que segundo estudo da FENACERCI (Peralta, 2007), se deve traduzir na seguinte estrutura: acolhimento; informação e avaliação; orientação e aconselhamento vocacional e profissional; desenvolvimento e operacionalização dos percursos de formação; apoio à colocação; e acompanhamento pós-colocação. Na relação com os clientes neste contexto de intervenção, Kosciulek (2004) destaca como pontos-chave o desenvolvimento de uma aliança de trabalho com o cliente, a escolha informada (que depende do acesso à informação necessária e se enquadra na individualidade de cada um), a autodeterminação (desenvolvida com base na tomada de consciência e no aumento do sentido de autoeficácia) e o *empowerment*¹³. Como em qualquer intervenção psicológica no domínio vocacional, a PCDI deve ser ativamente envolvida no processo de escolha, tomar consciência do seu perfil de competências, e desenvolver um projeto formativo e profissional realista e ajustado às suas características pessoais e objetivos de vida. O domínio dos paradigmas de Funcionalidade e de Qualidade de Vida deve traduzir-se na sua aplicação efetiva em todo o processo de RP, destacando-se a sua correta operacionalização na avaliação de necessidades, relatórios de avaliação psicológica, planificação de objetivos individuais e estratégias de intervenção psicológica individualizada.

Abrangência de Conhecimentos

Dada a diversidade de problemáticas compreendidas na classificação de “PCDI”, é exigido ao(à) psicólogo(a) um domínio técnico na área da deficiência, dificuldades de aprendizagem, problemas de comportamento e doença mental, bem como das especificidades do desenvolvimento ao longo da vida. Não se procura, por parte do psicólogo de RP, o estabelecimento de diagnósticos, mas este deverá reconhecer as especificidades que determinado tipo de deficiência ou limitação traz para o processo de RP. Tal como destaca Salgado (2002), a diversidade da população-alvo abrangida - e tomando como exemplo os diferentes desafios apresentados pela população com deficiência intelectual e com doença

¹³O *empowerment* caracteriza-se como um processo de transformação, que traduz uma tomada de poder sobre a própria vida, contexto e futuro. O cliente toma consciência do seu poder de ação e exerce uma cidadania efetiva nos domínios psicológico, sociocultural, político e económico (Pinto, 2011; Sadan, 2004).



mental - conduz a uma multiplicação de saberes e de intervenções que abrangem o “saber-fazer”, o “saber-estar” e o “saber-ser”.

Foco nas Evidências

Nos últimos anos, a implementação de sistemas de gestão da qualidade no Terceiro Setor (e.g., a certificação *European Quality in Social Services*; EQUASS, 2015) tem vindo a reforçar a importância da evidência de resultados para a melhoria das práticas, contribuindo com novas metodologias de planeamento, intervenção e avaliação. A monitorização dos resultados das intervenções desenvolvidas pela equipa de RP revela-se da maior importância. A avaliação do impacto das intervenções pode ser realizada no âmbito individual, com recurso ao Plano Individual e à monitorização dos objetivos estabelecidos com cada cliente. Num âmbito global, pode recorrer a índices como o cumprimento global dos objetivos dos Planos individuais, a taxa de aprovação nos cursos de formação, a taxa de empregabilidade, a manutenção dos postos de trabalho – entre outros aplicáveis, de acordo com as medidas desenvolvidas pela entidade de RP. Os resultados permitem demonstrar a efetividade da intervenção junto da comunidade e das entidades financiadoras, bem como manter uma visão crítica e objetiva sobre o trabalho desenvolvido, numa perspetiva de melhoria contínua. Simultaneamente, o(a) psicólogo(a) deve manter-se a par do estado da arte da RP, de forma a atualizar os instrumentos e programas de intervenção implementados e seguir as práticas que evidenciam os melhores resultados. Os técnicos de aconselhamento de RP destacam diversos benefícios da aplicação de práticas baseadas em evidências, nomeadamente a atualização quanto às práticas mais eficazes; a melhoria da relação de trabalho com os clientes; a proteção dos clientes de práticas profissionais prejudiciais; e a melhoria dos resultados no âmbito profissional e psicossocial (Tansey, Bezyak, Chan, Leahy & Liu, 2014).

Dada a especificidade deste contexto de intervenção, o *benchmarking*¹⁴ poderá revelar-se uma estratégia relevante, permitindo às entidades que intervêm em RP partilhar experiências, instrumentos e conhecimentos. Seria também recomendável que os psicólogos de RP trabalhassem em plataformas que permitissem o desenvolvimento do corpo de investigação nacional neste âmbito (e que presentemente, é muito escasso). Contudo, o constrangimento a nível da disponibilidade horária é comum, já que grande parte destes profissionais têm exigências de trabalho direto que ocupam a totalidade da jornada de trabalho (Tansey et al., 2014).

Flexibilidade e Polivalência

A complexidade e diferentes fases do processo de RP tornam evidente a pluralidade de funções assumidas pelo(a) psicólogo(a) neste contexto. Por um lado, é esperada a aplicação de técnicas de gestão de caso e aconselhamento, que abrangem aspetos da integração e desenvolvimento profissional, mas também do âmbito vocacional, comportamental, social e psicológico (Easley, 2007). Por outro, impõe-se um desdobramento em atividades de

¹⁴ O *benchmarking* caracteriza-se como o processo de identificação das melhores práticas existentes ao nível dos produtos, serviços ou processos, tendo por base a atividade desenvolvida por outras entidades do mesmo setor (Elmuti & Kathawala, 1997).



avaliação, planificação e desenvolvimento que em muito ultrapassam a intervenção individualizada. Um Encontro promovido em 2012 permitiu reunir 37 psicólogos portugueses, a trabalhar no âmbito da RP (Lopes & Cardoso, 2012) para discutir as respetivas práticas e desafios profissionais. A identificação das funções desempenhadas foi vasta:

(. . .) gestão e mediação de conflitos e comportamentos, intervenção junto das famílias, elaboração, implementação e acompanhamento de projetos, participação e co-construção de projeto de vida, sensibilização dos empresários/comunidade e articulação com parceiros, avaliação psicológica, apoio psicológico, organização e execução de ações de acompanhamento de acordo com as necessidades detetadas, apoio e suporte psicopedagógico aos colaboradores, entre outros. (Lopes & Cardoso, p. 54)

No mesmo encontro, foram igualmente identificados alguns constrangimentos à prática, que obrigam a uma constante adaptação e renovação metodológica. Um dos pontos focados prende-se com a desadequação e antiguidade dos instrumentos de avaliação psicológica disponíveis, que surgem como pouco ajustados aos atuais paradigmas e objetivos de intervenção nesta área.

Discussão

A intervenção da psicologia no âmbito da RP em muito ultrapassa a intervenção individualizada e a aplicação de técnicas de aconselhamento vocacional – embora estas sejam da maior utilidade nas várias fases do processo. A eficácia e eficiência do trabalho desenvolvido, que tem como objetivo geral a plena integração sócio-profissional da PCDI e a consequente promoção da qualidade de vida, está dependente do domínio de diversas competências específicas, modelos de intervenção, instrumentos e enquadramentos legais.

O trabalho em equipa, a polivalência de tarefas, a permanente atualização de conhecimentos no âmbito da empregabilidade das PCDI, e o domínio de paradigmas específicos de intervenção, são desafios centrais no trabalho quotidiano dos psicólogos da área de RP. Contudo, identificam-se alguns constrangimentos à prática, como a escassez de investigação nacional desenvolvida em torno da RP; a elevada carga horária de trabalho direto; e a carência de instrumentos de avaliação e intervenção devidamente ajustados à população-alvo da RP. O *benchmarking* e a adoção de referenciais de Qualidade (que introduziram um novo modelo de planificação, avaliação e revisão dos serviços implementados) são duas vias que contribuem para o esbatimento dessas barreiras e para o investimento na melhoria contínua das práticas.

Terminamos destacando a conclusão de Peralta (2007), ao afirmar que “os formadores e restantes técnicos do SRP [sistema de reabilitação profissional] (...) desempenham um papel fundamental no sucesso da integração profissional e social das pessoas com deficiência.” (p. 104). Enquanto membro desta equipa, cabe ao(à) psicólogo(a) de RP manter a crítica, iniciativa e responsabilização perante o trabalho desenvolvido, sem perder o foco na individualidade e complexidade de necessidades dos seus clientes.



Agradecimentos

Um agradecimento muito especial a todos os técnicos e clientes do Centro de Educação Especial Rainha Dona Leonor, com quem tenho aprendido tanto.

Contacto para Correspondência

Cátia Marques Filipe
Rua Dinant – Cidade Nova 2500-325 Caldas da Rainha
catiafilipe.ceerdl@gmail.com

Referências

- Blustein, D. (2008). The role of work in psychological health and well-being. A conceptual, historical, and public policy perspective. *American Psychologist*, 63 (4), 228-240.
- Cabral, L. (2012, novembro). 14 mil deficientes inscritos nos centros de emprego. *Diário de Notícias*. Disponível em: www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2861882.
- Chamberlain, M., Moser, V., Ekholm, K., O'Connor, R., Herceg, M., & Ekholm, J. (2009). Vocational rehabilitation: An educational review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 865-869.
- Claudino, A. (1997). *A orientação para a formação profissional de jovens com deficiência profissional*. Livros SNR, nº 11. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência. Disponível em: <http://www.inr.pt>.
- Decreto-Lei nº108/2015 de 17 de junho. Diário da República nº116/2015, Série I. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.
- Decreto-Lei nº131/2013 de 11 de setembro. Diário da República nº175/2013, Série I. Ministério da Economia.
- Easley, D. (2007). *The role of counseling theory in the success of vocational rehabilitation outcome* (tese de mestrado, Faculty of Humboldt State University). Disponível em: http://humboldt-dspace.calstate.edu/bitstream/handle/2148/283/Diana_Easley%2012-14-07.pdf?sequence=1.
- Elliott, T. & Leung, P. (2005). Vocational Rehabilitation: History and Practice. In W. Walsh & M. Savickas (eds.) *Handbook of Vocational Psychology* (3rd Ed.) (pp. 319-343). New Jersey: Lawrence Erlbaum Press.
- Elmuti, D. & Kathawala, Y. (1997). An overview of benchmarking process: a tool for continuous improvement and competitive advantage. *Benchmarking for quality management & technology*, 4 (4), 229-243.
- European Quality in Social Services (EQUASS). (2015). Disponível a 10 de setembro de 2016 em: <http://www.equass.be>.
- Escorpizo, R., Gmünder, H., & Stucki, G. (2011). Introduction to special section: Advancing the field of vocational rehabilitation with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 121-125.
- Gobelet, C., Luthi, F., Al-Khodairy, A., & Chamberlain, M. (2007). Vocational rehabilitation: A multidisciplinary intervention. *Disability and Rehabilitation*, 29 (17), 1405-1410.
- Gonçalves, J. (coord.) & Nogueira, J. (2012). *O emprego das pessoas com deficiências ou incapacidade – Uma abordagem pela igualdade de oportunidades*. Gabinete de Estratégia e Planeamento/Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em: www.cartasocial.pt/pdf/emprego_pdi.pdf.



- Kosciulek, J. (2004). Empowering people with disabilities through vocational rehabilitation counseling. *American Rehabilitation*, 28 (1), 40-47.
- Lei nº24/2011 de 16 de junho. Diário da República nº115/2011, Série I. Assembleia da República.
- Lopes, A. & Cardoso, V. (2012). I Encontro de Psicólogos. *Cadernos FORMEM*, 4, 53-56.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) (2011). Código deontológico. Regulamento nº258/2011 de 20 de abril. Diário da República nº78/2011, Série II.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) & Direção-Geral de Saúde (DGS) (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Disponível em: <http://www.inr.pt/>.
- Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD) (2009). *Sickness, Disability and Work - Keeping on track in the economic downturn*. (Background paper). Paris: OECD.
- Paixão, M., & Santos, E. (1991). Em torno da problemática da reabilitação vocacional: contributos para um modelo dinâmico-relacional de ajustamento. *Psychologica*, 5, 45-51.
- Peralta, A. (coord.) (2007). *Modelos e práticas formativas facilitadoras da empregabilidade e sustentabilidade do emprego da pessoa com deficiência*. Lisboa: FENACERCI.
- Pinto, C. (2011). *Representações e práticas do empowerment nos trabalhadores sociais* [tese de doutoramento, Instituto de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa]. Disponível em: <http://www.repository.utl.pt>.
- Programa de Emprego e Apoio à Qualificação de Pessoas com Deficiências e Incapacidades. Decreto-Lei nº 290/2009 de 12 de outubro. Diário da República nº 197/2009, Série I. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Sadan, E. (2004). *Empowerment and community planning* [e-book]. Disponível em: http://www.mpow.org/elisheva_sadan_empowerment.pdf
- Salgado, F. (2002). O balanço dinâmico e o papel da orientação profissional na elaboração de programas de inserção social de pessoas com deficiência. *Análise Psicológica*, 3 (20), 407-418.
- Schalock, R., Brown, I., Brown, R., Cummins, R., Felce, D., Matikka, L., Keith, K., & Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental Retardation*, 40 (6) 457-470.
- Spijkers, W. & Arling, V. (2006). Assessment, training and quality: Evaluation of some vocational rehabilitation programs. *Journal of Public Health*, 14, 365-369.
- Tansey, T., Bezyak, J., Chan, F., Leahy, M., & Lui, J. (2014). Social-cognitive predictors of readiness to use evidence-based practice: A survey of state vocational rehabilitation counselors. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 41, 127-136.



PSICOLOGIA FORENSE E DA JUSTIÇA



Abusadores sexuais de menores: revisão das tipologias motivacionais do crime

Ambra Marcucci¹, Maria Francisca Rebocho² & Rui Abrunhosa Goncalves¹

1. Universidade do Minho, Portugal

2. Prática privada

Resumo

Ao investigar crimes sexuais é amplamente reconhecido que a classificação dos mesmos é de grande valor e que as tipologias são relevantes em cada etapa do processo. A nível internacional, são conhecidas várias tipologias para ofensores sexuais, que focam principalmente os aspetos ambientais ou situacionais, em oposição aos aspetos motivacionais do ofensor no cometimento do crime. Esta revisão da literatura foca-se em tipologias com base motivacionais para um grupo específico de ofensores sexuais: abusadores sexuais de menores (cujas vítimas têm idade inferior a 16 anos). Deve-se ter em consideração que as motivações dos ofensores são de extrema importância para criar um perfil preciso do ofensor em questão. Isto poderá ajudar os profissionais a trabalhar de forma mais eficiente durante toda a investigação criminal. Nas tipologias motivacionais de abusadores sexuais de menores que foram desenvolvidos até agora, os tipos de “fixated” e “regressed” estão frequentemente presentes. Todavia, várias das tipologias motivacionais discutidas nesta revisão precisam ainda de um estudo mais aprofundado empiricamente. Para futuras investigações seria importante aceder a informações sobre a história de vida sexual completa dos ofensores e, entre outros aspetos, examinar os mesmos, nas diferentes áreas geográficas.

Palavras-chave: abusadores sexuais de menores; classificação ; tipologias, ; motivação



Abstract

In investigating sex offenses, it is extensively recognized that classification is of great value, and typologies are of importance in every step of the process. A great amount of sex offender typologies have been developed internationally, mainly focusing on environmental or situational typologies, as opposed to the offender and his motivation for committing crimes. This literature review focuses on motivational based typologies for a specific group of sex offenders, namely child molesters (whose victims are under the age of 16). Taking into account sex offenders' motivations to offend is very important to create an accurate profile of the offender in question. This will help professionals work more efficiently during criminal investigation. In the motivational typologies of child molesters that are developed until now, the two types "fixated" and "regressed" are very often present. Various motivational typologies discussed in this review still need further revision and replication. For future research it would be important to access information about offenders' complete criminal sexual history and, among other things, examine offenders in different geographical areas.

Keywords: child molesters ; classification ; typologies ; motivation



Relevância da taxonomia na investigação de agressores sexuais

Taxonomia, a ciência da classificação, é essencial para todas as ciências (Prentky & Burgess, 2000), inclusive na área de crimes sexuais. A importância da taxonomia tem sido amplamente reconhecida (por exemplo, Canter, Bennell, Alison, & Reddy, 2003; Cohen, Seghorn, & Calmas, 1969; Douglas, Burgess, Burgess, & Ressler, 2006; Gebhard, Gagnon, Pomeroy, & Christenson, 1965; Groth, 1979; Guttmacher, 1951; Guttmacher & Weinhofen de 1952; Hazelwood & Burgess, 2008), tendo as várias tipologias para abusadores sexuais de menores sido desenvolvidas a nível internacional (por exemplo, Cohen et al., 1969; Groth, 1979; Hazelwood & Burgess, 2008, entre outros). Contudo, a maioria das tipologias que foram produzidos até hoje concentram-se em características ambientais, e não nas motivações dos agressores para cometer crimes. Posto isto, concluo que grande parte da literatura não está atualizada. Focarmo-nos na motivação do agressor é extremamente importante para traçar um perfil preciso e claro do agressor. Isto será útil para profissionais da área durante as investigações e todos os passos do processo, por exemplo, fazer planos específicos para cada tipo de agressor e preparar os interrogatórios, e para a prevenção do crime, fazendo planos específicos para reduzir a ocorrência dos mesmos. Uma vez que essa apresentação pode durar apenas 10 minutos, vou só discutir algumas tipologias importantes.

Metodologia

Foi realizada uma ampla pesquisa em literatura inglesa, tanto em suporte digital como físico. Em relação ao suporte digital, os dados utilizados para esta revisão de literatura foram o PsycINFO, PiCarta e Web of Science. Também foi utilizado o *Google Scholar* para encontrar artigos relevantes. Os artigos foram pesquisados tanto em publicações de Psicologia como em publicações de Direito/Criminologia. Os termos de pesquisa incluíram: *child molester(s)*, *child abuser(s)*, *motivation*, *motivational typology*, *motivational typologies*, *motivational classification systems*, *motivational classification(s)*, e *child molester types*. A data de corte para a pesquisa de artigos foi o ano 2015. Os critérios de exclusão foram: publicações com artigos resumidos, artigos escritos em outra língua que não o inglês, crimes não-sexuais, ofensores sexuais femininos, fatores ambientais ou situacionais. Assim, os critérios de inclusão foram: vítimas de crimes sexuais com idade inferior a 16 anos e referências a fatores motivacionais.

Cohen et al. (1969) estudaram pacientes (n = 84) no Massachusetts Treatment Center (MTC), que é uma unidade segregada dentro de uma instituição correcional. Trinta e oito dos ofensores foram abusadores sexuais de menores, dos quais vinte e três foram classificados como “pedophile-fixated”, oito como “pedophile-regressed”, e sete como “pedophile-aggressive”. As vítimas tinham menos de 16 anos de idade. Esta foi a primeira tipologia do MTC (MTC:CM1). Groth e Burgess (1977) estudaram cento e trinta e sete abusadores sexuais de menores no Massachusetts Treatment Center (para o diagnóstico e tratamento de pessoas sexualmente perigosas) os quais foram condenados por crimes sexuais repetitivos contra menores. As vítimas (N = 74) são crianças e adolescentes que foram vítimas de violência sexual e admitidos no serviço de emergência do Boston City Hospital. As vítimas



foram divididas em trauma de violação (“rape trauma”) e “accessory to sex” e tinham menos de 16 anos de idade. As motivações apresentadas pelos agressores foram divididos em crimes de “sex-pressure” e de “sex-force” (dividido em “exploitative”, exploração e “sadistic”, sádico). Groth e Birnbaum (1978) também identificaram os tipos “fixated” e “regressed”. Eles estudaram cento e setenta e cinco adultos do sexo masculino. Estes homens foram condenados no Massachusetts por molestar uma criança (com idade inferior a 16 anos). Oitenta e três homens (47%) foram classificados como “fixated”, setenta (40%) estavam no grupo de adultos heterossexuais “regressed” e os restantes vinte e dois (13%) foram bissexuais adultos do tipo “regressed”. Nenhum dos agressores tinha uma orientação exclusivamente homossexual. Os restantes vinte e dois tiveram relações sexuais ocasionais com homens e mulheres em seus relacionamentos como adultos, mas a atração por homens nunca foi superior à atração por mulheres. De acordo com Swaney (1986) Groth e Burgess (1977) também descobriram que 53% dos ofensores (n = 170) escolheram vítimas do sexo feminino e 29% vítimas do sexo masculino. Os restantes 18% selecionaram vítimas do sexo masculino e feminino. A média de idade da vítima neste estudo foi aproximadamente 10 anos de idade. Knight (1989) examinou cento e setenta e sete abusadores sexuais de menores em regime de internamento no Massachusetts Treatment Center. Todas as vítimas tinham menos de 16 anos de idade. Não foram incluídos os casos em que havia apenas crimes que provocavam transtorno e crimes de incesto. Se o aparecimento de crimes sexuais não incestuosos acontecesse antes do primeiro crime de incesto, o ofensor era incluído na amostra. Knight (1989) criou o MTC:CM3 (3ª versão do MTC:CM). A dicotomia “regressed-fixated” foi dividida em três fatores: grau de fixação com as crianças, o nível de competência social e a quantidade de contato que o ofensor tem com as crianças (O'Donohue & Geer, 2013).

Concluindo, a maioria dos estudos foram realizados no Massachusetts Treatment Center ao longo dos anos e muitos investigadores têm trabalhado numa tipologia *fixated-regressed* no que diz respeito a abusadores sexuais de menores.

Tipologias baseadas em motivação - Pontos fortes e limitações

Cohen et al. (1969)

O sistema de Cohen et al. (1969) expandiu-se na teoria psicodinâmica de Freud (1953). Esta tipologia é a primeira tipologia MTC para abusadores sexuais de menores, designada por MTC:CM1. O primeiro subtipo deste grupo de ofensores é o tipo de “pedophile-fixated”. Neste grupo, o agressor sente-se apenas socialmente confortável com crianças, e nunca foi capaz de manter qualquer relação objetiva madura. No tipo “pedophile-regressed” existe uma história de uma adolescência aparentemente normal com bons relacionamentos. No entanto, quando os sentimentos de inadequação masculina aumentam, uma incapacidade de lidar com as tensões normais da vida adulta vai surgir, o que pode levar a uma falha de ajustamento estável. O último grupo é classificado como o tipo de “pedophile-aggressive”. O objetivo que eles definem para com uma criança envolve aspetos tanto sexuais como agressivos.

A abordagem de Cohen et al. (1969) é importante porque leva em conta as diferentes necessidades e níveis de risco de diferentes tipos de abusadores sexuais de menores. No



entanto, também tem várias deficiências. Knight (1989) notou que o estudo de Cohen et al. (1969) foi baseado em ofensores sexuais presos e, portanto, pode não ser adequado para uma amostra de criminosos sexuais livres.

Groth & Burgess (1977)

Groth e Burgess (1977) dividiram os ofensores em “sex-pressure” e “sex-force”. Nos crimes de “sex-pressure” a criança é persuadida para se envolver no ato sexual, ou a criança é colocada numa situação em que ele ou ela se sente obrigado(a) a se envolver. O objetivo destes agressores é ganhar amor, carinho e contato sexual. Existem dois subtipos de “sex-pressure”, os quais dependem das necessidades psicológicas do abusador sexual de menores: os tipos “fixated” e “regressed”, como já mencionado no estudo de Cohen et al. (1969). O “sex-force” é caracterizado pela intimidação ou força física utilizada pelo ofensor para cometer o crime. Este tipo de agressão pode ser subdividido em dois tipos: “exploitative” e “sadistic”. O primeiro é caracterizado pela ameaça ou força que é utilizada para vencer a resistência da vítima. Ele pode não ter a intenção de ferir a vítima, mas a agressão é utilizada para realizar o ato sexual. O segundo envolve agressões em que a força se torna erotizada. A intenção do ofensor do crime é ferir ou mesmo destruir a vítima.

O estudo de Groth e Burgess (1977) é baseado no trabalho clínico, fator que o limita pois só considera o ponto de vista do agressor do crime.

Groth & Birnbaum (1978)

Groth e Birnbaum (1978), também identificaram abusadores sexuais de menores “fixated” e “regressed”. O grupo “fixated” consiste em pessoas que nunca tiveram contatos sexuais normais com parceiros da mesma idade. Eles são emocionalmente imaturos e preocupados com as crianças. Estes indivíduos tentam estabelecer relações com crianças vulneráveis, e muitas vezes concentram-se em vítimas jovens do sexo masculino. O tipo “regressed” consiste em indivíduos que realmente tinham relações “normais” com parceiros adequados. Os seus comportamentos são mais situacionais e impulsivos, porque eles envolvem-se num contato sexual com crianças como um meio substituto do parceiro adequado durante períodos de stress. A maioria das vítimas são conhecidos dos agressores. Assim, os molestadores “fixated” normalmente planeiam as suas ofensas e o tipo “regressed” é mais um ofensor oportunista.

A tipologia de Groth e Birnbaum (1978) é um passo importante porque estabeleceu a primeira base para reconhecer, compreender e avaliar a heterogeneidade nos abusadores sexuais de menores. Terry e Tallon (2004) descobriram que, usando a tipologia de Groth e Birnbaum (1978), os agressores “fixated” são mais propensos a voltar a cometer o crime do que os do tipo “regressed”. No entanto, de acordo com Simon, Vendas, Kaszniak, e Kahn (1992) a tipologia dicotómica simplifica a complexidade do abuso sexual infantil.

Knight (1989)

Knight (1989) criou o MTC:CM3: Em primeiro lugar, a dicotomia “regressed-fixated” foi separada em três fatores: grau de fixação com as crianças, o nível de competência social, e a



quantidade de contato que do ofensor tem com as crianças (O'Donohue & Geer, 2013). Há 24 combinações possíveis, quatro tipos no Eixo I e seis no Eixo II. Eixo I refere-se ao grau em que os ofensores são fixados com crianças (em um continuum) e também aborda o nível de competência social dos ofensores. Eixo II considera a quantidade de contato que os ofensores têm com as crianças e é analisada de acordo com o significado deste contato, que pode ser interpessoal ou sexual (Terry & Tallon, 2013). Eixo II aborda também a quantidade e o tipo de dano físico infligido à vítima. Cada ofensor recebe uma tipologia do Eixo I e outra do Eixo II (Terry & Tallon, 2013). O sistema tem validade interna e possui um potencial para estudar abusadores sexuais de menores (O'Donohue & Geer, 2013). Além disso, o sistema tem confiabilidade moderada e as implicações prognósticas são de grande valor. Podemos ver uma subdivisão muito clara em abusadores sexuais de menores, o que prova que explicar e prever pode ser alcançado através da utilização de sistemas taxonómicas. Knight e Prentky (1989) e Looman et al. (2001) notaram que os resultados mostraram que a MTC:CM3 classificação de abusadores sexuais de menores pode ser aplicada a outras populações além do Massachusetts. De acordo com Ward et al. (2002), uma limitação do MTC:CM3, é que os ofensores incestuosos foram ignorados nesses estudos devido aos números baixos. Nova revisão e replicação é necessária.

Conclusão, limitações e perspectivas futuras

Embora que a maioria das tipologias tenha os seus pontos fortes, grande parte delas ainda precisa de uma revisão mais aprofundada e replicação. A maioria dos estudos de tipologias de abusadores sexuais de menores incluiu uma tipologia "fixated-regressed". Esta tipologia "fixated-regressed" tem uma grande história, que se baseia em teorias psicodinâmicas, e tem suporte clínico baseado em intuição (Ward, Leis, & Hudson, 2002). No entanto, de acordo com Simon et al., (1992) a etiqueta dicotômica ("fixated"/"regressed") pode não ter em conta o ofensor quem não se comportar como todos os outros membros do grupo. Esta tipologia é útil na conceituação de características abstratas dos grupos de ofensores, mas a tipologia torna-se ambígua, se não prever e explicar a maioria dos abusadores sexuais de menores. Gibbens, Sothill e Way (1980), de fato afirmam que esta tipologia não é capaz de explicar que muitos das reincidências de abusadores sexuais de menores são episódicas. Simon et al. (1992) fizeram um esforço para validar empiricamente a tipologia "fixated-regressed" e descobriram que a aplicação dos tipos "fixated" ou "regressed" produz uma distribuição contínua de abusadores sexuais de menores, em vez de uma distribuição bimodal. Este resultado aumentou a preocupação sobre a utilidade clínica de descrever ofensores de forma dicotômica ou de usar esses tipos para tomar decisões legais ou terapêuticas. Melhor, a abordagem que envolve os critérios ao longo de um continuum para contabilizar todos os "fixated-regressed" abusadores sexuais de menores. É perceptível também que a maioria dos estudos ao longo dos anos são realizadas no Massachusetts Center, o que é uma limitação para o estudo. Posto isto, seria interessante também tentar estudar outras populações de abusadores sexuais de menores quando se trata das suas motivações. A revisão é focada apenas nos abusadores sexuais de menores com vítimas de idade específica, que é menor de 16. Há estudos que utilizam outros limites de idade, por exemplo, 14 (Rebocho & Gonçalves, 2012). Pode ser interessante tentar aplicar



algumas das tipologias (o alguns tipos) que são normalmente utilizadas para violadores em abusadores sexuais de menores, e vice-versa. Por exemplo, se o tipo “*displaced-agression*” utilizada para o violadores pode também ser utilizada com abusadores sexuais de menores. Além disso, mais pesquisas devem ser realizadas em abusadores sexuais de menores no que se trata das suas motivações para o crime.

Contacto para Correspondência

Ambra Marcucci, Universidade do Minho, Campus de Gualtar 4710-057 Braga,
ambramarcucci1@gmail.com

Referências

- Bartosh, D. L., Garby, T., Lewis, D., & Gray, S. (2003). Differences in the predictive validity of actuarial risk assessments in relation to sex offender type. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(4), 422-438. DOI: 10.1177/0306624X03253850.
- Beauregard, E., Rebocho, M. F., & Rossmo, D. K. (2010). Target selection patterns in rape. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, 2(7), 137-152. DOI: 10.1002/jip.117.
- Beauregard, E., Stone, M. R., Proulx, J., & Michaud, P. (2008). Sexual Murderers of Children Developmental, Precrime, Crime, and Postcrime Factors. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52(3), 253-269. DOI: 10.1177/0306624X07303907
- Canter, D. V., & Heritage, R. (1990). A multivariate model of sexual offence behavior: Developments in ‘offender profiling’. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 1, 185-212. DOI: 10.1080/09585189008408469.
- Canter, D. V., Bennell, C., Allison, L. J., & Reddy, S. (2003). Differentiating sex offences: A behaviorally based thematic classification of stranger rapes. *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 157-174. DOI: 10.1002/bsl.526.
- Cohen, M., Seghorn, T., & Calmas, W. (1969). Sociometric study of the sex offender. *Journal of Abnormal Psychology*, 74(2), 249-255. DOI: 10.1037/h0027185.
- Douglas, J. E., Burgess, A. W., Burgess, A. G., & Ressler, R. K. (2006). *Crime classification manual: A standard system for investigating and classifying violent crimes* (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Emerick, R. L., & Dutton, W. A. (1993). The effect of polygraphy on the self report of adolescent sex offenders: Implications for risk assessment. *Annals of Sex Research*, 6(2), 83-103. DOI: 10.1007/BF00849301.
- Freud, S. (1953b). Three essays on the theory of sexuality. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 125-245). London, England: Hogarth. (Original work published 1905).
- Gebhard, P. H., Gagnon, J. H., Pomeroy, W. B., & Christensen, C. V. (1965). *Sex offenders: An analysis of types*. New York: Harper & Row.
- Gibbens, T. C. N., Soothill, K. L., & Way, C. K. (1980). Child molestation. In *Sex offenders in the criminal justice system. Papers presented to the 12th Cropwood Round-Table Conference* (pp. 89-99).
- Groth, A. N. (1979). *Men who rape: the psychology of the offender*. New York: Plenum Press.
- Groth, A. N., & Birnbaum, H. J. (1978). Adult sexual orientation and attraction to underage persons. *Archives of sexual behavior*, 7(3), 175-181. DOI: 10.1007/BF01542377.
- Groth, A. N., & Burgess, A. W. (1977). Rape: A sexual deviation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47(3), 400. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1977.tb01246.x.
- Groth, A. N., Hobson, W. F., & Gary, T. S. (1982). The child molester: Clinical observations. *Journal of Social Work & Human Sexuality*, 1(1-2), 129-144. DOI: 10.1300/J291v01n01_08.
- Guttmacher, M. S. (1951). *Sex Offenses: The Problem. Causes and Prevention*. New York: WW Norton and Co.
- Guttmacher, M. S., & Weihofen, H. (1952). *Psychiatry and the law*.
- Hazelwood, R. R., & Burgess, A. W. (Eds.). (2008). *Practical aspects of rape investigation: A multidisciplinary approach* (4th ed.). Boca Raton: CRC Press.
- Heil, P., Ahlmeyer, S., & Simons, D. (2003). Crossover sexual offenses. *Sexual Abuse: A Journal of*



- Research and Treatment, 15(4), 221-236. DOI: 10.1177/107906320301500401.
- Hudson, S. M., Ward, T., & McCormack, J. C. (1999). Offense pathways in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(8), 779-798. DOI: 10.1177/088626099014008001.
- Knight, R. A. (1989). An assessment of the concurrent validity of a child molester typology. *Journal of Interpersonal Violence*, 4(2), 131-150. DOI: 10.1177/088626089004002001.
- Knight, R. A. (1999). Validation of a typology for rapists. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(3), 303-330. DOI: 10.1177/088626099014003006.
- Knight, R. A., Carter, D. L., & Prentky, R. A. (1989). A system for the classification of child molesters reliability and application. *Journal of Interpersonal Violence*, 4(1), 3-23. DOI: 10.1177/088626089004001001.
- Knight, R. A., & Prentky, R. A. (1990). Classifying sexual offenders. In *Handbook of sexual assault* (pp. 23-52). Springer US.
- Knight, R. A., Rosenberg, R., & Schneider, B. A. (1985). Classification of sexual offenders: Perspectives, methods, and validation. publisher not identified.
- Lanning, K. V. (1987). Child Molesters: A Behavioral Analysis. For Law-Enforcement Officers Investigating Cases of Child Sexual Exploitation.
- Lanning, K. V. (1998). Cyber "pedophiles": A behavioral perspective. *The APSAC Advisor*, 11(4), 12-18. DOI: 10.1201/9781420065053.sec4
- Looman, J., Gauthier, C., & Boer, D. (2001). Replication of the Massachusetts Treatment Center child molester typology in a Canadian sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(8), 753-767. DOI: 10.1177/088626001016008002.
- O'Donohue, W. T., & Geer, J. H. (2013). *The Sexual Abuse of Children: Volume II: Clinical Issues*. Routledge.
- O'Connell, M. A. (1998). Using polygraph testing to assess deviant sexual history of sex offenders (Doctoral dissertation, University of Washington, 1998). *Dissertation Abstracts International*, 49, MI 48106.
- Prentky, R. A., & Burgess, A. W. (2000). *Forensic management of sexual offenders*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Prentky, R. A., Lee, A. F., Knight, R. A., & Cerce, D. (1997). Recidivism rates among child molesters and rapists: A methodological analysis. *Law and human behavior*, 21(6), 635. DOI: 10.1023/A:1024860714738.
- Rebocho, M. F., & Gonçalves, R. A. (2012). Sexual predators and prey A comparative study of the hunting behavior of rapists and child molesters. *Journal of interpersonal violence*, 27(14), 2770-2789. DOI: 10.1177/0886260512438280.
- Robertiello, G., & Terry, K. J. (2007). Can we profile sex offenders? A review of sex offender typologies. *Aggression and Violent Behavior*, 12(5), 508-518. DOI: 10.1016/j.avb.2007.02.010.
- Roth, N. (1952). Factors in the motivation of sexual offenders. *The Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science*, 42(5), 631-635.
- Schwartz, B. K. (1995). Characteristics and typologies of sex offenders. *The sex offender: Corrections, treatment and legal practice*, 2.
- Simon, L. M., Sales, B., Kaszniak, A., & Kahn, M. (1992). Characteristics of Child Molesters Implications for the Fixated-Regressed Dichotomy. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(2), 211-225. DOI: 10.1177/088626092007002007.
- Simons, D. A. *Sex Offender Typologies*.
- Song, L., & Lieb, R. (1994). Adult sex offender recidivism: A review of studies. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Swaney, G. (1986). Attitudes toward regressed and fixated pedophiles. (Masters Thesis). University of Montana. Retrieved from <http://scholarworks.umt.edu/etd/9003>.
- Terry, K. J. (2006). *Sexual offenses and offenders: Theory, practice and policy*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Terry, K. J., & Tallon, J. (2004). Child sexual abuse: A review of the literature. In In John Jay College Research Team, *The Nature and Scope of Sexual Abuse of Minors by Catholic Priests and Deacons in the United States*.
- Terry, K. J., & Tallon, J. (2013). Child sexual abuse: A review of the literature.



- Tjaden, P. G., & Thoennes, N. (2006). Extent, nature, and consequences of rape victimization: Findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
- Ward, T., & Hudson, S. M. (1998). A model of the relapse process in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(6), 700-725. DOI: 10.1177/088626098013006003.
- Ward, T., Laws, D. R., & Hudson, S. M. (Eds.). (2002). *Sexual deviance: Issues and controversies*. Sage Publications.
- Ward, T., Polaschek, D., & Beech, A. R. (2006). *Theories of sexual offending*. John Wiley & Sons.



Disposição a perdoar entre reclusos que cometeram crimes relacionados com ofensas à propriedade e um grupo de controlo

Ana Cristina Menezes Fonseca¹, José António Rebelo da Cruz², & Félix Fernando Neto¹

1. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal;

2. Universidade Aberta, Portugal

Resumo

Este estudo comparou o perdão entre sujeitos que cometeram crimes relacionados com ofensas à propriedade e um grupo controlo, que residiam nas mesmas áreas geográficas e cujo nível educacional e ideologia religiosa eram semelhantes. Os questionários foram preenchidos por 107 reclusos e 294 controlos e tinham por objetivo medir a agressão e a disposição a perdoar. Em comparação com o grupo de controlo, os reclusos que cometeram crimes relacionados com ofensas à propriedade não foram muito diferentes no que concerne à disposição a perdoar. A única diferença respeita ao ressentimento duradouro, todavia esta diferença foi completamente explicada pelas diferenças nas tendências de agressividade.

Palavras-chave: agressão; perdão; ressentimento; vingança; crime contra a propriedade



Abstract

The study compared forgiveness among property offenders and non-incarcerated people, living in the same geographic areas, and matched regarding educational level and religious involvement. 107 prisoners and 294 subjects in control group were presented with questionnaires measuring aggression, dispositional forgiveness, and capitalizations regarding forgiveness. Compared to control group, property offenders presented similar ability at seeking forgiveness. The only difference was reported at long-lasting resentment, however differences in aggressive tendencies fully explained this difference.

Key words: aggression; forgiveness; resentment; revenge; crime against property



Introdução

Nas últimas décadas, o meio prisional português tem sofrido inúmeras transformações, quer devido ao aumento do número de detidos, quer pela gravidade dos crimes cometidos, que são muitas vezes dramáticos, tanto a nível social como a nível pessoal e familiar. Conflitos, litígios e infrações que são praticamente inevitáveis em qualquer relação, mas é necessário que o ser humano saiba viver e adaptar-se de forma a encontrar um equilíbrio para a sociedade e para si próprio, como ser equilibrado e equilibrador. Neste contexto o perdão assume um papel vital.

A nossa atitude no que concerne ao perdão e à vingança está relacionada com a forma como nos comportarmos em família (e.g. violência conjugal, práticas parentais, Mullet, Muñoz Sastre & Rivière, 2006), a maneira como concebemos o funcionamento das instituições (e.g., o empreendimento, o sistema educativo, o sistema judicial, o sistema prisional (Gauché & Mullet, 2005), a maneira como consideramos certos acontecimentos nacionais (e.g., violência nos subúrbios, conflitos éticos, Kadiangandu & Mullet, 2006) ou internacionais (e.g., terrorismo, Comissão para a Verdade e Reconciliação, Ahmed, Azar & Mullet, 2007). Relativamente negligenciados por volta dos anos 90 pela comunidade científica, os conceitos do perdão e de vingança, nestes últimos anos, têm sido objecto de uma atenção sustentada por parte dos investigadores em ciências humanas e duas obras fizeram a síntese de avanços neste domínio (McCullough, Pargament & Thorensen, 2000; Worthington, 2005). Os instrumentos validados viram, então, o dia (Mullet, Neto & Rivière, 2005). Estes mediam a) a tendência para perdoar (Mullet, Barros, Fronggia, Usai, Neto & Rivière, 2003), b) a tendência para solicitar o perdão (Chiaramello, Muñoz Sastre, & Mullet, 2008), (c) as conceptualizações do perdão e da vingança (Mullet, Girard & Bakhshi, 2004; Kadiangandu & Mullet, 2006), e (d) os motivos que servem de base a estas atitudes.

Estudos anteriores conduzidos na área do perdão mostraram que reações inapropriadas a provocações são um determinante maior da agressão violenta (Bushman & Anderson, 1998). Também são consistentes com os resultados de Caprara, Gargano, Pastorelli & Prezza (1987) que salientam que a ruminação hostil e a irritabilidade são fatores preditivos de respostas agressivas face a um colega, em ambiente controlado (laboratório) e em conformidade com a ruminação, a provocação pode assim ser conceptualizada como um avaliador cognitivo da agressividade, assim como da correlação significativa entre a frustração e o comportamento agressivo (Berkowitz, 1993). Já Giancola (2003) e Richardson, Green & Lago (1998), confirmam que capacidades “perspective-taking” e empatia pelos outros estão associadas à capacidade de gerir eficazmente provocações agressivas, ou seja, a empatia impede a agressão e outros comportamentos que podem, eventualmente ser nocivos a outras pessoas (Eisenberg, Spinrad & Sadovsky 2006). Finalmente, também estão de acordo com dados de Eaton & Struthers (2006) que demonstra que o perdão de uma ofensa específica reduz a agressão (neste caso, agressão psicológica).

Como previamente verificado por Menezes Fonseca, Neto e Mullet (2012) e Menezes Fonseca, Cruz e Neto (2015), pessoas que cometeram atos agressivos, e que foram posteriormente presos, julgados e condenados por atos extremamente violentos, como o homicídio e tráfico de droga, apresentavam, consideravelmente, disposição a perdoar inferior do que pessoas que nunca estiveram presas.



Assim, o presente estudo foi realizado entre sujeitos que cometeram crimes relacionados com ofensas à propriedade e um grupo controlo. Pretendeu atingir os seguintes objetivos: (1) Verificar em que medida é que as duas estruturas da *disposição a perdoar*, encontrados em estudos anteriores, entre pessoas que faziam parte da população em geral, e também realizadas em pessoas que cometeram atos agressivos e que foram posteriormente presos, julgados e condenados se mantinham. As duas estruturas da *disposição a perdoar* já tinham sido consideradas consistentes, isto é, elas já foram evidenciadas numa variedade de contextos culturais e religiosos (por exemplo, Mullet & Azar, 2009; Paz, Neto & Mullet, 2007; Suwartono et al., 2007; Tripathi & Mullet, 2010), assim, foi nossa pretensão aferir se as estruturas da *disposição a perdoar mantêm a consistência entre os presos*; (2) Examinar as relações entre um caso isolado relacionando-as com a *disposição a perdoar* e uma variável, de comportamento diretamente observável: ter cometido um conjunto de comportamentos agressivos que foram tão graves que o seu autor foi preso e condenado. Esses comportamentos agressivos foram crimes contra a propriedade.

Espera-se, assim, que entre as pessoas que foram presas por cometerem crimes relacionados com ofensas à propriedade: (a) o nível de ressentimento duradouro em relação aos outros deve ser maior, (b) o nível do perdão incondicional dos outros deve ser menor, e (c) o nível da incapacidade de pedir perdão deve ser maior do que entre pessoas que nunca tenham sido condenadas por atos agressivos. Além disso, esperava-se que entre as pessoas que foram presas: (d) o nível de vingança deve ser maior, e (e) o perdão deve ser visto de um ponto de vista mais negativo do que entre pessoas que nunca tenham sido condenadas por atos agressivos.

O estudo avaliou em que medida estas possíveis associações entre os fatores de disposição a perdoar e ter desempenhado comportamentos agressivos se mantinham mesmo quando o nível de agressividade dos participantes é considerado. Era esperado que, apesar da conhecida associação entre agressividade básica (Buss & Perry, 1992) e o desempenho de comportamentos violentos fora da prisão (por exemplo, Archer & Webb, 2006; Helfritz & Stanford, 2006; McCloskey, Royce, Berman, Noblett & Coccaro, 2008) ou dentro da prisão (por exemplo, Palmer & Thakordas, 2005; Vitacco, Caldwell, Van Rybroek & Gabel, 2007), a disposição a perdoar deveria manter-se significativamente associada com o encarceramento, uma vez que as variáveis de agressão – agressão física, verbal, agressividade, raiva e hostilidade – são tidas em conta na análise.



Metodologia

Participantes. A amostra deste estudo é constituída por dois grupos de participantes. O primeiro grupo é composto por 107 reclusos (55 do sexo feminino e 52 do sexo masculino) que estavam presos em prisões em Portugal. A sua idade era compreendida entre 19-64 anos ($M=32$, $SD=9$). A duração média de reclusão foi 36 meses. Estes participantes foram participantes não remunerados que foram entrevistados por uma investigadora do sexo feminino. A recolha dos dados começou em 2010, assim que o Ministério da Justiça aprovou o estudo. O segundo grupo é constituído por 294 indivíduos não reclusos (130 do sexo feminino e 164 do sexo masculino) que vivem na mesma área que os reclusos. Nunca, nenhum deles foi condenado por atos violentos. Todos os participantes foram voluntários não remunerados, foram selecionados de modo a corresponder, na medida do possível, à amostra de presos em relação à idade e envolvimento religioso. Têm idades compreendidas entre 18 e os 71 anos ($M=33.31$, $SD=11.56$). A recolha dos dados começou em 2012, assim que a recolha dos dados junto dos reclusos foi concluída.

Instrumento. O instrumento para a realização deste estudo consistiu numa série de cinco questionários.

O primeiro questionário foi o Questionário de Agressão (Buss & Perry, 1992). É composto por quatro escalas: agressão física (por exemplo, “de vez em quando eu não posso controlar o meu desejo de bater em alguém”), agressão verbal (por exemplo, “eu estou frequentemente em desacordo com os outros”), raiva (por exemplo, “quando estou frustrado, eu não faço nada para esconder a minha irritação”), hostilidade (por exemplo, “por vezes eu sou atormentado pela inveja”).

O segundo questionário aplicado foi o Questionário de Disposição a Perdoar (Mullet et al., 2003), sendo constituído por três escalas: Ressentimento Duradouro (por exemplo: no que me diz respeito, não me sinto capaz de perdoar mesmo que a pessoa que me fez mal venha pedir perdão), Sensibilidade às Circunstâncias (por exemplo, no que me diz respeito, é-me mais fácil perdoar se a minha família ou os meus amigos me incitam a isso), e Perdão incondicional (por exemplo, no que me diz respeito, posso perdoar verdadeiramente mesmo quando a pessoa que me fez mal o tenha feito intencionalmente).

O terceiro questionário aplicado foi a Disposição de Pedir Perdão (Chiaramello et al., 2008). É composto por três escalas que, se equiparam às que fazem parte do questionário de disposição a perdoar: Incapacidade duradoura em pedir perdão (por exemplo: no que me diz respeito, eu não me sinto capaz de pedir perdão mesmo se penso ter a inteira responsabilidade do mal causado), Sensibilidade às Circunstâncias (por exemplo, no que me diz respeito, eu peço mais facilmente perdão de boa vontade quando o mal que eu causei teve consequências muito visíveis na pessoa lesada) e pedido de Perdão Incondicional (por exemplo, no que me diz respeito, a minha forma de ver as coisas conduz-me a pedir sempre perdão). Para cada uma das seis escalas de disposição a perdoar, três itens foram selecionados a partir dos questionários originais, a fim de reduzir o tempo de aplicação dos questionários.

O quarto questionário aplicado foi composto por três itens de vingança retirados de Muñoz Sastre, Chabrol e Mullet (2005), (por exemplo, no que me diz respeito, a minha forma de ver as coisas conduz-me a vingar-me cada vez que o posso fazer).



Finalmente, o quinto questionário é composto de uma escala de comportamento imoral que faz parte do questionário da conceptualização do Perdão (Ballester, Muñoz Sastre & Mullet, 2009). Esta escala é composta por cinco itens (por exemplo, perdoar a alguém que lhe fez mal é agir de modo contrário à moral).

Procedimento. Os dados foram recolhidos através de um questionário anónimo, auto-preenchido, aplicado na presença da investigadora numa sala de aula, com autorização da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. Todos os participantes foram voluntários. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas.

Resultados

Análise da variância e da covariância. Para a amostra de pessoas em situação de reclusão por cometerem crimes relacionados com ofensas à propriedade, os valores médios são apresentados na Tabela 1. Séries de seis ANOVAs foram realizadas, com os sujeitos que cometeram crimes relacionados com ofensas à propriedade -grupo de controlo como variável independente e cada um dos oito fatores da disposição a perdoar como variável dependente. Atendendo às muitas comparações feitas, o valor de significância estabeleceu-se para $p=.005$.

Os valores do ressentimento duradouro, a sensibilidade às circunstâncias antes de perdoar (ou não), da incapacidade duradoura de pedir perdão, da vingança e do comportamento imorais dos sujeitos que cometeram crimes relacionados com ofensas à propriedade os valores médios são apresentados na Tabela 1. Somente, o valor respeitante ao ressentimento duradouro foi significativamente mais elevado do que os valores correspondentes ao grupo de controlo.

Séries de oito análises de covariância foram posteriormente conduzidas com os indivíduos que cometeram crimes relacionados com ofensas à propriedade-grupo de controlo como variável independente, os quatro fatores da agressão como covariáveis e cada um dos oito fatores da disposição a perdoar como variável dependente. Quando os quatro fatores de agressão foram tidos em consideração na análise este fator deixou de ser significativo.

Tabela 1 - Resultados das oito análises de variâncias e das oito análises de covariância. Diferenças entre os participantes que tinham cometido crimes contra a propriedade e o grupo de controlo

Fatores	Covariáveis Excluídas					Covariáveis Incluídas			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	Δ	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Ressentimento duradouro	4.44	2.94	0.88	11.31	.001	.03	5.07	<i>ns</i>	.01
Sensibilidade às circunstâncias	7.24	2.81	0.46	2.42	<i>ns</i>	.01	2.02	<i>ns</i>	.01
Perdão Incondicional	5.58	2.88	-0.45	2.45	<i>ns</i>	.01	0.31	<i>ns</i>	.00
Incapacidade de pedir perdão	3.91	2.96	0.73	6.47	<i>ns</i>	.02	4.11	<i>ns</i>	.01



Sensibilidade às circunstâncias	6.83	3.14	0.11	0.10	ns	.00	0.01	ns	.00
Pedido incondicional de perdão	6.74	2.78	0.26	0.69	ns	.00	1.41	ns	.01
Vingança	4.38	3.49	0.77	5.78	ns	.02	1.45	ns	.01
Comportamento Imoral	5.35	3.28	0.71	4.38	ns	.02	0.88	ns	.00

Δ = Diferença com os participantes do grupo de controlo

Discussão

O estudo examinou as relações entre duas séries de medidas psicológicas relacionadas com a disposição a perdoar e com a agressividade e uma variável comportamental: ter cometido um conjunto de comportamentos violentos que foram tão graves que o seu autor foi preso por um período maior ou menor de tempo.

Os participantes que cometeram ofensas contra a propriedade não foram muito diferentes do grupo de controlo no que concerne à disposição a perdoar. A única diferença respeitava ao ressentimento mais forte em relação aos outros, quando eles foram ofendidos; todavia esta diferença foi completamente explicada pelas diferenças nas tendências de agressividade.

Estes dados sugerem que os participantes que cometeram ofensas contra a propriedade não o faziam especificamente devido a circunstâncias prévias que os levaram a desenvolver ressentimento que não se encontravam à altura de gerir, como no caso dos homicidas (Bushman & Anderson, 1998), ou porque desvalorizavam a ligação natural entre os seres humanos, como no caso dos condenados por crimes de droga, mas sim, porque, provavelmente, apenas queriam arranjar dinheiro, sem necessariamente procurarem destruir radical ou progressivamente as vidas humanas. Estes resultados são consistentes com estudos anteriores (Butler & Maruna, 2009; Caprara et al., 1987; Eaton & Struthers, 2006; Giancola, 2003; Jolliffe & Farrington, 2004; Menezes Fonseca et al., 2012; Richardson et al., 1998).

Como demonstrado por Enright & Fitzgibbons (2001) e Worthington (2006), o perdão pode ser aprendido. Várias abordagens terapêuticas baseadas no perdão foram aplicadas a pessoas que manifestam problemas a perdoar os outros e algumas delas foram validadas usando critérios rigorosos (ver Enright 2008, para uma revisão).

Podemo-nos questionar sobre a forma como a terapia do perdão poderá ser implementada em criminosos. Os reclusos relacionados com crimes de ofensas contra a propriedade poderão ser, particularmente, sensibilizados para a ligação entre os seres humanos (Freedman & Enright, 1996).

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira reside na forma como as duas amostras foram constituídas. Em ambos os casos os participantes foram voluntários. Nós estudámos uma amostra conveniente de reclusos numa área de Portugal e uma amostra de pessoas sem uma história particular de violência que residiam na mesma área. Como resultado, os nossos resultados devem ser generalizadas com cuidado e necessitam de ser confirmadas tanto noutras partes da Europa como em outras culturas. Todavia, apresentam um padrão coerente. Outro aspeto importante reside no facto do nosso estudo não ser prospetivo. Foi um questionário retrospectivo. Isto é, o processo judicial que foi vivido pelos reclusos poderá ter tido impacto na forma como eles, subsequentemente, se descrevem a si



próprios como perdoadores ou não. Esta limitação não parece, contudo, demasiado relevante.

Contacto para Correspondência

Ana Cristina Menezes Fonseca, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da
Universidade do Porto, Rua Alfredo Allen 4200-135 Porto Portugal,
acmenezesfonseca@hotmail.com

Referências

- Ahmed, R., Azar, F. & Mullet, E. (2007). Interpersonal forgiveness among Kuwaiti adolescents and adults. *Conflict Management and Peace Science*, 24, 1-12.
- Archer, J., & Webb, I. A. (2006). The relation between scores on the Buss-Perry Aggression Questionnaire and aggressive acts, impulsiveness, competitiveness, dominance, and sexual jealousy. *Aggressive Behavior*, 32, 464-473.
- Ballester, S., Muñoz Sastre, M., & Mullet, E. (2009). Forgiveness and lay conceptualizations of forgiveness. *Personality and Individual Differences*, 47, 605-609.
- Berkowitz, L. B. (1993). *Aggression: Its causes, consequences and control*. New York: McGraw-Hill.
- Bushman, B. J., & Anderson, C. A. (1998). Methodology in the study of aggression: Integrating experimental and nonexperimental findings. In Green, R. G., & Donnerstein, E. I. (Eds.), *Aggression: Theoretical and empirical views*, vol. 1 (pp. 23-48), New York: Academic Press.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Butler, M., & Maruna, S. (2009). The impact of disrespect on prisoners' aggression: Outcomes of experimentally inducing violence-supportive cognition. *Psychology, Crime & Law*, 15, 235-250.
- Caprara, G. V., Gargano, T., Pastorelli, C., & Prezza, M. (1987). Individual differences and measures of aggression in laboratory studies. *Personality and Individual Differences*, 8, 885-893.
- Chiaromello, S., Muñoz Sastre, M. T., & Mullet, E. (2008). Seeking forgiveness: Factor structure and relationships with personality and forgiveness. *Personality & Individual Differences*, 45, 383-388.
- Eaton, J., & Struthers, C. W. (2006). The reduction of psychological aggression across varied interpersonal contexts through repentance and forgiveness. *Aggressive Behavior*, 32, 195-206.
- Eisenberg, N., Spinrad, T., & Sadovsky, A. (2006). Empathy-related responding in children. In M. Killen e J. Smetana (Eds.), *Handbook of Moral Development* (pp. 517-549). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2000). *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington: A.P.A.
- Enright, R., (2008). *O poder do perdão*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Freedman, S., & Enright, R. (1996). Forgiveness as an Intervention Goal with Incest Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 983-992
- Gauché, M. & Mullet, E. (2005). Do we forgive physical aggression in the same way that we forgive psychological harm? *Aggressive Behavior*, 31, 559-570.
- Giancola, P. R. (2003). The moderating effects of dispositional empathy on alcohol related aggression in men and women. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 275-281.



- Helfritz, L. E., & Stanford, M. S. (2006). Personality and psychopathology in an impulsive aggressive college sample. *Aggressive Behavior*, 32, 28-37.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression & Violent Behavior*, 9, 441-476.
- Kadiangandu, J., & Mullet, E. (2006). Requesting intergroup forgiveness: A Congolese perspective. In APA (Ed.), *Forgiveness: Partnering with the enemy* (pp. 29-31). New York: United Nations.
- McCloskey, M. S., Royce, L., Berman, M. E., Noblett, C., & Coccaro, E. F. (2008). The relationship between impulsive verbal aggression and intermittent explosive disorder. *Aggressive Behavior*, 34, 51-60.
- McCullough, M., Pargament, K. I. & Thorensen, C. (Eds.). (2000). *Forgiveness: Theory, research, and practice*. New York: Guilford.
- Menezes Fonseca, A. C., Neto, F., & Mullet, E. (2012). Dispositional forgiveness among homicide offenders. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 23, 410-416.
- Menezes Fonseca, Ana Cristina, Cruz, José António & Neto, Félix F. (2015). Perdão: uma comparação entre traficantes e um grupo de controlo. In *Actas do 2º Congresso Internacional de "Psicologia, Educação e Cultura"*, Vila Nova de Gaia, 17-18 de julho 2015. (pp. 649-659). Gaia: Instituto Superior Politécnico Gaya.
- Mullet, E., & Azar, F. (2009). Apologies, repentance, and forgiveness: A Muslim-Christian comparison. *International Journal for the Psychology of Religion*, 19, 275-285.
- Mullet, E., Barros, J., Frongia, L., Usai, V., Neto, F., & Rivière-Shafighi, S. (2003). Religious involvement and the forgiving personality. *Journal of Personality*, 71, 1-19.
- Mullet, E., Girard, M., & Bakshi, P. (2004). Conceptualizations of forgiveness. *European Psychologist*, 9, 78-86.
- Mullet, E., Neto, F., & Rivière, S. (2005). Personality and its effects on resentment, revenge, and forgiveness and on self-forgiveness. In E. L. Worthington, Jr. (Ed.), *Handbook of Forgiveness* (pp. 159-182). New York: Routledge.
- Mullet, E., Rivière, S., & Muñoz Sastre, M. (2006). Relationships between young adults' forgiveness culture and their parents' forgiveness culture and their parents' Forgiveness Culture. *Journal of Cultural and Evolutionary Psychology*, 4, 159-172.
- Muñoz Sastre, M., Vinsonneau, G., Chabrol, H., & Mullet, E. (2005). Forgiveness and the paranoid personality style. *Personality and Individual Differences*, 38, 765-772.
- Palmer, E. J., & Thakordas, V. (2005). Relationships between bullying and scores on the Buss-Perry Aggression Questionnaire among imprisoned male offenders. *Aggressive Behavior*, 31, 56-66.
- Paz, R., Neto, F., & Mullet, E. (2007). Forgiveness: Similarities and differences between Buddhists and Christians living in China. *International Journal for the Psychology of Religion*, 17, 289-301.
- Richardson, D. R., Green, L. R., & Lago, T. (1998). The relationship between perspective-taking and nonaggressive responding in the face of an attack. *Journal of Personality*, 66, 235-256.
- Suwartono, C., Prawasti, C. Y., & Mullet, E. (2007). Effect of culture on forgiveness: A Southern-Asia-Western Europe comparison. *Personality and Individual Differences*, 42, 513-522.
- Tripathi, A., & Mullet, E. (2010). Conceptualizations of forgiveness and forgiveness among Hindus. *International Journal for the Psychology of Religion*, 20, 255-266.
- Vitacco, M. J., Caldwell, M. F., Van Rybroek, G. J., & Gabel, J. (2007). Psychopathy and behavioral correlates of victim injury in serious juvenile offenders. *Aggressive Behavior*, 33, 537-544.
- Worthington, E. L., Jr. (2006). *Forgiveness and reconciliation: Theory and Application*. New York: Routledge.
- Worthington, E. L., Jr. (Ed.). (2005). *Handbook of forgiveness*. New York: Routledge.



Tráfico de pessoas: Perceções dos universitários sobre vítimas e traficantes

Ângela Fernandes¹ & Marlene Matos¹

1. Universidade do Minho, Portugal

Resumo

O tráfico de pessoas é um fenómeno amplamente estudado, todavia a crescente literatura sobre o mesmo em Portugal carece de dados sobre perceções em relação às vítimas e traficantes. O objetivo deste estudo é analisar as perceções de estudantes universitário sobre o perfil da vítima e o perfil do traficante deste tipo de crime. Através de um questionário eletrónico, 199 participantes responderam a duas perguntas abertas: "Qual é, na sua opinião, o perfil de uma vítima de tráfico de seres humanos?", e, "Qual é, na sua opinião, o perfil do traficante de tráfico de seres humanos?". A idade dos participantes variou de 18 a 50 anos, com uma idade média de 23 anos (DP = 6,05). 64,3% eram mulheres e 35,7% eram homens. A análise temática foi o método de análise de dados utilizado resultando em 3 temas dominantes Perfil da Vítima Alvo; Perfil do Traficante e Comportamento Criminal. Os participantes identificaram vários *Pull e Push Factors* como fatores que levam ao envolvimento da vítima na rede de tráfico de pessoas. O traficante foi percebido como alguém muito manipulador e sem escrúpulos, que conhece as condições de vida da vítima e que a atrai para rede de tráfico com promessas falsas, pretendendo obter lucros monetários. De notar que 23 participantes não revelam qualquer conhecimento sobre a temática. Conclui-se que há uma necessidade de criar novas campanhas de prevenção e informação, a fim de desconstruir estereótipos e fomentar a identificação de potenciais vítimas e traficantes.

Palavras-chave: Tráfico de Pessoas; Perceções; Vítimas e Ofensores.



Abstract

Trafficking in persons is a widely studied phenomenon, but the growing literature on the same in Portugal lacks data on perceptions of the victims and traffickers. The aim of this study is to analyze the perceptions of university students on the profile of the victim and trafficker of this type of crime. Through an internet survey, 199 participants answered two open questions: *"What, in your opinion, the profile of a victim of trafficking in human beings?"* and, *"What, in your opinion, the trafficker's profile in trafficking in human beings?"*. the age of participants ranged from 18 to 50 years, with an average age of 23 years ($SD = 6.05$). 64.3% were women and 35.7% were men. Thematic analysis was the data analysis method used, resulting in three dominant themes *Human trafficking Victims' Profile*, *Human Trafficker' Profile* and *Criminal Behavior*. The participants identified several Pull and Push factors as factors that lead to the involvement of the victim in the network of trafficking in persons. The trafficker was understood as very manipulative and coldblooded, who knows the victim's life conditions and lures them with false promises, only with financial motives. Note that 23 participants do not reveal any knowledge on the subject. We conclude that there is a need for new prevention campaigns and information to deconstruct stereotypes and promote the identification of potential victims and traffickers.

Keywords: Human trafficking; Perceptions; Victims and offenders.



Introdução

O tráfico de Pessoas (TP), independentemente das formas que possa revestir, constitui, sem sombra de dúvida, uma atroz violação dos Direitos Humanos. Esta problemática, reveste-se de uma certa obscuridade, resguardo e invisibilidade, o que dificulta a medição quantitativa e qualitativa (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2014). Tal dificuldade de medição do fenómeno leva a consequências gravosas no grau de reconhecimento cívico.

De acordo com a atual redação, comete o crime de tráfico de pessoas *“Quem oferecer, entregar, recrutar, aliciar, aceitar, transportar, alojar ou acolher pessoa para fins de exploração, incluindo a exploração sexual, a exploração do trabalho, a mendicância, a escravidão, a extração de órgãos ou a exploração de outras atividades criminosas: a) por meio de violência, rapto ou ameaça grave; b) através de ardil ou manobra fraudulenta; c) com abuso de autoridade resultante de uma relação de dependência hierárquica, económica, de trabalho ou familiar; d) aproveitando-se de incapacidade psíquica ou situação de especial vulnerabilidade da vítima; ou e) mediante a obtenção do consentimento da pessoa que tem controlo sobre a vítima”*, consagrado no artigo 160º do código penal.

O tráfico de pessoas afeta praticamente todos os países em todas as regiões do mundo. Entre 2010 e 2012, foram identificadas vítimas com 152 nacionalidades diferentes em 124 países em todo o mundo, juntamente com 16 718 vítimas detetadas na Europa Ocidental e Central (UNODC, 2014). No último relatório da UNODC (2014) 49% por cento das vítimas detetadas são mulheres adultas; 33% das vítimas são crianças, o que demonstra um aumento de 5 por cento em comparação com o período 2007-2010.

Estes são valores baseados apenas em dados oficiais divulgadas pelas autoridades internacionais, sendo que representam apenas a parte visível do fenómeno do tráfico e os números reais são provavelmente muito mais elevados (UNODC, 2014; Eurostat, 2015).

As vítimas de tráfico humano podem ter qualquer idade, raça, sexo, no entanto, os jovens-adultos são mais vulneráveis e em risco de ser coagidos para exploração sexual (UNODC, 2014; Eurostat, 2015).

Os motivos que podem levar a uma vivência de tráfico são: i. a pobreza e a falta de oportunidades económicas; II. baixos níveis de educação e falta de informação sobre o processo de recrutamento; iii. história de abuso sexual; e iv. pressão da família; v. aspiração das mulheres, muitas vezes acompanhada pelo crescente senso de autonomia pessoal e económica; vi. alegadas histórias de sucesso de pessoas que migraram para a trabalhar no exterior (Clawson et al, 2009; Goodman, 2011; Pouchi and Bryan, 2014).

Esta causalidade, apesar de comum, não é, no entanto, consensual, dado que outros estudos (e.g., Bales, 2005; IOM, 2010) não atestam a existência de uma correlação empírica direta entre o tráfico e o nível de desenvolvimento de um determinado país, indicando, portanto, que aquele não ocorre necessariamente dos países ou regiões mais pobres para os mais desenvolvidos, sendo um fenómeno mais complexo na sua etiologia, o que explica, nomeadamente, que nem todas as pessoas que vivem em situação de pobreza se tornem vítimas de tráfico; aliás, estas são, por vezes, mais relutantes à emigração.

A título exemplificativo, a IOM (2010) indicou que nove dos 10 países de origem presentes no ranking relativo ao tráfico do UNODC apresentavam um nível económico baixo a moderado e um nível de desenvolvimento humano médio a elevado. Na verdade, oito dos países eram economias em transição, sendo o próprio tumulto da mudança e a possibilidade



de livre movimentação após décadas de isolamento os fatores que mais pareciam motivar a emigração e o tráfico.

Em Portugal, dados do Observatório de Tráfico de Seres Humanos (OTSH, 2015), revela que foram sinalizadas 193 presumíveis vítimas, sendo que 135 eram cidadãos nacionais e estrangeiros sinalizados em Portugal e 58 eram cidadãos nacionais sinalizados no estrangeiro.

Foram também confirmadas 32 vítimas, sendo que 26 eram adultos e 6 eram menores, sendo que dessas 32 vítimas, 20 eram do sexo masculino e 12 do sexo feminino (OTSH, 2015).

Embora os casos acima mencionados são importantes áreas de investigação no tráfico, existem lacunas que precisam ser preenchidas na literatura existente para o conhecimento mais acionável sobre o tráfico humano. A percepção desempenha um papel vital na forma como o tráfico de pessoas é tratado pelo público em geral. Conhecimento de um indivíduo sobre um determinado tópico ou assunto podem ser positivamente associado com o resultado de um problema (Bishop et al., 2013).

Infelizmente, para o público em geral não é fácil reconhecer, identificar, ou mesmo defender as vítimas deste crime. Várias investigações foram feitas para compreender as percepções gerais do público (Bishop, Morgan, e Erickson, 2013; Kamler & Kamler, 2015; Nieuwenhuys & Pécout, 2015; Oluniyi, 2012; Robinson, 2011) e nas várias investigações descobriu-se que a educação é um componente-chave das percepções de tráfico de seres humanos, bem como a opinião pública, é um aspeto importante a ter em consideração nesta temática. A vigilância e apoio do público também são essenciais. Se o público percebe as vítimas negativamente, as várias organizações e os governos terão um obstáculo adicional a ser superado no combate ao tráfico (Robinson, 2011).

Quando se trata de assistência às vítimas, muitas delas são repatriados para os seus países de origem, muitas retornando às suas casas, assim compreender as percepções do público pode ajudar a entender como é que as vítimas podem ser tratadas e se são capazes de se reintegrarem na sociedade. Estudar percepções pode também ajudar a compreender os mitos que existem na sociedade de forma a que se possa abranger e desmistificar ideias pré-concebidas através de campanhas políticas de prevenção (Bishop et al, 2013;. Robinson, 2011).

Este estudo concentra-se em como estudantes, descrevem e explicam as vítimas de tráfico de seres humanos. É uma investigação qualitativa e indutiva e explora a riqueza das percepções acerca do tráfico de seres humanos.

Metodologia

Participantes

Os participantes deste estudo são um total de 199 alunos universitários. A idade variou dos 18 aos 50 anos, com uma média de idades de 23 anos (DP=6.05). No que concerne ao sexo 64,3% eram do sexo feminino e 35,7% do sexo masculino.

Os estudantes universitários foram agrupados de acordo com a área de estudos, onde a maioria pertencia às ciências Sociais (52%), engenharia e tecnologias (31.8%), ciências médicas e da saúde (11.7%), ciências exatas (4.4%) e ciências naturais (2.2%).



Instrumentos e procedimento

Os dados foram recolhidos através de um questionário online, disseminado em várias universidades e institutos politécnicos do país, com as respectivas explicações de preenchimento e finalidade do estudo. A disseminação ocorreu entre janeiro e maio de 2015. O questionário inclui três partes: dados sociodemográficos, 27 afirmações constituídas com 3 níveis de resposta (“verdadeira, Falsa e Não sei”) e duas questões abertas (e.g. “Descreva sucintamente qual é, na sua opinião, o perfil da vítima de tráfico de pessoas.” E “Descreva sucintamente qual é, na sua opinião o perfil do agressor de tráfico de pessoas.”). Foram estas duas últimas questões o foco deste estudo.

Análise de dados

A análise temática (Braun & Clarke, 2006) foi o método utilizado para realizar a análise de dados. A análise foi conduzida utilizando o *software* NVivo 10 (*NVivo qualitative data analysis software; QSR International Pty Ltd. Version 10, 2012*).

Resultados

Da análise de dados resultaram 3 temas, representados na tabela abaixo.

	<i>Sub-temas</i> (N=número de participantes que mencionaram)	Tema (N=número de participantes que mencionaram)
Pré-Vitimação (N=104)	<i>Vulnerabilidade Individual (N=112)</i>	Perfil da Vítima Alvo (N=189)
Pós-Vitimação (N=10)		
Nível Socioeconómico (N=105)	<i>Vulnerabilidade Estrutural (N=110)</i>	
Habilitações Literárias (N=25)		
Sexo (N=31)	<i>Características Sociodemográficas</i> <i>(N=85)</i>	
Idade (N=30)		
Nacionalidade (N=21)		
Estatuto (N=4)		
	<i>Ausência de Conhecimento (N=12)</i>	
	<i>Consentimento da Vítima (N=4)</i>	
	<i>Características Psicológicas e Físicas</i> <i>(N=141)</i>	Perfil do Traficante (N=188)
Sexo (N=22)		



Nível Socioeconómico (N=15)	<i>Características Sociodemográficas</i> (N=56)	
Idade (N=10)		
Habilitações Literárias (N=6)		
Nacionalidade (N=3)		
	<i>Motivação para o Crime (N=40)</i>	
	<i>Relação com a Vítima (N=14)</i>	
	<i>Ausência de Conhecimento (N=11)</i>	
	<i>Meio/Recrutamento (N=31)</i>	Comportamento Criminal (N=58)
	<i>Cometimento de Crimes Conexos</i> (N=19)	
	<i>Formas de controlo (N=18)</i>	

Tabela 1. Temas Emergentes

Discussão

A maioria dos participantes (88.4%) identificou vários fatores de vulnerabilidade estrutural e individual como fatores que interferem no fenómeno do tráfico, tais como expectativas de oportunidades de emprego, de melhores salários e de melhoria das condições de trabalho. O que vai ao encontro de vários estudos (Oluniyi, 2012; OTSH, 2015) onde um nível socioeconómico baixo é uma razão para as vítimas se envolverem em situações de tráfico de pessoas, pois estão ansiosas para poderem providenciar melhores condições de vida para as suas famílias. UNODC (2014) também afirmou que as vítimas sonham ser capazes de fornecer melhores condições de vida para suas famílias, assim sendo são atraídas para a rede de tráfico com ofertas de emprego.

Foi surpreendente o facto de apenas 4 participantes referir que a vítima poderá ter dado o seu consentimento para mudar de país e/ou aceitar a proposta que lhe foi apresentada. Os participantes referem que a vítima pode estar ávida para fugir de um país em guerra, ou mesmo de uma situação de violência. O Consentimento da vítima é irrelevante numa situação de tráfico, uma vez que são utilizados meios coativos, diretos ou indiretos para o obter, todavia este dado deve ser tido em consideração, pois a liberalização do controle de fronteiras na Europa, as rotas de migrantes que se encontram estabelecidas e o cenário da crise de refugiados em que vivemos, são fatores que precisam ser abordadas para melhor entender como eles facilitam as rotas de tráfico humano e ajudam a evitar a deteção das mesmas pelas autoridades judiciais (Hernandez e Rudolph de 2015).

O traficante foi entendido como alguém muito manipulador, sem respeito pelos direitos humanos. Apenas 7% dos participantes afirmou que o traficante poderia ser um membro da família ou um amigo, o que é preocupante porque uma grande parte dos recrutadores e traficantes são membros da família, namorados e amigos (UNODC, 2014). Poucos participantes referiram que o traficante pode ser uma mulher, o que deve ser endereçado em futuras campanhas de informação e prevenção. Siegel e Blank (2014) referem que o



recrutador ou traficante pode ser mulher, conhecida da vítima, pode mesmo ser uma vítima ou ex-vítima forçada a recrutar novas vítimas para a rede.

Os estudantes percebem que o traficante está ciente das condições de vida da vítima e das suas dificuldades e atrai as mesmas com falsas promessas. Fong e Cardoso (2010) afirmam que o traficante explora aqueles que são mais vulneráveis em diferentes níveis (por exemplo, econômica, psicológica, física) tendo apenas motivações financeiras.

Deve-se realçar que a internet não foi reconhecida pelos participantes como um meio de recrutamento. Apenas um participante referiu que o recrutamento pode acontecer online. Sabe-se que a internet é um facilitador de contactos entre o recrutador e as suas vítimas, pois é uma forma de suprir a distância física (UNODC, 2014). É, assim necessário olhar para estes meios de comunicação com um olhar crítico e entender os perigos adjacentes nas redes sociais, aplicações e outras plataformas digitais (Eurostat, 2015).

A vítima é vista como o outro, como alguém muito diferente do participante não havendo uma identificação com a mesma e denotando que o participante não se revê como potencial vítima deste crime.

É preocupante notar que 11,6% dos participantes revelam não ter qualquer conhecimento do tráfico de seres humanos, as suas causas, as vítimas e os traficantes. Os currículos académicos devem conter a temática de tráfico de seres humanos (III PNCTSH [2014-2017]) (Diário da República, 1.ª série – N.º 253 – 31 de janeiro de 2013), o que pode indiciar uma baixa adesão por parte das instituições académicas no cumprimento das diretrizes referidas nos planos.

Denota-se assim uma necessidade de abordar novas campanhas preventivas e informativas, a fim de facilitar o reconhecimento de situações de tráfico de pessoas e desconstruir estereótipos pelo publico em geral.

Agradecimentos

Os meus agradecimentos à Dra. Mariana Gonçalves pela ajuda que está a ser prestada na codificação dos dados.

Contacto para Correspondência

Ângela Marisa Cardoso Fernandes, Universidade do Minho, Rua 25 de Abril, 540, 4805-485 Guimarães, id5360@alunos.uminho.pt

Referências

- Bales, K. (2005). *Understanding global slavery: A reader*. Berkley, CA: University of California Press.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887
<http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Bishop, R. a., Morgan, C. V., & Erickson, L. (2013). Public Awareness of Human Trafficking in Europe: How Concerned Are European Citizens? *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 11(2), 113-135.
<http://doi.org/10.1080/15562948.2013.759047>
- Clawson, H. J., Dutch, N., Salomon, A., & Grace, L. G. (2009). *Human trafficking into and within the United States: A review of the literature*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation.



- Eurostat, E. C. (2015). Trafficking in human beings. https://ec.europa.eu/anti-trafficking/publications/trafficking-human-beings-eurostat-2015-edition_en last retrieved in 29 Abril/2016
- Fong, R., & Cardoso, J. B. (2010). Child human trafficking victims : Challenges for the child welfare system. *Evaluation and Program Planning*, 33(3), 311–316. <http://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2009.06.018>
- Goodman, J.L. (2011). What we know about human trafficking: Research and resources. In J.L. Goodman & D.A. Leidholdt (Eds.), *Lawyers Manual on Human Trafficking* (pp. 1-26). New York: Supreme Court of the State of New York, Appellate Division, First Department.
- Hernandez, D., & Rudolph, A. (2015). Modern day slavery: what drives human trafficking in Europe? *European Journal of Political Economy*, 38, pp. 118-139. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpoleco.2015.02.002>
- International Organization for Migration. (2010, October). IOM Global eye on human trafficking [Boletim]. Consultado em 25 de setembro, 2016, em http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/projects/showcase_pdf/Global-Eye-Issue8-Oct-2010.pdf
- Kamler, E. M., & Kamler, E. M. (2015). Negotiating Narratives of Human Trafficking : NGOs , Communication and the Power of Culture Negotiating Narratives of Human Trafficking : NGOs , Communication and the Power of Culture, (April), 37–41. <http://doi.org/10.1080/17475759.2012.728147>
- Nieuwenhuys, C., & Pécoud, A. (2015). Human Trafficking , Information Campaigns , and Strategies, 1674–1695.
- Observatório do Tráfico de Seres Humanos (Março, 2015). Tráfico de Seres Humanos: Relatório sobre 2014. Ministério da Administração Interna. <http://www.otsh.mai.gov.pt/Recursos/Pages/default.aspx> last retrieved in 25 setembro 2016
- Oluniyi, O. (2012). Students ' Perception of the Relative Causes of Human Trafficking In Nigeria, 3(September), 493–498. <http://doi.org/10.5901/mjss.2012.v3n3p493>
- Pouchi, S., & Bryan, N. (2014). Vulnerability to human trafficking among the roma population in Serbia: the role of social exclusion and marginalization. *Journal of Intercultural Studies*, 35, pp. 145-162. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/07256868.2014.885417>
- Robinson, J. (2011). Percepciones Públicas del Tráfico Ilegal de Personas en Moldavia Public Perceptions of Human Trafficking in Moldova *, 20(3), 269–279.
- Siegel, D., & Blank, S. De. (2014). Women who traffic women : the role of women in human trafficking networks – Dutch cases, (December), 37–41. <http://doi.org/10.1080/17440572.2010.519528>
- United Nations Office on Drugs and Crime (2014). *Global Report on Trafficking in Persons*. Vienna: UNODC. Retrieved from https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/GLOTIP_2014_full_report.pdf last retrieved in 29 Abril



PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA



O Gabinete de Apoio Psicossocial (GAP) - uma resposta comunitária em expansão

Nelly Almeida¹ & Ana Maria Meia-via²

^{1,2} Junta de Freguesia da Marinha Grande, Portugal

Resumo

O GAP da JFMG foi constituído em 2014, no seguimento de um serviço de psicologia existente desde 2010. Com a implementação do GAP e a criação de uma equipa multidisciplinar foi possível oferecer respostas diretas às necessidades da população, proporcionando um leque de serviços mais abrangente e adequado às mais diversas situações. O GAP inclui três valências: Psicologia, Serviço Social e Nutrição.

O GAP sustenta-se no *Community Counseling Model* (Lewis et al. 2011) e pressupõe que o desenvolvimento do indivíduo e da comunidade estão estreitamente ligados. Um dos principais objetivos do serviço é proporcionar o *empowerment* da sua população-alvo e contribuir assim para a melhoria do seu bem-estar e para a sua saudável inserção na comunidade. Para isso, utiliza estratégias focadas e outras mais abrangentes, dirigidas à pessoa e à comunidade.

Numa perspetiva anual, o GAP apoiou 203 famílias, em 2015, em ações mais diretas. Paralelamente, dinamiza atividades de intervenção mais ampla, como ações de sensibilização e rastreios ou participação em reuniões com parceiros e/ou líderes comunitários com fim a influenciar e melhorar ações/políticas sociais na Marinha Grande.

A análise da intervenção do GAP permite fazer um balanço positivo do seu desenvolvimento. A diversidade de respostas dinâmicas que veio oferecer à população é a imagem do GAP. Com efeito, o desenvolvimento deste serviço comunitário veio possibilitar uma maior relação e inclusão no trabalho desenvolvido na comunidade. Foram criadas multirelações com outras entidades do concelho que possibilitam a oferta de respostas mais integradas à nossa população, e como tal, mais eficazes.

Palavras-chave: apoio; comunidade; empowerment; multidisciplinaridade.



Abstract

GAP of JFMG was created in 2014, following an existing psychology service, established since 2010. With the GAP implementation and the multidisciplinary team formation, it was possible to provide direct answers for the community needs, providing a wide range of services suitable to different situations. The main highlights are: Psychology, Social Services and Nutrition.

The GAP is sustained in the Community Counseling Model and assumes that the development of the person and the community are closely linked. The main focus of the service is to provide the empowerment of its target population and thus, contribute to the improvement of their well-being with a healthy integration in the community. Thus, use focused and broad-based strategies for facilitating human and community development.

Regarding an annual analysis, GAP has supported 203 families in 2015 in direct actions. At the same time, strengthens broader intervention activities, such as, actions to raise awareness and screenings or to attend in meetings with partners and/or community leaders with the goal to encourage and improve actions or social policies in Marinha Grande region.

The GAP performance analysis, allowed a good benchmark during his life assessment. The diversity of the dynamic answers that came to offer to the community is the image of the GAP. In effect, the growing up of this community service came enable greater inclusion in the work developed in the community. New relationships and agreements were created with other council institutions, providing further integrated answers into our community, increasing therefore the final results.

Keywords: support; community; empowerment; multidisciplinary.



Introdução

A Junta de Freguesia da Marinha Grande (JFMG) tem demonstrado preocupação com o bem-estar não só nas condições físicas e materiais das pessoas e da comunidade, mas também com o seu bem-estar psíquico. Desde 2010 inclui um serviço de Psicologia gratuito para a comunidade. Em 2014, compreendendo a necessidade de alargamento do serviço, criou o Gabinete de Apoio Psicossocial (GAP), inicialmente com duas e, atualmente, com três valências de intervenção: Psicologia, Serviço Social e Nutrição.

O GAP da JFMG, como serviço sustentado na Intervenção Comunitária, tem como princípio de base que as pessoas são influenciadas pelo contexto em que vivem, e por isso procura utilizar metodologias que facilitem o desenvolvimento saudável das pessoas e também da comunidade em que elas se inserem. A comunidade é constituída por um grupo ou aglomerado de pessoas interdependentes que partilham necessidades e interesses em comum. Ao atender à comunidade, os profissionais de ajuda aumentam o seu leque de estratégias para apoiar as pessoas.

A Marinha Grande (Dados do Diagnóstico Social, 2016)

A Marinha Grande é uma cidade portuguesa no distrito de Leiria, situada na região Centro e sub-região Pinhal Litoral. É sede de um município com 187.3 Km² e 38 705 habitantes. Este concelho é composto por 3 freguesias: Marinha Grande, Vieira de Leiria e Moita. Na Marinha Grande a taxa de desemprego eleva-se a 12.5% (censos 2011). 65.7% da população está em idade ativa e 19.5% tem mais de 65 anos. O índice de envelhecimento de 132.4% sugere o número elevado de idosos quando comparado com o número de jovens. Existem 9 bairros sociais, que acolhem 502 indivíduos em habitações sociais. Neste concelho sedem-se três agrupamentos de escolas, com um total de 51 estabelecimentos de ensino desde a pré-escola até às escolas de ensino superior.

Para as dimensões de Infância e juventude e Idosos, o concelho apresenta um número significativo de respostas sociais e projetos de intervenção comunitária. No entanto, ainda se verifica uma incapacidade dos serviços darem resposta com maior brevidade e assim suprimir as listas de espera e aumentar a rapidez de resposta. Na área da Deficiência e Toxicodependência, existe défice de respostas sociais, assim como no apoio a grupos em exclusão ou risco de exclusão social.

A forte rede social de intervenção e boa articulação entre os parceiros comunitários é destacada como uma potencialidade do concelho.

A Intervenção Comunitária

A comunidade é definida como “aquele tipo de ambiente, de campo psicológico e social no interno do qual somos capazes de desenvolver um sentido de pertença, uma vivência de mútua partilha, uma possibilidade de relação com outras pessoas” (Francescato & Ghirelli, 1988). Assim sendo, a Intervenção Comunitária é ampla e inclui valências como a Psicologia, Sociologia, Trabalho Social, Educação, Planificação urbana, Economia, Ciências Políticas, gestão, Nutrição, etc. Incide na prevenção de problemas psicológicos e psicossociais e trabalha em três áreas: indivíduos, famílias/grupos e comunidade. Os técnicos de Intervenção Comunitária têm como função principal familiarizarem-se com a comunidade e



mostrarem-se disponíveis perante a mesma. Com isto entende-se que o técnico deve conhecer famílias, escolas, grupos de moradores, centros comunitários, serviços e empresas que tenham impacto no desenvolvimento psicológico e bem-estar dos destinatários das suas intervenções. O estudo de vários autores (Adams, Bell & Griffin, 2007, como citado em Lewis, Ratts, Paladino & Toporek, 2011; Hollingshead & Redlich, 1958, como citado em Fernandes, 2000; Lewis, Lewis, Daniels, D' Andrea, 2011; Serason, 1974, como citado em Wright 2004; Zimmerman, 2000, como citado em Rappaport & Seidman, 2000) permite destacar alguns conceitos chave associados à intervenção comunitária:

- *Empowerment* – processo através do qual as pessoas, organizações e grupos excluídos ou marginalizados desenvolvem competências e capacidades para exercerem controlo sobre as suas vidas sem infringirem os direitos dos outros e podendo até potenciar a autonomia dos outros membros da comunidade.
- Líderes comunitários – pessoas comuns com a capacidade de se organizar enquanto grupo para alcançar o que individualmente não conseguiriam.
- Sentimento de pertença – sentido de que se faz parte de um determinado núcleo, e de que tanto o grupo precisa da pessoa como a pessoa do grupo (compromisso mútuo) para favorecer o seu bem-estar. O sentimento de pertença favorece o envolvimento nas questões comunitárias e promove o empowerment individual e comunitário.
- Bem-estar individual - saúde física e psicológica, competências socioemocionais para manter a saúde e o bem-estar pessoal, desenvolvimento da identidade e concretização de objetivos pessoais.
- Justiça social – preocupação com as questões de igualdade e distribuição justa e equitativa dos recursos, oportunidades, participação e poder na sociedade em geral.
- Colaboração e fortalecimento comunitário – os profissionais devem fazer compromissos e colaborar com os seus parceiros comunitários, pois sozinhos, não têm a capacidade para influenciar e implementar processos de mudança.
- Respeito pela diversidade – reconhecimento e valorização da variedade das comunidades e identidades sociais com base no género, pertença étnica, orientação sexual, capacidade ou incapacidade, estatuto socioeconómico, idade ou outro.
- Participação cívica - apoio e desenvolvimento de contextos sociais que promovam a participação dos cidadãos, bem como identificação e facilitação de mecanismos e processos que possibilitem que os participantes definem os seus papéis, expressem as suas opiniões, aumentem a sua eficácia organizacional e influenciem de forma mais significativa o sistema social envolvente.
- Fundamentação empírica – utilização da investigação para conhecer os efeitos das condições ambientais na saúde e bem-estar das pessoas, avaliar programas de intervenção, compreender fatores facilitadores e obstáculos à mudança e responder de forma mais eficaz aos problemas da comunidade.



Community Counseling Model. Lewis et al. (2011) aprofundaram o estudo da intervenção comunitária. Este modelo pressupõe que o desenvolvimento do indivíduo e da comunidade estão estreitamente ligados e que por isso os técnicos devem inserir nas suas responsabilidades respostas às necessidades dos indivíduos e também ir trabalhando as necessidades da comunidade (ver quadro 1).

	Favorecer o desenvolvimento humano	Favorecer o desenvolvimento da comunidade
Estratégias Focadas	Aconselhamento Intervenção com indivíduos vulneráveis	Técnico como mediador – articulação com entidades
Estratégias Abrangentes	Intervenções preventivas	Influenciar políticas públicas e sociais

Quadro 1 – Community Counseling Model

Neste sentido o modelo destes autores inclui estratégias que facilitem o desenvolvimento tanto humano como da comunidade. E perante estas duas categorias, os técnicos usam estratégias focadas e estratégias abrangentes:

1- Facilitar o desenvolvimento humano – estratégias focadas: intervir em *setting* de um-para-um. Conhecendo os efeitos nos indivíduos da exposição a fatores de *stress*, os técnicos de intervenção comunitária utilizam métodos de intervenção diretos e ativos (por exemplo: consulta de Psicologia, visita domiciliária, atendimento social) para salvaguardar o facto dos indivíduos terem acesso a serviços de apoio técnico pois reconhecem o sofrimento das pessoas perante determinados acontecimentos de vida. Estas estratégias promovem o desenvolvimento de recursos internos no indivíduo para lidar com a situação de *stress* e prevenir efeitos a longo o prazo na saúde mental.

2-Facilitar o desenvolvimento humano – estratégias abrangentes: educar ou treinar a população em grande escala. As intervenções preventivas, utilizadas como estratégias abrangentes, proporcionam aos elementos da comunidade a oportunidade de adquirirem conhecimentos e competências essenciais para conseguirem consciencializarem-se do seu potencial e lidarem de forma mais competente com os desafios e obstáculos que podem encontrar nas suas vidas.

3-Facilitar o desenvolvimento da comunidade – estratégias focadas: identificar problemáticas e recursos existentes e encaminhar para serviços adequados. O técnico é visto como um mediador entre a comunidade e os serviços/entidades existentes. Tem como objetivo identificar fatores que afetam negativamente a população e através da sua articulação com outras entidades dar resposta para provocar a mudança.

4-Facilitar o desenvolvimento da comunidade – estratégias abrangentes: analisar e promover mudanças nas políticas públicas. Os técnicos de intervenção comunitária estão habilitados para distinguir problemas que podem ser resolvidos por ações sociais/políticas e identificar mecanismos apropriados para lidar com esses problemas.

Este tem sido o modelo de referência na intervenção comunitária desenvolvida no GAP.



O Gabinete de Apoio Psicossocial

Este serviço privilegia uma metodologia de trabalho interinstitucional, que se caracteriza pela articulação dos serviços e respetivos técnicos e também pela sua flexibilidade, personalização, acompanhamento e rentabilização de recursos comunitários.

O GAP tem como *missão* acompanhar, informar, orientar e encaminhar a população que recorre aos serviços da Junta de Freguesia da Marinha Grande. A *visão* consiste em minimizar as dificuldades de vida da comunidade da Marinha Grande, facilitando o acesso da população a valências de intervenção técnica, com o fim de aumentar o seu bem-estar pessoal e melhorar a sua integração saudável na sociedade. No quadro 2 estão especificadas as estratégias metodológicas utilizadas no GAP, enquadradas à luz deste modelo de intervenção comunitária.

	Facilitar o desenvolvimento humano	Facilitar o desenvolvimento da comunidade
Estratégias Focadas	Consulta de Psicologia; Consulta de Nutrição; Atendimento Social.	Articulação com outros serviços da comunidade para apoio na procura de habitação, limpeza para famílias carenciadas; acesso a alimentação; disponibilização de transporte
Estratégias Abrangentes	Ações de sensibilização; Ação de formação; Publicações de textos em jornal local e redes sociais; Rastreios de saúde.	Revisão/atualização do Diagnóstico Social; Participação em reuniões alargadas das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens.

Quadro 2 – Intervenção no GAP à luz do Community Counseling Model

No que respeita às estratégias focadas, o GAP procura em primeira instância autonomizar indivíduos para a resolução dos seus problemas sociais (empowerment) e procura, ao longo das suas intervenções, atender às questões individuais e necessidades pessoais de cada indivíduo de modo a favorecer o seu bem-estar individual. Neste sentido o GAP privilegia como estratégias focadas a consulta de psicologia, a consulta de nutrição, atendimento social e a articulação com outros serviços da comunidade. Este serviço tem em conta que quanto maior o sentido de pertença, maior será a probabilidade de participar nas atividades comunitárias e que quanto mais participação houver, mais promovido ficará o sentido de bem-estar comunitário, e associado a ele o sentido de bem-estar individual.

O apoio do GAP pode ser solicitado diretamente pelo indivíduo e por entidades do concelho (e.g. Unidade de Cuidados à Comunidade do Centro de Saúde (UCC); Instituições Particulares de Solidariedade Social; Comissão de proteção de Crianças e Jovens (CPCJ); Serviço de Assessoria Técnica aos Tribunais (SATT); Escolas; etc.) e dirige-se à população residente na Freguesia da Marinha Grande, de todas as faixas etárias e independentemente da sua condição socioeconómica. Com fim a respeitar valores como o da justiça social e respeito pela diversidade, o GAP implementou algumas regras que favoreçam o acesso a todos de forma equitativa e justa, por exemplo: (1) consultas gratuitas para toda a população,



independentemente da sua condição socioeconómica, (2) após três faltas consecutivas sem aviso prévio, é terminado o acompanhamento e caso a pessoa deseje continuar terá de submeter nova inscrição. Estas regras favorecem a responsabilidade pessoal da população alvo, potenciam a sua assiduidade, e simultaneamente, rentabilizam tempo e eficácia do serviço. Com efeito, a falta de assiduidade leva a um desperdício de recursos humanos (técnico à espera da pessoa) e cria barreira no iniciar de novos processos de acompanhamento comunitário (lista de espera).

Após a inscrição do indivíduo/família no GAP este é alvo de uma triagem de forma a ser avaliado o seu pedido de apoio numa abordagem multidimensional e a ser dirigido para o serviço que irá de encontro com a sua problemática (GAP ou parceiros comunitários). Todo este procedimento permite despistar situações de crise (urgência) e sinalizar situações fora do âmbito das valências do GAP de forma a serem orientadas para a entidade da comunidade que melhor conseguirá dar resposta. Numa segunda fase é ativada a valência necessária que entrará em contacto com o indivíduo/família para iniciar o acompanhamento em causa.

No que diz respeito às estratégias abrangentes, o GAP articula-se com líderes comunitários de forma a obter informação sobre as necessidades da população e para melhor aceder a ela. Deste modo, promove ações de sensibilização, *workshops*, formações ou outras atividades dirigidas a diferentes grupos populacionais. Paralelamente, os técnicos do GAP pela sua sensibilidade pelos problemas ambientais que afetam o desenvolvimento humano, pelos seus conhecimentos técnicos e pelas suas capacidades de comunicar sobre ações que promovem mudanças, têm um papel essencial na redefinição ou atualização de políticas sociais e públicas. Como tal, o GAP é regularmente ouvido pelas autarquias locais e participa em reuniões nas quais são debatidas questões de natureza comunitária da freguesia.

Para promover a mudança social, os técnicos do GAP partilham a visão de uma sociedade mais justa, não são complacentes com situações de injustiça e mantêm vivo um sentimento de urgência (Rappaport, 1981).

Resultados

Estratégias Focadas

O gráfico 1 demonstra o número de casos/famílias atendidos no GAP, nas três valências, durante o ano 2015, sendo que o serviço de Psicologia acompanhou 91 famílias, o serviço de nutrição 48 famílias e o serviço social 64. Estes dados referem-se a estratégias focadas de intervenção junto dos indivíduos e da comunidade.

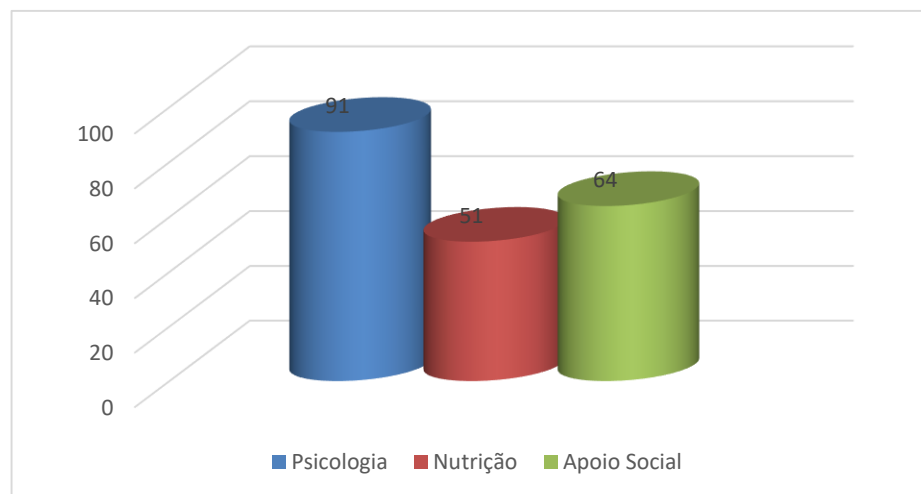


Gráfico 1. Número de casos atendidos no GAP no ano 2015.

São várias e diversificadas as problemáticas que motivam a procura/encaminhamento dos casos para o GAP. Relativamente às crianças/adolescentes são evidentes como motivos principais para acompanhamento psicológico as dificuldades nas relações familiares e problemas de comportamento (gráfico 2). No caso dos adultos, indivíduos com dificuldades ao nível da parentalidade e nas relações conjugais recorrerem mais ao apoio psicológico do GAP (gráfico 3). No que concerne à consulta de nutrição, o excesso de peso/obesidade é a problemática que mais motiva os indivíduos/famílias a procurar apoio no GAP (gráfico 4). Vale a pena referir que a complexidade da maioria dos casos torna difícil o exercício de os categorizar em função da problemática principal, pelo que se optou por ter como base o motivo verbalizado aquando a primeira consulta para a construção do gráfico. De facto, grande parte dos casos em acompanhamento apresenta problemas que se estendem a vários contextos (famílias multiproblemáticas). Neste sentido, estes gráficos devem ser lidos de forma não linear e servem apenas como base informativa. Quanto ao atendimento social, os pedidos com mais prevalência são os pedidos de transporte de mobília e outros bens, pedidos de medicação e outros produtos clínicos e procura de (nova) habitação (gráfico 5). Acresce-se que uma boa parte dos casos atendidos em setting de um-para-um no GAP encontram-se a ser seguidos por vários serviços da rede parceira. De forma a assegurar um trabalho multidisciplinar, os técnicos do GAP reúnem regularmente com entidades como a CPCJ, a UCC, o SATT, o Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento parental (CAFAP), a Adeser II através dos Contratos Locais de Desenvolvimento Social 3ª Geração (CLDS – 3G), o Gabinete de Apoio ao Aluno e à família (GAAF), a psicóloga do CAT Girassol, os psicólogos dos agrupamentos de escolas. Por outro lado, os casos de crianças motivam frequentemente a visitas às escolas com o intuito de se efetuar observações naturalistas em contexto escolar e de recolher informações junto dos professores.

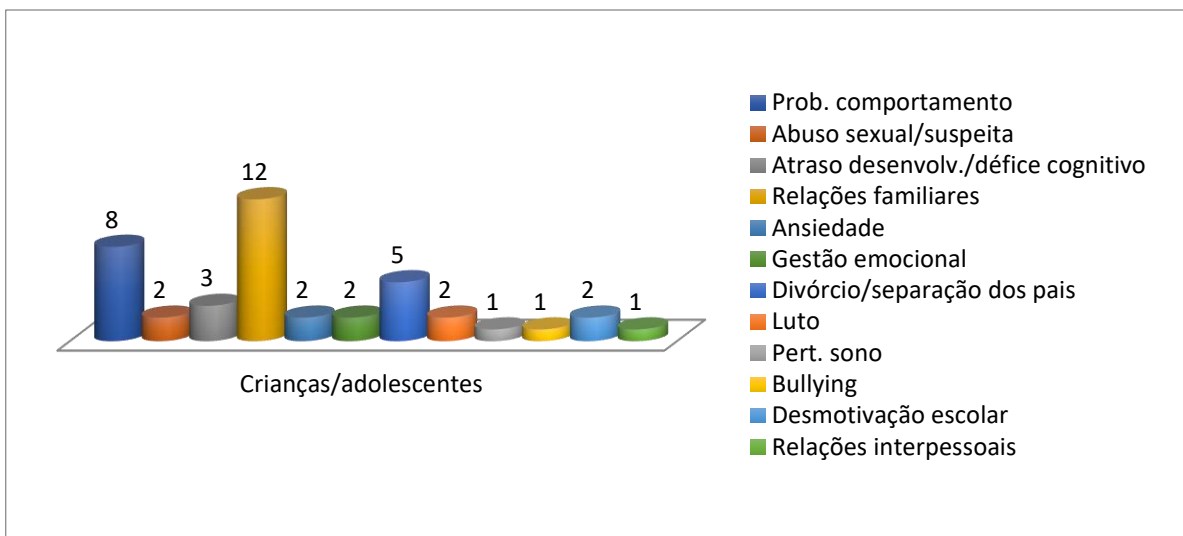


Gráfico 2. Distribuição dos casos de crianças e jovens em função do motivo inicial para o pedido de apoio psicológico.

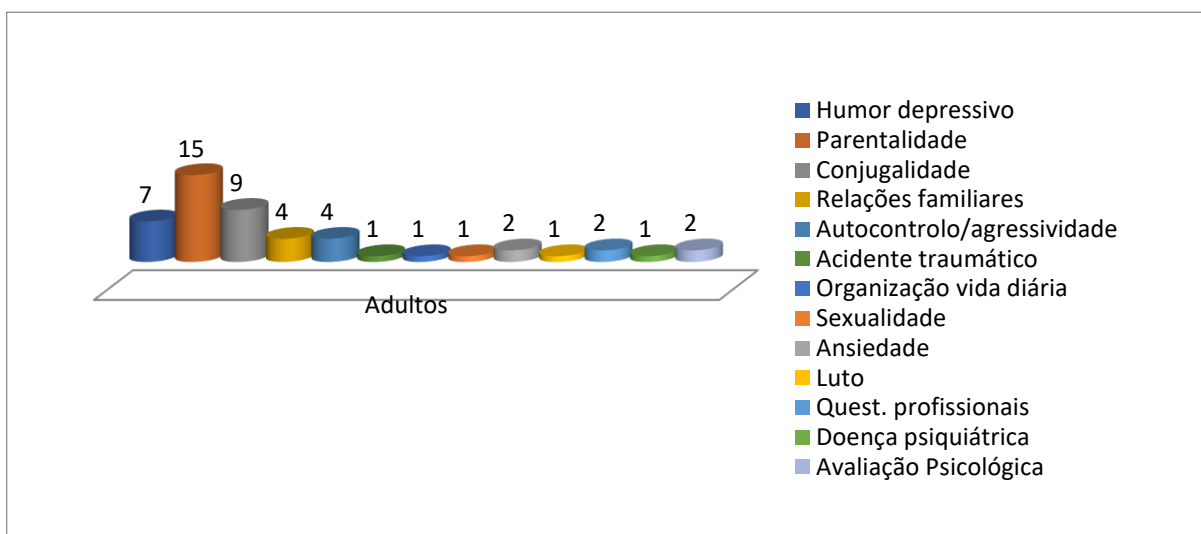


Gráfico 3. Distribuição dos casos de adultos em função do motivo inicial para o pedido de apoio psicológico.

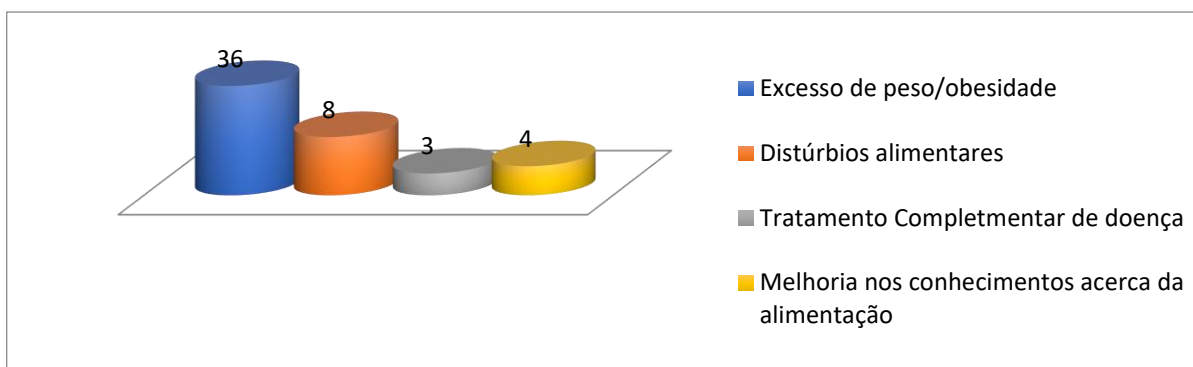


Gráfico 4. Distribuição dos casos em função do motivo inicial para o pedido de apoio nutricional.

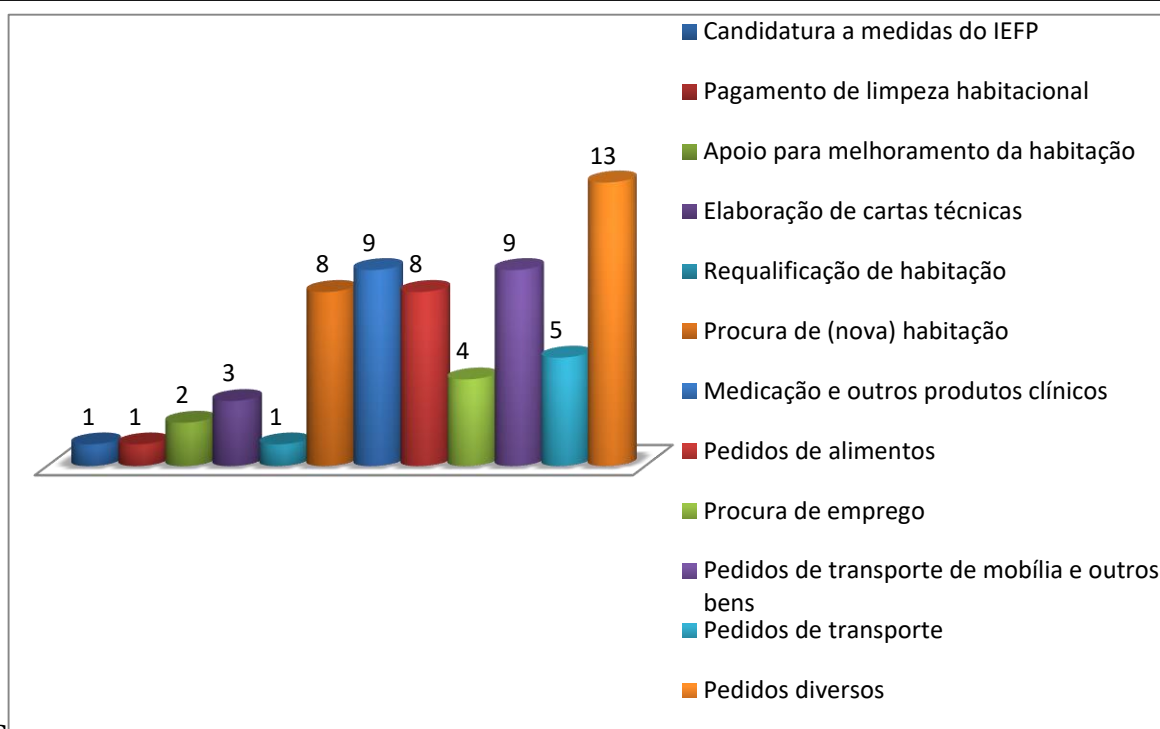


Gráfico 5. Distribuição dos casos em função do motivo inicial para o pedido de apoio social.

No gráfico 6, é possível observar a razão entre a quantidade de casos que se dirigem à consulta por iniciativa própria, quando comparado com o número de casos encaminhados por entidades nas três valências, sublinhando assim a articulação com os parceiros comunitários. Destas entidades fazem parte a CPCJ, a UCC, as Escolas, o CLDS 3G, o CAFAP e o SATT.

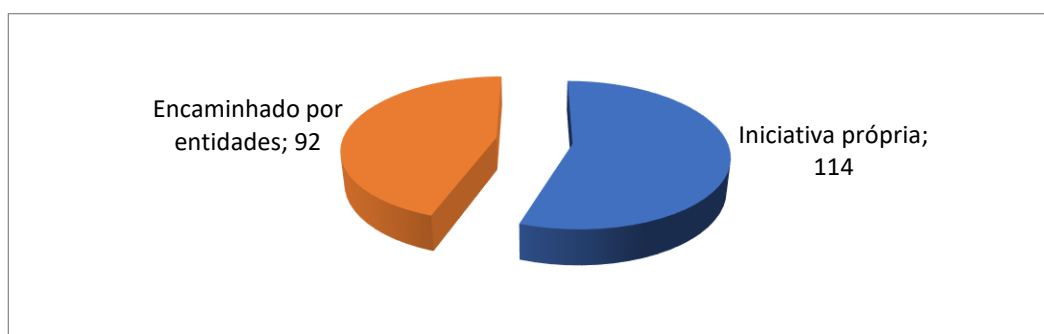


Gráfico 6. Distribuição da forma de inscrição no GAP.

Estratégias Abrangentes

Ao longo do ano, o GAP vai desenvolvendo um conjunto de atividades, enquadradas como estratégias para facilitar o desenvolvimento humano. Em 2015, as atividades foram as seguintes:

- Criação de uma coleção de receitas económicas e saudáveis.
- Colaboração no Programa de Intervenção na Obesidade Infantil (PIOI) - programa aplicado numa Escola Básica do 2º e 3º ciclo do concelho pela UCC, em colaboração com o GAP.
- Atividades alusivas a dias temáticos - panfletos, livros de receitas adaptado, degustação de bolachas.



- Dinamização da sessão sobre “Alimentação e Diabetes”, integrada no Programa de Educação Terapêutica de Diabéticos – “Caminhar para o Equilíbrio”.
- Dinamização da sessão “Alimentação Saudável para Crianças – Um mundo de desafios para os pais!” na Feira do Livro, uma iniciativa da Junta de Freguesia da Marinha Grande.
- Participação em rastreios de avaliação do risco de diabetes e hipertensão arterial.
- Publicação de textos temáticos semanais na página de *Facebook* da Junta de Freguesia.
- Publicação de artigos técnicos no Jornal da Marinha Grande.
- Em parceria com a ADESER2, dinamização de uma formação inicial na metodologia *vídeo hometraining e vídeo interaction guidance*, dirigida aos técnicos de intervenção comunitária.
- Em parceria com a Confederação Portuguesa das Coletividades de Cultura, Recreio e Desporto, preparação da atividade “A brincar, vamos associar!”, dirigida a crianças do 1º ciclo do ensino básico dos agrupamentos de escola da freguesia, bem como de escolas privadas.

Em simultâneo, o GAP desenvolve estratégias abrangentes para facilitar o desenvolvimento da comunidade, entre elas, a articulação com a Presidente da Junta de Freguesia (Líder Comunitário) e seu Executivo para transmitir seu conhecimento e entendimento sobre os problemas da comunidade e sobre estratégias para lhes fazer frente, mas também a participação em reuniões organizadas na Freguesia (Reuniões alargadas das Comissões de proteção de Crianças e Jovens, Presença na Rede Social) para a redefinição ou atualização de políticas sociais e públicas.

Discussão

A avaliação do GAP permite fazer um balanço positivo do seu desenvolvimento. A análise SWOT permite identificar os pontos fortes e fracos, assim como as ameaças e oportunidades que determinam o sucesso ou insucesso de uma organização, ação ou projeto. Avalia o ambiente interno e externo.

No GAP, destaca-se como ponto forte a equipa interna constituída por 4 técnicos de áreas diferentes, formando assim uma equipa multidisciplinar. Esta mesma equipa permite uma divisão das tarefas em função da maior apetência de cada técnico assim como uma visão holística das problemáticas da população-alvo. As suas habilitações académicas sólidas assim como a vasta experiência que acumulam em torno da intervenção comunitária são também forças do serviço. Por outro lado, o tempo de espera dos indivíduos/famílias para acederem às consultas é moroso e constitui um ponto fraco. Adicionalmente, as condições de espaço físico (ausência de gabinete; partilha de uma mesma sala para várias valências) e a escassez de recursos materiais são também fraquezas no funcionamento do GAP. Em termos de ameaças, a conjuntura atual das autarquias - associada às limitações na forma de contratação - dificulta o desempenho dos técnicos uma vez que está diretamente ligada a um tempo de serviço reduzido, condicionando assim a brevidade nas respostas à população. Paralelamente, o curto mandato dos eleitos políticos nas autarquias cria um clima de instabilidade para a sustentabilidade do GAP. Outra ameaça é referente ao preconceito social ainda existente relativamente à intervenção comunitária e que pode criar barreira na procura de ajuda por parte da população. Por fim, o facto do GAP estar inserido dentro de uma autarquia local constitui uma oportunidade uma vez que, pela sua localização geográfica central e pela facilidade que permite na articulação direta com elementos do



Executivo da autarquia (líderes comunitários), proporciona um acesso mais direto à/da população. O reconhecimento e valorização do trabalho pelos parceiros sociais e pela comunidade são também vistos como oportunidade uma vez que permitem o investimento e desenvolvimento desta área de intervenção.

O GAP surge assim como um apoio sustentado para indivíduos e famílias e constitui-se como um instrumento privilegiado de atuação junto da comunidade da Marinha Grande.

Agradecimentos

À Presidente da Junta de Freguesia da Marinha Grande, Isabel Freitas, à Tesoureira e ao Secretário da Junta de Freguesia da Marinha Grande, Lara Lino e Fernando Alves, pela valorização e reconhecimento da utilidade deste serviço e por tanto acreditarem em nós, técnicos de intervenção comunitária. Uma nota de reconhecimento às funcionárias da Junta de Freguesia por apoiarem atenciosamente nas necessidades do GAP.

Às nossas colegas do GAP, Elisabete Carreira e Carolina Marques, pelo seu profissionalismo e pela energia que dispõem para um trabalho de equipa eficaz.

Aos nossos parceiros comunitários, pelo esforço em promover uma colaboração empática entre os técnicos das diferentes áreas de intervenção, e assim aumentar o sucesso do nosso trabalho e favorecer o desenvolvimento da comunidade.

Aos destinatários da nossa intervenção, por depositarem em nós confiança para um futuro melhor.

Contacto para Correspondência

Nelly Almeida, Junta de Freguesia da Marinha Grande, rua 25 de abril nº 3 2430-314 Marinha Grande, gap@freg-mgrande.pt

Ana Maria Meia-via, Junta de Freguesia da Marinha Grande, rua 25 de abril nº 3 2430-314 Marinha Grande, gap@freg-mgrande.pt

Referências

- Fernandes, A. P. (2000). (Alguns) quadros teóricos da psicologia comunitária. *Análise Psicológica*, 2(18), 225-230.
- Francescato, D., & Ghirelli, G. (1988). *Fondamenti di psicologia comunitá*. Roma: NSI.
- Lewis, J. A., Lewis, M. D., Daniels, J. A., & D' Andrea, M. J. (2011). *Community counseling. A Multicultural-social justice perspective* (4th ed.). Belmont, USA: Brooks/Cole.
- Lewis, J. A., Ratts, M. J., Paladino, D. A. & Toporek, R. L. (2011). Social justice counseling and advocacy: Developing new leadership roles and competencies. *Journal for Social Action in Counseling and Psychology*, 3(1), 5-16.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.
- Rede Social da Marinha Grande (in press). *Diagnóstico social 2016*. Marinha Grande, Rede Social.
- Wright, S. P. (2004). *Exploring psychological sense of community in living-learning programs and in the university as a whole*. Tese de doutoramento, University of Maryland.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory. Psychological, organizational and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.). *Handbook of community psychology* (Chap. 2, 43-63). New York: Springer Science+Business Media, LLC.

A decorative graphic consisting of numerous small, colored squares (blue, orange, red, green, and purple) arranged in a circular pattern around the central text. The squares are of various sizes and are scattered across the dark background, creating a dynamic and modern aesthetic.

PSICOLOGIA SOCIAL, DO TRABALHO E DAS ORGANIZAÇÕES



Predisposição para o empreendedorismo: as características psicológicas podem-nos dizer algo sobre os empresários portugueses?

Ana Maria Galvão^{1, 2, 3} & Marco Braga Pinheiro^{4, 5}

1. *Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança, Portugal*
2. *Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde.*
3. *Especialista em Psicologia do Trabalho, Social e das Organizações e Executive e Life Coach, ICF*
4. *Escola Superior de Tecnologia e Gestão – Instituto Politécnico de Bragança, Portugal*
5. *B'TEN – Business Consultants, Portugal*

Resumo

Vários investigadores tentaram identificar características psicológicas que de certa forma possam prever a motivação empresarial. Contudo, muitos desses estudos foram inconclusivos ou, mesmo que conclusivos, perdem a sua validade quando aplicados a amostras mais alargadas ou em outros países. Também no caso português isto tem sido verificado.

Objetivou-se construir um instrumento de avaliação sobre características psicológicas, frequentemente associadas à predisposição empresarial permitindo identificar diferenças entre empresários e a restante população ativa em Portugal. As características em análise foram a motivação para realização, poder e afiliação, a tolerância à ambiguidade, a propensão para assumir risco, a resiliência e o locus de controlo.

Foi aplicado um questionário constituído por 41 questões, retiradas de várias escalas validadas para as variáveis em análise, aplicado a uma amostra de 495 indivíduos dos quais 193 são empresários, 207 estudantes de ensino superior e 95 outros adultos ativos profissionalmente.

O nosso estudo identificou em primeira instância 30 questões onde as respostas evidenciavam diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos da amostra, abrangendo as 7 características psicológicas pretendidas. Os empresários evidenciam pontuações estatisticamente significativas mais altas em todas as características.

De acordo com o nosso estudo, existem um conjunto de características psicológicas que podem ser avaliadas pelo questionário desenvolvido e que podem identificar a predisposição empresarial dos indivíduos. Além de permitir obter indicadores sobre a predisposição empresarial as respostas ao questionário poderão também ajudar a desenhar programas de formação e coaching específicos para melhorar as competências de empresários e empreendedores.

Palavras-chave: Predisposição Empresarial; Empresários; Características Psicológicas; Validação de Escala.



Abstract

Several researchers have attempted to identify psychological traits that somehow can predict entrepreneurial motivation. However, many of these studies were inconclusive or even when conclusive, lost their validity when applied to broader samples or other countries. This has also been so in the Portuguese case.

The objective was to build an evaluation instrument on psychological traits often associated with entrepreneurial predisposition, allowing the identification of differences between entrepreneurs and the remaining workforce in Portugal. The traits under analysis were the motivation for achievement, power and affiliation, tolerance for ambiguity, the propensity to take risk, resilience and locus of control.

A questionnaire consisting of 41 questions taken from various validated scales for the variables under analysis was applied to a sample of 495 individuals of which 193 are business owners, 207 students in higher education and 95 other professionally active adults.

Our study identified in the first instance 30 questions where the answers evidenced significant differences between the various sample groups, covering the 7 required psychological traits. Entrepreneurs show statistically significant higher scores in all traits.

According to our study, there are a number of psychological traits, which can be assessed by the developed questionnaire and that can identify individuals with entrepreneurial predisposition. In addition to allowing measuring entrepreneurial predisposition, the answers to the questionnaire will also help design specific training and coaching programs to improve the skills of business owners and entrepreneurs.

Key-words: Entrepreneurial predisposition; Entrepreneurs; Psychological traits; Inventory validation.



Introdução

Empreendedorismo é um termo que nos últimos anos passou a fazer parte do léxico diário dos portugueses e dos europeus em geral, muito devido ao baixo crescimento económico e as taxas de desemprego altas e contínuas. Vários autores referem estas condições como propícias a estimular o empreendedorismo como caminho para o crescimento económico e emprego, sendo este último, em muitos casos, o autoemprego (Acs, 1992; Carree & Thurik, 2003, 2006; Beck, Demirguc-Kunt, Laeven, & Levine, 2008). Contudo, convém referir desde já que neste estudo, o termo empreendedorismo engloba as várias vertentes incorporadas no termo anglo-saxónico *entrepreneur* ou seja, tanto aquilo que em Portugal normalmente se designa por empreendedores bem como por empresários. Esta tendência não tem passado despercebida aos decisores de políticas económicas na Europa tais como a Comissão Europeia, que têm vindo a promover ativamente o empreendedorismo e as políticas europeias têm vindo a dar maior enfoque a um apoio ao empreendedorismo e iniciativa empresarial conforme evidenciado pelas políticas de apoios comunitários ao abrigo do programa Horizonte 2020.

Este estudo incide na análise das características psicológicas que poderão dar resposta ao que diferencia um empresário ou empreendedor da restante população. Embora alguns autores defendam que não se podem utilizar características psicológicas para definir empreendedores (Gartner, 1988), existe consistência nos estudos que investigam características empreendedoras que distinguem empreendedores de não empreendedores. A título de exemplo, Hisrich (1988; 1990) nos seus estudos sobre o comportamento empreendedor, denota que o empreendedor pode ser caracterizado como alguém que demonstra iniciativa e pensamento criativo, é capaz de organizar mecanismos económicos e sociais de forma a aproveitar recursos e situações para seu próprio benefício, e que aceita risco e fracasso como parte integrante de ser empreendedor. Schumpeter e posteriormente McClelland, muitas vezes apontados como os pioneiros na área da investigação sobre empreendedorismo, assumiram uma perspetiva psicológica onde os indivíduos eram o principal objeto da investigação. Contudo, ao longo do tempo as perspetivas foram variando sendo que durante o período de 1980-2005 os principais estudos focavam-se em explicar o empreendedorismo através de teorias económicas e de estratégia (Kirchhoff, 1991). Contudo, mais recentemente, o empreendedorismo visto como algo “fundamentalmente pessoal” voltou a ganhar importância na investigação (Baum, Frese, & Baron, 2007).

Vários autores tentaram identificar características psicológicas que podem identificar motivação empreendedora ou empresarial, contudo, a maioria desses estudos são inconclusivos ou, quando conclusivos, mostram-se inadequados quando aplicados em populações diferentes. Rego e Leite (2003) concluíram que uma escala validada para uma amostra portuguesa (Rego, 2000), a qual inclui várias características também presentes neste nosso estudo, perdeu parte da sua validade pelo facto de ter sido aplicada no Brasil. Possíveis razões apontadas pelos autores, como explicativas para este fenómeno, são diferenças culturais e diferenças linguísticas. Porém, como acontece na maioria dos casos, as razões exatas são normalmente difíceis de identificar, deixando os investigadores, por regra, com pouca argumentação para prosseguirem a pesquisa.



Uma última dificuldade encontrada é o facto de a maioria dos estudos existentes incidir maioritariamente sobre amostras compostas por estudantes do ensino superior ou, quando alargado a outras populações, por amostras com uma baixa ou inexistente taxa de empreendedores e/ou empresários.

Quais as características psicológicas a analisar?

Nas últimas décadas do século XX houve um conjunto de estudos que identificaram certas características correlacionadas com a motivação empreendedora ou empresarial, tais como a tolerância à ambiguidade, a propensão para assumir riscos e o locus de controlo interno (Ahmed, 1985; Begley & Boyd, 1987; Bonnett & Furnham, 1991).

Anteriormente a estes estudos, um trabalho exaustivo sobre outras características foi realizado por vários autores, sendo de salientar os estudos de McClelland (1962; 1965) sobre a necessidade de realização (nalguns estudos também traduzido como necessidade de sucesso), a necessidade de poder e a necessidade de afiliação. Estes estudos iniciais foram prosseguidos por vários autores que conseguiram identificar diferenças estatisticamente significativas entre empresários e empreendedores e outras populações (Begley & Boyd, 1987; Miner, Smith, & Bracker, 1989).

Finalmente, às seis características já mencionadas, acrescentou-se uma que, ao entrevistar empresários portugueses, é normalmente mencionada como factor determinante, ou seja, a resiliência. Embora menos frequente na literatura estrangeira, há estudos que já tinham identificado esta característica como importante para medir a motivação empresarial (Yang & Danes, 2015) e também em Portugal um recente estudo, que acompanhou os empreendedores de 10 *start-ups* durante um ano, determinou que existem evidências de que a resiliência é factor determinante para o sucesso (Galvão, Fernandes, & Pinheiro, 2016).

Metodologia

O primeiro passo para efetuar o estudo foi a elaboração de um questionário que pudesse medir as sete características identificadas como as mais consensuais de acordo com os vários estudos nacionais e internacionais analisados. Como a maioria dos estudos e escalas existentes são em língua inglesa, procedeu-se a uma tradução e adaptação das questões, com base em entrevistas efetuadas a 15 empresários portugueses. De acordo com as respostas e sugestões obtidas, o questionário foi sendo adaptado já que a mesma questão poderá ter interpretações diferentes em culturas diferentes e a mera tradução não garante que as respostas possam ser interpretadas da mesma forma (Attkisson & Greenfield, 1994).

Para medir a necessidade de realização, poder e afiliação partiu-se das questões formuladas inicialmente por Steers e Braunstein (1976) que por sua vez utilizaram as variáveis dos estudos de McClelland (1962; 1965). Após as entrevistas com o grupo de teste de 15 empresários portugueses, foram mantidas 5 questões por cada uma das características.

A tolerância à ambiguidade foi medida através de 7 questões selecionadas de entre as 16 da escala desenvolvida por Budner (1962) e posteriormente testadas por Begley e Boyd (1987).



O locus de controlo foi medido tendo por base a escala de Rotter (1966), composta por 29 pares de afirmações, conforme adaptada por Valecha (1972), que reduziu a mesma para 11 pares. As questões originais que consistem de pares de afirmações de entre as quais o respondente têm que escolher uma, foram adaptadas de forma a ser possível responder numa escala de Likert, tal como já efetuado por outros autores (Collins, 1974), sendo que foram aproveitadas 6 das questões.

A propensão para a assunção de risco foi medida através de 7 questões selecionadas da escala desenvolvida por Begley e Boyd (1987) que por sua vez utilizaram uma adaptação da Escala de Personalidade de Jackson (Jackson, 1977).

Finalmente a resiliência foi medida através de 6 questões selecionadas a partir da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Connor & Davidson, 2003).

Assim, o questionário utilizado no presente estudo, consiste em 41 questões em que as respostas são dadas através da escolha de um de 6 itens numa escala de Likert em que 1 significa “discordo totalmente” e 6 “concordo totalmente). Pontuações mais altas representam necessidades de realização, poder e afiliação mais altas, tolerância à ambiguidade mais evidenciada, locus de controlo interno mais elevado, maior propensão para a assunção de risco e capacidade de resiliência mais evidenciada.

A opção por uma escala de Likert de 6 itens, ao contrário do mais habitual nestes estudos de 7 pontos, foi a recomendação recebida por vários dos 15 empresários que serviram de grupo de teste, que mencionaram frequentemente que a tendência cultural em Portugal poderia ser o de optar por uma resposta intermédia, o que poderia dificultar ou até impossibilitar tirar conclusões do estudo. Esta opção vai ao encontro de vários estudos efetuados sobre o uso ou não de um ponto central em escalas de Likert, em especial quando diferenças culturais ditam uma certa aversão a fugir da média (Wang, Hempton, Dugan, & Komives, 2008; Stening & Everett, 1984).

Nas questões onde as respostas tinham uma formulação negativa, as pontuações no tratamento dos dados, foram invertidas de forma a manter a consistência de interpretação. O questionário foi transposto para um formulário online, de resposta anónima e enviado a um primeiro grupo de 20 respondentes, selecionado por conveniência de entre os contactos profissionais dos membros da equipa de investigação, solicitando-se que o mesmo fosse divulgado a um maior número de pessoas possível. O questionário esteve online de 25 de Maio a 15 de Junho de 2016, tendo se obtido 495 respostas. Dado que as questões eram todas de resposta obrigatória, nenhum dos formulários apresentava respostas em branco.

De seguida procedeu-se ao tratamento estatístico dos questionários, recorrendo ao SPSS versão 23 para OSX, considerando um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro admissível de 5%.



Resultados

Dos 495 respondentes, 193 (39%) são empresários, 207 (41,8%) estudantes de ensino superior (dos quais 99 a desenvolver projetos de empreendedorismo), e 95 (19,2%) trabalhadores por conta de outrem. Na maioria das análises efetuadas utilizaram-se assim 4 subgrupos – empresários, estudantes com projeto empreendedor, estudantes sem projeto empreendedor e trabalhadores por conta de outrem – ou, quando mencionado, a simples distinção empresário e não-empresário.

Em total 243 (49,1%) dos respondentes eram do sexo masculino e os restantes 252 (50,9%) do sexo feminino. O grupo etário mais representado é o de 24 a 29 anos de idade (31,9%) seguido pelo grupo de 36 a 45 anos de idade (22,0%). Dos empresários salienta-se que 43 (22,3%) são donos de empresas com um volume de negócio superior a 2 milhões de euros.

Sendo o objetivo do estudo construir uma escala que permita identificar um conjunto de características psicológicas, elencando-se questões onde empresários pontuam de forma significativamente diferente do que a restante amostra, a primeira análise que foi efetuada incidia sobre comparar a pontuação média às respostas dos vários subgrupos da qual a amostra era composta. De seguida, procedeu-se ao cálculo do alfa de Cronbach para as 7 subescalas, tendo-se verificado que havia um conjunto de questões que influenciavam negativamente e de forma acentuada os mesmos, sendo que estas questões coincidiam com aquelas onde as pontuações médias também davam resultados inconclusivos. Esta constatação, seguida de uma reanálise das questões e sua formulação, levou à eliminação de um conjunto de 11 questões sendo que a escala analisada a partir desse momento passou a ser constituída por 30 questões, das quais as necessidades de realização, poder e afiliação continuaram a integrar 5 questões cada, a tolerância para a ambiguidade, a propensão para a assunção de risco e o locus de controlo 3 questões cada e a resiliência manteve as 6 questões iniciais.

O alfa de Cronbach para a escala total (medida sobre as 30 questões) cifrou-se nos 0.938 sendo que os alfas para as subescalas são as abaixo representadas:

Tabela 16 - Alfas de Cronbach para as 7 subescalas

Realização	0.779
Poder	0.674
Afiliação	0.651
Ambiguidade	0.636
Risco	0.646
Resiliência	0.786
Locus de controlo	0.638

Nesta primeira análise, fomos surpreendidos pela pontuação dos empresários em relação à necessidade de afiliação. Nos estudos analisados, a necessidade de afiliação dos empresários era em regra mais baixa do que para as restantes pessoas. Contudo, no nosso estudo os empresários pontuam consideravelmente mais alto ($M=4,64$) do que a média de todos os



respondentes ($M=3,79$). Embora surpreendente, a resposta poderá residir em diferenças culturais uma vez que a maioria dos estudos existentes são dos EUA, onde a proximidade entre empresários e funcionários e a afiliação têm conotações e expressividade diferentes.

A fase seguinte de análise estatística pretendeu obter resposta sobre as diferenças de pontuações encontradas entre os vários subgrupos serem ou não estatisticamente significativas. Embora pela dimensão da amostra a opção poderia ser pela utilização de testes paramétricos, uma análise gráfica mais cuidada à distribuição das respostas, levou-nos a optar por testes não-paramétricos, uma vez que se apresentava muito irregular. Também os testes de normalidade, tanto de Kolmogorov-Smirnov como de Shapiro-Wilk, vieram contribuir para a decisão.

Assim, para provar a existência de diferenças entre respostas estatisticamente significativas foram efetuados testes de Kruskal-Wallis sempre que comparados os 4 subgrupos e Mann-Whitney quando comparados pares dos 4 subgrupos. No primeiro teste efetuado, tornou-se evidente que havia diferenças estatisticamente significativas entre os 4 subgrupos, como evidenciado na tabela 2.

Tabela 17 - Características em função da situação profissional

Postos			
	Situação Profissional	N	Posto Médio
Realiz	Estudante com projeto	99	231.02
	Estudante sem projeto	108	121.21
	Empresário	193	374.83
	Trab conta outrem	95	152.16
	Total	495	
Poder	Estudante com projeto	99	213.71
	Estudante sem projeto	108	135.58
	Empresário	193	373.11
	Trab conta outrem	95	157.36
	Total	495	
Afil	Estudante com projeto	99	205.97
	Estudante sem projeto	108	131.47
	Empresário	193	374.15
	Trab conta outrem	95	167.98
	Total	495	
Ambig	Estudante com projeto	99	187.22
	Estudante sem projeto	108	168.38
	Empresário	193	364.36
	Trab conta outrem	95	165.46
	Total	495	
Risco	Estudante com projeto	99	184.26
	Estudante sem projeto	108	149.88
	Empresário	193	377.88
	Trab conta outrem	95	162.12
	Total	495	
Resil	Estudante com projeto	99	192.07



	Estudante sem projeto	108	130.49
	Empresário	193	383.57
	Trab conta outrem	95	164.46
	Total	495	
Controlo	Estudante com projeto	99	195.18
	Estudante sem projeto	108	138.03
	Empresário	193	371.27
	Trab conta outrem	95	177.63
	Total	495	
TOTAL	Estudante com projeto	99	217.23
	Estudante sem projeto	108	111.55
	Empresário	193	388.81
	Trab conta outrem	95	149.13
	Total	495	

Estatísticas de teste^{a,b}

	Realiz	Poder	Afil	Ambig	Risco	Resil	Controlo	TOTAL
Qui-quadrado	281.838	259.275	261.322	212.460	266.273	294.771	245.777	335.276
gl	3	3	3	3	3	3	3	3
Significância Assint.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

a. Teste KruskalWallis

b. Variável de Agrupamento: Sit_Prof_Div

Embora pela observação dos dados acima pudéssemos ser levados a concluir que o subgrupo “empresário” pontua em média mais alto do que os outros e que é seguido pelo subgrupo “estudante com projeto”, a validação de tal observação foi testada através de testes de Mann-Whitney para as várias combinações possíveis. Em todas as combinações possíveis, os empresários apresentam uma pontuação média superior e estatisticamente significativa (sig. <0.001). Em termos dos estudantes com projetos, estes também pontuam em média mais alto do que os outros dois subgrupos, contudo, em termos de tolerância para a ambiguidade e propensão para a assunção de risco estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Por último, nesta fase do estudo, procedeu-se a uma análise factorial confirmatória sobre as 7 características psicológicas, recorrendo ao AMOS versão 18 para Windows.

Efetuada a modelação de equações estruturais verificou-se que 4 variáveis independentes tinham cargas factoriais abaixo de 0,4, sendo que estas foram eliminadas na restante análise. Esta eliminação levou à redução de 5 para 3 questões nas variáveis “necessidade de poder” e “necessidade de afiliação”.

Os resultados desta análise foram, em geral, muito satisfatórias, confirmando um alinhamento estatístico com estudos anteriores. De entre os vários indicadores salientamos um RMSEA de 0,040, sendo que de acordo com vários autores um valor abaixo de 0,06 é considerado excelente (Hu & Bentler, 1999; Steiger, 2007), um GFI de 0,930 sendo bom com



excelente considerado acima de 0,95 (Shevlin & Miles, 1998), um NFI de 0,901, considerando-se que valores acima de 0,90 são bons (Bentler & Bonnet, 1980) e mais recentemente que valores acima de 0,95 são excelentes (Hu & Bentler, 1999), um NNFI de 0,945 e um CFI de 0,953, sendo que de acordo com Hu & Bentler (1999) valores acima de 0,95 para estes dois indicadores são considerados excelentes. Assim, também a análise factorial confirmatória veio fundamentar que a escala testada mede, de forma adequada, as 7 características psicológicas em análise.

Discussão

O estudo aqui apresentado e as evidencias estatísticas levam-nos a concluir que a escala obtida após a análise factorial confirmatória de 26 itens mede eficazmente a predisposição ou capacidade empresarial, mostrando que os empresários são caracterizados por pontuações mais altas nas 7 características psicológicas analisadas.

Não obstante as bases teóricas confirmarem as conclusões, a análise factorial confirmatória leva à necessidade de aprofundar futuramente o estudo, uma vez que as 7 características escolhidas, em grande parte por serem as identificadas na maioria dos estudos, poderem não refletir a realidade do tecido empresarial português.

Por outro lado, a análise estatística evidencia igualmente covariâncias superiores a 0,95 entre algumas das variáveis dependentes, o que leva a que a independência dessas variáveis entre elas seja questionável. Este facto, poderá ter origem em dois aspetos que a nosso ver terão que ser analisados em mais pormenor. O primeiro é o de as respostas terem sido dadas numa escala Likert de 6 pontos. Embora a sua utilização seja justificada, tal facto elimina a possibilidade de verdadeiras respostas neutras, tornando assim as diferenças entre as respostas mais enviesadas para um dos lados. Por outro, as próprias características, são muitas vezes confundidas pelos respondentes que identificam questões de grupos diferentes como muito similares podendo assim as respostas serem coincidentes.

Contudo, mesmo com a necessidade de aprofundar mais o estudo e expor o mesmo a uma possível redefinição das características psicológicas medidas, através de um eventual reagrupamento das questões, podemos concluir, através dos testes efetuados e dos seus resultados estatisticamente significativos, que a escala que resulta das 26 questões, mede de forma fidedigna a predisposição empresarial dos respondentes.

Assim, a escala poderá ser utilizada para medir as 7 características psicológicas e consequentemente medir áreas em que empresários ou empreendedores necessitam de fortalecer as suas capacidades através de programas de coaching e formação na área comportamental.

Contacto para Correspondência

Marco Braga Pinheiro, Escola Superior de Tecnologia e Gestão – Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5301-857 Bragança, mpinheiro@ipb.pt



Referências

- Acs, Z. J. (1992). Small business economics: A global perspective. *Challenge*, 35(6), 38-44.
- Ahmed, S. U. (1985). nAch, risk-taking propensity, locus of control and entrepreneurship. *Personality and Individual differences*, 6(6), 781-782.
- Attkisson, C. C., & Greenfield, T. K. (1994). Client Satisfaction Questionnaire-8 and Service Satisfaction Scale-30. I ME Maruish (Ed.) *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*.
- Baum, J. R., Frese, M., & Baron, R. A. (2014). *The psychology of entrepreneurship*. Psychology Press.
- Beck, T., Demircug-Kunt, A., Laeven, L., & Levine, R. (2008). Finance, firm size, and growth. *Journal of Money, Credit and Banking*, 40(7), 1379-1405.
- Begley, T. M., & Boyd, D. P. (1987). Psychological characteristics associated with performance in entrepreneurial firms and smaller businesses. *Journal of business venturing*, 2(1), 79-93.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological bulletin*, 88(3), 588.
- Bonnett, C., & Furnham, A. (1991). Who wants to be an entrepreneur? A study of adolescents interested in a young enterprise scheme. *Journal of Economic Psychology*, 12(3), 465-478.
- Carree, M. A., & Thurik, A. R. (2003). The impact of entrepreneurship on economic growth. In *Handbook of entrepreneurship research* (pp. 437-471). Springer US.
- Carree, M., & Thurik, R. (2006). Understanding the role of entrepreneurship for economic growth. *The Handbook of Entrepreneurship and Economic Growth*, Cheltenham, Elgar, ix-xix.
- Collins, B. E. (1974). Four components of the Rotter Internal-External scale: Belief in a difficult world, a just world, a predictable world, and a politically responsive world. *Journal of personality and social psychology*, 29(3), 381.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Galvão, A. M., Fernandes, P. O., & Pinheiro, M. (2016). Idiosyncratic psychological aspects in entrepreneurship. In *Proceedings of the International Congress on Interdisciplinarity in Social and Human Sciences* (pp. 171-178). CIEO – Research Centre for Spatial and Organizational Dynamics – University of Algarve.
- Gartner, W. (1988). Who is an Entrepreneur? Is the Wrong Question. *American Journal of Small Business*, 12(4), 11-32.
- Hisrich, R. D. (1988). Entrepreneurship: Past, present, and future. *Journal of Small Business Management*, 26(4), 1-4.
- Hisrich, R. D. (1990). Entrepreneurship/intrapreneurship. *American Psychologist*, 45(2), 209.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.
- Jackson, D. N. (1977). Reliability of the Jackson personality inventory. *Psychological Reports*, 40(2), 613-614.
- Kirchhoff, B. A. (1991). Entrepreneurship's contribution to economics. *Entrepreneurship theory and practice*, 16(2), 93-112.
- McClelland, D. C. (1962). Business drive and national achievement. *Harvard Business Review*, 40(4), 99-112.
- McClelland, D. C. (1965). Achievement-Motivation Can Be Developed. *Harvard business review*, 43(6), 6.
- McClelland, D. C. (1965). N achievement and entrepreneurship: A longitudinal study. *Journal of personality and Social Psychology*, 1(4), 389.
- Miner, J. B., Smith, N. R., & Bracker, J. S. (1989). Role of entrepreneurial task motivation in the growth of technologically innovative firms. *Journal of Applied Psychology*, 74(4), 554.



- Rego, A. (2000). Os motivos de sucesso, afiliação e poder–desenvolvimento e validação de um instrumento de medida. *Análise Psicológica*, 18(3), 335-344.
- Rego, A., & Leite, E. (2003). Motivos de sucesso, afiliação e poder: Um estudo de validação do constructo no Brasil. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 185-191.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1.
- Shevlin, M., & Miles, J. N. (1998). Effects of sample size, model specification and factor loadings on the GFI in confirmatory factor analysis. *Personality and Individual Differences*, 25(1), 85-90.
- Stanley Budner, N. Y. (1962). Intolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of personality*, 30(1), 29-50.
- Steers, R. M., & Braunstein, D. N. (1976). A behaviorally-based measure of manifest needs in work settings. *Journal of Vocational Behavior*, 9(2), 251-266.
- Steiger, J. H. (2007). Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 893-898.
- Stening, B. W., & Everett, J. E. (1984). Response styles in a cross-cultural managerial study. *The Journal of Social Psychology*, 122(2), 151-156.
- Valecha, G. K. (1972). Construct validation of internal-external locus of reinforcement related to work-related variables. In *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association*. American Psychological Association.
- Wang, R., Hempton, B., Dugan, J. P., & Komives, S. R. (2008). Cultural Differences: Why Do Asians Avoid Extreme Responses?. *Survey Practice*, 1(3).
- Yang, Y., & Danes, S. M. (2015). Resiliency and Resilience Process of Entrepreneurs in New Venture Creation. *Entrepreneurship Research Journal*, 5(1), 1-30.



Estudo da qualidade psicométrica da escala de satisfação grupal (ESAG) numa unidade militarizada portuguesa

Ana Pinto¹, Paulo Renato Lourenço²

1. Universidade de Coimbra, Portugal

2. Universidade de Coimbra, Portugal

Resumo

A satisfação grupal é, de entre os múltiplos critérios de eficácia grupal, um dos que maior atenção tem recebido. O presente estudo teve como objetivo analisar as qualidades psicométricas da escala de satisfação grupal (ESAG) numa unidade militarizada portuguesa. Esta escala, desenvolvida por Dimas (2007), é um instrumento que tem como objetivo caracterizar o grau de satisfação dos membros com a equipa à qual pertencem. O estudo foi realizado numa amostra constituída por 1028 elementos de uma unidade militarizada. A dimensionalidade foi avaliada através de uma análise fatorial confirmatória, a qual revelou um modelo final constituído por 6 itens, com ajustamento adequado ($\chi^2 (15) = 41.97$, $p < .001$, SRMR = .02, RMSEA = .07, CFI = .99 e TLI = .98). A consistência interna, estimada com base no alpha de Cronbach foi de .92. Os resultados permitem concluir que a ESAG possui qualidades psicométricas adequadas para avaliar a satisfação grupal em unidades militarizadas portuguesas.

Palavras-chave: satisfação grupal; qualidade psicométrica; critérios de eficácia grupal; grupos/equipas de trabalho.



Abstract

Group satisfaction is the most used criteria of group effectiveness. The present study aimed to analyse the psychometric qualities of the group satisfaction scale (ESAG) in a Portuguese militarized unit. This scale, developed by Dimas (2007), is an instrument that aims to characterize the degree of members satisfaction with the team to which they belong. The study was conducted on a sample composed of 1028 elements of a militarized unit. The dimensionality was assessed through a confirmatory factor analysis, which revealed a final model consisting of 6 items, with adequate adjustment ($\chi^2 (15) = 41.97$, $p < .001$, SRMR = .02, RMSEA = .07, CFI = .99 e TLI = .98). The internal consistency, estimated on the basis of Cronbach's alpha, was .92. The results allow us to conclude that the ESAG possesses adequate psychometric qualities for evaluating the group satisfaction in Portuguese militarized units.

Keywords: group satisfaction; psychometric quality; group efficacy criteria; groups/work teams.



Introdução

As organizações contemporâneas experimentam uma profunda modificação. As pressões advindas da competição global, a necessidade de se consolidarem negócios em ambientes dinâmicos, incertos e complexos, bem como a indispensabilidade da inovação, exigem uma modificação na estrutura de trabalho tradicionalmente configurada à volta dos indivíduos, por forma a se adotarem desenhos organizacionais mais orientados para a mudança e baseados em trabalho coletivo (West & Markiewicz, 2004). Esta tendência difunde-se a todo o tipo de contextos laborais, tanto privados como públicos, incluindo o âmbito militar (Kozlowski & Ilgen, 2006). Os grupos/equipas de trabalho [segundo autores como Cohen e Bailey (1997) e também Allen e Hecht (2004) os termos grupo e equipa serão utilizados indistintamente no presente trabalho] satisfazem estas necessidades, pois proporcionam diversidade de conhecimento, atitudes, aptidões e experiências cuja integração permite oferecer respostas mais rápidas, flexíveis e inovadoras aos problemas e objetivos traçados. Em grande medida, o êxito das organizações depende da eficácia das suas equipas de trabalho (Wuchty, Jones, & Uzzi, 2007), as quais constituem estruturas ideais para promover o rendimento e a satisfação dos seus membros. O presente trabalho centra-se no estudo das propriedades psicométricas da Escala de Satisfação Grupal (ESAG), construída por Dimas (2007) com o objetivo de ser aplicada aos membros de uma equipa.

Metodologia

O estudo que faz parte da presente investigação é de natureza não experimental, desenho *ex post facto*.

Amostra

Participaram neste estudo 1028 elementos da GNR (Guarda Nacional Republicana) – força de segurança militar portuguesa, pertencentes a 207 equipas. Excluindo os dados em que não se obtiveram respostas válidas, a amostra final (cf. Tabela 1) ficou constituída por 964 elementos do sexo masculino (96.1%) e 39 elementos do sexo feminino (3.9%). O escalão etário mais representado corresponde ao de 31 anos a 35 anos (24.7 %), seguido muito de perto pelo escalão de 25 anos a 30 anos (24.4 %), $M = 36.0$ e $DP = 8.2$. No que respeita às habilitações literárias, o grupo mais representado é o do ensino secundário, com uma percentagem de 57.5% (correspondente a 570 elementos). Relativamente à antiguidade na equipa, verifica-se que 270 dos inquiridos (27.4%) se encontram há mais de 1 ano até 3 anos a trabalhar em conjunto, $M = 92.2$ e $DP = 82.6$ (em meses).



Tabela 1

Caracterização da amostra em função do género, idade, habilitações académicas e antiguidade na equipa (N = 1028).

Características Sociodemográficas	N	%
Género		
Masculino	964	96.1
Feminino	39	3.9
Total	1003	100.0
Idade		
<25	51	5.1
25-30	243	24.4
31-35	246	24.7
36-40	159	16.0
41-45	118	11.9
46-50	140	14.1
>50	38	3.8
Total	995	100.0
Habilitações Académicas		
1.º ciclo (básico)	17	1.7
2.º ciclo (básico)	85	8.6
3.º ciclo (básico)	306	30.9
ensino secundário	570	57.5
ensino superior	13	1.3
Total	991	100.0
Antiguidade na Equipa		
<6 meses	9	.9
6 meses até 1 ano	94	9.5
Mais de 1 ano até 3 anos	270	27.4
Mais de 3 anos até 5 anos	102	10.3
Mais de 5 anos até 10 anos	253	25.7
>10 anos	258	26.2
Total	986	100.0

Instrumento

A Escala de Satisfação Grupal (ESAG) é uma escala que foi desenvolvida por Dimas (2007) tendo como objetivo caracterizar o grau de satisfação dos membros com a equipa à qual pertencem. Dimas (2007) construiu 7 itens que cobrem vários aspetos relacionados com os processos e os resultados de um grupo: 3 itens medem a satisfação com aspetos do domínio afetivo, ou seja, com as relações existentes entre os membros do grupo de trabalho e destes com o líder, e 4 itens medem a satisfação com aspetos do domínio tarefa, ou seja, com a forma de trabalhar em equipa e com o papel desempenhado por cada membro. A escala de resposta é do tipo Likert com 7 pontos, em que: 1 = *Totalmente insatisfeito* e 7 = *Totalmente satisfeito*. Exemplos de itens da escala são: item 1 = *Clima existente na equipa de trabalho*; item 2 = *Forma de trabalhar em equipa*; item 7 = *Papel que cada membro desempenha na equipa*.



No processo de avaliação da validade de conteúdo da ESAG, de forma a obter-se uma apreciação crítica face à clareza da terminologia utilizada nos itens, ao seu grau de adequação e representatividade face ao constructo teórico que se pretendia medir, o instrumento foi submetido a um painel de especialistas na área das equipas de trabalho. O painel considerou os itens claros e adequados ao objetivo. Para avaliar a acessibilidade e compreensão dos itens junto da população a que se destinam foi efetuado um pré-teste junto de 10 membros de uma equipa organizacional, seguida de uma reflexão falada, não sendo necessário proceder a alteração dos itens (Dimas, 2007).

No que diz respeito à validade de constructo, nomeadamente a dimensionalidade, os resultados obtidos por Dimas (2007) através de uma análise em componentes principais com 321 indivíduos pertencentes a equipas de trabalho apontaram para a existência de uma única dimensão, responsável por 65.4% da variabilidade total. A consistência interna do instrumento, avaliada através do *alpha de Cronbach*, apresentou um valor de .91.

Procedimentos

Considerando os objetivos do presente estudo, analisar as qualidades psicométricas da ESAG numa organização militar, os dados foram recolhidos junto de uma força de segurança militar portuguesa – GNR (Guarda Nacional Republica). Considerando que a ESAG avalia a satisfação grupal, a pertença a um grupo de trabalho constituiu critério para inclusão dos participantes na amostra. Assim, foram considerados os membros de unidades de trabalho que correspondessem à conceção de equipa de J. Miguez e P.R. Lourenço (comunicação pessoal, 9 de Novembro, 2001): (1) a existência de pelo menos três elementos no grupo; (2) os membros serem reconhecidos e reconhecerem-se como equipa, e, (3) interagirem regularmente, de forma interdependente, tendo em vista o alcance de um alvo comum.

Foram contemplados, neste estudo, todos os distritos do território continental português, (dezoito distritos) e, em cada distrito, foram recolhidos questionários de doze postos territoriais (cada posto territorial representa um grupo de trabalho). O critério de escolha dos postos territoriais foi efetuado pela GNR, de forma aleatória. Em cada posto territorial era solicitado aos membros de cada equipa que preenchessem uma escala de avaliação, através da qual era medida a satisfação grupal. Uma vez que a recolha em cada posto territorial foi efetuada com recurso a um elemento da GNR (não pertencente às equipas da amostra) que, deste modo, colaborou de forma próxima com a equipa de investigação, houve o cuidado de instruir cada colaborador relativamente aos procedimentos a adotar. Os questionários foram respondidos de forma voluntária e as demais questões éticas, nomeadamente a confidencialidade e o anonimato, foram assegurados. A equipa de investigação esteve sempre disponível para, em qualquer momento, prestar informações adicionais ou esclarecer dúvidas que ocorressem durante o processo de aplicação do instrumento.

Análise dos dados

A validade de constructo, nomeadamente a análise da dimensionalidade foi realizada através de procedimentos de análise fatorial confirmatória e a fiabilidade, nomeadamente a consistência interna, foi analisada com base na estimação do *alpha* de Cronbach. Os



pressupostos para a realização da análise fatorial confirmatória, um procedimento paramétrico, incluindo a posição dos *outliers*, foram verificados.

Resultados

- Estudo da dimensionalidade

A ESAG tem sido utilizada, em amostras de organizações nacionais para a avaliação da satisfação grupal (e.g., Carvalho, 2008; Dimas, 2007; Rocha, 2010; Silva, 2008), tendo apresentado, de forma consistente, estabilidade na solução fatorial encontrada - unidimensionalidade. Deste modo, consideramos que existe suporte empírico suficiente para avançarmos para a confirmação da sua estrutura. Assim, utilizando o método de estimação da máxima verosimilhança (*Maximum Likelihood*) sujeitámos o modelo unidimensional composto por 7 itens aos procedimentos da técnica da Análise Fatorial Confirmatória (CFA - *Confirmatory Factor Analysis*). Os índices de ajustamento utilizados para avaliar a qualidade do ajustamento do modelo aos dados obtidos foram os propostos por Brown (2006), e, para os interpretarmos utilizámos Brown (2006) e Kline (2011).

Os resultados obtidos no modelo unidimensional inicial revelaram um Qui-Quadrado estatisticamente significativo, o que não é de estranhar devido ao tamanho da amostra que foi utilizada ser grande [$\chi^2_{(14)} = 397.00, p < .001$]. No que diz respeito ao *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) o ajustamento dos dados para o modelo hipotético de base apresentou um valor de .04, valor inferior a .08, o qual é considerado por Brown (2006) como o limite máximo de aprovação para se considerar um ajustamento adequado. O *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) apresentou um valor de .16, no entanto, Brown (2006) recomenda RMSEA perto de .06 ou inferior, e, Kline (2011) diz-nos que valores de RMSEA $\geq .10$ sugerem um ajustamento pobre. O índice *Comparative Fit Index* (CFI) expressou um valor de .93. Brown (2006) considera que valores iguais ou superiores a .90 sugerem um CFI aceitável. No mesmo sentido Kline (2011) refere que valores de CFI superiores a .90 indicam um ajustamento razoável. Finalmente, o índice de ajustamento *Tucker-Lewis Index* (TLI), apresentou um valor de .89, inferior ao aceitável (.90) segundo Brown (2006).

Os resultados obtidos na análise confirmatória ao modelo unidimensional inicial (cf. Tabela 2) apontaram, assim, para um esforço analítico reinterpretativo e para uma possível reanálise, com o intento de se melhorar o modelo hipotético de base. Para esse efeito, tendo em conta que o valor dos índices de modificação (IM) mais elevados estavam associados a covariâncias do item 3 (*Forma como o líder organiza e coordena as atividades da equipa*) com outros itens, e que, de forma particular, esse item revela alguma redundância semântica com o item 2 (*Forma de trabalhar em equipa*), optou-se pela sua exclusão. Os resultados obtidos, através da análise fatorial confirmatória - Modelo unidimensional (6 itens) -, conforme mostra a Tabela 2, apontaram para uma ligeira melhoria do seu ajustamento. Houve, no entanto, a necessidade de se continuar a otimizar a representação dos dados, por forma a obter melhores resultados quanto aos valores dos índices (especificamente o valor de RMSEA). Optámos, deste modo, por realizar uma nova análise aos índices de modificação

(IM). Tendo sempre por base a ponderação interpretativa com o referencial teórico de partida, a estimação livre do parâmetro relativo à covariação dos erros de medida dos itens 1 e 2 (1 = *Clima existente na equipa de trabalho*; 2 = *Forma de trabalhar em equipa*) foi reespecificada, uma vez que, embora o item 1 e o item 2 não sejam itens redundantes, encontram-se, de alguma forma, relacionados. Com efeito, o clima de uma equipa remete para assuntos muito diversos, entre os quais a forma de trabalhar. Importa, também, notar que os itens 1 e 2 surgem sequencialmente na escala, potenciando a elevação do valor do índice de modificação. A estimação livre da covariação entre os erros de medida dos itens 1 e 2 conduziu a uma melhoria na qualidade dos índices de avaliação do modelo. Decidimos, no entanto, proceder a uma nova análise confirmatória, agora ao Modelo unidimensional revisto 1, com vista à obtenção de melhores resultados (ver, por exemplo, o valor do RMSEA = .86). Neste modelo unidimensional revisto 2, efetuámos uma análise aos índices de modificação e optámos por correlacionar os erros de medida dos itens 4 e 6 (4 = *Resultados alcançados pela equipa de trabalho*; 6 = *Relações entre os membros da equipa de trabalho*). Novamente, embora o item 4 e o item 6 não sejam redundantes, ambos se referem a aspetos que remetem para dimensões interdependentes da eficácia que, então, se influenciam mutuamente (positiva ou negativamente). A introdução desta correlação fez melhorar significativamente o valor de todos os índices (cf. Tabela 2).

Tabela 2

Índices de ajustamento obtidos na análise fatorial confirmatória à escala ESAG.

Modelo	χ^2	$\Delta \chi^2$	SRMR	TLI	CFI	RMSEA	Intervalo de Confiança (90%)
Modelo unidimensional inicial	397.00*** g.l. = 14	--	.04	.89	.93	.16	.15 - .18***
Modelo unidimensional (6 itens)	210.92*** g.l. = 9	--	.03	.92	.95	.15	.13 - .17***
Modelo unidimensional revisto 1	68.75*** g.l. = 8	142.17	.02	.97	.99	.86	.07 - .11***
Modelo unidimensional revisto 2	41.97*** g.l. = 15	26.78	.02	.98	.99	.07	.05 - .09*

* $p < .05$ ** $p < .01$; *** $p < .001$

Na figura 1 e na tabela 3 apresentamos a estrutura fatorial retida. Todos os parâmetros estimados são estatisticamente significativos e os itens apresentam saturações fatoriais que variam entre .76 e .89, claramente superiores ao ponto de corte (.45) proposto por Tabachnick e Fidell (2007).

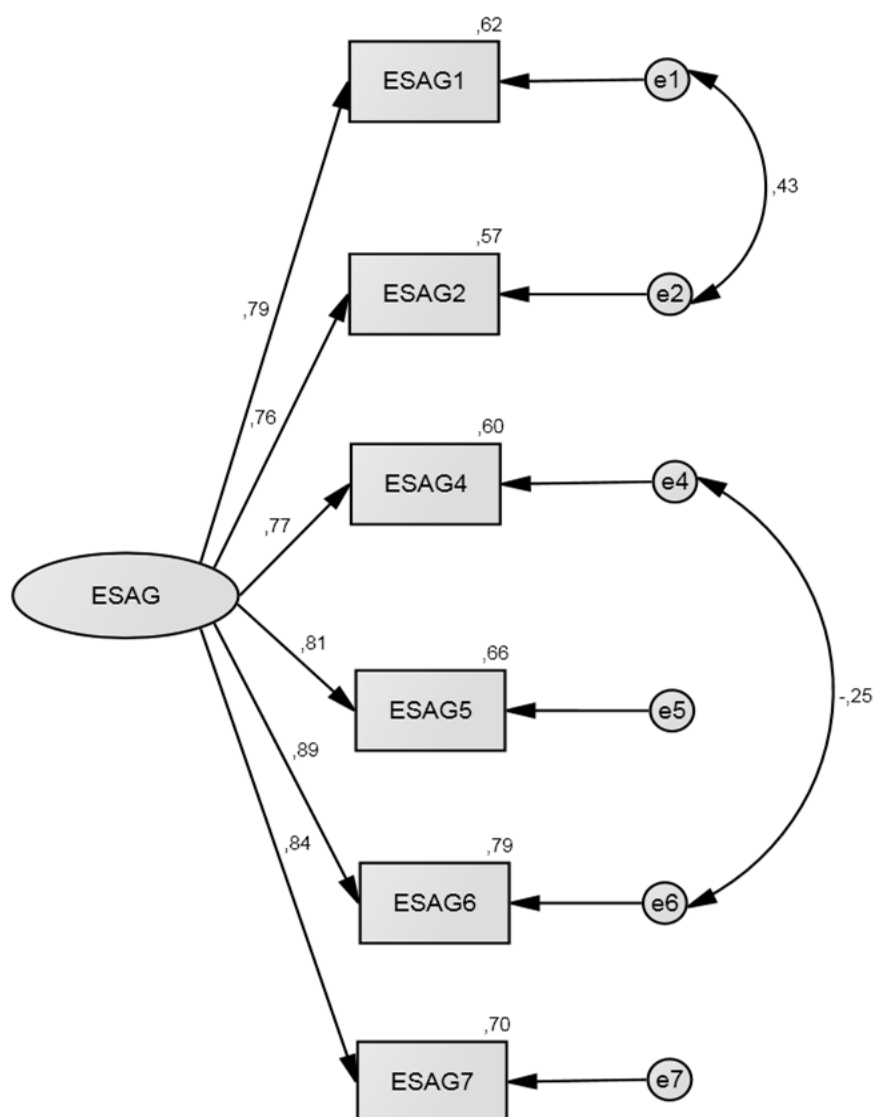


Figura 1. Estrutura fatorial da ESAG (Modelo unidimensional revisto 2): Solução estandardizada, onde os valores próximos dos erros de medição correspondem às proporções de variância explicada (R^2).

Tabela 3

Sumário dos resultados da análise fatorial confirmatória à escala ESAG ($N = 1028$).

Item	Dimensão	Loading Fatorial	R2
ESAG1	ESAG	.79	.62
ESAG2	ESAG	.76	.57
ESAG4	ESAG	.77	.60
ESAG5	ESAG	.81	.66
ESAG6	ESAG	.89	.79
ESAG7	ESAG	.84	.70



- Estudo da fiabilidade

A fiabilidade da escala ESAG foi avaliada através do cálculo do *alpha de Cronbach* e da análise das correlações entre cada um dos itens e o total da dimensão onde se inserem, excluindo a pontuação do próprio item. Como é possível observar na Tabela 4, a análise da fiabilidade apontou para resultados muito satisfatórios. Com efeito, o valor de *alpha* de .92, bem como a magnitude das correlações dos itens com a dimensão, são indicativos da presença da qualidade dos itens para a construção da medida.

Tabela 4

ESAG: Valores do *alpha de Cronbach* e correlações item/dimensão.

Dimensão	Itens	Correlação Item/ Dimensão	Alpha total sem o item	Alpha
				.92
	1	.79	.91	
	2	.77	.91	
	4	.72	.92	
	5	.77	.91	
	6	.81	.90	
	7	.80	.91	

Discussão

Na avaliação das propriedades psicométricas da ESAG numa amostra de 1028 indivíduos da GNR (Guarda Nacional Republicana), obtivemos resultados que indicam que a referida escala possui adequadas qualidades psicométricas para medir a satisfação grupal numa população constituída por membros de grupos de organizações de tipo militar.

A análise fatorial confirmatória mostra que todos os parâmetros estimados são estatisticamente significativos e os itens apresentam adequadas saturações fatoriais. A análise da fiabilidade apontou para resultados bastante satisfatórios - valor de *alpha* de .92. De igual modo, a magnitude das correlações dos itens com a escala global é indicativa da presença de qualidade dos itens para a construção da medida.

Cabe destacar a importância da realização de outros estudos que possam ampliar as evidências de validade deste instrumento, nomeadamente no que respeita às validades nomológica, convergente e discriminante.

Contacto para Correspondência

Ana Pinto, Universidade de Coimbra, R. Colégio Novo - 3000-115 Coimbra,
luisa.s.pinto@gmail.com



Referências

- Allen, N. J., & Hecht, T. D. (2004). The "Romance of Teams": Towards an Understanding of Its Psychological Underpinnings and Implications. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 439-461.
- Brown, T. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford.
- Carvalho, C. I. (2008). *Cultura e eficácia: O papel da orientação cultural para a aprendizagem nos grupos/equipas de trabalho, na determinação da eficácia grupal* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Cohen, S. G., & Bailey, D. E. (1997). What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of Management*, 23, 239-290.
- Dimas, I. (2007). *(Re)pensar o conflito intragrupal: Níveis de desenvolvimento e eficácia* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Kline, R.B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Kozlowski, S. W. J., & Ilgen, D. R. (2006). Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychological Science in the Public Interest*, 7, 77-124.
- Rocha, M. R. (2010). *O papel da interdependência na predição da eficácia grupal* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Silva, R. P. (2008). *O papel da diversidade na predição da eficácia grupal* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- West, M. A., & Markiewicz, L. (2004). *Building team-based working. A practical guide to organizational transformation*. Oxford: BPS/Blackwell.
- Wuchty, S., Jones, B. F., & Uzzi, B. (2007). The increasing dominance of teams in production of knowledge. *Science*, 316, 1036-1039.



Tensão laboral e experiências de recuperação no comércio tradicional do norte de Portugal

Fátima Lobo ¹, & Sara Silva ²

1. Universidade Católica Portuguesa/ Braga & Centro de Estudos Filosóficos e Humanísticos

2. Mestranda de Psicologia do Trabalho e das Organizações. Universidade Católica Portuguesa/Braga

Resumo

Esta investigação analisa a tensão laboral e as experiências de recuperação em profissionais do comércio tradicional do norte de Portugal. Utilizaram-se três instrumentos: o questionário sociodemográfico, a escala *The Recovery Experience* e a escala de Tensão Laboral. A amostra é constituída por 208 sujeitos, 33,7% do género masculino e 65,9% do género feminino. A maioria da amostra é de nacionalidade portuguesa (98,1%). A idade varia entre os 17 anos e os 73 anos. A maioria dos participantes reside no distrito de Braga (84,6%). Os resultados obtidos revelam que os níveis de tensão laboral são mais elevados nos homens e nos profissionais do distrito de Viana do Castelo. Relativamente às experiências de recuperação os resultados revelam correlações negativas entre os níveis de relaxamento e o número de filhos, os níveis de desafio e a idade, os níveis de afastamento psicológico e a escolaridade e os níveis de controlo e o distrito. A tensão laboral está negativamente correlacionada com o relaxamento e o controlo. Esta investigação alerta para a necessidade de se realizarem mais investigações relacionadas com esta temática com o objetivo de desenvolver estratégias de intervenção junto destes profissionais.

Palavras-chave: Tensão laboral; Experiências de Recuperação; Necessidade de Recuperação; Comércio Tradicional; Trabalho.



Abstract

This research analyzes the work strain and the need for recovery of experience in professional traditional trading of northern Portugal. They used three instruments: the sociodemographic questionnaire, the questionnaire The Recovery Experience and the Work Strain Questionnaire. The sample is composed of 208 participants, 33.7% are males and 65.9% females, aged between 17 and 73 years. Most of the sample is portuguese (98.1%) and live in Braga (84.6%). The results show that strain levels are higher in men and professionals in Viana do Castelo. The recovery experiments results show that the relaxation levels are negatively correlated with the number of children, challenge levels are negatively correlated with age, psychological clearance levels are negatively correlated with education levels and finally the control levels are negatively correlated whit district. The work strain is negatively correlated with the relaxation and control. This research alerts for the necessity of doing more investigations related to this topic to develop intervention strategies for these professionals.

Keywords: Work Strain; Recovery Experience; Need to Recover; Traditional Commerce; Job.



Introdução

A tensão laboral refere-se às reações adversas para a saúde e bem-estar que resultam da exposição a determinados eventos ou situações problemáticas do trabalho (Hernández, Soria & Silla, 2003). Pode ser descrita como uma reação individual aos stressores do trabalho, inclui respostas físicas, psicológicas e comportamentais (Sonnentag & Fritz, 2015). Segundo Meliá, Peiró, Zornoza, Sartz, e Morte (1987), o conceito de tensão incluiu as crenças, experiências, sensações e sentimentos de preocupação, nervosismo e intranquilidade. A tensão laboral é o resultado de determinadas ocorrências derivadas do trabalho que têm consequências negativas, culminando em esgotamento emocional do sujeito e na falta de recursos para enfrentar o trabalho. Os indivíduos que são sujeitos a ambientes de trabalho exaustivos experienciam índices baixos de bem-estar e tendem a desenvolver problemas de saúde, como, stress, burnout, exaustão emocional e sintomas depressivos (Mojza, Lorenz, Sonnentag & Binnewies, 2010). Assim, é possível perceber que a tensão laboral é prejudicial para os trabalhadores mas também para as organizações. De facto são muitos os aspetos organizacionais que afetam o bem-estar e a saúde física e mental das pessoas como por exemplo o tipo de trabalho, as relações interpessoais, os papéis desempenhados, os sistemas de promoção e o estilo de liderança. Contudo, também afetam a organização, como o absentismo, erros de desempenho, diminuição da qualidade e quantidade de serviços, entre outras (Martins, 2004).

A tensão laboral é entendida como uma experiência subjetiva negativa que se encontra associada ao stress laboral. Contudo, é recomendável fazer a distinção dos conceitos (Hernández, Soria & Silla, 2003).

O stress laboral refere-se ao processo onde intervém stressores laborais que evocam respostas indicadoras de stress, sejam físicas ou psicológicas. Os stressores laborais são variáveis ambientais do trabalho que provocam consequências negativas como a tensão laboral. As experiências de stress surgem como consequência de um conjunto de situações ambientais ou pessoais (Hernández, Soria & Silla, 2003).

O burnout define-se como uma resposta ao stress laboral crónico caracterizada pela tendência dos profissionais avaliarem negativamente a sua habilidade para realizar o trabalho. O burnout não deve ser identificado com o stress psicológico, mas deve ser entendido como uma resposta a fontes de stress crónico (stressores) que se origina na relação profissional-cliente e na relação profissional-organização. A necessidade de estudar o burnout relaciona-se com a necessidade de estudar os processos de stress laboral (Gil-Monte, 2003). Para além da relação entre o burnout e o stress laboral, vários estudos verificaram a relação entre o burnout e a tensão laboral (Ahola et al., 2006; Gil-Monte, 2005; Maslach & Leiter, 2005; Schaufeli & Bakker, 2004).

O bem-estar está relacionado com a ideia de ambiente gratificante (Rodrigues, Alvaro & Rondina, 2006). Os estudos sobre o bem-estar no campo da psicologia receberam grande atenção no início da década de 60, com os movimentos humanistas e ganharam um novo vigor com o desenvolvimento do paradigma da psicologia positiva (Ryan & Deci, 2001). Esta abordagem é conhecida como o estudo das “organizações saudáveis” e tem atraído a atenção dos investigadores, uma vez que alerta para o facto dos modelos tradicionais de stress e



bem-estar focarem de forma isolada a organização e o indivíduo. Segundos os defensores desta abordagem é importante adotar uma visão integrada e sistémica, que inclua as características individuais e organizacionais (Browne, 2000; Cooper & Cartwright, 1994). Uma organização saudável não é apenas produtiva e rentável, também é uma organização que promove a diminuição do stress e da doença e o aumento do bem-estar dos seus trabalhadores (Sauter, Lim & Murphy, 1996).

A qualidade de vida tem recebido cada vez mais atenção na investigação devido, sobretudo, ao aumento da expectativa de vida resultante do progresso científico e tecnológico (Awad, 2008). Face ao crescente interesse sobre o tema, realizaram-se vários estudos acerca da qualidade de vida na população, procurando quais os melhores indicadores desta. Na década de 80 desenvolveram-se investigações para compreender melhor o conceito de qualidade de vida envolvendo diferentes dimensões (Phillips, 2006). Contudo, só a partir dos anos 90 é que os investigadores começaram a encontrar um consenso quanto aos três aspetos fundamentais do conceito de qualidade de vida (Seild & Zannon, 2004; World Health Organization Quality of Life Group, 1995): a subjetividade que consiste na perceção que o indivíduo tem sobre o seu estado de saúde (aspetos não médicos); a multidimensionalidade, visto que se considera que o conceito de qualidade de vida é constituído por diferentes dimensões; e por último a presença de dimensões positivas e negativas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHOQLG, 1995) a qualidade de vida é um conceito amplo que integra a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e as suas relações com aspetos salientes do ambiente. O interesse pela qualidade de vida despertou por sua vez o interesse dos investigadores pela qualidade de vida no trabalho, uma vez que é considerada essencial para o sucesso das organizações (Nadler & Lawler, 1983; Mancini, Scalzaretto, Quintella, Fantinato & França, 2004). Na perspetiva destes autores, a qualidade de vida no trabalho é tida como uma questão de responsabilidade social, sendo uma obrigação das organizações proporcionarem aos seus colaboradores condições que possibilitem a sua realização pessoal e profissional, para que desse modo seja garantida a qualidade de vida. O termo “qualidade de vida no trabalho” representa o grau em que os membros duma organização são capazes de satisfazer as suas necessidades, através das experiências no contexto organizacional (Martins, 2004). A qualidade da vida laboral implica que a tensão laboral seja minimizada e que existam mecanismos de resolução, compensação e evitação que permitam elimina-la, reduzi-la ou neutraliza-la (Segurado & Agulló, 2002). Maior qualidade de vida no trabalho conduz a um clima de confiança e de respeito mútuo, o que permite ao indivíduo ativar o seu desenvolvimento psicológico e a organização reduzir os mecanismos rígidos de controlo social (Gil-Monte, 2003; Martins, 2004).

A recuperação é um conceito importante para o estudo do stress e tensão no trabalho. É habitual surgirem sintomas de cansaço quando o profissional trabalha sob stress (Sonnentag, Binnewies & Mojza, 2008). A recuperação é uma experiência que resulta da necessidade do indivíduo restabelecer os níveis de atividade e humor, visto que foram despendidos esforços e recursos internos para satisfazer as exigências do trabalho (Fritz, Sonnentag, Spector & McInroe, 2010). As exigências de trabalho referem-se a situações de trabalho stressantes, como trabalhar sob pressão de tempo, restrições situacionais, etc., que podem causar reações de tensão (Fritz & Sonnentag, 2005). Segundo um estudo realizado



por Sonnentag e Zijlstra (2006), as exigências do trabalho encontram-se relacionados com a necessidade de recuperação. Quanto maior forem as exigências do trabalho, maiores serão as necessidades de recuperação ao fim de um dia de trabalho. Se estas necessidades de recuperação não forem totalmente repostas, o indivíduo poderá iniciar o novo dia de trabalho com um défice de recursos.

Contudo, não só as características do trabalho se encontram relacionadas com as experiências de recuperação. É necessário ter em atenção as diferentes atividades fora do trabalho, assim como a qualidade da experiência (Sonnentag & Zijlstra, 2006; Sonnentag & Fritz, 2007). Várias investigações focaram-se sobretudo no efeito de experiências específicas como as férias, pequenas pausas durante o trabalho, o período ao fim do dia, o fim de semana ou ainda atividades específicas fora do trabalho, como por exemplo, atividades físicas ou sociais. Segundo Sonnentag e Fritz (2007) as atividades fora do trabalho contribuem para as experiências de recuperação dos indivíduos. O afastamento psicológico do trabalho, o relaxamento, a experiência de domínio e controlo durante o tempo de lazer constituem alguns exemplos de experiências de recuperação. O afastamento psicológico implica estar fisicamente fora do local do trabalho e não estar ocupado com assuntos laborais. O relaxamento é considerado um processo relacionado com as atividades de lazer, isto é, atividades que estimulam a recuperação porque ajudam a “desligar” das exigências profissionais (Sonnentag & Fritz, 2007; Sonnentag & Zijlstra, 2006). As experiências de procura de desafio correspondem a atividades fora do trabalho que possibilitam que o indivíduo se distraia e usufrua de experiências desafiadoras e oportunidades de aprendizagens em outros domínios para além do trabalho (Sonnentag & Bayer, 2005). As experiências de controlo referem-se a experiências que permitem ao indivíduo obter controlo, isto é, o indivíduo pode escolher uma ação a partir de uma ou mais opções (Fritz & Sonnentag, 2006).

Num estudo acerca do processo de recuperação numa amostra de 100 professores, Sonnentag (2001) procedeu a uma diferenciação das atividades levadas a cabo fora do trabalho, nomeadamente: a) tarefas relacionadas com o trabalho ou com a vida privada (e.g.: pagar contas); b) tarefas domésticas e cuidados com as crianças; c) atividades de lazer, incluindo, atividades passivas (e.g.: ver televisão), sociais (e.g.: sair com os amigos) e físicas (e.g.: praticar um desporto). A autora concluiu que quanto maior é o tempo despendido em atividades relacionadas com o trabalho, menor é o bem-estar sentido. Neste tipo de atividades os sujeitos utilizam recursos semelhantes aos usados no trabalho, o que aumenta mais ainda a pressão e, conseqüentemente, a necessidade de recuperação. Por outro lado, quanto maior é o tempo despendido em atividades sociais, físicas ou passivas, maior é o bem-estar sentido, isto é, atividades que exigem menos dos indivíduos são sentidas como relevantes para o bem-estar individual (Sonnentag, 2001). Por outro lado, Binnewies, Sonnentag e Mojza (2009) concluíram que o estado de recuperação durante o tempo livre é um fator preditor do aumento do desempenho das tarefas ao longo do tempo. Assim, a necessidade de recuperação surge como um indicador psicológico de alerta uma vez que ajuda os indivíduos a regular o esforço despendido e os recursos investidos, prevenindo problemas de saúde (Sonnentag, & Zijlstra, 2006).

O processo de recuperação tem sido estudado através de três modelos fundamentais: o Modelo da Conservação de Recursos de Hobfoll (Fritz & Sonnentag, 2005), o Modelo das



Exigências-Controlo (Araújo, Graça & Araújo, 2003) e o Modelos das Exigências-Recursos (Kühnel & Sonnentag, 2011).

Metodologia

Foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1. As variáveis sociodemográficas idade, género, nacionalidade, concelho, estado civil, número de filhos, nível de formação, tempo de profissão e tipo de contrato são preditoras da tensão laboral dos profissionais do comércio tradicional do norte de Portugal;

H2. As variáveis sociodemográficas idade, género, nacionalidade, concelho, estado civil, número de filhos, nível de formação, tempo de profissão e tipo de contrato são preditoras das experiências de recuperação dos profissionais do comércio tradicional do norte de Portugal;

H3. A tensão laboral encontra-se positivamente correlacionada com a necessidade de experiências de recuperação dos profissionais do comércio tradicional do norte de Portugal.

Instrumentos

Foram administrados 3 instrumentos na recolha de dados: o questionário sociodemográfico, a escala “The Recovery Experience”, desenvolvida por Sonnentag e Fritz (2007) e a escala de Tensão Laboral, por Meliá (1994). O questionário sociodemográfico, construído para este estudo, avaliou as seguintes variáveis: idade, género, nacionalidade, concelho, estado civil, número de filhos, nível de formação, número de anos de exercício da profissão e tipo de contrato. A escala “The Recovery Experience”, adaptada para a população portuguesa por Lobo e Pinheiro (2012), composta por 16 itens, numa escala de 5 pontos. Os itens distribuem-se por 4 subescalas: Relaxamento, Procura de desafios, Afastamento Psicológico e Controlo. A escala de Tensão Laboral, unifatorial, é composta por 15 itens (Meliá, 1994).

Procedimentos

A recolha de dados decorreu no período compreendido entre o dia 1 Janeiro e 31 Março de 2016 no norte de Portugal, nos distritos de Braga e Viana do Castelo. Os dados recolhidos foram analisados estatisticamente através do programa *Statistical for Social Sciences* (SPSS, versão 20.0 para Windows).

Resultados

A fiabilidade das escalas usadas foi testada através do *Alpha de Cronbach* que permite medir a consistência interna de uma escala. A escala “The Recovery Experience” apresenta um valor *alpha* de 0,87. As subescalas relaxamento e controlo apresentam o mesmo valor, de 0,82. As subescalas afastamento psicológico e procura de desafios apresentam valor de 0,79 e 0,85, respetivamente. Estes valores podem ser classificados de bons, uma vez que são superiores ao valor considerado de referência, 0,80 (Fiel, 2009). A análise do peso dos itens revela que o item 1, (“Quando estou fora do horário de trabalho esqueço-me do trabalho”, $M = 2.70$; $DP = 1.13$), e o item 2 (“Quando estou fora do horário de trabalho não penso no trabalho de modo algum”, $M = 2.50$; $DP = 1.11$), pertencentes à dimensão afastamento



psicológico, apresentam valor mais baixo. Os itens que apresentam valor mais elevado são o item 13 (“Quando estou fora do horário de trabalho sinto que sou capaz de decidir sobre o que fazer”, $M = 4.03$; $DP = 0.81$) pertencente à dimensão afastamento psicológico e os itens 14 (“Quando estou fora do horário de trabalho eu decido o meu horário”, $M = 3.90$; $DP = 0.91$), 15 (“Quando estou fora do horário de trabalho eu próprio determino de que forma aproveitarei o tempo”, $M = 4.10$; $DP = 0.85$) e 16 (“Quando estou fora do horário de trabalho eu cuido da planificação das minhas atividades”, $M = 4.13$; $DP = 0.78$) pertencentes à dimensão controlo. Em relação ao desvio-padrão o item 13 ($DP = 0.81$) pertencente à dimensão relaxamento, e os itens 15 ($DP = 0.85$) e 16 ($DP = 0.78$) pertencentes à dimensão controlo apresentam valores mais baixos. Os itens 1 (“Quando estou fora do horário de trabalho esqueço-me do trabalho”, $DP = 1.13$), 2 (“Quando estou fora do horário de trabalho não penso no trabalho de modo algum”, $DP = 1.11$) e 3 (“Quando estou fora do horário de trabalho distancio-me do trabalho”, $DP = 1.13$) pertencentes à dimensão afastamento psicológico e o item 6 (“Quando estou fora do horário de trabalho pratico atividades relaxantes”, $DP = 1.13$) pertencente à dimensão relaxamento apresentam valores mais elevados. A escala de tensão laboral, unifatorial, apresenta um valor *alpha* de 0,92. Este valor é considerado muito bom. A análise do peso dos itens revela que os itens 4 (“Tenho tanta ansiedade durante as horas de trabalho que fico desejando a hora de saída”, $M = 2.44$), 10 (“Por culpa do meu trabalho, tenho problemas e transtornos digestivos”, $M = 2.15$), 14 (“Sinto intranquilidade e irritação por causa de quem manda e tem poder”, $M = 2.42$) e 15 (“O nervosismo provocado pelo trabalho, afeta as minhas relações familiares”, $M = 2.45$) apresentam valores mais baixos. Os itens 1 (“O meu trabalho provoca-me tensão e preocupação”, $M = 3.64$), 2 (“Sinto-me ansiedade, tensão ou preocupação por causa do meu trabalho”, $M = 3.58$), 11 (“O não poder desempenhar eficazmente o meu trabalho, causa-me nervosismo”, $M = 3.02$) e 12 (“Quando não posso terminar o meu trabalho fico agitado”, $M = 3.14$) apresentam valores mais elevados. Relativamente ao desvio-padrão os itens 5 (“Após o trabalho, as preocupações e os problemas laborais perseguem-me”, $DP = 1.16$) e 13 (“O ritmo a que tenho de laborar fatiga e contraria-me”, $DP = 1.16$) apresentam valores mais baixos. Os itens 1 (“O meu trabalho provoca-me tensão e preocupação”, $DP = 1,25$), 3 (“Incomodo-me só de pensar no dia de trabalho”, $DP = 1,26$), 9 (“Por vezes tenho dificuldades em dormir por causa do meu trabalho”, $DP = 1,26$), 11 (“O não poder desempenhar eficazmente o meu trabalho, causa-me nervosismo”, $DP = 1.30$) e 12 (“Quando não posso terminar o meu trabalho fico agitado”, $DP = 1.32$) apresentam valores mais elevados.

No presente estudo, procedeu-se à análise da regressão linear múltipla utilizando o método Stepwise. Os resultados da regressão linear para a variável relaxamento mostram que a variável número de filhos (.020) é preditora dos níveis de relaxamento do grupo. Através da análise de variância (ANOVA) unifatorial foi possível perceber que existem diferenças no nível de relaxamento em função do número de filhos, $F(2,179) = 7.209$, $p = .001$. O Teste Poc-Hoc de Gabriel revelou que os participantes com zero filhos apresentam maior relaxamento que os participantes com um filho ($p = .068$) ou com dois ou mais filhos ($p = .001$). Para além disso, revelou que não existem diferenças significativas entre estes dois grupos ($p = .580$). Os resultados da regressão linear da variável desafio indicam que os níveis de significância são estatisticamente significativos para a variável idade (.000). Através da análise de variância (ANOVA) unifatorial foi possível perceber que existem diferenças significativas no nível de desafio em função da idade, $F(2,200) = 9.343$, $p = .000$. O Teste Poc-Hot de Gabriel revelou



que os participantes com idades entre os 17 e 40 anos apresentam maiores níveis de desafio comparativamente aos participantes com idades compreendidas entre 41 e 60 anos ($p=.001$) e aos participantes com mais de 60 anos ($p=.004$). No que diz respeito aos dois últimos grupos não existem diferenças significativas ($p=.294$). Relativamente à variável afastamento psicológico os resultados da regressão linear indicam que apenas a variável independente escolaridade (.032) influencia os níveis de afastamento psicológico do grupo em estudo. Através da análise de variância (ANOVA) unifatorial foi possível perceber que existem diferenças significativas no nível de afastamento psicológico em função da escolaridade. O grupo de participantes com escolaridade inferior ao 3º ciclo básico apresenta maiores níveis de afastamento psicológico ($M=15.85$), seguido pelo grupo de participantes que concluiu o ensino secundário ($M=15.36$) e de seguida pelo grupo de participantes com curso superior ($M=13.92$). As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas, $F(2,114) = 1,462$, $p=.236$. Os resultados da regressão linear indicam que apenas a variável distrito (.003) influencia os níveis de controlo. Foi utilizado o Teste T para Amostras Independentes para analisar esta influência e foi possível perceber que os participantes do distrito de Braga apresentam maior nível de controlo ($M=12.34$) em relação aos participantes de Viana do Castelo ($M=11.12$). As diferenças entre estes dois grupos não são estatisticamente significativas, $t(196) = 2.763$, $p=.332$. Por fim, os resultados da regressão linear para a variável dependente indicam que a tensão laboral é influenciada significativamente pelas variáveis género (.007) e distrito (.001). Através da utilização do Teste T para Amostras Independentes foi possível perceber que os participantes do género masculino ($M=44.01$) apresentam maiores níveis de tensão laboral comparativamente aos do género feminino ($M=40.16$), contudo esta diferença não é estatisticamente significativa, $t(191) = -2.045$, $p=.639$. Também foi possível perceber que os participantes do distrito de Viana do Castelo apresentam maiores níveis de tensão laboral ($M=43.97$) em comparação aos do distrito de Braga ($M=41.33$), contudo esta diferença não é estatisticamente significativa $t(185) = -.852$, $p=.452$.

Para analisar a relação entre a tensão laboral e a necessidade de recuperação foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. Os resultados obtidos mostram que a variável tensão laboral está negativamente correlacionada com as variáveis relaxamento ($r=-.149$, $p=.040$) e controlo ($r=-.175$, $p=.015$).

Análise dos Resultados

Devido à falta de investigações que estabeleçam claramente as relações entre as variáveis em causa e que se centrem na população estudada, não dispomos de dados para comparação. Contudo, analisaremos os dados obtidos de acordo com a informação disponível na literatura.

Tendo em conta o primeiro objetivo deste estudo, verificamos que os níveis de tensão laboral são influenciados pelas variáveis género e distrito. Estes resultados corroboram parcialmente a hipótese H1. No que concerne à variável género, os resultados obtidos vão ao encontro do estudo realizado por Gómez (2012) que demonstra que esta variável modera a relação entre a tensão e a saúde mental. Visto que a tensão laboral é entendida como uma experiência subjetiva negativa que se encontra associada ao stress ocupacional (Hernández, Soria & Silla, 2003) analisaremos estudos recentes sobre esta última variável. Diversos estudos realizados em diferentes populações indicam níveis mais elevados de stress nas mulheres (Gomes, 2014; Miranda, 2011; Pereira, 2016). Tendo em conta que maiores níveis de stress sugerem maiores níveis de tensão (Gonçalo, Gomes, Barbosa & Afonso, 2010), seria



de esperar níveis mais elevados de tensão laboral nas mulheres comparativamente aos homens, o que não se verificou no presente estudo. Uma possível explicação para estes resultados, uma vez que não dispomos de dados concretos, consiste no facto dos homens serem normalmente os proprietários dos estabelecimentos, o que implica que assumam maiores responsabilidades contribuindo para níveis mais elevados de tensão laboral. Relativamente à variável distrito não foram encontrados estudos que permitissem comparar resultados.

O segundo objetivo é estudar a necessidade de experiências de recuperação destes profissionais tendo em conta as variáveis sociodemográficas. Uma vez que nem todas as variáveis sociodemográficas surgem como preditores das quatro experiências de recuperação, os resultados obtidos confirmam parcialmente a hipótese H2. Os resultados obtidos na análise de regressão da dimensão relaxamento vão ao encontro dos resultados encontrados no estudo de Carvalho e Lobo (2015) em que a variável número de filhos se encontra negativamente correlacionada com variável relaxamento. Também no estudo de Pereira (2016) se verificam diferenças significativas na dimensão referente ao relaxamento, com os participantes sem filhos a reportar maiores níveis. No que diz respeito à variável desafio, os resultados obtidos demonstram a existência de uma correlação negativa entre esta variável e a idade. Contudo, estes resultados não vão ao encontro dos resultados do estudo de Pereira (2016) no qual a variável desafio não se encontra significativamente relacionada com a idade. Relativamente à experiência de afastamento psicológico foi possível verificar que existe uma correlação negativa entre esta variável e o nível de escolaridade. Segundo Maslach e colaboradores (2001) o nível de escolaridade elevado encontra-se associado a maiores responsabilidades e mais stress, o que nos sugere que profissionais com maior nível de escolaridade apresentam maior dificuldade em afastar-se psicologicamente das exigências do trabalho. Os resultados obtidos demonstram que apesar de procurarem recuperar das exigências laborais, os profissionais deste estudo têm dificuldade em afastar-se psicologicamente do trabalho. Estes resultados não vão ao encontro da literatura disponível que nos mostra que o afastamento psicológico corresponde à experiência de recuperação mais recorrentemente identificada nos diversos estudos realizados (Demerouti, Bakker, Sonnentag, & Fullagar, 2012; Fritz & Sonnentag, 2005; Sonnentag & Fritz, 2015). As dificuldades características do comércio tradicional e a forte concorrência por parte das grandes superfícies podem estar relacionadas com estes resultados. Relativamente à variável controlo não foram encontrados estudos que permitissem realizar comparações. Contudo, é possível analisar a possível relação entre os resultados obtidos para a dimensão controlo e para a tensão laboral. Os profissionais do distrito de Braga apresentam maiores níveis de controlo e menores níveis de tensão laboral e no caso dos profissionais do distrito de Viana do Castelo verifica-se o contrário. Estes resultados podem estar relacionados com a sazonalidade que afeta a zona de Viana do Castelo, uma vez que corresponde a uma zona de veraneio. Estes resultados sugerem-nos que o controlo favorece a recuperação, na medida em que permite aos profissionais escolher atividades da sua preferência, aumentando o seu sentimento de competência, que por sua vez promove o bem-estar. Assim, o controlo irá contribuir para a diminuição dos níveis de tensão laboral. Estes resultados vão ao encontro da literatura que demonstra que a tensão está relacionada com poucas oportunidades de controlo laboral



(Ortiz, Toro, Rodríguez, 2015). Para além disso, os resultados obtidos demonstram que maiores níveis de tensão estão associados a menores níveis de relaxamento o que vai ao encontro da literatura que relaciona elevadas exigências laborais com menor relaxamento (Sonnentag & Fritz, 2007; Sonnentag & Zijlstra, 2006).

Por último, com base no terceiro objetivo deste estudo, formulamos a hipótese H3, tendo esta sido parcialmente confirmada. Estes resultados vão ao encontro da literatura internacional que tende a relacionar a recuperação a inúmeros fatores, entre eles a tensão (Carvalho & Lobo, 2015).

Conclusão

Dada a atualidade do tema, seria relevante em futuros estudos aprofundar esta temática através de amostras mais amplas que permitissem chegar a resultados passíveis de serem generalizados. Seria pertinente analisar o tipo de experiências/tarefas que os profissionais realizam ou nomeiam como forma de recuperação e introduzir mais variáveis de natureza económica que permitissem analisar a sazonalidade do comércio tradicional e o impacto das grandes superfícies neste tipo de comércio.

Contacto para Correspondência

Fátima Lobo, Universidade Católica Portuguesa: Braga. flobo@braga.ucp.pt

Referências

- Ahola, K., Honkonen, T., Kivimäki, M., Virtanen, M., Isometsä, E., Aromaa, A., & Lonnqvist, J. (2006). Contribution of burnout to the association between job strain and depression: The health 2000 study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 48, 1023-1030.
- Araújo, T. M., Graça, C. C., & Araújo, E. (2003). Estress ocupacional e saúde: Contribuições do modelo demanda-controle. *Ciência & saúde coletiva*, 8(4), 991-1003.
- Awad, G. (2008). Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica. *Revista de Psiquiatria del Uruguay*, 72(2), 121-129.
- Binnewies, C., Sonnentag, S., & Mojza, E. J. (2009). Feeling recovered and thinking about the good sides of one's work: A longitudinal study on the benefits of non-work experiences for job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14, 243-256.
- Browne, J. (2000). Benchmarking HRM practices in healthy work organizations. *American Business Review*, 18(2), 54-61.
- Carvalho, J. P. M. T., & Lobo, F. (2015). Experiências de recuperação e o stress ocupacional em psicólogos(as), no exercício da sua função. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación, Extr.*(14), 77-85.doi:10.17979
- Cooper, C. L., & Cartwright, S. (1994). Healthy mind; healthy organization. A proactive approach to occupational stress. *Human Relations*, 47(4), 455-71.
- Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2011). The Job Demands-Resources model: challenges for future research. *South African Journal of Industrial Psychology*, 37(2), 1-9.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Sonnentag, S., & Fullagar, C. J. (2012). Work-related flow and energy at work and at home: A study on role of daily recovery. *Journal of Organizational Behavior*, 33, 276-295.
- Fiel, A. (2009). *Descobrimos a estatística usando spss*. Porto Alegre: Artmed.
- Fritz, C. & Sonnentag, S. (2005). Recovery, well-being and job performance: Effects of weekend experiences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 187-199.
- Fritz, C., & Sonnentag, S. (2006). Recovery, well-being and performance- related outcomes: The roles of workload and vacation experiences. *Journal of Applied Psychology*, 91(4), 936-945.



- Fritz, C., Sonnentag, S., Spector, P. E. & McInroe, J. A. (2010). The weekend matters: Relationships between stress recovery and affective experiences. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 1137-1162.
- Gil-Monte, P. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(2), 181-197.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo: una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gonçalo, H., Gomes, A. R., Barbosa, F., & Afonso, J. (2010). *Análise Psicológica*, 1(28), 165-178.
- Hernández, P. M., Soria, M. S., & Silla, J. M. P. (2003). El estrés laboral: ¿ Um concepto cajón-de-sastre?. *Revista de relaciones laborales*, 10(11), 167- 185.
- Innstrand, S. T., Langballe, E. M., & Falkum, E. (2011). A longitudinal study of the relationship between work engagement and symptoms of anxiety and depression. *Stress and Health*, 28(1), 1-10.
- Kühnel, J. & Sonnentag, S. (2011). How long do you benefit from vacation? A closer look at the fade-out of vacation effects. *Journal of Organizational Behavior*, 32(1), 125-143.
- Lobo, F., & Pinheiro, M. (2012). *Recovery Experiences Questionnaire*. *Actas do I Congresso Internacional de Psicologia do Trabalho e das Organizações: Trabalho, Riscos Psicossociais e Saúde: Conceptualização, Diagnóstico e Intervenção* (361-370). Braga: Aletheia
- Mancini, S., Scalzaretto., Quintella, L. C. M., L., Fantinato, O., França, A. C. L., (2004). *Qualidade de Vida no Trabalho e Responsabilidade Social*. Trabalho apresentado no II Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ambiente e Sociedade.
- Martins, M. C. A. (2004). Fatores de risco psicossociais para saúde mental. *Millenium*, (29), 255-268.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2005). Stress and burnout: The critical research. In C.L. Cooper (Ed.), *Handbook of stress medicine and health* (vol. 2, pp. 155-172). Lancaster, UK: CRC Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job bournout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Meliá, J. L. (1994). La medición de la tensión en el trabajo. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 10(28), 17-38.
- Meliá, J. L., Peiró, J. M., Zornoza, A., Sartz, M. J., Morte, M. P. (1987). *Una escala para la evaluación de la tensión de rol: Estructura factorial, fiabilidad y validez*. Trabalho apresentado no II Congresso Nacional de Evaluación Psicológica, Madrid.
- Mojza, E. J., Lorenz, C., Sonnentag, S. & Binnewies, C. (2010). Daily recovery experiences: The role of volunteer work during leisure time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(1), 60-74.
- Nadler, D. A., & Lawler, E. E. (1983). Quality of work Life: Perspectives and directions. *Organizational Dynamics*, 11(3), 20-30.
- Ortiz, V., Toro, L., & Rodríguez, A. (2014). Moderación de la Relación Entre Tensión Laboral y Malestar de Profesores Universitarios: Papel del Conflicto y la Facilitación Entre el Trabajo y la Familia. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 185-201.
- Philips, D. (2006). *Quality of life: Concept, policy and pratice*. New York: Routledge.
- Rodrigues, P. F., Alvaro, A. L. T., & Rondina, R. (2006). Sofrimento no trabalho na visão de Dejours. *Revista Científica Eletrônica De Psicologia*, 4(7).
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Sauter, S. L., Lim, S. Y., & Murphy, L. (1996). Organizational health: A new paradigm for occupational stress research at NIOSH. *Japonesse Journal of Occupational Mental Health*, 4, 248-254.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Segurado, A. & Agulló, E. (2002). Calidad de vida laboral: hacia un enfoqueintegrador desde la psicología social. *Psicothema*, 14, 828-836.
- Seild, E. M., & Zannom, C. M. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodologias. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.



- Sonnentag, S. (2001). Work, recovery activities, and individual well-being: A diary study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 196–210.
- Sonnentag, S. & Bayer, U. (2005). Switching off Mentally: Predictors and consequences of psychological Detachment from Work During Off-Job Time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(4), 393-414.
- Sonnentag, S., Binnewies, C., & Mojza, E.J. (2008). "Did you have a nice evening?" A day-level study on recovery experiences, sleep and affect. *Journal of Applied Psychology*, 93, 674–684.
- Sonnentag, S., & Fritz, C. (2007). The recovery experience questionnaire: Development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 204– 221. doi:10.1037/1076-8998.12.3.204
- Sonnentag, S., & Fritz, C. (2015). Recovery from job stress: The stressor-detachment model as an integrative framework. *Journal of Organizational Behavior*. 36, 72–103.
- Sonnentag, S., & Zijlstra, F. R. H. (2006). Job characteristics and off-job activities as predictors of need for recovery, well-being, and fatigue. *Journal of Applied Psychology*, 91(2), 330-350.
- World Health Organization Quality of Life Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.



A vivência do desemprego por jovens graduados: um estudo exploratório

Anabela Barros¹, Diana Lopes¹, Francisca Pinheiro¹ & Catarina Brandão¹

1. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

Resumo

O desemprego assume uma preponderância crescente a nível europeu e nacional afetando fortemente jovens adultos com qualificação superior. O objetivo deste estudo consiste em explorar o impacto psicológico e social do desemprego em jovens graduados e os mecanismos de *coping* utilizados pelos mesmos. A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas; um questionário integrando a EADS-21, observações e imagens. Participaram neste estudo 19 jovens graduados desempregados. Os dados qualitativos foram sujeitos a análise de conteúdo temática com apoio do NVivo11 (QRS); os quantitativos com recurso ao SPSS 21 (IBM). Os resultados apontam os aspetos negativos do desemprego, mas também aspetos positivos, como a possibilidade de permitir adquirir maturidade para o desempenho da profissão. As consequências psicossociais mais sublinhadas foram as vocacionais, principalmente a dificuldade em transitar para o mercado de trabalho, o trabalho precário e a continuação dos estudos. Observa-se o recurso a estratégias de *coping* centradas no problema e nas emoções, assim como uma evolução nas estratégias adaptadas desde o período inicial de desemprego até ao momento atual. Este estudo permite compreender a experiência de jovens graduados em situação de desemprego e contribui para o desenvolvimento de programas de intervenção junto desta população, nomeadamente a nível de estratégias de coping adaptativas para lidar com o desemprego.

Palavras-chave: desemprego; efeitos psicossociais; estratégias de *coping*; jovens graduados



Abstract

Unemployment is an increasing issue at european and national level, impacting mostly young adults with higher qualification. The goal of this study is to explore the psychological and social impact of unemployment in young graduates and the coping mechanisms used by them. Data was gathered from 19 unemployed young graduates using semi structured interviews, a questionnaire including EADS-21, observations and images. The qualitative data was submitted to thematic content analysis using NVivo11 (QRS); the quantitative data using the SPSS 21 (IBM). The results show the positive aspects of unemployment, but also positive aspects such as the possibility of acquiring maturity necessary for the performance of the job. The most underlined psychosocial consequences were the vocational, especially the difficulty of transitioning to the labor market, precarious employment relations and continuing education. We also observe an evolution regarding the use of these strategies from the beginning of the unemployment period until the current moment. This study sheds some light on the experience of young graduates in an unemployment situation and contributes to the development of intervention programs for this group, specifically regarding effective coping strategies regarding unemployment.

Keywords: unemployment; psychosocial effects of unemployment; coping strategies; young graduates



Introdução

O desemprego na Europa afeta atualmente sobretudo jovens adultos com qualificação superior, em consequência da massificação do acesso ao ensino superior e da evolução da estrutura económica e do mercado de trabalho, que não acompanharam essa massificação (Gonçalves, Carreira, & Sequeira, 2006). Para a maioria das pessoas, a identidade profissional constitui uma parte importante da sua identidade geral. Possuir um trabalho valorizado pela sociedade e no qual se obtém sucesso aumenta a autoestima e facilita o desenvolvimento de uma identidade mais segura e estável. O trabalho exercido pode, assim, ser considerado uma medida de valor pessoal (Lobato, 2004). Coerentemente, a transição para o desemprego traduz um processo que se reveste de profundas implicações psicossociais, influenciando o modo como os indivíduos vivenciam e atribuem significado aos seus projetos e percursos (e.g., Araújo & Jordão, 2011; Lourenço, 2013).

O desemprego em jovens graduados está associado tanto ao investimento mais prolongado em atividades de formação académica e profissional, como ao protelar do assumir papéis de vida tradicionalmente identificados com a idade adulta, em especial ao nível de compromissos relacionais e familiares (Arnett, 2006; Bynner, 2005). A entrada mais tardia dos jovens no mercado de trabalho e a desregulação das condições de acesso e permanência no emprego pode encontrar-se associada a uma complexificação do desenvolvimento vocacional, podendo requerer uma maior capacidade de reflexão no sentido da (re)definição de objetivos vocacionais, exigindo uma maior adaptabilidade vocacional (Savickas, 1997). O desemprego acarreta consequências para aqueles que o vivenciam e que importa compreender, sejam eles de carácter social, psicológico, físico ou vocacional. Isso é particularmente importante no que toca aos jovens graduados. Lacković-Grgin, Deković, Milosavljević, Cvek-Sorić e Opačić (1996) sublinham as consequências financeiras e/ou materiais do desemprego, enquanto outros enfatizam as consequências de nível psicológico (e.g., Feather, 1989). Estudos com jovens graduados portugueses sugerem que o desemprego nesta população pode estar associado à diminuição da autoestima, níveis mais elevados de ansiedade e depressão, comorbilidade psiquiátrica, problemas emocionais, sentimentos de inutilidade e falta de prestígio (perante a família e sociedade), frustração (devido ao investimento pessoal e financeiro realizado para se formarem) e vergonha (de depender financeiramente da família) (Lima & Gomes, 2010; Lourenço, 2013). Num estudo qualitativo com graduados portugueses entre os 25 e os 32 anos, Araújo e Jordão (2011) identificaram impactos psicossociais negativos do desemprego, mas também aspetos positivos. O estudo aponta a perda de benefícios sociais, dificuldade de planear o futuro e instabilidade financeira, mas também a possibilidade de evolução pessoal, mais tempo livre, esperança e atitudes positivas.

O *coping* é definido por Lazarus e Folkman (1984) como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelo indivíduo para lidar com exigências internas e externas avaliadas como *stressantes* e que resultam da relação entre o indivíduo e o meio. Os autores diferenciam dois tipos de estratégias: focadas no problema (FP) e focadas nas emoções (FE). As estratégias FP têm como objetivo analisar e definir a situação, envolvendo comportamentos que promovem mudanças diretas na situação desencadeadora de *stress*. Ou seja, são dirigidos à solução do problema. As estratégias FE têm como objetivo diminuir os sentimentos negativos decorrentes da situação *stressante* (e.g., utilizar álcool ou



drogas para enfrentar a situação, procurar apoio psicossocial, praticar desporto ou desfocar-se do problema). Segundo Waters e More (2002) o conceito de *coping* permite a conceptualização dos esforços do sujeito face à mudança contínua do mercado de trabalho e da gestão das exigências internas e externas (cognitivo-afetivas e comportamentais) associadas ao desemprego, que pode ser maximizada com intervenções destinadas a desempregados. Lima e Gomes (2010) apontam algumas estratégias que os desempregados utilizam para lidar com o desemprego, tais como realizar pós-graduações e investir mais na formação; adotar uma atitude proactiva de procura de emprego, distribuindo currículos (CV) nas empresas, pesquisar anúncios em *sites* e jornais e realizar trabalho remunerado distinto da sua formação. Estas e outras estratégias FP são fundamentais na vida de qualquer desempregado, principalmente nos jovens, porque permitem manter a sua saúde psicológica.

O desemprego em jovens graduados é um fenómeno atual emergente, sendo escassos os estudos qualitativos que focam este complexo fenómeno e que permitam compreender aprofundadamente as vivências desta população. Assim sendo, realizou-se um estudo de enfoque dominante qualitativo ao qual se agrega uma componente quantitativa (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006), com o objetivo de explorar e descrever os efeitos psicossociais do desemprego em jovens graduados e os mecanismos de *coping* adotados pelos mesmos.

Metodologia

Foram definidas três questões de investigação - Q11: Qual o significado do desemprego para os jovens graduados?; Q12: Quais os efeitos psicossociais do desemprego em jovens graduados?; e Q13: Que estratégias de *coping* utilizam para lidar com o desemprego?

Participantes Participaram neste estudo 19 jovens graduados (até 30 anos), desempregados há pelo menos 6 meses. Os participantes das entrevistas têm entre 21 e 23 anos e a maioria é do sexo feminino (66.67%). Possuem formação em Psicologia (18%) e na área da engenharia (66.67%) e estão numa situação de desemprego entre 6 a 12 meses. Os participantes do questionário têm entre 21 e 30 anos. A maioria é do sexo feminino (87.5%), possui licenciatura pós-bolonha (50%) e o curso de Psicologia (18%). Estão numa situação de desemprego entre 6 a 36 meses. A tabela 1 apresenta as características dos participantes.

Tabela 1
Caraterização dos participantes (N=19) das entrevistas e questionários

Variável	n. ^o		M		DP	
	E	Q	E	Q	E	Q
Idade	-	-	23	24.16	2.65	2.48
Sexo						
F	2	14	-	-	-	-
M	1	2	-	-	-	-
Formação						



Psicologia	1	5	-	-	-	-
Engenharia e Saúde	2	6	-	-	-	-
Economia e Estudos Editoriais	-	3	-	-	-	-
Serviço Social/Ed.Infância	-	2	-	-	-	-
Duração Des.	-	-	9	14.81	3.46	9.59

Nota: E=Entrevista; Q=questionários; B.=Bolonha; Duração Des.=Tempo de duração do desemprego (em meses).

Técnicas de Recolha de Informação Recorreu-se a entrevistas, questionários, observações e imagens. As entrevistas foram semiestruturadas, tendo sido elaborado um guião especificamente para este estudo, a partir das questões de investigação, sujeito a um teste piloto (com reflexão falada) previamente à sua aplicação. É composto por 8 questões.

O questionário integra a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress - EADS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995, adaptação de Pais Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). A EADS-21 é um instrumento de autorrelato, que avalia os sintomas associados à ansiedade, depressão e stress. É composto por 21 itens numa escala tipo Likert de quatro pontos referente à severidade e frequência dos sintomas experimentados pelos indivíduos nos últimos sete dias. Os itens são agrupados em três subescalas, comportadas por sete itens cada: Ansiedade, Depressão e Stress. A adaptação portuguesa deste instrumento apresenta valores elevados de consistência interna para as três subescalas (Ansiedade=0.74; Depressão=0.85, Stress=0.81). O questionário integra ainda 4 questões abertas, desenvolvidas especificamente para este estudo. Previamente à sua aplicação realizou-se um teste piloto do questionário, de forma a testar especificamente os itens de resposta aberta. De forma a enriquecer a compreensão acerca do fenómeno focado recorreu-se ainda à observação da reportagem “Geração Adiada” e à análise de nove imagens.

Procedimentos Os entrevistados foram selecionados por conveniência, através da rede de conhecimentos dos autores. Foram contactados por telefone, sendo informados acerca do estudo e das questões de confidencialidade. As entrevistas foram realizadas na sua casa, gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra. As transcrições foram enviadas por *e-mail* aos entrevistados, para que as validassem. Foram também elaboradas fichas de entrevista.

Os questionários foram disponibilizados *online*, através da plataforma “Formulários Google” durante 1 semana, tendo-se partilhado o *link* de acesso ao mesmo na rede social Facebook através das contas dos três primeiros autores. Obteve-se um total de 16 respostas.

A reportagem “Geração Adiada” foi observada através da plataforma “Youtube”. Os três primeiros autores realizaram notas individuais da visualização desse documento que posteriormente integraram. As imagens foram obtidas com recurso ao motor de busca *Google Imagens* (tendo como descritores: desemprego, desemprego em jovens graduados), assim como notícias de jornal relacionadas com a temática. Por fim, e de forma transversal ao estudo, recorreu-se ao diário de investigação como estratégia adicional para a qualidade das inferências.



Técnicas de Análise de Informação Os dados qualitativos foram sujeitos à análise de conteúdo temática (Bardin, 2011), com recurso ao programa NVivo, versão 11 (QSR). O *corpus* da análise é composto pelas transcrições das entrevistas, respostas aos itens abertos do questionário, notas das observações e imagens. Emergiu um sistema de codificação misto, integrando categorias dedutivas, decorrentes da revisão de literatura, e categorias indutivas, que derivaram do material empírico recolhido (Brandão, 2010). A análise foi realizada pelos três primeiros autores e discutida junto do último autor. O sistema de categorias final possui 6 categorias de primeiro nível e 14 de segundo. Os dados quantitativos foram sujeitos a análise estatística, utilizando-se o *software IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.

Apresentação e Discussão de Resultados

QI1: Qual o significado do desemprego para os jovens graduados?

A compreensão do significado do desemprego para os jovens graduados estudados remete para duas ideias centrais: aspetos negativos e positivos da situação de desemprego e o significado do emprego. As consequências negativas (a que regista um maior n.º de referências nos dados) são por vezes pouco concretizadas, sem que isso diminua a existência de uma avaliação negativa em relação a este período (*"Não vejo que fatores positivos possam haver no desemprego"*, *"Não tem aspeto nenhum positivo"*). Outras vezes ganha maior concretização no discurso dos participantes (*"está a atrasar-me a vida toda"*, *"faz com que surjam ideias más e um mau estar"*). Esta conceção negativa do desemprego tem sido focada em diversos estudos (e.g., Lourenço, 2013; Araújo & Jordão, 2011). No que toca a consequências positivas, surge a ideia de este período poder permitir a aquisição de uma maior maturidade (*"áreas, que é necessário se calhar, parar... ahhh, ter mais maturidade"*, *"Aprender a esperar"*), bem como uma maior disponibilidade pessoal (*"tenho tido mais tempo para mim, para fazer aquilo que quero"*), nomeadamente para a família e amigos (*"conseguir mais tempo para estar com a família"*). Estas ideias vão ao encontro da literatura (e.g., Araújo & Jordão, 2011). Foi ainda identificada a possibilidade de se refletir acerca de projetos futuros (*"Organizar e redefinir objetivos futuros"*). Curiosamente, Savickas (1997) aponta a (re)definição de objetivos enquanto um aspeto negativo decorrente da situação de desemprego. O facto de surgir no nosso estudo com uma valência positiva poderá eventualmente traduzir um esforço dos jovens graduados em identificar mais-valias face às dificuldades vividas.

Como referido, o significado do desemprego para os jovens graduados estudados é concretizado com verbalizações que refletem o significado do emprego, traduzindo a sua importância em diversas áreas da vida: bem-estar pessoal (*"Consegue... não é... estar feliz na vida"*), estar ativo (*"ninguém consegue estar parado"*), dimensão financeira (*"comprar alguma coisa"*) e realização profissional (*"ter a licenciatura poder (...) trabalhar na área que gosto"*). Estes dados são coerentes com a literatura, no que se refere à associação do trabalho à subsistência (Lobato, 2004; Maslow, 1991) e à autorrealização (Maslow, 1991). Observa-se ainda que a dimensão financeira surge associada ao bem-estar pessoal: o emprego permite ter acesso a recursos que possibilitam viajar (*"ganhar dinheiro consegue (...) visitar se calhar outros lugares que alguém conhece e até aconselha"*). Note-se que os participantes



significam (no sentido de darem significado, interpretarem) o desemprego considerando a situação oposta ou desejada, que é a de *ter* um emprego. Ou seja, a vivência do desemprego ganha significado pela ausência do emprego. A associação entre a dimensão financeira e o bem-estar pessoal, especificamente no que se refere à possibilidade de viajar, encontra-se ausente de estudos anteriores acerca do desemprego nesta população. Contudo, é coerente com a literatura que foca a variável “geração”. Os participantes deste estudo integram a geração y, que inclui pessoas que nasceram após 1980. A literatura aponta que estes indivíduos valorizam o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, priorizando os conceitos de qualidade de vida e de mais tempo livre (e.g., Smola & Sutton, 2002). Coerente com esta ideia, a conceção de bem-estar pessoal para os nossos participantes engloba ainda a possibilidade de estabelecer relações interpessoais (“*Ter relações com as outras pessoas*”). Esta ideia está presente em Lobato (2004), que refere que o trabalho produz a vida social do indivíduo, a partir do relacionamento com outros indivíduos.

QI2: Quais os efeitos psicossociais do desemprego em jovens graduados?

Foi possível identificar diferentes efeitos psicossociais do desemprego nos participantes deste estudo (ver Tabela 2) e referenciados na literatura (e.g., Araújo & Jordão, 2011; Lourenço, 2013; Lacković-Grgin et al., 1996), sendo que as mais presentes (e mais verbalizadas nas entrevistas) foram as consequências vocacionais. Estas remetem principalmente para a dificuldade em realizar a transição do ensino superior para o mercado profissional (“*como por exemplo, como se preparar para ir a entrevistas de emprego... como fazer para procurar emprego*”) e para a vivência de experiências profissionais precárias (“*Sujeitando-me a trabalhos precários e mal remunerados*”). Outros estudos com jovens graduados (e.g., Marques, 2010; Kovács, 2013) têm apontado a precariedade experienciada por esta população a nível de salário e vínculo contratual, apresentando uma posição frágil no mercado de trabalho atual. Relativamente à transição do ensino superior para o mercado profissional, os jovens graduados referem-se a dificuldades devido à falta de experiência profissional aquando da saída da universidade (“*Se uma pessoa sai de estudar, não é... do estudo, não tem experiência*”), sublinhadas na literatura. Pimentel (2007) afirma que o principal obstáculo para o ingresso efetivo no exercício profissional é, de facto, a exigência de experiência prévia, sendo natural que os trabalhadores adultos possuam experiência de trabalho mais sedimentada que os jovens. Todavia, é importante ressaltar que nem sempre os anos de experiência profissional trazem ao sujeito um aumento ou melhoria da sua qualificação (Alves, 2005).

Tabela 2
Efeitos psicossociais identificados

	Entrevistas	Questionários	Observações	Imagens	Total
Vocacionais	64	7	8	1	80
Psicológicas	13	22	0	10	45
Sociais (e relacionais)	16	14	12	0	42
Financeiras	12	14	13	0	39

Nota: As células apresentam o nº de referências (unidades de registo) que codificam em cada categoria.



Outra ideia muito presente nos dados prende-se com a continuação do investimento em formação após a conclusão da licenciatura. As formações de nível superior (pós-graduação, mestrado, doutoramento) têm aparecido, nos últimos anos, como uma alternativa cada vez mais adotada pelos jovens após o término do curso (Alves, 2005). Na conjuntura atual, em que as dificuldades de inserção profissional dos recém-licenciados são cada vez maiores, estes são muitas vezes aconselhados pelos familiares e amigos a continuar o percurso académico. Observa-se, assim, uma estratégia de acumulação de credenciais académicas como forma de contornar as dificuldades de inserção profissional dos jovens licenciados (idem).

A nível das consequências sociais importa referir o adiamento de projetos familiares (*"anteriormente pensava que com a idade que tenho já estaria casada"*) e a referência à emigração enquanto uma última hipótese de integração no mercado de trabalho (*"neste momento também estou a considerar, quase que, digamos assim, a minha última opção, que é emigrar!"*). Conforme refere Nunes (2013), os jovens vêem na emigração uma última oportunidade de conseguirem melhores oportunidades de trabalho na sua área de formação. Não acreditam no acesso a estabilidade profissional em Portugal, pelo que a única solução que perspetivam para exercer o trabalho de que gostam e ao mesmo tempo terem acesso a melhores condições de trabalho e de vida passa por ir para outro país (Kovács, 2013).

Coerentemente com as consequências sociais identificadas, a nível das consequências financeiras nota-se a dificuldade dos participantes em obter independência económica (*"é um bocadinho chato, se calhar, com a nossa idade e com a licenciatura que temos, ainda dependermos economicamente dos pais"*). A precariedade e o desemprego mantêm os jovens graduados numa situação de dependência ou semi dependência em relação aos pais, constituindo um grande obstáculo ao acesso a uma vida autónoma (Kovács, 2013). A análise traduz ainda a relação entre os efeitos financeiros e os efeitos sociais do desemprego (*"porque uma pessoa não tendo dinheiro, não tendo fundos monetários, por vezes até podes querer fazer uma viagem com amigos, com a família (...) ir a uma festa, isso influencia porque não tendo posses, não tendo dinheiro deixas... evitas ir até"*), uma relação que não tem sido sublinhada pela literatura, mas que é coerente com os resultados na QI1, discutidos à luz da variável "Geração".

Relativamente aos efeitos psicológicos, sublinha-se a frustração e a desmoralização no discurso dos participantes. Estes resultados são coerentes com o trabalho de Pimentel (2007) e Silva (2011), que referem que a frustração e o desânimo surgem perante as situações de insucesso na procura de trabalho que se estendem por um longo período de tempo. Os efeitos psicológicos do desemprego foram ainda explorados com a aplicação da EADS. A nível da ansiedade, *stress* e depressão no grupo de participantes ($n=16$), observam-se valores de ansiedade inferiores ao ponto médio ($M=7.44$, $DP=6.78$), e valores de depressão ($M=10.68$, $DP=6.85$) e *stress* ($M=12.63$, $DP=6.23$) superiores ao ponto médio da escala. Estes resultados indicam que o *stress* e a depressão ultrapassam os valores considerados preocupantes do ponto de vista da saúde mental. O sintoma *stress* parece ser o mais vivenciado por esta amostra de participantes. Os participantes poderão experienciar sintomas de cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória de trabalho, bem como algumas doenças físicas decorrentes de um estado de ativação constante (Lovibond & Lovibond, 1995). Pinto, Martins, Pinheiro e Oliveira (2015) aplicaram a EADS a



208 jovens adultos portugueses, 62.9% dos quais a trabalhar a tempo inteiro. Os sujeitos entre 19 e 29 anos (a classe mais próxima ao intervalo de idades na nossa amostra) apresentaram níveis inferiores em todas as subescalas (Ansiedade: $M=2.98$, $DP=3.52$; Depressão: $M=3.96$, $DP=4.5$; Stress: $M=6.69$, $DP=4.55$) em comparação aos obtidos no nosso estudo. Esta diferença parece sublinhar a influência da situação de desemprego nos nossos resultados. Lourenço (2013) encontrou níveis de saúde mais baixos, a nível da autoestima, ansiedade e depressão, co morbilidade psiquiátrica e sintomas físicos, sentindo os desempregados mais dores. Em conformidade, Lima e Gomes (2010) encontraram uma diminuição da autoestima nesta população. Em suma, os nossos resultados são corroborados por estudos que avaliam as consequências psicológicas resultantes da vivência do desemprego.

QI3: Que estratégias de *coping* são utilizadas pelos jovens graduados para lidar com os efeitos da situação de desemprego?

Tabela 3
Estratégias de coping identificadas

Estratégias de coping	Entrevistas	Questionários	Observações	Imagens	Total
Centradas nas emoções	13	1	5	0	19
Centradas no problema	16	33	3	5	57

Nota: As células apresentam o nº de referências (unidades de registo) que codificam em cada categoria.

Identificaram-se estratégias de *coping* focadas no problema (FP) e nas emoções (FE) (ver Tabela 3). Foi possível diferenciar três estratégias FE, nomeadamente o apoio da rede social (*“as pessoas quando eu peço ajuda fazem de tudo para me ajudar”*), não perder a conexão com a área de estudo (*“Tento não perder a minha conexão toda à minha área de ensino”*), e ocupar o tempo com *part times*, sair de casa, ver televisão e manter-se ocupado (*“A minha estratégia desde início é arranjar ocupação para todos os dias”*). As diferentes estratégias identificadas relacionam-se com aspetos que os participantes consideram essenciais para lidar com os efeitos negativos do desemprego. É de destacar o ocupar os tempos livres (a mais referida) e o apoio da rede social, igualmente sublinhada. Apesar de o apoio da rede social ser contemplada enquanto uma estratégia de *coping* FE segundo Lazarus e Folkman (1984), é vista por alguns autores como uma estratégia independente (LaRocco, House, & French Jr, 1980), sendo a regulação emocional e social a sua maior vantagem. De um modo geral, as estratégias de *coping* focadas na rede social consistem na procura de cooperação, conselhos, necessidade de escuta, de conforto e de reconhecimento no trabalho (Tap, Costa, & Alves, 2005).

A nível do *coping* FP identifica-se o recurso a candidaturas espontâneas (*“fui lá entregar, para o caso de precisarem”*), ao centro de emprego (*“inscrevi-me no centro de emprego”*), a pesquisa de anúncios de trabalho (*“Procurar ofertas de trabalho, ver jornais”*) e o recurso à rede de conhecimentos pessoal (*“Procurar um círculo de pessoas com conhecimentos”*). Os participantes focam, tal como esperado, aspetos que estão diretamente relacionados com a procura ativa de emprego (Andersen, 2011). O envio do CV e a procura de anúncios são as mais referidas, traduzindo estratégias de procura de emprego referidas por Lima e Gomes (2010).



O recurso a estratégias de *coping* FP e estratégias FE pelos participantes neste estudo vai ao encontro do trabalho de Andersen (2011), que observou que os desempregados não recorrem necessariamente a apenas uma estratégia de *coping*. Os nossos participantes, contudo, sublinham as estratégias FP, contrariamente ao observado por McFadyen (1995) que refere que as estratégias de *coping* FE são comuns em pessoas de classe média e com qualificações. Apesar de não termos avaliado o nível sociocultural dos participantes, sabemos que são qualificados.

A análise dos dados permitiu ainda observar uma evolução nas estratégias de procura de emprego, algo que a literatura ainda não sublinhou. Especificamente, foi possível observar diferenças entre as estratégias de procura de emprego no período inicial de desemprego e as adotadas no momento atual¹⁵. No período inicial de desemprego há um maior recurso ao envio de CV via *online*; no momento atual o CV é entregue presencialmente. Também se constata diferenças no comportamento em contexto de entrevistas de emprego. Este inicialmente é sobretudo de nervosismo (“*No início ia muito nervosa*”), que se dissipa à medida que o tempo passa (“*agora já não é assim, já vou mais à vontade*”). O menor nervosismo sugere o desenvolvimento de competências de entrevista de seleção. Note-se que a literatura acerca do Recrutamento e Seleção sublinha a importância do desempenho dos candidatos na situação de entrevista (e.g., Silva, 2002). É, assim, importante que desenvolvam competências a este nível.

Reflexões Finais

Importa sublinhar a capacidade dos participantes associarem aspetos positivos ao desemprego, nomeadamente a possibilidade de adquirirem durante esse tempo maior maturidade, importante para o desempenho da função associada à sua formação. Isso traduz a capacidade de reflexão dos participantes acerca das exigências da sua futura (desejada) profissão. De sublinhar ainda o evoluir a nível das estratégias de procura de emprego que são adotadas pelos jovens graduados deste estudo ao longo do tempo.

Apesar de se poder perceber o desemprego enquanto um momento com potencial para o desenvolvimento, os nossos resultados reflectem o desemprego enquanto uma etapa difícil de gerir e que atrasa a adoção do papel de adulto autónomo e que constitui família. Acima de tudo, o desemprego parece fragilizar os jovens graduados, nomeadamente com a precariedade a nível do trabalho. As recentes mudanças económicas, industriais e sociais colocam-nos perante uma Nova Era Organizacional (Rousseau, 1997), com implicações que importa reconhecer e gerir. Isso é tanto mais importante quando se reconhece a importância do trabalho para a qualidade de vida do ser humano, para a definição do seu autoconceito e integração social.

Os resultados deste estudo devem ser lidos considerando a sua natureza exploratória e a dimensão do grupo de participantes, principalmente no que refere aos dados quantitativos. Seria interessante perceber, numa amostra de maior dimensão, se existem diferenças em função do tempo de desemprego a nível dos efeitos psicossociais e explorar a influência de outras variáveis (e.g., área de estudos). Relativamente a estudos futuros, será igualmente importante estudar não só o desemprego de uma forma isolada, mas também o *inemprego*

¹⁵ Entendido enquanto o momento de recolha de dados.



(e.g., Araújo, Jordão, & Castro, 2015). Neste estudo verifica-se que alguns participantes apesar de desempregados optam por realizar *part times* como forma de ocupar o seu tempo, o que vai ao encontro das relações de trabalho precárias abarcadas pelo *inemprego* (Araújo et al., 2015).

No que concerne a implicações práticas, este estudo permite compreender a complexidade da vivência do desemprego, informando os técnicos que intervêm junto desta população, mormente de aspectos a considerar ao desenhar programas de intervenção para jovens graduados desempregados. O estudo sublinha, por exemplo, a importância desta população desenvolver competências que permitam gerir eficazmente a situação de entrevista de emprego, uma situação *stressante* num processo difícil (desemprego). Este estudo permite igualmente compreender as estratégias de *coping* privilegiadas por jovens desempregados. Tendo sido identificada a utilização privilegiada de estratégias FP é premente considerar a importância de continuar a promover estratégias FP, consideradas mais adaptativas na manutenção da saúde psicológica dos jovens desempregados (Lima & Gomes, 2010).

Contato para Correspondência

Catarina do Vale Brandão, FPCEUP, catarina@fpce.up.pt

Referências

- Alves, M. G. (2005). Como se entrelaçam a educação e o emprego? Contributos da investigação sobre licenciados, mestres e doutores. *Interações*, 1(1), 179-201.
- Andersen, S. H. (2011). Exiting unemployment: how do program effects depend on individual coping strategies?. *Journal of Economic Psychology*, 32, 248-258.
- Araújo, P., & Jordão, F. (2011). "The unemployable": Case studies on the impact of psychosocial non-employment among graduates Portuguese. *Análise Psicológica*, 29(2), 289-314.
- Araújo, P., Jordão, F., & Castro, J. (2015). *Impacts of unemployment in higher education Graduates: Intermediate results [Impactos do Inemprego em Graduados do Ensino Superior: Resultados Preliminares]*. In C. Ferreira, J. M. Castro & J. Coimbra (Eds.), *Lugares do Trabalho, Espaços de Aprendizagem: A relevância da Formação para o Trabalho* (pp. 131-142). Porto: IEFP: Instituto de Emprego e Formação Profissional.
- Arnett, J. J. (2006). Emerging adulthood in Europe: A response to Bynner. *Journal of Youth Studies*, 9, 111-123.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70: Persona.
- Brandão, C. V. (2010). *O Desempenho Individual de dirigentes de topo da Administração Pública Portuguesa: um contributo para o desenvolvimento de uma taxionomia comportamental e motivacional*. Doutoramento em Psicologia. Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Bynner, J. (2005). Rethinking the youth phase of the life-course: The case for emerging adulthood? *Journal of Youth Studies*, 8, 367-384. doi: 10.1080/13676260500431628
- Cepeda, F. I. (2009). *Os processos de coping e de savoring e a agressividade na adaptação académica e social dos adolescentes à escola*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Feather, N. T. (1989). Reported changes in behavior after job loss in a sample of older unemployed men. *Australian Journal of Psychology*, 41(2), 175-185. doi: 10.1080/00049538908260081
- Gonçalves, F. R., Carreira, T., Valadas, S., & Sequeira, B. (2006). Percursos de empregabilidade dos licenciados: Perspectivas europeias e nacional. *Análise Psicológica*, 24, 99-114.



- Kovács, I. (2013). *Flexibilização do mercado de trabalho e percursos de transição de jovens: uma abordagem qualitativa do caso da área metropolitana de Lisboa*. SOCIUS Working Papers, Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa, Portugal.
- Lacković-Grgin, K., M. Deković, B. Milosavljević, I. Cvek-Sorić, & G. Opačić, (1996). Social Support and Self-esteem in Unemployed University Graduates, *Adolescence*, 31(123), Libra Publishers.
- LaRocco, J. M., House, J. S., & French Jr, J. R. P. (1980). Social Support, Occupational Stress, and Health. *Journal of health and social behavior*. 21(3), 202-218.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, And Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lima, A. V., & Gomes, M. W. F. (2010). "ESTOU FORMADO (A), E AGORA?": uma análise sobre o sofrimento psíquico de desempregados recém-formados em instituições de nível superior em São Luís-MA. *Cadernos de Pesquisa*, 17(3), 37-46.
- Lobato, P.S. (2004). O significado do trabalho para o adulto jovem no mundo provisório. *Revista de Psicologia da UnC*, 1(2), 44-53.
- Lourenço, A. C. T. (2013). *Jovem, licenciado & desempregado: discriminação face à idade e consequências para a saúde*. Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Marques, A. P. (2010). "Sacralização" do mercado de trabalho. Jovens diplomados sob o signo da precariedade. Configurações. *Revista de sociologia*, 7, 65-89.
- Maslow, A. H. (1991). The nature of happiness. *The Journal of Humanistic Education and Development*, 29(3), 99-102. doi: 10.1002/j.2164-4683.1991.tb00009.x
- McFadyen, R. (1995). Threatened identities: Unemployed people. *Current Psychology*, 14(3), 233-257.
- Nunes, F. J. B. (2013). *Gestão de carreiras: qual o paradigma adotado pelos jovens graduados em Portugal?* Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa, Portugal.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239
- Pimentel, R. G. (2007). *E agora, José?: jovens psicólogos recém-graduados no processo de inserção no mercado de trabalho na região da Grande Florianópolis*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Pinto, J. S., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e stress: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(2), 148-163.
- Rousseau, D. (1997). Organizational behavior in the new organizational era, *Annual Review of Psychology*, 48, 515-546.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda.
- Savickas, M. L. (1997). Career adaptability: An integrative construct for life-span, life-space theory. *The Career Development Quarterly*, 45, 247-259. doi: 10.1002/j.2161-0045.1997.tb00469.x
- Silva, E. B. (2002). *Recrutamento e Seleção*. Monografia de Pós-Graduação, Universidade Candido Mendes, Tijuca.
- Silva, M. M. (2011). Estratégias de sobrevivência: bolsa de iniciação científica, desemprego e precarização do trabalho entre os jovens. *Teoria e Prática da Educação*, 13(3), 87-98.
- Smola, K. W. & Sutton, C.D. (2012) Generational differences: revisiting generational work values for the new millennium. *Journal of Organizational Behavior*, 23(4), 363-382. doi: 10.1002/job.147
- Tap, P., Costa, E., & Alves, M. (2005). Escala Toulousiana de Coping (ETC): Estudo de Adaptação à População Portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(1), 47-56.



Waters, L. E., & Moore, K. A. (2002). Self-esteem, appraisal and coping: a comparison of unemployed and re-employed people. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 593-604.



Impacto do processo de Coaching na produtividade das empresas

Ana Maria Galvão^{1, 2, 3}, Samanta Filipa Cabeceiro⁴ & Marco Braga Pinheiro^{4, 5}

5. *Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança, Portugal*

6. *Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde.*

7. *Especialista em Psicologia do Trabalho, Social e das Organizações e Executive e Life Coach, ICF*

8. *Escola Superior de Tecnologia e Gestão – Instituto Politécnico de Bragança, Portugal*

9. *B'TEN – Business Consultants, Portugal*

Resumo

A International Coaching Federation (ICF) define Coaching como “uma relação permanentemente focada nos clientes e nos respetivos planos de ação, no sentido da realização das suas visões de futuro. Este processo recorre a uma metodologia de questionamento e de descoberta pessoal, de forma a gerar no cliente um nível superior de consciência e de responsabilização. Ao mesmo tempo, proporciona ao cliente uma estrutura de apoio e de feedback.”

Objetivou-se conhecer o impacto da implementação do Processo de Coaching nas Empresas (PCE) na produtividade das empresas.

Aplicou-se um inquérito online a 16 chefias de empresas, seguindo-se uma entrevista semiestruturada realizada a quatro coaches com 14 questões que integram o perfil socioprofissional do coach e a sua opinião sobre a sua prática de PCE.

Dos resultados conclui-se que a maioria dos coachees considera que o PCE traz benefícios aos resultados da empresa, destacando-se o desenvolvimento de competências e a melhoria da comunicação. O aumento de desempenho com a prática de Coaching situou-se em média entre os 50% e 70%. Quanto à avaliação do PCE, a maioria dos inquiridos não utiliza o retorno de investimento (ROI). Relativamente às entrevistas aos coaches, conclui-se que 75% concordam com o facto do Coaching gerar benefícios relevantes na vida profissional dos coachees e também se conclui que nenhum coach utiliza o ROI nas suas avaliações.

Conclui-se ainda que a maioria dos coachees considera que o PCE traz benefícios nos resultados da empresa, destacando-se a motivação pessoal e a melhoria de desempenho da organização.

Palavras-chave: Coaching; Empresas; Impacto na Produtividade.



Abstract

The International Coaching Federation (ICF) defines coaching as "a permanent relationship focused on customers and on their action plans towards the realisation of their visions of the future. This process uses a questioning methodology and personal discovery, in order to generate a higher level of awareness and accountability of the customer. At the same time it provides the customer with a support and feedback structure."

The aim of the study was to identify the impact of the implementation of the Coaching Process in Enterprises (CPE) in business productivity.

An online survey was applied to 16 corporate managers, followed by a semi-structured interview to four coaches with 14 questions that make up the socio-professional profile of the coach and his opinion about the CPE.

From the results we concluded that most coachees consider that the CPE is beneficial to the company's results, highlighting the development of skills and improved communication. The performance increase as a result of Coaching averaged between 50% and 70%. As for the evaluation of the CPE, the majority of respondents did not measure the return on investment (ROI). Regarding the interviews with coaches, we concluded that 75% agree with the fact that the Coaching generates significant benefits to the professional life of coachees and also that no coach uses the ROI in their assessments.

Most coachees consider that the CPE has benefits in the company's results, highlighting the personal motivation and improvement of the organisation's performance.

Keywords: Coaching; Enterprises; Impact on Productivity.



Introdução

Parece-nos importante termos a noção que o Coaching não é recente. Há quem diga que Coaching existe há muitos séculos desde o tempo do filósofo grego Sócrates, quando este costumava reunir-se com os seus discípulos para debater assuntos filosóficos. Destes debates surgiu o método socrático, que consiste no ato do professor conduzir o aluno a um processo de reflexão e descoberta dos seus valores, e através de perguntas e desafios desenvolver o seu conhecimento sobre determinada situação. Esta é uma definição da essência do Coaching, focada no conceito da Grécia Antiga.

Para nos centrarmos na atual definição de Coaching é importante salientar que os primeiros rumores desta palavra, surgiram na modalidade de desporto. Mais tarde, na década de 70 Tim Gallwey (1974) definiu o Coaching como sendo uma forma de metodologia de ajuda pessoal e profissional que visa alcançar objetivos e metas desejados. Também é importante perceber que embora o Coaching se tenha evidenciado no desporto foi-se desenvolvendo de acordo com as necessidades noutras áreas de atuação, nomeadamente no mundo empresarial. O Coaching é enriquecido simultaneamente por diversas fontes:

- Filosofia ontológica, que questiona a própria natureza de ser;
- Psicologia organizacional, cognitiva, comportamental e positiva, que analisa questões sobre o modo como as pessoas funcionam em grupos, como aprendem e mudam, e o que as faz sentirem-se felizes e/ou satisfeitas;
- Teatro (desempenho teatral), que pode ser definido como a capacidade de projetar uma realidade fabricada e que implica dominar a arte de “presença”;
- Paradigmas de consultadoria de negócio, que ensinam gestores e líderes a mecânica dos negócios de sucesso;
- Antropologia social, que examina a forma como diferentes culturas definem o sucesso e como os líderes são escolhidos;
- Neurociência, que estuda o modo como a estrutura e a química do cérebro afetam a capacidade de um indivíduo mudar e crescer.

Em última análise, todas as disciplinas que acrescentam algum conhecimento útil ao Coaching partilham a mesma raiz - a forma como os humanos se desenvolvem, se relacionam com os outros e crescem e mudam de modo a melhor alcançar com eficiência e eficácia os seus objetivos.

No entanto, continua a existir muita controvérsia sobre aquilo que o Coaching é efetivamente, bem como sobre a forma como deve ser feito. O facto de não se chegar a um consenso torna a tarefa dos profissionais dos Recursos Humanos e do Desenvolvimento das Organizações, bem como a dos gestores das empresas, complicada, pois é difícil definir “Coaching”, encontrar um modelo de “Coaching” razoavelmente simples e implementar uma cultura de Coaching nas suas organizações com alguma facilidade. Muitas organizações estão demasiado focadas nos resultados finais para permitirem a aprendizagem por experiência-erro.



A International Coaching Federation (ICF) define Coaching como “uma relação permanentemente focada nos clientes e nos respetivos planos de ação, no sentido da realização das suas visões de futuro. Este processo recorre a uma metodologia de questionamento e de descoberta pessoal, de forma a gerar no cliente um nível superior de consciência e de responsabilização. Ao mesmo tempo, proporciona ao cliente uma estrutura de apoio e de feedback.”

Para a Executive e Life Coach Maggie João (2011), “Coaching é uma caminhada que ajuda a revelar o potencial do indivíduo e fá-lo avançar para onde este quer ir e quem quer ser, de uma forma mais rápida e mais fácil do que se o fizesse sozinho”. “O Coaching é a arte de despertar a grandeza nas pessoas para que honre a integridade do espírito humano. É tanto uma capacidade inata humana quanto uma habilidade que se ensina” (Dolan & Altman 2012).

Segundo Miller (2008) Coaching é um processo deliberado que usa conversas focadas no sentido de criar um ambiente para o crescimento individual, a ação com um propósito e a melhoria sustentada. Esta definição é suficientemente abrangente para permitir multiplicações, mas também suficientemente restrita para identificar os componentes chave de uma relação de Coaching de sucesso. Ainda segundo o mesmo autor, é importante analisar o porquê do “Coaching” agora. Todas as pessoas que trabalham em empresas necessitam de desenvolvimento como parte do seu processo contínuo de crescimento profissional. O recrutamento de talento, o desenvolvimento e a retenção de pessoas competentes são reconhecidos por muitas e boas organizações como vantagens competitivas óbvias. O Coaching surgiu como uma disciplina poderosa na qual as organizações estão a investir de várias formas para desenvolver e manter o seu pessoal.

O facto do Coaching aparecer como um serviço profissional para os colaboradores nas organizações é o resultado da confluência de diversas tendências:

- *Advento da “verdadeira máquina”* - As empresas são escrutinadas frequentemente em busca de desperdício. Um fraco desempenho já não é tolerado. Longe vão os tempos em que os empregados eram mantidos por simpatia. O elevado desempenho é a regra e as organizações investem em Coaching para pessoas que acrescentam valor suficiente.
- *Não há tempo para formação* - O tempo para formação está a ser drasticamente reduzido. Até mesmo as denominadas competências transversais são aprendidas através de programas *online* e salas de aula virtuais que evitam a saída e ausência das pessoas do escritório, o que implica gastos elevados.
- *O ritmo elevado de negócio* - A velocidade a que os negócios são conduzidos hoje em dia continua a aumentar. Assim, a necessidade das pessoas de serem capazes de gerir as suas vidas interiores e adaptar-se à mudança é fundamental. Os coaches podem oferecer perspetivas e ajudar os colaboradores a estruturar o seu tempo e a dar prioridade às suas atividades mais eficazmente.
- *Desenvolvimento “super-líder”* - Relacionado com a velocidade do negócio está o tempo que demora um jovem talento a chegar a uma posição de liderança – geralmente muito antes de terem tido tempo para refletir e sintetizar as suas próprias experiências. Os



coaches podem ajudar com análise focada nas áreas cruciais da visão, objetivos e autoconhecimento.

- A “*geração eu*”- As pessoas jovens nas organizações sentem que são especiais e únicas, respondendo favoravelmente a serviços que são talhados especificamente para elas. Adicionalmente, a flexibilidade de horário funciona como moeda de troca ao seu desenvolvimento formal e muitos trabalhadores vêm isso como um direito. Os colaboradores encaram o Coaching como um benefício e um reconhecimento de que são suficientemente valiosos para justificarem o investimento.

O Coaching é o veículo perfeito para uma aprendizagem customizada e na hora certa. Leva muito menos tempo e pode ser agendado de acordo com os horários do colaborador. Adicionalmente, é uma excelente forma de capitalizar as formações feitas, uma vez que após a formação há maior tendência para usar os seus novos conhecimentos e adotar novos comportamentos.

A necessidade de um equilíbrio entre racionalidade e emoção da nova cultura de gestão coloca os profissionais sob pressão constante e o processo de coaching é um contributo importante na performance pessoal e profissional (Neves, Galvão, & Pereira, F. 2013).

Benefícios do Coaching

A ICF (2009) num estudo global em 2008 sobre o cliente de Coaching realizou um inquérito a 2165 clientes localizados em 64 países. Foram avaliadas 15 áreas de impacto positivo do Coaching. Como se pode observar na tabela 1, um dos aspetos inovadores deste estudo foi o facto de classificar os impactos do Coaching em famílias em função da percentagem de respostas positivas.

Tabela 18 - Áreas de impacto positivo do Coaching

Áreas de Impacto do Coaching	% Respostas Positivas
Autoestima / Autoconfiança	80%
Relações	73%
Comunicação de habilidades	72%
Habilidades interpessoais	71%
Performance de Trabalho	70%
Equilíbrio Trabalho / Vida Pessoal	67%
Bem-estar	63%
Oportunidades de carreira	62%
Organização pessoal	61%
Gestão de empresas	61%
Gestão do tempo	57%
Eficácia de equipa	51%
Cultura organizacional	38%
Organização financeira	27%
Plano de investimentos	15%



Neste sentido, as diferentes áreas de impacto foram classificadas em cada um dos benefícios (Tabela 1), tal como:

- Benefícios primários: autoestima / autoconfiança;
- Benefícios principais: Relações, comunicação de habilidades, habilidades interpessoais, performance de trabalho e equilíbrio trabalho / vida pessoal;
- Benefícios gerais: Bem-estar, oportunidades de carreira, organização pessoal, gestão de empresas, gestão do tempo e eficácia de equipa;
- Benefícios específicos: Cultura organizacional, organização financeira e plano de investimentos.

Arrivé e Frings-Juton, citados por Pereira (2008), entendem que a aplicação de um programa de Coaching traz benefícios para o **coachee**, a nível:

- Cognitivo - onde vai aperfeiçoar a sua capacidade de análise;
- Profissional – vai adquirir competências de gestão e de liderança;
- Psicológico – gestão do stress e possibilidades de libertação interior.

Quanto às **organizações**, entendem que a aplicação de um programa de Coaching traz benefícios na:

- Eficiência da chefia;
- Melhor gestão de equipa;
- Melhor aplicação dos recursos internos da organização, assim como, a capacidade de reter o saber-fazer organizacional.

O Coaching oferece um porto seguro onde o cliente pode partilhar a sua visão do mundo, sem se sentir alvo de juízos, retaliações ou preconceitos. Indubitavelmente, o Coaching é uma ferramenta enriquecedora para ambos, coach e cliente. (João, 2011)

Metodologia

O objetivo principal deste estudo foi conhecer o impacto da implementação do PCE na produtividade das empresas, através da resposta às seguintes questões de investigação:

- Qual é o grau de satisfação das chefias de empresas que implementaram o processo de Coaching?
- Quais os benefícios tangíveis e intangíveis incorridos na produtividade de empresas que apostam/apostaram no Coaching?
- Quais os benefícios que os coachees identificam como mais relevantes do processo de Coaching?

Tipo de estudo

O estudo decorreu em três fases, sendo que numa primeira fase contactou-se um conjunto de coaches para melhor caracterizar o perfil socioprofissional dos coaches e coachees bem como conhecer os benefícios que estes profissionais atribuem ao PCE e a forma como implementam o PCE. Aceitaram participar nesta fase 5 coaches a quem foi enviado um questionário com na maioria perguntas de resposta aberta. Esta primeira fase resultou



também num conjunto de nomes de empresas que foram abordadas para participarem na segunda fase.

Esta segunda fase foi a de contacto com as chefias responsáveis, em cada uma das empresas, pela ligação entre coach e coachee, normalmente afetos ao departamento de Recursos Humanos ou similar, tendo participado 16 chefias de 16 empresas no preenchimento dos inquéritos que foram utilizados para a recolha de dados. Este inquérito, feito por questionário, teve como objetivo conhecer o perfil dos clientes alvo do PCE, os objetivos que as empresas procuram alcançar através do PCE e a avaliação dos impactos do PCE.

Na terceira e última fase, foi entregue um questionário a 20 colaboradores de uma das 16 empresas participantes na segunda fase com o objetivo de conhecer a sua motivação profissional e a opinião que tinham sobre os benefícios do PCE a que tinham sido submetido.

Em qualquer uma das fases de investigação, resolveu-se enveredar por um estudo de carácter exploratório, descritivo e transversal. A investigação é descritiva pois descreve o contexto do PCE associado aos três agentes – coaches, coachees e organizações, bem como os benefícios com ele obtidos.

Tabela 2 - Fases de investigação

Fase 1: Entrevista aos Coaches	Fase 2: Inquérito aos Recursos Humanos	Fase 3: Estudo de Caso
Perfil socioprofissional	Perfil dos clientes	Perfil socioprofissional
Caracterização sessões de PCE	Perfil do PCE encomendado	dos colaboradores
Benefícios obtidos com PCE	Avaliação dos benefícios do PCE	Realização e motivação profissional, Influência do PCE

Resultados

Em termos de resultados o enfoque será nos resultados das fases 2 e 3 acima descritas, uma vez que o objetivo principal do estudo foi o de conhecer o impacto da implementação do PCE na produtividade das empresas. A fase 1, que será objeto de outras análises, serviu acima de tudo para abrir o caminho para a colaboração das chefias das 16 empresas e os 20 colaboradores participantes no estudo.

Baseado nas 3 questões de investigação selecionadas, apresentamos assim os dados que consideramos mais relevantes:

Qual é o grau de satisfação das chefias de empresas que implementaram o processo de Coaching?

Das 16 chefias inquiridas, os principais resultados podem ser resumidos na tabela 3.

**Tabela 3 - objetivos do Processo de Coaching nas Empresas**

Objetivo do PCE	Insuficiente n (%)	Suficiente n (%)	Bom n (%)	Muito Bom n (%)
Motivar equipas	0 (0%)	0 (0%)	6 (85,7%)	1 (14,3%)
Desenvolver liderança	0 (0%)	0 (0%)	5 (83,3%)	1 (16,7%)
Desenvolver competências	0 (0%)	0 (0%)	4 (66,7%)	2 (33,3%)
Melhorar desempenho	0 (0%)	0 (0%)	6 (85,7%)	1 (14,3%)
Acompanhar a fase de mudança	0 (0%)	1 (16,7%)	4 (66,7%)	1 (16,7%)
Melhorar comunicação	0 (0%)	0 (0%)	5 (71,4%)	2 (28,6%)
Explorar Talento	0 (0%)	0 (0%)	5 (100%)	0 (0%)

Dos dados acima podemos concluir que as chefias inquiridas e onde existiram vários PCE – nas 16 empresas houve 44 colaboradores coachees – consideram os resultados bons a muito bons para os vários tipos de PCE selecionados. Só em relação à satisfação sobre os processos de coaching orientados para o acompanhamento numa fase de mudança, há uma resposta suficiente. Estes resultados são também corroborados pela percepção que os responsáveis das empresas têm sobre o impacto no desempenho desses mesmos colaboradores.

Quais os benefícios tangíveis e intangíveis incorridos na produtividade de empresas que apostam/apostaram no Coaching?

Em relação à questão em apreço, foi solicitado aos responsáveis pelo acompanhamento dos programas de coaching de quantificarem o aumento do desempenho dos colaboradores sujeitos a tais programas, quando comparado com o seu desempenho anterior. Não obstante haver um grau de subjetividade nas respostas, parte considerável do aumento verificado baseia-se em métricas próprias de cada uma das empresas para medir o desempenho dos seus colaboradores, métricas essas que por sua vez são utilizadas para as avaliações periódicas efetuadas. Assim, podemos considerar que o aumento de desempenho indicado está alinhado com os objetivos das empresas e a forma como essas empresas medem o desempenho dos seus colaboradores.

Tabela 4 - Aumento de desempenho

% de aumento de desempenho com prática de coaching, por função do coachee	<50% n (%)	50-60% n (%)	60-80% n (%)	>80% n (%)
Dir. Geral / Administrador	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)
Gerente	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)
Dir. Financeiro	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)
Dir. Comercial	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0 (0%)
Dir. Recursos Humanos	0 (0%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0 (0%)
Comercial	0 (0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0%)
Chefia Intermédia	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)
Técnico Superior	0 (0%)	1 (25%)	3 (75%)	0 (0%)
Colaborador não especificado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)



Quais os benefícios que os coachees identificam como mais relevantes do processo de Coaching?

A última questão a que se pretendeu responder foi o de saber quais os principais benefícios que os coachees identificam tanto a nível pessoal como a nível organizacional. Assim, foi pedido para responderem a duas questões sobre a influência que o PCE tinha sobre esses factores.

Em relação à influência sobre motivação pessoal, os resultados são os apresentados na tabela 5, sendo de salientar que 75% dos inquiridos considerou que o PCE tem uma influência positiva na sua motivação.

Tabela 5 - Percepção positiva na motivação pessoal

Resposta	n	%
POUCO	2	10.0
ÀS VEZES	2	10.0
NÃO SEI	1	5.0
MUITO	7	35.0
SEMPRE	8	40.0
Total	20	100.0

Em relação à influência sobre desempenho da organização, 80% dos inquiridos considerou que os PCE têm uma influência positiva no desempenho da organização.

Tabela 6 - Percepção positiva no desempenho das organizações

Resposta	n	%
POUCO	2	10.0
ÀS VEZES	1	5.0
NÃO SEI	1	5.0
MUITO	11	55.0
SEMPRE	5	25.0
Total	20	100.0

Dos resultados acima podemos concluir que o PCE é considerado como um instrumento para melhorar o desempenho das organizações, os seus colaboradores e igualmente aumentar a motivação pessoal desses colaboradores, sendo assim uma ferramenta com fortes benefícios para todas as partes envolvidas.

Discussão

Do presente estudo pode-se concluir que o Processo de Coaching nas Empresas traz grandes benefícios tanto às organizações como aos indivíduos. Contudo, a maioria das empresas não utiliza métricas quantitativas para medir os benefícios, sendo que a medida que melhor poderá medir os impactos, o Return on Investment (ROI), só é utilizada por um sexto das empresas inquiridas.

Assim, em conjunto com o PCE deverão ser implementadas formas de medir o efetivo impacto nas empresas, tanto em termos de desempenho, como em termos de rentabilidade.



Sendo que a medição da efetividade do PCE é também do interesse do coach, por forma a poder demonstrar o impacto positivo do seu trabalho, sugerimos que sejam estudadas formas de poder medir o aumento de desempenho das organizações e dos seus colaboradores, tanto em termos qualitativos como quantitativos.

Conclui-se que a maioria dos *coachees* considera que o PCE traz benefícios nos resultados da empresa, destacando-se o desenvolvimento de competências e a melhoria da comunicação. O aumento de desempenho com a prática de *Coaching* situou-se em média entre 50% e 80%. Quanto a avaliação do PCE, a maioria não utiliza o retorno de investimento (ROI). Sobre as entrevistas aos coaches, conclui-se que 75% concordam sobre o fato do *Coaching* ter benefícios relevantes na vida profissional dos *coachees* e que nenhum utiliza o ROI nas suas avaliações. Do estudo de caso, ressalta o facto da maioria dos colaboradores daquela empresa considerarem que o PCE tem quase sempre ou sempre impacto na motivação pessoal e desempenho da organização.

Contato para Correspondência

Ana Maria Galvão, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança, Avenida D.Afonso V, 5300-121 Bragança, Portugal, anagalvao@ipb.pt

Referências

- Dolan, S. L., & Altman, Y. (2012). Managing by values: The leadership spirituality connection. *People and Strategy*, 35(4), 20.
- Echeverria, R. (1993). *Ontología del lenguaje*. Palma de Mallorca: Dolmen Editorial.
- Gallwey, T. (1974), *The Inner Game of Tennis (1st ed.)* New York: Random House.^[1]^[SEP]
- Galvão, A. M., Gomes, M. J., & Certo, A. (2015). Emoções em contexto organizacional. *II Seminário Internacional em Inteligência Emocional*, 11-11.
- Internacional Coach Federation (2004), *The 2004 ICF Coaching Client Survey: Small Business Owners and Professionals*.
- Internacional Coach Federation (2009), *ICF Global Coaching Client Study – Executive Summary*. April 2009.
- Internacional Coach Federation (2012), *ICF Global Coaching Client Study 2012*.
- João, M. (2011), *101 Perguntas sobre Coaching*. Lisboa, Smartbook.
- Miller, M. H. (2008), *Coaching in Organizations - Best Coaching Practices*.^[1]^[SEP]
- Neves, C., Galvão, A. M., & Pereira, F. (2013). Motivational tools within organizational management. In *Business and Economics Series-Proceedings of the 1st International Conference on Management, Marketing, Tourism, Retail, Finance and Computer Applications (MATREFC'13)* (pp. 115-120). WSEAS Press.
- Pereira, A. (2008), *Coaching em Portugal - Teoria e Prática*. Lisboa; Edições Silábo.
- Pérez, J. F. Bou (2009). *Coaching para docentes: motivar para o sucesso*. Porto: Porto Editora
- Wolk, L. (2008). *Coaching. A Arte de Soprar Brasas*. Rio de Janeiro: Editora Qualitymark



Soft Skills & Carreira: uma estratégia de intervenção psicológica vocacional no ensino superior

Marta Rodrigues¹, Teresa Espassandim², Inês Magalhães³

1. Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal

2. Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal

3. Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal

Resumo

A construção de um projeto profissional é um processo vocacional complexo que não termina aquando da escolha ou realização de um curso superior, a par de que a contínua revolução tecnológica desafia as instituições de ensino superior a adaptar não só os currículos mas também os serviços disponibilizados aos seus alunos. É da consciência desta realidade e da vontade em dar resposta às reais necessidades dos estudantes que nasceu no ISEP a iniciativa Soft Skills & Carreira, que disponibilizou um conjunto de seminários com o objetivo de capacitar em diferentes competências transversais, como a gestão de tempo, a comunicação, a gestão das emoções, a liderança, a gestão de conflitos e as competências de empregabilidade. A iniciativa integrou também sessões de coaching psicológico, modalidade de intervenção que visa o desenvolvimento de competências e a exploração do potencial individual para o alcance de metas definidas pelo indivíduo, tanto a nível profissional como pessoal. Estas sessões visam intervir ao nível da gestão de carreira dos estudantes e baseiam-se no modelo de balanço pessoal de competências, permitindo aos participantes identificar e desenvolver competências transversais que consideram críticas para o seu futuro e desempenho de uma profissão. A 1ª edição da iniciativa Soft Skills & Carreira proporcionou no total 9 seminários, 35 sessões de coaching, contou com mais de 270 participantes e que avaliaram a atividade com uma taxa de satisfação de 95%. Estes resultados reforçam a importância dos serviços de apoio ao estudante e do papel do Psicólogo nas Instituições de Ensino Superior.

Palavras-chave: Gestão de carreira; Competências Transversais; Coaching Psicológico; Ensino Superior



Abstract

The construction of a professional project is a complex vocational process that does not end when choosing or achieving a higher education, along with the continuous technological revolution challenges the higher education institutions to adapt not only the curriculum but also services available to their students. It is from the consciousness of this reality and the will to respond to the real needs of students that born in ISEP Soft Skills & Careers initiative, which provided a series of seminars with the aim of training in different soft skills such as time management, communication, managing emotions, leadership, conflict management and employability skills. The initiative also integrated psychological coaching sessions, type of intervention aimed at skills development and exploitation of individual potential to achieve goals set by the individual, both professionally and personally. These sessions aim to intervene to career management level of the students and are based on personal skills balance model, allowing participants to identify and develop soft skills they consider critical for their future and performance of a profession. The 1st edition of Soft Skills & Careers initiative provided in total 9 seminars, 35 coaching sessions, attended by over 270 participants and evaluating the activity with a 95% satisfaction rate. These results reinforce the importance of support services to the student and the role of the psychologist in Higher Education Institutions.

Keywords: Career Management; Soft Skills; Psychological Coaching; Higher Education



Introdução

Uma Instituição de Ensino Superior não pode concentrar-se apenas no desempenho académico e na formação profissional dos seus estudantes, tendo também como objetivo a formação integral do estudante, devendo proporcionar um espaço destinado ao aluno. A preocupação com o estudante universitário tem vindo a aumentar nos últimos anos, bem como o número de serviços de apoio dentro das Instituições de Ensino. (Cabrera & Castañeda, 1992; Polydoro, 1995; Almeida, Soares & Ferreira, 1999; Serpa & Santos, 2001). Este apoio passa pelo acompanhamento na construção de um projeto profissional do aluno. No entanto, a construção de um projeto profissional é um processo vocacional complexo que não termina aquando da escolha ou realização de um curso superior, a par de que a contínua revolução tecnológica desafia as instituições de ensino superior a adaptar não só os currícula mas também os serviços disponibilizados aos seus alunos. Por isso, a intervenção no âmbito da gestão de carreira efetuada no Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP) não passa somente por apoiar os alunos na elaboração de instrumentos de procura activa de emprego como os seus *curricula vitae*, mas também por disponibilizar um serviço que permite ao estudante recorrer para apoio na tomada de decisão, para a exploração de oportunidades profissionais e do conhecimento do mercado de trabalho, preparação do investimento e operacionalização e no ampliar do autoconhecimento, nomeadamente através do balanço pessoal de competências – dimensões críticas para a construção de um plano de desenvolvimento de carreira. A iniciativa *Soft Skills & Carreira* nasce no ISEP, da vontade de adaptar os serviços que são disponibilizados aos alunos nas Instituições de Ensino Superior, procurando dar assim resposta às reais necessidades dos estudantes. Esta iniciativa contou com um total de 9 seminários, com o objetivo de capacitar em diferentes competências transversais, como a gestão de tempo, a comunicação, a gestão das emoções, a liderança, a gestão de conflitos, as apresentações em público e as competências de empregabilidade. Estas competências surgiram de um levantamento de necessidades, que começou por uma pesquisa, na literatura, das problemáticas que levavam os alunos a procurarem os serviços de orientação e apoio aos alunos das Universidades. Esta pesquisa mostrou-nos que existem temáticas gerais que podem ser consideradas as necessidades dos alunos, ou seja, aquilo que esperam desenvolver quando procuram um serviço de apoio e orientação nas suas faculdades. Os temas surgiram da seguinte forma: gestão de tempo; gestão de carreira; bem-estar psicológico; bem-estar físico; métodos de estudo; orientação vocacional; sucesso académico; comportamentos de risco; saúde mental; e relacionamento interpessoal (Dias, 2006).

A 1ª edição da iniciativa integrou complementarmente sessões de *coaching* psicológico, modalidade de intervenção que visa o desenvolvimento de competências, permitindo aos participantes identificar e desenvolver competências transversais que consideram críticas para o seu futuro e desempenho de uma profissão.

Segundo Gallwey (2004) o trabalho do treinador é libertar o potencial que a pessoa tem para que a mesma maximize o seu desempenho, ou seja, que estimule a pessoa para que o seu potencial apareça. Na literatura podemos encontrar várias definições de *coaching*, mas a *International Coach Federation* (2000) define o *coaching* como uma relação de parceria que



tem como objetivo apoiar o indivíduo na procura de resultados benéficos para a sua vida pessoal e profissional, onde o mesmo amplia a sua capacidade de aprender e aperfeiçoar a sua performance e qualidade de vida. O *Integrated Coaching Institute* (2009) não define o *coaching* de forma muito diferente, considerando que é uma relação de parceria que visa o desenvolvimento de habilidades para o alcance de metas desejadas pelo indivíduo, tanto a nível profissional como pessoal (Silva, 2010). Essencialmente, o *coaching* é um processo de desenvolvimento humano que envolve uma estrutura focada na interação e estratégias adequadas, ferramentas e técnicas de análise para promover a mudança desejável em benefício da pessoa que procura ajuda (Cox, Bachkinova & Clutterbuck, 2014).

Metodologia

As competências abordadas nos seminários foram previamente selecionadas pelos alunos através de um questionário de necessidades e interesses. Todos os alunos do ISEP foram notificados, via correio eletrónico, e puderam realizar a sua inscrição atempadamente. Tal aconteceu do mesmo modo com as sessões de *coaching* psicológico individual. O número de sessões variou em função das necessidades apresentadas pelos alunos.

A periodicidade dos seminários foi quinzenal e as sessões de *coaching* consoante a necessidade apresentada pelos estudantes.

Objetivos

No total foram realizados 9 seminários, cujo objetivo geral foi estimular o desenvolvimento de competências transversais (gestão de tempo; comunicação; gestão de emoções; liderança; gestão de conflitos; apresentações em público; e competências de empregabilidade) através de um formato de intervenção em grupo.

De forma mais específica podemos apresentar o tema dos 9 seminários, bem como os objetivos específicos de cada um.

- “Como ser mais organizado e eficaz?”

Objetivo específico: apresentar estratégias de gestão de tempo que permitam ao indivíduo desenvolver estas competências.

- “Como ser um líder e não um chefe?”

Objetivo específico: identificar as diferenças entre um líder e um chefe, abordando distintos estilos de liderança.

- “Como ser assertivo?”

Objetivo específico: identificar os diferentes estilos de comunicação e apresentar estratégias que ajudem a desenvolver a assertividade.

- “Como lidar com situações difíceis?”



Objetivo específico: explorar situações permitam identificar situações de conflito e apresentar estratégias que podem ser úteis na gestão de conflitos.

- “Como usar as emoções a meu favor?”

Objetivo específico: demonstrar como as emoções estão presentes na tomada de decisão e em todas as relações que estabelecemos e apresentar estratégias que permitam usar as emoções a favor do próprio indivíduo.

- “Como fazer apresentações sem público?”

Objetivo específico: apresentar estratégias que permitam aos indivíduos ter sucesso nas suas apresentações em público.

- “Como potenciar a minha NetWork?”

Objetivo específico: demonstrar a importância de estabelecer relações com outros profissionais, utilizando em específico a rede profissional LinkedIn.

- “Como não ter o meu CV?”

Objetivo específico: apresentar algumas dicas de como tornar o CV mais atrativo para o mercado e apresentar alguns erros apontados pelos empregadores.

- “Como brilhar numa entrevista?”

Objetivo específico: apresentar estratégias de preparação para entrevistas.

Instrumentos

Questionário de satisfação

A satisfação de cada estudante foi avaliada através de um questionário de satisfação, implementado no final de cada seminário.

Este questionário é dividido em secções, que englobam um conjunto de questões com uma escala tipo Likert, destinadas a avaliar as competências técnicas do formador (e.g. clareza e exposição dos conteúdos); competências de comunicação de formador (e.g. ritmo e dinamismo); competências genéricas do formador (e.g. relação interpessoal); e aspetos relacionados com as ações de formação e as instalações (e.g. aplicabilidade da formação; instalações e equipamentos)

Em relação às sessões de *coaching*, a avaliação da satisfação foi considerada nas últimas sessões. Esta avaliação foi realizada pelos alunos de forma oral, através de comentários dos estudantes, sobre se as sessões corresponderam às suas expectativas e se obtiveram resultados.

Já a satisfação em relação às sessões de *coaching* foi considerada nas últimas sessões, através dos comentários orais dos alunos.



Resultados

Os mais de 270 alunos que participaram na iniciativa *Soft Skills & Carreira* durante o 2.º semestre do ano lectivo 2015/2016 avaliaram os seminários com uma taxa de satisfação de 95%. As sessões de *coaching* foram também avaliadas pelos estudantes como positivas e eficazes para a identificação e desenvolvimento de competências transversais que os mesmos consideraram essenciais para o seu futuro profissional e também pessoal.

Discussão

O trabalho do Psicólogo em contexto de intervenção do Ensino Superior não se deve limitar à área clínica ou apenas ao acompanhamento vocacional, mas sim a todo o processo de desenvolvimento global do estudante, desde que este inicia o seu percurso académico até à etapa seguinte, a saída do Ensino Superior e entrada no mercado de trabalho. Aqui, o papel do Psicólogo é facilitar o processo desta transição normativa do aluno, proporcionando o desenvolvimento tanto da maturidade psicológica como pessoal, possibilitando condições para a sua projecção no futuro, implicando, de acordo com o conceito de adaptabilidade vocacional de Parada & Coimbra (2005) que significa a "...capacidade de os indivíduos continuamente anteciparem escolhas e transições, explorarem possibilidades e seleccionarem alternativas potenciadoras do seu desenvolvimento e adequação ao meio..." (p. 363).

A população estudantil que se encontra em fase de desenvolvimento, está em constante mudança, obrigando o Psicólogo a adaptar todos os serviços que disponibiliza aos alunos, de forma a colmatar as reais necessidades dos mesmos. Os seminários aparecem como preventivos e educativos, uma vez que abordaram temáticas de risco no Ensino Superior (Carvalho, 2008).

Os resultados da iniciativa *Soft Skills & Carreira* reforçam a importância dos serviços de apoio ao estudante e do papel do Psicólogo nas Instituições de Ensino Superior. É com o objetivo de melhor servir o aluno que continuamos a apostar na diversidade e adaptação dos serviços prestados.

Contacto para Correspondência

Marta Rodrigues, ISEP, Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 431 4249-015 Porto, martarodrigues@hotmail.com

Teresa Espassandim, ISEP, Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 431 4249-015 Porto, mtme@isep.ipp.pt

Inês Magalhães, ISEP, Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 431 4249-015 Porto, ivsm@isep.ipp.pt



Referências

- Almeida, L. S., Soares, A. P. C. E. & Ferreira, J.A. (1999). Adaptação, rendimento e desenvolvimento dos estudantes de ensino superior. Construção/Validação do Questionário de Vivências Acadêmicas. *Relatório Técnico da Investigação*, Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga-PT.
- Cabrera, A. F.; Castañeda, M. B.; Nora, A. & Hengstler, D.(1992). The convergence between two theories of college persistence. *Journal of Higher Education*, 63 (2)143-164.
- Carvalho, R. G. G. (2008). A dimensão relacional da intervenção dos serviços de psicologia nas escolas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 119-124.
- Cox, E., BachKinova, T., Clutterbuck, D. (2014). *The Handbook of Coaching*. Sage Publication Ltd.
- Dias, M. G. (2006). *Apoio Psicológico a Jovens do Ensino Superior. Métodos, técnicas e experiências*. Porto: Edições ASA.
- Parada, F., & Coimbra, J. L. (2005). Transição escola-mundo do trabalho: exploração de algumas das suas dimensões psicológicas. How are Portuguese youth negotiating the school-to-work transition process?. In simpósio "Career Development: Intervention Strategies and process outcomes". IXth Conference of the EARA.
- Polydoro, S. A. J. (1995). *Evasão em uma instituição de ensino superior: desafio para a Psicologia Escolar* (Dissertação de Mestrado). PUC- Campinas.
- Serpa, M. N. F. & Santos, A. A. A. (2001). Atuação no ensino superior: um novo campo para o psicólogo escolar. *Psicologia Escolar e Educacional*, 5(1), 27-35.



Impacto do desemprego no bem-estar psicológico

Susana Ferreira¹, Maria Emília Areias¹, Cassandra Oliveira¹ & Maria Isabel Cunha¹

1. Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU, Portugal

Resumo

A situação profissional (emprego/desemprego) exerce uma forte influência sobre a saúde mental. Devido à crise económica registada em 2008, o desemprego aumentou na Europa para aproximadamente 23 milhões de desempregados. Contudo, há falta de evidências sobre as consequências do desemprego na vida de cada indivíduo, na relação consigo próprio e com os outros, bem como possíveis medidas de prevenção para atenuar este impacto no bem-estar mental. As variáveis do presente estudo de investigação são afeto positivo, laços emocionais, perda de controlo emocional/comportamental, ansiedade, depressão, bem-estar positivo, *distress* e saúde mental. Para o efeito, foram avaliados 160 participantes, dos quais 80 são desempregados inscritos no Centro de Emprego, com idades compreendidas entre 18 e 63 anos (DP=12.93; M=35.44); e 80 são empregados cujas idades estão compreendidas entre 19 e 70 anos (DP=11.63; M=39.08). Foi utilizado um procedimento de consentimento informado, com resposta a um instrumento de caracterização sociodemográfica e à aplicação de um questionário de autopreenchimento: o *Mental Health Inventory* (MHI, Inventário de Saúde Mental). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis já referidas entre os grupos de desempregados e empregados. Mas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros nos níveis de perda de controlo emocional/comportamental, ansiedade, depressão e *distress*, sendo estas diferenças significativamente superiores no género masculino comparativamente com o feminino. Os resultados são discutidos na perspetiva da prevenção de dificuldades quer nos contextos de emprego quer nas situações de desemprego, assim como serão refletidas as limitações metodológicas do presente estudo e implicações em investigação futura.

Palavras-chave: Bem-estar; Desemprego; Saúde Mental; Stress.



Abstract

The employment status (employment/unemployment) has a strong influence on mental health. As a result of the 2008 economic crisis, unemployment increase to high levels existing about 23 million unemployed in Europe. However, there is a shortage of evidence about psychological effects of unemployment understand, the consequences it has on the life of every individual as well as in relationship with themselves and with others and possible preventive measures to reduce this impact on the well-being mental health.

The outcome measures are: Positive affect, Emotional ties, Loss of emotional/behavioral control, Anxiety, Depression, Positive well-being, Distress and Mental health.

For this purpose, it was used a Portuguese sample of 160 participants of which 80 are unemployed people registered at the employment center with an age between 18 and 63 years ($SD=12.93$; $M=35.44$) and 80 are employed people which ages are ranging between 19 and 70 years ($SD=11.63$; $M=39.08$).

We proceeded to a informed consent, a socio-demographic characteristics of the sample and appealed to the application of a self-report questionnaire: the Mental Health Inventory (MHI) or Inventário de Saúde Mental.

No statistically significant differences were found in the aforementioned variables between the groups of unemployed and employed. However exists statistically significant differences in loss of emotional/behavioral control, depression, anxiety and distress. These differences are significantly higher in males compared to females.

The results are discussed on the perspective of difficulties prevention either in unemployment or employment contexts. We also will reflect the methodological limitations of this investigation and implications for the future research.

Keywords: Well-being; Unemployment; Mental Health; Stress.



Introdução

O desemprego é das palavras mais comentadas, ouvidas e faladas da atualidade. Tem-se tornado um fenómeno emergente, sendo um dos conceitos que mais afeta o bem-estar e saúde mental de um indivíduo.

Considera-se desemprego como sendo a perda e/ou não obtenção de um posto de trabalho regulamentar, seguida da procura de novos postos de trabalho, estando o trabalhador apto para o exercício das funções pretendidas.

Desta forma salienta-se que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde mental trata-se de um estado de bem-estar em que cada indivíduo percebe o seu próprio potencial, consegue lidar com as pressões normais da vida, podendo trabalhar de forma produtiva e proveitosa sendo capaz de contribuir para a sua comunidade.

Considerando o exposto e pelo facto de acharmos de extrema importância perceber como o desemprego afeta as pessoas, definimos como objetivo principal desta investigação avaliar o impacto que a situação face ao desemprego tem na saúde mental dos indivíduos.

Objetivos

Avaliar o impacto do desemprego na saúde mental tendo assente as medidas utilizadas (bem-estar, autoestima, depressão e ansiedade); estudar o impacto do desemprego na saúde mental em função do género nos desempregados; estudar o impacto do desemprego em função dos níveis de escolaridade; estudar o impacto do desemprego na saúde mental em função da duração do desemprego.

Métodos

A recolha de dados foi realizada numa amostra portuguesa de 160 participantes, dos quais, 80 são desempregados inscritos no Centro de Emprego de Penafiel; e 80 são empregados. A amostra é constituída por 64 indivíduos do sexo masculino e 96 indivíduos do sexo feminino. Como se pode observar na Tabela 1, o grupo dos indivíduos em situação de desemprego ($n=80$) tem uma média de idades de 35.44 ($DP=12.93$). Os participantes em situação de emprego ($n=80$) apresentam uma média de idades de 39.08 ($DP=11.63$).

Foi utilizado um procedimento de consentimento informado, com resposta a um instrumento de caracterização sociodemográfica e à aplicação de um questionário de autopreenchimento: o *Mental Health Inventory* (MHI) ou Inventário de Saúde Mental (Veit e Ware, 1983; adaptado por Pais-Ribeiro, 2001).

Tabela 1
Caracterização da amostra

Dados	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	%
Sociodemográficos				
Situação				
Desempregado			80	50
Empregado			80	50
Idade				
Desempregado	35.44	12.93		



Empregado	39.08	11.63
Escolaridade		
6º ano	35	19.4
9º ano	40	12.2
12º ano	61	33.9
Licenciatura	15	8.3
Outro (Mestrado, Doutoramento...)	9	5.0
Duração de Desemprego		
<3 meses	16	
3-6 meses	16	
6-12 meses	15	
>12 meses	33	
Duração de Emprego		
<3 meses	5	
3-6 meses	3	
6-12 meses	2	
>12 meses	70	

Tabela 2
Caracterização da amostra em relação ao género e ao estado civil de acordo com os grupos

Dados Sociodemográficos	Desempregados		Empregados	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo				
Masculino	30	18.8	34	21.3
Feminino	50	31.3	46	28.8
Estado Civil				
Solteiro	41		22	
Casado/União de facto	32		51	
Divorciado/Separado	5		7	
Viúvo	2		0	



Resultados

Tabela 3

Teste t, para avaliar o nível de saúde mental entre os indivíduos desempregados e os indivíduos empregados.

	Desempregados		Empregados		<i>Gl</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
Afeto positivo	36.66	10.24	36.96	8.48	158	-.20	.84	.03
Laços Emocionais	13.01	3.84	12.04	3.31	158	1.72	.09	.27
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	38.01	9.52	40.45	6.75	158	1.87	.06	.29
Ansiedade	40.31	11.49	42.06	8.07	158	-1.12	.27	.17
Depressão	20.78	5.73	21.31	4.54	158	-.66	.51	.10
Bem-estar positivo	49.68	13.12	49.00	10.99	158	.35	.73	.06
<i>Distress</i>	99.10	25.55	103.83	18.13	158	-1.35	.18	0.21
Saúde Mental	148.78	35.25	152.83	25.38	158	-.83	.41	.13



Tabela 4

Teste t, para avaliar o nível médio de saúde mental entre os indivíduos desempregados do género masculino e do género feminino

	Masculino		Feminino		<i>Gl</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
Afeto positivo	38.00	11.10	35.86	9.71	78	-0.90	.37	0.20
Laços Emocionais	13.17	3.54	12.92	4.04	78	-2.77	.78	0.07
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	40.87	8.97	36.30	9.51	78	-2.12	.04	0.49
Ansiedade	44.30	10.48	37.92	11.50	78	-2.48	.02	0.58
Depressão	22.73	5.44	19.60	5.62	78	-2.44	.02	0.57
Bem-estar positivo	51.17	13.80	48.78	12.75	78	-.79	.43	0.18
<i>Distress</i>	107.90	23.57	93.82	25.45	78	-2.46	.02	0.57
Saúde Mental	159.07	33.07	142.60	35.39	78	-2.06	.04	0.48



		<i>Gl</i>	Soma dos quadrados	Quadrado médio	<i>F</i>	<i>p</i>
Afeto positivo	Entre grupos	4	111.52	27.88		
	Nos grupos	155	13852.86	89.37	.31	.87
Laços Emocionais	Entre grupos	4	2.37	65.96		
	Nos grupos	155	10728.62	69.22	.04	.99
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	Entre grupos	4	263.82	65.96		
	Nos grupos	155	10728.62	69.22	.95	.44
Ansiedade	Entre grupos	4	303.70	75.93		
	Nos grupos	155	15384.67	99,26	.77	.55
Depressão	Entre grupos	4	131.27	32.82		
	Nos grupos	155	4103.42	26.47	1.24	.3
Bem-estar positivo	Entre grupos	4	134.69	33.67		
	Nos grupos	155	23009.08	148.45	.23	.92
<i>Distress</i>	Entre grupos	4	1923.18	480.8		
	Nos grupos	155	76508.59	493.60	.97	.42
Saúde Mental	Entre grupos	4	2109.30	527.33		
	Nos grupos	155	147590.29	952.2	.55	.7

Tabela 5

ANOVA One Way, para avaliar o nível médio de saúde mental entre os grupos, de acordo com a escolaridade



Tabela 6

ANOVA One Way, para avaliar o nível médio de saúde mental dos desempregados, de acordo com a duração de desemprego

		<i>gl</i>	Soma dos quadrados	Quadrado médio	<i>F</i>	<i>p</i>
Afeto positivo	Entre grupos	3	244.4	81.47		
	Nos grupos	76	8033.5	105.70	.77	.51
Laços Emocionais	Entre grupos	3	96	32		
	Nos grupos	76	1069	14.07	2.28	.09
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	Entre grupos	3	555.05	185.02		
	Nos grupos	76	6605.94	86.92	2.13	.10
Ansiedade	Entre grupos	3	404.02	134.67		
	Nos grupos	76	10023.17	131.88	1.02	.39
Depressão	Entre grupos	3	203.94	67.98		
	Nos grupos	76	2388.01	31.42	2.16	.1
Bem-estar positivo	Entre grupos	3	565.26	188.42		
	Nos grupos	76	13026.3	171.4	1.1	.36
<i>Distress</i>	Entre grupos	3	3278.6	1092.87		
	Nos grupos	76	48288.60	635.38	1.72	.17
Saúde Mental	Entre grupos	3	5983.16	1994.39		
	Nos grupos	76	92188.79	1213.01	1.64	.19



Discussão

Quanto aos níveis de saúde mental, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos desempregados e empregados (Tabela 3).

No que diz respeito ao género, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis perda de controlo emocional/comportamental, ansiedade, depressão, *distress* e níveis de saúde mental. Sendo que o género masculino apresentou valores superiores comparativamente com o género feminino (Tabela 4).

Por último, ao analisar os dados referentes aos níveis de escolaridade (Tabela 5) e duração de desemprego (Tabela 6) verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis.

Em termos de revisão de literatura, referente aos níveis médios de saúde mental entre os géneros, verificamos que os nossos resultados vão de encontro ao esperado, pois as mulheres apresentam menos impacto que os homens. Uma possível justificação é o facto de as mulheres apresentarem mais acesso a alternativas substitutas de emprego, como o trabalho doméstico.

Deste modo, verifica-se que alguns indivíduos são capazes de lidar melhor com o impacto na saúde mental causado pelo desemprego.

No entanto, no que diz respeito aos resultados das restantes hipóteses verificamos que não vão de encontro com a literatura esperada. Dado que, de acordo com as diversas investigações efetuadas em torno deste tópico constataram, de uma forma geral, que as pessoas desempregadas tendem a experienciar níveis elevados de depressão, ansiedade, *stress*, juntamente com baixa autoestima e baixa confiança (Warr, P., Jackson, P., Banks, M., 1988, cit. por Vieira, 2014).

De uma forma geral, de acordo com os estudos apresentados, é possível constatar que a resposta psicológica individual ao desemprego é caracterizada pela heterogeneidade, embora os aspetos negativos pareçam ser mais frequentes tais como sintomas como depressão e ansiedade.

Como respostas a este problema podem ser evidenciadas o facto dos indivíduos empregados terem cargas de trabalho excessivas, más condições de trabalho, encontrarem-se em ambientes com riscos de *stress*, terem falta de apoio de chefias e colegas, não participarem na tomada de decisões que afetam o trabalhador e a falta de controlo sobre a forma como executa o trabalho.

Desta forma, vai enfatizar a necessidade de avaliação e intervenção sobre riscos psicossociais.

Neste estudo, são consideradas algumas limitações. Relativamente à amostra, importa observar o número reduzido de sujeitos, não permitindo a extrapolação dos resultados para uma população mais vasta. Para além disso, o facto de o questionário ser um pouco extenso faz com que as pessoas não tenham muita “paciência”, o que conduz à não-aceitação por parte de alguns indivíduos em responder ao mesmo. Encontra-se ainda inerente o facto de muitos indivíduos em situação de emprego tomarem antidepressivos bem como grande parte dos desempregados apresentarem o nível de escolaridade até à 4ª classe, visto que é um dos critérios de exclusão.



Agradecimentos

Professora Doutora Maria Emília Areias

Professor Doutor José Carlos Rocha

Contacto para Correspondência

Susana Filipa Silva Ferreira, Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU, Rua Central da Gandra 1317, 4585-116 Gandra, Paredes, Portugal, susanafiferreira@outlook.pt

Maria Emília Areias, Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU, Rua Central da Gandra 1317, 4585-116 Gandra, Paredes, Portugal, metega@sapo.pt

Referências

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Acedido Março 25, 2016 em <https://osha.europa.eu/pt/about-eu-osha/what-we-do/how-we-work/how-to-reach-us>.
- Pais- Ribeiro, J. L. (2011). *Inventário de Saúde Mental* (1ª edição). Lisboa: Placebo Editora.
- Vieira, F. F. P. (2014). *Impacto do Desemprego no Bem-Estar Psicológico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia – Universidade Lusófona do Porto, Portugal



PSICOLOGIA VOCACIONAL E DO DESENVOLVIMENTO DA CARREIRA



Estudo preliminar da versão Portuguesa do questionário “Occupational Possible Selves”

Francisca C. Duarte¹, Maria Paula Paixão¹ & J. M. Tomás da Silva¹

¹Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

Resumo

Integrados no conceito mais geral de *Possible Selves*, os eus possíveis ocupacionais têm sido conceptualizados como auto percepções de futuras ocupações profissionais. O questionário *Occupational Possible Selves* – OPS (Chalk, Meara, Day, & Davis, 2005) avalia as expectativas, os medos ou receios e as idealizações acerca das profissões. O objetivo deste estudo é apresentar a adaptação e validação preliminar para a língua e cultura portuguesas deste questionário com uma amostra de 230 estudantes do ensino secundário participantes com idades compreendidas entre os 16 e os 23 anos ($M = 17.62$; $DP = 1.28$). Em particular analisaram-se os efeitos principais e a interação entre a tipificação sexual das ocupações profissionais e a categoria de eus possíveis na percepção dos participantes. Confirmámos a presença do efeito de interação entre os fatores: os participantes temem sobretudo as ocupações femininas, e aspiram e esperam as ocupações masculinas e neutras. Existe um padrão semelhante de aspirações e expectativas relativamente às profissões masculinas e neutras.

Palavras-chave: Eus possíveis; aspirações ocupacionais; género.



Abstract

Integrated into the more general concept of Possible Selves, occupational possible selves have been conceptualized as self-perception of future occupations. The questionnaire Occupational Possible Selves – OPS (Chalk, Meara, Day, & Davis, 2005) evaluates the expectations, fears or concerns and ideas about several occupations. The aim of this study is to present the preliminary adaptation and validation for the Portuguese language and culture of this questionnaire with a sample of 230 participants aged between 16 and 23 years ($M = 17.62$; $SD = 1.28$). In particular, we analysed the main effects and interactions between the gender typing of the occupations and the category of possible selves in the lack of participants. We confirmed the presence of the interaction effect between factors: participants fear especially the feminine jobs, and aspire and expect the masculine jobs. There is a similar pattern of aspirations and expectations in relation to the masculine and neutral jobs.

Keywords: Possible Selves; occupational aspirations; gender.



Introdução

Os seres humanos podem organizar conhecimentos adquiridos com a experiência de uma forma que lhes permite ligar esse conhecimento em futuras relações com o mundo. As estruturas cognitivas dinâmicas assim criadas são chamadas de esquema e podem operar em diferentes áreas de processamento de informação (Markus & Ruvolo, 1989). Esquemas que se baseiam na interpretação de eventos sociais e comportamentais são chamados de esquemas sobre o eu (Markus, Crane, Bernstein, & Silade, 1982); têm a dupla finalidade de ajudar na compreensão, por parte dos indivíduos, da sua experiência social e de organização de informações sobre si mesmos (Chalk, Meara, Day, & Davis, 2005). Quando um indivíduo usa informações dos esquemas sobre o eu para construir uma imagem de si mesmo, o resultado é um autoconceito trabalhado (Markus & Ruvolo, 1989). De acordo com Markus e Nurius (1986), o autoconceito contém um número de eus possíveis que são definidos como imagens do que as pessoas idealizam tornar-se, esperam tornar-se, ou receiam tornar-se no futuro. Por exemplo, eus possíveis de uma estudante universitária podem incluir idealmente tornar-se uma cientista conhecida, esperar tornar-se uma professora de ciências e temer ficar desempregada (Chalk et al., 2005).

Eus Possíveis são concepções individuais de eus futuros, incluindo eus que são ideais e que correspondem a aspirações, bem como eus que se referem medos ou receios. O conceito de eus possíveis abarca tanto o que é culturalmente determinado como os aspetos construídos do *self*. A ideia de eus possíveis foi apresentada por Hazel Markus e Paula Nurius, na década de 1980, como uma maneira de estudar o processo de desenvolvimento humano através das características consideradas nucleares da representação de si no futuro (Duarte, 2011). Os eus possíveis desempenham um papel cognitivo e afetivo na motivação (Markus & Ruvolo, 1989). Cognitivamente influenciam as expectativas facilitando a crença de que alguns eus são mais possíveis de concretizar que outros. Quando as expectativas são estabelecidas, os eus possíveis servem para concentrar e organizar atividades de forma objetiva e eficiente. Em geral, quanto mais elaborado e nítido um eu possível é, mais organiza e motiva o indivíduo. Num nível afetivo, imaginar o resultado a atingir associado a um eu positivo provoca uma emoção ligada a esse resultado. Markus e Ruvolo, em 1989, sugeriram que imaginar um eu ideal pode aumentar a eficiência e a criatividade do indivíduo (Chalk et al., 2005).

Como referiu Duarte (2011), os eus possíveis, tal como proposto por Markus e Nurius, descrevem o auto conceito do indivíduo como uma forma dinâmica de auto representações que são acessíveis à consciência a qualquer momento. Baseados em modelos de processamento cognitivo da informação, funcionam como “um sistema combinado de estruturas de conhecimento sobre o *self* que é a base de como armazenar e recuperar informações da memória” (p. 6). Contêm uma série de auto esquemas que fazem parte de um multifacetado trabalho do autoconceito, o qual constitui um subconjunto integrado de todas as autorrepresentações disponíveis. Podem incluir três tipos de esquemas orientados para o futuro: o eu sonhado, o eu desejado ou esperado e o eu temido. Servem como recursos cognitivo-motivacionais que mobilizam e dirigem o indivíduo ao longo do desenvolvimento (King & Hicks, 2007). O estabelecimento de objetivos a longo prazo e a sua personalização em projetos ou planos de ação mobiliza, orienta e regula o comportamento exploratório e/ou instrumental em diversos contextos, contribuindo para a construção da identidade



psicossocial (Paixão, 2004). Eus possíveis ideais são os eus que se acredita que podem tornar-se realidade, os eus possíveis desejados são os eus que se acredita poderem realizar-se, e os eus possíveis temidos são os eus que não se quer que venham a tornar-se realidade (Duarte, 2011).

O conceito de eus possíveis tem sido bastante profícuo na investigação, nos mais variados domínios da psicologia, confirmado pela quantidade e qualidade de estudos produzidos internacionalmente. Apesar do interesse com este conceito, a revisão da literatura mostra-nos que os eus possíveis ocupacionais são um aspeto do comportamento que apenas recentemente começou a ser investigado. O fraco interesse dos investigadores do desenvolvimento vocacional por este conceito em parte explica-se pela inexistência de medidas objetivas e eficientes do mesmo. Recentemente, Chalk e colaboradoras (2005) desenvolveram o *OPS*, tornando mais fácil a incorporação do construto na investigação do desenvolvimento vocacional e carreira. Em Portugal, a investigação do constructo de eus possíveis ocupacionais é praticamente inexistente, provavelmente pelo facto de não dispormos ainda de procedimentos de medida do constructo devidamente adaptados para a cultura portuguesa. O presente estudo procura colmatar a lacuna neste domínio e tem como objetivo iniciar o processo de validação para a língua e cultura portuguesas do questionário *OPS*, utilizando os procedimentos de análise estatística descritiva e inferencial referidos no ponto seguinte deste artigo.

Metodologia

Participantes

Participaram neste estudo 230 indivíduos a frequentar o ensino secundário em escolas públicas da Região Centro de Portugal Continental, com idades compreendidas entre os 16 e os 23 anos ($M = 17.62$; $DP = 1.28$), dos quais 39.1% eram do sexo feminino e 60.9% do sexo masculino. Da amostra 57.8% residiam em zona urbana e 42.2% em zona rural, 91.3% tinham nacionalidade Portuguesa e apenas 8.7% tinham outra nacionalidade. Em relação ao ano de escolaridade, 25.2% frequentavam o 11º ano e 27.8% o 12º ano da via profissional, e 18.7% frequentavam o 11º ano e 28.3% o 12º ano da via regular.

Instrumentos

Utilizámos dois instrumentos de recolha de dados: o questionário sociodemográfico, elaborado pelos autores, apresentava questões descritivas tais como o sexo, idade, ano escolar, via de ensino, nacionalidade, zona de residência, entre outras; o questionário *OPS* (Chalk et al., 2005), com quarenta e cinco itens, composto por duas partes que analisam três dimensões de “eus possíveis”: expectativas, medos (receios) e idealizações ou aspirações, em relação às futuras ocupações profissionais. A primeira parte do questionário é composta por uma lista de quinze profissões, apresentada três vezes, para que os participantes avaliem o quanto esperam, temem ou receiam, e idealizam essas profissões. As respostas são efetuadas numa escala de resposta de tipo Likert com 5 pontos, de 1 (*Nada Provável*) a 5 (*Bastante Provável*). Na segunda parte do questionário os participantes indicam, a partir da lista anterior de quinze profissões (1) a que mais esperam, (2) que mais temem ou receiam, e (3) que mais idealizam. Em seguida descrevem dez razões para a ocupação mais temida ou receada e avaliam, numa escala de tipo Likert de 5 pontos de *Nada Importante* (1) a *Bastante Importante* (5), essas razões. As profissões da lista estão classificadas como tipicamente



masculinas (engenheiro/a, arquiteto/a, advogado/a, dentista e médico/a), femininas (professor/a de ensino básico, bibliotecário/a, enfermeiro/a, terapeuta da fala e professor/a do ensino especial), e neutras (administrador/a público/a, repórter, psicólogo/a, diretor/a de relações públicas e professor/a universitário/a), originando subescalas distintas que resultam da combinação do tipo de eu possível com a tipificação sexual de cada ocupação. Desta forma, das três escalas (eus esperados, eus temidos e eus idealizados) resultam, por desdobramento, nove subescalas: ocupação esperada masculina (OEM), ocupação esperada feminina (OEF), ocupação esperada neutra (OEN), ocupação temida masculina (OTM), ocupação temida feminina (OTF), ocupação temida neutra (OTN), ocupação idealizada masculina (OIM), ocupação idealizada feminina (OIF), ocupação idealizada neutra (OIN). Para cada subescala, as pontuações que os participantes podem obter variam entre cinco (pontuação mínima) e vinte e cinco pontos (pontuação máxima). A informação psicométrica disponível sobre o OPS é escassa. Sobre a fiabilidade dos resultados são disponibilizadas estimativas da sua consistência interna (coeficientes de alfa de Cronbach) pelas autoras do estudo original (2005), sendo essas estimativas para as nove subescalas as seguintes: (OEF: .75), (OEM: .42), (OEN: .62), (OTF: .75), (OTM: .49), (OTN: .65), (OIF: .72), (OIM: .56) e (OIN: .63). Das estimativas mencionadas, apenas três são superiores a .7 e duas são inclusivamente inferiores a .5. Donde poder concluir-se que as observações recolhidas na maioria das subescalas do OPS apresentam níveis de erro de medida inaceitáveis. Tanto quanto nos foi possível averiguar, até à data ainda não foi publicado nenhum estudo sobre a validade estrutural do OPS, embora, Chalk e colaboradoras (2005) apresentem algumas evidências acerca da validade convergente das pontuações recolhidas com o instrumento.

Procedimentos

Depois de obtida a autorização das autoras do OPS, traduzimos as questões e os itens do questionário, da língua inglesa para a língua portuguesa e efetuámos o processo inverso (retroversão), seguindo os procedimentos internacionalmente estabelecidos para o efeito (e.g., ITC, 2010; van Vijver & Hambleton, 1996) e, deste processo, resultou a versão preliminar do questionário OPS em Português Europeu e que constituiu o alvo deste estudo. Os dados foram recolhidos em duas escolas públicas da Região Centro de Portugal Continental, entre março e abril de 2016, e fazem parte de um estudo mais abrangente (comportando dois momentos de recolha de dados) que estamos a realizar acerca da adaptabilidade de carreira e da temporalidade no ensino secundário. Obtivemos autorização prévia da Comissão Nacional de Proteção de Dados e da Direção Geral de Educação, através do sistema Monotorização de inquéritos em Meio Escolar. Obtivemos, igualmente, autorização dos diretores das escolas e o consentimento informado dos encarregados de educação. No início de cada sessão de recolha de dados, efetuado por turma, os estudantes foram informados dos objetivos do estudo e do carácter voluntário, confidencial e anónimo da sua participação. No que diz respeito à análise de dados, o presente estudo assenta num “*design*” correlacional que compreende diversos tipos de análises estatísticas: estatísticas descritivas (médias e desvios-padrão); análises de consistência interna (alfa de Cronbach); análises das correlações entre as variáveis; análise de variância fatorial multivariada (MANOVA) 3X3, com o intuito de verificar a interação entre as categorias de eus possíveis (esperados, temidos e idealizados) e a tipificação sexual (masculina, feminina, neutra) das



ocupações profissionais. Todas as análises foram executadas com recurso ao programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS para Windows (versão 22.0) e o nível de significância estatística, usado para controlo de tipo I, foi fixado em 5%.

Resultados

As médias referentes às nove subescalas estão abaixo do ponto médio teórico (15.00). As ocupações temidas atingiram valores de média mais elevados (cf. tabela 1): OTM ($M = 13.38$, $DP = .78$); OTF ($M = 13.76$, $DP = .82$) e OTN ($M = 13.46$, $DP = .81$). Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Chalk et al. (2005), embora ligeiramente inferiores. Os índices de consistência interna que encontramos para as nove subescalas, apresentadas na tabela 1, não coincidiram com os encontrados pelas autoras do questionário original. As ocupações temidas, em relação às ocupações esperadas e idealizadas, registaram valores mais elevados de alfa de Cronbach: OTM (.78), OTF (.82) e OTN (.81). Estes resultados foram superiores aos do estudo original. Quanto às ocupações esperadas, os valores encontrados foram bastante superiores para OEM (.62), ligeiramente superiores para OEN (.68) e ligeiramente inferiores para OEF (.70), quando comparados com os valores de Chalk et al. (2005). No que diz respeito às ocupações idealizadas, os valores obtidos foram superiores para OIM (.63) e para OIN (.71) e inferiores para OIF (.69), quando comparados com os valores obtidos com o questionário original.

Tabela 1

Média, Desvio Padrão e Alfa de Cronbach das Subescalas

Ocupações profissionais	OEM	OEF	OEN	OTM	OTF	OTN	OIM	OIF	OIN
<i>M</i>	9.09	8.50	9.36	13.3	13.7	13.4	10.16	9.06	10.4
				8	6	6			6
<i>DP</i>	3.52	3.80	3.80	5.17	6.08	5.33	3.80	3.87	4.17
Alfa Cronbach	.62	.70	.68	.78	.82	.81	.63	.69	.71

NOTA: OEM = ocupação esperada masculina; OEF = ocupação esperada feminina; OEN = ocupação esperada neutra; OTM = ocupação temida masculina; OTF = ocupação temida feminina; OTN = ocupação temida neutra; OIM = ocupação idealizada masculina; OIF = ocupação idealizada feminina; OIN = ocupação idealizada neutra. Cada subescala é composta por cinco itens.

Procurámos neste estudo inicial, que tem um carácter meramente exploratório, replicar a análises das autoras quando da apresentação do estudo original. Neste âmbito, dada a reduzida dimensão da amostra, não nos foi possível realizar uma análise fatorial que nos desse confiança relativamente à estabilidade da solução que viesse a ser encontrada, a qual requeria um número de participantes superior a quatrocentos. Referimos, a este propósito, que esta análise fatorial também não foi efetuada nos estudos de validação da escala original (Chalk et al., 2005). Foram, deste modo, analisadas as correlações entre as nove subescalas propostas pelas autoras da versão original, que podem ser examinadas na tabela 2, e observaram-se relações positivas e estatisticamente significativas: no que se refere às ocupações esperadas, entre OEN e OEF ($r = .63$, $p < .001$) e OEM ($r = .56$, $p < .001$), e entre



OEM e OEF ($r = .52, p < .001$); no que diz respeito às ocupações temidas, a OTN com a OTM ($r = .77, p < .001$) e OTF ($r = .70, p < .001$), e a OTM com a OTF ($r = .66, p < .001$); No que concerne às ocupações idealizadas, entre a OIN e OIM ($r = .57, p < .001$) e OIF ($r = .55, p < .001$), e entre a OIM e OIF ($r = .50, p < .001$). Relativamente às correlações entre as diferentes dimensões (esperadas, temidas e idealizadas), embora significativas, são geralmente de baixa magnitude com exceção da correlação elevada observada entre as escalas OIM e OEM ($r = .59, p < .001$), OIF e OEF ($r = .60, p < .001$), OIN e OEN ($r = .68, p < .001$).

Tabela 2

Matriz de Correlação entre as subescalas do OPS

	OEM	OEF	OEN	OTM	OTF	OTN	OIM	OIF	OIN
OEM	---								
OEF	.52**	---							
OEN	.56**	.63**	---						
OTM	.05	-.04	.09	---					
OTF	.07	-.05	.05	.66**	---				
OTN	.11	.01	.04	.77**	.70**	---			
OIM	.59**	.35**	.30**	.11	.17*	.18*	---		
OIF	.29**	.60**	.35**	.07	-.00	.06	.50**	---	
OIN	.39**	.43**	.68**	.16*	.14*	.14*	.57**	.55**	---

* $p < .05$ ** $p < .001$.

Procedemos a uma análise de variância multivariada (MANOVA) para perceber o efeito de interação entre dois fatores: categorias de eus possíveis (três níveis: esperados, temidos e idealizados) e tipificação sexual das ocupações profissionais (três níveis: masculinas, femininas e neutras). O efeito dessa interação revelou-se significativo ($\Lambda = .92$; $F(4, 226) = 4.70, p < .001, \eta^2 = .08$), sendo as atividades ocupacionais femininas mais temidas e menos esperadas e idealizadas do que as atividades ocupacionais masculinas ou neutras (cf. Figura 1).

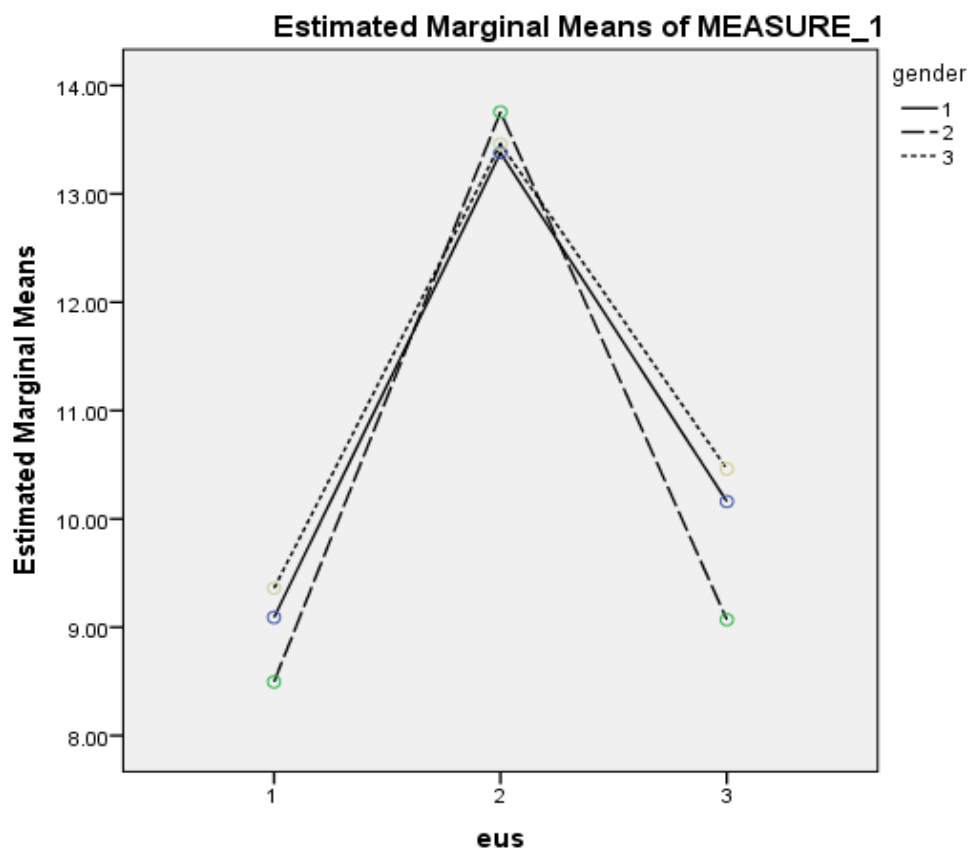


Figura1. Análise de variância fatorial multivariada 3X3

NOTA: Eus (1 = esperados, 2 = temidos, 3 = idealizados); Gender (1 = masculino, 2 = feminino, 3 = neutro).

Discussão

O objetivo deste estudo era adaptar e iniciar um programa de validação para a língua e cultura portuguesa o questionário *OPS* (Chalk et al., 2005). À semelhança do estudo efetuado com a versão original do questionário, um dos objetivos importantes era o de aprender mais sobre a complexidade do pensamento dos participantes em relação a potenciais atividades profissionais futuras, em especial sobre as ocupações mais temidas pelos participantes. Utilizámos uma amostra probabilística com estudantes do ensino secundário, regular e profissional, enquanto Chalk e colaboradoras (2005) utilizaram uma amostra com estudantes universitárias. A diferença de tipo de amostra deveu-se ao facto de pretendermos perceber algumas dinâmicas subjacentes às escolhas de carreira dos estudantes a frequentar o ensino secundário.

O questionário *OPS* revelou-se adequado na recolha de informação relativamente às variáveis em estudo, apresentando uma boa consistência interna quando avalia os tipos de ocupações expressos pelos sujeitos, situando-se dentro dos níveis considerados aceitáveis para efeitos de investigação (Nunnally & Bernstein, 1994). Comparando os questionários, português e americano, verificámos que os índices de consistência interna não são equiparáveis: os valores de alfa de Cronbach das subescalas do questionário português



foram superiores aos do questionário americano, com exceção de OEF e OIF que registaram valores inferiores. Esta constatação poderá dever-se ao facto de os estudantes desta faixa etária perceberem melhor o que não desejam (temem) do que o que desejam (esperam ou aspiram). No que concerne às ocupações temidas, os valores foram superiores às restantes ocupações. Como já referimos, as médias obtidas para as nove subescalas do *OPS* com a amostra portuguesa foram, em geral, mais baixas que as americanas. Esta situação poderá dever-se, sobretudo, ao diferencial de idade. No entanto, todas as ocupações temidas obtiveram pontuações mais elevadas em relação às restantes ocupações. Estes resultados foram similares aos obtidos no questionário original, o que nos coloca perante um fenómeno aparentemente transversal a adolescentes e jovens adultos.

Analisámos as correlações entre as nove subescalas do questionário *OPS* e constatámos que a maior parte alcança o nível de significância estatística ($p \leq .001$; $p \leq .05$) revelando uma associação positiva entre os eus esperados e idealizados. Em nossa opinião, estes resultados confirmam o valor avaliativo dos eus possíveis na área da educação. Pelo contrário, os eus temidos praticamente não apresentam associações significativas com os outros dois tipos de eus possíveis, com exceção de OTN e OTF, sendo as correlações baixas. Da análise multivariada que efetuámos para perceber o efeito de interação entre as categorias de eus possíveis (esperados, temidos e idealizados) e a tipificação sexual das ocupações profissionais (masculinas, femininas e neutras), verificámos efeitos de interação significativos entre as categorias de eus possíveis e o tipo de sexo das ocupações, principalmente entre os eus temidos e as ocupações femininas. De acordo com os resultados obtidos, os estudantes sentir-se-iam mais infelizes nas ocupações temidas femininas, e esperariam e idealizariam mais as ocupações masculinas e neutras.

Conclusão

O presente estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente ao nível da amostra (de conveniência), não podendo os resultados serem generalizáveis para a população portuguesa. Apesar das limitações, podemos concluir que a aplicação do questionário *OPS* a estudantes a frequentar o ensino secundário permitiu a obtenção de bons e suficientes indicadores psicométricos nas diversas subescalas que o compõem, sustentando a adequação da sua aplicação a estas faixas etárias. No entanto, pensamos ser imprescindível clarificar as instruções dadas aos participantes uma vez que eles parecem não discriminar as expectativas das idealizações ou aspirações. Adicionalmente, no estudo americano o medo ou receio foi definido como “quão provável irá evitar cada ocupação profissional”, enquanto no nosso estudo foi definido como “quão provável irá sentir-se infeliz em cada ocupação profissional”. Acreditamos que a primeira definição representa uma maior congruência entre a construção de eus possíveis e a sua medição, mas precisamos analisar com mais profundidade se os esforços dos participantes para evitar ocupações profissionais específicas podem ser vistos como receios ou, se pelo contrário, revelam falta de interesse e/ou informação. Em nossa opinião, as quinze ocupações profissionais a colocar na versão Portuguesa devem ser revistas, pois, a tipificação sexual das profissões na realidade Portuguesa diverge bastante da realidade Norte-Americana. Precisamos, ainda, tornar mais claras as instruções dadas aos participantes. É nossa intenção efetuar estudos com amostras de maiores dimensões para que possamos efetuar a análise fatorial dos itens do *OPS* para



definição das dimensões inerentes aos scores. Em síntese, futuras investigações são necessárias com outra classificação das ocupações profissionais, com outro tipo de populações escolares e/ou grupos culturais e com amostras maiores (com uma dimensão mínima de quatrocentos sujeitos), com vista a obter informações sobre as suas expectativas, receios e aspirações em relação às ocupações profissionais futuras.

Agradecimentos

Agradecemos às autoras do questionário *Occupational Possible Selves* pela autorização para os devidos estudos de adaptação a Portugal.

Contato para correspondência

Francisca da Conceição Duarte, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo 3000-115 Coimbra - Portugal, duartefc1417@gmail.com

Referências

- Chalk, L. M., Meara, N. M., Day J. D., & Davis, K. L. (2005). Occupational Possible Selves: Fears and Aspirations of College Woman. *Journal of Career Assessment*, 13(2), 188-203. <https://doi.org/10.1177/1069072704273127>
- Duarte, F. C. (2011). *A construção de "Eus Possíveis" em contexto educativo: um estudo com adultos da Iniciativa Novas Oportunidades*. (Dissertação de Mestrado não Publicada). Universidade de Coimbra,
- International Test Commission (2010). *International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests*. <http://www.intestcom.org>
- King, L. A. & Hicks, J. A. (2007). Whatever happened to "what might have been?" Regrets, happiness, and maturity. *American Psychologist*, 62(7), 625-636. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.7.625>
- Markus, H., Crane, M., Bernstein S., & Silade, M. (1982). Self-schemas and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 38-50. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.38>
- Markus, H. & Nurius, P. (1986). Possible Selves. *American Psychologist*, 41(9), 954-969. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.9.954>
- Markus, H. & Ruvolo, A. (1989). Possible selves: Personalized representations of goals. In L. A. Pervin (Ed), *Goal concepts in personality and social psychology* (pp. 211-241). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. ISBN: 978-1-138-83092-9.
- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill. ISBN: 0-07-047849-X.
- Paixão, M. P. (2004). A dimensão temporal de futuro na elaboração de objetivos pessoais e organização de projetos vocacionais. *Psychologica (extra-série)*, 273-286. <http://www.uc.pt/fpce/publicacoes/psychologica/>
- Van de Vijver, F. & Hambleton, R. K. (1996). Translating Tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 1(2), 89-99. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.1.2.89>

PSICOPATOLOGIA



A implicação da disfunção executiva na falta de *insight*, na recuperação pessoal e na funcionalidade dos doentes com diagnóstico de esquizofrenia e bipolaridade

Sandra Neves & Luís Faísca¹

1. Universidade do Algarve, Portugal

Resumo

O presente estudo teve como objetivo explorar em que medida o comprometimento das funções executivas em doentes com sintomas psicóticos afeta a funcionalidade, a capacidade de recuperação pessoal e o seu grau de *insight* relativo à doença. Participaram 60 indivíduos, segmentados em dois grupos: o grupo clínico, composto por 13 doentes bipolares com características psicóticas e 17 doentes esquizofrénicos, e o grupo saudável constituído por 30 sujeitos saudáveis, semelhantes no género, idade e escolaridade. Todos os participantes foram submetidos a diversas provas de avaliação neuropsicológica, tendo sido ainda aplicadas escalas de funcionalidade, de recuperação pessoal e de *insight* apenas ao grupo clínico. De uma forma geral, os resultados vão ao encontro da literatura, verificando-se pior desempenho do grupo clínico face ao grupo saudável nos diferentes domínios cognitivos avaliados. No entanto, contrariamente ao esperado, um pior desempenho nas provas parece associar-se a um maior *insight* da doença, sugerindo que a perceção das dificuldades cognitivas poderá contribuir para que os doentes reconheçam melhor a presença da doença.

Palavras-chave: Comprometimento Cognitivo; *Insight*; Funcionalidade; Esquizofrenia; Bipolaridade.



Abstract

This study aimed to explore in what way the compromise of executive functions in patients with psychotic symptoms affects the functionality, the personal recovery skills and the degree of insight on the disease. In this study, 60 individuals participated, segmented into two groups: the clinical group (13 bipolar patients with psychotic features and 17 schizophrenic patients) and the healthy group (30 healthy subjects, matched in gender, age and education level). All participants were submitted to several neuropsychological tests and; the functional scale, the personal recovery scale and the insight scale were applied only to the clinical group. In general, the results match the literature, confirming the worse performance of the clinical group at the different cognitive domains when compared to the healthy group. However, against expectations, a worse neuropsychological performance seems to be associated with a higher insight of the disease, suggesting that the perception of cognitive difficulties may contribute to patients acknowledge the presence of the disease.

Keywords: Cognitive Impairment; Insight; Functionality; Schizophrenia; Bipolar Disorder.



Introdução

O comprometimento cognitivo tem vindo a ser cada vez mais estudado no contexto da doença mental e é considerado um dos seus efeitos mais incapacitantes (Meesters et al., 2013), levando a dificuldades no dia-a-dia (Green, Kern, Braff, & Mintz, 2000; Wingo, Harvey, & Baldessarini, 2009), a uma baixa recuperação e a níveis mais elevados de depressão.

O *insight*, que reflete a capacidade que o doente demonstra em reconhecer os sintomas da doença, é um conceito frequentemente associado à doença mental, especialmente nas doenças psiquiátricas mais graves como a esquizofrenia e a bipolaridade. A falta de *insight* tem sido relacionada com o baixo desempenho cognitivo neste tipo de população clínica (Ancín, Cabranes, Santos, Sánchez-Morla & Barabash, 2013; Cooke, Peters, & Kumari, 2010; Lysaker, Bryson, Lancaster, Evans, & Bell, 2002; Mingrone, et al. 2013; Raffard et al., 2009), havendo, no entanto, estudos que não evidenciam a associação entre estas duas variáveis (Lepage et al., 2008; Mintza, Addington, & Addington, 2004).

Posto isto, torna-se relevante esclarecer os fatores que influenciam o *insight* na doença psiquiátrica, com o propósito de desenvolver estratégias que conduzam a um aumento da consciência da doença, de modo a que os doentes melhor invistam no seu tratamento e recuperação.

Metodologia

Participantes: 13 doentes com perturbação bipolar com características psicóticas; 17 doentes com esquizofrenia e 30 indivíduos saudáveis (emparelhados por sexo, idade e escolaridade)

À data da avaliação, todos os doentes estavam medicados com terapia anti-psicótica.

Instrumentos: Memória Lógica I e II (WMS-III; Weschler, 2008); *Wisconsin Card Sorting Test* 64 (WCST; Grant & Berg, 1948, citados por Heaton, Chelune, Talley, Kay, & Curtiss, 1993); *Trail Making Test* (TMT; Reitan, 1958, citado por Lezak et al., 2004); Fluência verbal semântica e fonémica (Cavaco et al., 2013); Memória de Dígitos (MD) (ordem direta e inversa; WMS-III, Lezak et al., 2004); Sequência de Letras e Números (SLN) (WMS-III, Weschler, 2008); Teste de Stroop (Golden, 2005); Escala de *Insight* - Versão Portuguesa (Vanelli, 2010); *Beck Depression Inventory-II* (Beck, 1996, versão portuguesa, Vaz Serra & Pio Abreu, 1973); *Functioning Assessment Short Test* (FAST) (Rosa et al., 2007); *Recovery Assessment Scale* (RAS) (Corrigan et al., 2004).

Procedimento: A amostra do grupo clínico foi recolhida no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC).

Numa primeira sessão de avaliação, os doentes preencheram a RAS, o BDI, a escala de *insight* e a FAST. Numa segunda sessão, foram aplicados os testes de avaliação neuropsicológica. As sessões demoraram aproximadamente 40 minutos e 80 minutos, respetivamente.

O grupo de controlo foi recrutado através de contactos pessoais e avaliado no Centro Ativo de Portimão (CAP), que disponibilizou um gabinete para a aplicação das provas de avaliação neuropsicológica.

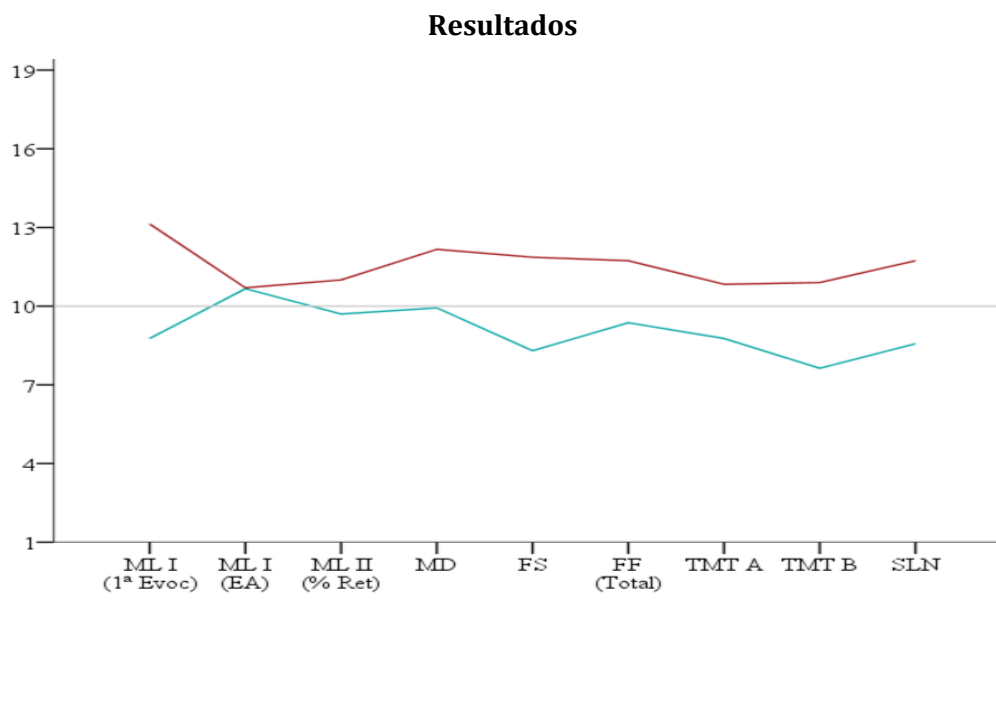


Figura 1. Comparação dos resultados padronizados (1-19), obtidos pelo grupo clínico e saudável nas diferentes provas.

Abreviaturas: Memória Lógica I (ML I); 1ª Evocação (1ª Evoc); Evolução na Aprendizagem (EA); % de Retenção (% Ret); Memória de Dígitos (MD); Fluência Semântica (FS); Fluência Fonémica (FF); *Trail Making Test* (TMT); Sequência de Letras e Números (SLN).

Observaram-se diferenças significativas entre grupos na maior parte das medidas neuropsicológicas consideradas, tendo o grupo saudável obtido um melhor desempenho cognitivo do que o grupo clínico (Figura 1).

Adicionalmente, uma análise global das correlações dos resultados do grupo clínico permite concluir que níveis mais elevados de *insight*, de disfuncionalidade e de sintomatologia depressiva se associam a níveis mais baixos de desempenho cognitivo, nos diferentes domínios avaliados.



Discussão

No que respeita ao funcionamento cognitivo, os resultados do presente estudo vão ao encontro da literatura, tendo-se verificado que os doentes esquizofrénicos e bipolares apresentam alterações (Ancín et al., 2013; Dickerson et al., 2001; Krabbendam et al., 2005; Sánchez-Morla, et al., 2009; Schretlen et al., 2007), demonstrando um pior desempenho na maioria das variáveis cognitivas avaliadas, comparativamente a sujeitos saudáveis, tal como se observou em estudos anteriores (Bora, Yucel, & Pantelis, 2010; Fakhry, Ghonemy, & Salem, 2013; Morrison, O'carroll, & Mccreadie, 2006; Vöhringer et al., 2013; Wolwer & Gaebel, 2002). As diferenças encontradas entre os grupos são estatisticamente significativas ($p < .05$), variando entre magnitudes moderada ($d \geq .50$) e grande ($d \geq .80$), paralelamente aos resultados obtidos noutras investigações (Ancín et al., 2013; Bora et al., 2010). Estas alterações cognitivas parecem assumir um papel importante na capacidade que o doente tem em reconhecer a sua própria doença, em manter uma atitude adequada a uma boa recuperação e por sua vez na capacidade de realizar as tarefas diárias.

Contacto para Correspondência

Sandra Neves e Luís Faísca, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade do Algarve, Campus de Gambelas 8005-139 Faro, sandraneves100@gmail.com

Referências

- Ancín, I., Cabranes, J., Santos, J., Sánchez-Morla, E., & Barabash, A. (2013). Executive deficits: A continuum schizophrenia - bipolar disorder or specific to schizophrenia? *Journal of Psychiatric Research*, 47: 1564-1571.
- Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2010). Cognitive impairment in affective psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36 (1): 112-125.
- Cavaco, S., Goncalves, A., Pinto, C., Almeida, E. et al. (2013). Semantic Fluency and Phonemic Fluency: Regression-based Norms for the Portuguese Population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(3): 262-71.
- Cooke, M., Peters, E., & Kumari, V. (2010). Cognitive insight in psychosis: The relationship between self-certainty and self-reflection dimensions and neuropsychological measures. *Psychiatry Research*, 178 (2): 284-289.
- Corrigan, P., Salver, M., Ralph, R., Songster, Y. & Keck, L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (4): 1035-1041.
- Dickerson, F., Sommerville, J., Origoni, A., Ringel, N., & Parente, F. (2001). Outpatients with schizophrenia and bipolar I disorder: do they differ in their cognitive and social functioning? *Psychiatry Research*, 102: 21-27.
- Fakhry, H., Ghonemy, S., & Salem, A. (2013). Cognitive functions and cognitive styles in young euthymic patients with bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorders*, 151: 369-377
- Golden, C. (2005). *Stroop: Test de Cores y Palabras* (4ª edição). Publicaciones de Psicología Aplicada. TEA Ediciones. Madrid.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L. & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 26: 119-136.



- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J.L., Kay, G. G., & Curtiss, G. (1993). *Wisconsin Card Sorting Test Manual: Revised and expanded*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Krabbendam, L., Arts, B., van Os, J., & Aleman, A. (2005). Cognitive functioning in patients with schizophrenia and bipolar disorder: A quantitative review. *Schizophrenia Research*, 80: 137-149.
- Lepage, M., Buchy, L., Bodnar, M., Bertrand, M., et al. (2008). Cognitive insight and verbal memory in first episode of psychosis. *European Psychiatry*, 23: 368-374.
- Lezak, M., Howieson, D. & Loring, D. (2004). *Neuropsychological Assessment*. (4ª Edição). Oxford University Press.
- Lysaker, P., Bryson, G., Lancaster, R., Evans, J., & Bell, M. (2002). Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophrenia Research*, 59: 41-47.
- Meesters, P., Schouws, S., Stek, M., de Haan, L., et al. (2013). Cognitive impairment in late life schizophrenia and bipolar I disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28: 82-90.
- Mingrone, C., Rocca, P., Castagna, F., Montemagni, C., et al. (2013). Insight in stable schizophrenia: Relations with psychopathology and cognition. *Comprehensive Psychiatry*, 54 (5): 484-492.
- Mintza, A., Addington, J., & Addington, D. (2004). Insight in early psychosis: a 1-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 67: 213 - 217.
- Morrison, G., O'carroll, R., & Mccreadie, R. (2006). Long-term course of cognitive impairment in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189: 556-557.
- Raffard et al., 2009).
- Rosa, A., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A. Salamero, M., et al., (2007). Validity and Reliability of the functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3:5.
- Sánchez-Morla, E., Barabash, A., Martínez-Vizcaíno, V., Tabarés-Seisdedos, R., et al. (2009). Comparative study of neurocognitive function in euthymic bipolar patients and stabilized schizophrenic patients. *Psychiatry Research*, 169: 220-228
- Schretlen, D., Cascella, N., Meyer, S., Kingery, L., et al. (2007). Neuropsychological Functioning in Bipolar Disorder and Schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 62: 179-186.
- Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P., Figueira, M., et al. (2010). Adaptação para português da escala de insight Marková e Berrios. *Acta Médica Portuguesa*, 23: 1011-1016.
- Vaz Serra, A. & Pio Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I –Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.
- Vöhringer, P., Barroilhet, S., Amerio, A., Reale, M., et al. (2013). Cognitive impairment in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 4 (87).
- Weschler, D. (2008). *Manual de Administração e Cotação. WMS-III: Escala de Memória de Weschler* (Terceira Edição - 1ª Edição Portuguesa). CEGOC-TEA, Lda. – Investigação e Publicações Psicológicas.
- Wingo, A., Harvey, P., & Baldessarini, R. (2009). Neurocognitive impairment in bipolar disorder patients: functional implications. *Bipolar Disorder*, 11: 113-125.
- Wolwer, W. & Gaebel, W. (2002). Impaired Trail-Making Test-B performance in patients with acute schizophrenia is related to inefficient sequencing of planning and acting. *Journal of Psychiatric Research*, 36: 407-4.



A Experiência da Parafilia Coerciva: Da Coerção Sexual à Patologização

Solange Ponte¹ & Victor Amorim Rodrigues²

1. Instituto Superior de Psicologia Aplicada – ISPA-IU, Portugal

2. Instituto Superior de Psicologia Aplicada – ISPA-IU, Portugal

Resumo

Existe uma longa história de polémicas sobre se os violadores preenchem os critérios de uma patologia diagnosticável, em especial, os da Parafilia Coerciva. Os sujeitos que se dedicam a agressões sexuais não apresentam todos a mesma base motivacional, podendo colocar-se a hipótese de serem considerados parafilicos coercivos. A natureza coerciva constitui o principal foco de excitação, que através do domínio, controlo e poder, praticam uma pluralidade de ofensas sexuais desviantes. Objetivo: Este estudo pretende encontrar uma estrutura geral comum por detrás dos relatos das experiências vividas dos indivíduos parafilicos coercivos. A compreensão deste fenómeno contribuiu para um maior aperfeiçoamento da terminologia empregue na atualidade, para se categorizar este grupo potencialmente perigoso. Método: Foram recolhidos quatro relatos, onde os participantes relataram emoções, sentimentos e pensamentos sobre as agressões sexuais. A análise dos dados foi efetuada através da metodologia qualitativa e fenomenológica de Giorgi. Resultados: Os relatos em comum dos quatro participantes permitiram criar uma estrutura geral sobre o fenómeno da parafilia coerciva, descrevendo um conjunto de fatores predominantes tais como, pensamentos, impulsos, desejos e comportamentos sexuais para praticar ofensas sexuais, através do uso do poder, controlo e domínio sobre as vítimas, reforçados pelas distorções cognitivas. Conclusões: Os resultados da experiência vivida dos quatro participantes corroboram com a literatura prévia concebida em torno da parafilia coerciva, resumindo-se através de fantasias sexuais persistentes, reforçadas pelas distorções cognitivas, para praticar uma pluralidade de atos coercivos com variadas vítimas, refletindo uma excitação sexual desviante, implícita ao sexo forçado.

Palavras-chave: Parafilia coerciva; coerção sexual; ato sexual desviante; agressores sexuais; experiência vivida.



Abstract

There is a long history of controversy about whether offenders meet the criteria for a diagnosable pathology, in particular, the Coercive Paraphilia. The subjects who engage in sexual assaults do not have all the same motivational basis and can put the hypothesis of some consider paraphiliac coercive. The coercive nature is the main focus of excitement, that through mastery, control and power, practice a plurality of deviant sexual offenses. Aim: The study aims to find common general framework behind the reports of the experiences of paraphiliac coercive individuals. Understanding this phenomenon that can contribute to further improvement of the terminology used in the timeliness, to categorize this group of subjects potentially dangerous. Method: Four reports were collected, where participants reported emotions, feelings and thoughts about the sexual assaults. Data analysis was pursued with Giorgi's qualitative and phenomenological method. Results: The reports in common of the four participants have created a general framework on the phenomenon of coercive paraphilia, which describes a set of predominant factors such as thoughts, impulses, desires and sexual behaviors to practice sexual offenses through the use of power, control and dominance on victims, reinforced by cognitive distortions. Conclusion: The results of the lived experience of the four participants corroborate the previous literature designed around the coercive paraphilia, summing up, well through persistent sexual fantasies, reinforced by cognitive distortions, to practice a plurality of coercive acts with varying nonconsensual victims, reflecting one deviant sexual arousal, implied to forced sex.

Keywords: Coercive paraphilia; sexual coercion; deviant sex; sex offenders; lived experience.



Introdução

A investigação em parafilias é uma área de estudo de crescente interesse em Portugal, em específico, na área criminal, pelo que o presente estudo surge como uma tentativa de preencher lacunas existentes no que concerne à Investigação qualitativa, das experiências vividas dos sujeitos que apresentam uma série de critérios de diagnóstico da parafilia coerciva.

Porém, sabe-se que existe uma longa história de polémicas sobre se os agressores sexuais preenchem os critérios para uma patologia diagnosticável. Assim sendo, o foco deste estudo vai para esta parafilia, geradora de controvérsias na comunidade científica e psiquiátrica, pelo facto de não a considerarem como diagnóstico psiquiátrico, visto o foco de excitação sexual ocorrer através do domínio, controlo e coação de diversas vítimas não consensuais, em situações distintas (Stern, 2010; Thornton, 2010; Watson, 2013;

Somente, com a aceitação da sociedade de tal diagnóstico, se possibilitará um aperfeiçoamento da terminologia até agora empregada, para se categorizar estes sujeitos e ainda, fornecer aos Manuais de Diagnóstico Psiquiátrico e ao sistema Judicial uma maior clareza e confiabilidade, de forma a se identificar o grupo de ofensores sexuais que já cometeram e são altamente prováveis de no futuro, exercerem violência sexual predatória (Stern, 2010).

Em Portugal, todos os anos, indivíduos entram em contacto com o Sistema de Administração da Justiça por crimes de natureza sexual (por exemplo, por violações, coação sexual ou abusos sexuais de menores). Segundo o Relatório Anual da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, do ano 2015, registaram-se dos crimes sexuais contra as pessoas, 86 violações e 37 crimes de coação sexual. Indo de encontro a estes resultados, importa compreender que nem todos os sujeitos que se “dedicam” a agressões sexuais apresentam a mesma base motivacional podendo colocar-se a hipótese de alguns deles serem considerados parafilicos coercivos.

Metodologia

Este estudo tem como objetivo encontrar uma estrutura geral comum através da experiência subjetiva e individual dos parafilicos coercivos. Assim, a escolha de um método qualitativo, de natureza fenomenológica, surge com elevada acuidade e parece o mais adequado tendo em conta o objetivo traçado. Visto partir de experiências pessoais dos sujeitos que as vivenciaram, para alcançar de forma implícita ou explícita, o significado psicológico (Groenewald, 2004).

Participantes

Os participantes foram selecionados tendo em conta o contributo que poderiam evidenciar para a presente investigação, visto serem os únicos aptos a descrever a experiência



vivenciada, falando de forma legítima sobre a mesma, e partilhando-a com o investigador. Desta forma, o método de seleção da amostra teve em consideração uma pluralidade de critérios de inclusão, sendo pertinente para o estudo considerar: adulto do sexo masculino, com idade igual ou superior a dezoito anos; agressor sexual que esteja acusado por um crime sexual, não sendo necessariamente considerável que o mesmo tenha sido preso por este crime, embora precise, estar envolvido em processos judiciais e aceitar de forma voluntária a sua participação na investigação.

A amostra final contou com quatro participantes, todos do sexo masculino, de nacionalidade portuguesa e angolana, ambos residentes em Portugal. A média das idades situa-se nos 30,75 anos e as idades estão compreendidas entre os 23 (mínimo) e os 35 (máximo). As habilitações literárias dos participantes variavam entre o secundário (3 participantes) e a licenciatura (1 participante). Em relação ao estado civil, 50% encontrava-se em união de facto e os restantes 50% estavam solteiros, até à data da detenção. Foram atribuídos códigos (P1, P2, P3 e P4) aos sujeitos de forma a salvaguardar toda a sua identificação.

Instrumentos

Utilizou-se a Paraphilic Coercive Disorder Check-list (PCDC) considerada a única medida concebida com o intuito de diferenciar sujeitos com o diagnóstico de parafilia coerciva de outros tipos de agressores sexuais. Composta por dezoito itens, que se distribuem em cinco domínios teóricos, respetivamente, persistência de agressões sexuais (cinco itens), planeamento avançado (quatro itens), correlatos comportamentais (cinco itens, desvio sexual (dois itens) e itens contraindicados (dois itens). Este instrumento foi construído para ser utilizado com adulto masculino e agressor sexual acusado ou condenado por um crime sexual. Esta (Zinik & Padilla, 2010 citado por Watson, 2013).

A entrevista em profundidade, considerada útil para apreender uma realidade, quer para se abordar situações do foro íntimo do entrevistado, quer para descrever processos complexos nos quais o sujeito esteve envolvido. Foram conduzidas de forma semiestruturada, dando a possibilidade de o entrevistador e o entrevistado divergirem, a fim de obter uma resposta mais detalhada. Tendo em consideração, por vezes, o discurso do participante torna-se repetitivo ou descontextualizado, houve a necessidade de se criar previamente um guião de entrevista servindo de orientação ao entrevistador.

Procedimento

Para a realização do estudo, solicitou-se por meio de um ofício, a autorização à Direção Regional de Reinserção e Serviços Prisionais, de forma a possibilitar o acesso aos processos individuais de utentes (processos de violação sexual, de acordo com o artigo 164º do Código Penal). Depois, aplicou-se a check-list e fez-se uma entrevista individual, com a devida autorização dos participantes, tendo a duração média de uma hora e meia. Numa fase posterior, as entrevistas individuais foram analisadas à luz das etapas do método



fenomenológico de Amedeo Giorgi (Giorgi & Sousa, 2010). Ou seja, após transcrição das entrevistas em *ipsis verbis* dos participantes, procedeu-se a uma leitura minuciosa da totalidade das entrevistas, de modo a apreender o sentido geral de cada uma. Posteriormente, realizou-se uma nova leitura com a finalidade de dividir cada entrevista em unidades de significado. Estas últimas foram transformadas em unidades de significado de carácter psicológico, incluindo comentários que resumem as unidades de significado psicológico.

Resultados

A tabela 1 apresenta os resultados da aplicação da Paraphilic Coercive Disorder check-list, obtidos na fase de análise dos processos individuais dos reclusos. Os resultados variam entre o mínimo de 8 (Parafilia Coerciva Moderada) e 11 pontos (Parafilia Coerciva Grave).

Tabela 1
Resultados da aplicação da PCDC aos participantes reclusos

	Código	Pontuação da check-list	Níveis de Gravidade
Participante 1	P1	11	Parafilia Coerciva Grave
Participante 2	P2	8	Parafilia Coerciva Moderada
Participante 3	P3	8	Parafilia Coerciva Moderada
Participante 4	P4	9	Parafilia Coerciva Grave

Estrutura Final – Quatro Participantes

Após análise dos dados dos participantes, foi possível identificar diversos constituintes-chave que se encontram na tabela 2, e que de acordo com o relato dos reclusos, surgiram ao longo das agressões sexuais e em reclusão. Estes constituintes fazem referência a uma estrutura, a experiência da parafilia coerciva representada na figura 1.

Tabela 2

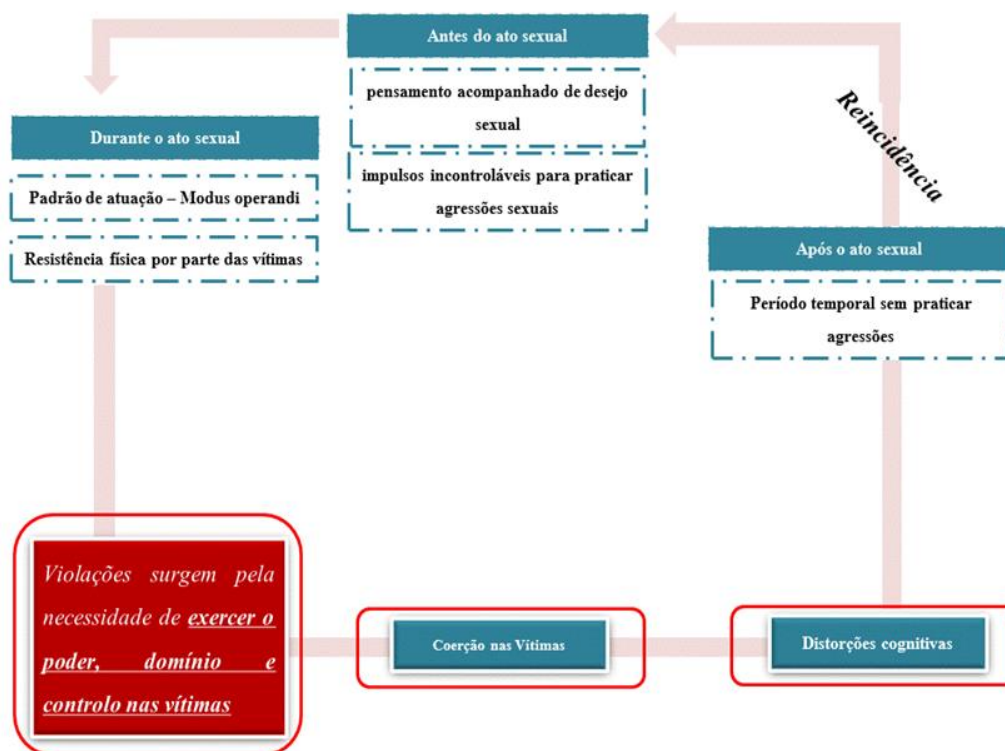
Síntese dos Constituintes essenciais dos Quatro Participantes: P1, P2, P3 e P4

Constituintes essenciais dos Participantes
pensamento acompanhado de desejo sexual
impulsos incontroláveis para praticar agressões sexuais
padrão de atuação - <i>Modus operandi</i>
resistência física por parte das vítimas
violações surgem pela necessidade de exercer poder, domínio e controlo nas vítimas
coerção nas vítimas
distorções cognitivas
reincidência

Análise pós-estrutural

Figura 1

Estrutura final da Experiência da Parafilia Coerciva





Para os participantes, a entrevista principiou-se com o relato de um primeiro momento, isto é, a exploração das suas vivências passadas, que consideraram como negativas, através da identificação dos crimes pelos quais se encontravam condenados, havendo por parte de todos, um destaque para o crime de violação sexual. Ao se explorar estas vivências passadas, foi evidente que os agressores não definiram o que motivou a prática de tais comportamentos. No entanto, os reclusos mencionam que, previamente a cada agressão, havia sempre presente o pensamento acompanhado de desejo sexual e impulsos incontroláveis para praticar agressões sexuais, que invadiam a mente dos próprios. Nestes episódios, os participantes assumem que a vontade incontrolável se sobreponha ao raciocínio, havendo assim a passagem ao ato sexual agressivo.

Posteriormente, os participantes conseguem contextualizar o início das ofensas sexuais onde foi percebido por todos a presença de um padrão de agressão – Modus operandi, pela forma como abordavam ou interagiam com as pessoas envolvidas. A descrição detalhada de um modus operandi possibilitou aos participantes a identificação de um conjunto de procedimentos adotados, que se principiaram através da observação e consequente perseguição das vítimas, sendo frequente em todas as agressões sexuais, a utilização de uma arma. Ainda, a maioria dos participantes (P1, P2 e P4) refere o recurso a um disfarce (gorro), com a finalidade primordial de não serem identificados pelas vítimas. Exposto por outras palavras, pode-se fazer referência ao uso de um “kit de violação” por parte dos sujeitos. Por esta razão, os participantes mencionam uma enorme resistência física por parte das vítimas, onde estava expresso que as mesmas não manifestavam o seu consentimento na agressão sexual. Quando as vítimas se encontravam coagidas, procediam ao roubo dos seus objetos pessoais, para com isto, dar continuidade aos seus comportamentos, antecipadamente traçados. Porém, a resistência das vítimas não foi impeditiva à prossecução do crime havendo numa fase posterior, a consumação do ato sexual, com sinais físicos de excitação sexual (ejaculação). Para além destes fatores, os participantes referem o uso constante de ameaças físicas e verbais.

As violações surgem pela necessidade de exercer o poder, domínio e controlo nas vítimas, revelando o acrescido desejo de intimidar e submeter as vítimas às práticas sexuais, como forma de sobrevalorização ou afirmação perante o sexo oposto. No fundo, a coerção nas vítimas tinha como finalidade privá-las da liberdade de escolher não participar na atividade sexual, para que aquelas aderissem às práticas sexuais forçadas e ao local premeditado pelos participantes. Estes comportamentos sexuais refletem uma excitação sexual desviante subjacente ao sexo forçado, tendo em consideração que, com base nas distorções cognitivas, os participantes sustentavam as crenças de que, as vítimas não se encontravam assustadas e manifestavam concordância com a ofensa sexual. Estas distorções cognitivas serviram para demonstrar as crenças implícitas que os participantes têm sobre as suas vítimas, formando as suas próprias interpretações sobre os comportamentos, desejos e atitudes delas. Os participantes distorceram toda a informação percebida, tornando-a coerente com as crenças erróneas e mal adaptativas que possuíam.

Em relação ao espaço temporal das agressões, os sujeitos identificaram a periodicidade das agressões, onde os crimes sucedem no mínimo, ao longo de seis meses, juntamente com a



descrição da totalidade das vítimas. Estes fatores identificados por todos, constituíram-se como aspetos fundamentais para se confirmar a pluralidade dos atos sexuais coercivos, em ocasiões distintas, havendo uma não repetição da mesma vítima. Para além disto, também referem que mantinham um período temporal sem praticar agressões sexuais, que começava a esbater-se, até surgir novamente, uma vontade de praticar novas agressões sexuais de natureza idêntica às praticadas, havendo assim, a reincidência nos comportamentos sexuais coercivos.

Discussão

O presente estudo retrata a análise fenomenológica aprofundada da experiência da parafilia coerciva de quatro sujeitos, em contexto de reclusão. Através do uso do método fenomenológico de Giorgi, foi possível compreender a experiências destes agressores sexuais.

No que concerne à questão central deste estudo, os participantes enumeraram vários componentes que suportam o corpo teórico de diversas investigações. Um dos aspetos identificados pelos participantes, e que constitui o primeiro momento da experiência vivida, foi a identificação numa fase prévia ao ato sexual, do pensamento acompanhado de desejo sexual e os impulsos incontrolláveis para praticar agressões sexuais. A literatura nos últimos anos tem exposto que estes fatores são preponderantes no cometimento de diversas agressões sexuais. As fantasias dos agressores sexuais constituem ideias, pensamentos, desejos persistentes e recorrentes, que surgem de forma involuntária, invadindo a consciência do sujeito (Bradford, 2011 citado por Pereira, 2007). Um estudo de McKibben, Proulx e Lusignan (1994, citado por Thornton, 2010), permite constatar que os agressores sexuais relataram que as violações encontram-se relacionadas com fantasias e impulsos sexuais.

Com base nos relatos das vivências dos participantes, foi possível identificar a presença de um padrão de agressão – Modus operandi, pela forma como os participantes descreveram o conjunto de procedimentos adotados. Estes procedimentos principiaram-se através da observação e consequente perseguição das vítimas, (Rossmo, 2000 citado por Mendes, 2014) sendo frequente em todas as agressões sexuais, a utilização de uma arma (Groth, Burgess e Holmstrom, 1977 citado por Patherick, 2014), como forma de intimidar o sexo oposto.

Neste estudo, os participantes mencionam também uma enorme resistência física por parte das vítimas, onde estava expresso que as mesmas não manifestavam o seu consentimento na agressão sexual. Quando as vítimas se encontravam coagidas, era comum entre todos os participantes, o roubo dos seus objetos pessoais, para com isto, dar continuidade aos seus comportamentos, antecipadamente traçados. Para além destes fatores, os participantes referem o uso constante de ameaças físicas e verbais, como forma de controlar as vítimas. Indo de encontro à ideia defendida por Pereira (2007), o agressor pretende que a mulher



numa determinada situação, fique sob o seu controlo e se sinta indefesa, sem possibilidade de fuga, para que não possa resistir ao interesse expresso pelo ofensor.

A característica em comum que mais se destaca nos relatos dos participantes foi a percepção de que as violações surgem pela necessidade de exercer o poder, domínio e controlo nas vítimas, revelando o acrescido desejo de intimidar e submeter as mesmas às práticas sexuais, como forma de sobrevalorização ou afirmação perante o sexo oposto, tal como afirmam os autores Groth e Burgess, (1977) nos comportamentos sexuais desviantes, estão presentes aspetos como a necessidade de obter controlo e poder, aquando do cometimento do delito (citado por Blackburn, 1993). Isto reforça a ideia de Groth, Burgess e Holmstrom (1977) que na violação por poder, o agressor pretende com a sua conduta, exercer alguma forma de poder e controlo nas suas vítimas, recorrendo à intimidação, força física, armas ou ameaças à integridade física (citado por Patherick, 2014). Ainda, os mesmos autores partilham da ideia de que, a violação é encarada, por parte do agressor, como uma expressão da sua masculinidade sobre a vítima. Esta ideia é também partilhada por (Blackburn, 1994 citado por Vieira, 2011), havendo uma conexão entre a masculinidade, o poder e a superioridade.

Para os participantes, a coerção nas vítimas, tinha como finalidade privá-las da liberdade de escolher não participar na atividade sexual, para que as vítimas aderissem às práticas sexuais forçadas e ao local premeditado pelos participantes. Estes dados suportam o estudo de Malamuth, Check e Briere (1986, citado por Thornton, 2010). Contudo, os comportamentos descritos pelos participantes refletem assim uma excitação sexual desviante, subjacente ao sexo forçado (Bond e Evans, 1967 citado por Wilson, 2011; Zinik & Padilha, 2010 citado por Watson, 2013), tendo em consideração que, com base nas distorções cognitivas, os participantes sustentavam as crenças de que, as vítimas manifestavam concordância/ gosto pela violação sexual. Assim sendo, os resultados encontrados, suportam a literatura prévia, (Groth, Burgess e Holmstrom, 1977; Abel, Becker e Cunningham-Rathner, 1984; Marshall e Barbaree, 1990). Desta forma, pode-se perceber que o comportamento sexual de índole agressiva, pode ser reforçado de forma positiva ou negativa (Marshall & Barbaree, 1990), permitindo ao sujeito desenvolver visões distorcidas das suas vivências, que irão possibilitar o surgimento da racionalização, justificação ou a minimização dos atos praticados (Balaia et al., 2012) o que irá facilitar a ocorrência desses comportamentos, em situações futuras.

Outro aspeto pertinente relatado pelos participantes, foi o facto de manterem um período temporal sem praticar agressões sexuais, pelo que posteriormente, começava a esbater-se, até haver a reincidência nos comportamentos sexuais coercivos. Na visão de Lalumière e colaboradores (2005) se os violadores cometem uma pluralidade de ofensas sexuais existe uma grande probabilidade de persistir nos mesmos comportamentos (citado por Quinsey, 2010).

Os sujeitos com parafilia coerciva são regularmente caracterizados por apresentarem impulsos, fantasias ou comportamentos persistentes, que envolvem atos sexuais coercivos, com base no sexo forçado, retratando uma excitação sexual desviante, concebida como a



sexualização do poder, controle e domínio com diversas pessoas que não manifestavam o seu consentimento (Zinik & Padilla, 2010 citado por Watson, 2013; Stern, 2010; Tosh, 2010; Beech & Harkins, 2012). Os resultados da análise aos relatos dos quatro participantes deste estudo suportam a literatura prévia, nos quais afirmam que os pensamentos acompanhados com impulsos e desejos sexuais recorrentes para executar ofensas sexuais estavam sempre presentes. Associada a estes fatores, também ficou patente que os participantes executavam as práticas desviantes com uma série de vítimas, no mínimo, num período temporal de seis meses. Isso corrobora os critérios previamente definidos pela Associação Americana de Psiquiatria para se classificar esta parafilia (Stern, 2010; Tosh, 2010; Beech & Harkins, 2012).

Atualmente, sabe-se que os sujeitos sexualmente agressivos são abrangidos no Diagnóstico da Parafilia sem Outra Especificação (pelo facto de não se considerar a parafilia coerciva como um diagnóstico psiquiátrico apropriado). No fundo, os defensores da parafilia coerciva (como exemplo, Stern, Knight, Thornton, Watson, entre outros) pretendem com as suas pesquisas, “alcançar mais luzes” sobre o fenómeno da parafilia coerciva, e aperfeiçoar a terminologia até agora empregue. Com a aceitação da sociedade deste diagnóstico, possibilitará ao sistema judicial uma maior confiabilidade e clareza (Stern, 2010) com vista a identificar o grupo de indivíduos, que já cometeram e são altamente prováveis de cometer no futuro o tipo de violência sexual predatória. Assim sendo, ao se utilizar critérios bastante específicos possibilitará delimitar este mesmo grupo (Stern, 2010) ao invés de o ampliar, como afirmam alguns opositores da parafilia coerciva (por exemplo Allen Frances, 2011).

Limitações e sugestões para investigações futuras

Em estudos futuros, espera-se que se utilizem outras amostras e outros métodos, dado que as investigações concebidas até à atualidade retratam em grande maioria, resultados puramente quantitativos e amostras de sujeitos condenados. Assim sendo, a lacuna existente acerca da compreensão da experiência vivida dos sujeitos parafilicos coercivos, pode ser colmatada em futuras investigações, com o uso da metodologia fenomenológica-existencial. Ainda, ao se utilizar a check-list sobre a parafilia coerciva, verifica-se que a mesma ter sido concebida exclusivamente para agressores sexuais masculinos. Se futuras investigações tiverem como finalidade o uso da mesma como uma ferramenta indispensável às suas investigações, seria pertinente elaborar uma estrutura que pudesse avaliar a parafilia coerciva em outros públicos-alvo, tais como jovens, mulheres e ainda populações não presidiárias.

Conclui-se que a utilização do método fenomenológico de Amedeo Giorgi, possibilitou dar resposta à questão norteadora deste estudo e espera-se que no futuro, nasçam outras investigações neste âmbito, de forma a suportar e complementar os resultados expostos nesta investigação.



Agradecimentos

Um agradecimento à Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, por me deixar recolher os dados fulcrais da presente investigação e aos reclusos que aceitaram participar pois só assim foi possível a concretização deste trabalho.

Contacto para Correspondência

Solange Ponte, Instituto Superior de Psicologia Aplicada – ISPA-IU, Rua Manuel Amaral Mendonça, 4, 9500-322 Ponta Delgada, solangeponte12@hotmail.com

Victor Amorim Rodrigues, Instituto Superior de Psicologia Aplicada – ISPA-IU, Rua Jardim do Tabaco, 34, 1149-041 Lisboa, vitor.rodrigues@ispa.pt.

Referências

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2015). *Estatísticas APAV. Relatório Anual 2015*.
- Balaia, D., Oliveira, V., & Almeida, F. (2012) In F. Almeida & M. Paulino, *Profiling, Vitimologia e Ciências Forenses-Perspectivas Actuais*. (pp.393-427). Lisboa: Pactor.
- Beech, A.R., & Harkins, L. (2012). *Aggression and Violent Behavior*. 17, p.527 – 539.
- Blackburn, R. (1993). *The Psychology of Criminal Conduct: Theory, Research and Practice*. Chichester: Wiley.
- Frances, A. (2011). DSM-5 Rejects coercive paraphilia: Once again confirming that rape is not a mental disorder. *American Journal of Forensic Psychology*, 28, p.1-4.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim de Século- Edições, Sociedade Unipessoal, Lda.
- Groenewald, T. (2004). A phenomenological research design illustrated. *International Journal of Qualitative Methods*, 3, (1).
- Knight, R. (2010). Is a Diagnostic Category for Paraphilic Coercive Disorder Defensible?. *Arch Sex Behav*, 39, p.419- 426. doi 10.1007/s10508-009-9571-x.
- Marshall, W. L., Laws, D. R., & Barbaree, H. E. (1990). Issues in sexual assault. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault* (pp.3-7). New York: Plenum.
- Mendes, B. (2014). *Profiling Criminal: Técnica Auxiliar de Investigação Criminal* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto.
- Patherick, W. (2014). *Profiling and serial crime: theoretical and practical issues*. Waltham, USA: Elsevier.
- Pereira, J. (2007). *Distorções Cognitivas e Agressão sexual: Estudo Exploratório com agressores intra e extra-familiar* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.
- Quinsey, V. (2010). Coercive Paraphilic Disorder. *Arch Sex Behav*, 39, pp.405-410. doi 10.1007/s10508-009-9547-x.
- Stern, P. (2010). Paraphilic Coercive Disorder in the DSM: The Right Diagnosis for the Right Reasons. *Arch Sex Behav*, 39, pp.1443–1447.



- Thornton, D. (2010). Evidence Regarding the Need for a Diagnostic Category for a Coercive Paraphilia. *Arch Sex Behav*, 39, pp.411–418. doi 10.1007/s10508-009-9583-6.
- Tosh, J. (2011). The medicalisation of rape: A discursive analysis of ‘Paraphilic Coercive Disorder’ and the psychiatrisation of sexuality. *Psychology of Women Section Review*, 3 (2), 1-12.
- Vieira, S. (2011). *Ofensores sexuais: das crenças ao estilo de pensamento* (Tese de Doutoramento publicada). Universidade do Minho.
- Watson, J. (2013). Paraphilic Coercive Disorder: Assessing the Structure and Validity of the PCDC Check-list. *Master's Thesis*. Faculty of the Graduate School of Arts and Sciences. Department of Psychology.



Reabilitação Cognitiva e Promoção de Competências de Vida na Esquizofrenia

Intervenção Psicológica em Grupo

Filipa Baptista¹-, Catarina Vieira², Patrick Alves² & Aníbal Fonte²

1. Serviço de Psicologia da ULSAM, Portugal

2. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULSAM

Resumo

O programa de Intervenção Psicológica em Grupo, na Reabilitação Cognitiva na esquizofrenia, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), está sediado no Hospital de Sta. Luzia, Viana do Castelo. Constitui uma experiência piloto, multidisciplinar, sendo dinamizada por uma equipa de duas psicólogas clínicas, um psiquiatra e uma enfermeira especialista em saúde mental. O programa estruturado compreende dez sessões, com uma periodicidade semanal e duração de noventa minutos. Cada sessão é composta por diferentes momentos: a) acolhimento; b) psicoeducação e treino de competências comunicacionais; c) treino cognitivo computadorizado; d) avaliação dos aspetos mais significativos da sessão; e) conclusão da sessão. Este grupo inicial é constituído por cinco utentes: quatro (masculino) e um (feminino), com idades compreendidas entre os 32 e os 42 anos, com diagnóstico de esquizofrenia. Os principais objetivos são reabilitação cognitiva e promoção de competências de vida; especificamente, a psicoeducação sobre a doença e dificuldades associadas; ensino e treino de estratégias de *coping*, competências interpessoais; treino cognitivo e de cognição social. É incentivada a adoção de um estilo de vida saudável e uma adaptação progressiva às Atividades de Vida Diária (AVD). A avaliação sugere que dois utentes apresentam défices cognitivos significativos, mas, na globalidade, os participantes não têm alterações psicopatológicas graves, têm níveis satisfatórios de qualidade de vida e, no final, relatam um maior bem-estar, melhores competências interpessoais, maior autoestima, autoconfiança, autonomia e elevada satisfação com a participação no programa.

Palavras-chave: Reabilitação Cognitiva, Psicoeducação, Esquizofrenia, Competências Interpessoais.



Abstract

This work presents the clinical experience of a Psychological Group Intervention based on a Cognitive Rehabilitation in Schizophrenia, at Unidade Local de Saúde do Alto Minho's Psychiatry and Mental Health Department, in Santa Luzia Hospital, located in Viana do Castelo. This structured psychotherapeutic intervention is a multidisciplinary pilot project led by two clinical psychologists, a psychiatrist and a mental health nurse. It has ten cognitive rehabilitation sessions (once a week, ninety minutes). Each session was divided in different moments: a) welcoming; b) psychoeducation activities and interpersonal skills training; c) computer-assisted cognitive training; d) evaluation of the most significant aspects of the session and e) completion of the session.

This initial group consists of five participants: four (male) and one (female), aged between 32 and 42 years, diagnosed with schizophrenia. The main goals are: cognitive rehabilitation and life skills enhancement; and secondary: psychoeducation about schizophrenia and major difficulties associated; functional skills training and coping strategies; communication / interpersonal skills training, social cognition training and cognitive training. At the same time, the participants are encouraged to adopt a healthy lifestyle and a progressive adaptation to daily life activities. The evaluated data suggest that 2 participants have cognitive deficits but, overall, the participants do not have significant psychopathological symptoms, have satisfactory levels of quality of life and, at the end of the intervention, report greater psychological well-being, better life skills, greater self-esteem, self-confidence and autonomy, as well as high satisfaction with the participation in the program.

Keywords: Cognitive Rehabilitation; Psychoeducation, Schizophrenia, Interpersonal Skills.



Introdução

A esquizofrenia é uma doença crónica caracterizada por delírios, alucinações, desorganização do discurso e do comportamento, bem como por sintomas negativos como a avolição ou a restrição da expressão de afetos. Trata-se de uma doença particularmente incapacitante e foi considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a oitava mais importante causa de incapacidade ajustada para os anos de vida, na faixa etária dos 15 – 44 anos (WHO, 2001).

Os défices cognitivos são referidos com frequência em doentes psicóticos, nomeadamente com esquizofrenia, e têm sido associados à doença desde as suas primeiras descrições, nomeadamente por Kraepelin, que utilizou, em 1896, o termo *Dementia Praecox* (Amaral, 2014), sublinhando assim a importância da deterioração cognitiva como uma das principais características da doença. Esses défices cognitivos iniciam-se geralmente antes do diagnóstico da patologia e tendem a persistir e a agravar-se com o passar dos anos, mesmo quando a restante sintomatologia está controlada e o doente é considerado estabilizado (Heaton et al., 2001). O prejuízo no funcionamento neurocognitivo contribui fortemente para a sintomatologia negativa, para os défices de competências sociais e para a incapacidade funcional associada à doença (Bowie & Harvey, 2006; Green, 1996; Rector, Beck, & Stolar, 2005).

As funções cognitivas mais fortemente afetadas nestes doentes são: a atenção, o processamento das informações, a memória de trabalho, a memória e aprendizagem verbal, as competências linguísticas, as funções executivas e a cognição social (Bowie & Harvey, 2005; Sharma & Antonova, 2003). O reconhecimento do impacto negativo da deterioração cognitiva em doentes com perturbações psicóticas levou ao desenvolvimento de diferentes programas de reabilitação cognitiva, durante as últimas duas décadas.

A reabilitação cognitiva foi definida por um painel de especialistas na área como “uma terapia comportamental que visa melhorar os processos cognitivos (atenção, memória, funções executivas, cognição social ou metacognição) com o objetivo de durabilidade e generalização” durante o Cognitive Remediation Experts Workshop, em Florença, Itália (2010, Wykes, Huddy, Cellard, McGurk, & Czobor, 2011, p. 472). A eficácia da reabilitação cognitiva já foi demonstrada por vários estudos e meta-análises (McGurk, Twamley, Sitzer, McHugo, & Mueser, 2007; Wykes et al., 2011); no entanto, quando realizada de uma forma isolada, parece ter um efeito ligeiro a moderado no funcionamento do doente, sobretudo após o término da intervenção. Dessa forma, atualmente têm sido descritas intervenções integradas em programas mais vastos que podem incluir: estratégias de psicoeducação; treino de competências sociais, treino de competências de vida, reabilitação funcional e terapia cognitivo-comportamental (Demily & Franck, 2008).

Com efeito, as habilidades sociais e as competências de vida são determinantes primordiais do funcionamento e bem-estar individual e social, mas encontram-se frequentemente comprometidas nos doentes com esquizofrenia, pelo que alguns programas de reabilitação as consideram como um alvo prioritário de intervenção. O treino de competências de vida tem como objetivo melhorar uma série de défices no funcionamento social e do dia-a-dia do doente (Argyle, Bryant, & Trower, 1974). Neste caso, a aprendizagem e treino dessas competências visa melhorar o funcionamento global dos indivíduos, considerando-se que,



uma vez adquiridas e repetidas, o meio ambiente irá assegurar que tais competências sejam mantidas (Mairs & Bradshaw, 2004).

Nos programas de intervenção que combinam diferentes estratégias, a utilização de meios audiovisuais e informáticos assume-se como uma vantagem, já que tendem a ser mais apelativos e facilitadores da atenção sustentada, quando comparados com os métodos tradicionais (Vieira, 2013). Outro aspeto a considerar é a forma da implementação dos programas, que pode ser individual ou em grupo. Alguns programas têm privilegiado o treino cognitivo individual, já que permite uma maior autonomia do doente, bem como uma adaptação constante às suas necessidades específicas; no entanto essa abordagem poderá rapidamente desmotivar o doente. Preferencialmente têm sido utilizadas abordagens em grupo, pois permitem uma maior proximidade com os técnicos de saúde e uma maior dinâmica interpessoal que, para além de tornarem o treino mais agradável, empolgante e desafiador, também permitem melhorar as competências sociais dos doentes, bem como a sua relação com os seus terapeutas (Vieira, 2013).

O programa aqui apresentado assume um cariz psicoterapêutico e assenta nos princípios da capacitação ou *empowerment*, da autodeterminação e na rutura com o auto-estigma, tendo como objetivos principais a reabilitação cognitiva e o desenvolvimento de competências de vida em pessoas com esquizofrenia (Marques, Queirós & Rocha, 2006; Marques, Queirós, Rocha & Alves, 2006). Os objetivos específicos desta intervenção são: treinar as funções cognitivas superiores; promover a autoestima, autoconfiança, autocontrolo e autonomia individual; aumentar a adesão terapêutica e melhorar os conhecimentos e o *insight* sobre a doença. Por outro lado, o programa pretende melhorar a qualidade de vida através da promoção de competências comunicacionais e de relacionamento interpessoal, da ativação de estratégias de coping mais adaptativas, do incentivo para a adoção de um estilo de vida saudável, com uma adaptação progressiva às atividades de vida diárias.

Metodologia

Participantes

Neste programa piloto participaram cinco utentes, quatro homens e uma mulher, com idade entre os trinta e dois e os quarenta e dois anos. A seleção dos participantes foi feita após referenciação do seu médico psiquiatra assistente e discutida em reunião de equipa multidisciplinar, tendo sido definidos previamente critérios de inclusão e de exclusão. Foram incluídos indivíduos com diagnóstico confirmado de esquizofrenia, de acordo com os critérios preconizados no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), com quadros estabilizados, idades compreendidas entre os dezoito e os quarenta e cinco anos, que apresentam dificuldades na capacidade relacional, integração social, estruturação e realização de atividades de vida diária e/ou défices nas estratégias de coping, mas considerados com potencial de reabilitação, ou seja, com capacidade de perceção da doença, conhecimento e disposição para a mudança. Os critérios de exclusão foram: existência de sintomatologia positiva exuberante; deterioração mental ou cognitiva grave e/ou alterações de comportamento que condicionem a participação no grupo; não saber ler ou escrever (pela natureza das



atividades propostas); com lesão orgânica cerebral e que apresentem história atual ou recente de abuso de substâncias psicoativas.

Instrumentos

Pelo carácter experimental deste grupo inicial de reabilitação cognitiva na esquizofrenia selecionaram-se um conjunto de medidas de avaliação breves (rastreo) da sintomatologia psicótica, neurocognição, estado de humor e qualidade de vida, habitualmente utilizadas noutros estudos nacionais e internacionais e que são adaptadas para a população portuguesa.

Por ser um programa com objetivos eminentemente clínicos, não foi feita uma avaliação pormenorizada da sintomatologia psicótica, nem utilizados testes ou baterias neuropsicológicas extensos para avaliar o funcionamento cognitivo de uma forma mais aprofundada.

Nesta primeira fase foi apenas realizada uma avaliação inicial, estando prevista uma reavaliação após três meses de intervenção, de forma a aferir os ganhos terapêuticos encontrados.

- *Ficha de dados sociodemográficos* – para recolha da idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação laboral, medicação, realização de atividades de lazer e atividade física e local de residência dos participantes.

- *“Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico”* - Escala do DSM-5 (APA, 2013) – esta escala permite a avaliação dimensional dos sintomas primários de psicose, incluindo alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Também inclui uma escala para a avaliação dimensional do défice cognitivo e outra para a avaliação dimensional da depressão e mania, o que pode alertar os clínicos para a patologia de humor. A gravidade dos sintomas na psicose tem valor prognóstico e orienta o tratamento. Esta escala tem oito itens que podem ser preenchidos pelo profissional de saúde mental no momento da avaliação clínica, classificando a gravidade de cada sintoma conforme é vivenciado pelo indivíduo, durante os últimos sete dias. Cada item é pontuado numa escala de tipo Likert de cinco pontos (0=ausente; 1=incerto; 2=presente, mas leve; 3=presente, moderado; 4=presente, grave). O profissional deve avaliar todas as informações disponíveis sobre o indivíduo e, com base no julgamento clínico, selecionar o nível que descreve com mais precisão a gravidade da condição da pessoa em questão. Pontuações consistentemente altas num domínio particular podem indicar áreas significativas e problemáticas para o indivíduo que justificam avaliação, tratamento e acompanhamento mais aprofundados, sendo o julgamento clínico a orientar a tomada de decisão (APA, 2013). A pontuação total é 32 valores, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a maior gravidade dos sintomas.

- *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* - versão 7.1 (original) adaptada e validada para a população portuguesa por Freitas, Simões, Martins, Vilar e Santana (2010). É um instrumento de rastreio cognitivo mais sensível que o Mini-Mental State Examination aos estádios mais ligeiros de declínio, nomeadamente ao Défice Cognitivo Ligeiro e está convenientemente adaptado para a população portuguesa. Avalia oito domínios de funcionamento cognitivo: atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem,



capacidades visuoespaciais, pensamento conceptual, cálculos e orientação. A aplicação deste instrumento implica que o indivíduo realize um conjunto de tarefas, num tempo aproximado de quinze minutos. A pontuação total é 30 valores; um valor maior ou igual a 26 é considerado normal, sendo que as pontuações mais elevadas indicam melhores desempenhos (Freitas et al., 2010).

- *"Hospital Anxiety and Depression Scale"* (HADS) – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar - versão traduzida e validada para português por Pais Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses e Baltar (2007). Esta escala tem catorze itens (sete para avaliar a ansiedade e sete para avaliar a depressão) e permite avaliar de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia física e em tratamento ambulatorio. Apesar de ter sido desenvolvida para utilizar nestes doentes, na atualidade é muito utilizada na investigação e prática clínica para avaliar de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em diversas populações e contextos. O HADS é uma escala de autoadministração, de fácil compreensão e rápida, demorando cerca de dez minutos a ser preenchida. As respostas são dadas numa escala de tipo Likert de quatro pontos, que varia entre zero e três (0= baixo; 3= elevado). Para cada item existem quatro possibilidades de resposta, devendo a pessoa escolher aquela que corresponde à forma como se tem sentido durante a última semana. Os resultados totais de cada subescala variam de zero a vinte e um valores. Os valores mais elevados indicam níveis maiores de ansiedade e depressão. Segundo os autores originais, as pontuações entre oito e dez, para cada subescala, podem indicar uma possível perturbação clínica e entre onze e vinte e um, uma provável perturbação clínica, sugerindo como ponto de corte o valor de oito – os valores inferiores são considerados como ausência de ansiedade e depressão. Por outro lado, consideram que a severidade da ansiedade e depressão podem ser classificadas como "normal" (0-7); "leve" (8-10); "moderada" (11-15) e "grave" (16-21). Pode ser utilizada a pontuação total como um indicador clínico, desde que seja analisado como um índice de perturbação emocional ou *distress*, segundo Zigmond e Snaith (1983, citado por Sousa & Pereira, 2008).

- Instrumento de *Avaliação da Qualidade de Vida* da OMS – forma abreviada (WHOQOL-Bref), versão em Português validada por Vaz Serra et al. (2006). O WHOQOL-Bref corresponde à versão abreviada do WHOQOL-100 (cem itens), tendo sido criado como forma de se disponibilizar um instrumento de avaliação da qualidade de vida que demorasse menos tempo no seu preenchimento (cerca de quinze minutos) mas que simultaneamente refletisse as mesmas facetas da versão original (apesar de agrupadas em domínios diferentes) e mantivesse padrões psicométricos elevados. Em 1991, o Grupo da WHOQOL definiu qualidade de vida como a "perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (Vaz Serra et al., 2006, p. 33). O WHOQOL-Bref é constituído por vinte e seis itens, dois dos quais relativos à perceção geral da qualidade de vida e à perceção geral de saúde, e os restantes associados às vinte e quatro facetas específicas presentes no WHOQOL-100, que permitem avaliar a qualidade de vida a partir de quatro domínios diferentes: domínio *físico* (questões relacionadas com mobilidade, atividades diárias, adesão ao tratamento, dor e desconforto, sono e repouso, energia e fadiga e capacidade de trabalho); domínio *psicológico* (questões sobre sentimentos positivos e negativos, autoestima, imagem corporal e aparência, crenças pessoais e sobre pensamento, aprendizagem, memória e concentração); domínio *relações*



sociais (questões sobre relacionamentos pessoais, apoio social e atividade sexual) e domínio *ambiente* (questões sobre segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, disponibilidade e qualidade dos cuidados sociais e de saúde, oportunidades para a aquisição de novas informações e competências e oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico e transporte). Geralmente, a aplicação deste instrumento é feita por autopreenchimento, sendo possível, em alguns casos, que o avaliador preencha os dados, questionando a pessoa avaliada. Os resultados totais de cada domínio estão dispostos num sentido positivo, onde as pontuações mais altas representam uma melhor qualidade de vida.

- *Avaliação da Satisfação com a Participação no Programa* – instrumento de autopreenchimento, construído para o efeito, constituído por duas partes. Uma primeira parte, que avalia numa escala de tipo Likert de cinco valores (1=nada satisfeito; 2=pouco satisfeito; 3=mais ou menos satisfeito; 4=satisfeito; 5=muito satisfeito) os seguintes itens: a) a satisfação com os diferentes profissionais de saúde; b) possibilidade de expor dúvidas, c) clareza das informações recebidas, d) discussão de temas nas sessões, e) condições físicas da sala de intervenção e f) satisfação global com a intervenção. Uma segunda parte composta pelas seguintes questões abertas: “O que achei da participação no Grupo?”; “O que considere mais positivo no Grupo?”; “O que considere mais negativo no Grupo?”; “O que acho que se poderia fazer para melhorar esta intervenção?”; “Gostaria de participar noutra Grupo Psicoterapêutico? Sugestões?” e “Observações”.

Procedimentos

Inicialmente, este programa foi planeado e apresentado à Direção do Serviço de Psicologia e do DPSM, da ULSAM com o objetivo de responder às necessidades dos seus utentes, sendo posteriormente implementado, como projeto piloto durante os meses de junho, julho e agosto de 2016, estando prevista uma reavaliação após três meses. Nesta fase inicial, os utentes participaram em dez sessões terapêuticas, de periodicidade semanal, com uma duração de noventa minutos. Após a recolha dos dados sociodemográficos e da aplicação dos testes de avaliação psicométrica, as sessões psicoterapêuticas em grupo, dividiram-se em diferentes momentos e atividades: a) acolhimento dos participantes; b) psicoeducação e treino de competências comunicacionais / interpessoais; c) treino cognitivo – com apoio de um programa informático *online*; d) discussão e avaliação dos aspetos mais significativos da sessão e e) conclusão da sessão (ver Quadro 1).

Para a implementação deste programa de intervenção, foram construídos materiais de informação, como o panfleto sobre o “Programa de Reabilitação Cognitiva e Promoção de Competências”, bem como materiais de psicoeducação de apoio à dinamização das sessões que focam algumas temáticas e competências abordadas.

O treino cognitivo computadorizado foi feito com suporte do programa informático COGWEB® (Cruz et al., 2013; 2014). Este programa é uma ferramenta que permite a implementação de programas personalizados de treino cognitivo, pois assenta numa plataforma *online*, pelo que, quer o profissional, quer o utente podem aceder ao programa a partir de qualquer local com ligação à internet. Esta característica permite diversos contextos de uso, que podem variar entre um uso estritamente clínico e o domicílio e ambiente familiar do utilizador. Atualmente, o COGWEB dispõe de um conjunto de exercícios desenvolvidos para o treino intensivo de diversas funções cognitivas, nomeadamente: atenção, funções executivas,



memória, linguagem, praxias e gnosis, podendo ser usado em diversas patologias e em pessoas de várias idades. Em estudos feitos pelos autores é salientado que este sistema é bem aceite pelos utentes, dada a simplicidade de uso e o carácter apelativo dos exercícios (Cruz et al. 2013; 2014). No início do treino cognitivo, os exercícios e níveis de dificuldade foram seleccionados e ajustados aos participantes e foram evoluindo para níveis de maior dificuldade e complexidade, de acordo com a sua progressão no grupo.

Este programa apresentado respeita os princípios gerais de ética e deontologia, bem como os definidos pelo Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, de acordo com o Regulamento 258/2011.



Quadro 1 – Estrutura do Programa de Reabilitação Cognitiva.

SESSÃO 1 (AVALIAÇÃO)	Acolhimento e apresentação dos participantes e dinamizadores da Intervenção; Preenchimento da ficha de dados sociodemográficos; Entrega do plano terapêutico individual, cronograma e assinatura do consentimento informado para a participação no grupo; Entrega do panfleto informativo sobre o Programa de Reabilitação Cognitiva – esclarecimento de dúvidas. Apresentação dos objetivos gerais e metodologias do programa e avaliação das expectativas iniciais face à intervenção. Apresentação das vantagens e importância do treino das funções cognitivas, da aprendizagem de estratégias de coping e da promoção de competências de vida. Aplicação das escalas de avaliação psicométrica (individualmente). Conclusão da sessão.
SESSÃO 2	Psicoeducação sobre Esquizofrenia: etiologia e evolução da doença, principais dificuldades associadas; tipos de intervenção e tratamentos. Abordagem das dificuldades associadas ao estigma face à Doença Mental Grave. A importância da adesão terapêutica. Psicoeducação sobre Competências Interpessoais e Competências de Vida. Incentivo para a exploração / discussão dos temas abordados e partilha de experiências. Exemplificação dos exercícios de Treino Cognitivo Computorizado. Avaliação e discussão sobre os temas mais significativos da sessão. Entrega de exercícios de Treino Cognitivo (papel e lápis) para realizar em casa. Conclusão.
SESSÕES 3 A 9:	Acolhimento dos participantes e avaliação da semana anterior (AVD, atividades de lazer, realização dos exercícios de Treino Cognitivo, outros...) Atividades psicoeducativas; discussão dos temas abordados e partilha de experiências. Promoção de estratégias de coping e de competências de vida importantes para a resolução das dificuldades do quotidiano; Desenvolvimento de estratégias e atividades de promoção do Bem-Estar Psicológico; Reforço da importância da Promoção de um Estilo de Vida Saudável e da manutenção das Atividades de Vida Diária. Treino de Competências Sociais – utilização de <i>role-plays</i> com simulação de várias atividades do dia-a-dia, que envolvam o uso de competências comunicacionais / interpessoais. Treino Cognitivo Computorizado – com programa COGWEB – ajustado ao nível dos participantes. Avaliação, discussão e reflexão sobre os temas mais significativos da sessão. Reforço da importância do grupo terapêutico como fonte de apoio psicossocial. Entrega de exercícios de Treino Cognitivo (papel e lápis) para realizar em casa. Disponibilização de sítios na internet adequados para realização de exercícios de Treino Cognitivo. Programação de uma atividade de lazer em conjunto. Conclusão da sessão.
SESSÃO 10:	Acolhimento dos participantes e avaliação da semana anterior. Avaliação em grupo do programa psicoterapêutico: discussão/ reflexão sobre os ganhos obtidos; aspetos positivos/ negativos; recolha de sugestões para melhorar as próximas intervenções. Exploração e análise dos aspetos mais relevantes da intervenção para os participantes. Reforço da importância da continuidade da aplicação de estratégias de <i>coping</i> mais adaptativas e das competências de vida desenvolvidas. Preenchimento da ficha individual de Avaliação da Satisfação do Utente em relação à participação no Programa de Reabilitação Cognitiva. Realização de atividade de lazer (lanche – convívio) em conjunto. Planeamento de sessão de avaliação de seguimento.

Resultados

A amostra contempla cinco participantes, quatro do género masculino e um do género feminino, com idades compreendidas entre os trinta e dois e os quarenta e dois anos, com uma média de idades de 35,8. Todos os utentes são solteiros e têm um nível de escolaridade que varia entre o sexto ano (n=1), nono ano (n=2), décimo segundo ano (n=1) e a licenciatura (n=1), com uma média de 10,6 anos. Os participantes são residentes no concelho de Viana do Castelo e estão reformados por incapacidade para o trabalho, não tendo uma ocupação



atual a tempo inteiro. Apenas um participante mantém uma atividade a tempo parcial como comercial.

Os elementos deste grupo afirmam realizar ocasionalmente algumas atividades de lazer como: “passear”; “ir à praia”; “pescar”; “cantar” e dois fazem atividade física com regularidade: “correr”, “ir ao ginásio”. Atualmente, todos os participantes tomam medicação antipsicótica, adequada à sua condição, com tempo de evolução da doença que varia entre os cinco e os dezoito anos.

Após a análise dos resultados obtidos (ver Quadro 2), verifica-se que na Escala de Gravidade dos Sintomas Psicóticos Avaliada pelo Clínico, todos os utentes apresentam sintomas considerados pouco graves (<17).

Em relação ao estado de humor (avaliado pela HADS), verifica-se que só um utente apresenta sintomatologia ansiosa (moderada) e depressiva (leve).

No que diz respeito à Qualidade de Vida, todos os utentes têm uma perceção positiva global em relação à sua vida e consideram-se satisfeitos (ver Quadro 2).

Quadro 2– Resultados obtidos – Escala de Gravidade dos Sintomas Psicóticos, HADS e WHOQOL-Bref.

Participantes	Gravidade Sintomas Psicóticos (Máx.32)	HADS		WHOQOL-Bref	Taxa de Participação nas sessões (%)
		Ansiedade	Depressão		
A	10	05	05	84	77,77
B	16	11	10	75	100
C	06	07	05	84	100
D	09	04	04	99	66,66
E	02	06	04	84	88,88
Média (DP)	8,6 (5,18)	6,6 (2,70)	5,6 (2,51)	85,2 (8,64)	86,66 (14,49)

Em termos de funcionamento neurocognitivo (avaliado pelo MoCA – ver Quadro 3), três participantes apresentam uma pontuação inferior ao ponto de corte (26). No entanto, após a análise comparativa entre as médias e desvios-padrão (DP) dos resultados obtidos com os dados normativos (Freitas et al., 2010), verifica-se que apenas dois participantes apresentam: -1,5DP e -2DP, o que sugere a presença de alterações cognitivas ligeiras, em função da idade e escolaridade (ver Quadro 3).

Quadro 3– Resultados obtidos com o MoCA (vs.7.1).

Participantes	Resultado absoluto (Máx.30)	Média, em função da idade e escolaridade	Desvio Padrão, em função da idade e escolaridade	Resultados Desvio Padrão (DP)
A	24	26,42	2,18	-1DP
B	27	27,39	1,86	0 DP
C	24	26,42	2,18	-1DP
D	23	26,42	2,18	-1,5DP
E	26	28,83	1,38	-2DP

Na avaliação qualitativa, feita através do questionário de avaliação da satisfação com a intervenção, os participantes referem estar muito satisfeitos, salientando como aspetos mais positivos a aquisição de informação sobre a doença mental e formas de tratamento, o treino de competências sociais (*role-plays*, discussão sobre determinadas temáticas) e o treino cognitivo, com expressão de emoções positivas, corroboradas pela vontade de frequentar mais sessões.



Discussão

Este programa apresentado consiste numa experiência piloto, de cariz multidisciplinar, que pretende complementar os tratamentos habituais para a esquizofrenia no DPSM, permitindo uma abordagem holística e mais compreensiva destes utentes.

A utilização de um programa de intervenção integrada, isto é, que combina estratégias de psicoeducação, promoção de competências de vida, competências sociais, estratégias de *coping* e ainda treino cognitivo, permite uma atuação sinérgica com benefícios terapêuticos para os participantes, potenciando resultados mais favoráveis quer a nível cognitivo quer a nível funcional. Os dados obtidos neste trabalho vão de encontro aos resultados publicados em estudos internacionais (Bellack, Gold, & Buchanan, 1999; Bowie, McGurk, Mausbach, Patterson, & Harvey, 2012; Demily & Franck, 2008; Kurtz, Seltzer, Shagan, Thime, & Wexler, 2007; Wykes et al., 2011) que indicam que as diferentes abordagens de reabilitação cognitiva são eficazes e apresentam-se como uma importante intervenção complementar ao tratamento farmacológico e psicoterapêutico tradicionalmente disponível para estes utentes. Este grupo integra um conjunto de jovens adultos, estabilizados do ponto de vista psicopatológico, com uma média de 10,6 anos de escolaridade e com alterações cognitivas ligeiras, o que poderá ter contribuído para os resultados positivos encontrados. Para além disso, verifica-se que os utentes tiveram uma elevada taxa de participação no programa, comparecendo, em média a 86,66 % do total das sessões, o que é considerado muito positivo e revelador do empenho e satisfação experienciados por todos. A boa adesão terapêutica é ainda demonstrada pelo cumprimento da realização semanal dos exercícios de treino cognitivo propostos para casa e pelo cumprimento das atividades de lazer e de interação social programadas nas sessões.

O presente trabalho tem várias limitações, como o facto de a amostra ser pequena e do número de sessões ser reduzido, embora estes fatores correspondam aos objetivos de um estudo piloto que pretende testar metodologias de intervenção e procedimentos específicos da reabilitação cognitiva na esquizofrenia. Por ser um programa com objetivos eminentemente clínicos, não foi feita uma avaliação extensa da sintomatologia psicótica, nem utilizados testes ou baterias neuropsicológicas para avaliar o funcionamento cognitivo de uma forma mais aprofundada. Por outro lado, também não foi feita uma avaliação final, sendo este um aspeto a melhorar no futuro. Também será importante a seleção de amostras maiores e mais representativas para aumentar a robustez dos resultados.

Os profissionais de saúde envolvidos na implementação deste programa consideram que esta experiência foi muito gratificante, tendo sido alcançados os objetivos clínicos inicialmente propostos, como o aumento do conhecimento sobre a doença, desenvolvimento de estratégias para lidar com as dificuldades, melhor desempenho no relacionamento interpessoal, maior autonomia e bem-estar psicológico, para além do treino sistemático das funções cognitivas superiores. Para os profissionais de saúde envolvidos foi muito importante o fortalecimento da relação com os utentes, o que facilitou o vínculo com o DPSM, bem como um conhecimento e uma interação mais rica entre ambas as partes. De uma forma diferente ao que acontece em estudos com amostras muito grandes, o carácter piloto deste estudo e, consequentemente, o número reduzido de participantes permitiu um conhecimento aprofundado de cada utente e uma avaliação qualitativa das suas perceções,



características e necessidades individuais. Em jeito de conclusão, podemos considerar esta intervenção como uma mais-valia na abordagem terapêutica destes doentes, sendo importante a sua replicação, bem como o seguimento dos utentes para perceber se os benefícios encontrados se mantêm.

Contacto para Correspondência

Filipa Baptista – filipa.baptista@ulsam.min-saude.pt Serviço de Psicologia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Hospital de Sta Luzia – Viana do Castelo.

Referências

- Amaral, V. (2014). Esquizofrenia: da dementia praecox às considerações contemporâneas. *Vínculo*, 11(2), 19-30.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5*. (5ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Argyle, M., Bryant, B. M. & Trower, P. (1974). Social skills training and psychotherapy: A comparative study. *Psychological Medicine*, 4(04), 435-443.
- Bellack, A., Gold, J. & Buchanan, R. (1999). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Problems, prospects and strategies. *Schizophr Bull*, 25(2), 257-274.
- Bowie, C. R. & Harvey, P. D. (2005). Cognition in schizophrenia: Impairments, determinants and functional importance. *Psychiatric Clinics of North America*, 28(3), 613-633.
- Bowie, C. R. & Harvey, P. D. (2006). Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2(4), 531.
- Bowie, C. R., McGurk, S. R., Mausbach, B., Patterson, T. L. & Harvey, P. D. (2012). Combined cognitive remediation and functional skills training for schizophrenia: Effects on cognition, functional competence, and real-world behavior. *American Journal of Psychiatry*, 169(10), 710-718.
- Cruz, V. T., Pais, J., Mateus, C., Sousa, A., Alves, I., Conde, E. ..., Rocha, N. (2013). Cogweb@ treino cognitivo online, acedido em Maio, 10, 2016, em <https://www.cogweb.pt/?mod=pages/signup>.
- Cruz, V. T., Pais, J., Ruano, L., Mateus, C., Colunas, M., Alves, I. ..., Rocha, N. (2014). Implementation and outcomes of a collaborative multi-center network aimed at web-based cognitive training – COGWEB network. *Journal of Medical Internet Research Mental Health*, 1(1):e2.
- Demily, C. & Franck, N. (2008). Cognitive remediation: A promising tool for the treatment of schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(7), 1029-1036.
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M. & Santana, I. (2010). Estudo de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357.
- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *The American Journal of Psychiatry*, 153(3), 321.
- Heaton, R. K., Gladsjo, J. A., Palmer, B. W., Kuck, J., Marcotte, T. D. & Jeste, D. V. (2001). Stability and course of neuropsychological deficits in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 58(1), 24-32.
- Kurtz, M., Seltzer, J., Shagan, D., Thime, W. & Wexler, B. (2007). Computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: What is the active ingredient? *Schizophrenia Research*, 89(1-3), 251-260.
- Mairs, H., & Bradshaw, T. (2004). Life skills training in schizophrenia. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(5), 217-224.



- Marques, A. J., Queirós, C. & Rocha, N. B. D. (2006). Metodologias de reabilitação cognitiva num programa de desenvolvimento pessoal de indivíduos com doença mental e desempregados de longa duração. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 109-116.
- Marques, A., Queirós, C., Rocha, N. & Alves, J. (2006). Realidade virtual e integrated psychological therapy na reabilitação cognitiva de pessoas com esquizofrenia. *Saúde Mental*, 8(2), 11-15
- McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzler, D. I., McHugo, G. J. & Mueser, K. T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1791-802
- Pais Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Rector, N. A., Beck, A. T. & Stolar, N. (2005). The negative symptoms of schizophrenia: A cognitive perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(5), 247-257.
- Regulamento nº 258/2011 de 20 de Abril. *Diário da República nº 78/2011 – 2ª série*. Lisboa
- Sharma, T. & Antonova, L. (2003). Cognitive function in schizophrenia: Deficits, functional consequences, and future treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(1), 25-40.
- Sousa, C. & Pereira, M. G. (2008). Morbilidade psicológica e representações de doença em pacientes com esclerose múltipla: Estudo de validação da “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS). *Psicologia, Saúde e Doenças*. 9(2), 1645-1659.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. ..., Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40
- Vieira, J. (2013). Reabilitação cognitiva na esquizofrenia. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 11, 22-42.
- WHO (2001) - The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope, acedido em Maio, 4, 2016, em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. & Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: Methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 472-485.



Acerca do Delírio e da Crença

Jorge Gonçalves

IFILNOVA, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Resumo

A Psicopatologia inclui o delírio nas alterações do pensamento e as alucinações que lhe estão normalmente associadas nas alterações da percepção. Aparece em diversas síndromes, mas aqui tomaremos como referência os delírios associados com o que no DSM 5 está classificado como “Espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas”. Classicamente o delírio é definido como sendo uma “crença falsa”. No entanto, recentemente tem sido posto em causa que o delírio seja uma crença. Nesta comunicação depois de resumir os argumentos doxásticos e anti-doxásticos, comparo dois modelos que apresentam o delírio como sendo um estado mental diferente da crença, ou pelo menos da crença racional. O primeiro é o modelo das Realidades Múltiplas de Gallagher, um modelo fenomenológico, de acordo com o qual a nossa consciência não vive apenas na realidade quotidiana, existindo múltiplas realidades para além dela como o sonho, a ficção, a teoria científica e o delírio. Estas realidades são incomensuráveis e têm estilos cognitivos próprios. O delírio é então concebido como uma experiência e não como uma crença. O segundo modelo é o psicanalítico no qual o delírio é visto como uma tentativa de solução, de auto-cura, mesmo que não seja uma boa solução. É similar ao sonho dado que tem um significado que é necessário interpretar, em função da história pessoal do paciente. Embora a psicanálise tenda a definir o delírio da forma tradicional como crença falsa, pensamos que está mais de acordo com a teoria freudiana relacionar o delírio com a expressão de conflitos e de experiências de angústia.

Palavras-chave: Delírio; Crença; Realidades Múltiplas; Experiência.



Abstract

Psychopathology includes delusions in thought alterations and hallucinations, which are normally associated with it, in sensory perception alterations. Although it is present in several syndromes, here we shall take as reference the delusions related with what is classified in the DSM 5 as “Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders”. Classically, delusions are defined as being “false beliefs”. However, in recent times it has been put into question whether delusions are beliefs or not. In this talk, after summarizing both the doxastic and the anti-doxastic arguments, I compare two models which present delusions as mental states different from beliefs, or at least of rational beliefs. The first is Gallagher’s model of Multiple Realities, a phenomenological model, according to which our consciousness does not live only in everyday reality. There are several realities besides it, such as dreams, fiction, the scientific world and delusions. These realities are incommensurable and have each one has its own cognitive style. Delusions are then conceived as experiences rather than as beliefs. The second model is the psychoanalytical one on which delusions are seen as an attempt of solution and self-cure, even if it is not a good solution. They similar to the dreams given they a meaning which requires interpretation, based on the patient’s personal history. Though psychoanalysis attempts to define delusions in the traditional way – as false beliefs- I think it better suits the Freudian theory to define delusions as the expression of conflicts and experiences of anguish.

Keywords: Delusion; Belief; Multiple Realities; Experience.



Introdução

A Psicopatologia¹⁶ inclui o delírio nas alterações do pensamento e as alucinações que lhe estão normalmente associadas nas alterações da percepção. Aparece em diversos síndromes como síndrome de Cotard e síndrome de Capgras, mas aqui tomaremos como referência os delírios associados com o que no DSM 5 está classificado como “Espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas”. No referido Manual o delírio está descrito como

“Uma crença falsa baseada em inferência incorreta sobre a realidade externa, que é mantida firmemente apesar do que crêem quase todos os outros e apesar do que constitui prova ou evidência incontrovertível e óbvia do contrário. A crença não é ordinariamente aceita por outros membros da cultura ou subcultura da pessoa (i.e., não é um artigo de fé religiosa). Quando uma crença falsa envolve um juízo de valor, ela é considerada um delírio apenas quando o juízo é extremo o suficiente para desafiar sua credibilidade¹⁷”.

Recentemente tem sido discutido bastante em Filosofia da Psiquiatria a natureza do delírio bem como a sua explicação. Um dos temas relaciona-se com a primeira sentença da definição dada acima: “Uma crença falsa baseada em inferência incorreta sobre a realidade externa, que é mantida firmemente apesar do que crêem quase todos os outros e apesar do que constitui prova ou evidência incontrovertível e óbvia do contrário.”

O delírio é de facto uma “crença”? À primeira vista poderá parecer que sim pois o paciente psiquiátrico faz afirmações sobre a realidade em que diz acreditar (exemplo: “aqueles ali são agentes da CIA que me estão a perseguir”). No entanto, surgiram argumentos anti-doxásticos¹⁸ que poderão ser divididos em dois tipos. Em primeiro lugar, há os que sustentam que as crenças alteram-se quando a evidência dos factos assim o impõe e que tal não acontece com os delírios. Estes resistem a qualquer argumento ou evidência factual. Um segundo tipo de argumentos vão no sentido de considerar que uma crença para ser verdadeiramente uma crença deve ter consequências na acção, deve guiar a acção. Ora verifica-se que pelo menos alguns delírios não parecem ter consequências coerentes na acção. Por exemplo, um paciente afirma que lhe andam a envenenar a comida e no entanto não hesita em comê-la (sem que mostre sinais de intencionar cometer suicídio). Outro paciente afirma ser o próprio Deus e contudo espera pacientemente na fila da cantina pela sua vez. Esta situação é conhecida por *doublekeeping*, um termo da contabilidade já usada pelo inventor do termo “esquizofrenia”, Eugen Bleuler, e retomada recentemente pelos fenomenologistas¹⁹. De acordo, com Bortolloti & Miyazono (2015) a combinação destes argumentos tem constituído um poderoso caso contra a tese que o delírio é uma forma de crença. Estes autores anti-doxásticos fundamentam-se na racionalidade e no holismo das crenças. As crenças de um sujeito racional num determinado momento formam um todo integrado e coerente. As supostas crenças do delírio estão em contradição com outras

¹⁶ Correia, D.T. (2013), pp 52-61.

¹⁷ Tradução a partir do DSM-5 por Porcher, J.E. (2015).

¹⁸ Bortolloti, L. & Miyazono, K. (2015) fazem um bom resumo das posições existentes.

¹⁹ Sass, L. (1995), p. 21.



crenças que os pacientes possuem. Logo, sustentam, não poderemos chamar crença ao delírio, ele é de outra natureza.

É por aqui que os autores chamados “doxásticos” encontram uma forma de resposta aos anti-doxásticos. A questão pode ser perspectivada em termos de continuidade ou descontinuidade do delírio com os estados normais da consciência. Se tivermos uma noção estrita de crença no sentido que a crença implica sempre racionalidade então o delírio estará em descontinuidade com essas crenças racionais. No entanto, se aceitarmos que há crenças “normais” irracionais poderemos aceitar que haverá uma continuidade entre os estados normais da consciência e os estados delirantes. Bortolotti (2012), entre outros, defende que na psicologia do senso comum as crenças não constituem sempre um todo integrado e coerente como pretendem os que afirmam que uma crença para ser realmente uma crença deve ser racional, isto é, não entrar em contradição com outras crenças que existam no mesmo sujeito. As nossas acções e a nossa reacção à evidência factual nem sempre são coerentes e integradas. No entanto, na psicologia do senso comum continuamos a chamar a esses estados «crenças». Logo, o facto de haver crenças irracionais no delírio não implica que exista uma descontinuidade com os estados ditos “normais” da consciência.

O Modelo das Realidades Múltiplas

O delírio foi largamente investigado pelas correntes psicanalítica e fenomenológica, desde Freud (1996) e Karl Jaspers (2000). Nesta comunicação iremos apresentar a abordagem de um modelo fenomenológico do delírio recentemente apresentado e comparar com a teoria psicanalítica. O modelo fenomenológico fornece um enquadramento que facilitará uma explicação causal, sem contudo avançar para uma explicação causal.. A teoria psicanalítica fornece uma explicação causal e uma compreensão do fenómeno.

O modelo fenomenológico que me parece importante para analisar o delírio é, o modelo das Múltiplas Realidades de Gallagher (2009), que por sua vez se fundamentou em Schütz (1945). A fenomenologia foi inicialmente motivada pela vontade de ultrapassar o subjectivismo, relativismo e psicologismo, para regressar às coisas mesmo e reencontrar o sentido do ser na plenitude da sua verdade. Tentando depurar toda a fonte de incerteza Husserl chega ao mundo das puras percepções da consciência. Esta não é vista como mais uma entidade dentro de um mundo natural mas como a totalidade do que aparece ao sujeito transcendental. De acordo com Schütz a realidade quotidiana não é a única realidade em que a consciência se pode encontrar. Desenvolvendo a ideia de William James que no Universo há diversos “sub-universos”, Schütz sustenta que há diversas realidades a que chama de “províncias finitas de sentido”, tendo cada uma um estilo cognitivo diferente, a que pertence uma tensão específica de consciência, uma *epoché*²⁰ específica, uma forma prevalecte de espontaneidade, uma forma específica de experiência de si, uma forma específica de

²⁰ Termo usado por Husserl para significar que há uma suspensão do juízo sobre a existência do mundo transcendente (exterior, espaço-temporal).



sociabilização e uma perspectiva específica do tempo. Normalmente o chamado “acento de realidade” está na realidade quotidiana que é a realidade de referência (*paramount*). A *epoché* que fazemos na realidade quotidiana é a da dúvida, quer dizer que aceitamos o mundo dado sem o questionar, sem nos interrogarmos sobre a sua realidade. Esta realidade é onde temos de trabalhar, fazer projectos, comunicar com os outros. Esta província de sentido é aquela em que naturalmente vivemos e só em circunstâncias especiais entramos noutras províncias de sentido mudando o referido “acento de realidade”. Quer dizer a nossa realidade, pelo menos durante algum tempo passa a ser outra diferente da quotidiana. No referido artigo Schütz refere e analisa outras províncias de sentido destacando a sua relação com a realidade quotidiana: o mundo das fantasias, dos sonhos, da teoria científica, o mundo da arte, do jogo infantil e do insano. O referido mundo da teoria científica é também um mundo diferente do quotidiano. O cientista insere-se na prática social mas quando está envolvido na elaboração teórica desliga-se do nosso mundo, para entrar numa província de sentido diferente.

As experiências que decorrem dentro de cada uma das províncias de sentido são compatíveis entre si e o sujeito pode dar-lhes um acento de realidade específico. Sendo finitas não permitem que se passe de uma para a outra ocorrendo essa passagem só quando se dá um “choque” ou um “salto” (são os termos de Schütz) quer dizer uma modificação na tensão da nossa consciência, implicando uma diferente “atenção à vida”. Em cada província finita de sentido a *epoché* muda e camadas da realidade quotidiana são colocadas entre parêntesis. O delírio seria então, de acordo com a proposta de Gallagher, a entrada do sujeito num mundo diferente do nosso mundo quotidiano e incomensurável com ele. Esse mundo recebe o “acento de realidade”, quer dizer que o sujeito começa a viver mesmo numa realidade alternativa. A sua imersão nessa realidade é de tal modo intensa que o sujeito pode não «voltar» facilmente ao mundo quotidiano. Pode ainda alternar as duas realidades permitindo explicar o enigma da separação da crença e da acção consequente, como veremos.

O delírio diferencia-se, pois, das outras realidades alternativas. Uma breve comparação, em alguns aspectos, poderá evidenciar com maior nitidez as suas características. Um aspecto diz respeito à dimensão temporal. Em relação aos sonhos e ficções como o cinema, teatro e assim, verificamos que estas realidades estão delimitadas no tempo, são “intervalos” na vida quotidiana, enquanto o delírio existe de forma mais continuada, podendo durar toda a vida do sujeito. Embora um esquizofrénico possa não estar sempre a delirar, o delírio pode acompanhá-lo toda a vida. Outro aspecto é o da relação intersubjectiva. No sonho, de acordo com Schütz, e também com Freud, os outros só existem na mente do sujeito. Segundo os psicanalistas todas as personagens que aparecem no sonho são partes do próprio sujeito sonhador. O delírio tem em comum com o sonho o afastamento da realidade dos outros, mas os outros podem entrar, de modo indirecto. Por exemplo, um familiar do paciente aparece como tendo sido apanhado por uma conspiração de extraterrestres para o matarem. O paciente pode ter até acções consequentes e agredir essa pessoa. Por isso, no delírio, contrariamente ao sonho, há uma interferência directa com a realidade quotidiana. Em relação à ficção, usando o exemplo do cinema, verificamos que este é dirigido aos outros, é uma realidade partilhada. Apesar de que quando vejo um filme me sentir num mundo aparte sei que posso falar desse filme com outras pessoas. Já no delírio a situação é a de quase-



solipsismo, de acordo com Sass (1995, p. 41). O sujeito vive no seu próprio mundo considerando que os outros e a realidade física só existem na sua mente. O delírio é pessoal e nisso também se distingue da religião que tem crenças partilhadas, embora em choque com a realidade quotidiana. As pessoas que na missa acreditam que a hóstia é o corpo de Cristo estão numa realidade alternativa, mas não é considerada delírio pela Psiquiatria porque é uma realidade partilhada por milhões de outros crentes. Outro aspecto da comparação delírio-ficção tem a ver com o papel da crença. Quando comparado com a ficção verificamos que no delírio não se dá uma suspensão da crença e da sua efectividade ontológica. Continuando com o exemplo do cinema, quando vejo um filme suspendo a minha crença que o filme está a acontecer na realidade quotidiana (embora isso possa não se verificar por instantes, por exemplo, quando um espectador solta um grito perante o aparecimento de um personagem que o assusta. Mas rapidamente o espectador se recompõe.) O paciente delirante põe um acento de realidade mais forte no delírio do que no mundo quotidiano.

Como responde o modelo das Múltiplas Realidades à questão de saber se o delírio é uma crença? Gallagher (2009, p. 258) afirma explicitamente que o delírio não é uma crença:

“To consider a delusion to be an alternative reality, in the sense defined by Schutz, requires that we see it, neither as a set of false beliefs about the objective or everyday world, nor as merely a set of odd beliefs about an alternative world. Rather, it is primarily something experiential²¹.”

Gallagher diz “meramente” porque a crença é um estado cognitivo em que a mente procura ajustar-se ao mundo, sendo avaliada pela qualidade desse ajuste. A crença pode suspender-se pela dúvida. Mesmo a percepção pode ser sujeita a dúvida: posso pensar que estou num mundo virtual (como no conhecido filme *Matrix*), por exemplo, e que tudo o que os sentidos me mostram não existe. No entanto, no delírio o sujeito não entra nessa atitude de duvidar. A experiência que está a ter não deixa lugar para dúvida pois essa realidade ocupa todo o seu espaço psíquico, é ele próprio por assim dizer. Poderemos entender melhor esta experiência na esquizofrenia se, de acordo com Sass (1995) pensarmos que a esquizofrenia é um estado quase-solipsista. O sujeito não faz diferença entre a sua mente e o mundo exterior por isso não se pode dizer que “acredite” nesse mundo pois ele próprio é todo o mundo.

Este modelo das realidades múltiplas poderá resolver então algumas perplexidades do delírio. O fenómeno referido de *doublekeeping* pode ser explicado pela interacção entre o delírio e o mundo da realidade quotidiana:

²¹ “Considerar o delírio como sendo uma realidade alternativa, no sentido definido por Schutz, exige que não o vejamos nem como um conjunto de falsas crenças sobre o mundo objectivo ou de todos os dias, nem tão pouco como um mero conjunto de crenças esquisitas sobre um mundo alternativo . Pelo contrário, é principalmente algo de experiencial. ”



"In the MR hypothesis, the possibility of gaining distance from or taking an ironic attitude towards the delusion can be explained to the extent that the subject is able to consider the delusion from the perspective of everyday shared reality²²." (Gallagher (2009), p. 260.)

Um paciente absorvido num delírio pode mudar a sua "frequência de onda" para o nosso mundo e assim funcionar de maneira diferente do que se continuasse em delírio. Visto de fora pelos outros, em terceira pessoa, o sujeito parecerá incoerente. Por exemplo, o paciente pode acabar de dizer ao enfermeiro que está seguro que a comida da cantina está a ser envenenada pelo cozinheiro e em seguida ir almoçar essa comida. Significa que terá mudado para um registo de realidade quotidiana o que não quer dizer que não prossiga com o delírio posteriormente.

Em relação à resistência a evidências factuais, segunda objecção que referimos, poderemos pensar que os factos da realidade quotidiana não valem no mundo do delírio. As províncias de sentido ou realidades alternativas são incomensuráveis entre si. No entanto, Bortolotti mostra que alguns delírios são permeáveis a contra evidências factuais, reforçando assim a sua tese continuísta entre delírio e crença. Podemos portanto dizer que o delírio é sobretudo uma experiência. No entanto, isto exclui inteiramente a crença? Penso que não porque as crenças poderão existir dentro da realidade delirante. Não serão crenças acerca do mundo da realidade quotidiana mas crenças dentro do próprio delírio, embora o mundo da realidade quotidiana também possa entrar no delírio. Um paciente delirante que acredita ser um Messias tem essa crença numa "província finita de sentido" diferente da realidade quotidiana. No entanto dado que o acento da realidade poderá tornar essa província finita de sentido o universo dominante da vida psicológica do sujeito, do ponto de vista exterior, da sociedade, é como se o paciente tivesse crenças sobre a realidade quotidiana.

Interpretação Psicanalítica do Delírio

Como referimos a psicanálise desde Freud que tenta explicar o delírio psicótico. Com o evoluir dessa corrente de pensamento surgiram diversas escolas e autores. Como o que nos interessa aqui é uma caracterização geral do delírio não iremos entrar nas diferenças dessas escolas e autores, apenas procurando os princípios que lhes são comuns. Neste sentido Nacht & Racamier (1979) e Racamier (1990) apresentaram uma síntese de diversas teorias, além de terem exposto o seu ponto de vista, pelo que tomaremos aqui os seus textos como referência. Freud, como é sabido, sustentou que enquanto a neurose é um conflito intrapsíquico entre tendências opostas, a psicose é um conflito com a realidade exterior. O que caracteriza o psicótico é a falha no "teste da realidade", ou seja, a confusão ou o conluio entre as suas fantasias (*fantasmes*) e os factos do mundo exterior. Então a psicanálise parece defender quanto ao problema anteriormente exposto que o delírio é uma crença falsa, uma inferência incorrecta sobre a realidade exterior. No entanto Nacht & Racamier (1979, p. 108)

²² "Na hipótese MR, a possibilidade de ganhar distância ou de tomar uma atitude irónica em relação ao delírio pode ser explicada na medida em que o sujeito é capaz de considerar o delírio da perspectiva da realidade quotidiana comum."



advertem-nos da função expressional do delírio: “Delirar é uma forma de falar”. As crenças delirantes originam-se a partir de experiências de angústia e de medo e têm uma função defensiva. São soluções para conflitos inconscientes.

Nacht & Racamier mantêm basicamente o esquema freudiano da psicose: inicialmente há um desinvestimento libidinal do objecto seguido de uma retracção narcísica. No entanto, como o sujeito não suporta a solidão narcísica reconstrói um novo objecto, uma nova realidade, um novo mundo dotado de sentido. O sujeito prefere delirar a permanecer fechado em si mesmo. O pressuposto aqui é que a formação do objecto do desejo e a formação da realidade são processos paralelos. Inicialmente a realidade para a criança é a mãe. A perturbação dessa relação primordial será a causa principal do desinvestimento libidinal e da entrada na psicose. Isto não significa que os psicanalistas não aceitem factores congénitos ou alterações neuronais, mas a biologia só por si não pode explicar o delírio, que é uma narrativa. A riqueza extravagante do delírio não pode ser explicada apenas pela neurologia. No caso da psicose poderemos especular que determinadas condições genéticas e ou neurológicas poderão predispor para uma perturbação na relação mãe-criança.

O delírio é visto então por Nacht & Racamier como uma tentativa de solução, de auto-cura, mesmo se essa solução para o conflito do sujeito não é boa. Ele é um compromisso que tenta harmonizar os impulsos, os interditos primitivos, o real exterior e as tendências inconscientes, formando um composto original, um corpo novo. Os autores falam num “trabalho do delírio” em analogia com o trabalho do sonho, pois do ponto de vista psicanalítico o sonho é similar ao delírio, uma vez que possui um significado que é necessário interpretar, em função da história pessoal do paciente.

Comparação dos Modelos “Realidades Múltiplas” e Psicanalítico

A psicanálise propõe portanto uma explicação causal do delírio psicótico. O delírio tem uma função: é uma defesa e uma solução para conflitos motivados por desejos e interdições. Um facto que tende a comprovar esta teoria, segundo Nacht & Racamier, é que em situações onde o delírio é removido a angústia pode reaparecer. A explicação é que se o delírio estava a servir de defesa o seu desaparecimento provoca a emergência da angústia. Embora, como já referimos, não sejam negados factores biológicos, a explicação do delírio é aqui puramente psicológica.

O modelo das Múltiplas Realidades, se bem o entendemos, tem a vantagem de ser neutro em relação a saber se causalidade do delírio é neurobiológica ou psíquica. Descreve a experiência da consciência que entra numa realidade alternativa àquela em que habitualmente nos encontramos, mas não estabelece a conexão entre essas duas realidades. Não nos é explicado, nem é intenção de Gallagher fazê-lo, porque é que o sujeito entra nessa realidade alternativa. Porque nalgumas situações o delírio é um episódio que não se repete e outras vezes o paciente fica lá para sempre? Porque ainda noutras situações se verifica um “saltar” de uma realidade para outra? Uma explicação poderá ser a de alterações neuronais talvez ainda desconhecidas. No entanto, no caso da psicose fica por explicar toda a narrativa



construída no delírio. Ora essa narrativa pode ser interpretada, pelo menos em muitos casos, de um modo análogo ao sonho. Pode além disso ser compreendida a função que o delírio tem no psiquismo do paciente. A realidade emocional que o delírio mascara pode igualmente ser dada a conhecer.

Dentro do quadro da psicanálise é possível explicar o fenómeno do *doublekeeping* que como vimos o modelo das Realidades Múltiplas explica como sendo uma alternância entre duas realidades. Nacht & Racamier referem que o paciente pode aprender a distinguir o delírio da realidade. Os psicanalistas falam então em “partes não-psicóticas” e “partes psicóticas” de um mesmo sujeito. Quando a consciência do sujeito se encontra dominada pela parte psicótica o paciente pode fazer afirmações delirantes, mas se recupera a sua parte não-psicótica ele pode voltar à realidade comum. Isto permitiria explicar as alterações na consciência e deslocações por “províncias de sentido” do modelo das Múltiplas Realidades proposto por Gallagher. Implica entretanto um modelo da mente em que no mesmo sujeito existem diversos subsistemas, uma cisão na própria consciência o que, como é sabido, nem todos os psicólogos aceitam²³.

Conclusões

O modelo fenomenológico das Realidades Múltiplas permite uma descrição do delírio, que tem a vantagem de ser neutro, não se comprometendo por conseguinte com as posições reducionistas biologistas ou psicologistas. O mundo quotidiano não é o único que experienciamos, por vezes vivemos noutras realidades alternativas, sendo o delírio uma delas. O modelo porém não satisfaz a nossa necessidade de explicação nem permite compreender porque o delírio se nos apresenta como sintoma patológico. A neurociência tem proposto modelos que permitem uma explicação como o de Gerrans (2014). Segundo este autor uma vez que o nível neurológico do delírio esteja explicado, nada mais há a explicar. No entanto, o mesmo autor admite que há diversos níveis de explicação tendo cada um a sua utilidade pragmática, defendendo um “pluralismo metodológico”, não redutível a uma interpretação única. A psicanálise é outro modelo que propõe uma explicação causal e hermenêutica de modo análogo ao sonho.

Quanto à questão inicial do delírio ser ou não uma crença, parece-nos que o delírio é essencialmente uma experiência, como defendem os fenomenologistas. Os psicanalistas expressam-se em termos de “crença falsa” tal como os psiquiatras do DSM 5. No entanto, como vimos para a psicanálise o delírio nasce a partir de experiências de angústia e medo, resultantes de conflitos e perturbações que se enraízam nas primeiras relações objectais da criança. A crença numa realidade alternativa tem a função de mascarar a realidade do

²³ Sobre a cientificidade da psicanálise ver . Fulford, K. W. M & Thornton, T. & Sturdee, P. (2006) onde os autores defendem que a psicanálise pode ser uma teoria científica no sentido khuniano. No entanto, não quer dizer que o seja ou que os psicanalistas estejam interessados que o seja. Nada obsta, no entanto, a que a psicanálise não possa ter mesmo estatuto científico de, por exemplo, a psicologia social (ver também Lacewing, M. (2013).



sujeito, é mais uma expressão do que uma crença no sentido racional do termo. Não abordámos aqui a possibilidade do delírio ser constituído pelas referidas “crenças irracionais” de Bortolloti. De qualquer modo, se considerarmos que se pode falar em “crenças irracionais” tal não impede que o fundamento dessas crenças não sejam experiências no caso do delírio.

Agradecimentos

Agradeço à Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) a Bolsa SFRH/BPD/84773/2012.

Contacto para Correspondência

Jorge Gonçalves - IFILNOVA – Universidade Nova de Lisboa/Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Av. de Berna, 26 - 4º Piso 1069-061 Lisboa. jorgalvesenator@gmail.com

Referências

- Bortolloti, L. & Miyazono, K. (2015). Recent Work on the Nature and Development of Delusions Philosophy. *Compass* 10/9 636–645.
- Bortolloti, L. (2010). *Delusions and Other Irrational Beliefs*. Oxford: Oxford University Press.
- Correia, D.T. (2013) *Manual de Psicopatologia*. Lisboa: Lidel.
- Fulford, K. W. M & Thornton, T. & Sturdee, P. (2006). Psychoanalysis : an introduction to the philosophy of science. In B. Fulford. & T. Thornton & G. Graham (Eds.) *Oxford textbook of philosophy and psychiatry* 239-282. (Obra originalmente publicada em 1911).
- Freud, S. (1996). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (Dementia Paranoides). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XXI 21-89. Rio de Janeiro: Imago.
- Gallagher, S. (2009). Delusional Realities. In M.R. Broome & L. Bortolloti (Eds) *Psychiatry as Cognitive Neuroscience: Philosophical Perspectives* (pp. 245-66). Oxford: Oxford University Press.
- Gerrans, P. (2014). *The Measure of Madness: Philosophy of Mind, Cognitive Neuroscience, and Delusional Thought*. Cambridge, MA: Harvard, MIT Press.
- Jaspers, K. (2000) *Psicopatologia geral*. São Paulo: Atheneu. (Obra originalmente publicada em 1913).
- Lacewing, M. (2013). Could psychoanalysis be a science?. In W. Fulford. et. alts (eds.) *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (pp. 1103- 1127). Oxford: Oxford University Press.
- Nacht, S. & Racamier, P.C. (1979). Teoria Psicanalítica do Delírio. In S. Nacht, *Freud e a Psicanálise* (77-173) Lisboa: Moraes Editores.
- Porcher, J.E. (2015). Delírios e Limites Exploratórios da Psicologia do Senso Comum». *Intuito* 18(1) 185-191.
- Racamier, P. (1990). *Les Schizophrènes*. Paris: Payot-poche.
- Sass, L. (1995) *The Paradoxes of Delusion: Wittgenstein, Schreber, and the Schizophrenic Mind*. Ithaca, New York, and London: Cornell University Press. (Obra originalmente publicada em 1994).
- Schütz, A. (1945). On Multiple Realities Source. *Philosophy and Phenomenological Research* 5(4), 533-576.



Qualidade de vida de doentes com perturbação bipolar *versus* esquizofrenia

Cindy Alves da Silva¹ & Rute Flávia Meneses²

1.FCHS-Universidade Fernando Pessoa, Porto

2.FCHS/CTEC/HE- Universidade Fernando Pessoa, Porto

Resumo

A perturbação bipolar e a esquizofrenia são consideradas doenças mentais graves que atingem a população em geral. A sintomatologia provocada pela própria doença afeta diversas áreas da vida do indivíduo, podendo provocar um impacto negativo ao nível da sua qualidade de vida (QdV). Assim, o objetivo do estudo foi analisar e comparar a QdV de indivíduos com perturbação bipolar e com esquizofrenia. A amostra do estudo é constituída por 62 indivíduos, divididos em dois grupos: 31 indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar com idades compreendidas entre os 26 e os 66 anos e 31 indivíduos diagnosticados com esquizofrenia, com idades compreendidas entre os 18 e os 53 anos. Os indivíduos completaram um questionário sociodemográfico e clínico, concebido para o estudo, e a Escala da Qualidade de Vida WHOQOL-Bref. Os resultados obtidos demonstram que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Verificou-se que os indivíduos com esquizofrenia revelavam, em todos os domínios e na faceta geral, níveis inferiores de QdV quando comparados com os indivíduos com perturbação bipolar.

Palavras-chave: qualidade de vida; perturbação bipolar; esquizofrenia.



Abstract

Bipolar disorder and schizophrenia are considered severe mental illnesses that affect the general population. The symptoms caused by the disease itself affect several areas in one's life thus causing a negative impact on the quality of life (QoL). The objective of the study was to analyze and compare the QoL of patients with bipolar disorder and schizophrenia. The sample study consists of 62 individuals, divided into two groups: 31 individuals diagnosed with bipolar disorder aged between 26 to 66 years old ($n=31$; $SD=12,64$) and 31 individuals diagnosed with schizophrenia aged between 18 and 53 years old ($n=31$; $SD=7,89$). To conduct the evaluation, we used a questionnaire both sociodemographic and clinical, designed specifically for the study and World Health Organization Quality of Life Instrument Bref. The protocol management was carried out individually, in a single session, in the presence of the researcher. The results demonstrated that there were no statistically significant differences between the two sample groups. Studies showed that individuals with schizophrenia revealed in all areas and the overall facet, lower levels of QoL when compared to individuals with bipolar disorder.

Keywords: quality of life; bipolar disorder; schizophrenia.



Introdução

A doença é caracterizada por uma série de sintomas ou sinais específicos que podem ser causados por fatores internos ou externos, sendo considerada como a condição anormal de um corpo ou organismo (Ribeiro, 2015). Por sua vez, a doença mental é uma barreira que impede o indivíduo de manter um contacto com o meio no qual se encontra inserido (Almeida, Felipes & Pozzo, 2011).

A perturbação bipolar e a esquizofrenia são consideradas doenças mentais graves devido a sua cronicidade, recorrência e à incapacidade que provocam (Kehrwaldl & Rohde, 2009). A perturbação bipolar é caracterizada por flutuações ao nível do humor que provocam um impacto negativo na vida do indivíduo (Kehrwaldl & Rohde, 2009). Por sua vez, a esquizofrenia é das perturbações psiquiátricas mais graves caracterizada pela presença de sintomas positivos e negativos, que podem gerar prejuízos sérios na vida do indivíduo e dos seus familiares (Santana, Chianca & Cardoso, 2009). Essas perturbações são doenças bastantes estigmatizantes e pouco compreendidas pela sociedade.

Os profissionais de saúde encontram-se cada vez mais conscientes que a QdV dos indivíduos com patologias mentais graves é fulcral, quer nas dimensões teóricas, quer concetuais do tratamento (Guterres, 2002). Ao longo das últimas décadas, o interesse pelo conceito da QdV e pelas suas aplicações a nível clínico, científico e político tem vindo a aumentar (Canavarro & Vaz Serra, 2010). No século XX, a QdV tornou-se um indicador fundamental para avaliar os serviços de saúde em geral e principalmente no âmbito das doenças crónicas, tais como as perturbações mentais graves que necessitam de tratamento prolongado (Fleury et al., 2013).

Metodologia

Participantes

A amostra é constituída por 31 indivíduos diagnosticados com perturbação bipolar e 31 indivíduos diagnosticados com esquizofrenia. No grupo com perturbação bipolar 22 são do sexo feminino (71,0%) e 9 (29,0%) são do sexo masculino com idades entre os 26 e os 66 anos de idade ($M=46,35$; $DP=12,64$). No grupo com esquizofrenia 22 são do sexo masculino (71,0%) e 9 (29,0%) são do sexo feminino com idades entre os 18 e os 53 anos de idade ($M=33,74$; $DP=7,89$).

Instrumentos

Questionário sociodemográfico e clínico que reúne informações que caracterizam a situação sociodemográfica e clínica da amostra.

WHOQOL-BREF

O WHOQOL-Bref consiste numa versão abreviada do WHOQOL-100, tendo sido considerado um instrumento de curta extensão que pode ser administrado a uma larga variedade de populações (Fleck, 2008). É composto por 26 questões e encontra-se organizado por quatro



domínios nomeadamente: domínio físico (D1), domínio psicológico (D2), domínio relações sociais (D3) e domínio meio ambiente (D4). Cada um dos domínios é constituído por um conjunto de facetas que são avaliadas por uma única questão do instrumento. O instrumento inclui ainda uma faceta geral que avalia a QdV através de duas questões, nomeadamente: a percepção da QdV e a percepção da saúde (Vaz Serra et al., 2006).

As perguntas são formuladas mediante quatro escalas do tipo Likert de 5 pontos: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. Existem três itens da escala formulados de forma negativa (questões 3, 4 e 26) que devem ser investidos através da subtração do seu valor a seis unidades. A interpretação dos resultados obtidos através do WHOQOL-Bref é realizada de uma forma linear, ou seja resultados mais elevados correspondem a uma melhor QdV (Canavarro et al., 2007).

Procedimento e análise

Previamente ao início da recolha de dados foram pedidas diversas autorizações para a realização do estudo. A amostra foi recolhida durante o ano de 2015. A administração do protocolo foi realizada de forma individual numa única sessão, na presença da investigadora, permitindo o esclarecimento de qualquer tipo de dúvidas, sendo que a administração demorou aproximadamente dez minutos. Ao longo de todo o estudo, foram devidamente cumpridos os princípios éticos e deontológicos preconizados pela Ordem dos Psicólogos Portugueses para a investigação em Psicologia. O processamento e análise estatística dos dados obtidos foram efetuados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22,0 para *Windows*).

Resultados

Variáveis sociodemográficas da amostra

No grupo dos indivíduos com perturbação bipolar, com idades entre os 26 e os 66 anos de idade ($M=46,35$; $DP=12,64$), a maior parte era do sexo feminino, casado(a) ou em união de facto, possuía o 2º ou 3º ciclo do ensino básico, encontrava-se empregado(a), ativo(a) ou de baixa clínica. No que diz respeito as características sociodemográficas dos 31 indivíduos com esquizofrenia, a maior parte era do sexo masculino, solteiro(a), possuía o 3º Ciclo do Ensino Básico (9ºano), encontrava-se desempregado(a) e as suas idades variavam entre os 18 e os 53 anos de idade ($M=33,74$; $DP=7,89$).

Qualidade de vida na perturbação bipolar versus esquizofrenia

Os resultados obtidos demonstraram que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, ainda que os indivíduos com esquizofrenia, em todos os domínios e na faceta geral, revelaram níveis inferiores de QdV quando comparados com os indivíduos com perturbação bipolar (cf. Quadro1).

No grupo com perturbação bipolar é possível verificar que o domínio relações sociais obteve pontuação mais elevada, sendo que o domínio psicológico apresentou a média mais baixa.

No grupo com esquizofrenia verificou-se o contrário: o domínio psicológico obteve a média mais alta e o domínio relações sociais a média mais baixa. Os *scores* obtidos nos vários domínios e na faceta geral, em ambos os grupos, foram inferiores ao ponto médio.

Os resultados evidenciaram que os doentes com esquizofrenia se distinguiram dos doentes com perturbação bipolar ao nível da QdV. Os indivíduos com esquizofrenia demonstraram, em todos os domínios e na faceta geral, níveis de QdV inferiores.

No grupo com perturbação bipolar não foi atingido nem o mínimo, nem o máximo em nenhum dos indicadores da QdV. No grupo com esquizofrenia, foi atingido o menor valor possível nos domínios psicológico e relações sociais e o máximo na faceta geral da QdV.

Quadro 1.

Caracterização da Qualidade de Vida nos Doentes Bipolares (N=31) e nos Doentes com Esquizofrenia (N=31)

	Perturbação bipolar				Esquizofrenia				U	Z	p
	Min	Max	M	MD	Min	Max	M	MD			
D. Físico	25	89	32,19	64,29	18	93	30,81	60,71	459,000	-0,304	0,761
D. Psicológico	17	83	31,76	62,50	0	92	31,24	62,50	472,500	-0,113	0,910
D. Relações Sociais	25	92	35,06	58,33	0	83	27,94	50,00	370,000	-1,567	0,117
D. Ambiente	16	84	34,81	68,75	16	97	28,19	62,50	378,000	-1,449	0,174
F. Geral	38	88	33,29	75,00	13	100	29,71	62,50	425,000	-0,800	0,424

Discussão

Este resultado vai ao encontro de estudos levados a cabo por Latalova et al. (2011) e Michalak, Yatham e Lam (2005), que referem que a QdV é significativamente superior, em todos os domínios, nos indivíduos com perturbação bipolar quando comparados com indivíduos com esquizofrenia.

Os baixos *scores* obtidos estão de acordo com o impacto negativo que as doenças mentais, independentemente da presença ou ausência de uma perturbação de humor, têm na QdV do indivíduo (Azevedo et al., 2013; Gameiro et al., 2008; Macedo et al., 2014). Na esquizofrenia, verifica-se que a QdV é pior, quando comparada com indivíduos da população em geral (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

O estudo realizado por Macedo (2010) demonstrou que os domínios da QdV mais afetados nos indivíduos com perturbação bipolar foram o físico e o psicológico, tal como no presente



estudo, ou seja a presença de uma perturbação de humor tem um impacto significativo em alguns domínios da escala WHOQOL-Bref.

A literatura refere que os indivíduos com perturbação bipolar podem apresentar valores (mais) elevados de QdV, devido ao fato desse valor se encontrar relacionado com o estado eufórico e com a diminuição de *insight* face à doença (Ritsner et al., 2003 citado por Fleck, 2008). Em contrapartida, os indivíduos com esquizofrenia apresentam valores mais baixos a nível da QdV, quando comparado com a população em geral ou até mesmo comparado com outras populações com perturbações mentais (Ritsner et al., 2003 citado por Fleck, 2008). Estes dados de literatura estão (parcialmente) em consonância com os resultados do presente estudo, já que os resultados dos indivíduos com perturbação bipolar não são muito elevados e que as diferenças entre os dois grupos não atingem a significância estatística.

Por outro lado, existem dúvidas face à capacidade dos doentes com esquizofrenia avaliarem a sua própria QdV, devido aos seus sintomas psicóticos, défice cognitivo e/ou falta de consciência de morbilidade (capacidade de *insight* face a doença). Segundo Doyle et al. (1999, citado por Souza & Coutinho, 2006), os pacientes diagnosticados com esquizofrenia, apesar de condições adversas de vida, têm tendência para referir um grau de satisfação com a vida elevado o que pode ser justificado por fatores, tais como baixas expectativas e aspirações. Todavia as respostas obtidas neste estudo não vão neste sentido.

Conclusão

Os resultados sugerem que é de extrema pertinência, em contexto de saúde, identificar os fatores que promovem uma melhor QdV dos indivíduos diagnosticados com uma perturbação mental, de modo a proporcionar aos indivíduos um nível da QdV mais favorável. No entanto, como nem sempre é possível a realização de uma intervenção eficaz, os resultados aqui obtidos alertam para a necessidade de promover a QdV destes indivíduos, principalmente aqueles que têm um perfil sociodemográfico e clínico associado a pior QdV.

Agradecimentos

Ao Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga, Hospital São Sebastião E.P.E que autorizou o acesso e recolha da amostra e a todos os inquiridos que se prontificaram a participar no estudo.

Contacto por Correspondência

Cindy Alves da Silva · cindy-dasilva@hotmail.com

Universidade Fernando Pessoa, Porto



Referências

- Almeida, A., Felipes, L. & Pozzo, V. (2011). O impacto causado pela doença mental na família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, 40-47.
- Azevedo, A., Silva, R., Tomasi, E. & Quevedo, L. (2013). Doenças crónicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(9), 1774-1782.
- Canavarro, C. & Vaz Serra, A. (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M., Simões, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., ... Carona, C. (2007). Instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde: WHOQOL-BREF. In M. Simões, C. Machado & M. Gonçalves & L. Almeida (Coords.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa (Vol. III)*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fleck, M. (2008). *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Fleury, M., Grenier, G., Bamvita, J., Tremblay, J., Schmitz, N. & Caron, J. (2013). Predictors of quality of life in a longitudinal study of users with severe mental disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 92-103.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M., Simões, M., Rijo, D., ... Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 103-112.
- Guterres, M. (2002). *Suporte social e qualidade de vida em pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Kehrwaldl, L. & Rohde, C. (2009). Transtorno do humor bipolar e a sua repercussão psicossocial. *Disciplinarium Scientia*, 10(1), 195-213.
- Latalova, K., Prasko, J., Diveky, T., Kamaradova, D. & Velartova, H. (2011). Quality of life in patients with bipolar disorder – a comparison with schizophrenic patients and healthy controls. *Psychiatria Danubina*, 23(1), 21-26.
- Macedo, E. (2010). Estudo comparativo de qualidade de vida de pessoas com e sem doença mental diagnosticada, In C. Sequeira & L. Sá (orgs.), *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental*, II Congresso Internacional da Sociedade de Enfermagem de Saúde Mental, Barcelos: Sociedade Portuguesa de Saúde Mental, 154-165.
- Macedo, E., Nossa, P. & Silva, C. (2014). Impacto das doenças do humor na qualidade de vida. *Revista Investigação em Enfermagem*, 44-53.
- Michalak, E., Yatham, L. & Lam, R. (2005). Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3(72), 1-17.
- Ribeiro, J. (2015). Educação para a saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(1), 3-9.
- Santana, A., Chianca, T. & Cardoso, C. (2009). Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(3), 187-194.
- Souza, L. & Coutinho, E. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 50-58.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.



Deteção da simulação em indivíduos com e sem diagnóstico de depressão

Vanessa Castro¹, Isabel M. Santos^{1,2}, & Carlos F. Silva^{1,2}

1. Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro, Portugal

2. Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS, UA), Portugal

Resumo

O presente estudo teve como objetivo avaliar a eficácia de um conjunto de instrumentos utilizados na identificação de simulação e averiguar se os mesmos são sensíveis a sintomas psicopatológicos. Foi recolhida uma amostra de 59 participantes do sexo feminino, divididos por três grupos: com diagnóstico de depressão (n=19), sem diagnóstico de depressão simuladores (n=20) e sem diagnóstico de depressão honestos (n=20). O protocolo de avaliação incluiu o *Test of Memory Malingering* (TOMM), o *Structured Inventory Malingered Symptomatology* (SIMS), os subtestes de Memória de Dígitos e Cubos da WAIS-III, e a Figura Complexa de Rey (FCR). Apenas a subescala Psicose (P) do SIMS diferencia significativamente o grupo com diagnóstico de depressão do grupo sem diagnóstico de depressão simulador. O ensaio de retenção do TOMM, as subescalas Défices Neurológicos (NI), Perturbações Afetivas (AF), P, Perturbações Mnésicas (AM) e pontuação total do SIMS, e o subteste Memória de Dígitos diferenciam significativamente o grupo sem diagnóstico de depressão honesto do grupo sem diagnóstico de depressão simulador. As subescalas NI, AF, P, AM e pontuação total do SIMS, e a cópia da FCR diferenciam significativamente o grupo com diagnóstico de depressão do grupo sem diagnóstico de depressão honesto. Este estudo contribui para o enriquecimento da literatura na área da deteção da simulação, dado que inclui um grupo clínico e instrumentos que não são habitualmente utilizados numa avaliação de simulação. Além disso, estes resultados têm implicações no contexto de saúde, proporcionando aos profissionais da área ferramentas adicionais para uma deteção mais eficaz do sujeito simulador.

Palavras-chave: Simulação; Depressão; TOMM; SIMS.



Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a set of instruments used in the identification of malingering situations and determine whether these instruments are sensitive to psychopathological symptoms. Thus, a sample of 59 female participants took part in the study, divided into three groups: diagnosed with depression ($n = 19$), without diagnosis of depression malingerer ($n = 20$) and without a diagnosis of depression honest ($n = 20$). The evaluation protocol included the *Test of Memory Malingering* (TOMM), the *Structured Inventory Malingered Symptomatology* (SIMS), the *Digit Span* and the *Block Design* of WAIS-III and *Rey Complex Figure* (RCF). Only the subscale Psychosis (P) of the SIMS differ significantly between the groups with depression diagnosis and without depression diagnosis malingerer. The TOMM retention test, the subscales Neurologic Impairment (NI), Affective Disorders (AF), P, Amnesic Disorder (AM) and total score of the SIMS, and the subtest Digit Span differ significantly between the groups without diagnosis of depression honest and without diagnosis of depression malingerer. The subscales NI, AF, P, AM and total score of the SIMS, and a copy of RCF differ significantly between groups with diagnosis of depression and without a diagnosis of depression honest. This study contributes to the literature in malingering detection because it includes a clinical group and instruments that are not commonly used in a malingering evaluation. Furthermore, these findings have implications for the health context, providing professionals with additional tools for more effective detection of the malingerer individual.

Keywords: Malingering; Depression; TOMM; SIMS.



Introdução

Nas avaliações (neuro)psicológicas realizadas em diversos contextos, como avaliações clínicas ou forenses, torna-se importante aferir se as queixas e sintomas apresentados pelos sujeitos são, ou não, verdadeiros. Nestas circunstâncias, os indivíduos poderão apresentar sintomas emocionais, mnésicos, incapacidade para o trabalho, dificuldade em realizar atividades do dia-a-dia, comportamento defensivo e protetor, com a finalidade de obter ganhos secundários, sendo que tal motivação consiste num dos problemas mais complexos de avaliar (Simões, 2006; Simões, et al., 2010). Desta avaliação poderá depender a atribuição de uma compensação financeira por incapacidade, cuidados de saúde especiais, atenuação de pena ou ainda de inimizabilidade (Simões, 2015).

No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), a simulação é definida como “a produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos ou claramente exagerados, motivada por incentivos externos como: evitar a recruta para o dever militar, evitar trabalho, obter compensação financeira, evadir-se de processo criminal ou obter fármacos”(APA, 2013, p. 870). Neste sentido, deve-se suspeitar de simulação sempre que um indivíduo esteja inserido num contexto médico-legal, haja incoerência entre a forma como o sujeito expressa a sua incapacidade ou stresse e os dados da observação ou registos objetivos, baixa colaboração do indivíduo na avaliação, baixa adesão terapêutica ao tratamento prescrito e/ou o indivíduo apresente um diagnóstico de perturbação de personalidade antissocial (APA, 2013). É ainda possível categorizar a simulação em três formas: pura (quando há o fingimento de sintomas totalmente inexistentes), parcial (quando há o exagero de sintomas já existentes) e falsamente imputada (quando a atribuição dos sintomas existentes é feita a uma causa etiológica não relacionada) (Resnick, West & Payne, 2008).

Um aspeto que contribuirá para a identificação de um simulador é a realização de um diagnóstico diferencial rigoroso, tendo em consideração as diferenças entre simulação (os sujeitos falsificam ou exageram sintomas deliberadamente com o intuito de obter incentivos externos), perturbação factícia (o indivíduo falsifica sintomas físicos ou psicológicos de modo a colocar-se no papel de doente sem que haja algum ganho externo associado) e perturbação de conversão ou perturbação de sintomas neurológicos funcionais (o sujeito apresenta sintomas ou défices que prejudicam as suas funções motoras ou sensoriais, mas que não são produzidos de forma intencional, ou seja, não são simulados (Gonçalves, et al., 2007; APA, 2013; Conroy & Kwartner, 2006; Mota, et al., 2008).

A depressão consiste numa das perturbações psicopatológicas que podem fazer parte de uma condição de litígio ou situação alvo de ganhos externos (Simões, et al., 2010a). De acordo com os critérios de classificação da APA (2013), um sujeito com diagnóstico de depressão major poderá experienciar um conjunto de sintomas ao longo de duas semanas consecutivas, a maior parte do dia, quase todos os dias. Esses sintomas são designadamente o humor deprimido (“estar deprimido”, “estar desanimado” ou “estar triste”); perda de interesse ou prazer pelas atividades que antes gostava (por exemplo ler, sair com os amigos, etc.); ganho ou perda significativa de peso sem estar a fazer dieta; alterações do padrão de sono (insónia ou hipersónia); lentificação ou agitação psicomotora; falta de energia, cansaço e fadiga extrema; sentimentos de culpa e de desvalorização excessivos; dificuldades em



tomar decisões, falta de concentração e diminuição da capacidade de pensamento, bem como pensamentos recorrentes sobre a morte, incluindo ideias e tentativas de suicídio. Para além disso, estes sintomas influenciam negativamente o contexto pessoal, social e profissional dos sujeitos, manifestando-se de forma distinta no funcionamento geral do indivíduo, consoante a sua gravidade (APA, 2013).

Os sujeitos deprimidos tendem a perceber as tarefas como mais difíceis do que efetivamente são, necessitando, por isso, de reforço para as tentar realizar. Segundo a literatura, os indivíduos deprimidos não dão o seu melhor no desenvolvimento de determinadas tarefas, nomeadamente aquelas que requerem processamento de esforço, particularmente os testes de memória (Rees, Tombaugh, & Boulay, 2001).

O *Test of Memory Malingering* (TOMM), desenvolvido por Tombaugh em 1997, é um dos testes mais utilizados na avaliação da simulação, tanto a nível clínico como em contexto legal (Sharland & Gfeller, 2007). Permite distinguir os sujeitos que falseiam défices de memória daqueles que os apresentam de verdade. Baseia-se no paradigma do reconhecimento e os estudos realizados demonstram que este teste de memória de reconhecimento de figuras é encarado pelos simuladores como sendo mais difícil do que realmente é (Gonçalves, et al., 2007; Mota et al., 2008), tendo estes tendência a apresentar menor desempenho nos ensaios de reconhecimento do que os pacientes reais (Greiffenstein, Baker & Gola, 1996). Estudos desenvolvidos com recurso a amostras clínicas e não clínicas verificaram que o TOMM é pouco influenciado por variáveis demográficas, como a idade e a escolaridade, insensível a perturbações de memória e de aprendizagem que estejam associadas a lesões neurológicas, bem como aos efeitos da depressão (Tombaugh, 2002; Rees et al., 2001; Merten et al., 2007; Pivovarova et al., 2009; Teichner & Wagner, 2004).

O *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS - Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas) é outro instrumento muito utilizado no contexto da simulação. Foi desenvolvido por Widows e Smith em 2005, com o objetivo de detetar sujeitos que exageram e/ou fingem sintomas psiquiátricos e cognitivos (Edens, Otto & Dwyer, 1999; Edens, Poythress & Watkins-Clay, 2007; Merckelbach & Smith, 2003). O seu desenvolvimento teve como base a premissa de que existe falsificação de sintomas psiquiátricos mas que os sujeitos potencialmente simuladores desconhecem a forma como os sintomas se manifestam (Jelicic, Hessels & Merckelbach, 2006). Smith e Burger (1997) concluíram que a pontuação total deste instrumento permite distinguir de forma estatisticamente significativa indivíduos simuladores de indivíduos honestos, mas que as subescalas não são tão eficientes nesta distinção, dando, no entanto, informação qualitativa sobre que tipo de sintomas o sujeito tenta simular. Na literatura não há consenso no que diz respeito à pontuação total do SIMS a partir da qual se discrimina simuladores de indivíduos honestos. Contudo o ponto de corte mais utilizado é >14, sendo que quem obtiver uma pontuação total superior a 14 é um potencial simulador (Smith & Burger, 1997).

A inclusão dos subtestes de Memória de Dígitos e Cubos da WAIS-III e Figura Complexa de Rey (FCR) nos protocolos de avaliação poderá diminuir a possibilidade de os sujeitos perceberem o verdadeiro propósito da avaliação, assim como a hipótese de serem ensinados quanto à forma que lhes é mais conveniente responder (Swihart, Harris & Hatcher, 2008; Jasinski, Berry, Shandera & Clark, 2011).



O objetivo deste estudo foi verificar a eficácia de um conjunto de instrumentos utilizados na identificação de comportamentos de simulação, pretendendo-se averiguar a sensibilidade dos mesmos a sintomas psicopatológicos, distinguindo indivíduos sem diagnóstico de depressão simuladores de indivíduos com diagnóstico de depressão e indivíduos sem diagnóstico de depressão honestos.

Metodologia

Participantes. Uma amostra de 59 sujeitos, todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e 59 anos ($M=42.93$; $DP=11.89$) participaram no estudo. Trata-se de uma amostra de conveniência, dividida em três grupos: 1) grupo com diagnóstico de depressão ($n=19$), onde foram incluídos 16 sujeitos com diagnóstico clínico de depressão e que estavam a receber acompanhamento na consulta de Psicologia do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV) e 3 sujeitos que obtiveram uma pontuação igual ou superior a 20 no *Beck Depression Inventory* (BDI-II), correspondendo a um possível diagnóstico de depressão moderada ou severa; 2) grupo sem diagnóstico de depressão simuladores ($n=20$) e 3) grupo sem diagnóstico de depressão honestos ($n=20$). Nestes últimos dois grupos os critérios de inclusão consistiram em obter uma pontuação igual ou inferior a 19 no BDI-II, resultado que corresponde a depressão mínima ou ligeira ou sem depressão, bem como não estarem a receber acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Todos os sujeitos deveriam dominar a língua portuguesa, terem no mínimo o quarto ano de escolaridade, e não apresentarem história clínica prévia de perturbações mentais e/ou neurológicas graves.

Instrumentos. *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996, versão portuguesa de Ponciano, et al., 2005): instrumento de autorrelato, constituído por 21 itens que avaliam a presença e gravidade dos sintomas depressivos. A pontuação de cada item varia entre 0 e 3, sendo que a soma de todos os itens corresponde à pontuação total. *Test of Memory Malingering* (TOMM; Tombaugh, 1996, citado por Rees, et al., 2001): teste de reconhecimento visual, desenvolvido para adultos, que procura discriminar os sujeitos que, de forma sincera, relatam perturbações mnésicas, dos que fingem esses sintomas para obter ganhos secundários. É constituído por 50 figuras desenhadas e a sua administração demora cerca de 15 minutos. As figuras são apresentadas ao sujeito em dois ensaios de aprendizagem, sendo que imediatamente após a visualização das mesmas, o sujeito deve identificá-las quando aparecem a pares, num conjunto de 50 figuras. Cerca de 15 minutos após os ensaios de aprendizagem, deverá ser administrado o ensaio de reconhecimento, facultativo, no qual o sujeito deve apenas identificar as 50 imagens que viu durante os ensaios de aprendizagem. Cada resposta correta é cotada com um ponto, sendo a cotação máxima de 50. Indivíduos com pontuação inferior a 45 serão identificados como potenciais simuladores (Rees et al., 2001). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Widows & Smith, 2005; Simões, 2010b) é um inventário de autorresposta, com o intuito de detetar a presença de comportamentos de simulação em contextos clínicos e forenses. É constituído por 75 itens de “verdadeiro” ou “falso”, divididos em 5 dimensões, cada uma com 15 itens: Psicose (P); Défice Neurológico (NI); Perturbações Mnésicas (AM); Capacidade Intelectual Reduzida (LI) e Perturbações Afetivas (AF). Cada resposta “verdadeira” é pontuada com 1 ponto e cada resposta “falsa” é pontuada com 0 pontos. A soma das



pontuações de todos os itens é igual à pontuação total (Smith & Burger, 1997). O ponto de corte mais frequente na literatura é um valor superior a 14. A versão utilizada no presente estudo é usada, exclusivamente, em contexto de investigação (Simões, 2010b). Memória de dígitos da WAIS-III (Wechsler, 1997): avalia a memória de trabalho. É composto por duas tarefas: os dígitos em sentido direto (8 itens, cada um com 2 ensaios) e os dígitos em sentido inverso (7 itens, cada um com 2 ensaios). Em ambas as tarefas o examinador deve ler em voz alta uma sequência de dígitos. Na tarefa administrada em sentido direto, o sujeito deve repetir a sequência que lhe foi lida, pela mesma ordem em que o examinador a proferiu. Na tarefa aplicada em sentido inverso, o indivíduo deve repetir a sequência pela ordem inversa à que o examinador apresentou (Wechsler, 1997). A pontuação em cada item varia entre 0 (se o sujeito errar os dois ensaios), 1 (se o sujeito acertar num dos ensaios) e 2 pontos (se o indivíduo acertar nos dois ensaios), até um total de 30 pontos. Cada tarefa deve ser interrompida quando o sujeito errar nos dois ensaios de um mesmo item. Cubos da WAIS-III (Wechsler, 1997): permite avaliar a inteligência não-verbal e a coordenação visuo-motora. Consiste na reprodução de 14 modelos apresentados como padrões com cubos geométricos, bidimensionais e bicolores, havendo tempo limite para a execução da tarefa. Os primeiros seis modelos têm cotação de 0, 1 ou 2 pontos, sendo os restantes cotados com uma pontuação de 0, 4, 5, 6 ou 7 pontos, dependendo do tempo que o indivíduo demore a reproduzir o modelo. Figura Complexa de Rey (Rey, 1988): desenvolvida em 1942 por André Rey e standardizada por Osterrieth em 1945, avalia a atividade percetiva e a memória visual. Está organizada em duas fases: a de cópia (avalia como o indivíduo apreende a informação fornecida) e a de reprodução por memória (avalia os dados percetivos preservados por esta), após uma tarefa de interferência e sem aviso prévio (Jamus & Mader, 2005). Este teste é constituído por duas figuras distintas – A e B. A figura A, que foi utilizada neste estudo, é dividida em 18 elementos. Cada elemento pode ser cotado de 0 a 2 pontos, sendo a pontuação máxima de 36 pontos.

Procedimento. Foi obtida autorização da administração do CHEDV para recolha da amostra clínica nas suas instalações. Após ter sido obtido o consentimento informado de cada participante, bem como a confidencialidade ressaltada, procedeu-se à administração dos instrumentos acima descritos seguindo sempre as normas e instruções das provas. Em primeiro lugar, cada sujeito respondeu a um questionário sociodemográfico, seguido dos restantes instrumentos, pela mesma ordem que foram descritos anteriormente. A aplicação do protocolo experimental demorou aproximadamente 75 minutos, e foi realizada apenas numa sessão individual. Um envelope com as instruções foi entregue aos participantes dos grupos não deprimido simulador (deveriam simular sintomas depressivos tendo em conta uma história adaptada de Pinho (2012)) e não deprimido honesto (deveriam responder às provas de forma honesta), entre a aplicação do BDI-II e do TOMM. Esta atribuição foi feita de forma aleatória, com conhecimento da investigadora.

Análise de dados. Para a análise estatística dos dados em articulação com os objetivos, foram realizados testes de Mann-Whitney e ANOVA a 1-fator, com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0.



Resultados

Análises com o teste de Mann-Whitney revelaram que apenas a subescala Psicose (P) do SIMS diferencia significativamente o grupo com diagnóstico de depressão e o grupo sem diagnóstico de depressão simulador, $U = 101.5$, $Z = -2.52$, $p = .012$. Contudo, é importante referir que embora não se tenham observado diferenças estatisticamente significativas entre estes grupos no TOMM, o grupo sem depressão simulador apresenta pontuações médias inferiores ao ponto de corte sugerido pelo autor do instrumento em todos os ensaios, i.e., 45 valores, sendo, deste modo, identificados corretamente como simuladores.

O ensaio de retenção do TOMM, as subescalas NI, AF, P, AM e pontuação total do SIMS e o subteste Memória de Dígitos, quer os resultados padronizados (pontuação obtida pela soma dos pontos do ensaio em sentido direto com os do ensaio em sentido inverso e, posteriormente convertida em resultados standardizados para a população portuguesa), quer nos ensaios em sentido inverso, diferenciam significativamente o grupo sem diagnóstico de depressão honesto do grupo sem diagnóstico de depressão simulador (Tabela 1).

Tabela 1. Resultados do teste de Mann-Whitney para a existência de diferenças significativas entre os grupos sem diagnóstico de depressão simulador e sem diagnóstico de depressão honesto.

	TOMM	SIMS_NI	SIMS_AF	SIMS_P	SIMS_AM	SIMS_T	MD_padrão	MD_SI
Mann-Whitney (U)	111	53.5	62.0	42.0	55.0	61.0	114.5	128
Z	-2.83	-4.021	-3.756	-4.386	-4.020	-3.765	-2.330	-1.993
p	.005**	<.001***	<.001***	<.001***	<.001***	<.001***	.020*	.046*
NI: Défices Neurológicos; AF: Perturbações Afetivas; P: Psicose; AM: Perturbações Mnésicas; T: Pontuação Total; MD: Memória de Dígitos; SI: Sentido Inverso; * Significativo para $p < .05$; ** Significativo para $p < .01$; *** Significativo para $p < .001$.								

As subescalas NI, AF, P, AM e pontuação total do SIMS e a cópia da FCR diferenciam significativamente o grupo com diagnóstico de depressão do grupo sem diagnóstico de depressão honesto (Tabela 2).



Tabela 2. Resultados do teste de Mann-Whitney para a existência de diferenças significativas entre os grupos com depressão e sem diagnóstico de depressão honesto.

	SIMS_NI	SIMS_AF	SIMS_P	SIMS_AM	SIMS_T	FCR_cópia
Mann-Whitney (U)	80.5	42.5	108.0	59.0	47.5	100.5
Z	-3.144	-4.167	-2.436	-3.782	-4.010	2.528
p	.002**	<.001***	.015*	<.001***	<.001***	.011*

NI: Défices Neurológicos; AF: Perturbações Afetivas; P: Psicose; AM: Perturbações Mnésicas; T: Pontuação Total; FCR: Figura Complexa de Rey; * Significativo para $p < .05$; ** Significativo para $p < .01$; *** Significativo para $p < .001$.

O único instrumento utilizado que não diferenciou nenhum dos grupos em estudo foi o subteste dos Cubos da WAIS-III (valores padronizados), não se tendo verificado um efeito principal da variável grupo através de uma ANOVA a 1 fator, $F(2,56) = .849, p = .433$.

Discussão

O objetivo do presente estudo consistiu em verificar a eficácia de um protocolo de instrumentos utilizados com a finalidade de identificar indivíduos simuladores e avaliar a sensibilidade dos mesmos perante a simulação de sintomas depressivos.

De acordo com os dados obtidos, foram encontradas, tal como o esperado, diferenças estatisticamente significativas no ensaio de retenção do TOMM entre o grupo sem diagnóstico de depressão simulador e o grupo sem diagnóstico de depressão honesto. Contudo, contrariamente ao esperado, não foram encontradas diferenças significativas nos dois ensaios de aprendizagem do TOMM entre os três grupos em estudo. Porém, importa recordar que as pontuações médias obtidas pelo grupo sem diagnóstico de depressão simulador foram inferiores aos restantes grupos nos três ensaios do TOMM, bem como inferiores ao ponto de corte proposto pelo autor do instrumento (< 45 valores), sendo estes identificados como simuladores. Em estudos com metodologias distintas, sujeitos potencialmente simuladores e sujeitos instruídos a simular, as pontuações obtidas demonstraram que o TOMM discrimina com sucesso indivíduos honestos de indivíduos simuladores (Tombaugh, 2002). Neste estudo, o ensaio de retenção mostrou ser o mais sensível à falsificação de sintomas por diferenciar significativamente os grupos sem diagnóstico de depressão simulador e honesto. À semelhança do que Rees e colaboradores (2001) concluíram num estudo onde recorreram a participantes com diagnóstico de depressão ou que sofreram um TCE, podemos também concluir que as pontuações do TOMM não são significativamente influenciadas pelos sintomas depressivos. Tais conclusões podem ser retiradas uma vez que as pontuações médias obtidas pelo grupo com diagnóstico de depressão não diferem significativamente das pontuações obtidas pelo grupo sem



diagnóstico de depressão honesto. Em relação aos indivíduos simuladores, a literatura diz-nos que estes tendem a apresentar um menor desempenho nos ensaios de reconhecimento do que os pacientes reais (Greiffenstein et al., 1996), o que se veio a confirmar na nossa amostra. Isto porque os simuladores tendem a perceber os ensaios de reconhecimento como mais difíceis do que realmente são, não se apercebendo que o seu nível de dificuldade é inferior aos ensaios de aprendizagem, uma vez que fornecem aos sujeitos pistas que os ajudam a recordar a informação previamente apresentada (Gonçalves et al., 2007; Mota et al., 2008; Nitch & Glassmire, 2007; Simões et al., 2010a).

No SIMS, e tal como esperado, encontrámos diferenças significativas entre os grupos sem diagnóstico de depressão simulador e honesto em 4 subescalas (NI, P, LA e AF) e na pontuação total, o que, de forma geral, indica que o SIMS distingue indivíduos honestos de indivíduos simuladores. Analogamente, também encontrámos diferenças significativas entre o grupo com diagnóstico de depressão e sem diagnóstico de depressão honesto. Porém, nos grupos com diagnóstico de depressão e sem diagnóstico de depressão simulador encontrámos diferenças significativas apenas na subescala P, o que sugere que esta é a mais sensível à simulação. Os nossos resultados vão de encontro aos evidenciados pela literatura, na qual o SIMS é tido como um instrumento que distingue indivíduos simuladores de honestos, embora não diferencie sujeitos potencialmente simuladores de pacientes psiquiátricos (Clegg, Fremouw & Mogge, 2009; Edens et al., 2007). Importa acrescentar que, tal como alguns autores já referiram, também nós pudemos comprovar que o ponto de corte >14 sugere uma elevada taxa de falsos positivos, identificando indivíduos simulares, quando, de facto, não o eram (Clegg, et al., 2009; Merckelbach & Smith, 2003). Deste modo, sugerimos o desenvolvimento de mais estudos com o SIMS de modo a perceber qual o ponto de corte mais rigoroso.

Relativamente ao subteste Memória de Dígitos, encontrámos apenas diferenças significativas entre os grupos sem diagnóstico de depressão simulador e honesto, quer nos resultados padronizados (pontuação obtida pela soma dos pontos do ensaio em sentido direto com os do ensaio em sentido inverso e, posteriormente convertida em resultados standardizados para a população portuguesa), quer nos resultados dos ensaios em sentido inverso, o que indica que este subteste apenas identificou simuladores sem patologia, não distinguindo indivíduos com diagnóstico de depressão de indivíduos sem diagnóstico de depressão simuladores. Como não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo com diagnóstico de depressão e o grupo sem diagnóstico de depressão honesto, o teste Memória de Dígitos mostrou ser insensível aos sintomas de depressão. Contudo, Heinly e colaboradores (2005) referem que o teste Memória de Dígitos é um bom teste a identificar e diagnosticar simuladores, pelo que, serão necessários mais estudos para comprovar ou refutar a eficácia deste instrumento na identificação de sujeitos simuladores.

Contrariamente ao esperado, o subteste Cubos da WAIS-III não diferenciou significativamente nenhum dos três grupos em estudo, o que indica que talvez não seja vantajoso incluir este teste num protocolo de avaliação de simulação, uma vez que se mostrou insensível aos sintomas depressivos e à simulação. No entanto, mais estudos são necessários para cimentar esta conclusão.

A FCR não diferenciou significativamente os grupos sem diagnóstico de depressão simulador e honesto. Porém, de acordo com o que sabemos, e tal como comprovado pelos nossos



resultados, a FCR discrimina indivíduos saudáveis de indivíduos com depressão, sendo sensível aos sintomas depressivos (Trzepacz & Baker, 2001; Jamus & Mader, 2005).

Os estudos que recorrem a sujeitos instruídos a simular determinados sintomas apresentam algumas limitações, como a baixa validade externa e a falta de motivação para simularem o comportamento sugerido. Em circunstâncias reais, um indivíduo que simula estar motivado para fingir os seus sintomas de modo a ser recompensado, uma vez que se for detetado sofrerá consequências graves (Larrabee, 2007; Powell, Gfeller, Hendricks & Sharland, 2004). Porém, também apresentam algumas vantagens como a elevada validade interna e a confiança de que as mudanças observadas nas variáveis dependentes decorrem da manipulação experimental (Erdal, 2004; Larrabee, 2007; Powell et al., 2004; Vickery et al., 2004).

Para estudos futuros sugerimos a inclusão de amostras clínicas que estejam em situação de litígio e provavelmente motivadas para simular os sintomas. Como um diagnóstico de simulação não deverá, nunca, ser feito tendo em conta um único teste, mas sim recorrendo a uma bateria diversificada de testes de avaliação neuropsicológica, sugerimos também o desenvolvimento de novos estudos com recurso a instrumentos como o subteste da Memória de Dígitos e os Cubos, da WAIS-III, e a FCR, de modo a perceber, com maior rigor, se serão ou não pertinentes na identificação de potenciais simuladores.

Este estudo contribui para o enriquecimento da literatura na área da deteção da simulação, dado que inclui um grupo clínico e instrumentos que não são habitualmente utilizados numa avaliação de simulação. Além disso, estes resultados têm implicações no contexto de saúde, proporcionando aos profissionais da área ferramentas adicionais para uma deteção mais eficaz do sujeito simulador.

Agradecimentos

A todos aqueles que aceitaram participar no estudo, cedendo parte do seu tempo, obrigada!

Contacto para Correspondência

Vanessa Castro - vanessa.castro@ua.pt

Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro, Portugal

Referências

- American Psychological Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (J. C. Fernandes, Ed.) (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Clegg, C., Fremouw, W. & Mogge, N. (2009). Utility of the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS) and the assessment of depression inventory (ADI) in screening for malingering among outpatients seeking to claim disability. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(2), 239-254. doi: 10.1080/14789940802267760
- Conroy, M. A. & Kwartner, P. P. (2006). The definition of malingering. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 2(3), 30-51.
- Edens, J. F., Otto, R. K. & Dwyer, T. (1999). Symptomatology in identifying persons motivated to



- malingering psychopathology. *Journal of the American Academy of Psychiatric and the Law*, 27(3), 387–396.
- Edens, J. F., Poythress, N. G. & Watkins-Clay, M. M. (2007). Detection on malingering in psychiatric unit and general population prison inmates: A comparison of the PAI, SIMS, and SIRS. *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 33–42. doi: 10.1080/00223890709336832
- Erdal, K. (2004). The effects of motivation, coaching, and knowledge of neuropsychology on the simulated malingering of head injury. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(1), 73–88. doi: 10.1016/S0887-6177(02)00214-7
- Gonçalves, S., Almeida, F. & Oliveira, L. (2007). Malingering. *Psiquiatria, Psicologia E Justiça*, 1(1), 133–139.
- Greiffenstein, M. F., Baker, W. J. & Gola, T. (1996). Comparison of multiple scoring methods for rey's malingered amnesia measures. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 11(4), 283–293. doi: 10.1093/arclin/11.4.283
- Heinly, M., Greve, K., Bianchini, K., Love, J. & Brennan, A. (2005). WAIS digit span-based indicators of malingered neurocognitive dysfunction. *Assessment*, 12(4), 429–444. doi: 10.1177/1073191105281099
- Jamus, D. R. & Mader, M. J. (2005). A figura complexa de rey e seu papel na avaliação neuropsicológica. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 11(4), 193–198. doi: 10.1590/S1676-26492005000400008
- Jasinski, L., Berry, D., Shandera, A. & Clark, J. (2011). Use of the wechsler adult intelligence scale digit span subtest for malingering detection: A meta-analytic review. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(3), 300–314. doi: 10.1080/13803395.2010.516743
- Jelicic, M., Hessels, A. & Merckelbach, H. (2006). Detection of feigned psychosis with the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS): A study of coached and uncoached simulators. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(1), 19–22. doi: 10.1007/s10862-006-4535-0
- Larrabee, G. J. (2007). Introduction: Malingering, research designs, and base rates. In G. J. Larrabee (Ed.), *Assessment of malingered neuropsychological deficits* (3–13). New York: Oxford University Press.
- Merckelbach, H. & Smith, G. P. (2003). Diagnostic accuracy of the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18(2), 145–152. doi: 10.1016/S0887-6177(01)00191-3
- Merten, T., Bossink, L. & Schmand, B. (2007). On the limits of effort testing: Symptom validity tests and severity of neurocognitive symptoms in nonlitigant patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29(3), 308–318. doi: 10.1080/13803390600693607
- Mota, M. et al. (2008). Test of memory malingering (TOMM): Estudos de validação numa amostra de reclusos. *Psiquiatria, Psicologia E Justiça*, (2), 23–41.
- Nitch, S.R. & Glassmire, D. M. (2007). Non-forced-choice measures to detect noncredible cognitive performance. In K. B. Boone (Ed.), *Assessment of feigned cognitive impairment: a neuropsychological perspective* (78–86). New York: Guildford.
- Pinho, J. (2012). *Testes de validade de sintomas: Validação de um protocolo em amostras de adultos idosos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Pivovarova, E., Rosenfeld, B., Dole, T., Green, D. & Zapf, P. (2009). Are measures of cognitive effort and motivation useful in differentiating feigned from genuine psychiatric symptoms? *International Journal of Forensic Mental Health*, 8(4), 271–278. doi: 10.1080/14999011003635514
- Ponciano, E., Cardoso, I. & Pereira, A. (2005). Adaptação de uma versão experimental em língua portuguesa do beck depression inventory-second edition (BDI-II) em estudantes do ensino superior. In E. Pereira, A. & Motta (Eds.), *Ação social e aconselhamento psicológico no ensino*



- superior: Investigação e intervenção - Actas do Congresso Nacional*. (329–337). Coimbra: SASUC Edições.
- Powell, M., Gfeller, J., Hendricks, B. & Sharland, M. (2004). Detecting symptom - and test - coached simulators with the test of memory malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(5), 693–702. doi: 10.1016/j.acn.2004.04.001
- Rees, L. M., Tombaugh, T. N. & Boulay, L. (2001). Depression and the test of memory malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16(5), 501–506. doi: 10.1016/S0887-6177(00)00064-0
- Resnick, P. J., West, S. & Payne, J. W. (2008). Malingering of posttraumatic disorders. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3rd ed., 109–127). New York: The Guilford Press.
- Rey, A. (1988). *Teste de cópia de figuras complexas* (1st ed.). Lisboa: CEGOC-TEA.
- Rogers, R. & Bender, S. D. (2003). Evaluation of malingering and deception. In A. M. Weiner, I. B. & Goldstein (Eds.), *Handbook of psychology: vol. 11. Forensic psychology* (109–129). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sharland, M. & Gfeller, J. (2007). A survey of neuropsychologists' beliefs and practices with respect to the assessment of effort. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(2), 213–223. doi: 10.1016/j.acn.2006.12.004
- Simões, M. (2006). Testes de validade de sintomas na avaliação dos comportamentos de simulação. In M. S. Fonseca, A. C.; Simões, M.; Taborda-Simões, M. C; Pinho (Eds.), *Psicologia Forense* (279–309). Coimbra: Almedina.
- Simões, M. et al. (2010a). Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o rey 15-item memory test (15-IMT): Estudos de validação em grupos de adultos idosos. *Análise Psicológica*, 28(1), 209–226.
- Simões, M. R. (2010b). *Structured inventory of malingered symptomatology (SIMS)*. Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica, FPCE-UC.
- Simões, M. R. (2015). Simulação, esforço insuficiente e exagero de sintomas em avaliação neuropsicológica forense. In M. Almeida, F. & Paulino (Eds.), *Profiling, vitimologia e ciências forenses: Perspetivas atuais* (2nd ed., 147–166). Pactor.
- Smith, G. & Burger, G. (1997). Detection of malingering: Validation of the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy of Psychiatric and the Law*, 25(2), 183–189.
- Swihart, A., Harris, K. & Hatcher, L. (2008). Inability of the rarely missed index to identify simulated malingering under more realistic assessment conditions. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30(1), 120–126. doi: 10.1080/13803390701249044
- Teichner, G. & Wagner, M. (2004). The test of memory malingering (TOMM): Normative data from cognitively intact, cognitively impaired, and elderly patients with dementia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(3), 455–464. doi: 10.1016/S0887-6177(03)00078-7
- Tombaugh, T., N. (2002). The test of memory malingering in forensic psychology. In R. L. Hom, J. & Denney (Eds.), *Detection of response bias in forensic neuropsychology* (69–96). New York: The Haworth Medical Press.
- Trzepacz, P. T., & Baker, R. W. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental* (Climepsi E). Lisboa.
- Vickery, C. et al. (2004). Head injury and the ability to feign neuropsychological deficits. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(1), 37–48. doi: 10.1016/S0887-6177(02)00170-1
- Wechsler, D. (1997). *Escala de inteligência de Wechsler para adultos* (3rd ed.). Cegoc.



PSICOTERAPIA E ACONSELHAMENTO





Eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Focada nas Emoções na depressão

Paula Marinho Vieira¹, João Salgado¹, Robert Elliott² & Carla Cunha¹

1. Centro de Psicologia da Universidade do Porto & Instituto Universitário da Maia, Portugal

2. University of Strathclyde, Scotland

Resumo

A depressão é um grave problema de saúde pública: é a perturbação mental mais frequente, com uma taxa de recaída muito elevada e pior prognóstico após cada episódio depressivo. Embora existam tratamentos comprovadamente eficazes, a sustentabilidade dos resultados a médio e longo-prazo tem sido menos estudada, sendo escassos os estudos que contemplam uma avaliação do estado dos pacientes 12 ou mais meses após o tratamento. No âmbito de um projeto de doutoramento em psicologia “Especialização de Psicologia Clínica” decorre um projeto de investigação que pretende avaliar a eficácia a longo-prazo de dois tratamentos da depressão empiricamente apoiados (terapia cognitivo-comportamental e terapia focada nas emoções) com dois estudos de metodologia distinta (quantitativa e qualitativa), mas complementares no que concerne ao objetivo de estudo. Numa amostra de 64 participantes deprimidos, originalmente de um ensaio clínico aleatorizado realizado previamente, financiado pela FCT, procedemos a novo recrutamento para analisar a manutenção dos ganhos e recaídas aos 36 meses após a finalização do tratamento (ECA), recorrendo-se à avaliação da sintomatologia depressiva e geral apresentada, bem como a uma entrevista sobre o processo de mudança no pós-tratamento (perspetiva dos clientes). Com base no trabalho desenvolvido até à data, apresentamos os resultados preliminares do estudo de follow-up a 36 meses.

Palavras-chave: depressão; follow-up; recaída.



Abstract

Depression is a serious public health issue: it is the most frequent mental disorder and the one with the highest relapse rate and worst prognosis after each depressive episode. Although there are proven effective methods, the sustainability of the results in the medium and long terms has been less studied, being few the studies which contemplate the assessment of the patients' state 12 or more months after the treatment. As part of a PhD project in Psychology - Specialty of Clinical Psychology - an investigation project which aims to evaluate the efficacy of two treatments for depression (cognitive-behavioral therapy and therapy focused on emotions) has surfaced, with two studies of different methodology (quantitative and qualitative) which complement each other in what the study's objective is concerned. In a sample of 64 participants with depression, originally from a previous randomized clinical trial financed by FCT, we have proceeded to a new recruitment in order to analyze the maintenance of gains and relapses 36 months after completing the treatment (ECA), having assessed their depressive and general symptomatology as well as interviewing them about their change process posterior to their treatment (patients' perspective). Based on the work we have developed up until now, we will present the preliminary results of the study after a 36 month follow-up.

Keywords: depression; follow-up; relapse.



Introdução

Os resultados sobre a sustentabilidade a longo-prazo dos resultados dos tratamentos da depressão têm demonstrado que cerca de 50% dos pacientes recuperados no pós-tratamento recaem ao longo de um período de dois anos (Vittengl, Clark, & Jarrett, 2007). Considerando esta elevada taxa de recaída, interessa cada vez mais perceber se as intervenções fazem diferença a médio e longo-prazo, sobretudo acima do período de dois anos (Emmelkamp, 2013).

As meta-análises indicam que a psicoterapia breve na depressão é eficaz comparativamente com os tratamentos farmacológicos (Barth *et al.*, 2013; DeRubeis, Siegle & Hollon, 2008). Todavia, estes estudos não clarificam se os ganhos se mantêm a longo-prazo e se diferentes modelos psicoterapêuticos têm o mesmo poder de prevenção da recaída.

Com efeito, as seguintes questões continuam por resolver: faltam ensaios clínicos aleatorizados (RCTs) que comparem diretamente os resultados a longo-prazo de diferentes modalidades terapêuticas, incluindo a terapia cognitivo-comportamental (TCC); os resultados inconsistentes entre diferentes meta-análises aconselham a mais estudos de comparação para clarificar os resultados a longo-prazo de cada terapia.

A TCC, enquanto modalidade de psicoterapia mais estudada neste âmbito, é paradigmática deste cenário. Esta terapia tem recebido um vasto apoio empírico, incluindo demonstrações de maior eficácia de prevenção da recaída do que as intervenções farmacológicas (DeRubeis *et al.*, 2008; Hollon *et al.*, 2005). No entanto, quando sujeita a métodos de sistematização e comparação de resultados, tais como, meta análises de diferentes modalidades psicoterapêuticas os resultados são inconsistentes. Com efeito, na meta-análise de Tolin (2010) os resultados concluíram a favor da eficácia da TCC nos follow-ups (FUPs, média de 6 meses em 24 estudos). No entanto, Marcus, O'Connell, Norris e Sawaqdeh (2014) não encontraram diferenças significativas entre a TCC e outras psicoterapias na manutenção dos ganhos a longo-prazo. Face aos resultados contraditórios, importa, por isso, realizar mais estudos comparativos da eficácia a longo-prazo da TCC e de outras modalidades terapêuticas, sendo que a recomendação recai na realização de ensaios clínicos aleatorizados (RCTs) que comparem diretamente os resultados a longo-prazo de diferentes modalidades terapêuticas.

Com o objetivo de responder a essa lacuna, este projeto foi desenhado para avaliar a manutenção dos resultados a longo-prazo de 64 participantes, 36 meses após intervenção psicoterapêutica, extensão do estudo clínico aleatorizado (ECA) "Descentração e mudança em psicoterapia", (PTDC/PSI-PCL/103432/2008), comparação entre a TCC e a Terapia Focada nas Emoções (TFE).

Foi eleita a TFE por ter vindo a mostrar resultados encorajadores a longo-prazo (ver Elliott, Greenberg, Watson, Timulak, & Freire, 2013; Hollon & Ponniah, 2010). No estudo realizado por Ellison, Greenberg, Goldman, e Angus, (2009) foram comparados os ganhos obtidos em TFE e Terapia Centrada no Cliente, com FUPs de 6 e 18 meses, tendo sido encontradas



diferenças significativas: menores taxas de recaída, maior número de semanas assintomáticas e melhoria da autoestima a favor do grupo de TFE.

Finalmente importa lembrar que raramente se estuda a relação entre a perspetiva subjetiva dos clientes e o período pós-tratamento. Bohart e Wade (2013) e Lambert (2013) referem a importância de fazer estudos de associação entre os resultados a longo-prazo da psicoterapia com relatos dos clientes sobre a mudança, clarificando os fatores pessoais implicados na estabilização dos resultados a longo-prazo, manutenção dos ganhos ou, alternativamente responsáveis por eventuais recaídas. Como exceção, temos o estudo de Klein e Elliott (2006), que analisou os relatos de clientes com perturbações de humor, tratados com TFE, acerca das suas mudanças durante a terapia e nos FUPs. Os resultados mostraram que ganhos a longo-prazo estavam associados a relatos de mudanças no *self*, situações significativas de vida, aumento de mestria, capacidade de envolvimento com os outros e com o mundo. Importa ampliar este tipo de análise para solidificar esses resultados e para alargar o âmbito de análise a outras formas de psicoterapia. Esperamos em próxima oportunidade poder mostrar dados relativos a este estudo.

Os dados preliminares aqui apresentados, tem como objetivo dar resposta, ainda que parcialmente, aos resultados do efeito da TFE e TCC a longo-prazo, partindo de avaliações de FUP recolhidas aos 36 meses, comparando-as com as obtidas no pós-tratamento e nos FUPs de 3 e 6 meses.

Metodologia

Participantes

Os participantes-alvo foram recrutados de modo a cobrir a totalidade da amostra do projeto original “Descentração e mudança em psicoterapia”, com diagnóstico de Perturbação depressiva major, de acordo com o DSM-IV. Os critérios de inclusão foram ter depressão major, AGF > 50, sem medicação, idade igual ou superior a 18 anos, consentir a gravação das sessões e sessões de follow-up. Critérios de exclusão: comorbilidade com outras perturbações do Eixo I ou Eixo II, risco de suicídio, hiper-hipotireoidismo e violência doméstica.

O protocolo de tratamento do ECA foi composto por 16 sessões de terapia num de dois modelos terapêuticos aleatorizados (EFT e TCC) e recolha de FUPs ao fim de 3 e 6 meses pós-tratamento. Embora tenha sido pedido o consentimento inicial para tal, a avaliação de 36 meses não fazia parte do projeto inicial.

O presente projeto (a decorrer) incide na amostra total do estudo inicial (participantes n=64, 32 em TFE e 32 em TCC), quer tenham completado (*completers*) o tratamento, quer tenham abandonado (*dropouts*), fazendo-se nova avaliação clínica ao 36 meses. Para o efeito o projeto de investigação (doutoramento) foi submetido à Comissão de Ética do Centro de Investigação, e pedido consentimento a todos os participantes do estudo. A nova recolha de dados iniciou-se em agosto de 2014, altura em que o primeiro participante fez 36 meses após o término das 16 sessões de terapia realizadas no projeto original e terminará em abril de 2018. A avaliação de FUP de 36 meses será comparada com pós-tratamento e FUPs a 3 e 6 meses previamente recolhidos no ECA. À data foram recolhidos dados de 33 participantes.



Instrumentos

Protocolo de avaliação aos 36 meses. Módulo para os critérios de avaliação de Perturbações de Humor da Entrevista Estruturada Clínica para DSM-IV - Transtornos do Eixo I (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, tradução portuguesa: Maia et al).

Sintomatologia depressiva. Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996; versão Portuguesa de Coelho et al., 2002). Questionário de autorrelato para avaliação da sintomatologia depressiva.

Sintomatologia geral. Outcome Questionnaire – OQ-45-.2 (Lambert & Burlingame, 1996, versão portuguesa de Machado & Fassnacht, 2015), questionário de autorrelato desenvolvido para monitorizar as mudanças ocorridas durante a psicoterapia.

Procedimentos

Recolha de dados. Este estudo compara os dados do pós-tratamento com os FUPs 3 e 6 meses do projeto inicial com uma reavaliação aos 36 meses. Todos os participantes foram contactados via telefone e convidados a participar no estudo, informando-se dos objetivos do estudo e instrumentos a preencher. À data já foram recolhidos dados de 33 participantes.

Análise de dados. Foram realizadas várias análises para dar resposta às questões de investigação (Ellison et al. 2009): Análise multivariada (ANOVA medidas repetidas), por grupo tratamento, fator intra-sujeito e inter-sujeito por FUPs nas medidas de autorrelato; Análise de Sobrevivência por condição de tratamento (tempo médio de sobrevivência para a ocorrência de recaída por condição tratamento; TCC e TFE).

Resultados

Dos 64 participantes, 54 (81,85) são do sexo feminino e 10 (15,2%) do sexo masculino com idades compreendidas entre os 22 e 60 anos ($M=39,75$ e $DP=10,35$). Quanto ao estado para recrutamento no estudo de follow-up, 19 (28,8%) ainda não perfizeram os 36 meses após o termino do protocolo de tratamento (ECA, 16 sessões de psicoterapia). Sete participantes (10,6%) recusaram participar no estudo, 7 (10,6%) estavam incontactáveis (email, telefone desatualizados) e 31 (47%) aceitaram a participação no estudo.

Análise de tempo de sobrevivência até à recaída

Foi conduzida a análise de sobrevivência (*survival analyses, Kaplan-Meier*) para analisar o tempo médio, em meses, relacionado com o evento de interesse (*relapse*) para a variável grupo tratamento, desde o pós-tratamento e ao longo dos follow-ups (3,6 e 36 meses). Nesta análise foram incluídos todos os participantes que terminaram o protocolo de tratamento (*completers*) e que foram obtidos dados de follow-up completos (BDI-II) uma vez que só esses nos possibilitam manter o pressuposto de não violação da suposição de independência. Numa primeira leitura dos resultados, podemos verificar o número de eventos em cada condição de tratamento, correspondendo a seis para a TCC e um evento para TFE. O tempo médio de sobrevivência até à primeira recaída para condição tratamento situam-se para a

TCC em $M = 32,4$ e TFE $M=33,5$ meses. No que concerne à distribuição da função sobrevivência (Figura 1) verificou-se que a TFE apresenta uma curva posicionada acima da curva TCC, por conseguinte menos eventos, espelhando ser um tratamento mais eficaz na manutenção dos resultados a longo-prazo. Todavia numa análise mais parcimoniosa, através do teste *log-rank*, quando se analisaram as distribuições da sobrevivência entre tratamentos não se encontraram diferenças significativas entre as duas modalidades psicoterapêuticas (TCC e TFE), $\chi^2 (1, N = 29) = 3,62, p = .057$.

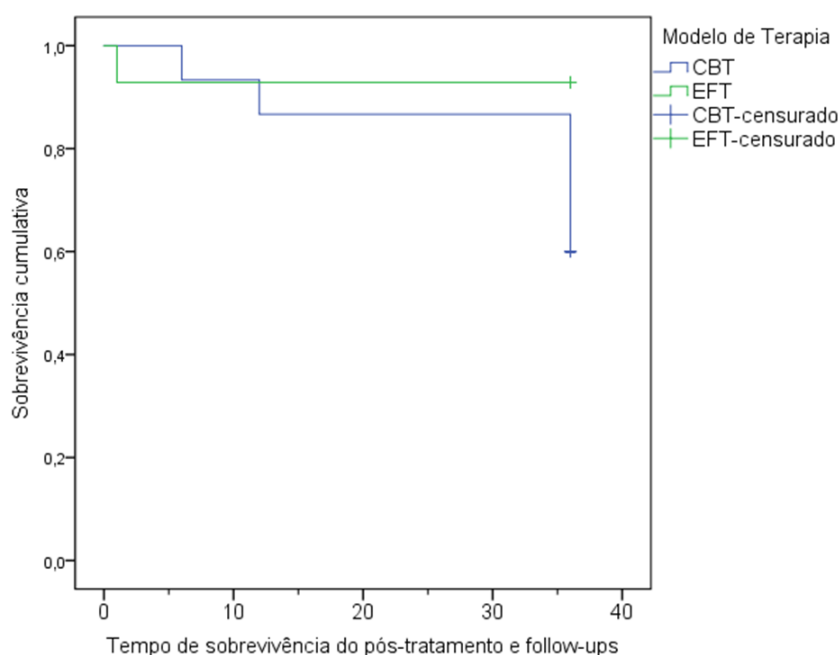


Figura 1. Análise de sobrevivência (survival analyses, Kaplan-Meier), variável grupo tratamento, desde o pós-tratamento e ao longo dos follow-ups (3,6 e 36 meses). O tempo médio de sobrevivência até à primeira recaída (relapse) por condição tratamento situam-se para a TCC em $M = 32,4$ e TFE $M=33,5$ meses.

Análise comparativas do resultado dos indices das medidas de autorrelato.

Para comparar os resultados dos tratamentos ao longo dos follow-ups foi conduzida análise multivariada, medidas repetidas para cada uma das medidas de resultado (BDI-II e OQ-45) por condição tempo (pós-tratamento, follow-up a 3, 6 e 36 meses) e condição tratamento (TCC e TFE). Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos ao longo do tempo em nenhuma das medidas de resultado, quer por tempo como condição tratamento. A interação entre tempo (pós-tratamento, 3, 6 e 36 meses de follow-up) condição tratamento (TCC e TFE) para a medida de sintomatologia depressiva (BDI-II), não mostrou diferenças significativas Wilks Lambda = .98, $F (3, 17) = 2.57, p = .86$, partial eta squared = .104. e para a medida de sintomatologia geral (OQ-45), Wilks Lambda = .72, $F (3, 15) = 1.95, p = .16$. Não se verificaram alterações significativas quer na medida de sintomatologia depressiva Wilks

Lambda = 84, $F(3, 17) = 1,05$, $p = .396$, como na de sintomatologia geral Wilks Lambda = 70, $F(3, 15) = 2,17$, $p = .134$. A comparação da intervenção dos tratamentos nos resultados a longo-prazo (TCC e TFE) não mostraram diferenças significativas, $F(1, 19) = .119$, $p = .73$, o que leva a concluir que ambos os modelos terapêuticos obtêm eficácia na manutenção dos resultados a longo-prazo. As diferenças (Figura 2 e 3) nas médias das medidas de resultado (BDI-II e OQ-45) ao longo do tempo, apesar de marginais, apresentam um curso similar ao longo do tempo tendo em conta o modelo terapêutico.

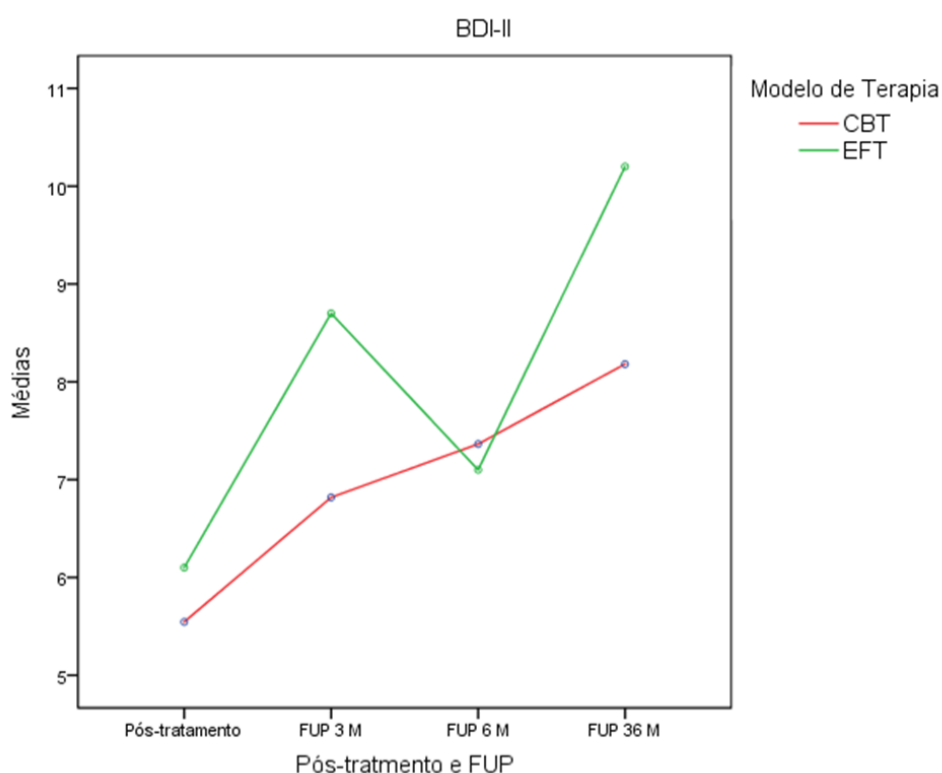


Figura 2. Interação entre tempo (pós-tratamento, 3, 6 e 36 meses de follow-up) por condição tratamento (TCC e TFE) no inventário de sintomatologia depressiva (BDI-II).

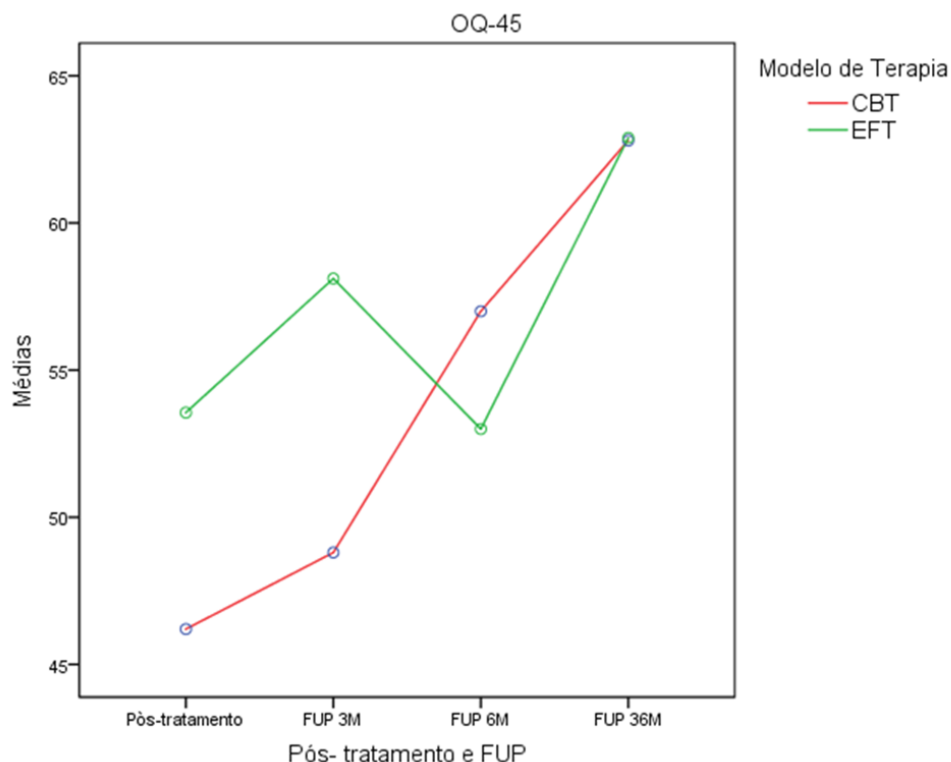


Figura 3. Interação entre tempo (pós-tratamento, 3, 6 e 36 meses de follow-up) por condição tratamento (TCC e TFE) no inventário de sintomatologia depressiva (OQ-45).

Discussão

Os estudos sobre a sustentabilidade dos resultados a longo-prazo da depressão são escassos, no que concerne à comparação de modalidades psicoterapêuticas com avaliações acima dos 12 meses. Este projeto de doutoramento, concretamente os resultados dos estudos em curso, bem como os resultados preliminares aqui apresentados, tem como objetivo contribuir para a clarificação dos resultados dos tratamentos (TCC e TFE) em termos de eficácia e manutenção dos ganhos a longo-prazo, bem como, quais aportam resultados mais estáveis.

Neste estudo, ainda que os resultados apresentados sejam preliminares, dado o número da amostra recolhida até ao momento, não deixa de ser interessante observar que apesar de não existirem diferenças significativas na estabilidade dos resultados a 36 meses de follow-up se puderam observar diferenças quanto aos tratamentos. A análise de sobrevivência é um exemplo claro de diferenças marginais com uma aproximação considerável à significância estatística apontando para a possível eficácia da TFE quando comparada com a TCC na manutenção dos resultados a longo-prazo. De facto foi possível observar que para a TCC o número de recaídas foi substancialmente mais elevada (seis) quando comparado com a TFE (um). Ainda que os dados sejam preliminares parecem ir de encontro a outros estudos que evidenciam superioridade clínica (Elliott, et al, 2013).



Foi, ainda, explorada a manutenção da eficácia da psicoterapia, avaliada no pós-tratamento e follow-ups (3, 6 e 36 meses) através da análise de medidas repetidas. Não se detetaram diferenças significativas em todas as condições de investigação, tempo, tratamento, interação tempo e tratamento. Todavia uma vez mais, quando analisamos as figuras das médias ao longo do tempo, pontuações das medidas, estas comportam-se de forma distinta, no que respeita à variável interação tempo e tratamento. Foi possível verificar que as pontuações das escalas (BDI-II e OQ-45) no grupo tratamento TCC apresenta médias mais baixas no pós-tratamento subindo diagonalmente ao longo do tempo de follow-ups. No grupo TFE, as pontuações comportam-se em ziguezague, estando logo no pós-tratamento mais elevadas e mantendo a elevação para médias mais altas até ao período de follow-up de três meses. A partir daí decresce até ao período de seis meses de follow-up e volta a apresentar o comportamento inicial até aos 36 meses. Estes resultados podem sugerir que os clientes tratados com TFE poderão ter uma maior oscilação em termos de sintomatologia, mas por outro lado, também poderão sugerir que os mesmos clientes interiorizaram técnicas psicoterapêuticas que lhes permitem reorganizar-se emocionalmente quando se deparam/sentem uma diminuição do bem-estar e por conseguinte apresentar melhoria. Estes dados são importantes na medida em que é possível detetar padrões diferenciadores dos tratamentos, conhecer e aprofundar os movimentos/oscilações (Comer & Kendall, 2013) em termos de sintomatologia depressiva e geral que os clientes com depressão possam enfrentar.

Como havia sido referido, o estudo que aqui apresentamos (dados preliminares), é parte integrante de um projeto de doutoramento, com uma metodologia inovadora pela sua conceção metodológica pluralista, avaliando a eficácia da psicoterapia para a depressão a longo-prazo através de meta-análise, comparação das modalidades terapêuticas EFT e TCC a 36 meses bem como, o estudo da mudança terapêutica pela perspetiva do cliente contribuindo para o conhecimento da investigação de resultado.

Contacto para Correspondência

Paula Marinho Vieira, Centro de Psicologia da Universidade do Porto & Instituto Universitário da Maia, Avenida Carlos de Oliveira Campos - Castelo da Maia / 4475-690 Maia, paula.marinho.vieira@gmail.com

Referências

- Barth J., Munder T., Gerger H., Nüesch E., Trelle S., Znoj. H., Jüni, P., & Cuijpers, Pim. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: A Network Meta-Analysis. *PLoS Medicine* 10(5), 1-17. doi:10.1371/journal.pmed.1001454.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. Psychological Corporation, San Antonio, TX.



- Bohart, A.C. & Wade, A.G. (2013). The client in psychotherapy. In Lambert, M.J. (6^a Ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 219-257). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc: Hoboken.
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory-II. *European Psychiatry*, 17, 222-226. doi: 10.1016/S0924-9338 (02)00663-6.
- DeRubeis, R., Siegle, G., & Hollan, A. (2008). Cognitive therapy vs. medications for depression: Treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(10), 788-796. doi:10.1038/nrn2345.
- Elliott, R., Greenberg, L.S., Watson, J., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapy. In Lambert, M. (6^a Ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 495-538). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken.
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. In Formmer, J., & Rennie, D.L (2^a Eds.). *Qualitative psychotherapy research methods and methodology* (pp. 69-111). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Ellison, J.A., Greenberg, L., Goldman, R.N. & Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 103-112. doi:10.1037/a0014653.
- Emmelkamp, P.M.G.(2013). Behavior therapy with adults. In Lambert, M. (6^a Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 343-392). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders*, research version. New York: Biometrics Research. (Tradução portuguesa por Maia, A.C.).
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., ... Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417- 422. doi: 10.1001/archpsyc.62.4.417.
- Klein, M.J., & Elliott, R. (2006). Client accounts of personal change in process /experiential psychotherapy: A methodologically pluralistic approach. *Psychotherapy Research*, 6(16), 1: 91-105. doi.org/10.1080/10503300500090993.
- Lambert, M.J. (2013). Introduction and historical overview. In Lambert, M. J. (6^a Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 3-20). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken.
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G.C., & Yanchar, S.C., (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 3(4):249 - 258. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S.
- Marcus, D. K., O'Connell, D. O., Norris, A. L., & Sawaqdeh, A. (2014). Is the dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 519-530. doi:10.1016/j.cpr.2014.08.001.
- Tolin, D.F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6):710-720. doi:10.1016/j.cpr.2010.05.003
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarrett, R. B. (2009). Continuation-phase cognitive therapy's effects on remission and recovery from depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 367-371. doi: DOI: 10.1037/a0015238.



3ª geração TERAPIA: MUTUAL TERAPIA INTERAÇÃO

Martínez-Lorca, M¹, Zabala-Baños, M.C¹, Aguado, R², López, J.M³ & Martínez-Lorca, A⁴

1. Universidad de Castilla-La Mancha, Talavera de la Reina, España

2. Instituto de Psicoterapias de Tiempo Limitado, Madrid, España

3. Fundación Manantial, Madrid, España

4. Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España

Resumo

Terapia interação recíproca (TIR, Aguado, 2005), com base em um integrador limitado e modelo de recurso psicoterapêutico eclética ao usar conceitos e fundamentos de terapias psicanalíticas, cognitivas, estratégicas, sistêmicas e interpessoais, com presentes elementos de terapia ambos os fundamentos teóricos e colocá-las em prática clínica. Desde a TIR, a saúde mental é a capacidade de cada pessoa para ser capaz de ativar todos os universos emocionais adaptados às situações em que vive, de modo que uma pessoa saudável pode sentir qualquer uma das emoções básicas, sempre que a situação é a propício, enquanto doença mental tem a ver com uma resposta emocional dura, ativando um pequeno grupo de emoções. Protocolo de intervenção da TIR desenvolvida é apresentada. Este protocolo consiste nas seguintes fases: avaliação e análise do estado atual do paciente, fase de admiração mútua, a fase de viragem terapêutica e fase de contemplação. O objectivo deste protocolo é fazer com que o paciente através do sofrimento emocional a satisfação pessoal, através da interação com o meio ambiente que vai levar a uma adaptação adequada à sua realidade, utilizando como principal instrumento psicoterapêutico Segmentação por dissociação seletiva.

Palavras-chave: emoções; terapia interação recíproca; saúde mental; de admiração mútua



Abstract

Therapy reciprocal interaction (IRR) is presented, based on a limited integrator and eclectic feature psychotherapeutic model while using concepts and fundamentals of psychoanalytic, cognitive, strategic, systemic and interpersonal therapies, with elements both in its foundations therapy theoretical and putting them into clinical practice.

Since the IRR, mental health is the ability of every person to be able to activate all emotional universes adapted to the situations in which it lives, so that a healthy person can feel any of the basic emotions whenever the situation is the propitious, while mental illness has to do with a stiff emotional response, activating a small group of emotions.

Intervention protocol from the TIR has developed is presented. It consists of the following phases: evaluation or anamnesis, phase encounter and brand, and misframing phase shift and last phase of restructuring and resolution.

The aim of this protocol is to achieve the passage from suffering to the patient satisfaction even in a small number of sessions (between 12-16) using as main psychotherapeutic tool Targeting by Selective Dissociation

Keywords: emotions; reciprocal interaction therapy; mental health; unconditional admiration



Introdução

A terapia de Interação Recíproca (TIR) cujo autor é Roberto Aguado Romo (2015, 2014, 2012; 20091; 20092; 2005; 2002) é um modelo terapêutico de duração limitada com características integradoras e ecléticas. Esta terapia serve-se de conceitos e fundamentos das terapias psicanalíticas, cognitivas, estratégicas, sistémicas e interpessoais, com elementos próprios quer nos fundamentos teóricos, quer na sua aplicação prática em clínica.

A TIR ocupa-se da dimensão relacional e das normas que orientam a interação do sujeito com o mundo no “aqui” e no “agora”, tendo especial interesse no conjunto: emoção-motivação-cognição.

Dentro das ferramentas psicoterapêuticas disponíveis para tratar o sofrimento, a TIR induz habitualmente estados hipnóticos no paciente, pois a alteração do estado de consciência facilita o tratamento, uma vez que o paciente está muito mais recetivo, pois mantém um vínculo singular.

Ainda que a Terapia de Interação Recíproca seja um modelo teórico recente, assenta a sua argumentação teórica em três pressupostos básicos. Estes pressupostos foram previstos depois de terem sido observados e analisados mais de 8 000 pacientes e terem sido feitas entrevistas a centenas de pessoas. Deste modo, uma percentagem muito alta de pacientes (mais de 90%) dá a conhecer a sua dificuldade em realizar o que deseja e, conseqüente, a frustração que isso lhe traz, revelando ainda, que esta frustração os impede de estabelecer uma relação saudável tanto a nível biológico e cognitivo, como a nível de conduta e relação interpessoal.

O primeiro pressuposto da Terapia de Interação Recíproca diz: “Só podemos realizar aquilo que imaginámos ter realizado”. Após este pressuposto, expomos a figura da pessoa referencial básica, muito concomitante com a figura da mãe ou do pai, ainda que nem sempre esta coincida com a figura deles.

A partir da interação da figura e pessoa referencial básica deduz-se um segundo pressuposto essencial: “Para imaginar aquilo que queremos fazer, a nossa personagem referencial básica tem que ter imaginado que podemos realizar o que desejamos.”

Ao entrevistarmos os pais ou pessoas que serviram de referencial básico do sujeito, apercebemo-nos que há bastantes casos em que a falta de confiança destes pais nos seus filhos era bastante literal e realmente evidente.

Note-se que a psicoterapia tem por base dar permissão para que o sujeito restabeleça a ordem interior e possa seguir o seu caminho como pessoa autónoma.

O terceiro pressuposto básico diz que: “A psicoterapia pode ser um substituto da relação com o personagem de referencial básico. O terapeuta vai ajudar a mudar o esquema



emocional primitivo, fruto da interação primária, libertando o paciente da sua incapacidade para poder imaginar aquilo que deseja e, posteriormente, realizar o dito desejo, mas desta vez conta com a sensação de confiança dada pela sua figura básica, que neste caso é secundário.”

Nesta medida, observa-se na TIR um elemento decisivo e importante que é o vínculo relacional. Com efeito, Aguado (2012; 2014) sugere que as relações com as primeiras pessoas referenciais são cruciais para a nossa essência biológica e neurológica. Importa salientar que, como mamíferos que somos, é a nossa essência biológica e neurológica que nos proporciona a sensação de segurança e de perigo, e que consequentemente dominam os nossos desejos básicos. Note-se que, os desejos essenciais ou básicos são necessários para a sobrevivência física e psicológica do indivíduo. É evidente que no âmbito físico percebemos perfeitamente esta situação, sem muitas explicações, na medida em que quando um ser humano tem carência de uma substância química essencial para o organismo (glicose, insulina, ferro, glóbulos, etc.), se esta carência não for colmatada, o indivíduo morre. No que diz respeito ao âmbito psicológico, os seres humanos têm também uma série de necessidades básicas que, se não forem colmatadas, também conduzem o indivíduo a um estado de desequilíbrio no sistema de sobrevivência.

Num estudo realizado em 1995, com uma população de mais de três mil pacientes, reuniram-se todas as formas verbais com as quais os pacientes expressavam o motivo pelo qual pediram uma consulta. Da análise feita, obteve-se a classificação dos desejos ou necessidades básicas que devemos realizar e que, se não as realizarmos, corremos o risco de entrar num plano de insegurança vital. Estas necessidades ou desejos básicos foram amplamente classificados, identificados e etiquetados em Aguado (2005; 2009; 2014).

De uma forma resumida, podemos definir desejo básico como cada um dos universos emocionais que um mamífero humano tem que conseguir realizar para poder experienciar a segurança vital na sua existência e, com ela, assegurar a garantia de poder usufruir de integridade bio-psico-social.

A não realização dos desejos básicos produz na globalidade do indivíduo uma sensação de alarme ou perigo, que se expressa com a hiperatividade de estruturas límbicas e a sua consequente manifestação, através de um desajuste em alguns dos oito canais de expressão (motivacional, orgânico, expressão, emocional, psicossomática, psicogéneo, cognitivo, relações interpessoais e de conduta). Este desajuste afetará a homeostasia do sistema nervoso autónomo, endócrino, imunológico e, por conseguinte, o sistema nervoso central, o que levará o sujeito a experimentar o sofrimento, a insatisfação, etc.

Para além dos desejos básicos, outro elementíssimo são os vínculos com as pessoas referenciais básicas (PRB), no nosso microcontexto, mesocontexto ou macro contexto e, sobretudo, a marca que estes vínculos deixaram no nosso ecossistema emocional. Tudo isto, são elementos a ter em conta em toda a nossa rede afetiva, de tal forma que, o conjunto de todos os vínculos com os quais nos relacionamos, poderia ser uma aproximação

do que realmente somos e como nos comportamos. Por outras palavras, a forma como nos relacionamos e como criamos laços tanto connosco como com quem nos rodeia é um dos indicadores da nossa maneira de proceder, sentir e pensar podendo constituir o nosso universo vincular (Aguado, 2005; 2012; 2014).

Graficamente, Aguado (2012; 2014) sugere que os vínculos são pontos de cruzamento. Se imaginarmos uma rede, cada um dos pontos de cruzamento entre os fios da rede, será um vínculo. Desta forma, a pessoa vai construindo a sua história pessoal ou o guião vital ou a trama vital com o conjunto de interações entre os diferentes pontos de cruzamento dos diferentes ambientes em desenvolvimento, ou seja, no seu microcontexto, mesocontexto ou macrocontexto, juntamente com as diferentes pessoas, os diferentes eventos...etc.

Na figura 1 são apresentados os pontos de cruzamento da trama vital.



Figura 1: Trama vital

Com efeito, quando se dá a rutura ou a perda de um desses vínculos, é muito provável que se produza o que os modelos dinâmicos chamam de emergente, isto é, a rutura de um desses vínculos produz uma ocorrência, que dará origem ao motivo que leva à necessidade do paciente recorrer a uma. Estas ocorrências podem dar-se sob a forma de ataque de pânico, sensação de impotência ou a própria dor, sendo isso a emergência. Definimos emergência como a expressão em forma de ocorrência da possível rutura de um ponto crucial dentro da rede global do indivíduo. A emergência aparece quando um ponto de cruzamento está em crise e este desequilibra a homeostasia da trama vital (Aguado, 2012).

Estes emergentes traduzem-se nas ocorrências, nas urgências, no motivo de consulta que leva o paciente a procurar ajuda psicológica entre nós e é, também, onde melhor se manifesta que a trama vital apresenta uma crise em alguma das suas relações (Aguado, 2014).

Portanto, a TIR realiza um cuidadoso estudo da comunicação multinível do motivo de consulta, já que é através do problema específico que o paciente nos relata na consulta que podemos a conhecer a sua trama vital e, conseqüentemente, o seu conflito básico. O motivo de consulta não é mais que a manifestação do conflito básico, canalizada em 8 vias de



expressão (motivacional, orgânica, expressão emocional, psicossomática, psicogéneo, cognitivo, relações interpessoais e comportamentais) (Aguado, 2014).

O conflito básico produz-se quando o sujeito, ao longo da sua trama vital, teve uma série de carências relativamente às suas necessidades e aos seus desejos básicos essenciais, bem como um número de esquemas emocionais distorcidos que impedem o equilíbrio ou uma homeostasia tanto física como psíquica e que se manifesta nas oito formas de expressão citadas anteriormente (Aguado, 2005; 2014).

Daí que o elemento fundamental da TIR seja permitir ao paciente poder realizar os seus desejos básicos e, para isso, o terapeuta tem que conseguir estabelecer um vínculo com o seu paciente de tal forma que se torne a referência pessoal básica, no seu referente e na sua autoridade, para que assim o sujeito possa satisfazer os seus desejos básicos que estão em falta. (Aguado, 2014).

Tendo descrito sumariamente os princípios teóricos fundamentais que sustentam a Terapia de Interação Recíproca, a seguir passamos a explicar como a TIR tem sido operacionalizada em protocolo de intervenção.

Protocolo de intervenção na terapia de interação recíproca

Aguado (2002) operacionalizou o protocolo de intervenção com a TIR numa série de fases com o objetivo de que o paciente que vem à consulta melhore o seu bem-estar pessoal e passe do estado de sofrimento ao estado de satisfação, num número reduzido de sessões de psicoterapia.

A TIR pode considerar-se como uma psicoterapia de tempo limitado, uma vez que em 12-16 sessões onde o paciente resolve o seu mal-estar e pode interiorizar novos padrões emocionais. Estes novos padrões vão fazer com que responda, de forma mais flexível, a todas as situações que lhe possam vir a ser apresentadas. Para o fazer, a TIR usa como ferramenta terapêutica principal a Focalização por Dissociação Seletiva (FDS)

Com esta técnica (FDS) pretende-se mudar o estado de consciência do paciente, ou seja, faz-se com que o sujeito entre num estado hipnótico através do qual a sua consciência se concentra nas diferentes situações que vivenciou, ao longo da sua vida, e que são o motivo do recurso à consulta. Por sua vez, a pessoa está dissociada, de uma forma seletiva, das lembranças que competem com as situações vividas fora do motivo que a levaram a recorrer à sua consulta (Aguado, 2014).

Voltando ao protocolo de intervenção, este consta das seguintes fases que passamos a explicar de forma resumida, uma vez que estas fases estão já detalhadamente explicadas e argumentadas em Aguado (2002; 2005; 2014; 2015).

Fase de avaliação

Neste momento, estando em vigília com o paciente, faz-se uma recolha de dados, ou a anamnese detalhada e exaustiva do motivo de consulta, perguntando com todos os detalhes



tudo o que o paciente nos pode dizer sobre o seu sofrimento atual. Neste momento é importante que se avaliem os seguintes aspetos:

- Avaliar o motivo da consulta (frequência, tempo de duração, lugar onde acontece com mais frequência, grau de sofrimento e tolerância do mesmo, pessoas com as quais se produz ou se promove, história do motivo da consulta, transtornos anteriores...)
- Análise detalhada das tentativas de solução.
- Conhecer o auto dialogo do paciente, os seus pensamentos sobre si mesmo, os seus esquemas emocionais.
- Avaliação dos desejos básicos alcançados e dos que este não consegue atingir.
- Identificar a forma como o paciente estabelece laços, a forma como se relaciona com a sua vida, com os seus familiares, com o seu trabalho...
- Avaliação da capacidade de introspeção e da sua competência para entrar em estado hipnótico.
- Identificar os referentes e as pessoas referenciais básicas (PRB) importantes ao longo da vida do paciente e o tipo de relação estabelecida com estes.
- Saber se o paciente é PRB de alguém.
- Conhecer a sua biografia emocional, ou seja, saber quais foram as suas emoções básicas ao longo da vida.
- Avaliar os acontecimentos mais importantes e significativos para o sujeito.
- Conhecer o micro, meso e macrocontexto.
- Conhecer o auto registo emocional.

Fase de encontro e de sinalização

Ao longo desta fase, em estado hipnótico, faremos com que o sujeito vivencie 6 ou 8 situações nas quais tenha experienciado o motivo da consulta. Desta forma, o paciente descobre tudo o que acontece na sua vida sempre que é despoletado a o motivo pelo qual recorre à consulta. Neste momento, a pessoa começa a perceber a trama vital a que está ligado e o razão pela qual necessita da consulta.

Fase de descontextualização e transferência

Nesta fase também se trabalha com o paciente em estado hipnótico. O sujeito é convidado a voltar a conectar-se com as diferentes situações que experimentou na fase de encontro e sinalização, como se estivessem a acontecer no momento (contudo, na realidade, não estão a acontecer realmente, acontecem apenas no seu cérebro, na sua imaginação), mas com uma grande diferença, agora pergunta-se ao paciente “o que faria que não fez e o que fez que não faria com os recursos que tem agora”. Assim, o seu cérebro é capaz de realizar novas conexões sinápticas e gravar novas memórias diante da lembrança, uma vez que agora pode vivê-lo e senti-lo a partir de emoção adaptada. Agora o paciente tem uma nova forma de viver a realidade.

Fase de reestruturação e resolução

Neste momento, o paciente está no seu estado normal de consciência, já não está hipnotizado. Esta é uma fase de reestruturação, muito cognitivo-comportamental, de



maneira que é fundamental que o paciente se aperceba que a situação aconteceu como aconteceu, mas o que se alterou não foi a situação, mas a forma como o paciente vê as coisas e como reage perante o acontecimento. Com esta mudança, o paciente consegue flexibilizar o seu universo emocional, sendo capaz de ativar a adaptação da emoção à exigência da situação. Portanto, neste momento surge a saúde mental, a satisfação, sendo que as vivências, agora, são experiências.

Em resumo, estas são as etapas que constam do protocolo de intervenção proposto pela Terapia de Interação Recíproca. Estas etapas têm como objetivo fazer com que o paciente passe do mal-estar ao estado de satisfação, num curto período de tempo.

Em seguida, mas antes de assentar no objetivo do presente trabalho, no qual mostraremos a nossa proposta particular de auto registo da biografia emocional, passamos a detalhar todo o emaranhado emocional que nos sustenta como mamíferos que somos, que constitui outro dos pilares fundamentais da TIR.

Discussão

A TIR é uma terapia que está dentro das Terapias Psicológicas de Terceira Geração, pela sua perspectiva funcional e contextual. Por isso, no presente trabalho fez-se uma breve retrospectiva dos principais pressupostos teóricos da Terapia de Interação Recíproca e do protocolo de intervenção da mesma, destacando três objetivos (Aguado, 20092):

- Conseguir em menos tempo e com um menor número de sessões a mesma eficácia em psicoterapia. Outros autores também concordam com o facto de, em média, os pacientes concederem ao terapeuta 10 sessões de tratamento sem abandonar a terapia. No século XXI, o paciente não pode estar muito tempo a fazer psicoterapia, são as novas realidades, às quais também os terapeutas se têm que adaptar. Esta adaptação deve fazer-se não só relativamente à eficácia, mas também relativamente ao tempo despendido para a obtenção do sucesso.
- Trabalhar a raiz do conflito intrapsíquico, abordando toda a personalidade do paciente mediante a criação de um bom vínculo terapêutico. A mudança terapêutica produz-se trabalhando com as estruturas subcorticais nas quais se encontram as memórias que são responsáveis pela sintomatologia psicológica, assim como pelo nosso equilíbrio psicológico.
- Conseguir a interiorização das ferramentas que determinam a melhoria do sofrimento humano, gravando novas memórias emocionais e, conseqüentemente, novas formas de encarar o “aqui” e o “agora”. O objetivo é fazer com que o sujeito viva um presente no qual as memórias passadas sirvam para encarar melhor as dificuldades da vida, mas nunca para bloquear e derrubar a trajetória vital. A dinâmica será conseguir passar do estado de sofrimento ao estado de satisfação como processo intrínseco da intervenção psicológica, gerando e propondo novos recursos que acrescentem competências para encarar o presente. A solução deve encontrar-se sempre dentro do sujeito que padece do sofrimento. A solução



está muito ligada à satisfação, sendo que cada pessoa tem dentro de si mesmo a solução para passar do sofrimento à satisfação.

O modelo teórico de Terapia de Interação Recíproca é muito recente na literatura científica e, por isso, conta apenas com escassas publicações em revistas especializadas. Por isso, é importante incentivar outros companheiros a mostrarem as suas experiências profissionais, tanto no que diz respeito aos comentários teóricos sobre a TIR, como outros, já que o objetivo último de qualquer processo psicoterapêutico é que o paciente passe do estado de sofrimento ao estado de satisfação, de forma a que o paciente possa ter uma nova visão e interpretação do que gera o seu mal-estar.

No futuro, é desejável que os nossos companheiros psicoterapeutas se sintam motivados para investigar sobre estes e outros recursos que se podem aplicar na prática clínica diária para que possam encorajar outros profissionais.

Contacto para Correspondencia

M^a Carmen Zabala Baños

Universidad de Castilla-La Mancha. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y
Enfermería

Avenida Real Fábrica de Sedas, S/N
45600 Talavera de la Reina (Toledo), España
carmen.zabala@uclm.es

Referências

- Aguado, R. (2015). *La emoción decide y la razón justifica*. Madrid: Editorial EOS. Gestión Emocional.
- Aguado, R. (2014). *Es emocionante saber emocionarse*. Madrid: EOS.
- Aguado, R. (2012). Cuando las palabras son espejos del alma. *Terapia de Interacción Recíproca. Clínica Contemporánea*, 3, 1, 77-88. doi: 10.5093/cc2012a5.
- Aguado, R. (2009¹). *S.O.S. Tengo miedo a tener miedo: Crisis de pánico, fobofobia y agorafobia del siglo XXI*. Madrid: Pirámide.
- Aguado, R. (2009²). El vínculo como activador de las redes neuronales. XXIV Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Aguado, R. (2005). *Manual práctico de terapia de interacción recíproca. Hipnosis clínica en psicoterapia*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Aguado, R. (2002). *Terapia de interacción recíproca: Hipnosis clínica en psicoterapia*. Madrid: Editor.



ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO TERAPÊUTICO DA TERAPIA INTERACÇÃO

Zabala-Baños, M.C¹, Martínez-Lorca, M¹, Aguado, R², López, J.M³ & Martínez-Lorca, A⁴

1. Universidad de Castilla-La Mancha, Talavera de la Reina, España

2. Instituto de Psicoterapias de Tiempo Limitado, Madrid, España

3. Fundación Manantial, Madrid, España

4. Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España

Resumo

A forma como nos relacionamos e nos vinculamos com o doente na prática clínica é a chave para alcançar o objetivo de nossa intervenção que é a mudança terapêutica, a qual permitirá ao doente ter um cérebro mais flexível, uma melhor gestão emocional e, por conseguinte, uma maior satisfação de vida. Um elemento importante no vínculo terapêutico é a ligação ao universo emocional entre o profissional e o doente. Como profissionais deveremos receber e acolher o problema ou dificuldade do doente sem danificar o nosso próprio equilíbrio emocional, uma vez que seria muito perigoso para os profissionais da saúde e muito negativo para o paciente. A Terapia de Interação Recíproca (TIR, Aguado, 2005) é um elemento importante para o vínculo terapêutico que tem um significado para o doente e cujas características são o respeito e a admiração incondicional, uma autoridade para o doente numa relação assimétrica que pode acompanhar e conter. Foi realizado um seminário com os alunos de ciências da saúde de fora a permitir estabelecer um vínculo terapêutico significativo. Em primeiro lugar, o terapeuta torna-se uma pessoa de referência para o doente, uma alavanca para incentivá-lo a uma mudança terapêutica e, em segundo lugar, o paciente torna-se uma pessoa de referência, para mobilizar a sua própria mudança.

Palavras-chave: vínculo terapêutico, acompanhar, conter, escutar.



Abstract

In our clinical practice we relate and we connect with the patient is the key to achieving the goal of our intervention is therapeutic change, which will allow the patient has a brain more flexible, better level of emotional management, therefore, greater life satisfaction. An important element within the therapeutic relationship is the emotional universe connection between the professional and the patient. As professionals, we must receive and accept the problem or difficulty that the patient without our own emotional balance is damaged, it would be very dangerous for us as health professionals and very negative for the patient. Therapy reciprocal interaction (TIR, Aguado, 2005), a key element is the therapeutic relationship with the patient whose characteristics are respect and unconditional admiration therefore be the authority for the patient in a ratio of asymmetry and balance, contain it and accompany him. In this process, first the therapist becomes the reference person to the patient, becoming a mobilizing that the therapeutic change lever, and secondly the patient is that becomes its own individual reference, it being mobilizer lever this change.

Keywords: therapeutic bond; cover; contain; escorting



Introdução

Autores como Goldstein y Myers (1986) definem uma relação terapêutica positiva como uma relação de sentimentos de afeição, respeito e confiança entre o profissional e o paciente, experimentando ambos um sentimento de “nós”, desenvolvendo, assim, um vínculo afetivo positivo. Isto é, um vínculo significativo que implique uma mudança terapêutica positiva para o paciente, dentro de um quadro de intervenção terapêutica. Na verdade, não deixa de ser curioso o facto de, às vezes, quando estamos diante de um paciente que temos que tratar, possamos sentir uma espécie de ansiedade pelo facto do paciente achar que temos a receita mágica para o problema de saúde ou problema emocional que este possa apresentar. Pois, todos sabemos que no âmbito da psicologia e da saúde emocional não existem receitas mágicas.

A verdade é que, às vezes, estamos tão preocupados em perceber como temos que agir, que perdemos o mais importante, o paciente, a pessoa que vem à consulta e que nos confia e entrega a carga de sofrimento emocional que traz consigo.

De acordo com a Terapia de Interação Recíproca (TIR, Aguado, 2005), o elemento chave é a relação terapêutica com o paciente, cujas características são o respeito e admiração incondicional para, posteriormente, analisá-lo, mediá-lo e acompanhá-lo. Neste processo, numa primeira etapa o terapeuta vai ser a referência do paciente, sendo, assim, o agente mobilizador que torna possível uma mudança terapêutica positiva e significativa; numa segunda etapa, o paciente vai tornar-se na sua própria referência, sendo desta forma o responsável por essa mesma mudança terapêutica, que consiste em transformar o sofrimento em satisfação.

Neste processo de admiração incondicional do terapeuta pelo paciente, levantam-se as seguintes questões: o que significa admirar o paciente? Observar implica admirar, portanto, contemplamos e admiramos o paciente. E o que admiramos no paciente? Admiramos as suas capacidades, a sua capacidade para superar o seu sofrimento e seguir em frente e fazemos com que ele se aperceba da admiração que sentimos por ele, porque o paciente tem dentro de si a solução, ainda que às vezes não o saiba. Essa solução ou a forma de a conseguir, faz-se com o paciente, fazendo com que ele seja um agente ativo no seu próprio processo de atenção, intervenção e recuperação.

Em suma, admitimos e aceitamos o paciente com toda a sua bagagem, uma vez que tudo é útil para o processo, a parte saudável, as suas capacidades, as suas resistências, os seus comportamentos de risco, os seus pensamentos irracionais, as suas dificuldades quotidianas, as dificuldades com que se defronta nos seus relacionamentos etc... admitimos e aceitamos todo o universo do paciente e escutamo-lo atentamente.

Desta forma, devemos ser especialistas na observação do paciente, uma vez que este é o conjunto dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, para podermos entrar na realidade experienciada por ele, não só a nível racional, mas também a nível emocional. Nesta medida, isto significa que, quando fazemos uma avaliação do problema psicológico ou do problema de saúde emocional que tem essa pessoa (primeiro plano, realidade objetiva), temos também que valorizar e reconhecer as emoções e impressões que o paciente nos transmite



no seu discurso. Todo este processo vai ajudar-nos a perceber o significado que ele atribui ao que se passa com ele, ou seja, a sua representação mental, a forma como vive e interpreta a sua realidade. A este quadro nós chamamos de realidade de segundo plano, a realidade subjetiva. Ainda assim, é necessário acompanhar o momento que o paciente está a viver (um momento de tristeza, um momento de medo, um momento de aceitação, um momento de raiva...), integrando as suas emoções e experiências afetivas dentro da sua situação atual de saúde.

Watzlawick (1987, 1997, 2001), evidenciou a impossibilidade de não influenciar a comunicação, assim como também a impossibilidade de não comunicar. Em toda a interação existem influências e comunicação, ainda que, muitas vezes, não estejamos conscientes das mensagens e estas passem despercebidas. Uma vez que é inevitável não influenciarmos o paciente, devemos admiti-lo e devemos estar conscientes desse facto, para que esta influência, que exercemos sobre ele, sirva para beneficiá-lo no âmbito do quadro terapêutico da intervenção. Na verdade, estas influências devem servir de alavancas mobilizadoras para o paciente, de forma a produzir a transformação terapêutica e, consequentemente, o paciente possa superar os problemas de saúde que o trazem à consulta.

Perguntamo-nos como deve ser a nossa relação com o paciente? Deve ser institucional, ou seja, temos que abordar o problema ou a dificuldade do paciente sem prejudicar o nosso próprio equilíbrio emocional, de outra forma seria muito perigoso para nós e muito negativo para o paciente. Por isso é tão importante gerirmos as emoções que tanto o paciente como sua problemática nos trazem e nos geram. A relação institucional não tem que ser fria ou carente de humanidade, antes pelo contrário.

Deste modo, o terapeuta aproxima-se do paciente a todos os níveis através da admiração. O terapeuta admira o paciente, dá-lhe atenção e tempo, incentiva as suas atitudes e capacidades, motivando-o e dando-lhe a confiança básica. Deste modo, o paciente pode estabelecer um novo vínculo consigo mesmo, admirando-se a si próprio (porque talvez nunca ninguém o admirou antes). Temos que acreditar no paciente para que este acredite nele próprio, assim, ele vai ser capaz de estabelecer um auto diálogo mais saudável e estará mais motivado. Logo, podemos considerar como elementos do vínculo terapêutico, o respeito, a confiança total, o facto de sermos uma autoridade para o paciente, o facto de estarmos presentes na sua vida, o facto de o acompanharmos, o facto de o integrarmos, bem como o facto lhe servirmos de guia.

De acordo com a TIR, no estabelecimento do vínculo terapêutico existem três conceitos ou momentos vitais: Acompanhamento, Contenção e Orientação.

ACOMPANHAMENTO: é necessário acompanhar o paciente ao longo de toda a intervenção ou terapia. O paciente tem de sentir não apenas a presença física do terapeuta, mas também a sua presença total. O terapeuta deve acompanhar o paciente na linguagem, na resistência, nos mecanismos de defesa que mostre o paciente, etc.

CONTENÇÃO: é a peça chave. O terapeuta tem que ter a capacidade de conter o sofrimento do paciente e todos os comportamentos nocivos para com ele próprio e para com os que o rodeiam, a raiva pelo que passou e pelo que está a viver, a ira, a tristeza, o medo, a vergonha,



etc., todas estas emoções devem ser controladas, canalizadas e reestruturadas não para que desapareçam, uma vez que são adaptativas, mas para que possam ser canalizadas de forma adequada, normalizando a sua respiração ao sentir a sua emoção (se o paciente sente medo a sua respiração será perceptível na cavidade torácica alta, se estiver triste a sua respiração será abdominal profunda, abrandando e restringindo o fluxo, se o que sente é raiva, a sua respiração será perceptível na cavidade torácica baixa acompanhada da contração das extremidades e do aparelho locomotor) legitimando, assim, as suas emoções, sendo capaz de as aprovar de forma incondicional.

ORIENTAÇÃO: o terapeuta não decide o futuro do paciente, acompanha-o no seu percurso, é um guia, leva-o pelo caminho mais seguro. O terapeuta não julga o paciente, não se pronuncia sobre a verdade das coisas. Muitas vezes utilizam-se frases como “tem que se colocar do seu lado”, pois ao encerrar a verdade, coloca o paciente como o responsável pela sua patologia. É provável que o inconsciente do paciente o conduza enumeras vezes ao fracasso ou até mesmo que a seu comportamento ou pensamentos sejam irracionais. O terapeuta TIR, por outro lado, transmite uma mensagem de acompanhamento semelhante ao anterior, mas com um objetivo completamente diferente “Terás de fazer tu”. Desta forma, o paciente coloca-se como agente mobilizador da transformação, contudo, sabe que está a ser guiado pelo terapeuta.

Ser guia é, sobretudo, observar, vigiar, admirar, orientar, dar segurança, conter, acompanhar e proteger o paciente.

Quais os elementos que facilitam a criação do vínculo do terapeuta para com o paciente?

Para a criação do vínculo terapêutico é muito importante saber interpretar os sinais do paciente: a sua linguagem não verbal, a voz, bem como o modo como se expressa. O paciente expressa os sinais emocionais na postura que adota, nos gestos, na expressão facial, no contacto ocular e no tom de voz. Captar o seu vocabulário vai refletir a compreensão dos seus problemas. Captar o seu modo de expressar os seus problemas através de um sistema de representação.

Grinder y Bandler (1999, 2001) estabeleceram a existência de três formas de representação que o paciente utiliza para descrever o seu problema, facultando deste modo a sua forma de representação preferida.

Assim, quando o terapeuta pergunta ao paciente como está, as suas respostas variam de acordo com a sua forma de representação dos seus problemas preferido. Logo, se a forma de representação dos seus problemas preferido é o visual, as suas respostas serão (“Como vê, não tenho nada claro”, “Não há luz ao fundo do túnel”, “Não vejo saída”, “no vejo como emagrecer ou deixar de fumar”, “Não vejo forma de o conseguir”); se a sua forma é a sinestésica as suas respostas estarão mais orientadas para a sua forma de sentir as coisas (“Sinto-me mal”, “É como se tudo me caísse em cima”; “Sinto-me como se tivesse uma pedra em cima”, “Sinto-me entre a espada e a parede”, “Tenho os nervos à flor da pele”); se é mais



auditivo será (“O que queres que te diga?”, “Parece que todo a gente me diz o que tenho que fazer”, “Tenho um zumbido continuo nos meus ouvidos”, “Tenho vontade de gritar”).

É necessário aceitar a linguagem do paciente desde o início, seja ele visual, auditivo ou sinestésico.

Em seguida, apresento uma lista de competências que podem servir de guia para a criação de um bom vínculo terapêutico.

Lista de verificação de competências para estabelecer uma boa relação- vínculo terapeuta-paciente.

ITEM	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
1. Consegui que o paciente se sentisse confortável			
2. Consegui superar a desconfiança			
3. Escutei o paciente com atenção			
4. Pude ser sincero			
5. Consegui que falasse			
6. Consegui que fosse específico			
7. Compreendi o seu sofrimento			
8. Apercebeu-se que compreendi o seu sofrimento			
9. Acompanhei a sua dor			
10. Pude estabelecer contacto com as suas emoções			
11. Compreendi a sua forma de ver o seu problema ou patologia			
12. Compreendi as suas metas na intervenção ou tratamento			
13. Fiz-lhe ver que sei o que se passa com ele			
14. Aceitou a minha autoridade			
15. Contive a sua angustia			
16. Esteve consciente de que sou especialista no tratamento do seu problema.			
17. Não se sentiu sozinho com o seu problema ou patologia			
18. Foi participativo			
19. O paciente colaborou			
20. O paciente mostrou-se confuso			
21. Soube adaptar-me ao seu perfil			
22. Soube acompanhar o seu perfil			
23. Reconheceu que eu o podia ajudar			
24. Foi hostil			
25. Foi submisso			
26. Apresentou-se como paciente “importante”			
27. Apresentou-se como paciente “vítima”			



28. Concordou com tudo			
29. Achei-o distante			
30. Compreendi a sua atitude face ao seu problema ou patologia			
31. Mostrou-se competitivo em relação a mim			
32. Fui flexível			
33. Achei-o grato			
34. Combinamos um outro encontro			
35. Falava mais do passado, do presente ou antecipava o futuro			
36. A sua expressão verbal e não verbal coincidia			
37. Transmitiu-me a sua confiança nos meus conhecimentos técnicos			
38. Senti-me satisfeito com a entrevista ou sessão.			

Adaptada de Aguado, R. (2005). Manual práctico de Terapia de Interacción Recíproca. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

Uma vez estabelecido o vínculo terapêutico, o terapeuta ter em conta uma serie de elementos chave para conseguir a mudança terapêutica:

1. A expressão emocional que o paciente produz em mim: identificar que emoção ou emoções o paciente produz em mim, como a/as canalizo e de que forma a/as expresso.
2. A expressão emocional do paciente compreendida como a competência para identificar, canalizar e expressar as suas emoções.
3. Qual a sua motivação: se esta transporta o paciente para posições mais ou menos negativas para a sua adaptação.
4. Quais são os traços de personalidade que o identificam enquanto indivíduo.
5. Qual a sua conceção cognitiva: forma de representação da realidade que está a vivenciar.
6. Como é a sua conduta: comportamento adequado ou desadequado.
7. Capacidade para manter vínculos saudáveis com os outros.
8. Natureza psicossomática que apresenta.

Dificuldades em estabelecer o vínculo terapêutico

Apresentam-se situações difíceis em toda a relação terapêutica, tanto por parte do terapeuta, como por parte do paciente que podem dificultar a criação de um bom vínculo terapêutico.



De acordo com Bados López y García Grau (2011) destacam-se algumas dificuldades. Relativamente ao terapeuta, estas podem ser:

- Rotular um paciente como difícil, no lugar de ver a situação como um problema a resolver.
- Vivenciar reações emocionais intensas diante do paciente e não saber geri-las.
- O terapeuta ou algum familiar deste tem o mesmo problema do paciente.
- O terapeuta fica bloqueado e não sabe como continuar.
- Reações inadequadas face aos silêncios do paciente.
- O terapeuta está preocupado com a sua própria competência.
- O terapeuta quer que o paciente goste dele, levando a que as suas necessidades pessoais se posicionem à frente dos objetivos da terapia.

Relativamente ao paciente, estas podem ser:

- Não vai à consulta de livre e espontânea vontade, mas pressionado ou levado por outros.
- Custa-lhe falar do que se passa com ele.
- Responde de forma superficial ou divaga às perguntas que lhe são postas.
- É demasiado intenso extenso nas respostas ou explicações que lhe são solicitadas.
- Chora
- Transmite a ideia que não quer continuar a viver se for para continuar como está.
- Faz perguntas pessoais ao terapeuta.
- Dá a entender ao terapeuta que este tem pouca experiência na resolução de casos como o seu.
- Inventa ou distorce informação sobre o que se passa ou sobre a forma como se pauta o tratamento.
- Tem urgência em receber tratamento sem terminar a avaliação.
- Dá autorização para o terapeuta falar com alguém da família e, em seguida, pergunta sobre o que falaram.
- Dúvida relativamente ao facto de saber se deve iniciar e seguir o tratamento, pois não acredita na sua eficácia.
- Chega tarde aos encontros marcados ou não vem e não avisa.
- Tenta prolongar as sessões.
- Auto diálogo negativo
- Atitudes excessivamente negativas ou positivas em relação ao terapeuta.
- Comportamento agressivo.



Contacto para Correspondência

Carmen Zabala Baños
Universidad de Castilla-La Mancha. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y
Enfermería
Avenida Real Fábrica de Sedas, S/N
45600 Talavera de la Reina (Toledo), España
Carmen.Zabala@uclm.es

Referências

- Aguado, R. (2005). *Manual práctico de terapia de interacción recíproca. Hipnosis clínica en psicoterapia*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Bados López, A., & Garcia Grau, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Goldstein, A.P., & Myers, C.R. (1986). Relationship-entrancement methods. En F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (pp 19-65). Elmsford, N.Y: Pergaman
- Grinder, J., & Bandler, R. (1999). *PNL Trance-formate*. Gaia. Madrid
- Grinder, J., & Bandler, R. (2001). *De sapos a príncipes*. Gaia. Madrid
- Watzlawick, P. (1987). *Lo malo de lo bueno*. Herder. Barcelona.
- Watzlawick, P. (1997). *Teoría de la comunicación humana*. Herder. Barcelona.
- Watzlawick, P. (2001). *¿Es real la realidad?* Herder. Barcelona.



REFLEXÕES EM PSICOLOGIA





Resiliência Familiar no Contexto dos Cuidados Paliativos Pediátricos

Sandra Alves¹, Anne Marie Fontaine¹, & Catarina Grande¹

1. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

Resumo

Esta comunicação pretende destacar a importância do estudo da resiliência familiar no contexto dos cuidados paliativos pediátricos enquanto resposta que visa garantir a melhor qualidade de vida possível, à criança e à sua família, durante o enfrentamento de uma doença que implica um risco elevado de a criança morrer antes de atingir a idade adulta. Pretende ainda apresentar uma reflexão em torno dos desafios colocados à investigação neste contexto.

A maioria dos estudos que aborda a doença pediátrica paliativa tem atribuído maior ênfase ao impacto negativo de fatores psicossociais do que à capacidade de promover a resiliência. O modelo sócio ecológico sugere que os sistemas de natureza interativa nos quais a família se insere contribuem de forma significativa para o seu ajustamento, atentando na abordagem do risco ou da proteção. Os processos dinâmicos de resiliência, inferida através de indicadores como a adaptação positiva e a adversidade, parecem associar-se a características como a flexibilidade na gestão da adaptação às experiências e à atribuição de significado à adversidade.

Assim, o enfrentamento de um processo prolongado de sucessivas crises na família pode, em última circunstância, constituir-se como oportunidade de desenvolvimento dos seus elementos e das suas relações, para o que se torna fundamental investir na investigação neste contexto, apesar dos vários desafios que frequentemente são colocados a este nível.

Palavras-chave: Resiliência; cuidados paliativos pediátricos; família; investigação.



Abstract

This paper aims to highlight the importance of studying family resilience in the context of pediatric palliative care as a response that aims to ensure the best possible quality of life, to the child and his family, while coping with a disease that involves a high risk of dying before the child reaches adulthood. It also aims to present a reflection on the challenges for research in this context.

As far as we know, the most of the studies addressing the palliative pediatric disease had assigned greater emphasis to the negative impact of psychosocial factors than to the ability to promote resilience. The socio-ecological model suggests that the interactive nature of systems in which the family is part, contribute significantly to its adjustment, considering the approach to risk or protection. Dynamic resilience processes inferred through indicators such as positive adaptation and adversity seem to be associated with characteristics such as flexibility in the management of adaptation experiences and the attribution of meaning to adversity.

Therefore, when the family faces prolonged processes of successive crises, it may be assumed, lastly, that those may establish themselves as a development opportunity of its elements and their relationships, for what becomes crucial to invest in research in this context, despite the various challenges that are often placed at this level.

Keywords: Resiliency; pediatric palliative care; family; research.



Introdução

Os cuidados paliativos pediátricos, área recentemente implementada em Portugal visam garantir a melhor qualidade de vida possível, à criança e à sua família, durante o enfrentamento de uma doença que implica um risco elevado de a criança morrer antes de atingir a idade adulta. O apoio psicológico e emocional é apontado como medida fundamental no cuidado a prestar à criança e família (Mendes, Silva, & Santos, 2012). As intervenções em cuidados paliativos devem iniciar-se preferencialmente aquando do diagnóstico, podendo decorrer em contexto hospitalar ou em contexto domiciliário (Liben, Papadatou, & Wolfe, 2008). Neste quadro, o apoio psicológico e emocional é apontado como medida fundamental no cuidado a prestar à criança e à família (Mendes et al., 2012).

As doenças que ameaçam e/ou limitam a vida da criança, tais como, as doenças oncológicas, neurológicas, genéticas e metabólicas, têm um profundo impacto individual e sistémico, podendo verificar-se constrangimentos emocionais, físicos, financeiros, espirituais, sociais, entre outros (Steele & Davies, 2006). A criança poderá enfrentar restrições quanto ao estabelecimento de relações sociais pelas limitações físicas impostas pela doença ou devido aos tratamentos e/ou internamentos prolongados, constrangimentos que poderão ser vivenciados também pelos restantes elementos da família. Um aspeto assinalado na literatura relativamente ao impacto adverso que uma doença que ameaça a vida da criança provoca na família, prende-se com a incerteza associada ao prognóstico da doença, ao futuro da criança e à forma como a família irá gerir os desafios colocados por esta experiência (Siden et al., 2010).

A maioria dos estudos que aborda a doença pediátrica paliativa tem atribuído maior ênfase ao impacto negativo de fatores psicossociais do que à capacidade de promover a resiliência (Rosenberg, Baker, Syrjala, Back, & Wolfe, 2013). Contudo, o crescimento pessoal associado à experiência de cuidar da criança doente e o desenvolvimento da família como um todo têm sido apontados como resultado positivo destas vivências (Steele & Davies, 2006). Os processos dinâmicos de resiliência, inferida através de indicadores como a adaptação positiva e a adversidade (Luthar, Crossman, & Small, 2015), parecem associar-se a características como a flexibilidade na gestão da adaptação às experiências e à atribuição de significado à adversidade (Walsh, 2012).

O modelo sócio ecológico (Kazak, 2006) sugere que os sistemas de natureza interativa nos quais a família se insere contribuem de forma significativa para o seu ajustamento, atentando na abordagem do risco ou da proteção.

Enquanto área de investigação recente e complexa, são esperadas dificuldades e barreiras ao nível do desenvolvimento da pesquisa, pelo que os investigadores têm que estar conscientes, à partida, dos desafios éticos, logísticos e metodológicos inerentes. A sua antecipação e controlo, na fase de planeamento da investigação, maximizam a possibilidade de conclusão das investigações com sucesso, inclusive ao nível da obtenção de amostras representativas desta população específica (Tomlinson et al., 2007).

Assim, os objetivos desta comunicação são destacar a importância do estudo da resiliência familiar no contexto dos cuidados paliativos pediátricos enquanto contributo para o bem-estar e coesão da família e refletir acerca dos desafios, barreiras e dificuldades que são colocadas a esta área específica de investigação.



Resiliência e Família

A verificação de que há famílias que evidenciam problemas significativos de ajustamento face à vivência destas situações enquanto outras funcionam de forma mais ajustada, permite pensar que diferentes fatores contribuem para este facto. O crescimento pessoal associado à experiência de cuidar da criança doente e o desenvolvimento da família como um todo, apontados como resultado da vivência destas situações (Steele & Davies, 2006), salientam a importância de compreender a forma como as famílias desenvolvem estratégias para lidar com este tipo de experiência. Têm sido reportados indicadores que corroboram que uma maioria considerável de crianças, mesmo após enfrentar adversidades severas ou crónicas demonstram, de alguma forma, processos de resiliência (Masten, 2014).

As teorias sistémicas sobre a família explicam que as crises e os desafios permanentes têm forte impacto para toda a família, pelo que os processos de resiliência parecem estar associados a características como a flexibilidade na gestão da adaptação às experiências e à atribuição de significado à adversidade (Walsh, 2012). A família, enquanto rede complexa de relações e de emoções, onde cada elemento desempenha determinados papéis, não pode ser compreendida sem ter em consideração os mecanismos de *feedback* entre os seus membros, nem isoladamente dos restantes sistemas com que interage (Relvas, 1996).

Nesta sequência, o enfrentamento de um processo prolongado de sucessivas crises na família pode, em última circunstância, constituir-se como uma oportunidade de desenvolvimento dos elementos da família e das suas relações, se tivermos em conta, numa perspetiva de resiliência, a mobilização das forças e recursos potenciais das famílias. Tal permite inclusive que a família desenvolva mecanismos ajustados para lidar com futuras situações desafiantes, admitindo que as famílias podem apresentar indicadores de impacto psicossocial negativo e positivo, num mesmo momento.

Alguns fatores de risco parecem também contribuir para um percurso fortalecedor caso ocorram de uma forma e num momento específico em que o sujeito possa lidar com sucesso com uma determinada experiência (Rutter, 2013). Além disso, há indivíduos e famílias que são altamente responsivas às experiências positivas, sendo interessante perceber quais os fatores endógenos associados à variabilidade de resposta positiva face a um ambiente apoiante, tal como proposto no recente conceito de *vantage sensitivity* (Pluess & Belsky, 2013).

A resiliência, enquanto processo dinâmico, é inferida de indicadores como a adaptação positiva e a adversidade (Luthar, Crossman, & Small, 2015). São estes indicadores que mostram que alguns sujeitos podem apresentar um melhor resultado ou uma maior adaptação face à experiência de adversidades ou tensões graves (Rutter, 2013) e tem sempre inerente os conceitos de risco e proteção, ocorrendo a promoção de competências através do equilíbrio entre fatores de risco e de proteção. As análises centradas quer no indivíduo quer nas variáveis de contexto, têm sugerido que diferentes características de resiliência predominam em diferentes momentos. Relativamente às características pessoais tem sido relatado o otimismo, a abertura ao exterior, a capacidade para procurar ajuda, a coesão familiar, a comunicação familiar efetiva, e a manutenção, entre os elementos da família, de relações confiantes e positivas sobre a sua capacidade para lidar com situações desafiadoras (Giallo & Gavidia-Payne, 2006; Rosenberg et al., 2013). O ajustamento parental parece predizer o ajustamento da criança ao próprio processo de doença, assumindo um potencial



explicativo a natureza recíproca desta relação (Mullins et al., 2015). Relativamente aos irmãos, os fatores protetores e de risco da família parecem ser melhores preditores do seu ajustamento do que as suas próprias experiências ao lidar com o *stress* e situações adversas, o que revela, assim, a importância do contributo das relações familiares para o processo de ajustamento dos irmãos (Giallo & Gavidia-Payne, 2006). Das variáveis reportadas associadas ao meio, surge a existência de uma equipa de suporte disponível (Rosenberg et al., 2013). Tal como propõe Rosenberg e colaboradores (2013) poderá verificar-se, nestas famílias, um padrão cumulativo que gradualmente atinge o limite de um processo de resiliência. Em caso afirmativo, identificar esse momento poderá ser um desafio.

Os modelos explicativos da adaptação da família à doença crónica descritos com maior predominância na literatura enfatizam os processos transacionais numa perspetiva sistémica da família (Mullins et al., 2015). Torna-se assim importante englobar nos estudos ambos os elementos do casal bem como os irmãos da criança doente para compreender se as relações familiares minimizam o efeito de fatores adversos sobre os seus membros, ou se estas apenas lhes permitem desenvolver diferentes atitudes e comportamentos face a fatores adversos. No seguimento do modelo proposto por Brofenbrenner (2005), o modelo sócio ecológico (Kazak, 2006) sugere que os vários sistemas de natureza interativa nos quais a criança e a família estão inseridas contribuem de forma significativa para o seu ajustamento, atentando na abordagem do risco ou da proteção. Neste contexto, é importante considerar o estudo dos mecanismos e dos processos psicológicos no sistema familiar, inseridos num dado contexto, tendo em atenção questões sociais, culturais e políticas podem se alterar enquanto fatores que vão operando mudanças significativas nos contextos.

O impacto sistémico de uma doença paliativa pediátrica no seio da família pode conduzir à alteração de papéis e à vivência de sentimentos ambivalentes provocados pelo enfrentamento de novas e inesperadas situações. Considerando ainda que o risco de morte iminente é um fator relevante nestas situações, torna-se essencial incluir nos projetos de investigação famílias que vivenciam processos de doença oncológica e não oncológica, em diferentes fases de desenvolvimento da doença, garantindo a possibilidade de observação de variabilidade em termos dos processos de ajustamento psicológico. Esta preocupação facilita, finalmente, a identificação dos fatores de vulnerabilidade e de proteção que podem modificar os efeitos negativos das experiências adversas, e portanto, dos mecanismos subjacentes utilizados pelas famílias (Luthar, Crossman, & Small, 2015).

Implicações para a Investigação

A dimensão relacional dos processos de resiliência humana leva-nos a considerar que dificilmente existirá um único modelo de intervenção ou método de investigação que seja aplicável, neste âmbito, a todas as famílias, ainda que dotado de características de flexibilidade que atentem na variabilidade de cada sistema familiar. Além deste aspeto, investigar sobre resiliência em ciência desenvolvimental requer definições operacionais de conceitos como risco, ameaça ou resposta adaptativa. Por sua vez, definir adaptação positiva envolve, implícita ou explicitamente, um julgamento que é influenciado por fatores contextuais, inclusive socioculturais e históricos, aos quais é necessário atender (Masten, 2014).



Sendo uma área recente, a escassez de investigação na qual basear a prática é evidente. Na verdade, investigar a resiliência familiar no contexto dos cuidados paliativos pediátricos implica enfrentar vários desafios. A par da necessidade de clarificar conceitos neste contexto de investigação, inclusive os conceitos de doença que limita ou que ameaça a vida da criança, de aferir e validar instrumentos de cariz quantitativo aplicáveis a esta população específica, e de aplicar metodologias qualitativas, que incluam questões de resposta aberta no desenho dos projetos de investigação (Steele et al., 2014), surgem constrangimentos muito específicos desta área.

Um dos constrangimentos apresentados na literatura prende-se com o recrutamento das famílias para participar nos estudos: por um lado, verifica-se relutância dos profissionais em informar as famílias sobre os estudos em curso e, por outro, relutância de Grupos e Comissões em aprovar os estudos que implicam o recrutamento deste tipo de famílias bem como das próprias crianças que enfrentam doença paliativa (Crocker et al., 2015). Nesta sequência, surgem dificuldades associadas ao viés das amostras e aos tamanhos amostrais reduzidos, o que conduz à necessidade de frequentemente prolongar os estudos no sentido de contornar estas dificuldades.

Sendo verdade que as famílias podem estar a vivenciar uma fase de vulnerabilidade nestes contextos, é necessário garantir o suporte adequado, no âmbito do decurso das próprias investigações. Contudo, a participação das famílias que vivenciam uma doença que ameaça e/ou limita a vida da criança pode desencadear um efeito positivo (Steele et al., 2014). Assim, uma atitude paternalista por parte dos profissionais em torno da decisão sobre quais devem ser as famílias a participar ou não num determinado estudo pode conduzir ao afastamento da participação de famílias com motivação para o envolvimento em processos de investigação (Crocker et al., 2015). Esta será uma decisão a tomar pela família, a quem deve de ser dada a oportunidade de decidir, se atentarmos na sua autonomia, enquanto princípio ético fundamental. O cuidado centrado na família, enquanto método de prestação de cuidados e enquanto filosofia, que valoriza o papel vital desempenhado pela família na garantia da saúde e bem estar da criança, deverá ser a opção do ponto de vista da intervenção (Smith, Swallow, & Coyne, 2015), pelo que impedir ou condicionar o acesso a informação sobre estudos em curso não só limita os potenciais efeitos da intervenção em causa como subverte a própria autonomia das famílias, caso não sejam ultrapassados estes constrangimentos (Steele et al., 2014).

Assim, no sentido de atenuar algumas dos desafios e dificuldades que podem ser colocadas à investigação neste contexto, enfatizam-se medidas que devem ser equacionadas o mais precocemente possível, em termos do planeamento da pesquisa. Implementar medidas colaborativas entre investigadores e profissionais de saúde, antecipar estratégias que minimizem o esforço que a família pode ter que implementar para participar no estudo, estabelecer salvaguardas que evitem efeitos psicológicos e emocionais perniciosos secundários à sua participação, prever critérios executáveis no que concerne à elegibilidade da amostra e prever métodos de recolha de dados flexíveis, têm sido consideradas estratégias fulcrais no sentido de maximizar os potenciais resultados da investigação neste contexto (Tomlinson et al., 2007).



Contacto para Correspondência

Sandra Alves, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto,
Rua Alfredo Allen 4200-135 Porto, sandraportelaalves@gmail.com

Referências

- Brofenbrenner, U. (2005). The Bioecological Theory of Human Development. In U. Brofenbrenner (Ed.), *Making human beings human: bioecological perspectives on human development*. (pp. 3-15). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Crocker, J. C., Beecham, E., Kelly, P., Dinsdale, A. P., Hemsley, J., Jones, L., & Bluebond-Langner, M. (2015). Inviting parents to take part in paediatric palliative care research: a mixed-methods examination of selection bias. *Palliat Med*, 29(3), 231-240. doi: 10.1177/0269216314560803
- Giallo, R., & Gavidia-Payne, S. (2006). Child, parent and family factors as predictors of adjustment for siblings of children with a disability. *J Intellect Disabil Res*, 50(Pt 12), 937-948. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00928.x
- Kazak, Anne E. (2006). Pediatric Psychosocial Preventative Health Model (PPPHM): Research, practice, and collaboration in pediatric family systems medicine. *Families, Systems, & Health*, 24(4), 381-395. doi: 10.1037/1091-7527.24.4.381
- Liben, S., Papadatou, D., & Wolfe, J. (2008). Paediatric palliative care: challenges and emerging ideas. *The Lancet*, 371, 852-864. doi: 10.1016/s01406736(07)61203-3
- Luthar, S. S., Crossman, E. J., & Small, P. J. (2015). Resilience and adversity. In R. M. Lerner & M. E. Lamb (Eds.), *Handbook of child psychology and developmental science* (7th ed., Vol. III, pp. 247-286). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Masten, A. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, 85(1), 6-20.
- Mendes, J., Silva, L., & Santos, M. J. (2012). Cuidados paliativos neonatais e pediátricos para Portugal - um desafio para o século XXI. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(5), 218-222.
- Mullins, Larry L., Molzon, Elizabeth S., Suorsa, Kristina I., Tackett, Alayna P., Pai, Ahna L. H., & Chaney, John M. (2015). Models of Resilience: Developing Psychosocial Interventions for Parents of Children with Chronic Health Conditions. *Family Relations*, 64(1), 176-189. doi: 10.1111/fare.12104
- Pluess, M., & Belsky, J. (2013). Vantage sensitivity: individual differences in response to positive experiences. *Psychol Bull*, 139(4), 901-916. doi: 10.1037/a0030196
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família - Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Rosenberg, A. R., Baker, K. S., Syrjala, K. L., Back, A. L., & Wolfe, J. (2013). Promoting resilience among parents and caregivers of children with cancer. *J Palliat Med*, 16(6), 645-652. doi: 10.1089/jpm.2012.0494
- Rutter, M. (2013). Annual Research Review: Resilience - clinical implications. *J Child Psychol Psychiatry*, 54(4), 474-487. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x
- Siden, H., Steele, R., Brant, R., Cadell, S., Davies, B., Straatman, L., . . . Andrews, G. S. (2010). Designing and implementing a longitudinal study of children with neurological, genetic or metabolic conditions: charting the territory. *BMC Pediatr*, 10, 67. doi: 10.1186/1471-2431-10-67
- Smith, J., Swallow, V., & Coyne, I. (2015). Involving parents in managing their child's long-term condition-a concept synthesis of family-centered care and partnership-in-care. *J Pediatr Nurs*, 30(1), 143-159. doi: 10.1016/j.pedn.2014.10.014
- Steele, R., Cadell, S., Siden, H., Andrews, G., Smit Quosai, T., & Feichtinger, L. (2014). Impact of research participation on parents of seriously ill children. *J Palliat Med*, 17(7), 788-796. doi: 10.1089/jpm.2013.0529



- Steele, R., & Davies, B. (2006). Impact on parents when a child has a progressive, life-threatening illness. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(12), 576-585.
- Tomlinson, D., Bartels, U., Hendershot, E., Constantin, J., Wrathall, G., & Sung, L. (2007). Challenges to participation in paediatric palliative care research: a review of the literature. *Palliat Med*, 21, 435-440.
- Walsh, F. (2012). Family Resilience: Strengths Forged through Adversity. In F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes*. (4th ed., pp. 399-427). New York: Guilford Press.



Sonhando acordado: A criatividade com estilo. Estudo do sonho diurno, criatividade e estilos de criar e pensar numa amostra de estudantes de escultura

Catarina Oliveira¹, Luís Delgado², & Sara Ibérico Nogueira³

1 e 2: ISPA-Instituto Universitário-Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida

3: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT)

Resumo

O objetivo deste estudo é investigar como se relacionam as variáveis sonho diurno, criatividade e estilos de criar e pensar. A amostra é constituída por 30 estudantes (23 do género feminino e 7 do género masculino), com idades compreendidas entre 17 e 22 anos ($M=19$; $DP= 1.1$) que frequentam o 1º ano da licenciatura em Escultura da Faculdade de Belas Artes de Lisboa. Foram aplicadas as seguintes provas: a) DFS - Daydream Frequency Scale (Singer & Antrobus, 1963); b) TCT-DP - Test for Creative Thinking - Drawing, Production (Urban & Jellen, 1996) e c) Escala dos Estilos de Criar e Pensar (Ibérico Nogueira & Almeida, 2015). A frequência do sonho diurno correlacionou-se positivamente com o nível de criatividade e com a dimensão pensamento não convencional da criatividade. Nenhum dos estilos de pensar e criar se correlacionou com qualquer uma das variáveis do estudo, o que levanta a hipótese da desejabilidade social associada à escala de Estilos de Criar e Pensar. As correlações encontradas sugerem a pertinência do sonho diurno na avaliação da criatividade.

Palavras-chave: Sonho diurno; Criatividade; Estilos de criar e pensar.



Abstract

The purpose of this research is to study the correlations between the variables daydream, creativity and creating and thinking styles. The sample is composed by 30 students (23 female gender and 7 male) with ages between 17 and 22 years old ($M=19$; $DP= 1.1$) who attended to the first year of a Sculpture degree in Faculdade de Belas Artes of Lisbon. There were applied the following tests: a) DFS - Daydream Frequency Scale (Singer & Antrobus, 1963); b) TCT-DP - Test for Creative Thinking - Drawing, Production (Urban & Jellen, 1996) e c) Escala dos Estilos de Criar e Pensar (Ibérico Nogueira & Almeida, 2015). Daydream positively correlate both with the level of creativity and the unconventional thinking dimension of creativity. There were no associations between any creating and thinking styles and the other variables in study. This result raises the possibility of social desirability associated with the Creating and Thinking Styles scale. The found correlations suggest the relevance of daydream in the evaluation of creativity.

KeyWords: Daydream; Creativity; Creating and thinking styles.



Introdução

A investigação portuguesa acerca do sonho diurno, criatividade (nível e dimensões de pensamento convencional e não convencional) e estilos de pensar e criar é escassa. Igualmente reduzida é a investigação conduzida em Portugal centrada na relação entre estas variáveis. Estudos portugueses com foco na relação entre o sonho diurno e a criatividade, entre o sonho diurno e pensamento não convencional e convencional, bem como entre o sonho diurno e os estilos de pensar e criar, são mesmo inexistentes.

De acordo com o vocabulário de Psicanálise, fantasia pode definir-se do seguinte modo: “é uma encenação imaginária em que o indivíduo está presente e que figura, de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente” (Carvalho, 2004, p.9). De uma perspetiva cognitivista, a fantasia, a que se dá o nome de sonho diurno, é um pensamento privado, que não pode ser observado e no qual há um deslocamento da atenção do mundo externo para o mundo interno (Gruis, 2005) ou, como afirmam Schooler, Smallwood, Christoff, Handy, Reichle e Sayette (2011), sonhar acordado implica a capacidade de, em determinado momento, retirar a atenção da percepção e a capacidade de focar a atenção nos conteúdos da consciência.

Os sonhos diurnos podem ocorrer enquanto o indivíduo está a realizar uma tarefa, devido a uma distração a partir de um estímulo externo mas, para ser considerado um sonho diurno, o pensamento não deverá estar relacionado com a tarefa que está a ser desenvolvida no momento (Forster & Lavie, 2014). Ou seja, se um indivíduo pensar sobre uma tarefa que está a realizar num determinado momento, este pensamento não deve ser considerado um sonho diurno. No entanto, se o mesmo indivíduo pensar sobre essa mesma tarefa, por exemplo, antes de adormecer, esse pensamento será considerado um sonho diurno (Stawarczyk, Majerus, & Argembeau, 2012).

A maioria das pessoas (96%) relata sonhar acordada diariamente (Singer & McRaven, 1961), atividade mental que ocupa 30% a 50% dos seus dias (Killingsworth & Gilbert, 2010; Klinger & Cox, 1987). Por outro lado, de acordo com Klinger (2009), os sonhos diurnos constituem 50% dos pensamentos que ocupam a mente dos seres humanos.

Durante muitos anos, as investigações apontaram para o facto de que sonhar acordado seria, por exemplo, uma manifestação de doenças mentais (Freud, 1959; Rapaport, 1951). Nas últimas décadas, os estudos sobre este fenómeno têm aumentado e têm mostrado que o paradigma deve mudar. Ao invés de se considerarem de forma negativa, devem estes sonhos ser tidos como normais e essenciais para a mente humana, devendo ser usados para proveito próprio (Christoff, 2011). Um dos benefícios de sonhar acordado seria o facto de potenciar a criatividade, especialmente no que se refere à resolução de problemas e incubação de ideias (Smallwood & Schooler, 2006).

O estudo da criatividade sempre teve interesse ao longo da história da humanidade (Bahia & Ibérico Nogueira, 2005). Atualmente, o interesse desta temática é ampliado pela necessidade de produção de ideias inovadoras nas mais variadas áreas de conhecimento (Almeida & Ibérico Nogueira, 2010). Vários autores acentuam a importância de se estudar o produto simultaneamente criativo e inovador, ou seja, as ideias e soluções que sejam



simultaneamente originais, úteis e adequadas (Amabile, 1983; Amabile, Conti, Coon, Lazenby, & Herron, 1996). De acordo com Csikszentmihalyi (1988), o produto criativo é resultado de uma interação entre os processos cognitivos e variáveis de personalidade e de motivação. Devem ser satisfeitos, por um produto criativo, os critérios de novidade e funcionalidade. Um produto criativo pode ser, por exemplo, uma teoria, uma obra de arte ou uma nova técnica (Bahia & Ibérico Nogueira, 2005).

Uma das teorias explicativas da criatividade, inserida numa abordagem psicanalítica, centra-se na dinâmica de reparação, que, de acordo com M. Klein (1929/1966), é o elemento mais forte dos impulsos criativos. Segundo Ehrenzweig (1967/1974, cit. por Delgado, 2011), existe uma primeira fase (esquizóide) da criatividade, na qual as projeções inconscientes do artista são sentidas como estranhas ou fragmentadas, podendo tornar-se intoleráveis. Nesse caso, a obra irá servir para acolher os fragmentos, integrando-os num todo. Por fim, o artista será capaz de introduzir a sua obra conscientemente (Delgado, 2012).

Nos anos 50, Guilford defende a importância da investigação nesta área, pois estava convicto de que quase todos os homens são criativos, pelo menos até um certo ponto e de alguma maneira (Guilford, 1950). Este mesmo autor (Guilford, 1956) apresentou uma distinção entre pensamento divergente e pensamento convergente, estando o pensamento divergente associado a respostas não esperadas. Por sua vez, o pensamento convergente refere-se ao que já é conhecido. De acordo com Delgado (2011), a flexibilidade no processo criativo é produzida a partir da oscilação equilibrada entre estes dois tipos de pensamento (dispersivo e integrativo), correspondentes respetivamente às posições esquizo-paranóide e depressiva da abordagem psicanalítica. Esta informação está ainda de acordo com um estudo realizado em 2014 por Almeida e Ibérico Nogueira que permitiu concluir que ambos os tipos de pensamento (não convencional e convencional), correspondentes na teoria de Guilford ao pensamento divergente e convergente respetivamente, são dependentes entre si, no processo criativo, sendo ambos importantes para o processo criativo.

Não menos importantes, parecem ser as características de personalidade, para que um processo criativo ocorra (Barron & Harrington, 1981; Cramond, 2008; Csikszentmihalyi, 1996; Simonton, 1999). Neste âmbito, surge o conceito de estilos de pensar e de criar (Wechsler (2006). Segundo esta autora, estes estilos remetem para maneiras de pensamento e de comportamento que são utilizados preferencialmente pelos indivíduos de acordo com as situações. Nesse sentido, é desenvolvido um instrumento de avaliação dos estilos de pensar e criar que contempla cinco estilos. O estilo cauteloso/reflexivo refere-se a um estilo em que os indivíduos preferem refletir de modo cuidado e ponderar todas as opções antes de tomar uma decisão. Já o estilo lógico/objetivo aponta para um estilo pragmático e para uma pessoa que prefere tarefas estruturadas. O estilo não conformista/transformador encontra-se numa pessoa dinâmica e idealista e que prefere atividades que impliquem mudar. Por sua vez, o estilo emocional/intuitivo reflete uma pessoa que é guiada por emoções e intuições para tomar uma decisão. Por fim, o estilo relacional/divergente está presente em alguém que tenta, por exemplo, integrar as diversas opiniões de diferentes pessoas para o desenvolvimento de uma tarefa. A versão reduzida desta escala, desenvolvida em 2015 por Ibérico Nogueira e Almeida considera apenas três dos estilos de pensar e criar propostos por Wechsler (o estilo não conformista/transformador, o cauteloso/reflexivo e o



lógico/objetivo). As autoras encontraram uma correlação negativa entre o estilo não conformista/transformador e o estilo cauteloso/reflexivo, justificando com o fato de estes dois estilos remeterem para características de personalidade diferentes. Concluíram ainda que o estilo-lógico objetivo se correlaciona positivamente com qualquer um dos outros dois estilos, sendo compatível com ambos. Este último estilo parece poder estar presente em qualquer pessoa, independentemente do seu nível de criatividade e do seu tipo pensamento (não convencional ou convencional). Surge assim um modelo bidimensional, que pode revelar os estilos de criar (não conformista/transformador e cauteloso/reflexivo) e o estilo de pensar (o grau em que surge o estilo lógico-objetivo).

A investigação acerca dos estilos de pensar e criar permite identificar as áreas em que os indivíduos são mais fortes e aquelas em que são mais fracos, o que possibilita intensificar o trabalho sobre estas últimas e, consequentemente aumentar o potencial criativo desses indivíduos (Garcês, 2011).

Várias investigações têm demonstrado que o sonho acordado pode ter um papel importante na promoção da criatividade, especialmente no que se refere à resolução de problemas (Baird, Smallwood, Mrazek, Kam, Franklin, & Schooler, 2012). A possibilidade da mente ter liberdade para vaguear permite uma combinação nova de partes da informação, aumentando significativamente as possibilidades de se ter um insight.

Em suma, atualmente a criatividade apresenta-se como essencial e, partindo dos estudos já realizados, parecem existir, pelo menos, duas variáveis que a podem potenciar: o sonho diurno e determinados estilos de criar e pensar.

O objectivo deste estudo é investigar como se relacionam as variáveis sonho diurno, criatividade e estilos de pensar e criar, numa amostra da população portuguesa.

Metodologia

Participantes

A amostra é constituída por 30 participantes, 23 (76.7%) do género feminino e 7 (23.3%) do género masculino, cuja idade está compreendida entre os 17 e os 22 anos ($M = 19$; $DP = 1.1$). Todos os participantes são de nacionalidade portuguesa e têm como habilitações literárias o 12º ano. Todos são ainda estudantes de artes (escultura), sendo que 28 (93.3%) são unicamente estudantes e 2 (6.7%) são trabalhadores/estudantes.

Instrumentos

Daydream Frequency Scale (DDFS)

O Daydream Frequency Scale (DDFS) é uma das 28 escalas do Imaginal Process Inventory (IPI), questionário criado por Jerome L. Singer e John S. Antrobus (1963, 1970, 1972, cit. por Stawarczyk, et al., 2012) com o intuito de aceder à vida mental. O DDFS procura avaliar a frequência com que os sujeitos sonham acordados na sua vida diária e é composto por 12 itens a que o sujeito deve responder segundo uma escala de Likert de 0 a 4 pontos. A ordem



alfabética (de A a E) corresponde sempre a um aumento da frequência do sonho acordado. O score total de 0 indica que o sujeito não sonha acordado e o score de 48 indica o nível máximo de frequência deste tipo de sonho (Kunzendorf & Wallace, 2000). A consistência interna (alpha de Cronbach) original é 0,91.

Escala dos Estilos de Criar e Pensar

Esta escala é uma versão validada para a população Portuguesa da Escala de Estilos de Pensar e Criar (desenvolvida por Solange Wechsler, em 2006). Este estudo de validação foi efectuado por Ibérico Nogueira, Almeida, Garcês, Pocinho e Wechsler (2015) e originou uma escala com o objetivo de aceder aos estilos de pensar e criar de um modo mais simples, ultrapassando algumas limitações da versão original (com 100 itens). A escala tem 15 itens e 3 fatores (cada um com 5 itens). Os factores são: não conformista/transformador, cauteloso/reflexivo e lógico/objectivo. A escala de Likert tem 6 pontos (de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”) e os scores deverão ser calculados para cada um dos fatores, individualmente. Os fatores apresentam boa consistência interna (>.80) (Ibérico Nogueira et al., 2015).

Test for Creative Thinking – Drawing Production (TCT-DP)

O Test For Creative Thinking-Drawing Production (TCT-DP) foi desenvolvido por Jellen e Urban (1986) e tem como objetivo avaliar a criatividade de forma holística e gestáltica, podendo ser aplicado em qualquer país, e a todas as idades (a partir dos 5 anos), devido à sua natureza figurativa. Pode ainda ser aplicado individualmente ou em grupo, num local confortável e sem distrações. A prova é composta unicamente por uma folha A4 onde se encontram seis fragmentos (um semi círculo, um ponto, um grande angulo reto, uma linha curva, uma linha descontínua e um pequeno quadrado aberto, fora do quadrado grande de resposta) que servem como estímulo para a elaboração de um desenho. Estes fragmentos sugestionam o participante a dar respostas estereotipadas, sendo necessária uma forma criativa de pensamento para se fugir a essas estereotipias. Existem 13 critérios de cotação cujo somatório confere um índice de criatividade. Segundo o estudo de validação portuguesa, estes critérios agrupam-se em dois fatores: fator 1, relativo ao pensamento não convencional e factor 2, relativo ao pensamento convencional (Ibérico Nogueira & Almeida, 2014).

Foi ainda utilizado um questionário sócio-demográfico com o intuito de recolher informações gerais sobre os participantes, nomeadamente, o género, idade, nacionalidade, habilitações literárias e área de formação.

Procedimento

Após o consentimento informado foram recolhidos alguns dados sócio-demográficos e foi dada uma explicação geral sobre cada instrumento e a sua forma de preenchimento, de um modo individual. As provas foram aplicadas a grupos, no máximo, de 15 participantes. Os resultados foram analisados de forma quantitativa, através do Software SPSS Statistics (v. 22, Chicago, IL).



Resultados

A fim de se estudar a direção e a intensidade das relações entre as variáveis (Bryman & Cramer, 2003), recorreu-se ao estudo das correlações de Pearson.

Foi encontrada uma correlação positiva muito forte entre o nível de criatividade e o pensamento não convencional ($r = .95$; $gl = 30$; $p = .000 < \alpha = .05$). Verificou-se ainda uma correlação positiva muito forte entre o nível de criatividade e o pensamento convencional ($r = .79$; $gl = 30$; $p = .000 < \alpha = .05$). Encontrou-se uma correlação positiva moderada entre a frequência do sonho diurno e o nível de criatividade ($r = .34$; $gl = 30$; $p = .029 < \alpha = .05$) e entre a frequência do sonho diurno e o pensamento não convencional ($r = .43$; $gl = 30$; $p = .019 < \alpha = .05$).

Discussão

O nível de criatividade está correlacionado quer com o pensamento convencional como com o pensamento não-convencional, o que sugere que ambas as formas de pensamento parecem ser essenciais à criatividade o que vai ao encontro de Ibérico Nogueira e Almeida (2014), ao afirmarem que pensamento não convencional e pensamento convencional são interdependentes no processo criativo. Para o autor da clássica dicotomia entre produção divergente e convergente, o pensamento criativo parece depender quer da produção divergente (originando novas ideias), quer da produção convergente (permitindo uma avaliação e selecção das ideias melhores e mais apropriadas (Guilford, 1950, 1956). Outros autores (e.g., Jaarsveld, Lachmann, & Leeuwen, 2012; Kaufman, 2003; Mumford, 2003; Shavinina, 2001) assumem que o pensamento divergente poderá originar um produto eficaz, se e apenas houver todo um trabalho de análise, avaliação e selecção das ideias novas apresentadas, por forma a adequá-las da melhor maneira ao problema, situação ou contexto. Neste sentido, a dicotomia pensamento convergente/pensamento divergente pode mesmo ser encarada como uma falsa dicotomia (Runco, 2007).

Foi igualmente encontrada uma correlação positiva moderada entre a frequência do sonho diurno e o nível de criatividade, e em particular com a dimensão do pensamento não convencional. Este resultado está de acordo com diversos estudos, nomeadamente o de Singer e Antrobus (1972, cit. por Mooneyham & Schooler, 2013) que encontrou uma correlação positiva entre os desempenhos dos participantes em tarefas de criatividade e a tendência para sonhar acordado. Como foi referido por vários autores, sonhar acordado tem o benefício de potenciar a criatividade, em particular no que se refere à resolução de problemas e incubação de ideias (Baird, Smallwood, Mrazek, Kam, Franklin, & Schooler, 2012; Smallwood & Schooler, 2006).

Nenhum dos estilos de criar e pensar se correlacionou com qualquer uma das outras variáveis em estudo (sonhar acordado ou criatividade e suas dimensões). Este facto levanta a hipótese da deseabilidade social. É importante referir que os instrumentos utilizados neste estudo são de natureza diferente, estando a escala de estilos de criar e pensar particularmente vulnerável a esse fenómeno. De facto, o teste de criatividade apela a que se



faça um desenho por oposição às escalas para avaliar o sonho diurno e os estilos de criar e pensar que exigem uma auto-avaliação e classificação de acordo com uma escala. Se ambas as escalas de Likert podem sofrer de algum enviesamento em termos de desejabilidade social, provavelmente é a escala de estilos de criar e pensar a mais vulnerável. De facto, e independentemente do nível de criatividade evidenciado pelo TCT-DP, o indivíduo pode querer fazer passar a imagem de que o seu estilo preferencial é o não conformista/transformador.

Acresce que um instrumento de avaliação da criatividade de natureza figurativa parece claramente poder beneficiar os estudantes ligados à área das artes, o que pode introduzir igualmente algum enviesamento nos resultados.

Atendendo ao tamanho reduzido da amostra, à sua homogeneidade em termos de curso de formação e à dominância do género feminino, pretende-se futuramente alargar o espectro das amostras, considerando ainda outras características sócio-demográficas, bem como informações acerca da personalidade ou aspectos cognitivos dos participantes.

Atendendo às características dos instrumentos, será desejável, por um lado, haver um controlo da desejabilidade social particularmente associado à escala de estilos de criar e pensar; por outro, considerar a pertinência de proceder a um estudo de validação para a população portuguesa do Daydream Frequency Scale (DDFS) e, finalmente, considerar a possibilidade de aplicação de outros instrumentos de avaliação da criatividade que não sejam de natureza figurativa. Teríamos, assim, a possibilidade de mais facilmente podermos analisar o nível e tipo de criatividade dos sujeitos, de um modo mais abrangente.

Apesar das limitações do estudo, acreditamos que foi possível compreender melhor as relações entre a frequência do sonho diurno, a criatividade e os estilos de pensar e criar. Foi alcançado então, o objetivo de colmatar algumas das falhas de investigação existentes acerca destas variáveis na população portuguesa e não só. Surgiram ainda diversas pistas para investigação futura nesta área de estudo.

Agradecimentos

Os autores do estudo agradecem aos alunos da Faculdade de Belas Artes de Lisboa pela sua participação com interesse e entusiasmo.

Contacto para Correspondência

Catarina Oliveira, Ispa-Instituto Universitário-Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Rua Jardim do Tabaco, nº34, 1149-041 Lisboa, catarinamdoliveira17@gmail.com



Referências

- Almeida, L., & Ibérico Nogueira, S. (2010). Estudo Preliminar do Teste Test for Creative Thinking – Drawing Production (TCT – DP). *Psychologica*, 52(1), 193-210.
- Amabile, T. M. (1983). *The social psychology of creativity*. New York: Springer-Verlag.
- Amabile, T. M., Conti, R., Coon, H., Lazenby, J., & Herron, M. (1996). Assessing the work environment for creativity. *Academy of Management Journal*, 39(5), 1154-1184.
- Bahia, S., & Ibérico Nogueira, S. (2005). A criatividade dos estudantes universitários: como difere com a área de conhecimento. *Actas do II Congresso Hispano -Português de Psicologia*, Lisboa: FPCE. Rev. Electrónica Iberpsicologia. <http://fs-morente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/lisboa/bahia/bahia.htm>
- Baird, B., Smallwood, J., Mrazek, M. D., Kam, J. W. Y., Franklin, M. S., & Schooler, J. W. (2012). Inspired by distraction: Mind wandering facilitates creative incubation. *Psychological Science*, Online First, 1-6.
- Barron, F., & Harrington, D. M. (1981). Creativity, intelligence and personality. *Annual Review of Psychology*, 32, 439-476.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais. Introdução às técnicas utilizando o SPSS para windows* (3ª Ed.). Oeiras: Celta.
- Carvalho, I.M.C. (2004). *Entre a Realidade e a Fantasia*. Lisboa: ISPA: Instituto Universitário.
- Cramond, B. (2008). Creativity: An international imperative for society and the individual. In M. F. Morais & S. Bahia (Eds.), *Criatividade: conceito, necessidades e intervenção* (pp.13-40). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Christoff, K. (2011). Undirected thought: neural determinants and correlates. *Brain Research*, 1428, 51-59.
- Csikszentmihalyi, M. (1988). Society, culture, and person: A systems view of creativity. In R. J. Sternberg (Ed.), *The nature of creativity: Contemporary psychological perspectives* (pp.325-339). New York: Cambridge University Press.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity: Flow and the Psychology of discovery and invention*. New York: Harper Collins.
- Delgado, L. (2011). *T.A.T. e criatividade: Estudo psicodinâmico*. Lisboa: Edições ISPA.
- Delgado, L. (2012). *Psicanálise e Criatividade. Estudo psicodinâmico dos processos criativos artísticos*. Lisboa: Edições ISPA.
- Forster, S., & Lavie, N. (2014) Distracted by your mind? Individual differences in Distractibility Predict Mind Wandering. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 40(1), 251-260.
- Freud, A. (1959). Clinical studies in psychoanalysis: Research project of the Hampstead Child Therapy Clinic. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 122-131.
- Garcês, S. (2011). *Escala de Estilos de Pensar e Criar – Adaptação e Validação à População Portuguesa*. Tese de Mestrado, Universidade da Madeira, Portugal.
- Gruis, M. (2005). *Mental Life and Medical Illness: A Study Of General Practice Patients*. Tese de Doutoramento, School of Psychology, Victoria University, Australia.
- Guilford, J. P. (1950). Creativity. *American Psychologist*, 5(9), 444-454.
- Guilford, J. P. (1956). The structure of intellect. *Psychological Bulletin*, 53(4), 267- 293.
- Ibérico Nogueira, S., & Almeida, L. (2014). *Entre o Céu e a Terra. Pensamento (Não)Convencional. Modelo estrutural do TCT-DP*, Poster apresentado no IX Congresso IberoAmericano de Psicologia/II Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa: CCB, 9-13 de Setembro.
- Ibérico Nogueira, S., Almeida, L., Garcês, S., Pocinho, M., & Wechsler, S. (2015). The Style Troika Model (STM). A Structural Model of the Thinking and Creating Styles Scale. *Journal of Creative Behavior*, 0(0), 1-19. doi: 10.1002/jocb.81



- Ibérico Nogueira, S., & Bahia, S. (2006). A avaliação da criatividade: ou a necessária criatividade na avaliação? *Revista Lusófona de Ciências da Mente e do Comportamento: Criatividade*, 1, 45-88.
- Jaarsveld, S., Lachmann, T., & Leeuwen, C. V. (2012). Creative reasoning across developmental levels: Convergence and divergence in problem creation. *Intelligence*, 40, 172-188. doi:10.1016/j.intell.2012.01.002
- Jellen, H., & Urban, K. K. (1986). The TCT-DP (Test for Creative Thinking - Drawing Production): An instrument that can be applied to most age and ability groups. *Creative Child and Adult Quarterly*, 11, 138-155.
- Kaufman, J. C. (2003). What to measure? A new look at the concept of creativity. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 47(3), 235-251. doi: 10.1080/0031383032000079227
- Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330, 932.
- Klinger, E., & Cox, W. M. (1987). Dimensions of thought flow in everyday life. *Imagination, Cognition, and Personality*, 7, 105-128.
- Klinger, E., (2009). Daydreaming and fantasizing: thought flow and motivation. In: Markman, K.D., Klein, W.M.P., Suhr, J.A. (Eds.), *Handbook of Imagination and Mental Simulation* (pp.225-240). New York: Psychology Press.
- Kunzendorf, R.G., & Wallace, B. (2014) Individual Differences in Conscious Experience. *Advances in Consciousness research*.
- Mooneyham, B.W., & Schooler, W. (2013). The Costs and Benefits of Mind-Wandering: A Review. The University of California, Santa Barbara. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 67 (1), 11-18.
- Mumford, M. D. (2003). Where have we been, where are we going. Taking stock in creativity research. *Creativity Research Journal*, 15(2), 107-120. doi: 10.1080/10400419.2003.9651403
- Rapaport, D. (1951). *Organization and pathology of thought*. New York, NY: Columbia University Press.
- Shavinina, L. V. (2001). A new wave of innovations in Psychology: high intellectual and creative educational multimedia technologies. *Review of General Psychology*, 5(3), 291-315. doi: 10.1037//1089-2680.5.3.291
- Runco, M. A. (2007). *Creativity. Theories and themes: research, development, and practice*. USA: Elsevier Academic Press.
- Santos, C.M.G., (2012), *Com Estilo: A Marcha da Criatividade, Formas de Pensamento Criativo Em Militares da GNR*. Dissertação de Mestrado. ULHT-Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Lisboa.
- Schooler, J.W., Smallwood, J., Christoff, K., Handy, T.C., Reichle, E.D., & Sayette, A. (2011). Meta-awareness, perceptual decoupling and the wandering mind. *Trends in Cognitive Sciences*, 15 (7), 319-326.
- Silva, A.P.B.M., (2011). *Caracterização dos níveis de criatividade em crianças do pré-escolar e do 2º ano de escolaridade*. Dissertação de Mestrado. ULHT-Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Lisboa.
- Simonton, D. K. (1999). Creativity and genius. In L. Pervin & O. John (Eds.), *Handbook of personality theory and research* (2nd ed., pp.629-652). New York: Guilford Press.
- Singer, J.L., & Antrobus, J.S., (1963). *Imaginal Processes Inventory*. Center for Research in Cognition and Affect Graduate Center. City University of New York.
- Smalwood, J., & Schooler, J.W. (2006). The restless Mind. *Psychological Bulletin*, 132(6), 946-958.
- Stawarczyk, D., Majerus, S., Van der Linder, M. V., & D'Argembeau, A. (2012). Using the Daydream Frequency Scale to Investigate the Relationships between Mind-Wandering, Psychological Well-Being, and Present-Moment Awareness. *Frontiers in Psychology*, 3(363), 1-15.
- Wechsler, S. M. (2006). *Estilos de Pensar e Criar*. Campinas: LAMP/PUC.



Criatividade nas Organizações Públicas: um estudo com enfermeiros

Anabela Coelho¹, Leonor Almeida², & Sara Ibérico Nogueira³

1. Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (CHLN), Lisboa

2. Instituto Superior de Gestão (ISG), Lisboa

3. Escola de Psicologia e Ciências da Vida (ULHT), Lisboa

Resumo

A criatividade enquanto habilidade para criar ideias novas e úteis, assim como as soluções para as mudanças do dia-a-dia, têm vindo a ser alvo, nos últimos anos, de uma importância e relevo crescentes. Por outro lado, as infeções associadas aos cuidados de saúde são um problema grave com que as instituições hospitalares se deparam diariamente. Sabendo que uma percentagem dessas infeções pode ser prevenida com uma adequada higiene das mãos, porque não colocar a criatividade ao serviço das organizações de saúde, no sentido de aumentar a adesão aos programas de higienização das mãos? Com o objectivo de caracterizar os níveis de criatividade de uma amostra de 161 enfermeiros de um Hospital público da região de Lisboa, foi utilizado o Test for Creative Thinking – Drawing Production de Urban e Jellen (1996), por nos permitir explorar o potencial criativo global desses indivíduos. Com este estudo, procuramos ainda estabelecer uma relação entre os níveis de criatividade e a adesão ao programa de higiene das mãos. Entre os principais resultados, salienta-se a existência de uma correlação positiva entre a criatividade dos enfermeiros e a adesão ao programa de higiene das mãos e uma correlação negativa entre criatividade e tempo de experiência profissional.

Palavras-chave: Criatividade; Controlo de infecção; Higiene das mãos; Organizações públicas.



Abstract

Creativity as the ability to create new and useful ideas, as well as solutions to the daily changes has been recently a growing importance and relief. On the other hand, healthcare-associated infections are a serious problem that the hospitals face in daily basis. Knowing that a percentage of these infections can be prevented with proper hand hygiene, why not put creativity at the service of health care organizations to increase adherence to hand hygiene programs? In order to characterize the creativity levels of a sample of 161 nurses at a public hospital in the Lisbon region, it was used the Test for Creative Thinking - Drawing Production of Urban & Jellen (1996), because it allow us to explore the individual's global creative potential. With this study we intend to establish the relationship between levels of creativity and adherence to hand hygiene programs. Among the main results, it should be noted that there is a positive correlation between the nurse's creativity and their adherence to hand hygiene programs and a negative correlation between creativity and length of professional experience.

Keywords: Creativity, Infection control, Hand hygiene, Public organizations.



Introdução

As últimas décadas têm sido caracterizadas por intensas mudanças sociais, económicas, culturais e, como não poderia deixar de ser, organizacionais. O ambiente em que as organizações se confrontam tem-se tornado incrivelmente dinâmico e complexo, caracterizado por rápidas mudanças tecnológicas, influenciado pela globalização. Para que as organizações se possam desenvolver e sobreviver neste ambiente, têm de ser mais criativas e inovadoras (Hu, Gu, & Chen, 2013), sendo a inovação, através da criatividade, um factor importante de sucesso e vantagem competitiva (Ozaralli, 2015).

A criatividade e a inovação no local de trabalho têm vindo a aumentar a sua importância como determinantes do desempenho, do sucesso e sobrevivência a longo prazo da organização (Andersen, Potocnik, & Zhou, 2014; Egan, 2005). Em contexto de crise financeira, económica, social e política surge a necessidade de pensamento criativo e inovação na gestão dos serviços de saúde. O que antes era considerado uma necessidade no sector privado, é hoje uma obrigatoriedade no sector público, pelo que a presença e o desempenho de pessoas criativas são essenciais (Egan, 2005). A sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS) assume particular relevo no actual contexto económico português, caracterizado pelo elevado défice orçamental e a recente necessidade de ajuda económica externa, o que conduziu à necessidade de políticas que permitam o equilíbrio das contas públicas a curto prazo, seja em termos de redução da despesa, seja através de ganhos de eficiência que permitam gerar poupança, o que passa necessariamente, pela sua importância e elevado peso em termos de despesa pública, pela adopção de medidas no sector da saúde (ERS, 2011).

As infecções associadas aos cuidados de saúde são um problema grave, que nos últimos anos têm atingido custos elevadíssimos no sector da saúde, sendo que cerca de um terço dessas infecções são seguramente evitáveis (DGS, 2013). Sabendo que uma percentagem dessas infecções tem como fonte ou veículo transmissor as mãos dos profissionais de saúde e que pode ser prevenida com uma adequada higiene das mãos, considerou-se pertinente associar a criatividade ao controlo de infecção, mais especificamente à adesão ao Programa de higiene das mãos pelos enfermeiros de uma instituição pública.

Se o programa é divulgado a todos os serviços de igual forma, se todos os profissionais têm conhecimento dos procedimentos a fazer, serão os profissionais com níveis mais elevados de criatividade, as que obtêm os melhores resultados na adesão ao programa de higiene das mãos? Tendo como ponto de partida esta questão, pretende-se com este estudo caracterizar os níveis de criatividade dos enfermeiros, fazendo um estudo comparativo entre grupos. Serão considerados dois grupos: o grupo de serviços com melhores resultados e o grupo de serviços com piores resultados nas auditorias do programa de higienização das mãos.

De referir ainda que o estudo da relação entre as variáveis criatividade e controlo da infeção é totalmente inovador pelo que não encontramos na literatura estudos que permitam a comparação.

Metodologia

Participantes

O grupo de enfermeiros seleccionado faz parte das equipas de enfermagem dos cinco



serviços com maior taxa de adesão ao Programa de Higiene das Mãos e dos cinco serviços com menor taxa de adesão ao referido programa, taxas essas encontradas durante as auditorias realizadas pelo GCL-PPCIRA do CHLN durante o ano de 2014.

A amostra é constituída por um grupo de 161 enfermeiros de ambos os sexos do CHLN, com idades compreendidas entre os 21 e os 60 anos. Há uma representação significativamente maior dos enfermeiros do género feminino (82%), sendo os intervalos de idades entre os 20 e os 40 anos os mais representativos, podendo-se considerar que são equipas jovens e com pouco tempo de experiência profissional, pois cerca de metade do grupo inquirido trabalha há menos de 10 anos. Todos eles têm formação académica de nível superior, só existindo um elemento com Bacharelato, tendo todos os outros licenciatura.

A amostra tem ainda representações bastante diferentes a nível de funções exercidas, tendo só 10 enfermeiros com funções de gestão (são os chefes desses 10 serviços), sendo maioritariamente os enfermeiros de cuidados gerais com 82% a representar o maior número.

Instrumentos

Para avaliar os níveis de criatividade foi aplicado um teste de criatividade criado por Urban e Jellen, o *Test for Creative Thinking – Drawing Production* (TCT – DP), desenhado para espelhar um conceito mais holístico da criatividade (Urban, 2004). De facto, o TCT-DP visa uma análise quantitativa e qualitativa da criatividade, avaliando o conteúdo, o todo, o tipo de composição e elaboração do desenho, a predisposição para o risco e para quebrar barreiras, os afectos e o humor. O score do teste pode variar entre zero de mínimo e 72 de máximo. A operacionalização da variável criatividade é feita pela produção de desenhos a partir da apresentação de seis fragmentos inacabados, numa folha A4, que visam proporcionar flexibilidade nas respostas e a emergência do potencial criativo. As seis figuras fragmentadas são um semicírculo, um ponto, um grande ângulo recto, uma linha curva, uma linha descontínua e um pequeno quadrado aberto fora do quadrado grande. Urban e Jellen (1996) desenvolveram duas formas do teste, A e B, que diferem no tipo de orientação que os elementos apresentam, sendo aplicados ao indivíduo um a seguir ao outro. Em estudos preliminares portugueses (Almeida, Ibérico Nogueira, Bahia, & Urban, 2007), não se verificaram diferenças significativas, pelo que neste estudo apenas se utilizou a forma A. Em termos de qualidades psicométricas do TCT-DP, são apontados bons índices de fiabilidade intercotadores, bem como bons índices de estabilidade temporal (fiabilidade teste-reteste). Em termos de validade factorial, os resultados da análise factorial efectuada revelaram uma estrutura de seis factores (Almeida & Ibérico Nogueira 2010).

Foi ainda aplicado um questionário sociodemográfico para obtenção de dados relativos ao género, idade, habilitações académicas, tempo de exercício profissional, tipo de função, tipo de horário e tempo de exercício na função.

Procedimento

Após pedido de autorização, os instrumentos foram aplicados presencialmente em contexto de sala de trabalho nos vários serviços do CHLN, durante os meses de Outubro e Novembro de 2015. Para além das instruções dadas sobre o preenchimento do TCT-DP, procurou-se



que este fosse realizado num lugar calmo e numa atmosfera confortável, eliminando o mais possível a pressão do tempo, a tensão e o perigo de distrações.

Após a recolha de dados procedeu-se à construção da base de dados, recorrendo-se ao programa SPSS *Statistics*, versão 22.0 para o Windows, seguindo-se o tratamento estatístico através de uma estatística descritiva e inferencial.

Resultados

Os dados revelam uma correlação linear moderada entre a criatividade por serviços e a taxa de adesão de higiene das mãos por grupos de profissionais de enfermagem dos serviços estudados ($R_s(161) = 0,528$ $p = 0,000$), a qual é estatisticamente significativa com um erro de tipo I de 0,10.

Relativamente à relação entre níveis de criatividade da amostra geral e a taxa de adesão geral à higiene das mãos, os dados revelam uma correlação fraca entre a criatividade e a taxa de adesão de higiene das mãos dos profissionais de enfermagem ($R_s(161) = 0,175$ $p = 0,027$).

Igualmente, os níveis de criatividade dos enfermeiros dos diferentes serviços e o tempo de exercício profissional estão correlacionados ($R_s(161) = -0,200$ $p = 0,011$), pelo que verificamos uma correlação linear, de muito baixa intensidade e negativa entre as variáveis. Ou seja, à medida que o tempo de exercício profissional aumenta, os níveis totais de criatividade dos serviços diminuem.

Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre género, idade, estado civil, habilitações académicas, tipo de função, tipo de horário, tempo de exercício na função e os níveis de criatividade.

Ainda quanto ao tipo de função, os enfermeiros com função de gestão apresentam um nível de criatividade médio de 23,40 enquanto os enfermeiros de cuidados gerais apresentam um total médio de 20,56, não se encontrando diferenças estatisticamente significativas. A média do nível de criatividade geral é de 21, o que consideramos muito baixo, uma vez que o score do teste pode variar entre zero de mínimo e 72 de máximo, mas está ao nível de outros resultados encontrados para a população portuguesa (Ibérico Nogueira, Almeida, & Rocha, 2012).

Existem evidências estatísticas para afirmarmos que os níveis de criatividade são significativamente diferentes no grupo de enfermeiros com funções de gestão e no grupo de enfermeiros sem funções de gestão ($p = 0,021$), ou seja, os níveis de criatividade influenciam a taxa de adesão à higiene das mãos entre os profissionais de enfermagem.

Discussão

O objectivo principal do nosso estudo foi a caracterização do nível de criatividade de um grupo de enfermeiros e a possível relação com a adesão ao programa de higiene das mãos. Verificamos que a amostra de enfermeiros estudada, apesar de apresentar um baixo nível de criatividade, este está ao nível dos resultados encontrados noutros estudos para a população portuguesa (Almeida & Ibérico Nogueira, 2010). O nosso estudo apresenta uma média do nível de criatividade de 21, enquanto as autoras encontraram uma média de 20,99 nos níveis de criatividade do seu grupo de estudo (20,92 para os licenciados em psicologia, 19 para os licenciados em engenharia, 17,60 para os gestores, 22 para os músicos e o valor



significativamente mais elevado foi de 25,46 apresentado pelos licenciados em arquitectura). A população alemã, nos estudos de Urban e Jellen (1996), apresentou níveis mais elevados que a população portuguesa, uma média do nível de criatividade de 24.

Num estudo em que utiliza o TTCT como teste de criatividade, que explora as características que influenciam as competências criativas, McIntyre, Hite e Richard (2003) sugerem que a idade e a experiência profissional mais parecem dissuadir do que aumentar essas mesmas competências. No nosso estudo a idade não parece ter influência significativa na criatividade, mas o tempo de exercício profissional vai ao encontro dos achados de McIntyre, Hite e Richard (2003), ou seja, quanto maior o número de anos de serviço, menores os níveis de criatividade. O estudo de Almeida, Ibérico Nogueira, Jesus e Mimoso (2013), que como o nosso estudo utiliza o TCT-DP como instrumento para avaliar a criatividade, vai ao encontro dos resultados de McIntyre, Hite e Richard (2003) quanto à idade, evidenciando que os participantes com idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos são mais criativos do que os indivíduos com idades compreendidas entre os 45 e os 65 anos.

Kim (2009), utilizando o TTCT para avaliar a criatividade e Almeida, Ibérico Nogueira, Jesus, e Mimoso (2013) utilizando o TCT-DP para essa avaliação, encontraram resultados diferentes quanto ao género. Enquanto o estudo de Kim não mostrou diferenças significativas, tal como no presente estudo, Almeida, Ibérico Nogueira, Jesus e Mimoso (2013) evidenciaram que os homens são em média, mais criativos.

A função de gestão não influenciou significativamente a criatividade no nosso estudo, ao contrário dos resultados de Binnewies, Ohly e Niessen (2008) sobre o contributo dos superiores na criatividade dos enfermeiros. Os autores dizem-nos que a criatividade dos enfermeiros mais velhos (+/- 45 anos) parece não ser influenciada pelo baixo ou elevado controlo no trabalho, talvez por terem aprendido a serem criativos no trabalho mesmo quando o controlo não era favorável, contrariamente ao que acontece com os enfermeiros mais jovens (+/- 24 anos), em que a criatividade difere grandemente dependendo se estão sob baixo ou elevado controlo no trabalho, tornando-se mais criativos quando experienciam baixo controlo. Quanto ao suporte para a criatividade os autores encontraram uma relação negativa entre a idade e o suporte para a criatividade, ou seja, quando os enfermeiros mais velhos não encontram suporte de colegas e superiores, são mais criativos.

Gilson e Shalley (2004) e Kratzer, Leenders e Van Engelen (2005), referem que as equipas mais criativas, são as que percebem um clima de trabalho mais favorável à criatividade e em que os seus membros passam mais tempo a socializar uns com os outros. Somech e Drach-Zahavy (2011) mostraram que altos níveis de personalidade criativa actuam como catalisador da criatividade, pelo que poderemos pensar que indivíduos com uma maior abertura à experiência possam ter interesses mais diversificados, evidenciando esta relação com o resultado do nosso estudo em relação aos tempos livres, ou seja, quanto maior número de tempos livres, mais criativos serão os indivíduos.

Este estudo tem algumas limitações que deverão ser tidas em consideração em futuros estudos. A profissão de enfermagem, sendo maioritariamente uma profissão feminina, apresentou nesta amostra uma percentagem de 82% de participantes femininas, o que pode ter tido influência nos dados em relação ao género. A amostra tem uma discrepância muito grande entre o número de enfermeiros de cuidados gerais e o número de enfermeiros com funções de gestão, pois sendo 10 o número de serviços analisados, só 10 enfermeiros estão



permanentemente em funções de gestão. A sobrecarga de trabalho dos enfermeiros e por vezes o baixo rácio enfermeiro/doente pode ter influenciado a disponibilidade necessária para a realização dos testes de criatividade.

O estudo da prevenção e controlo de infeção do ponto de vista da criatividade é ainda muito ténue na literatura, pelo que esta foi também uma limitação encontrada. A presente investigação sendo pioneira nesta área, poderá servir como ponto de partida para estudos mais abrangentes e completos. Esta abordagem revela-se particularmente actual e pertinente, atendendo aos constrangimentos económicos e à pressão constante sobre as entidades públicas para que diminuam o valor da sua despesa, além de que poderá trazer benefícios significativos quer do ponto de vista dos profissionais, quer do ponto de vista das instituições e dos cidadãos.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos enfermeiros do CHLN, EPE a sua participação neste estudo.

Contacto para correspondência

Anabela Coelho. anabelacoelho9@gmail.com

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Av. professor Egas Moniz, 1649-035

Referências

- Almeida, L. (2007). O inventário dos valores de vida. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Coord.), *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 169-187). Coimbra: Quarteto.
- Almeida, L., & Ibérico Nogueira, S. (2010). Estudo preliminar do teste Test for Creative Thinking – Drawing Production. *Psychologica*, 1 (52), 193-210.
- Almeida, L., Ibérico Nogueira, S., Bahia, S., & Urban, K. (2007, Julho). *Assessing Creativity: The Test for Creative Thinking- Drawing Production (TCT-DP) The Concept, Application, Evaluation and Portuguese Studies*. Xth European Congress of Psychology, Praga, República Checa.
- Almeida, L., Ibérico Nogueira, S., Jesus, A. & Mimoso, T. (2013). Valores e criatividade em trabalhadores portugueses. *Estudos de Psicologia*, 30(3), 1-9.
- Anderson, N., Potocnik, K., & Zhou, J. (2014). Innovation and Creativity in Organizations: A State-of-the-Science Review, Prospective Commentary and Guiding Framework. *Journal of Management*, 40 (5), 1297-1333.
- Binnewies, C., Ohly, S., & Niessen, C. (2008). Age and creativity at work – the interplay between job resources, age and idea creativity. *Journal of Managerial Psychology*, 23 (4), 438-457.
- Direção Geral Saúde [DGS] (2013). Portugal – Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2013. Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa: DGS. Consultado em 29 de maio de 2015 através de <file:///C:/Users/hp/Downloads/i021011.pdf>
- Egan, T. (2005). Factors Influencing Individual Creativity in the Workplace: An Examination of Quantitative Empirical Research. *Advances in Developing Human Resource*, 7 (2), 160-181.
- Entidade Reguladora da Saúde [ERS] (2011). Análise de Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde. Consultado em 14 de agosto de 2014 através de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_do_SNS.pdf
- Gilson, L. & Shalley, C. (2004). A Little Creativity Goes a Long Way: An Examination of Teams' Engagement in Creative Processes. *Journal of Management*, 30(4), 453-470.



- Hu, H., Gu, Q. & Chen, J. (2013). How and when does transformational leadership affect organizational creativity and innovation? Critical review and future directions. *Nankai Business Review International*, 4(2), 147-166.
- Ibérico Nogueira, S., Almeida, L. & Rocha, A. (2012). *Criatividade no Ensino Superior: Estudos de Validade do TCT-DP (Test for Creative Thinking – Drawing Production) na População Portuguesa*. 1º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses. CCB, Lisboa.
- Kim, K. (2009). Cultural Influence on Creativity: The Relationship between Asian Culture (Confucionism) and Creativity among Korean Educators. *Journal of Creative Behavior*, 43(2), 73-93.
- Kratzer, J., Leenders, R. & van Engelen, J. (2005). Informal contacts and performance in innovation teams. *International Journal of Manpower*, 26(6), 513-528.
- McIntyre, F., Hite, R. & Richard, M. (2003). Individual Characteristics and Creativity in the Marketing Classroom: Exploratory Insights. *Journal of Marketing Education*, 25(2), 143-149.
- Özaralli, N. (2015). Linking empowering leader to creativity: the moderating role of psychological (felt) empowerment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 181, 366-376.
- Somech, A. & Drach-Zahavy, A. (2011). Translating Team Creativity to Innovation Implementation: The Role of Team Composition and Climate for Innovation. Consultado em 22 de Agosto de 2015 através de https://www.researchgate.net/profile/Anit_Somech/publication/258154447_Translating_Team_Creativity_to_Innovation_Implementation_The_Role_of_Team_Composition_and_Climate_for_Innovation/links/0a85e53bc1208cdf53000000.pdf
- Urban, K. (2004). Assessing Creativity: The test for Creative Thinking – Drawing Production, The Concept, Application, Evaluation, and International Studies. *Psychology Science*, 46, 387-397.
- Urban, K. K. & Jellen, H. C. (1996). *Manual of Test for Creative Thinking – Drawing Production*. Amesterdão: Harcourt Test Publishers.



SERVIÇOS E CONTEXTOS DA PSICOLOGIA



NEIP: O Sul da questão?

Pedro Costa¹, Adelaide Ruivinho¹, Ana Ximenes¹, Catarina Clemente¹, Dorisa Peres¹, Fabília Gonçalves¹, Inês Morais¹, Jorge Hilário¹, Juliana Martins¹, Patrícia Morais¹ & Sílvia Cardoso¹

1. NEIP- Núcleo de Estudos e Intervenção Psicológica – Município de Vila Real de Sto. António, Portugal

Resumo

A presente comunicação visa apresentar o projeto de intervenção psicológica do Município de Vila Real de Santo António: o Núcleo de Estudos e Intervenção Psicológica (NEIP). O NEIP está a funcionar desde 2007 e é composto por uma equipa multidisciplinar que atua em diversas áreas (Psicologia Clínica, Educacional, Terapia da Fala e Intervenção Social). Fez-se uma recolha de dados estatísticos relativos ao 1º semestre de 2016, designadamente ao nível dos novos pedidos de consulta e do trabalho produzido pelo NEIP. Apresentam-se os resultados do número de pedidos de consultas, tipificados por idade, sexo, origem e motivo do pedido. A análise destes resultados permite discutir melhorias futuras do serviço prestado à comunidade, o impacto do mesmo e a possível disseminação noutros municípios.

Palavras-chave: Psicologia na Administração Local; Avaliação Psicológica; Intervenção Psicológica; Saúde Mental.



Abstract

This paper presents the main psychological intervention project funded by the Municipality of Vila Real de Santo António: the Psychological Studies and Intervention Nucleus (NEIP). This nucleus was founded in 2007 and is formed by a multidisciplinary team that spans several areas, such as Clinical and Educational Psychology, Language Therapy and Social Work Intervention. In this paper, statistical data of the 1st semester of 2016 was analyzed, specifically for new assessment requests and work produced by the team. This data is presented and categorized by the number of new requests and sessions given, organized by age, gender, origin and reasons of the request. Elaborating and discussing these results allows us to find future improvements to the community services provided, quantify and qualify the impact of interventions, and develop possible generalizations to other municipalities.

Keywords: Psychology in Local Administration; Psychological Assessment; Psychological Intervention; Mental Health.



Introdução

De acordo com Justo (1992), um dos principais desafios que se pode colocar a um grupo de profissionais da área da psicologia, passa pela criação de raiz de um projeto de intervenção psicológica numa instituição onde não exista tradição psicológica de espécie alguma. No concelho de Vila Real de Santo António, devido à inexistência de serviços de Psicologia dentro de uma filosofia comunitária, o executivo da Autarquia decidiu formar um núcleo de intervenção psicossocial e clínico. Criado, a 3 de Outubro de 2007, o Núcleo de Estudos e Intervenção Psicológica (NEIP) funciona sob a forma de serviços de psicologia sediados nas Juntas de Freguesia do respetivo concelho, na Casa da Criança e na Casa do Avô.

Trata-se de uma equipa multidisciplinar, constituída por 9 Psicólogos (Clínicos e Educacionais), 1 Técnica de Educação e Intervenção Comunitária e 1 Terapeuta da Fala. Pontualmente a equipa recebe estagiários curriculares e profissionais. Atualmente o NEIP abarca as seguintes valências:

Consulta Psicológica; Consulta de Terapia da Fala; Acolhimentos e atendimentos sociais; Dinâmicas Formativas; Intervenção na Comunidade; Avaliação Psicológica de candidatos nos concursos da função pública; Intervisão Técnica na área da Saúde através da criação de um espaço de investigação e discussão de práticas entre os profissionais pertencentes ao núcleo e/ou externos ao mesmo.

Definem-se como principais exemplos de conteúdos técnicos da agenda do NEIP, ao nível da Prevenção, o Ciclo de Sessões para Pais dirigido a pais de crianças do ensino pré-escolar, sessões de prevenção de situações de violência no namoro em turmas do ensino secundário, sessões de prevenção do *bullying* e elaboração de artigos de opinião publicados mensalmente no Jornal do Baixo Guadiana. No campo da Avaliação, a agenda compreende a avaliação psicológica de crianças, adolescentes e de adultos, avaliação neuropsicológica e, ainda a seleção, avaliação e orientação de recursos humanos nos processos de recrutamento da Administração Pública. Numa lógica de continuidade dos processos acolhidos nas dinâmicas de Prevenção e/ou Avaliação, a área de Intervenção aporta o acompanhamento psicológico a crianças, adolescentes e adultos, intervenção psicológica junto da comunidade escolar (ações de sensibilização), intervenção junto de famílias (Curso de Desenvolvimento de Competências Parentais em colaboração com a CPCJ de Vila Real de Sto. António) e, pontualmente, intervenção em situações de crise e emergência. Por último, o NEIP preocupa-se em promover o Desenvolvimento do Conhecimento Psicológico através de *workshops* destinados a Educadores e Professores, elaboração de artigos e comunicações científicas e acolhimento/orientação de estágios curriculares da Universidade do Algarve e estágios para a Ordem dos Psicólogos. Dentro dessa mesma filosofia construtiva de desenvolvimento existe a sensibilidade em estabelecermos parcerias e em interagir com outras instituições (Fundação Real Madrid, Eutimia, Faculdade de Medicina da Universidade Lisboa – Emprego Saudável).

Numa filosofia de serviço público, e no sentido de melhor definir o papel da equipa de psicologia do município (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015), ao longo dos anos tem-se fortalecido parcerias com outras entidades do concelho nomeadamente Escolas, Infantários, Centro de Saúde, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e Tribunal. O objetivo primordial do NEIP é prestar um importante contributo à população de todo o concelho, sem discriminação etária, embora a maior incidência seja na comunidade escolar



(Brewer, 1951) em articulação com os agrupamentos de escolas, complementando e reforçando o apoio psicológico a prestar pela escola. No entanto, a equipa procura também dar resposta a nichos que estão sistematicamente esquecidos e para os quais não existe ou é inacessível a saúde mental, designadamente na área dos adultos. Aqui, o NEIP vai mais além das perturbações psicopatológicas e visa assim promover o bem-estar psicológico e beneficiar um desenvolvimento pessoal, social e intelectual aprazível junto dos seus utentes. Tal como Campbell et al (2002) sugerem na estrutura dinâmica de funcionamento de uma equipa junto da população, o NEIP fá-lo através da implementação de um serviço de intervenção prática e de focada proximidade clínica no terreno em vários domínios (desenvolvimento saudável de crianças e jovens, família, formação de profissionais e técnicos das áreas da saúde, social e educação, etc.). A funcionalidade da equipa (Justo, 1992) compreende semanalmente reuniões de equipa ou de grupos de trabalho para preparação de atividades, distribuição de tarefas bem como intervisão de casos clínicos.

Metodologia

Foram recolhidos os dados estatísticos relativos ao primeiro semestre de 2016 (janeiro a junho). Distinguiram-se os dados em três categorias: novos pedidos de consulta de psicologia, novos pedidos de consultas de terapia da fala e consultas realizadas pelos técnicos de psicologia e terapeuta da fala.

Para a recolha de dados de novos pedidos de consulta, analisaram-se as fichas preenchidas de pedido de nova consulta / sinalização, complementando com as informações prestadas pelos utentes no primeiro acolhimento realizado pela técnica de intervenção social. Nessas fichas (diferenciadas para o serviço em que a pessoa se inscreve psicologia ou terapia da fala) é requerido o preenchimento de vários dados: nome, idade, morada, contacto(s), problemática(s) dentro das opções – conflitos familiares; problemas de aprendizagem; problemas de comportamento; luto; ansiedade; sintomas depressivos; outros. É relevante salientar que é através deste primeiro preenchimento de uma ficha de pedido de consulta que o utente tem acesso aos serviços clínicos do NEIP. Nos casos que provêm diretamente das escolas do concelho, é a equipa de professores do Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família (GAAF), a responsável pela elaboração e encaminhamento duma ficha análoga de pedido de consulta. Foram considerados acolhimentos apenas as situações em que após a inscrição inicial as pessoas compareceram no atendimento com a técnica de intervenção social. Foram excluídos das estatísticas aqueles casos em que as pessoas não compareceram ou que foi impossível contactar para marcar o atendimento.

No que respeita aos dados relativos às consultas realizadas foi criada uma tabela com diversas variáveis e pediu-se aos técnicos da equipa o seu preenchimento trimestral. Foram compilados os dados relativos a consultas agendadas, consultas realizadas, faltas e desmarcações. Na tabela constavam ainda outras variáveis como, por exemplo, o número de altas terapêuticas e primeiras consultas. Estes dados não foram analisados por não terem sido preenchidos pela totalidade dos técnicos.

Os dados compilados foram analisados de forma descritiva com o programa Microsoft Office Excel.

Resultados

No que respeita aos resultados dos acolhimentos, verificou-se que no primeiro semestre foram realizados 132 acolhimentos para psicologia e 14 acolhimentos para terapia da fala, correspondendo assim a 146 novos processos que deram entrada no NEIP.

A figura 1 ilustra os acolhimentos realizados distribuídos por faixa etária e por género. Verificou-se que a faixa etária com maior número de novos processos é dos 0 a 12 anos, com 84 casos, que corresponde a cerca de metade dos acolhimentos realizados. Nesta faixa etária os acolhimentos estão distribuídos de forma semelhante entre os géneros: masculino (n=42) e feminino (n=42). Na faixa etária dos 13 aos 17 anos de idade verificaram-se 30 novos acolhimentos, correspondendo a maioria ao género masculino (n=19). Na faixa etária dos 18 aos 64 anos, a situação inverte-se, tendo a maioria dos 29 casos atendidos correspondido ao género feminino (n=23). A faixa etária com menor número de pedidos corresponde aos 65 anos em diante, com apenas 3 novos casos, exclusivamente do género feminino.

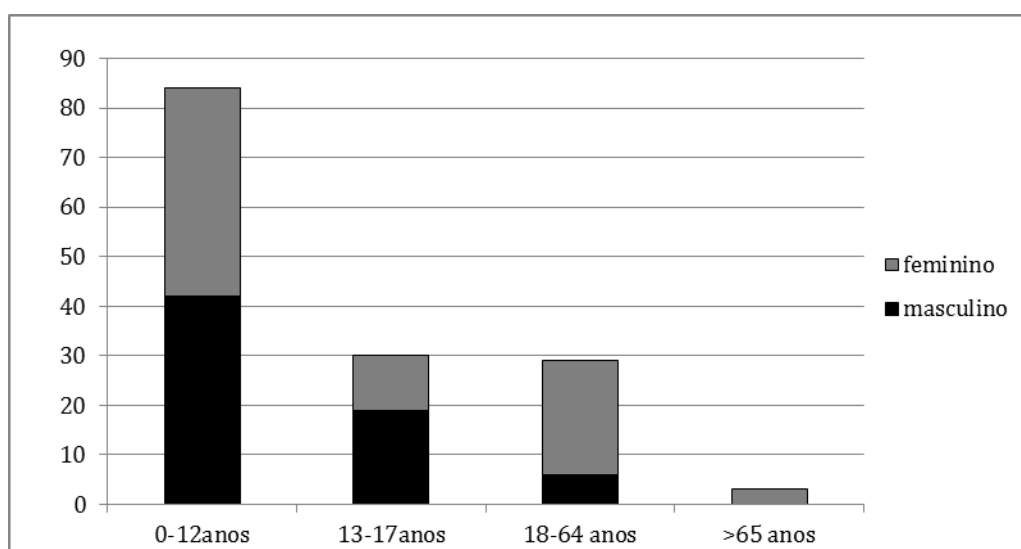


Figura 1. Casos acolhidos agrupados por faixa etária e discriminados por género.

No que respeita à origem dos pedidos de consultas verificaram-se várias fontes sendo a escola a que assume maior preponderância com 84 dos 146 novos processos. A grande maioria destes pedidos refere-se a consulta de psicologia (n=77). Verifica-se ainda, que em 31 dos casos é a própria pessoa a pedir a consulta, correspondendo naturalmente a todos os adultos. Nos casos de crianças e jovens de idade inferior a 18 anos, verificamos que a família pede o apoio em 22 ocasiões, correspondendo a cerca de 19% das ocasiões. Verifica-se ainda a existência de encaminhamentos de outras entidades, como por exemplo a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, correspondendo a 2 processos.

A figura 2 ilustra os motivos dos pedidos de consultas de psicologia e terapia da fala. Verifica-se que a maior parte dos pedidos de consultas de psicologia corresponde a problemas de aprendizagem (n=36). Se dentro deste número incluirmos as dificuldades de leitura/escrita

e de compreensão/interpretação obtemos um total de 41 processos ligados a crianças e jovens com dificuldades de aprendizagem, que correspondem a cerca de 28% dos novos processos. Verificamos ainda que os sintomas depressivos aparecem em segundo lugar nos novos pedidos (n=34), e em terceiro lugar os conflitos familiares (n=30). Verificam-se ainda alguns motivos com bastante expressão: problemas de comportamento (n=19), ansiedade (n=9), dificuldades de linguagem e fala (n=9). Mais pontualmente surgem casos de luto (n=2), bipolaridade (n=1) e outro não especificado (n=1).

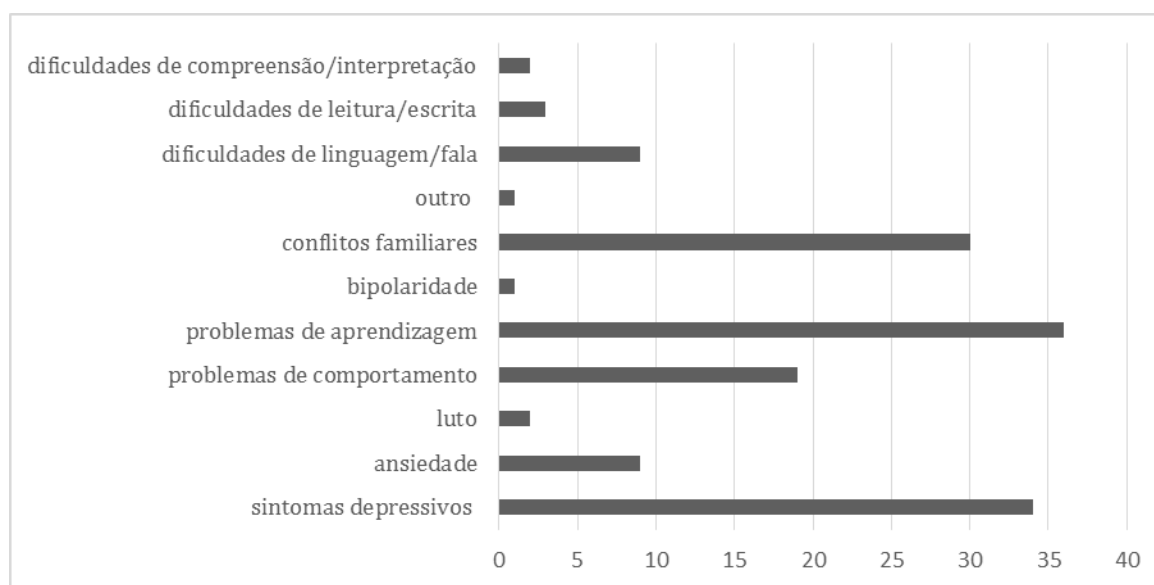


Figura 2. Motivos de pedido de consulta.

Da análise realizada ao número de consultas dadas pelos técnicos e que inclui não apenas os processos iniciados neste semestre, mas sim todos os casos que têm vindo a ser acompanhados pelos técnicos verificou-se um total de 2209 consultas agendadas, das quais 1849 foram efetivamente realizadas, o que corresponde a uma taxa de efetividade de 83,7%. Verificaram-se ainda 175 faltas e 148 desmarcações.

Discussão

Focamos inicialmente o número de acolhimentos realizados em psicologia e terapia da fala, o qual revela grande disparidade entre si, com a terapia da fala a constituir apenas cerca de 10% do total de novas entradas. Esta disparidade prende-se com o facto da equipa ter apenas uma técnica da área da terapia da fala. Deveria aprofundar-se se existem pedidos de consulta necessários para abrir mais vagas nesta área de forma a colmatar as necessidades da comunidade. Se nos focarmos nas faixas etárias dos utentes, percebemos que o serviço de terapia da fala tem dado resposta exclusivamente a crianças dos 0-12 anos. Deve-se pois investigar se tal dinâmica pode estar a ser limitada no sentido de dar resposta às atuais necessidades da população-alvo do serviço e, caso se conclua e justifique, deve-se pensar



num alargamento desta valência a outras faixas etárias, criando um serviço transversal a todas as idades, como é neste momento a resposta dada pelo serviço de psicologia.

No que respeita à comparação entre faixas etárias e género observa-se também a existência de um maior número de adolescentes do género masculino do que do género feminino, embora na faixa etária correspondente aos adultos, a resposta dos nossos serviços é mais procurada por utentes do género feminino do que do género masculino. Devemos pois compreender se os adolescentes se mantêm (ou não) em acompanhamento psicológico aquando da sua passagem para a idade adulta e, focando-nos em particular na população masculina (o que os leva a abandonar as consultas; o que pode promover o seu interesse/motivação por beneficiarem de uma assessoria psicológica na idade adulta), abrindo assim o estudo à possibilidade de existirem outros programas/serviços mais especializados que consigam chegar de forma mais pertinente às reais necessidades da população, forma essa mais sensível às diferenças de género.

Na análise estatística dos dados de encaminhamento por idades, devemos numa próxima abordagem perceber que problemáticas são sinalizadas de modo mais específico em cada faixa etária. Também se percebe a necessidade de existirem mais conteúdos sobre os dados das consultas, nomeadamente: número de altas terapêuticas, taxa de abandono e motivos do mesmo, tempo de espera para o primeiro acolhimento e para a primeira consulta e duração média dos acompanhamentos terapêuticos.

Tendo em conta as respostas terapêuticas desenvolvidas pela equipa NEIP, devemos perceber se justifica-se um maior número de técnicos, se deve continuar a dedicar-se a maioria do tempo da agenda NEIP às consultas clínicas ou se, por outro lado, a equipa deve focar-se mais em projetos de programas de prevenção e intervenção em grupos e problemáticas-alvo. Na mesma linha convém estudar também a necessidade de continuarmos a atender todo o tipo de problemáticas que cheguem ao serviço de consulta ou se, por outro lado, se deveria promover a especialização de técnicos em determinadas problemáticas clínicas e/ou faixas etárias mais específicas organizando as nossas respostas nesse sentido. Tal reflexão leva-nos à necessidade em desafiarmos e sensibilizarmos o nosso executivo municipal para a promoção, dinamização de mais programas na esfera da Prevenção (conflitos familiares, problemas depressivos e problemas de aprendizagem).

Concluimos também que deve-se aprofundar um estudo mais detalhado e integral dos utentes que marcam as principais problemáticas (dados socioeconómicos, situação da estrutura familiar, profissional, etc.), bem como também que será de extrema importância insistir com os técnicos no sentido do total e correto preenchimento da tabela com os dados de modo a permitir outras abordagens estatísticas exploratórias e com impacto significativo na introdução de melhorias do modelo ora em funcionamento.

Dos resultados obtidos, sobressai a ambição de aumentar a taxa de efetividade dos processos terapêuticos seguidos, diminuindo o número de faltas dos utentes às consultas. Para esse efeito, deveríamos, por exemplo, obter um sistema de envio de sms's ou de chamadas telefónicas a relembrar a consulta no dia anterior à realização da mesma.

Por último, focados no objetivo permanente em interagir e refletir ativamente com outros organismos, consideramos que este modelo NEIP de intervenção psicológica na Administração Local que tem vindo a evoluir empiricamente com resultados positivos, pode e deve ser disseminado noutros municípios, com o intuito de constituir um exemplo de boas



práticas na Intervenção Psicológica atual. O desafio surge também no sentido de criar uma identidade própria e positiva do psicólogo da administração local que possa ser visto não apenas como alguém que resolve as fissuras deixadas pelas diferentes intervenções da administração central, mas também como alguém que assume competências e valências específicas criando novas oportunidades de intervenção e de afirmação da psicologia em Portugal.

Agradecimentos

Agradecemos às estagiárias de psicologia Patrícia Canhoto e Tânia Mateus da Universidade do Algarve e à estagiária de terapia da fala do programa PEPAL Patrícia Rodrigues, pelo importante contributo dado no 1º semestre e que nos permitiu aumentar o volume de consultas efetuadas no NEIP.

Contacto para Correspondência

Pedro Costa, coordenador do NEIP - Núcleo de Estudos e Intervenção Psicológica da Câmara Municipal de Vila Real de Sto. António, psivrsa@gmail.com, www.facebook.com/neip.vrsa

Referências

- Brewer, J.E. (1951). A Community Program of Psychological Services. *Journal of Clinical Psychology*, 7(4), 357-360. Retrieved from www.ebscohost.com
- Campbell, C.D.; Gordon, M.C.; Chandler, A.A. (2002). Wide Open Spaces: Meeting Mental Health Needs in Underserved Rural Areas. *Journal of Psychology and Christianity*, Vol 2, No 4, 325-332. Retrieved from www.ebscohost.com
- Justo, J.M. (1992). Serviços de Psicologia em Hospitais não Psiquiátricos: Regras de Organização e Princípios Gerais. *Análise Psicológica*, 2 (X), 213-216
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *Os Psicólogos Valorizam o seu Território*. Lisboa: Retrieved from www.ordemdospsicologos.pt

A decorative graphic consisting of numerous small, colored squares (in shades of blue, orange, red, and green) arranged in a circular pattern around the central text.

SEXUALIDADE E ESTUDOS DE GÊNERO



Satisfação conjugal e tácticas de conflito, que relação com a desejabilidade social?

Artur Jorge Vieira Fatia da Silva Pereira¹, Rafaela Correia de Almeida²

1. J.F. Schenk Soluções Estatísticas, Portugal

2. J.F. Schenk Soluções Estatísticas, Portugal

Resumo

Problema: Verifica-se na literatura a relação entre a satisfação conjugal e as tácticas de conflito utilizadas pelo casal, sendo que a aferição desta relação tem se verificado comprometida pela desejabilidade social expressa por pelo menos um membro do casal. **Objetivo:** Investigou-se a relação entre satisfação conjugal, tácticas de conflito utilizadas pelo casal e desejabilidade social. A amostra é constituída por 57 sujeitos, portugueses. A recolha de dados foi efetuada através do Google drive, opção - formulários Google. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) de Narciso e Costa (1996), Escalas de Tácticas de Conflito Revisadas (CTS2) da autoria de Strauss e Colaboradores (1996) e validada para português por Figueiredo (2006) e o Marlow-Crowne Social Desirability Scale –Short Form (MCSDS-SF) da autoria de Ballard (1992) e validado para português por Carvalho (2000). **Resultados (preliminares):** Verificaram-se correlação positiva entre negociação (CTS2) e entre as duas principais dimensões da EASAVIC, Amor e Funcionamento Conjugal, correlações negativas entre as restantes dimensões da CTS2 e as dimensões da EASAVIC e verificou-se ainda que a inclusão da desejabilidade social contribuiu para um aumento da variância explicada, diferenças de género não foram verificadas.

Palavras-chave: Satisfação conjugal; Tácticas de conflito; Desejabilidade social.



Abstract

Problem: There is literature on the relationship between marital satisfaction and conflict tactics used by the couple, and the assessment of this relationship has been found compromised by social desirability expressed by at least one member of the couple. **Objective:** We investigated the relationship between marital satisfaction, conflict tactics used by the couple and social desirability. The sample consists of 103 subjects, Portuguese. Data collection was conducted through the Google drive option - Google forms. The instruments used were the Evaluation Scale of satisfaction in areas of Conjugal Life (EASAVIC) Narcissus and Costa (1996), Tactics Scales Revised Conflict (CTS2) written by Strauss and Co (1996) and validated for Portuguese by Figueiredo (2006) and the Social Desirability Scale Marlow-Crowne Short Form (SF-MCSDs) written by Ballard (1992) and validated for Portuguese by Carvalho (2000). Results (preliminary): Positive correlation was verified between negotiation (CTS2) and between the two main dimensions of EASAVIC, Love and Conjugal operation, negative correlations between the remaining dimensions of the CTS2 and dimensions of EASAVIC and yet it has been found that the inclusion social desirability contributed to an increase in the explained variance, gender differences were not found.

Keywords: Marital satisfaction; Tactics conflict; Social desirability.



Introdução

Segundo o Código Civil Português um casamento consiste em um “contrato celebrado entre duas pessoas que pretendam constituir família mediante plena comunhão de vida (artº 1577)¹. Hoje em dia, a relação conjugal é um conceito que tem vindo a tornar-se mais amplo e abrange igualmente configurações informais de vida em regime de coabitação como as uniões de fato e relações homossexuais (Pires, 2011). Esta união que resulta da necessidade natural do ser humano de estar com outro (Machado, 2007 citado por Scorsolini-Comin & Santos, 2010) e da busca da felicidade, satisfação e amor (Dias, 2000 citado por Scorsolini-Comin & Santos, 2010) tem também um papel na nossa estrutura política e económica de resultante social que satisfaz as necessidades básicas do indivíduo (Scorsolini-Comin & Santos, 2010). É um evento determinante no ciclo de vida do indivíduo no sentido em que representa um ritual de passagem (Scorsolini-Comin & Santos, 2008, Citado por Scorsolini-Comin & Santos, 2010) que requer um grande investimento afetivo, um alto grau de intimidade (Féres-Carneiro, 1998 Citado por Scorsolini-Comin & Santos, 2010) e uma reorganização das rotinas de funcionamento básico do indivíduo no dia-a-dia (Bolze & Crepaldi, 2012). Esta mudança de vida implica também expectativas de compatibilidade afetiva, sexual e intelectual (Perlin, 2006, Citado por Scorsolini-Comin & Santos, 2010) na construção de uma identidade comum assente em dois indivíduos com padrões, mitos, segredos e legados familiares diferentes (Bolze & Crepaldi, 2012). Como não é um momento isolado no tempo, atravessa diferentes fases positivas e negativas que requerem reformulações do projeto conjugal e que em conjunto com estes fatores e as diferenças de personalidade e sócio demográficas dos indivíduos determinam a sua falência ou continuidade (Bolze & Crepaldi, 2012; Narciso & Ribeiro, 2009 Citado por Bolze, Crepaldi, Schmidt e Vieira, 2013). O subsistema conjugal representa o núcleo de uma família e uma fonte de satisfação com a vida tendo por isso uma importância crucial na manutenção da saúde mental (Dessen e Braz citados por Scorsolini-Comin & Santos, 2010; Gottman, 1998, Citado por Pires 2011), física (Robles & Kiecolt-Glaser, 2003; Gottman, 1998 Citado por Pires, 2011), e qualidade de vida (Scorsolini-Comin & Santos, 2010) em toda uma estrutura familiar (Perlin, 2006, Citado por Scorsolini-Comin & Santos, 2010). O conceito de satisfação conjugal é fundamental para a qualidade e manutenção da relação conjugal (Perlin & Diniz, 2005, Citado por Scorsolini-Comin & Santos, 2010). Por satisfação podemos entender o resultado da nossa avaliação cognitiva positiva de um objeto após o compararmos com outros objetos semelhantes que pensamos terem características aceitáveis ou boas (Wachelke et al., 2004, 2007, Citado por Garcia e Cano, 2009). Dela Coleta (1989, citado por Scorsolini-Comin & Santos, 2010) defende que no caso da satisfação conjugal esta avaliação é uma reação subjetivamente experienciada no casamento, uma atitude face ao próprio relacionamento conjugal e o resultado da discrepância entre as aspirações de ambos os cônjuges e a realidade da sua união. Esta percepção de qualidade da relação tem vindo a ser relacionada cada vez mais com as competências e características relacionais em detrimento de características individuais dos cônjuges (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956, Citado por Pires, 2011). Na avaliação da qualidade de um relacionamento conjugal os casais dão importância a fatores como a intimidade, comprometimento e comunicação (Fletcher, Simpson e Thomas, 2000, Citado por Andrade e Cano, 2009) ajustamento conjugal, coesão, proximidade, formas de comunicação e estratégias de resolução de conflitos Norgren e cols.



(2004, Citado por Scorsolini-Comin & Santos, 2010). Dado que a satisfação conjugal é um conceito fundamental para a sobrevivência das uniões conjugais (Perlin & Diniz, 2005, Citado por Scorsolini-Comin & Santos, 2010) e uma vez que estas uniões implicam expectativas de compatibilidade afetiva, sexual e intelectual, quando surgem discrepâncias nestas expectativas podem surgir conflitos no seio do casal e criar a necessidade de estratégias de resolução de conflitos (Karney & Bradbury, 1995, Citado por Pires, 2011). As táticas de resolução de conflitos podem ser definidas como ações manifestas usadas pelas pessoas face a um conflito de interesses (Straus, 1990, Citado por Alexandra & Figueiredo, 2006). O conflito faz parte das relações humanas (Straus, 1990, Citado por Alexandra & Figueiredo, 2006) e pode ter um carácter adaptativo na medida em que representa uma oportunidade de resolução de problemas e transformação (Bolze, Schmidt, Crepaldi, & Vieira, 2011, Citado por Bolze, Schmidt, Crepaldi, & Vieira, 2013). No caso da relação conjugal o conflito refere-se a episódios de interação adversa entre o casal (Bolze, Schmidt, Crepaldi, & Vieira, 2013). Esta interação afeta o casal de forma moderada ou pode ganhar uma complexidade e intensidade opressivas (Bolze, Schmidt, Crepaldi, & Vieira, 2013) acabando prejudicar física e comportamentalmente toda a estrutura. Uma relação dita harmoniosa é caracterizada por uma concordância referente aos vários aspetos da vida em comum (Silvares & Souza, 2008, Citado por Bolze, Crepaldi, Schmidt e Vieira, 2013) como o sentimento de empatia, acolhimento, validação de sentimentos e respeito (Oliveira, Falcone, & Junior, 2009 citados por Bolze, Crepaldi, Schmidt e Vieira, 2013) e os casais percecionam a sua relação conjugal como satisfatória quando esta está alicerçada por compromisso, intimidade, trocas afetivas e negociação (Bolze & Crepaldi, 2012). Enquanto que alguns casais, considerados saudáveis, conseguem resolver os seus conflitos de forma pacífica (Goeke-Morey, Cummings, Harold, & Shelton, 2003, Citado por Bolze, Schmidt, Crepaldi, & Vieira, 2013), outros acabam por recorrer à violência física ou psicológica (Alvim & Souza, 2005, Citado por Bolze, Schmidt, Crepaldi, & Vieira, 2013) podendo chegar a ações de carácter abusivo como a agressão psicológica verbal e não verbal, o abuso físico com e sem sequelas e a coerção sexual (Straus, 1990, Citado por Alexandra & Figueiredo, 2006). Mesmo nas relações percecionadas como harmoniosas a forma de agressão prevalente é a agressão psicológica menor em que a díade insulta o companheiro, ameaça, grita ou abandona a discussão (Bolze & Crepaldi, 2012). Segundo Fernandes e Vasconcelos (2014) este fato pode ser explicado pela legitimação atribuída a este tipo de comportamento violento percecionado como socialmente aceitável). Tem-se observado que estas diferenças entre casais não residem no conflito em si, mas sim, nas suas estratégias de resolução (Bolze, Crepaldi, Schmidt e Vieira, 2013) e que o melhor preditor de sucesso de uma relação conjugal é a forma como a díade resolve os seus conflitos, mais precisamente a sua capacidade de negociação face a um conflito. Bolze & Crepaldi (2012) constataram também que o recurso e eficácia desta negociação depende do status económico, do papel que cada um dos cônjuges representa no seio familiar e da distribuição de poder na relação. Segundo um estudo de Bolze, Crepaldi, Schmidt e Vieira (2013) entre casais ditos saudáveis são valorizadas as formas de resolução de conflito positivas como a expressão dos sentimentos em relação ao outro, o investimento de tempo na resolução das desavenças, as cedências, o reconhecimento de atitudes positivas de afeto que visam oferecer satisfação e felicidade ao cônjuge, a empatia mesmo em momentos de desacordo, a assertividade, o respeito por



pontos de vista e sentimentos do companheiro e o comprometimento com a solução do problema. A assertividade pode ser definida como a nossa capacidade de expressar pensamentos, sentimentos e crenças e defender os nossos próprios direitos de forma direta, honesta e apropriada sem violar os direitos do outro e sem ferir os seus sentimentos (Del Prette e Del Prette, 2011, Citado por Santos, 2011).

Metodologia

Delineamento: A presente investigação é exploratória e correlacional. Os dados foram recolhidos online, através da plataforma GoogleDrive através do aplicativo formulários entre 22/07/2016 e 9/06/2016, para que resposta fica-se registada no sistema seria necessário o preenchimento completo do questionário.

Objetivos: Face à literatura constata-se que as formas de resolução de conflito positivas como a expressão dos sentimentos em relação ao outro, o investimento de tempo na resolução das desavenças, as cedências, o reconhecimento de atitudes positivas de afeto que visam oferecer satisfação e felicidade ao cônjuge, a empatia mesmo em momentos de desacordo, a assertividade, o respeito por pontos de vista e sentimentos do companheiro e o comprometimento com a solução do problema correlaciona-se positivamente com as táticas de conflito. Face ao exposto pretendemos: 1) Aferir a relação entre satisfação conjugal e táticas de conflito; e 2) Analisar uma relação ainda pouco explorada entre a Desejabilidade social para a relação entre Satisfação conjugal e Táticas de conflito, e por último 3) Explorar possíveis diferenças de género relativamente às Táticas de conflito.

Questões de investigação: Q1: Que relação existirá entre satisfação conjugal e táticas de conflito? ; Q2: Qual o contributo da Desejabilidade social para a relação entre Satisfação conjugal e Táticas de conflito? Q3: Que diferenças de género existira relativamente às Táticas de conflito utilizadas?

Participantes: A amostra é de conveniência, constituída por 57 sujeitos, do sexo masculino (n19; 33,3%) e feminino (n38; 66,7%), com orientação sexual heterossexual (n54; 94,7%) e bissexual (n1; 1,8%), envolvidos em relação amorosa (n46; 80,7%) e não (n11; 19,3).

Procedimentos estatísticos: Para testar a primeira questão de investigação procedeu-se ao índice de correlação de Spearman, considerando que se pretende correlacionar as variáveis em questão, utilizou-se o índice de Spearman considerando que os dados são quantitativos, mas não está assegurada completamente a normalidade; para a segunda questão de investigação procedeu-se à regressão linear, regressão linear é uma equação para se estimar a condicional (valor esperado) de uma variável y, dados os valores de algumas outras variáveis x, permitindo explicar uma determinada variância, no caso concreto, Desejabilidade Social, Satisfação conjugal e Táticas de conflito; enquanto que para a terceira questão de investigação procedeu-se ao t teste para amostras independentes pretendendo-se verificar diferenças entre grupos (feminino; masculino), considerando que é possível realizar operações numéricas sobre os dados, estes (os dados) se distribuem normalmente e que a homogeneidade da variância está garantida, e estando os dados agrupados por sexo, dividida em dois grupos, masculino, feminino.



Resultados

Verificou-se correlações significativas e de sentido positivo entre Negociação e Funções familiares ($\rho = ,44 < 0,01$), Tempos livres ($\rho = ,271 < 0,271$), Rede social ($\rho = ,367 < 0,01$), Autonomia ($\rho = ,509 < 0,01$), Comunicação e conflitos ($\rho = ,596 < 0,01$), Sexualidade ($\rho = ,415 < 0,01$) e Intimidade emocional ($\rho = ,577 < 0,001$). As Agressões psicológicas moderadas correlacionaram-se de forma significativa e de sentido negativo com Funções familiares ($\rho = -,533 < 0,01$), Tempos livres ($\rho = -,371 < 0,01$), Rede social ($\rho = -,398 < 0,01$), Autonomia ($\rho = -,387 < 0,01$), Comunicação e conflitos ($\rho = -,537 < 0,01$), Sexualidade ($\rho = -,320 < 0,05$) e Intimidade emocional ($\rho = -,431$). A Injúria menor correlaciona-se negativamente com a Autonomia ($\rho = -,300 < 0,01$) e Sexualidade ($\rho = -,262 < 0,01$). A Agressão psicológica grave correlaciona-se de forma negativa com Funções familiares ($\rho = -,433 < 0,01$), Comunicação e conflitos ($\rho = -,400 < 0,01$) e Intimidade emocional ($\rho = -,379 < 0,01$) (Conf. Tabela 1).

Tabela 1 – Índice de correlação bivariada de Sperman entre Satisfação conjugal (EASAVIC) e Táticas de conflito (CTS-2)

		Funções familiares	Tempos livres	Rede social	Autonomia	Comunicação e conflitos	Sexualidade	Intimidade emocional
N.	Rho	,44*	,271*	,367**	,509**	,596**	,415**	,577**
	Sig.	,001	,042	,005	,000	,000	,001	,000
A.	Rho	-,533**	-,371**	-,398**	-,387**	-,537**	-,320*	-,431**
P.	Sig.	,000	0,005	,002	0,003	,000	,015	,001
V.	Rho	-,194	-,102	-,154	-,110	-,227	-,112	-,205
F.	Sig.	,148	,452	,253	,417	0,089	,405	,126
M.	Rho	-,258	-,081	-,276*	-,300*	-,243	-,262*	-,257
I.	Sig.	,053	,55	,037	,024	,069	,049	,053
I.	Rho	,005	,055	,054	,017	,044	-,058	-,043
G.	Sig.	,973	,683	,689	,898	,743	,666	,751
A.	Rho	-,433**	-,243	-,205	-,231	-,400**	-,232	-,379**
P.	Sig.	,001	,068	,126	,084	,002	,082	,004
G.	Rho	-,011	,030	-,027	-,028	-,028	-,076	-,072
A.F.	Sig.	,936	,823	,843	,833	,835	,574	,596

** Correlação significativa ao nível de 0.01 (2-caudas).

*. Correlação significativa ao nível de 0.05 (2-caudas).

Legenda: N = Negociação; V.F.M. = Violência física menor; I.M. = Injúria menor; I.G. = Injúria grave; A.P.G. = Agressão psicológica grave; A.F.G. = Agressão física grave.

A análise estatística paramétrica utilizando uma regressão multi-linear hierárquica tendo como variável dependente a Intimidade emocional (EASAVIC) e as sub-escalas das táticas de conflito (CTS-2) – com a retirada da sub-escala negociação - permitiu obter um R de ,555,



permitindo explicar uma variância de 21,9%, sendo que a inclusão num segundo bloco da Desejabilidade social alterou o R para ,640, havendo um aumento da variância explicada para 32% (Conf. Tabela 2).

Tabela 2 - Regressão multi-linear hierárquica

Modelo	R	R Quadrado	R Quadrado Ajustado
1	,555(a)	,308	,219
2	,640(b)	,410	,320

(a) Preditores: (Constante), CTS - Negociação, CTS - Injúria Grave, CTS - Agressão Psicológica Menor, CTS - Agressão Psicológica Grave, CTS - Injúria Menor, CTS - Violência Física Menor, CTS - Agressão Física Grave.

(b) Preditores: (Constante), CTS - Injúria Grave, CTS - Agressão Psicológica Menor, CTS - Agressão Psicológica Grave, CTS - Injúria Menor, CTS - Violência Física Menor, CTS - Agressão Física Grave, Desejabilidade Social.

c) Variável dependente: Intimidade emocional

Obtivemos ainda o teste ANOVA para aferição dos modelos, obtendo um $F=3,478$ para o primeiro modelo e um $F= 4,561$ e uma significância inferior a .001 em ambos os modelos, isto significa que os dois modelos estudados são ambos válidos, contudo como vimos anteriormente a capacidade preditiva do segundo modelo é superior ao primeiro (Conf. Tabela 3).

Tabela 3 – Teste Anova para aferição dos modelos

Modelo	F	Sig.
1	3,478	,006
2	4,561	0,001

a) Variável dependente: Intimidade emocional.

(b) Preditores: (Constante), CTS - Negociação, CTS - Injúria Grave, CTS - Agressão Psicológica Menor, CTS - Agressão Psicológica Grave, CTS - Injúria Menor, CTS - Violência Física Menor, CTS - Agressão Física Grave.

(c) Preditores: (Constante), CTS - Injúria Grave, CTS - Agressão Psicológica Menor, CTS - Agressão Psicológica Grave, CTS - Injúria Menor, CTS - Violência Física Menor, CTS - Agressão Física Grave, Desejabilidade Social.

Não se verificaram diferenças de género relativamente a satisfação conjugal e a táticas de conflito.

Discussão

A correlação positiva entre negociação (CTS2) e as duas principais dimensões da ESAVIC: Amor e Funcionamento Conjugal, corroboram investigações anteriores que sustentam que o melhor preditor de sucesso de uma relação conjugal é a forma como o casal resolve os seus conflitos, mais precisamente a sua capacidade de negociação face a um conflito (Fletcher, Simpson e Thomas, 2000 citados por Andrade e Cano, 2009; Norgren e cols., 2004 Citado por Scorsolini-Comin & Santos, 2010; Bolze & Crepaldi, 2012). Verificamos correlações negativas entre todas as restantes dimensões da CTS2 e as dimensões da ESAVIC o que nos leva a concluir que apesar de encontrarmos um impacto positivo da negociação na satisfação



conjugal o mesmo não acontece com as outras táticas de resolução de conflito que acabam por prejudicar a qualidade da relação. Estes resultados permitem-nos afirmar que, uma vez que a satisfação conjugal está mais relacionada com competências relacionais do que com características individuais da díade (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956, citados por Pires, 2011), pode ser melhorada através da promoção de uma negociação mais eficaz. O treino de competências assertivas pode ajudar o casal a ir ao encontro das expectativas afetivas, sexuais e intelectuais que trazem para a relação conjugal fomentando a satisfação conjugal (Perlin, 2006 citado por Scorsolini-Comin & Santos, 2010) e diminuir a frequência de comportamentos agressivos na relação (Vasconcelos Alvim & Souza, 2005, Citado por Bolze, Schmidt, Crepaldi, & Vieira, 2013; Fernandes e Vasconcelos, 2014). As implicações desta mudança contribuem para a consolidação do casal (Bolze & Crepaldi, 2012), promoção de melhor saúde física e mental do indivíduo (Dessen & Braz Citado por Scorsolini-Comin & Santos, 2010; Gottman, 1998, Citado por Pires 2011) e do núcleo familiar (Perlin, 2006 Citado por Scorsolini-Comin & Santos, 2010). A inclusão da variável moderadora Desejabilidade social entre a relação Satisfação conjugal (Intimidade emocional) e as táticas de conflito negativas, permitiu aumentar de forma significativa a variância explicada, daqui se pode inferir com alguma segurança de que as pessoas responderam de forma socialmente aceitável, i.e., que entre os casais as injúrias e agressões não acontecem, tanto como vítimas, seja como vitimizadores. Uma outra leitura possível através da psicologia comportamental e clínica analítico comportamental é a de que estamos face a um tato distorcido, ou seja, um operante verbal controlado por um estímulo antecedente específico, no caso concreto a pergunta escrita da equipa de investigação e que tem como função evitar ou adiar a apresentação do estímulo aversivo ou mantidos por reforçadores positivos (Skinner, 1957, Medeiros, 2002, Borges & Cassas, 2011). No caso concreto das táticas de conflito negativas, a pessoa como vítima pode diminuir a realidade ou mesmo mentir para assim evitar “males menores”, se o companheiro(a) descobrir a resposta “vai me dar uma tarefa”, “se ele for preso, ele depois vinga-se”, se pelo contrário se estivermos a falar de um vitimizador, ele está nitidamente em fuga-esquiva de consequências aversivas, tais como, prisão, restrição da liberdade e do contato com a vítima e dos filhos (no caso em que existam) e também por reforçadores positivos, tais como, ter uma imagem positiva face à equipa de investigação e da sociedade em geral. Não queremos com isso dizer que formas graves de injúrias e agressões possam se ter verificado, queremos sim dizer que é plausível que as respostas tenham enviesamento e isso inclui respostas de injúria e agressão moderadas ou simplesmente pequenos distúrbios de relacionamento sem caráter psicopatológico.

Agradecimentos

Artur Jorge Vieira Fatia da Silva Pereira: Pretendo agradecer à minha família pelo apoio prestado ao longo desta investigação, mais precisamente à minha esposa, Claudia Isabel Agostinho Assis Silva Pereira, e aos meus filhos Daniel Filipe Assis Schenk Fatia Pereira e a Ester Carolina Assis Schenk Fatia Pereira, os meus tesouros.

Rafaela Correia de Almeida: Agradeço a todas as pessoas que de alguma forma contribuem ou me deixam contribuir para que os sonhos sejam possíveis.



Contacto para Correspondência

Artur Jorge Vieira Fatia da Silva Pereira, J.F. Schenk Soluções Estísticas, Portugal,
psicologiasaude@msn.com

Rafaela Correia de Almeida, J.F. Schenk Soluções Estísticas, Portugal,
rafaela.correia.almeida@gmail.com

Referências

- Alexandra, C., & Figueiredo, B. (2006). Versão portuguesa das “Escala de Táticas de Conflito Revisadas”: estudo de validação. *Psicologia: Teoria e prática*, 2, 14-39.
- Bolze, S. & Crepaldi, M. (2012). *Relacionamento Conjugal e Táticas de Resolução de Conflitos entre os Casais*. Familiare Instituto Sistêmico, Florianópolis.
- Bolze, S., Crepaldi, M., Schmidt, B., Vieira, M. (2013). Relacionamento Conjugal e Táticas de Resolução de Conflito entre Casais. *Actualidades en Psicología*, 114, 71-85.
- Borges, N. B., & Cassas, F. A. (2011). *Operantes verbais*. In N. B. Borges & F. A. Cassas, Clínica Analítico Comportamental. Brasil: Artmed.
- Carvalho, M. (2000). *O Modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais: Estudo dos Determinantes dos Comportamentos Preventivos na Transmissão do VIH em Jovens Adultos*. ISPA, Lisboa.
- Fernandes e Vasconcelos, M. (2014). *As diferenças de sexo nas representações sociais de violência entre parceiros íntimos numa amostra de estudantes de saúde, serviço social e militares*. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Figueiredo, C. A. B. (2006). Versão portuguesa das “Escala de Táticas de Conflito Revisadas”: estudo de validação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2, 14-39.
- Garcia, A. & Cano, D. (2009). Preditores de Satisfação Global em Relacionamentos Românticos. *Psicologia: Teoria e Prática*, 3, 143-156.
- Medeiros, C. A. (2002). Comportamento verbal na terapia analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental*, 2, 105-118.
- Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.
- Pires, A. (2011). *Coping Diático e Satisfação Conjugal: Um Estudo em Casais Portugueses*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Santos, T. (2011). Promoção da Sexualidade Saudável: Relação entre satisfação sexual, assertividade e auto-eficácia em jovens adultos universitários. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Scorsolini-Comin, F., Santos, M. (2010). Satisfação Conjugal: Revisão Integrativa da Literatura Científica Nacional. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 3, 525-531.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Copley Publishing Group.



Fatores preditores para a prática de crimes sexuais por adolescentes: avaliação de fatores de risco em jovens abusadores sexuais de crianças, jovens violadores e jovens agressores não sexuais

Eduarda Ramião¹ & Ricardo Barroso¹

1. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal

Resumo

A identificação de preditores de violência sexual juvenil é importante para a prevenção da sua ocorrência. Avaliar prospectivamente esses preditores entre os adolescentes pode ajudar a entender a trajetória deste comportamento, possibilitando o desenvolvimento de intervenções específicas. O propósito deste estudo foi explorar quais os fatores que predizem a agressão sexual e quais os fatores que diferenciam os grupos de jovens agressores sexuais (JAS) de jovens agressores não sexuais (JANS), subdividindo estes últimos pelo tipo de crime praticado: violadores e abusadores sexuais de crianças. A recolha de dados foi realizada em instituições sob tutela da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. A amostra foi dividida em três categorias com base no tipo de crime praticado: abusadores sexuais de crianças ($n=76$), violadores ($n=64$) e JANS ($n=130$). Além de um instrumento específico em que se obteve informações sociodemográficas e criminais, foi solicitado aos sujeitos o preenchimento da *Youth Self Report*, do *Questionário de Agressão* e da *Escala de Fantasias Sexuais de Wilson*. Os resultados obtidos permitiram verificar que os jovens violadores se distinguem dos jovens abusadores sexuais de crianças por serem mais velhos, praticarem agressão às vítimas e apresentarem maiores hábitos etílicos. Quando comparados individualmente com os JANS não se encontraram, na sua maioria, preditores distintos entre os subgrupos de JAS. Nos JAS os fatores preditores ligados à psicopatologia, aos comportamentos de agressão e de externalização não são preponderantes para a prática de crimes sexuais. Os resultados são discutidos tendo em conta aspetos de avaliação e intervenção clínica com esta população.

Palavras-chave: Violência sexual; jovens agressores sexuais; abusadores sexuais de crianças; violadores.



Abstract

The identification of the predictors to juvenile sexual violence is important to prevent its occurrence. Regarding juvenile sexual violence, a prospective evaluation of sexual offense predictors among juveniles can help to understand this behaviour trajectory, and through it enabling the development of specific interventions. In this research, we analyse factors that predicted sexual offenses and which factors could differentiate juvenile non-sex offenders (JNSO) from juvenile sex offenders (JSO), subdividing JSO by: peers/adults offenders and child sex offenders. The data collection was carried out in Directorate-General for Reintegration and Prison Services–Ministry of Justice [Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais]. The sample was divided in three categories based on the type of the crime committed: child sex offenders (n = 76), peers/adults offenders (n = 64) and JNSO (n = 130). In addition to a specific instrument that has obtained sociodemographic and criminal information, subjects were asked to fill the Youth Self Report, Aggression Questionnaire and Wilson Sexual Fantasies Questionnaire. The results showed that peers/adult offenders differentiate themselves from child sex offenders by being older, more aggressive to the victims and present a larger alcohol intake. The comparison between the JNSO group and JSO subgroups showed no distinct predictors. In the JSO subgroups the predictive factors related to psychopathology, aggression and externalization behaviours are not preponderant to the practice of sex crimes. The results are discussed taking into account aspects of assessment and clinical intervention with this population.

Keywords: Sexual violence; juvenile sex offenders; juvenile child sex abusers; peers/adults offenders.



Introdução

A maioria das pesquisas sobre perpetradores de violência sexual ou de violência não sexual tem-se centrado em estudantes universitários ou em adultos com ligação ao sistema judicial. Pouco se tem estudado sobre a agressão sexual entre os adolescentes, não se identificando os fatores de risco conducentes a estes comportamentos nesta faixa etária (Abbey & McAuslan, 2004; Seto & Lalumière, 2010; Yeater, Lenberg, & Bryan, 2012). Muitos investigadores estão agora a reconhecer que o estudo de adolescentes infratores pode constituir-se como pertinente para a compreensão do início e curso das agressões cometidas por adolescentes, embora a delinquência juvenil não seja um assunto contemporâneo (Barroso, 2010; Malin, Saleh, & Grudzinskas, 2014; Seto & Lalumière, 2010).

Numa perspetiva desenvolvimental, as experiências de infância influenciam o desenvolvimento e o comportamento dos adolescentes, sendo que um ambiente relacional problemático poderá produzir riscos significativos a nível biológico e psicológico (Feldman, 2007; Manita, 2008; Seto & Lalumière, 2010). As primeiras experiências adversas do indivíduo podem influenciar o desenvolvimento do controlo inibitório sobre as tendências agressivas e o desejo sexual normal, bem como provocar interesses sexuais atípicos com um impacto causal significativo (Seto & Lalumière, 2010).

Os fatores de risco e os fatores de proteção dos jovens agressores sexuais ao longo do seu desenvolvimento poderão ser preponderantes na desistência ou reincidência das agressões sexuais. Assim, fatores como a supervisão parental e o vínculo parental poderão ser preponderantes para a desistência ou reincidência desses comportamentos (Klein, Rettenberger, Yoon, Kohler, & Briken, 2015; Van der Put & Asscher, 2015; Worling & Langton, 2015).

Explicações teóricas sobre os JAS tendem a concentrar-se em fatores específicos do delito (Malin et al., 2014; Seto & Lalumière, 2010). Os atos sexuais mais comuns cometidos por jovens menores de idade abrangem as violações e os abusos sexuais de outros menores (Barroso, 2012). Os fatores que diferenciam estas tipologias de agressores sexuais são relacionados com as características específicas das vítimas (e.g., idade da vítima), dos perpetradores e do tipo de comportamentos sexualmente agressivo (Aebi, Giger, Plattner, Metzke, & Steinhausen, 2014; Glowacz & Born, 2013; Kemper & Kistner, 2010; Malin et al., 2014).

Na teoria integrativa, Ward e Beech (2006) procuraram incorporar fatores explicativos para a violência sexual juvenil. Esses fatores englobam a seleção evolutiva, os fatores socioculturais e os fatores individuais. Os resultados de Ward e Beech (2006), demonstram que os jovens agressores sexuais diferem de outros adolescentes infratores quanto às suas histórias de abuso sexual e físico, problemas de regulação emocional, traços de personalidade (e.g., impulsividade e empatia), competências sociais, atitudes e crenças sobre o ofensor sexual e interesses sexuais atípicos.

Do mesmo modo, Seto e Lalumière (2010) indicaram que os JAS quando comparados com JANS, estes apresentam índices maiores de consumo de substâncias. Em relação ao nível cognitivo, a tendência foi para os JAS apresentarem limitações cognitivas. Os indivíduos com competências cognitivas inferiores podem apresentar maior dificuldade no controlo dos



impulsos e serem mais propensos a cometerem crimes sexuais oportunistas, ou mais propensos a serem sexualmente rejeitados, recorrendo a atos sexuais com crianças ou a coerção sexual com pares.

No mesmo sentido, Worling (2012) refere que uma história de vitimização sexual, influências socioculturais e influências genéticas ao longo do desenvolvimento podem ser fatores influenciadores/desencadeadores da excitação sexual desviante em adolescentes.

Com vista a explorar os fatores de risco para a agressão sexual entre JAS do género masculino, Yeater e colaboradores (2012), avaliaram quais os preditores de agressão sexual, nomeadamente no que diz respeito ao uso de substâncias e comportamentos sexuais de risco. As suas análises revelaram que os indivíduos que relataram maiores consumos de substâncias e prática de delitos menos graves, ou que relataram maior impulsividade, busca de sensações e comportamentos de externalização, também relataram participar em agressões sexuais mais graves. No entanto, outros fatores não se relacionaram com a agressão sexual, incluindo a idade, etnia e situação de vida. As variáveis relativas à experiência sexual não foram significativamente associadas com a agressão sexual.

Procurando avaliar critérios de classificação para distinguir tipologias de JAS, de acordo com a idade da vítima, características pessoais e antecedentes criminais, um estudo de Kemper e Kistner (2010) comparou jovens abusadores sexuais de crianças (JAS-A), com outros JAS. Os autores concluíram não existirem diferenças significativas no que concerne aos critérios de classificação/distinção entre JAS (Kemper & Kistner, 2010), o que coincide com os resultados obtidos por Fanniff e Kolko (2012) que identificaram que as características clínicas podem ser mais úteis para estabelecer tipologias de JAS do que as características da prática dos crimes.

Do mesmo modo, um estudo de Glowacz e Born (2013) procurou identificar duas tipologias de criminosos sexuais em função da idade da vítima e da diferença de idade entre o agressor e a vítima (abusadores sexuais de crianças vs. abusadores sexuais de pares), e comparar as características de personalidade destes dois subgrupos com os de JANS. Os resultados indicaram que os jovens abusadores sexuais de pares apresentaram maiores índices nas escalas de personalidade antissocial e de abuso de substâncias, à semelhança de JANS. Concluíram, também, existirem diferenças, entre JAS-A e jovens abusadores sexuais de pares, ao nível das características de personalidade e síndromes clínicas. Sendo que os JAS-A apresentam mais problemas de internalização e de níveis de ansiedade social ou generalizada, do que os jovens abusadores sexuais de pares, que apresentam mais problemas de externalização e questões antissociais.

O conhecimento pormenorizado dos fatores de risco em JAS, em comparação com JANS, poderá apresentar pertinência científica em diversas realidades, como no âmbito da psicologia clínica e forense, permitindo uma avaliação psicológica, intervenção psicoterapêutica e prevenção mais específicas e melhoradas. Torna-se, assim, pertinente explorar quais os fatores que predizem a agressão sexual e quais diferenciam os grupos de JAS e JANS numa amostra Portuguesa. Deste modo, poder-se-á verificar quais as particularidades dos JAS, encontrar as diferenças significativas entre os JAS e os JANS, e de que modo é que as subcategorias de JAS (violadores e abusadores sexuais de crianças) se



distinguem em termos de preditores, quando comparados entre si e com os JANS. A partir dos resultados encontrados nos estudos mencionados, a previsão é de que os seguintes fatores de risco sejam prevalentes nos JAS: características individuais (e.g., contexto comunitário, práticas parentais); características dos crimes (e.g., idade e género da vítima); comportamentos de agressão e/ou outras dimensões associadas; psicopatologia (e.g., ansiedade e depressão) e fantasias sexuais.

Metodologia

Participantes

Foi estudada uma amostra de 270 indivíduos, constituída por 140 (51.9%) jovens agressores sexuais e 130 jovens agressores não sexuais. Foram definidos como critérios de inclusão na amostra indivíduos do género masculino que tenham cometido um facto qualificado pela lei como crime (sexual e não sexual), entre os 12 e os 18 anos, respeitando, assim, as indicações das associações internacionais (Miner et al., 2006). A amostra foi dividida em três categorias com base no tipo de crime praticado: 28.3% (n=76) abusadores sexuais de crianças (JAS-A); 23.7% (n=64) violadores (JAS-V) e 48.1% (n=130) JANS.

Instrumentos

File-Based Psychosocial and Criminal Variables Questionnaire. Tinha-se o propósito de descrever um conjunto de variáveis associadas às características sociodemográficas e psicológicas de JAS e as especificidades dos crimes sexuais cometidos. Este instrumento é preenchido pelo investigador através da leitura dos dados constantes no processo individual dos sujeitos. Eram registadas informações relativas a cerca de 150 variáveis, que cobriam diversas áreas da vida do jovem agressor sexual (e.g., elementos sociodemográficos, família, história desenvolvimental, contexto residencial e comunitário, história de institucionalização, história de comportamentos delinquentes, informações sobre o crime cometido, variáveis jurídicas, sexualidade, competências interpessoais, uso/abuso de substâncias e história médica).

Youth Self Report (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001; adaptado por Gonçalves, Dias, & Machado, 2009). É um instrumento de autorrelato utilizado para a avaliação de problemas emocionais e comportamentais entre os 11 e os 18 anos de idade. Este instrumento é constituído por 120 itens, em que cada um descreve um problema evidenciado nos últimos seis meses, cotados numa escala de três pontos: como 0 (Não é verdade), 1 (De alguma forma ou algumas vezes verdadeira), ou 2 (Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira). O YSR contempla Subescalas de Internalização e de Externalização e Escalas de Competência, possuindo, também, oito síndromas (Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento de Quebra de Regras e Comportamento Agressivo). Na versão utilizada surgem mais seis subescalas de diagnóstico com relação ao Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM) (Problemas de Ansiedade, Problemas Afetivos, Problemas Somáticos, Problemas de Atenção e Hiperatividade, Problemas Oposicionais-Desafiantes e Problemas de Comportamento). O ponto de corte, T de 65 pontos, permitindo



diferenciar sujeitos com alto risco de psicopatologia de outros (Achenbach & Rescorla, 2001; Achenbach, 2010). Na presente investigação os valores de consistência interna do instrumento variaram de 0.70 a 0.94.

Questionário de Agressão (QA; Buss & Perry, 1992; adaptado por Pechorro, Barroso, Poiares, & Oliveira, 2015). É um instrumento de autorrelato, com uma escala do tipo likert, em que um total de 29 itens está associado a respostas que variam entre 1 (Nunca ou quase nunca) e 5 (Sempre ou quase sempre). Este questionário é constituído por quatro subescalas: agressividade física (nove itens), agressividade verbal (cinco itens), raiva (sete itens) e hostilidade (oito itens). Permitindo, assim, avaliar o comportamento agressivo na componente instrumental (Agressão Física e Agressão Verbal), na componente emocional (Raiva) e na componente cognitiva (Hostilidade). Os scores das diferentes subescalas são obtidos através da média dos itens que compõem cada subescala e o score total obtido a partir da média da soma dos 29 itens. Possui dois itens com necessidade de inversão (itens 15 e 24). No que respeita à análise confirmatória, Pechorro et al. (2015), concluíram que o modelo dos quatro fatores apresentava um bom ajustamento dos dados, possuindo indicadores de fidelidade entre 0.72 e 0.85. Nesta investigação os indicadores oscilaram entre 0.65 e 0.82.

Escala de Fantasias Sexuais de Wilson (EFS-W; Wilson, 1988; adaptado por Barroso, Manita, & Nobre, 2010). A EFS-W tem como principal objetivo analisar o tipo de fantasia sexual mais prevalente no indivíduo. A Escala é constituída por 40 exemplos de fantasias sexuais, divididas em quatro categorias: Exploratórias, Íntimas, Impessoais e Sadomasoquistas. Na versão original este questionário possui indicadores de consistência interna entre 0.66 e 0.79, na presente investigação os valores oscilam entre 0.75 e 0.83. É importante frisar que, do ponto de vista clínico e forense, apenas a presença de elevadas fantasias sexuais sadomasoquistas é considerada de algum modo um problema. A presença de qualquer uma das restantes fantasias sexuais sugere, unicamente, uma forma particular de vivenciar a sexualidade (Wilson, 2010).

Procedimentos

Para realização da investigação, foi solicitada permissão à Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, para recolha de dados referentes a jovens com processos judiciais em centros educativos, estabelecimentos prisionais e equipas tutelares educativas. Após permissão institucional foram considerados na amostra os indivíduos que preencheram os critérios de inclusão.

Os indivíduos foram informados sobre os propósitos da pesquisa, sendo clarificadas noções associadas à voluntariedade de participação e confidencialidade dos dados, tendo em conta os procedimentos éticos da investigação em Psicologia. A recolha dos dados foi realizada a partir da técnica de testagem individual, entre instruções e recolha dos questionários.



Análise Estatística

Para tratamento estatístico recorreu-se ao *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 23, com análises de regressão logística. Para se proceder às análises de regressão logística em SPSS seguimos as indicações de Pallant (2005). Foram elaboradas análises de regressão múltipla para testar a multicolinearidade, verificando-se fortes correlações entre as variáveis dependentes e as variáveis independentes e adequadas inter-correlações entre os preditores. De seguida, procedeu-se à análise do Teste de Hosmer e Lemeshow e, por fim, verificou-se as indicações contidas na Tabela de Equação (e.g., *Wald Statistic*, *odds ratio*, intervalos de confiança) que forneceu informações sobre a importância de cada uma das variáveis de previsão. Nas análises efetuadas determinou-se o nível de confiança a 95% ($p < .05$).

Resultados

Numa primeira análise verificou-se se as variáveis independentes em estudo apresentavam níveis significativos de associação com o tipo de agressão cometida pelo jovem (sexual, não-sexual). Foram encontradas cerca de 14 associações significativas nas análises de associação, essas variáveis foram selecionadas para inclusão no modelo de regressão logística. As variáveis preditoras são todas aquelas que englobam as variáveis características individuais, características do crime, comportamentos de agressão e/ou centrados em dimensões associadas, psicopatologia e fantasias sexuais mencionadas nas tabelas 1, 2 e 3.

Ao avaliar os preditores que diferenciam jovens violadores de jovens abusadores sexuais de crianças, as variáveis preditoras características individuais (e.g., a avaliação cognitiva e o consumo etílico) e características do crime (e.g., houve agressão à vítima e idade do agressor na prática do crime) foram significativas (Tabela 1), não se verificando outras variáveis no modelo como estatisticamente significativas. Os JAS-A apresentam mais probabilidade de ter um resultado cognitivo inferior à média ($or=10.64$), comparativamente com os JAS-V. Por outro lado, os JAS-A apresentam menor probabilidade de consumir substâncias etílicas ($or=0.01$), praticar agressão à vítima ($or=0.10$) e o agressor ser mais velho ($or=0.70$).

Tabela 1

Preditores da agressão sexual: comparação entre JAS-V e JAS-A - Regressão Logística

Variável Preditora	OR	B	SE	IC 95%
Características Individuais				
Avaliação Cognitiva	10.64**	2.36	1.26	[0.91, 124.75]
Consumo Etílico	0.01**	-4.34	1.75	[0.00, 0.40]
Características do crime				
Agressão à Vítima	0.10*	-2.31	0.56	[0.03, 0.29]
Idade do Agressor	0.70**	-0.36	0.19	[0.48, 1.01]

Nota. OR= odds ratio; IC= intervalo de confiança. $R^2 = 0.46$ (Cox & Snell), 0.66 (Nagelkerke) - características individuais. $R^2 = 0.38$ (Cox & Snell), 0.51 (Nagelkerke) - características crime.

* $p < .000$. ** $p < .05$.

Ao avaliar os preditores que diferenciam JANS de JAS-V (Tabela 2) verifica-se que os JAS-V apresentam uma maior probabilidade de, no seu percurso desenvolvimental, os



progenitores não se terem afastado em idade precoce por motivos de internamento hospitalar, durante três anos ($or=19.69$), bem como, maior probabilidade de os progenitores não se terem afastado por motivos de toxicod dependência ($or=29.08$) em comparação com os JANS. Nas variáveis características crime os JAS-V apresentaram maior probabilidade de a vítima ser do género feminino ($or=94.83$), do agressor ser mais jovem ($or=5.99$) e não revelarem presença de empatia com a vítima e de reparação ($or=23.92$) em comparação com os JANS. Os JAS-V obtiveram menor probabilidade de a idade da vítima ser mais velha ($or=0.88$) e da atitude do ofensor ser positiva face ao crime ($or=0.07$) do que os JANS. Em termos de comportamentos de agressão os JAS-V têm uma maior probabilidade de obter índices mais baixos no *Questionário YSR* ($or=1.04$) e uma vez menor probabilidade de obter índices maiores de externalização ($or=0.82$) do que os JANS. Os JAS-V tem uma vez menor probabilidade de obterem maiores índices de ansiedade ($or=0.58$), de problemas de comportamento ($or=0.83$) e fantasias sexuais exploratórias ($or=0.83$) do que os JANS, indicando estes maiores índices de ansiedade e depressão no *Questionário YSR* ($or=1.36$) do que os JAS-V.

Foram encontrados dez preditores para diferenciar significativamente JANS e JAS-A (Tabela 3). Os JAS-A foram significativamente menos propensos a terem uma supervisão parental adequada ($or=28$) e um comportamento na escola adequado ($or=4.05$) do que os JANS. Os JAS-A foram uma vez menos propensos a praticar o crime com vítimas mais velhas ($or=0.86$), de ambos os géneros ($or=0.15$), a praticar agressão ($or=0.09$) e a atitude do ofensor ser positiva ($or=0.08$) do que os JANS e, mais propensos a que as suas vítimas fossem do género

Tabela 2

Preditores da agressão sexual: comparação entre JANS e JAS-V - Regressão Logística

Variável Preditora	OR	B	SE	IC 95%
Características Individuais				
AfastamentoProgenitores1	19.69**	2.98	1.21	[1.85, 209.38]
AfastamentoProgenitores7	29.08**	3.37	1.67	[1.09, 771.43]
Características crime				
Idade da Vítima	0.88**	-0.13	0.03	[0.81, 0.95]
Género da Vítima 1	94.83*	4.55	1.27	[7.83, 1148.94]
Idade do Agressor	5.99**	1.79	0.56	[1.97, 18.22]
Presença de Empatia	23.92**	3.18	1.27	[1.98, 289.38]
Atitude do ofensor	0.07**	-2.58	1.20	[0.01, 0.81]
Agressividade				
YSR_Externalização	0.82**	-0.19	0.07	[0.72, 0.95]
YSR_Total	1.04**	0.04	0.02	[1.00, 1.08]
Psicopatologia				
YSR_Ans. e Dep.	1.36**	0.31	0.16	[1.01, 1.83]
YSR_Prob_Ans	0.58**	-0.54	0.26	[0.35, 0.96]
YSR_Prob_Comportamento	0.83**	-0.19	0.07	[0.72, 0.95]
Fantasias Sexuais				
EFS-W_Exploratórias	0.83**	-0.17	0.08	[0.69, 0.98]

Nota. OR= odds ratio; IC= intervalo de confiança. $R^2 = 0.32$ (Cox & Snell), 0.52 (Nagelkerke) – características individuais. $R^2 = 0.63$ (Cox & Snell), 0.85 (Nagelkerke) – características crime. $R^2 = 0.14$ (Cox & Snell), 0.21 (Nagelkerke) – agressividade. $R^2 = 0.15$ (Cox & Snell), 0.22 (Nagelkerke) – psicopatologia. $R^2 = 0.10$ (Cox & Snell), 0.14 (Nagelkerke) – fantasias sexuais.

* $p < .000$. ** $p < .05$.

feminino.



Os JAS-A foram uma vez mais propensos a terem índices mais baixos na escala YSR ($or=1.05$) e uma vez menor probabilidade de obterem índices altos de problemas de comportamento ($or=0.86$) e de fantasias sexuais exploratórias ($or=0.84$) em comparação com os JANS.

Tabela 3

Preditores da agressão sexual: comparação entre JANS e JAS-A - Regressão Logística

Variável Preditora	OR	B	SE	IC 95%
Características Individuais				
Supervisão Parental1	28.00**	3.33	1.35	[1.95, 402.10]
Comportamento na Escola1	4.05**	1.39	0.71	[0.99, 16.44]
Características crime				
Idade da Vítima	0.86**	-0.15	0.05	[0.79, 0.94]
Género da Vítima 1	18.65**	2.93	1.06	[2.35, 148.04]
Género da Vítima 2	0.15**	-1.93	0.89	[0.02, 0.83]
Agressão à Vítima	0.09**	-2.45	0.79	[0.01, 0.41]
Atitude do ofensor	0.08**	-2.47	1.02	[0.01, 0.62]
Agressividade				
YSR_Total	1.05**	0.05	0.02	[1.01, 1.09]
Psicopatologia				
YSR_Prob_Comportamento	0.86**	-0.15	0.07	[0.74, 1.00]
Fantasias Sexuais				
EFS-W_Exploratórias	0.84**	-0.18	0.07	[0.72, 0.98]

Nota. OR= odds ratio; IC= intervalo de confiança. $R^2 = 0.42$ (Cox & Snell), 0.58 (Nagelkerke) - características individuais. $R^2 = 0.59$ (Cox & Snell), 0.79 (Nagelkerke) - características crime. $R^2 = 0.16$ (Cox & Snell), 0.26 (Nagelkerke) - agressividade. $R^2 = 0.08$ (Cox & Snell), 0.14 (Nagelkerke) - psicopatologia. $R^2 = 0.07$ (Cox & Snell), 0.11 (Nagelkerke) - fantasias sexuais.

* $p < .000$. ** $p < .05$.

Discussão

O foco da presente investigação foi a exploração de fatores de risco para a agressão sexual perpetrada por jovens do género masculino, e de que modo é que as subcategorias de JAS (violadores e abusadores sexuais de crianças) se distinguem em termos de preditores quando comparados com JANS.

Os nossos resultados apoiam as hipóteses iniciais sendo consistentes com estudos anteriores, que verificam que os JAS apresentam um carácter polimorfo e que os fatores preditores das subcategorias de JAS são distintos entre si e em comparação com JANS (Aebi et al., 2014; Barroso, 2012; Seto & Lalumière, 2010; Ward & Beech, 2006; Yeater et al., 2012).

Quando comparados os JAS-V e os JAS-A verificou-se que o primeiro grupo apresentou como preditor o consumo etílico, enquanto o segundo grupo apresentou, como fatores preditivos, resultados cognitivos inferiores à média. No que diz respeito às características dos crimes, foram encontrados dois preditores que distinguem estas subcategorias, sendo a idade dos JAS-V mais velha e o facto de estes exercerem atos de agressão às vítimas no momento da prática do crime. Relativamente às características das práticas dos crimes, apesar de nesta amostra não haver fatores específicos do delito para a distinção dos JAS (Seto & Lalumière, 2010) foram estabelecidos significativos critérios de distinção de JAS, ao nível das características dos crimes, baseados na idade do agressor e na prática da agressão, enquanto



as características clínicas (e.g., psicopatologia, comportamentos de agressão e fantasias sexuais) não permitiram distinguir JAS, havendo apenas distinção ao nível dos resultados cognitivos, contrariando as conclusões de Kemper e Kistner (2010) e Fanniff e Kolko (2012).

Nesta comparação, os JAS não apresentaram, como fatores preditores, variáveis características individuais (e.g., contexto familiar, história desenvolvimental, contexto residencial e comunitário, de comportamentos de agressão e/ou centrados em dimensões associadas, de psicopatologia e de fantasias sexuais. À semelhança do que se verifica no presente estudo, de acordo com a investigação de Yeater et al. (2012), com o objetivo de se avaliarem preditores da agressão sexual em jovens com participações judiciais, fatores como o consumo de etílico foram preditores da agressão sexual, não se verificando que as variáveis de experiência sexual e de situações de vida dos jovens fossem fatores preditivos. Contudo, outras variáveis preditoras (e.g., impulsividade, comportamentos de externalização) em Yeater et al. (2012) não se verificaram quando os JAS-V e JAS-A foram comparados.

Quando os JAS são comparados individualmente com os JANS não se encontraram, na sua maioria, preditores distintos entre os subgrupos de JAS. Nos JAS verifica-se que os fatores preditores ligados à psicopatologia, aos comportamentos de agressão e de externalização não são preponderantes para a prática de crimes sexuais. Estes jovens apresentam as características específicas do crime (e.g., vítimas do género feminino, idade da vítima mais nova, sentimentos de culpa face ao crime) e o meio sociocultural como significativo para a prática de violência sexual juvenil. Por um lado, os JAS-V apresentam como fatores preditores o consumo etílico, a prática de agressão à vítima, o agressor ser mais jovem e não revelarem presença de empatia com a vítima ou de reparação. No entanto, verifica-se que o consumo etílico apenas foi fator preditor para os JAS-V. Por outro lado, os JAS-A apresentam resultados cognitivos inferiores à média, uma supervisão parental desadequada e um comportamento em contexto escolar desadequado.

Relativamente aos JANS, os fatores preditores centram-se em variáveis de psicopatologia (e.g., ansiedade e depressão), de problemas de comportamento e externalização e de praticar os delitos em vítimas de ambos os géneros, mais velhas. Sendo prevalente o afastamento dos pais em idade precoce por motivos de internamento hospitalar ou por toxicodependência dos pais.

De acordo com os fatores preditores alcançados verifica-se que, a nível clínico, os JANS tenderão a beneficiar de intervenções mais semelhantes aos restantes jovens delinquentes, centradas na minimização dos fatores de risco associados à delinquência juvenil (e.g., problemas de comportamento antissocial e de externalização) e nos fatores psicopatológicos (e.g., ansiedade e depressão). Apesar de os JAS apresentarem características preditoras semelhantes ao que seria esperado nos jovens delinquentes (e.g., consumo etílico e supervisão parental desadequada) demonstraram, no seu global, um percurso diferente dos restantes jovens delinquentes. Assim, os JAS beneficiariam de avaliações e intervenções adaptadas especificamente a cada jovem com base na análise de cada fator preditor, focalizando, também, nos fatores responsáveis pelo seu desvio comportamental em termos sexuais (Worling, 2012).



Como anteriormente referido, as experiências de infância poderão influenciar o desenvolvimento e o comportamento dos adolescentes (Barroso, 2012; Feldman, 2007; Manita, 2008; Seto & Lalumière, 2010). Apesar de, na nossa investigação, não se terem encontrado associações significativas com todas as variáveis em estudo, e estas poderem prever as agressões sexuais, não quer dizer que esses fatores não estejam presentes nas situações específicas de cada indivíduo/subgrupo, ou seja, não se poderá generalizar dizendo que estes fatores não influenciem a prática de agressões sexuais, embora estes não se verifiquem preditores significativos no presente estudo. Poderá ser importante em trabalhos futuros avaliar a extensão e gravidade do comportamento delinquente de forma mais abrangente, bem como os fatores específicos das características da sexualidade do indivíduo.

Em jeito de conclusão, afigura-se-nos ser de referir que, ainda que no presente estudo os grupos, quando comparados, apresentem particularidades, é perceptível que os comportamentos de consumo etílico, resultados cognitivos, acompanhamento parental desadequado, desadequada supervisão parental, idade e género da vítima, idade do agressor, comportamentos de externalização, índices de ansiedade e depressão, sejam fatores preditores/risco para a prática de delitos em jovens agressores.

Agradecimentos

A todas as pessoas que colaboraram e participaram no processo de investigação.

Contacto para Correspondência

Eduarda Ramião, eduarda_ramiao@hotmail.com

Ricardo Barroso, rbarroso@utad.pt

Referências

- Abbey, A., & McAuslan, P. (2004). Longitudinal examination of male college students' perpetration of sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 747-756.
- Achenbach, T. (2010). Multicultural evidence-based assessment of child and adolescent psychopathology. *Transcultural Psychiatry*, 47, 707-727.
- Aebi, M., Giger, J., Plattner, B., Metzke, C., & Steinhausen, H. (2014). Problem coping skills, psychosocial adversities and mental health problems in children and adolescents as predictors of criminal outcomes in young adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 283-293. Doi:10.1007/s00787-013-0458-y.
- Barroso, R. (2010). Da punição física ao abuso físico: conceptualização e consequências práticas. *Revista Portuguesa de Ciências Criminais*, 20(2), 279-304.
- Barroso, R., Manita, C., & Nobre, P. (2010). Violência sexual juvenil: Conceptualização, caracterização e prevalência. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 3, 427-437.
- Barroso, R. (2012). Características e especificidades de jovens agressores sexuais. (Tese de Doutoramento não publicada). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Buss, A. & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
- Fanniff, A., & Kolko, D. (2012). Victim age-based subtypes of juveniles adjudicated for sexual offenses: comparisons across domains in an outpatient sample. *Sex Abuse*, 24(3), 224-64.
- Feldman, R. (2007). *Introdução à psicologia*. São Paulo: MacGrow-Hill.



- Glowacz, F., & Born, M. (2013). Do adolescent child abusers, peer abusers, and non-sex offenders have different personality profiles? *European Child Adolescence Psychiatry*, 22(2):117-25.
- Kemper, T., & Kistner, J. (2010). An evaluation of classification criteria for juvenile sex offenders. *Sex Abuse*, 22(2):172-90.
- Klein, V., Rettenberger, M., Yoon, D., Kohler, N., & Briken, P. (2015). Protective factors and recidivism in accused juveniles who sexually offended. *Sexual Abuse*, 27(1), 71-90. Doi: 10.1177/1079063214554958.
- Malin, H., Saleh, F., & Grudzinskas, A. (2014). Recent research related to juvenile sex offending: findings and directions for further research. *Current Psychiatry Reports*, 16, 440. Doi: 10.1007/s11920-014-0440-5.
- Manita, C. (2008). Programas de intervenção em agressores de violência conjugal – intervenção psicológica e prevenção da violência doméstica. *Ousar integrar: revista de inserção social e prova*, (1), 21-32.
- Miner, M., Borduin, C., Prescott, D., Bovensmann, H., Schepker, R., Du Bois, R., Schlada, J., Eher, R., Schmeck, K., Langfeldt, T., Smit, A., & Friedeman, P. (2006). Standards of care for juvenile sexual offenders of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders. *Sexual Offender Treatment*, 1, 1-7.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12)*. Sydney: Allen & Unwin.
- Pechorro, P., Barroso, R., Poiars, C. & Oliveira, J. (2015). Validation of the Portuguese Version of Buss-Perry Aggression Questionnaire – Short Form. *International Journal of Law and Psychiatry*, 44, 75-80. doi:10.1016/j.ijlp.2015.08.033.
- Seto, M., & Lalumière, M. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575. Doi: 10.1037/a0019700.
- Van der Put, C., & Asscher, J. (2015). Protective factors in male adolescents with a history of sexual and/or violent offending: a comparison between three subgroups. *Sexual Abuse: A journal of Research and Treatment*, 27(1), 109-126. Doi: 10.1177/1079063214549259.
- Ward, T., & Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 44-63. Doi: 10.1016/j.avb.2005.05.002.
- Wilson, G. D. (1988). Measurement of sex fantasy. *Sexual and Marital Therapy*, 3, 45-55.
- Wilson, G. D. (2010). The sex fantasy questionnaire: an update. *Sexual & Relationship Therapy*, 25, 68-72.
- Worling, J. (2012). The assessment and treatment of deviant sexual arousal with adolescents who have offended sexually. *Journal of Sexual Aggression: In international, interdisciplinary forum for research, theory and practice*, 18(1), 36-63. Doi: 10.1080/13552600.2011.630152.
- Worling, J., & Langton, C. (2015). A prospective investigation of factors that predict desistance from recidivism for adolescents who have sexually offended. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 27(1), 127-142. Doi: 10.1177/1079063214549260.
- Yeater, E., Lenberg, K., & Bryan, A. (2012). Predictors of sexual aggression among male juvenile offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(7), 1242-1258. Doi: 10.1177/0886260511425243.

A decorative geometric pattern consisting of various colored squares (blue, orange, red, green, purple) arranged in a sparse, abstract layout across the dark background.

TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL



A importância das políticas organizacionais de conciliação trabalho-família no desempenho organizacional

Bruna Borbinhas, Carla Santarém Semedo

Universidade de Évora, Portugal

Resumo

Este estudo tem como objetivo perceber o efeito da existência de medidas de conciliação trabalho-família no desempenho contextual auto-reportado. As respostas de 438 participantes (n=438) pertencentes a diferentes organizações, permitiram concluir, para esta amostra, que quanto maior for a utilização de políticas de conciliação, maior será o desempenho contextual. Os resultados obtidos demonstram ainda que existe uma relação negativa entre a utilização de políticas informais de conciliação e a dimensão do desempenho contextual – facilitação interpessoal.

Palavras-chave: conciliação trabalho-família; desempenho contextual; políticas trabalho-família.



Abstract

This study aims to understand the effect of the existence of work-family conciliation policies in self-reported contextual performance. The answers of 438 participants ($n = 438$), working in different organizations, lead to the conclusion that, for this sample, the greater the use of conciliation policies, the greater the contextual performance. The results also showed that there is a negative relationship between the use of informal conciliation policies and contextual performance - interpersonal facilitation.

Keywords: work-family conciliation; contextual performance; work-family policies.



Introdução

As grandes modificações decorrentes da sociedade industrializada, observaram-se em Portugal sobretudo nas últimas quatro décadas. A sua expressão manifestou-se, entre outros aspetos, numa crescente feminização da população ativa e nos modos de organização familiar. Estas mudanças tornaram premente a necessidade de repensar as formas de organização do trabalho, no sentido de permitir a conciliação das responsabilidades profissionais e familiares (Guerreiro, Lourenço & Pereira, 2006). Desta necessidade crescente, foi surgindo um conjunto de políticas conducentes à facilitação da conciliação entre o trabalho e a família.

Genericamente, as políticas de conciliação trabalho-família podem dizer respeito a serviços de acolhimento de crianças, de prestação de cuidados a idosos, licenças para pais e mães trabalhadores, incentivo à maior participação do pai na vida familiar e flexibilização da organização do trabalho (Guerreiro et al., 2006).

As políticas de conciliação entre o trabalho e a vida familiar podem ser previstas na lei (de carácter obrigatório) ou facultadas pelas organizações, por sua iniciativa, sem carácter de obrigatoriedade. Referir-nos-emos às primeiras como “formais” e às últimas como “informais”. Enquanto que os benefícios formais são um direito de todos os trabalhadores e uma obrigação da organização, as políticas informais podem ser disponibilizadas de forma discricionária, em função de critérios definidos pela própria organização. De acordo com Eisenberger, Huntington, Hutchison e Sowa (1986), este carácter disposicional gera nos indivíduos uma percepção de suporte organizacional que é reduzida caso o benefício seja atribuído de forma universal (Schopler, 1970) ou por uma entidade externa (lei) (Blau, 1964).

A existência de políticas de equilíbrio/conciliação entre o trabalho e a família tem demonstrado um impacto positivo nas organizações de diferentes formas, tais como diminuição de custos diretos e indiretos relacionados com o absentismo, redução de custos relacionados com a perda e substituição de colaboradores valiosos, satisfação dos clientes, produtividade organizacional e desempenho no trabalho (Osoian et al., 2009, cit. in Benito, Muñoz & Vilar, 2014).

O desempenho no trabalho é definido como o valor total esperado para a organização dos episódios comportamentais discretos que um indivíduo leva a cabo durante um determinado período de tempo (Motowidlo, 2003). Podemos verificar que cerca de metade das flutuações no desempenho no trabalho se deve aos próprios colaboradores, sendo estas causadas, maioritariamente, por conflitos de papéis entre vida profissional e vida familiar (Greenhaus & Beutell, 1985). A disponibilização de práticas de equilíbrio trabalho-família está muitas vezes associada com um melhor desempenho organizacional (Beauregard & Henry, 2009).

Meyer, Mukerjee e Sestero (2001) concretizam ainda mais a relação estabelecida entre o desempenho das organizações e as políticas de conciliação ao afirmarem que estas têm um efeito positivo no desempenho quando este se traduz num aumento da eficiência e da produtividade do trabalhador, bem como, quando os lucros gerados são superiores aos custos associados à implementação das medidas.

O desempenho no trabalho apresenta duas componentes: o desempenho da tarefa e o desempenho contextual (Borman & Motowidlo, 1997). O desempenho da tarefa pode ser



definido como a eficácia com que os colaboradores realizam atividades que contribuem para a produção de bens ou serviços da organização. O desempenho contextual contribui para a eficácia organizacional, no sentido em que mantém e promove a dimensão organizacional, social e psicológica do contexto de trabalho, e serve como catalisador da realização de tarefas e processos (Borman & Motowidlo, 1997; Motowidlo, 2003).

O desempenho contextual, por sua vez, é composto por duas dimensões: facilitação interpessoal e dedicação ao trabalho. Juntos, explicam a parte do desempenho global, que vai para lá do desempenho da tarefa (Van Scotter & Motowidlo, 1996). O desempenho contextual está associado a interações com os colegas, supervisores ou clientes, bem como, a comportamentos que demonstrem auto-disciplina e vontade de empreender esforço. Motowidlo (2003) refere que este conceito é semelhante ao de cidadania organizacional, caracterizando-se pela exibição de comportamentos extra-papel positivos, como a tomada de iniciativa para realizar todos os esforços necessários para alcançar os objetivos desejados, mesmo face a dificuldades, a prestação de auxílio a colegas, etc.

Apresentadas as diferenças entre o desempenho de tarefa e o desempenho contextual, parece evidente que o primeiro se relacionará mais com competências cognitivas e técnicas, enquanto que o segundo será mais do domínio da personalidade do sujeito, como por exemplo, da sua conscienciosidade (Borman & Motowidlo, 1997). Se olharmos para o desempenho contextual à luz da Teoria da Troca Social (Blau, 1964), será plausível hipotetizar que, se a organização tratar os seus colaboradores de forma favorável (por exemplo, disponibilizando medidas de conciliação trabalho-família), estes tenderão a sentir-se obrigados a responder de forma recíproca, através de atitudes e comportamentos positivos para com a organização (Butts, Ng, Vandenberg, Dejoy & Wilson, cit. in Beauregard & Henry, 2009). Tenderão pois, a apresentar um elevado desempenho contextual.

Face ao exposto, formulámos as seguintes hipóteses:

H1: Quanto maior o número de políticas de conciliação trabalho-família disponíveis, maior será o desempenho contextual.

H2: As políticas de conciliação trabalho-família são preditoras de um elevado desempenho contextual.

H3: As Políticas de Conciliação Trabalho-Família Informais estão mais associadas a um elevado desempenho contextual do que as Políticas de Conciliação Trabalho-Família Formais.

H4: A perceção de existência de políticas de conciliação trabalho-família varia significativamente consoante a dimensão da organização.

Método

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 438 trabalhadores. Foi recolhida através do contato com organizações em todo o país, divulgação em redes sociais e através de contatos pessoais. 67.1% dos indivíduos são do sexo feminino e a amplitude de idades varia entre 16 e 64 anos ($M=39.32$; $DP=10.44$). A maioria dos participantes são casados (54.3%), constituindo os solteiros 33.3% da amostra, os divorciados, 8.9% e, os viúvos, 1.6%. No que respeita à variável dimensão da organização, 45 são microempresas, 39 são pequenas empresas, 159 são médias empresas e 178 são grandes empresas.



Instrumentos

Foram utilizadas duas escalas, descritas de seguida, apresentadas aos participantes num documento único.

Políticas de conciliação trabalho-família:

A primeira parte deste instrumento é constituída por um enunciado de 54 políticas de conciliação trabalho-família, 20 das quais, políticas formais, (Código do Trabalho) e 34 políticas informais. Estas políticas foram verificadas cuidadosamente na literatura e junto da Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego e, posteriormente, foram discutidas quanto ao seu conteúdo por 4 investigadoras da área da psicologia do trabalho e das organizações, que as agruparam, por consenso.

Escala de Desempenho Contextual

É constituída por duas subescalas (Van Scotter & Motowidlo, 1996) que medem o desempenho contextual, avaliando a primeira a dedicação ao trabalho e a segunda, a facilitação interpessoal. Este instrumento encontrava-se em língua inglesa, pelo que foi necessário proceder à sua tradução segundo o procedimento indicado na literatura (Moreira, 2004).

Após a composição do protocolo final, foi feito um pré-teste com 5 indivíduos, em virtude do qual se considerou adequado o ajustamento de algumas palavras para uma melhor compreensão do significado de cada frase.

Procedimento

A aplicação do instrumento foi realizada tanto presencialmente, em organizações, como em formato online, nas redes sociais e via mail. No caso desta última, foi criado um documento eletrónico (Google Docs) que incluía uma página de apresentação e instruções gerais, os dados sociodemográficos e de caracterização da organização e os questionários. No total, foram recolhidas respostas de 485 participantes.

Resultados

A apresentação dos resultados começará pela apresentação dos valores das correlações entre as variáveis em estudo.

Relativamente à Hipótese 1 (Tabela 1), foi realizada uma correlação entre o conjunto das políticas de conciliação trabalho-família (PCTF) e as duas dimensões do desempenho contextual, a dedicação ao trabalho e a facilitação interpessoal. Verifica-se que não existe relação significativa entre as duas variáveis em estudo.

Tabela 1

Médias, desvios-padrão e correlações entre as variáveis

Variáveis	M	DP	1	2
1 Políticas de Conciliação Trabalho-Família	.39	.164		
2 Dedicação ao Trabalho	3.88	.759	-.055	
3 Facilitação Interpessoal	4.22	.810	-.061	.496*



* $p < 0.05$

Ao rejeitarmos a hipótese 1, verificámos igualmente a rejeição da hipótese 2, que previa o efeito preditor de uma variável sobre a outra.

A Hipótese 3 previa que as políticas de conciliação trabalho-família informais estivessem mais associadas a um elevado desempenho contextual do que as políticas de conciliação trabalho-família formais, pelo que testámos os dois tipos de políticas separadamente. Para tal, realizámos uma análise correlacional entre as variáveis em estudo. Como nos mostra a Tabela 2, verifica-se que existe uma relação negativa significativa entre as variáveis políticas de conciliação informais e facilitação interpessoal.

Tabela 2

Médias, desvios-padrão e correlações entre as variáveis

Variáveis	M	DP	1	2	3
1 Políticas Formais	.573	.249			
2 Políticas Informais	.282	.176	.304		
3 Dedicção ao Trabalho	3.883	.759	-.037	-.051	
4 Facilitação Interpessoal	4.221	.810	.018	-.105*	.496

* $p < 0.05$

Com o intuito de verificarmos se a perceção de existência de políticas de conciliação trabalho-família varia significativamente consoante a dimensão da organização (H4), realizámos uma ANOVA a um fator, “dimensão da organização”, com a variável políticas de conciliação trabalho-família.

Observando a Tabela 3, verificamos que existem diferenças significativas, em pelo menos duas organizações de diferentes dimensões. Se atentarmos à Tabela 4, verificamos que o p -value da diferença entre as micro e médias empresas é < 0.05 , pelo que podemos afirmar que existem diferenças significativas entre estes dois grupos de organizações de diferentes dimensões. Ao verificarmos a diferença de médias na Tabela 4, observamos que nas microempresas existe uma menor perceção de existência de políticas de conciliação trabalho-família, e que nas médias empresas existe uma maior perceção da existência de políticas de conciliação trabalho-família.

Tabela 3

Anova a um fator, políticas de conciliação trabalho-família

	Sum ²	gl	M ²	F	Sig.
Políticas de Conciliação	.233	3	.078	3.01	.030

* $p < 0.05$



Tabela 4

Teste post-hoc de comparações múltiplas

Dimensão (I)	Dimensão (J)	(I-J)	Sig.
Micro	Pequena	-.046	.557
	Média	-.079*	.018
	Grande	-.058	.126
Pequena	Média	-.033	.637
	Grande	-.012	.970
Média	Grande	.021	.621

* p<0.05

Discussão

A presente investigação teve como principal propósito estudar a relação existente entre a percepção de políticas de conciliação trabalho-família e o desempenho contextual no trabalho. Deste modo, foi previsto que a percepção da utilização de práticas de conciliação trabalho-família teria uma relação forte e positiva com o desempenho contextual dos colaboradores. De modo geral, os resultados não corroboraram as hipóteses colocadas.

Para a primeira hipótese, “quanto maior a utilização de políticas de conciliação trabalho-família, maior o desempenho contextual”, o resultado verificado é contrário ao que foi observado por alguns autores, que defendem que flutuações no desempenho no trabalho se devem aos colaboradores, sendo causadas, maioritariamente, por conflitos entre os papéis profissional e familiar (Greenhaus & Beutell, 1985). Mais ainda, a existência de políticas de conciliação entre o trabalho e a família tem demonstrado, entre outras consequências positivas, um impacto favorável no desempenho no trabalho (Osoian et al., 2009, cit. in Benito, Muñoz & Vilar, 2014). Os resultados alcançados no presente estudo não nos permitiram confirmar estas proposições, encontrando-se uma relação não significativa entre a percepção da utilização de políticas trabalho-família e o desempenho contextual. Este resultado poderá ser parcialmente explicado pelo facto da medida de desempenho contextual utilizada ser uma medida auto-reportada e, por isso, passível de algum tipo de enviesamento perceptivo por parte do respondente. Concomitantemente, o facto de os participantes serem solicitados a responder sobre a percepção da existência de políticas de conciliação e não sobre a sua real utilização, poderá ter condicionado os nossos resultados. Quanto à segunda hipótese, “as políticas de conciliação trabalho-família são preditoras de um elevado desempenho contextual”, a ausência de uma relação significativa entre as duas variáveis determinou igualmente a ausência do efeito preditor de uma sobre a outra. O resultado de algumas investigações aponta para a possibilidade de as políticas de conciliação trabalho-família não serem um preditor significativo do desempenho, sendo este predito mais fortemente por fatores como as habilidades cognitivas, a personalidade e experiências e interesses vocacionais (Ackerman et al., 1995; Barrick & Mount, 1991; Borman, White, Pulakos & Oppler, 1991; Motowidlo et al., 1997).



Relativamente à terceira hipótese, “as políticas de conciliação trabalho-família informais estão mais associadas a um elevado desempenho contextual do que as políticas de conciliação trabalho-família formais”, apenas foi possível verificar uma relação negativa entre a disponibilização de políticas informais de conciliação trabalho-família e a dimensão da facilitação interpessoal. Ao formularmos esta hipótese, tivemos por base a Teoria da Troca Social de Blau (1964), esperando que a presença de políticas do tipo “informal” (não obrigatórias, descritivas) pudesse alavancar no indivíduo a necessidade de reciprocidade do benefício. Por não termos confirmado a nossa hipótese, pensamos que este resultado possa ser parcialmente explicado pelo facto de que, quando uma empresa disponibiliza um elevado número de medidas de conciliação trabalho-família aos seus colaboradores, estes acabam por subtrair a si mesmos a responsabilidade de se relacionarem de forma mais apoiante com os pares, chefias, etc. (comportamentos de facilitação interpessoal), pois a organização supre essa necessidade.

Na quarta hipótese “a percepção de existência de políticas de conciliação trabalho-família varia significativamente consoante a dimensão da organização”, os resultados, ao contrário do que era esperado por certos autores (Guerreiro et. al, 2006), demonstraram que existem diferenças significativas entre as micro e as médias empresas. No estudo presente, os trabalhadores das micro-empresas apresentam menor percepção de disponibilidade de políticas de conciliação trabalho-família do que os das médias empresas, o que pode ser explicado pelo facto de nas micro-empresas existir uma maior flexibilização entre colaboradores. Provavelmente, existe aí menor formalização de regras e maior flexibilidade da organização em negociar informalmente ações que possibilitem conciliar a vida profissional e a vida familiar, não sendo necessária a implementação formal dessas políticas. Face a isso, os participantes trabalhadores em micro-empresas, podem não perceber esses “ajustes mútuos”, como políticas formalmente instituídas.

O presente estudo pretendeu confirmar de forma integrada diferentes resultados encontrados em estudos anteriores, no sentido de demonstrar a vantagem para as organizações de instituírem medidas de conciliação trabalho-família. Não tendo sido possível corroborar estes resultados, torna-se necessário continuar a aprofundar o estudo desta matéria, nomeadamente no que respeita a variáveis que possam mediar esta relação ou na utilização de instrumentos de medida que possam ser mais ajustados a este objetivo.

Contacto para Correspondência

Bruna Borbinhas, Universidade de Évora, Departamento de Psicologia, Parque Industrial e Tecnológico, 7000 Évora, bf_pereira_9@hotmail.com

Referências

- Ackerman, P. L., Kanfer, R. & Goff, M. (1995). Cognitive and non cognitive determinants and consequences of complex skill acquisition. *Journal of Experimental Psychology*, 1, 270–304.
- Barrick, M. R., & Mount, M. K. (1991). The Big Five personality dimensions and job performance: A meta-analysis. *Personnel Psychology*, 44, 1–26.



- Beauregard, T. & Henry, L. (2009). Making the link between work-life balance practices and organizational performance. *Human Resource Management Review*, 19, 9-22.
- Benito, D., Muñoz, L., & Villar, C. (2014). The impact of family and work-life balance policies on the performance of spanish listed companies. *Management*, 17 (4), 214-236.
- Blau, p. (1964). Exchange and power in social life. New York: Wiley.
- Borman, W., White, L., Pulakos, E. & Oppler, S. (1991). Models of supervisory job performance ratings. *Journal of Applied Psychology*, 76, 863-872.
- Borman, W. & Motowidlo, S. (1997). Task performance and contextual performance: The meaning for personnel selection research. *Human Performance*, 10, 99-109.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived Organizational Support. *Journal of Applied Psychology*, 71, 500-507.
- Greenhaus, J. H. & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *The Academy of Management Review*, 10, 76-88.
- Guerreiro, M., Lourenço, V. & Pereira, I. (2006). *Boas práticas de Conciliação entre Vida Profissional e Vida Familiar. Manual para as Empresas*. Lisboa: CITE
- Meyer, C., Mukerjee, S., & Sestero, A. (2001). Work-family benefits: which ones maximize profits? *Journal of Managerial Issues*, 13(1), 28-44.
- Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Motowidlo, S. J. (2003). Job Performance. In W. Borman, D. Ilgen & R. Klimoski (Eds.) *Handbook of Psychology. Industrial and Organizational Psychology (vol.12)*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Motowidlo, S. J., Borman, W. C. & Schmit, M. J. (1997). A Theory of individual Differences in Task and Contextual Performance. *Human Performance*, 10 (2), 71-83
- Schopler, J. (1970). An attribution analysis of some determinants of reciprocating a benefit. In J. Macaulay & L. Berkowitz (Eds). *Altruism and helping behavior* (pp.231-238). New York: Academic Press.
- Van Scotter, J. R. & Motowidlo, S. J. (1996). Interpersonal facilitation and job dedication as separate facets of contextual performance. *Journal of Applied Psychology*, 81, 525-531.



Trabalho por turno e número de horas de trabalho e sua relação com queixas e sintomas psicossomáticos, diferenças entre bombeiros profissionais e voluntários

Fernando Curto¹, Artur Jorge Vieira Fatia da Silva Pereira²

1. Universidade Europeia de Madrid, Espanha

2. J.F. Schenk Soluções Estatísticas, Portugal

Resumo

Existem fortes evidências que o trabalho por turnos e um número elevado de horas de trabalho originam um número elevado de queixas e sintomas psicossomáticos, contudo existe uma quase ausência de estudos nessa área que se debrucem sobre bombeiros. Objectivo: Investigou-se a relação entre as horas de trabalho, queixas e sintomas psicossomáticos e sua prevalência em bombeiros voluntários e bombeiros profissionais. A amostra por conveniência é constituída por 304 sujeitos, bombeiros voluntários (n139) e bombeiros profissionais (n165). Os instrumentos utilizados foram o questionário sociodemográfico da autoria de Curto e Pereira (2016) e o questionário de queixas e sintomas aplicados a profissionais por turnos da autoria de Curto, Pereira e Julião (2016). Resultados: Não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre as horas trabalhadas por bombeiros voluntários e bombeiros profissionais, correlação negativa entre o número de horas de trabalho e a frequência de queixas e sintomas, bem como diferenças estatisticamente significativas entre grupos (bombeiros voluntários e bombeiros profissionais) relativamente à frequência e sintomas psicossomáticos, face a tais diferenças são daqui extraídas conclusões para uma boa prática profissional.

Palavras-chave: Bombeiros Profissionais/Voluntários; Trabalho por turnos/Horas de trabalho; Queixas e sintomas psicossomáticos.



Abstract

There is strong evidence that shift work and a large number of working hours originate a high number of psychosomatic complaints and symptoms, however there is a virtual absence of studies in this area to look into fire area. Objective: We investigated the relationship between working hours, psychosomatic complaints and symptoms and prevalence of volunteer firefighters and fire fighters. The convenience sample consists of 304 subjects, volunteer firefighters (N139) and professional firefighters (n165). The instruments used were the sociodemographic questionnaire designed by Curto and Pereira (2016) and the questionnaire of symptoms and complaints applied to professionals shift written by Short, Pereira and Julião (2016). Results: There was no statistically significant difference between the hours worked by volunteer firefighters and fire, negative correlation between the number of working hours and the frequency of complaints and symptoms as well as statistically significant differences between groups (volunteer firefighters and fire) regarding the frequency of psychosomatic complaints and symptoms, compared to such differences are conclusions drawn here for good professional practice.

Keywords: Fire Professionals / Volunteers; Shiftwork / hours of work; Complaints and psychosomatic symptoms.



Introdução

Os Bombeiros Portugueses possuem um largo e honroso passado ao serviço das populações, estando presentes num ampla e diversificada área de serviços quer no âmbito do voluntariado, quer profissional junto das populações. Podemos afirmar que até meados do século XX – anos 50 – os bombeiros portugueses estavam entre os mais qualificados e melhor equipados da Europa. Porém No final do século XX, os Bombeiros Portugueses tinham mais de vinte anos de atraso, quando analisadas paridades económicas, investimento per-capita, metodologias de qualificação, de procedimentos, recursos técnicos e tecnológicos, perfil dos recursos humanos e resposta adequada a acidentes e catástrofes. Para Quintão (2004) Citado por Oliveira (2014, p. 6) em Portugal, as Entidades do setor não lucrativo “caraterizam-se por serem, maioritariamente, organizações prestadoras de serviços que suplementam ou complementam os serviços públicos nas áreas da saúde, educação e serviços sociais, e organizações que oferecem mecanismos para perseguir interesses individuais e de grupo”. Presume-se que o setor não lucrativo tenha um peso superior na economia em Portugal do que aquele que é reconhecido. Neste setor enquadram-se as associações de bombeiros voluntários que são “pessoas colectivas, constituídas e governadas por um agrupamento de pessoas e visam um fim próprio dos associados, o qual tanto pode ser altruísta ou egoísta, podendo mesmo assumir carácter económico, desde que não lucrativo” (Miranda, Correia, Amendoeira e Associados, Sociedade de Advogados RL, s.d.). As associações de bombeiros voluntários podem ainda receber estatuto especial, o Estatuto de Utilidade pública se assim enquadrados elas são consideradas “pessoas colectivas de utilidade pública as associações ou fundações que prossigam fins de interesse geral, cooperando com a administração, merecendo da parte da administração a declaração de utilidade pública” (Miranda, Correia, Amendoeira e Associados, Sociedade de Advogados RL, s.d.). Se considerarmos que as associações humanitárias de bombeiros voluntárias dependem quase exclusivamente de voluntários e que a taxa do voluntariado em Portugal é mais baixa quando comparada com outros países europeus como Vala, Villaverde Cabral e Ramos (2003) Citado por Delicado (2002, p.128) referem “constatou não só uma descida deste valor (para 16%) como a ultima posição ocupada por Portugal no conjunto dos países europeus, com menos de metade do valor agregado europeu. Esta taxa refere-se ao voluntariado formal em todo o tipo de instituições e não apenas de solidariedade social”. As fontes de financiamento do orçamento anual das instituições têm segundo Delicado (2002, p.131) “impacto sobre a opção das instituições pelo uso do trabalho voluntário, “constatou-se que são as instituições cujo apoio por parte do Estado é baixo ou nulo que em maior proporção acolhem voluntariado. No entanto, praticamente um terço admite que, na presença de recursos financeiros suficientes, prefere (ou necessita de) a contratação de profissionais especializados. Cerca de 22% das instituições declara, porem, urna avaliação negativa dos voluntários: não asseguram trabalho regular, não dispõe de formação adequada, geram conflitos com os funcionários”. Uma realidade insólita no quadro de socorro em Portugal prestada pelos bombeiros é que face a estas reservas face ao voluntariado, as associações segundo Delicado (2002, p.131) que “declaram em maior numero acolher voluntariado de execução são as Associações de Bombeiros Voluntários (71 %), os Núcleos da Cruz Vermelha (66%)...”, o que parece revelar que o grosso do socorro em Portugal é prestado por associações de bombeiros voluntários o que não reflete a



realidade europeia de profissionalização dos corpos de bombeiros e a incorporação de bombeiros voluntários em estruturas de bombeiros municipais. Refira-se que a queda na taxa de voluntariado não abona para uma prestação de socorro nos bombeiros que se quer de qualidade, profissional, célere, eficaz e eficiente, estando esta dependente da boa vontade dos voluntários que, diga-se de passagem, fazem um esforço constante na prestação de socorro em Portugal. Segundo Lynch & Russell (2010) Citado por Sousa (2012, p.31) “as taxas de retenção de voluntários nas Organizações Sem Fins Lucrativos (O.S.F.L.) têm-se revelado muito reduzidas”, esta constatação pode ser transposta para as corporações de bombeiros voluntárias, além disso segundo Sousa (2012, p.40) “a força de trabalho voluntário de hoje pende para a realização de papéis de curto prazo”, o que a nosso ver não favorece uma prestação de socorro continuada e de qualidade. A maioria dos voluntariados além de fazerem um número elevado de horas de trabalho voluntariado é de que este é desenvolvido por turnos/piquete de urgência e que não são “tarefas simples e gratificantes que possam ser realizadas em pouco tempo” como preconizado pela Cruz Vermelha Portuguesa, pelo contrário é quando surgem situações de maior envolvimento, como desastros, incêndios, atropelamentos e desencarceramentos. Diversos estudos Citando Soares da Silva (2011, p.22-23) têm salientado que as condições de trabalho por turnos leva a “diversos efeitos indesejáveis para os trabalhadores colocando problemas de ajustamento do ponto de vista fisiológico, psicológico e social. Consequências indesejáveis ao nível da produtividade e da segurança ocupacional têm sido igualmente associadas.” Segundo Härmä e Ilmarinen Citado por Soares da Silva (2011, p. .23) “existem razões para acreditar que o trabalho por turnos possa constituir, num futuro próximo, um dos principais problemas do ponto de vista da saúde e da segurança ocupacionais”.



Tabela 1 – Investigações que avaliaram os sintomas associado a profissões por turnos

Investigadores	Sintomas	Tipo de Amostra	País
Stathopoulou, Karanikola, Panagiotopoulou, Papathanassoglou (2011)	Distúrbios do sono, Ansiedade, depressão	Enfermeiros de serviços de urgência (N=213)	Grécia
Saijo, Ueno, Hashimoto (2007)	Sintomas depressivos	Bombeiros (N=1672)	Japão
Pikó (1999)	Problemas de sono, enxaquecas, fadiga crónica, indicadores de stress	Enfermeiras (N = 218)	Hungria
Ohayon, Lemoine, Arnaud-Briant, Dreyfus (2002)	Insónias	Funcionários por turnos de um hospital psiquiátrico (N= 817)	França
Edéll-Gustafsson (2002)	Insónias, fadiga, disforia	Trabalhadoras por turnos (N = 156)	Suécia
Weia, Koka & Khek (2014)	Distúrbios gastrointestinais, Distúrbio de sono, ansiedade, depressão, fadiga, dor somática	Enfermeiras a trabalhar por turnos (N = 58)	...
Saijo, Ueno, & Hashimoto (2008)	Sintomas depressivos	Bombeiros (N = 1301)	Japão
Drake, Roehrs, Richardson, Walsh, & Roth (2004)	Distúrbio de sono, depressão	Trabalhadores por turno e diurnos (N = 2570)	EUA
Ploeg, & Kleber (2003)	Stress pós-traumático, fadiga, burnout	Trabalhadores de ambulância(N= 123)	Holanda
Carey, Al-Zaiti, Dean, Sessanna, & Finnell	Privação de sono, consumo de	Bombeiros (N = 112)	EUA



(2011)	substâncias	
Wagner, Heinrichs, & Ehler (1998)	Stress pós-traumático, Humor depressivo, consumo de substâncias	Bombeiros (N = 402) Alemanha
Selvi, Özdemir, Özdemir, Aydın, & Beşiroğlu (2010)	Ansiedade, ideação paranoide, Somatização, comportamentos obsessivo-compulsivos	Enfermeiras turno fixo e por Turnos (N = 87) Turquia

Fonte: Elaboração própria

Metodologia

Delineamento: A presente investigação é exploratória e correlacional. Pretende-se investigar a diferença entre bombeiros profissionais e voluntários relativamente a diferenças relativamente a queixas e sintomas psicossomáticos e investigar a relação entre número de horas trabalhadas e queixas/sintomas psicossomáticos.

Questões de investigação: Q1: Será existirá diferença entre bombeiros profissionais e voluntários relativamente ao número de horas de trabalho? ; Q2: Será que existirá diferença entre bombeiros profissionais e voluntários relativamente a queixas e sintomas psicossomáticos? ; Q3: Que relação existirá entre o número de horas trabalhadas e queixas/sintomas psicossomáticos.

Participantes: A amostra é de conveniência, sendo constituída por 304 sujeitos, todos bombeiros, voluntários (n 139; 45,7%) e profissionais (n 165; 54,3%), do sexo masculino (n 254; 83,3%) e do sexo feminino (n 51; 16,7%), com uma idade média de 38,71 e desvio-padrão de 10,17.

Procedimentos estatísticos: Para testar a primeira e segunda questão de investigação procedeu-se ao T-student e para a terceira questão de investigação procedeu-se ao índice de correlação de Spearman.

Resultados

Constatou-se que as horas trabalhadas pelos bombeiros voluntários (M= 63,08; DP = 19,26) era superior às horas trabalhadas pelos bombeiros profissionais (M = 61,75; DP = 21,22). Contudo, verificou-se que a diferença não é estatisticamente significativa (conf. Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 - Estatística descritiva da variável horas para os grupos (bombeiros profissionais e bombeiros voluntários)

Situação profissional	Média	Desvio Padrão
Profissional	61,75	19,26
Voluntário	63,08	21,23

Tabela 3 – Teste t para a diferença de médias entre grupos independentes para a variável hora

	t	Sig.
Horas	-,383	,702

Relativamente ao Inventário de sintomas e queixas psicossomáticas e para cada sintoma/queixa psicossomática, verifica-se que os bombeiros profissionais pontuam de forma mais elevada que os seus congéneres voluntários, à exceção do Cansaço. O t teste permitiu constatar que os grupos apenas se diferenciam no sintoma Irritabilidade, na qual os bombeiros profissionais pontuam de forma mais elevada (conf. Tabela 4 e 5).

Tabela 4 – Estatística descritiva das variáveis Inventário e sintoma dos grupos (bombeiros profissionais e bombeiros voluntários)

Inventário/Sintomas	Situação profissional	Média	Desvio Padrão
Inventário de Sintomas	Profissional	2,49	1,3
	Voluntário	2,07	1,26
Insónias	Profissional	2,63	1
	Voluntário	2,44	,95
Cansaço	Profissional	3,14	,74
	Voluntário	3,15	,68
Ansiedade	Profissional	2,52	,93
	Voluntário	2,41	,9
Stress	Profissional	2,96	,99
	Voluntário	2,88	,87
Irritabilidade	Profissional	2,73	,81
	Voluntário	2,5	,84
Depressão	Profissional	1,67	,97
	Voluntário	1,6	,724

Tabela 5 – Teste t para diferenças de médias para grupos independentes (bombeiro profissional e bombeiro voluntário), variável, Inventário e Sintomas

Inventário/Sintomas	T	Sig
Inventário de Sintomas	2,738	,07
Insónias	1,676	,095
Cansaço	-,059	,953
Ansiedade	1,065	,288
Stress	,738	,461
Irritabilidade	2,396	,017
Depressão	,703	,483



Verificou-se que o número de horas trabalhadas apenas se correlaciona de forma moderada e de sentido negativo com a Depressão ($\rho = -,1159 < 0,05$) (Conf. Tabela 6).

Tabela 6 – Correlações de Spearman entre Sintomas e Horas

			Horas
Inventário de sintomas	Rho		-,122
	Sig.		,14
Insónias	Rho		,002
	Sig.		,978
Cansaço	Rho		,106
	Sig.		,188
Ansiedade	Rho		-,047
	Sig.		,556
Stress	Rho		-,068
	Sig.		,402
Irritabilidade	Rho		-,015
	Sig.		,852
Depressão	Rho		-,159*
	Sig.		,046

*. Correlação significativa ao nível de 0.05 (2-caudas).

Discussão

Os resultados revelaram que não existe diferenças estatisticamente significativas entre bombeiros voluntários e profissionais relativamente a horas de trabalho, por outras palavras, o trabalho que seria a soma entre o trabalho como bombeiros (seja como voluntário seja como profissional) e noutra entidade seria igual entre os dois tipos de bombeiros. Relativamente, à diferença entre bombeiros profissionais e voluntários relativamente a queixas e sintomas psicossomáticos, não se verificou no geral diferenças estatisticamente significativas, excetuando a soma do Inventário de queixas e sintomas psicossomático e Irritabilidade, sendo que os bombeiros profissionais são aqueles que pontuam de forma mais elevada no Inventário e Irritabilidade o que parece demonstrar que os bombeiros profissionais são aqueles que estão face a situações de trabalho, stress e burnout durante mais tempo enquanto bombeiros comparativamente com os bombeiros voluntários. A relação entre número de horas de trabalho e queixas e sintomas psicossomático revelou dados contraditórios, se a literatura revela que a um número elevado de horas corresponde um maior número de queixas e sintomas psicossomáticos, o que além de não se revelar neste estudo, verificou-se ainda que as horas se relacionavam negativamente com a Depressão, estes resultados podem advir de se avaliar as queixas e sintomas através de um único item para cada sintoma/queixa, não se pretendeu avaliar sintomas clinicamente relevantes, mas antes a perceção das queixas e sintomas no último mês e a frequência desses. Sugere-se que investigações futuras avaliem sintomas e queixas



entre bombeiros, tendo em consideração uma bateria de testes que avalie de forma global a saúde destes. Refira-se ainda que os bombeiros sejam profissionais sejam voluntários não recebem o acompanhamento devido da Autoridade para as Condições de trabalho, em termos concretos se um bombeiro trabalhar 8 horas num trabalho remunerado (sua profissão) e mais 8 horas como voluntário (no caso dos voluntários) o que perfaz 16 horas, ou trabalhar 16 horas como profissional das Associações Humanitárias de Bombeiros Voluntários, 12 horas de piquete (devido à ausência de voluntários) e mais 4 horas extras, não são impedidos de exercer uma das funções devido a excesso de horas de trabalho, não havendo cruzamento de dados entre entidades, o que não é passível de acontecer com os bombeiros municipais que trabalham exclusivamente nestes funções, sendo regidos por legislação do trabalho e regulamentação interna dos municípios ou entidades empregadoras como a ANA Aeroportos de Portugal e sob escrutínio dos recursos humanos destas entidades e exteriormente em último caso pela Autoridade para as Condições de trabalho. Uma possível mudança no paradigma da prestação de socorro pelos bombeiros em Portugal de essencialmente voluntário para profissionalizante passa por um quadro legislativo favorável.

Agradecimentos

Fernando Curto: Pretendo agradecer ao Professor Doutor Miguel Criado Polveda, ao Psicólogo Artur Pereira e às minhas filhas, Catarina e Inês.

Artur Pereira: Pretendo agradecer à minha família pelo apoio prestado ao longo desta investigação, mais precisamente à minha esposa, Claudia Isabel Agostinho Assis Silva Pereira, e aos meus filhos Daniel Filipe Assis Schenk Fatia Pereira e a Ester Carolina Assis Schenk Fatia Pereira, os meus tesouros.

Contacto para Correspondência

Fernando Curto, Universidade Europeia de Madrid, Portugal, lagarissa@gmail.com

Artur Jorge Vieira Fatia da Silva Pereira, J.F. Schenk Soluções Estísticas, Portugal, psicologiasaude@msn.com

Referências

- Carey, M. G., Al-Zaiti, S. S., Dean, G. E., Sessanna, L., & Finnell, D. S. (2011). Sleep Problems, Depression, Substance Use, Social Bonding, and Quality of Life in Professional Firefighters. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 8, 928-933.
- Curto, F. e Pereira, A. (2016). Questionário Sociodemográfico aplicado a profissionais por turnos (bombeiros). J.F. Schenk Soluções Estatísticas.
- Curto, F., Pereira, A., Julião, . Inventário de sintomas e queixas psicossomáticas (em validação). J.F. Schenk Soluções Estatísticas.
- Delicado, A. (2002). *Caracterização do Voluntariado Social em Portugal*. Lisboa: Comissão Nacional para o Ano Internacional do Voluntariado
- Drake, C. L., Roehrs, T., Richardson, G., Walsh, J. K., & Roth, T. (2004). Shift Work Sleep Disorder: Prevalence and Consequences Beyond that of Symptomatic Day Workers. *Sleep*, 8, 1453-1462.
- Edéll-Gustafsson, U. M. (2002). Sleep quality and responses to insufficient sleep in women on different work shifts. *Journal of Clinical Nursing*, 2, 280-287.



- Miranda, Correia, Amendoeira e Associados, Sociedade de Advogados RL. (s.d.). *Formação Manhã Informativa sobre Mecenato*.
- Ohayon, M. M., Lemoine, P., Arnaud-Briant, V., & Dreyfus, M. (2002). Prevalence and consequences of sleep disorders in a shift worker population. *Journal of Psychosomatic Research*, 1, 577-583.
- Oliveira, E. V. (2014). *A percepção dos TOC'S sobre o normativo contabilístico das entidades do setor não lucrativo*. ISEG.
- Pikó, B. (1999). Work-related stress among nurses: a challenge for health care institutions. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 3, 156-162.
- Ploeg, E. V., & Kleber, R. J. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*, 1, 40-46.
- Saijo, Y., Ueno, T., & Hashimoto, Y. (2008). Twenty-four-hour shift work, depressive symptoms, and job dissatisfaction among Japanese firefighters. *American Journal of Industrial Medicine*, 5, 380-391.
- Saijo, Y., Ueno, T., Hashimoto, Y. (2007). Job stress and depressive symptoms among Japanese fire fighters. *American journal of industrial Medicine*, 6, 470-480.
- Selvi, Y., Özdemir, P. G., Özdemir, O., Aydın, A., Beşiroğlu, I. (2010). Influence of Night Shift Work on Psychologic State and Quality of Life in Health Workers. *Düşünen Adam*, 4, 238-243.
- Soares da Silva, I. (2011). *As condições de trabalho no trabalho por turnos – Conceitos, efeitos e intervenções*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sousa, A. S. S. (2012). *Implicações do Plano de Voluntariado na Motivação para o Trabalho Voluntário*. Universidade do Minho.
- Stathopoulou, H., Karanikola, M. N.K., Panagiotopoulou, F., Papathanassoglou, E. D. E. (2011). Anxiety Levels and Related Symptoms in Emergency Nursing Personnel in Greece. *Journal of Emergency Nursing*, 4, 314-320.
- Wagner, D., Heinrichs, M., & Ehler, U. (1998). Prevalence of Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in German Professional Firefighters. *The American Journal of Psychiatry*, 12, 1727-1732.
- Weia, Z. L., Koka, A. G., Khek, Y. (2014). O. Functional bowel disorders in rotating shift nurses may be related to sleep disturbances. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 6, 623-627.



VINCULAÇÃO E EMOÇÕES





Desfiguramento facial: Contributos da expressão facial da emoção em contexto clínico

Daniela Alves¹

1. Universidade Fernando Pessoa, Portugal

Resumo

A expressão facial ajuda-nos a entender quem somos, fornecendo informações sobre a nossa idade, género e etnia e é central para a comunicação e para o reconhecimento por parte dos outros. Contudo, existem situações em que a expressão da emoção não corresponde à expressão mais consensual, pela dificuldade em exhibir emoções na face. Indivíduos com grave deformidade facial vivem uma vida de sofrimento psíquico e de isolamento social. O grau de incapacidade é o resultado de uma combinação de atitudes e reações dos outros e da capacidade de coping do indivíduo. Assim, as contribuições da expressão facial da emoção em contexto clínico são diversas, permitindo a compreensão do processo de neuropsicofisiológico na exibição e no reconhecimento das emoções básicas em pessoas com desfiguramento facial.

Palavras-chave: Desfiguramento; emoção; identificação; reconhecimento.



Abstract

The facial expression helps us to understand who we are, providing information about our age, gender and ethnicity, and is central to communication and recognition from others. However, there are situations where the emotion of expression does not correspond to more consensual expression, by the difficulty in displaying emotions in the face. Individuals with severe facial deformity live a life of psychological distress and social isolation. The degree of disability is the result of a combination of attitudes and reactions of others and the individual's coping capacity. Thus, the contributions of the facial expression of emotion in clinical context are diverse, allowing the understanding of the neuropsychophysiological process in the display and recognition of basic emotions in people with facial disfigurement.

Keywords: Disfigurement; emotion; identification; recognition.



Introdução

A primeira forma de reconhecimento do ser humano é através da face, sendo que a matriz facial do indivíduo é única (De Sousa, 2010). A face é, então, uma peça fundamental para a compreensão da nossa identidade (Morris et al., 2007), uma vez que revela a nossa personalidade (Krishna, 2009), exprime a intensidade das nossas emoções (Alves, 2015, 2016), é importante para a comunicação e para a integração social (Rumsey & Harcourt, 2004).

A literatura distingue dois tipos de desfiguramento: o congénito e o adquirido (Mendes & Figueiras, 2013). Os estudos sobre o desfiguramento facial revelam que a interação social é uma das dificuldades mais predominantes, devido à atenção indesejada e aos comportamentos intrusivos por parte de quem observa o indivíduo com desfiguramento (Clarke, 1999; Griffey & Castle, 2009).

A expressão facial da emoção (EFE) analisa a forma como a emocionalidade é identificada e reconhecida pelas outras pessoas, estando sujeita a diversas variáveis. Sendo a deformação facial uma variável com implicação basilar na identificação e no reconhecimento por parte dos outros, tem naturalmente grande impacto na eficácia da interação do indivíduo com os demais (Alves, 2015, 2016).

Nos EUA, cerca de 10% da população sofre de algum tipo de desfiguramento facial que afeta de forma severa a capacidade para ter uma vida normal. No Reino Unido, em 2001, estimava-se cerca de 400 mil pessoas com diferença visível (Coffman et al., 2011). Dados do Instituto Nacional de Estatística de Portugal (INE), em 2010, indicaram que anualmente realizam-se cerca de 40 mil cirurgias estéticas e reconstrutivas. Apesar de não haver dados que revelem com exatidão a prevalência em Portugal, parece evidente a necessidade de maior investimento na investigação na área do desfiguramento facial (Mendes & Figueiras, 2013).

Desfiguramento Facial

A face está intimamente ligada com a nossa identidade. Aceitarmo-nos como somos requer uma afinidade com o nosso rosto. Esta aceitação não é uma tarefa solitária. De facto, também dependemos dos outros para criar um ambiente no qual possamos ser aceites tal como somos. O sofrimento relacionado com o desfiguramento facial é, em grande parte, resultado de atitudes e reações dos outros para com a pessoa que não tem a aparência enquadrada nos parâmetros considerados normais (Goering, 2004). A nossa aparência física contribui para as impressões que os outros formam de nós, mesmo que essas impressões possam modificar através do contacto posterior. Que implicações têm estes processos para aqueles cuja diferença visível na face os diferencia da norma vigente e os leva a ser o foco de atenção indesejada? Quais são as preocupações e dificuldades destas pessoas? (Rumsey & Harcourt, 2004).

Mas, então, o que é o desfiguramento? Definir o desfiguramento não é nada simples, uma vez que implica falar de vários aspetos relacionados. Para alguns autores, o desfiguramento



abrange uma incapacidade social que, além de ter um grande impacto nos pensamentos, sentimentos e comportamentos das pessoas afetadas, é provável que seja percecionada pelas outras pessoas (Macgregor, 1990). Contudo, algumas pesquisas indicam que a incapacidade social engloba uma ação recíproca complexa de fatores sociais e individuais (Alves, 2015, 2016). Para Rumsey e Harcourt (2004) não é fácil definir a fronteira entre o que constitui desfiguramento ou não. A experiência dos que se veem como “diferentes” ou dos outros que os percecionam como “diferentes” pode ser distinta e arbitrária. Para além disso, é sensato excluir as preocupações com a aparência motivadas por doença psiquiátrica (e.g., distúrbio alimentar ou perturbação dismórfica corporal).

Pesquisadores e profissionais que trabalham na área do desfiguramento consideram que a terminologia usada (e.g., desfiguramento, anormalidade, deformidade, defeito) tem um enfoque predominantemente negativo no problema, podendo agravar as dificuldades sentidas por aqueles que têm algum tipo de desfiguramento (Rumsey & Harcourt, 2004). Apesar do esforço para compensar o foco negativo prevalecente da terminologia “desfiguramento”, a sugestão do conceito de “distinção visível” não reuniu consenso universal nem a compreensão mais consistente que tem a designação “desfiguramento”. Contudo, Rumsey e Harcourt (2004) admitem substituir o termo por “diferença visível” sempre que seja adequado.

Causas do Desfiguramento Facial

As causas do desfiguramento resultam de uma grande variedade de anomalias de natureza congénita e adquirida. Rumsey e Harcourt (2004) referem que nas deformações congénitas incluem-se condições desfigurantes que estão completamente manifestadas na altura do nascimento (e.g., lábio leporino ou fenda palatina) e outras que se tornam mais evidentes ao longo do tempo (e.g., neurofibromatose). Assim, um “desfiguramento congénito” pode ser classificado como aquele que se manifesta desde que a pessoa nasce, não tendo esta memória de vida sem o mesmo (Lansdown et al., 1997). As anomalias visíveis de nascença mais comuns são as malformações da cabeça e pescoço e a fenda no lábio e/ou palato, sendo que esta pode manifestar-se num dos lados (unilateral) ou em ambos (bilateral) da linha média da face. Outras anomalias menos comuns resultam da falha do desenvolvimento total da face (e.g., ausência de uma orelha), do subdesenvolvimento dos ossos da face e da mandíbula (e.g., síndrome de Treacher-Collins) ou da fusão prematura dos ossos cranianos (e.g., síndromes de Cruzon e Apert). Lansdown e colegas (1997) referem ainda outras anomalias que estão associadas com a maturação tardia dos vasos sanguíneos (e.g., hemangioma cutâneo), incluindo as malformações vasculares (e.g., marcas de nascença) ou devido à falha no desenvolvimento de um membro (e.g., sindactilia).

Nos desfiguramentos adquiridos incluem-se os causados por trauma (e.g., acidentes, queimaduras), intervenção cirúrgica (e.g., cancro da cabeça e pescoço), doença (e.g., acne, cicatrizes), predisposições genéticas para anomalias que se manifestam numa idade mais avançada (e.g., vitiligo) ou a ausência de processos de desenvolvimento normal (e.g., desenvolvimento de peito assimétrico) (Rumsey & Harcourt, 2004).



Impacto Psicossocial do Desfiguramento

O desfiguramento facial é caracterizado como um fator de *stresse* de base e ao longo da vida, podendo intensificar as pressões associadas a vários estádios desenvolvimentais do indivíduo (Lansdown, Lloyd, & Hunter, 1991; Moss, 2005). Bradbury (1997) refere que os períodos de transição podem ser muito difíceis para estes indivíduos, tais como mudanças de escola, emprego ou local onde vivem.

O nascimento de uma criança com uma diferença visível pode promover emoções e reações imprevistas dos pais, que podem afetar o processo de vinculação (Walters, 1997). Algumas destas crianças podem ter a expressão facial comprometida, dificultando o reconhecimento apropriado da expressão por parte dos pais. Por outro lado, algumas mães podem dar menos colo e estimular pouco estas crianças, afetando a ligação entre mãe e bebé (Speltz, Endriga, Fisher, & Mason, 1997). Existe uma grande probabilidade dos sentimentos dos pais sobre a aparência dos filhos serem assimilados pela criança, o que vai influenciar a perceção desta sobre o seu desfiguramento, imagem corporal e autoestima (Bellew, 2012). Muitas destas crianças sofrem provocações, intimidação e *bullying* durante a fase escolar (Turner et al., 1997).

As alterações físicas e psicológicas associadas à adolescência intensificam a atenção na aparência física. Esta fase pode trazer grandes dificuldades para quem tem uma diferença visível, já que a aparência física tem importância no enamoramento dos jovens e a confiança social diminuída pode dificultar a integração e a aceitação num grupo de pares (Rumsey & Harcourt, 2004).

Na fase adulta, uma das dificuldades relatadas prende-se com conseguir o emprego desejado, principalmente funções que impliquem maior visibilidade social. A forma como estes indivíduos reagem a estes obstáculos é diversificada. Algumas pessoas escolhem deliberadamente um cargo com um perfil discreto, outras não procuram progredir na carreira (Bradbury, 1997; Lansdown et al., 1997; Rumsey & Harcourt, 2004).

Em suma, o papel de vários fatores psicossociais nas preocupações com a imagem corporal de pessoas com diferenças visíveis sugere que a relação com o ajustamento do indivíduo é multivariável (Rumsey & Harcourt, 2004).

Intervenção Psicossocial

As pessoas com desfiguramento facial enfrentam diversas dificuldades, pelo que a procura de ajuda profissional é motivada por causas diferentes, podendo a intervenção ser necessária a vários níveis: biomédica, psicossocial e educacional (Rumsey & Harcourt, 2004). Moss (2005) considera que apesar do ajustamento sofrer um forte impacto dos fatores cultural, social e psicológico, estes fatores apenas recentemente começaram a ser compreendidos e delineados.



De uma forma geral, em contexto hospitalar, o apoio e a intervenção psicossociais não estão disponibilizados à medida das necessidades que a realidade impõe (OPP, 2014). Estes serviços são disponibilizados de forma reativa e não de forma preventiva (e.g., listas de espera são demasiado longas). A Ordem dos Psicólogos Portugueses afirma que *“em Portugal, o número de psicólogos que integra o SNS (Sistema Nacional de Saúde) ainda fica muito distante do rácio de 1 psicólogo por 5.000 habitantes, recomendado internacionalmente”* (OPP, 2004, p. 24).

A literatura confirma o consenso de que o desfiguramento está associado ao *distress* psicológico, o que implica que os cuidados de saúde devem incluir a avaliação dos níveis de *distress* psicossocial, bem como seguir protocolos para a identificação de pacientes que necessitem de apoio específico de um psicólogo clínico especializado em desfiguramento (Rumsey & Harcourt, 2004).

A investigação científica indica que as dificuldades mais frequentes dizem respeito à autoperceção negativa e dificuldade na interação social (e.g., insultos, olhares fixos e invasivos, questões sobre a aparência), aumentando o isolamento (Bessel & Moss, 2007). Geralmente, estes problemas envolvem emoções negativas e perturbações (e.g., ansiedade social), processos de pensamento mal adaptativos (e.g., medo de uma avaliação social negativa) e autoperceções desfavoráveis (e.g., baixa autoestima e imagem corporal insatisfatória), desenvolvendo padrões de comportamentos negativos que prejudicam a interação social (Rumsey & Harcourt, 2004).

Partridge (2003) considera que o papel de toda a família é fundamental em todo o processo terapêutico, devendo esta compreender que o apoio psicológico é fundamental para a reabilitação e que deve ser acompanhada rotineiramente em todas as fases do processo de recuperação do indivíduo com desfiguramento facial (Brill, Clarke, Veale, & Butler, 2006). Por outro lado, é necessário intervir na sociedade, promovendo a consciencialização sobre o desfiguramento facial e possíveis consequências, no sentido de alterar crenças, valores e representações sociais existentes (Rahzani, Taleghani, & Nasrabadi, 2009).

As características que ajudam o indivíduo a reagir ao desfiguramento facial causado pelo trauma são enumeradas, por vários autores, como sendo: a estrutura da autoestima e autoimagem de um indivíduo (Cash & Pruzinsky, 2004), a perceção do suporte social (Bradbury, 2012; Clarke, 1999; Rumsey & Harcourt, 2004), a personalidade do indivíduo (De Sousa, 2010), as estratégias de *coping* (Bradbury, 1997), os níveis de bem-estar psicológico (e.g., ansiedade e depressão), a ansiedade social (Islam et al., 2010, 2012), a resposta motivacional (Doering, Conrad, Rief, & Exner, 2011), os sentimentos de vergonha (Adsett, 1963) e o autoconceito (Moss & Carr, 2004; Vaz-Serra, 1986).

Numa revisão bibliográfica, Bessel e Moss (2007) demonstram a pouca eficácia clínica das intervenções, sugerindo maior investigação para aumentar a validade metodológica. Não sendo possível alterar as respostas da sociedade, é imprescindível que estes indivíduos possam alterar a forma como reagem perante as atitudes sociais (Bradbury, 2012). Pese embora a necessidade de mais investigação, vários autores indicam a terapia cognitivo-



comportamental como a mais benéfica na intervenção com indivíduos com desfiguramento facial (Brill, Clarke, Veale, & Butler, 2006; Cash & Pruzinsky, 2004; Clarke, 1999; Lansdown et al., 1997; Lawrence, Rosenberg, Mason, & Fauerbach, 2011; Moss, 2005; Moss & Carr, 2004). Contudo, é importante não esquecer que o desfiguramento é altamente traumático, pelo que, na maioria dos casos, impõe-se a necessidade de intervenção focada no trauma (e.g., abordagem cognitivo-comportamental; EMDR – *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) (Grey, 2011; Seidler & Wagner, 2006; Shapiro, 2002).

Assim, considera-se essencial compreender a pertinência de uma intervenção multidisciplinar, de maneira a conseguir encontrar novas estratégias que permitam melhorar a qualidade de vida destes indivíduos (Alves, 2015, 2016). Por outro lado, mais do que avaliar as dificuldades, as medidas de avaliação centradas nas forças e capacidades podem dar uma visão mais equilibrada daquilo que representa viver com desfiguramento e seriam recursos valiosos para planificar e providenciar os cuidados de saúde (Rumsey & Harcourt, 2004). Contudo, parece sensato evitar o uso excessivo de baterias de questionários.

Contributos da Expressão Facial da Emoção (EFE)

A análise da expressão facial e o seu reconhecimento não estão apenas dependentes da atividade fisiológica e neurológica do indivíduo. Existem outras variáveis moderadoras que produzem, igualmente, variações e alterações no processo de identificação e reconhecimento emocional, tais como: a deformação facial, a idade, o género, a simetria facial, a atração, a inteligência, a cultura, a etnicidade, a personalidade, a religião, a fisiologia, entre outras (Alves, 2015, 2016; Alves & Sullivan, 2013; Coelho-Moreira, 2016; Coelho-Moreira & Savage, 2013; Duchenne, 1990; Fernández-Dols & Carrol, 1997; Khosla, 2010; Stanley et al, 2010).

As expressões faciais refletem e determinam como se exprimem as emoções, designadamente a construção psicológica das emoções e o efeito do movimento dos músculos da face. A emocionalidade é traduzida na expressão facial quando os movimentos da face ocorrem, é constatável na configuração da face e ajusta-se à finalidade. A razão pela qual as pessoas não identificam e reconhecem a expressão que lhe está associada reside no facto de não estarem presentes as unidades de ação (AU's ou *Action Units*) correspondentes. O cérebro tem registado os estados emocionais como uma matriz previamente construída, sendo a face o espelho dessa matriz (Alves, 2015, 2016; Coelho-Moreira, 2016).

Quando a face não apresenta a configuração correta, como no caso do desfiguramento facial, esse facto vai influenciar a perceção do outro, levando-o a erros perceptivos de reconhecimento. A expressão facial tem um padrão de construção, logo a assertividade de identificação e reconhecimento da expressão facial da emoção (EFE) diminui quanto menos movimento apresentar e maior deformação for sujeita. Os indivíduos que não conseguem exibir emoção na expressão facial, devido a disfunção cerebral e/ou muscular, relatam a experiência de *sentir* mentalmente. O que sucede é que os músculos não recebem a ordem



das estruturas cerebrais e, por isso, não se contraem no sentido da representação das emoções, para que seja possível identificá-las e reconhecê-las (Alves, 2015, 2016).

Aplicação da EFE em Contexto Clínico

A comunidade científica mantém o debate sobre a viabilidade ou não da medição da emoção. “*Can emotions be measured?*” (Davis & Murray, 2011, p. 179). A medição impõe-se no estudo e análise da expressão facial da emoção, recorrendo-se, por isso, a instrumentos e técnicas desenvolvidos com esse objetivo (Alves, 2015, 2016; Coelho-Moreira, 2016; Davis & Murray, 2011; Ekman, 1992; Levenson, Ekman, & Friesen, 1990).

Em 1978, Ekman e Friesen criaram o *Facial Action Coding System* (FACS), tendo sido revisto por Ekman, Friesen e Hager, em 2002. Este instrumento codifica os músculos da face em 44 unidades de ação que, quando ativadas, permitem a identificação, análise de intensidade e duração da expressão emocional. A utilização deste instrumento é demorada, uma vez que implica o visionamento lento de imagens captadas, em formato estático (e.g., fotografia) ou em registo audiovisual (preferencialmente). Contudo, a análise incide apenas nas AU's envolvidas, pelo que não é necessário analisar todos os movimentos faciais exibidos. Este instrumento tem sido questionado, não quanto à sua eficácia em medir, mas relativamente ao seu princípio de base, designadamente a existência de emoções pan-universais e panculturais, denominadas como universais (Alves, 2015, 2016; Coelho-Moreira, 2016; Ekman, Friesen, & Hager, 2002; Russel & Fernández-Dols, 1997).

Quando a face não apresenta a configuração mais consensual, como no caso do desfiguramento facial, esse facto vai influenciar a perceção do outro, levando-o a erros perceptivos de reconhecimento (Alves, 2015, 2016). A análise da EFE permite analisar as microexpressões através das unidades de ação presentes na expressividade, tendo em conta a assimetria da expressão facial e as limitações decorrentes da biologia humana, nomeadamente pela incapacidade de voluntariamente mover determinados músculos da face, característica de muitas situações de desfiguramento facial (Alves, 2015, 2016; Coelho-Moreira, 2016; Ekman, 2009; Niedenthal et al., 2010).

A EFE tem diversas implicações e aplicações psicossociais, nomeadamente em contexto clínico. As aplicações em saúde podem ser diversas, quer ao nível da fisionomia como da patognomonía (estudo dos sinais e sintomas próprios de cada doença), particularmente na verificação da veracidade da transmissão das emoções do paciente; na análise das expressões subtis e das microexpressões em contexto de supervisão clínica; na expressividade emocional como indicador do estado psicológico e cooperação social; bem como, no estudo da dor através do mapeamento detalhado da expressão facial (Alves, 2015, 2016).

Estudos sobre a dor, em termos da sua manifestação facial, têm demonstrado que a identificação e o reconhecimento das características neuroanatômicas da expressão da dor facilitam a interação entre pacientes e médicos nos cuidados de saúde. O mapeamento das características da dor permite detetar imediatamente o desconforto e tomar ações mais assertivas, uma vez que a face é como uma impressão digital do sofrimento. Os mecanismos



neurofisiológicos da dor dão-nos informação valiosa sobre a face e a capacidade de transmitir o estado de saúde de um indivíduo, sendo esta informação de grande importância na prevenção e tratamento da dor (McCabe, Borod, Meltzer, Spielman, & Ramig, cit. in Alves, 2015, 2016).

Conclusões

É consensual que a emoção desempenha um papel crucial no desenvolvimento neurológico, comportamental, social e psicológico dos indivíduos. As emoções são consideradas fundamentais ao desenvolvimento humano, definindo a forma como o mesmo se organiza e se regula. Desta feita, é pertinente para o estudo da emoção a sua manifestação facial, tal como Darwin e Duchenne já tinham reconhecido. O reconhecimento emocional constitui uma competência social importante e potencia o indivíduo a responder de forma adequada ao meio. A capacidade de reconhecer a EFE possibilita a identificação das emoções expressas nos outros, permitindo o bom funcionamento interpessoal (Strongman, 1998). Quando a face não apresenta a configuração correta, como no caso do desfiguramento facial, esse facto vai influenciar a perceção do outro, levando-o a erros percetivos de reconhecimento (Alves, 2015, 2016).

As emoções apresentam-se como processos centrais no funcionamento humano, atuando fundamentalmente como organizadores no desenvolvimento cerebral. Esta intervenção estende-se também aos domínios do funcionamento psicológico e social, quer interferindo, quer influenciando, nomeadamente pelas diferentes experiências de vida a que o indivíduo vai sendo exposto (Almeida, 2010; Alves, 2015, 2016; Damásio, 2009).

A EFE analisa a forma como a emocionalidade é identificada e reconhecida pelas outras pessoas, estando sujeita a diversas variáveis. A deformação facial tem, assim, uma implicação fundamental na identificação e no reconhecimento por parte dos outros, com impacto direto na eficácia da interação com os demais. Acreditando que a promoção de competências sociais e psicológicas, bem como da compreensão social, constituem aspetos determinantes no que se refere à facilitação da integração social das populações escondidas, como é o caso do desfiguramento facial, é desejável contribuir para a promoção de procedimentos de intervenção mais adequados e eficazes nestas populações (Alves, 2015, 2016).

Contacto para Correspondência

Daniela Alves - claudia.daniela.alves.psi@gmail.com
Porto, Portugal



Referências

- Adsett, A. (1963). Emotional reactions to disfigurement from cancer therapy. *Canadian Medical Association Journal*, 89, 385-391.
- Almeida, L. (2010). *Introdução à neurociência: arquitetura, função, interações e doença do sistema nervoso*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Alves, C. D. (2015). *Transplantação da face humana: efeitos neuropsicofisiológicos na exibição e no reconhecimento das emoções básicas. Estudo de caso com Carmen Tarleton* (Dissertação de Doutoramento não Publicada). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Alves, D. (2016). *Transplante da face: impacto na análise da expressão facial da emoção*. Porto: Idioteque.
- Alves, C., & Sullivan, G. (2013). Facial expression of emotion: Interaction processes, emotion regulation and communication. In A. Freitas-Magalhães, C. Bluhm, & M. Davis (Eds.), *Handbook on facial expression of emotion* (pp. 226-214). Porto: FEELab Science Books.
- Bellew, R. (2012). The role of the family. In N. Rumsey & D. Harcourt (Eds.), *Oxford handbook of the psychology of appearance* (pp. 239-252). Oxford: University Press.
- Bessell, A., & Moss, T. (2007). Evaluating the effectiveness of psychosocial interventions for individuals with visible differences: A systematic review of the empirical literature. *Body Image*, 4, 227-238.
- Bradbury, E. (1997). Understanding the problems. In R. Lansdown, N. Rumsey, E. Bradbury, T. Carr, & J. Partridge (Eds.), *Visibly different: Coping with disfigurement* (pp. 180-193). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Bradbury, E. (2012). Meeting the psychological needs of patients with facial disfigurement. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 50, 193-196.
- Brill, S., Clarke, A., Veale, D., & Butler, P. (2006). Psychological management and body image issues in facial transplantation. *Body Image*, 3, 1-15.
- Cash, T., & Pruzinsky, T. (2004). *Body image: A handbook of theory, research & clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Clarke, A. (1999). Psychosocial aspects of facial disfigurement: Problems, management and the role of a lay-led organization. *Psychology, Health & Medicine*, 4, 127-142.
- Coelho-Moreira (2016). *As falas da face. Processo Casa Pia: aplicação da análise da expressão facial à luz do Direito Penal Português*. Porto: Editorial Novembro.
- Coelho-Moreira, A., & Savage, K. (2013). Moderating physiological variables: Age and gender. In A. Freitas-Magalhães, C. Bluhm, & M. Davis (Eds.), *Handbook on facial expression of emotion* (pp. 20-66). Porto: FEELab Science Books.
- Coffman, K., Gordon, C., & Siemionow, M. (2011). Psychological aspects of face transplantation. In Maria Siemionow (Ed.), *The know-how of face transplantation* (pp. 139-149). London: Springer-Verlag London.
- Damásio, A. (2003). *Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos*. Lisboa: Companhia das Letras.
- Damásio, A. (2009, 29ª ed.). *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. Mem-Martins: Europa-América.
- Davis, M. & Murray, S. (2011). Facial reactions to social threat. In A. Freitas-Magalhães (Ed.) *Emotion expression: The brain and the face* (pp. 173-194). Porto: University Fernando Pessoa Press.
- De Sousa, A. (2010). Psychological issues in acquired facial trauma. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 43, 200-205.
- Doering, B., Conrad, N., Rief, W., & Exner, C. (2011). Living with acquired brain injury: Self-concept as mediating variable in the adjustment process. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21, 42-63.



- Duchenne, G. (1990). *The mechanism of human facial expression*. New York: Cambridge University Press.
- Ekman, P. (1992). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48, 384-392.
- Ekman, P. (2009). *Telling lies. Clues to deceit in the marketplace, politics, and marriage*. New York: Norton.
- Ekman, P., Friesen, W., & Hager, J. (2002, 2nd ed.). *Facial action coding system*. Salt Lake City, Ut: Research Nexus eBook.
- Fernández-Dols, J., & Carroll, J. (1997, 2nd ed.). Is the meaning perceived in facial expression independent of its context?. In J. Russell & J. Fernández-Dols (Eds.) *The psychology of facial expression* (pp. 275-294), United Kingdom: Cambridge University Press.
- Fridlund, A. (1997, 2nd ed.). The new ethology of human expressions. In J. Russell and J. Fernández-Dols (Eds.), *The Psychology of facial expression* (pp. 103-130). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Goering, S. (2004). Facing the consequences of facial transplantation: Individual choices, social effects. *The American Journal of Bioethics*, 4, 37-39.
- Grey, E. (2011). A pilot study of concentrated EMDR: A brief report. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5, 14-24.
- Griffey, H., & Castle, B. (2009). *Living with a disfigurement: Managing the challenge*. London: Changing Faces.
- Islam, S., Ahmed, M., Walton, G., Dinan, T., & Hoffman, G. (2010). The association between depression and anxiety disorders following facial trauma – A comparative study. *Injury*, 41, 92-96.
- Islam, S., Ahmed, M., Walton, G., Dinan, T., & Hoffman, G. (2012). The prevalence of psychological distress in a sample of facial trauma victims. A comparative cross-sectional study between UK and Australia. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, 40, 82-85.
- Khosla, M. (2010). Understanding emotions from an Indian perspective: implications for wellbeing. In A. Freitas-Magalhães (Ed.) *Emotion Expression: The brain and the face* (pp. 259-284). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Krishna, S. (2009). Disfigurement: Psychosocial impact and coping. *Open Dermatology Journal*, 3, 54-57.
- Lansdown, R., Lloyd, J., & Hunter, J. (1991). Facial deformity in childhood: Severity and psychological adjustment. *Child: Care, Health & Development*, 17, 165-171.
- Lansdown, R., Rumsey, N., Bradbury, E., Carr, T., & Partridge, J. (Eds.). (1997). *Visibly different: Coping with disfigurement*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Lawrence, J., Rosenberg, L., Mason, S., & Fauerbach, J. (2011). Comparing parent and child perceptions of stigmatizing behavior experienced by children with burn scars. *Body Image*, 8, 70-73.
- Levenson, R., Ekman, P., & Friesen, W. (1990). Voluntary facial action generates emotion-specific autonomic nervous system activity. *Psychophysiology*, 4, 363-384.
- Macgregor, F. (1990). Facial disfigurement: Problems and management of social interaction and implications for mental health. *Aesthetic Plastic Surgery*, 14, 249-257.
- Mendes, J., & Figueiras, M. (2013). Desfiguramento facial adquirido: breve revisão narrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 484-501.
- Morris, P., Bradley, A., Doyal, L., Earley, M., Hagen, P., Milling, M., & Rumsey, N. (2007). Face transplantation: A review of the technical, immunological, psychological and clinical issues with recommendations for good practice. *Transplantation*, 83, 109-128.
- Moss, T. (2005). The relationships between objective and subjective ratings of disfigurement severity, and psychological adjustment. *Body Image*, 2, 151-159.
- Moss, T., & Carr, T. (2004). Understanding adjustment to disfigurement: The role of the self-concept. *Psychology & Health*, 19, 737-748.



- Niedenthal, P., Mermilod, M., Maringer, M., & Hess, U. (2010). The simulation of smiles (SIMS) model: Embodied simulation and the meaning of facial expression. *Behavioral and brain sciences*, 33, 417-480.
- OPP (2014). Psicologia no serviço nacional de saúde. *Psis21*, 6, 24-25.
- Partridge, J. (2003, 4th ed.). *Changing faces: The challenge of facial disfigurement*. London: Changing Faces.
- Rahzani, K., Taleghani, F., & Nasrabadi, A. (2009). Disfiguring burns and the experienced reactions in Iran: Consequences and strategies – A qualitative study. *Burns*, 35, 875-881.
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: Issues and interventions. *Body Image*, 1, 83-97.
- Russel, J. & Fernández-Dols, J. (1997, 2nd ed.). What does a facial expression mean?. In J. Russell & J. Fernández-Dols (Eds.), *The psychology of facial expression* (pp. 275-294). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Seidler, G., & Wagner, F. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, 1515-1522.
- Shapiro, F. (2002). *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Speltz, M., Endriga, M., & Mason, C. (1997). Early predictors of attachment in infants with cleft lip and/or palate. *Child Development*, 68, 12-25.
- Stanley, K., Heesacker, M., Perrin, P., & Graf, K. (2010). Putting a face to sexism: Gender stereotyping in interpreting emotionality from facial expressions. In A. Freitas-Magalhães (Ed.), *Emotional expression: The brain and the face* (pp. 147-172). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Strongman, K. (1998). *A psicologia da emoção*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Turner, S., Thomas, P., Dowell, T., Rumsey, N., & Sandy, J. (1997). Psychological outcomes amongst cleft patients and their families. *British Journal of Plastic Surgery*, 50, 1-9.
- Vaz-Serra, A. (1986). O “Inventário clínico de auto-conceito”. *Psiquiatria Clínica*, 7, 67-84.
- Walters, E. (1997). Problems faced by children and families living with visible differences. In R. Lansdown, N. Rumey, E. Bradbury, T. Carr, & J. Partridge (Eds.), *Visible difference: Coping with disfigurement* (pp. 112-120). Oxford: Butterworth- Heinemann.



Transplante facial: Implicações na expressão facial da emoção

Daniela Alves¹

1. Universidade Fernando Pessoa, Portugal

Resumo

Apesar do transplante facial ser visto como uma melhoria na qualidade de vida de indivíduos que sofreram lesão grave na face, pode resultar em inúmeras complicações que vão desde a rejeição do "novo" órgão pelo sistema imunológico até a perda de identidade para o indivíduo (e.g., por não reconhecer o novo rosto). Embora não seja uma intervenção cirúrgica com o objetivo de salvar vidas, tem demonstrado a sua viabilidade como uma opção reconstrutiva para pacientes com deformidades faciais graves. Os resultados deste estudo indicam que as lesões músculo-esqueléticas na face afetam a capacidade de exibição da expressão da emocionalidade, impedindo o reconhecimento da mesma pelos outros, o que prejudica a eficácia da comunicação. Este estudo pretende contribuir para o desenvolvimento de pesquisas científicas sobre a expressão facial da emoção e demonstrar a sua aplicabilidade em contexto clínico.

Palavras-chave: Transplante facial; emoção; expressão; reconhecimento.



Abstract

Despite facial transplantation be seen as an improvement in the quality of life of individuals who have suffered severe injury to the face, it can result in numerous complications ranging from rejection of the "new" organ by the immune system to the loss of identity for the individual (e.g., for failing to recognize the new face). Although it isn't a surgery in order to save lives, has demonstrated its viability as a reconstructive option for patients with severe facial deformities. The results of this study indicate that musculoskeletal injuries on the face affect the display capacity of the emotionality expression, preventing the recognition of it for others, which impairs the effectiveness of communication. This study aims to contribute to the development of scientific research on facial expression of emotion and demonstrate their applicability in clinical practice.

Keywords: Face transplant; emotion; expression; recognition.

Transplante Facial

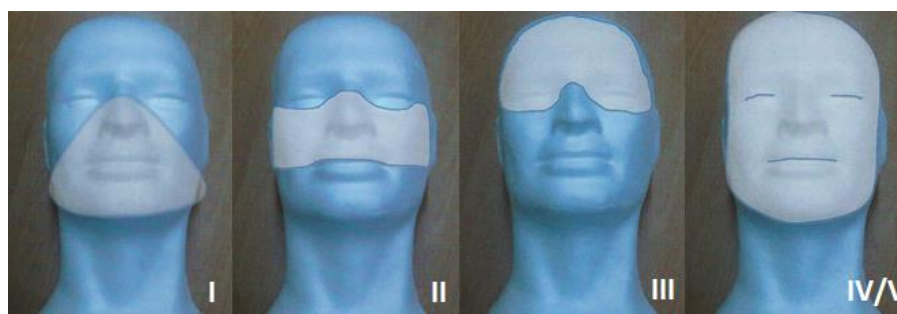
A transplantação da face é uma emergente subespecialidade na área da transplantação, cujos resultados a longo termo são ainda desconhecidos (Alves, 2015, 2016; Thomas et al., 1998; Wilhelmi et al., 2003). O transplante facial é um procedimento inovador resultante da aplicação de terapias e técnicas cirúrgicas modernas utilizadas no transplante de outros órgãos. Este procedimento consiste numa cirurgia (parcial ou total), em que a estrutura do rosto de um indivíduo (e.g., osso, tecido facial, músculos) é usada na reconstrução facial de um outro indivíduo (Alves, 2015, 2016; Barret et al., 2011a, 2011b; Pomahac et al., 2011a, 2011b). A cirurgia de reconstrução da face tem demonstrado ser a melhor solução no tratamento na recuperação de deformações e lesões faciais (e.g., deformações resultantes de acidentes, de doenças), procurando a recuperação das características funcionais e estéticas dessa estrutura (Alves, 2015, 2016; Pomahac et al., 2011a, 2011b).

O procedimento cirúrgico do transplante facial não é sempre o mesmo e varia consoante as necessidades do paciente. Barret e Tomasello (2015) distinguem o procedimento em cinco tipos de transplante facial: Tipo I – *Lower Central*; Tipo II – *Mid Central*; Tipo III – *Upper Face*; Tipo IV – *Face Transplant* e Tipo V – *Full Face Transplant* (Fig. 1).

Fig. 1.

Composição de fotografias representativas dos tipos de transplante facial.

Fonte: Barret & Tomasello, 2015, pp. 45-46.



Quando um transplante facial é realizado, o destinatário não assume as características do dador. O rosto resultante é, muitas vezes, descrito como um "híbrido" entre o dador e o recetor, uma vez que a nova face não vai ser uma combinação perfeita com a original. No caso de indivíduos com deformação de nascença, que tenham optado por cirurgia de reconstrução facial, o novo rosto será, obviamente, completamente diferente do anterior (Siemionow & Ozturk, 2012). Apesar do transplante facial ser visto como uma melhoria na qualidade de vida destes indivíduos, pode resultar em inúmeras complicações para o recetor. As complicações vão desde a rejeição dos órgãos pelo sistema imunitário até à perda de identidade para o indivíduo (e.g., devido à incapacidade de reconhecer uma nova face). De forma a prevenir complicações, tais como a rejeição, o recipiente é sujeito a um regime complexo de medicação e de monitorização médica rigorosa (Barret et al., 2011a, 2011b).



Abordagem Psicossocial

A avaliação psicológica e psiquiátrica dos candidatos a transplante facial tem como objetivo identificar quaisquer riscos que possam ter impacto direto no desenvolvimento de complicações pós-cirúrgicas ou problemas na adaptação e adesão ao tratamento. A literatura indica que os fatores psicossociais estão fortemente relacionados com a adaptação à vida pós-transplante, adesão ao tratamento e morbilidade. Assim, é necessária uma avaliação psicossocial detalhada dos pacientes antes destes serem incluídos na lista de espera para transplante. Em suma, uma avaliação psicossocial negativa invalida o transplante facial (Barret & Tomasello, 2015; Coffman et al., 2011).

Barret e Tomasello (2015) resumem três diferentes estádios de avaliação e suporte por parte dos serviços psicossociais, sendo os seguintes: 1) Candidato para transplante facial; 2) Período imediato ao pós-transplante (até 6 meses pós-transplante); 3) período crónico pós-transplante (6 meses em diante ao pós-transplante). No que se refere à patologia, os pacientes têm que lidar com certas características da doença. Alguns apresentam o desfiguramento desde a nascença ou foi aparecendo ao longo do desenvolvimento do indivíduo, tais como neoplasias benignas (e.g., neurofibromatose) e malformações vasculares. Outros pacientes podem apresentar desfiguramento de etiologia traumática, tendo que se adaptar a uma súbita mudança na aparência facial e na qualidade de vida. Estes pacientes apresentam necessidades especiais diferentes daqueles que tiveram um tempo mais prolongado de adaptação ao desfiguramento facial e à mudança na qualidade de vida. O grande objetivo que se pretende atingir com este procedimento cirúrgico é a melhoria da função e da qualidade de vida (Alves, 2015, 2016; Barret & Tomasello, 2015).

A motivação do paciente é o aspeto fundamental para determinar se é um bom candidato a transplante facial. Contudo, aspetos como as circunstâncias pessoais, o suporte familiar e social, as expectativas individuais e o impacto geral sobre a deformidade são fatores que necessitam de ser avaliados para aferir o potencial benefício do tratamento proposto (Barret & Tomasello, 2015). As questões psicológicas resultantes de um transplante facial são distintas de qualquer outro contexto. Os psicólogos clínicos têm um importante papel tanto na avaliação de potenciais candidatos a transplante como no acompanhamento pós-transplante para gerir problemas psicológicos que possam enfrentar. Os pacientes de cirurgia facial necessitam de três tipos de suporte: emocional, informativo e prático (Coffman et al., 2011). Barret e Tomasello (2015) salientam que a intervenção psicossocial faz parte da abordagem multidisciplinar da equipa de transplante facial e pretende atingir os seguintes objetivos gerais: a) permitir a adaptação dos pacientes ao processo de avaliação e de transplantação; b) evitar ou tratar quaisquer sintomas psicológicos ou psiquiátricos que possam aparecer durante todo o processo; e c) prestar apoio contínuo e permanente aos candidatos e suas famílias durante o processo de avaliação, a procura de doadores e o transplante.

Ao contrário dos transplantes de órgãos sólidos internos, o transplante de tecidos compostos, tais como a face, apresenta uma diferença bastante visível que é externa. A literatura refere que lidar com o desfiguramento pode levar tanto à negação como à obsessão



com a diferença visível, depressão, não cumprimento com os cuidados de saúde e isolamento social. Lidar de forma eficaz com o desfiguramento antes da cirurgia, sugere uma reintegração da imagem corporal positiva, após a cirurgia reduzindo a ansiedade, promovendo autocuidados e a reintegração social. O transplante facial parece contribuir para a diminuição de sintomatologia depressiva e abusos verbais que estes pacientes experienciam em público, melhorando a qualidade de vida e a reintegração social. Contudo, pode não haver alteração significativa da autoestima, ansiedade ou funcionamento sexual (Barret & Tomasello, 2015; Coffman et al., 2011).

Metodologia

As técnicas qualitativas são vistas como os meios mais adequados, embora não exclusivos, para o estudo desta população, para uma melhor compreensão do significado que lhe está subjacente, especialmente quando estamos a analisar problemas emergentes em populações ocultas (Esteves & Azevedo, 1996). No presente estudo foi utilizada a metodologia qualitativa, recorrendo ao estudo de caso. A recolha de dados baseou-se nas 1) entrevistas feitas aos participantes (registo escrito e áudio), 2) compilação de informação veiculada nos meios de comunicação social (e.g., notícias, vídeos, fotografias), bem como livros publicados quer pela paciente quer pelos cirurgiões, e 3) observações diretas durante o *1st World Congress on Facial Expression of Emotion*, em Outubro de 2014. Durante a recolha e análise de dados, foram tomadas em consideração as hipóteses de investigação que se destinavam a ser abordadas: 1) o transplante facial contribui para a qualidade de vida; 2) o transplante facial ajuda a melhorar a autoestima, e 3) o transplante facial ajuda a construir a identidade.

Participantes

A escolha foi intencional, uma vez que existe um número reduzido de pessoas que tenham sido submetidas a transplante facial, e que estão geograficamente dispersas e espalhadas por todo o mundo. Por razões semelhantes, a parte da amostra formada por membros da comunidade médica foi selecionada de acordo com a sua disponibilidade e o seu envolvimento direto nas diversas fases do processo que antecede e precede o acompanhamento de pessoas com a face transplantada. Os participantes são: Carmen Tarleton, paciente que recebeu um transplante facial total, em 2013, nos EUA; Bernard Devauchelle, do *Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens*, em França, que fez o primeiro transplante facial parcial no mundo, em 2005; Sophie Crémades, psiquiatra do *Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens*, em França, que acompanhou a primeira paciente sujeita a transplante facial, em 2005; Juan Pedro Barret, do *Vall d'Hebron Hospital*, em Barcelona, Espanha, que fez o primeiro transplante facial total, em 2010; Edward J. Caterson, do *Brigham and Women's Hospital*, nos EUA, que fez parte da equipa que realizou o transplante facial total da paciente).



Instrumentos

Entrevista

Para a recolha dos dados constituiu-se um guião de entrevista estruturado, constituído por nove perguntas. Optou-se pela entrevista estruturada por ser mais adequada neste contexto, com a vantagem de obter dados comparáveis entre os vários participantes, e por permitir maior segurança ao investigador. Através deste procedimento procurou-se conhecer a experiência emocional do transplante facial por quem o recebe (paciente), por quem executa o procedimento (cirurgiões) e por quem acompanha psicologicamente o paciente (psiquiatra).

NVivo 10

NVivo é um aplicativo especializado na análise de dados qualitativos, que permite organizar de forma abrangente, gerir e analisar conjuntos de dados qualitativos volumosos estruturados, semiestruturados e não estruturados, de forma a fazerem sentido. Este *software* de análise de dados qualitativos (ADQ) possui ferramentas de classificação, triagem e organização de informações, que aceleram o processo de investigação e oferece mais tempo para analisar os materiais, identificar temas, elaborar uma visão e desenvolver conclusões baseadas na evidência (Mozzato & Grzybovski, 2011). Neste estudo foi utilizado o programa NVivo, na versão 10, permitindo analisar as respostas dadas nas entrevistas, quer da paciente, quer dos médicos.

FACS – Facial Action Coding System

O FACS, criado por Ekman e Friesen, em 1978, atualizado e revisto por Ekman, Friesen e Hager, em 2002, é atualmente considerado o instrumento mais fiável, rigoroso e metodológico utilizado na análise da expressão das emoções na face. É um instrumento que, devido à sua complexidade e características metodológicas de aplicação e manuseamento, é demorado (Ekman, 1992, 2002). Nesta investigação foram analisadas fotografias, bem como vídeos de Carmen em diferentes momentos da sua vida, designadamente, pré-incidente traumático, pós-incidente traumático e pós-transplante facial. Destes vídeos foram selecionados *frames* referentes à manifestação facial de emoções, posteriormente enquadrados no contexto da entrevista com a devida transcrição e indicação do momento a que se refere o *frame*. Esta metodologia de recolha de dados permite fazer a identificação das expressões faciais da emoção quanto à duração, incluindo a sinalização dos momentos de *onset*, *apex* e *offset*, intensidade, simetria e contexto de exibição. As imagens selecionadas são apresentadas em formato estático (fotografia), com a respetiva indicação das AU's e do contexto, de modo a contextualizar com os factos associados ao estudo de caso (Alves, 2015, 2016; Coelho-Moreira, 2016; Ekman, 1992, 2002).

Procedimento

Para a recolha dos dados constituiu-se um guião de entrevista semiestruturado, composto por nove perguntas. O delineamento experimental consistiu, no caso de Bernard Devauchelle e de Sophie Crémades, em entrevistas presenciais e gravadas em registo áudio. Nos restantes casos, os participantes responderam à entrevista por escrito, enviada por correio eletrónico. Em todos os casos foram assinados os respetivos consentimentos informados. As respostas obtidas nas entrevistas foram expostas a um processo de análise qualitativo com recurso ao sistema informático NVivo, versão 10, para análise de conteúdo. Por fim, através do FACS, analisaram-se as AU's envolvidas nos segmentos captados nas imagens selecionadas para o efeito, de modo a comparar a capacidade de exibição da expressão facial da paciente em três momentos distintos: antes do incidente traumático, durante o período de transição com o transplante facial e após a adaptação ao transplante facial.

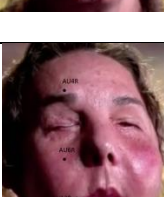
Discussão dos Resultados

De acordo com a aplicação do instrumento FACS, primeiramente serão apresentados os resultados decorrentes da análise da codificação segundo as AU's exibidas em *frames* de vídeo (Tabela 1); em seguida a análise das AU's exibidas em fotografias correspondentes a três momentos de vida da paciente, designadamente pré-incidente, pós-incidente e pós-transplante (Tabela 2) e, por último, a análise das AU's exibidas em fotografias representativas da face neutra e das sete emoções básicas demonstradas pela paciente (Tabela 3).

Tabela 1.

AU's analisadas em frame de vídeo.

Imagem	Contexto	AU's	Duração	Intensidade	Simetria
	E: (about Sheldon Stein) «I'll be honest on that... most of man couldn't handle all this...» C: «Oh... I've guess I know that» (1º) (laughter)	5R+6+10R+13R+17	Macro >0,05	D	R
	Vídeo pessoal de Carmen realizado antes do incidente.	1+6+7+12+17+20	Macro >0,05	C	S

	Baseline	Face Neutra	---	---	---
	Foto (estática) antiga, anterior ao incidente.	6+11+12+20+25+26	---	D	S
	«I was not afraid of him (5º). I had no reason to be afraid of him».	1R+4+15R+17	Macro >0,05	C	R
	«And I was not» (6º)	1R+4+17+37	Micro <0,05	B	R17S
	E: «What were the things that kept you going?» C: «My kids» (7º)	1R+4+15R+17	Macro >0,05	C	R
	«I fit in, that I hadn't in quite a while» (8º)	4R+6R+12R	Micro <0,05	B	R
	E: «Can you smile thought?» C: «A little bit...» (9º)	1+6+7R+12R+17+20	Macro >0,05	D	6S+20S

	«Takes courage (10 ^o) ... takes bravery»	1R+4R+6+7R+12R+17+20	Subtle >0,20	C	R

A partir dos *frames* selecionados dos vídeos, os resultados obtidos demonstram quase total incapacidade de exibição da expressão no lado esquerdo da face, confirmando o impacto da gravidade dos danos sofridos, nomeadamente no que se refere à extensão da queimadura na estrutura músculo-esquelética. Porquanto no lado direito da face verifica-se o comprometimento da exibição da expressão dentro dos parâmetros considerados normais, ainda assim é possível verificar a manifestação de determinadas unidades de ação. No que se refere à duração, é manifesta a superioridade de macroexpressões e a predominância de expressões com intensidade C (isto é, moderada ou visível), esta última resulta da forte correlação que se estabelece com o comprometimento da exibição da expressão facial. Consequentemente, o reconhecimento da expressão facial é também ele comprometido, não obstante ser possível executá-lo com elevado grau de certeza.

Tabela 2.

AU's analisadas em fotografias relativas a 3 momentos de vida (pré-incidente, pós-incidente e pós-transplante).

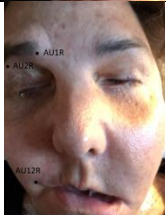
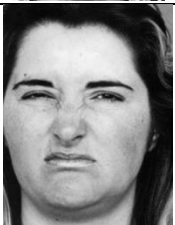
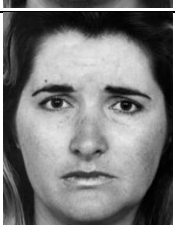
Imagem	Momento	AU's	Intensidade	Simetria
	30 anos Pré-incidente	6+12+17+64	A	R
	30 anos Pré-incidente	4+6+7+11+12+20+25	D	S
	37 anos Pré-incidente	1+2+6+11+12+13+20+25+26	D	S
	42 anos Pós-incidente	Face neutra	Baseline	---

	44 anos Pós-incidente	6R+12R	A	R
	44 anos Pós-incidente	1+6R+12R+13R+17+20R	A	R
	46 anos Pós-transplante	1R+4R+6+12R+17+20	B	R
	46 anos Pós-transplante	1R+4R+6+12R+17+20	C	R
	46 anos Pós-transplante	1R+4R+15R+17	A	R

A partir das AU's observadas nas fotografias relativas aos três momentos de vida da paciente apurou-se que a simetria existente na face da paciente na fase anterior ao incidente traumático ficou comprometida, verificando-se uma maior capacidade de exibição do lado direito da face observada no pós-transplante. Novamente, os resultados obtidos demonstraram quase total incapacidade de exibição da expressão no lado esquerdo da face, quer na fase pós-incidente quer na fase pós-transplante. Por consequência, o reconhecimento da expressão facial é mais intrincado, porém é exequível a sua concretização com significativo índice de certeza. Comparando o período pós-incidente com o período pós-transplante, no que se refere à exibição da expressão facial, verifica-se que a capacidade de manifestação da expressividade na estrutura músculo-esquelética é semelhante em ambas as fases, pelo que tal será resultado dos danos sofridos na matriz facial, tal como já referido anteriormente. De salientar que não foi possível apurar a duração e a intensidade da expressão facial exibida nem o contexto das imagens analisadas, por se tratar de fotografias (imagens estáticas) e não de *frames* de vídeos, forma preferencial de recolha de dados do FACS por permitir uma análise mais completa e rigorosa.

Tabela 3.

AU's analisadas em fotografias representativas das sete emoções básicas.

Emoção	AU's	Imagem-modelo	Carmen	AU's
Cólera	4+5+7+10+26			4R+6R+12R+13R+26
Desprezo	9+10+41+61 (ou 62)			1R+2R+12R
Aversão	7+10+25			10R+13R+24R
Medo	1+2+4+5+20+25			1+2+5+26
Alegria	6+12+25			6+12R+13R
Tristeza	1+4+15			4R+15R+16R
Surpresa	1+2+5+25 (ou 26)			1+2+5R+26



Por último, a análise das AU's observadas nas fotografias representativas das sete emoções básicas, permitiu determinar de forma inequívoca as limitações subjacentes à capacidade de exibição da expressão facial da emoção que possui atualmente. No que se refere à exibição da emoção cólera, os resultados obtidos demonstram que a paciente apenas consegue manifestar a AU4 (baixar das sobrancelhas), no lado direito da face, na configuração matriz dessa emoção (4+5+7+10+26), sendo que as restantes quatro AU's que exhibe (6+12+13+26) não correspondem à matriz. Quanto à emoção desprezo, a matriz estabelece quatro AU's (9+10+41+61 ou 62), não tendo sido nenhuma delas exibida facialmente (1+2+12). Relativamente à exibição da emoção aversão, cuja matriz configura três AU's (7+10+25), as demonstradas foram AU's 10+13+24. No que concerne às AU's das matrizes das emoções medo, alegria e tristeza, estas são exibidas quase na sua totalidade, o que se traduz numa exibição da expressão mais próxima do normativo e num reconhecimento da expressão emocional mais eficaz. Desta feita, o medo codificado com as AU's 1+2+4+5+20+25 foi exibido pela paciente através das AU's 1+2+5+26; a alegria codificada com as AU's 6+12+25 foi manifestada com as AU's 6+12+13 e; a tristeza codificada com as AU's 1+4+15 foi demonstrada com as AU's 4+15+16. Por fim, as AU's referentes à matriz da emoção surpresa (1+2+5+25 ou 26) são exibidas na sua totalidade e, conseqüentemente, promovem uma maior precisão e menos limitações no reconhecimento da expressão facial.

Em suma, pode afirmar-se que os resultados obtidos sustentam a confirmação das três hipóteses da presente investigação. No que se refere à análise de conteúdo, identificaram-se algumas categorias e respetivas perceções dos participantes relativamente ao tema do transplante facial em geral, bem como de algumas dificuldades relacionadas e suas condicionantes e, ainda, aspetos a melhorar em procedimentos futuros. Os resultados obtidos confirmam igualmente as três hipóteses, quanto à capacidade da paciente em identificar, exhibir e replicar na face a expressão da emoção, bem como na capacidade de terceiros em relação ao reconhecimento da sua expressão facial. Estas capacidades permitiram-lhe ter uma maior qualidade de vida, quer em termos de comunicação intrapessoal quer em termos de comunicação interpessoal (e.g., eficácia, precisão, fluência), contribuindo em última análise para a melhoria da sua autoestima, como resultado de uma normalização da estética visível. Por fim, podemos afirmar que a demonstração eficaz da emoção através da face foi potenciada pelo transplante facial, culminando na adaptação positiva da paciente a esta nova etapa da sua vida, isto é, a (re)construção da identidade.

Contacto para Correspondência

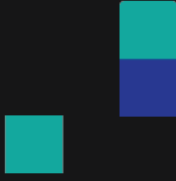
Daniela Alves - claudia.daniela.alves.psi@gmail.com
Porto, Portugal

Referências

- Alves, C. D. (2015). *Transplantação da face humana: efeitos neuropsicofisiológicos na exibição e no reconhecimento das emoções básicas. Estudo de caso com Carmen Tarleton* (Dissertação de Doutoramento não Publicada). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto.



- Alves, D. (2016). *Transplante da face: impacto na análise da expressão facial da emoção*. Porto: Idioteque.
- Barret, J., & Tomasello, A. (2015). *Face transplantation: Principles, techniques and artistry*. Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Barret, J., Gavalda, J., Bueno, J., Nuvials, X., Pont, T., Masnou, N., Colomina, M. J., Serracanta, J., Arno, A., Huguet, P., Collado, J. M., Salamero, P., Moreno, C., Deulofeu, R., & Martínez-Ibáñez, V. (2011a). Full face transplant: the first case report. *Ann. Surg.*, 254, 252-256.
- Barret, J., Serracanta, J., Collado, J., Garrido, A., Salamero, P., Pont, T., Masnou, N., Arana, E., Arno, A., Garcia, V., Sancho, J., & Ruiz-Castilla, M. (2011b). Full face transplantation organization, development, and results – the Barcelona experience: a case report. *Transplantation Proceedings*, 9, 3533-3534.
- Coelho-Moreira (2016). *As falas da face. Processo Casa Pia: aplicação da análise da expressão facial à luz do Direito Penal Português*. Porto: Editorial Novembro.
- Coffman, K., Gordon, C., & Siemionow, M. (2011). Psychological aspects of face transplantation. In Maria Siemionow (Ed.), *The know-how of face transplantation* (pp. 139-149). London: Springer-Verlag London.
- Ekman, P. (1992). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48, 384-392.
- Ekman, P., Friesen, W., & Hager, J. (2002, 2nd ed.). *Facial action coding system*. Salt Lake City, Ut: Research Nexus eBook.
- Esteves, A., & Azevedo, J. (1996). *Metodologias qualitativas para as ciências sociais*. Porto: Universidade do Porto.
- Mozzato, A., & Grzybovski, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *RAC, Curitiba*, 15, 731-747.
- Pomahac, B., Nowinski, D., Diaz-Siso, J., Bueno, E., Talbot, S., Sinha, I., Westvik, T. S., Vyas, R., & Singhat, D. (2011a). Face transplantation. *Curr Probl Surg.*, 48, 293-357.
- Pomahac, B., Pribaz, J., Eriksson, E., Annino, D., Caterson, S., Sampson, C., Chun, Y., Orgill, D., Nowinski, D., & Tullius, S. (2011b). Restoration of facial form and function after severe disfigurement from burn injury by a composite facial allograft. *American Journal of Transplantation*, 11, 386-393.
- Siemionow, M., & Ozturk, C. (2012). Face transplantation: outcomes, concerns, controversies, and future directions. *Dermatology and Plastic Surgery Institute*, 23, 254-259.
- Thomas, A., Obed, V., Murarka, A., & Malhotra, G. (1998). Total face and scalp replantation. *Plast Reconstr Surg.*, 102, 2085-2087.
- Wilhelmi, B., Kang, R., Movassaghi, K., Ganchi, P., & Lee, W. (2003). First successful replantation of face and scalp with single-artery repair: model for face and scalp transplantation. *Ann Plast Surg.*, 50, 535-540.



VIOLÊNCIA SEXUAL E DE GÊNERO





“Femicídio no contexto das relações de intimidade em Portugal: Dados preliminares”

**Cristina Soeiro^{1,3}, João Mata⁴, Andreia Matias², Ana Rita Calais da Silva², Íris Almeida³,
Marlene Matos²**

1. Polícia Judiciária, Portugal

2. Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Portugal

3. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Portugal

4. Universidade Fernando Pessoa, Portugal

Resumo

O homicídio é uma das principais causas de morte prematura, sendo o homicídio de mulheres no contexto das relações de intimidade (*femicídio*) uma das principais causas de morte de mulheres em todo o Mundo. Mas, para podermos adotar medidas de proteção e segurança para as vítimas, é necessário conhecer os fatores associados a este fenómeno. Assim, este estudo pretende analisar os fatores de risco de violência presentes nos casos de femicídio, o comportamento homicida e a dinâmica criminal nesses casos, assim como identificar uma tipologia do femicida e caracterizar as vítimas. O estudo encontra-se a decorrer a nível nacional e a recolha dos dados está a ser realizada através da análise de processos judiciais de femicídio cometidos entre 2010 e 2015. O corpus desta análise preliminar contempla 22 casos da região de Lisboa e Vale do Tejo. O femicida é, por norma, um homem caucasiano, de nacionalidade portuguesa, casado com a vítima, sem atividade laboral, sem condenações anteriores e com uma média de idades de 55 anos. A vítima é, por norma, uma mulher caucasiana, de nacionalidade portuguesa, casada com o agressor e ativa profissionalmente, com uma média de idade de 51 anos. No final avança-se um conjunto de recomendações fundamentadas nos dados empíricos preliminares, as quais visam melhorar as práticas de avaliação e intervenção nas situações de risco de femicídio e, consequentemente, contribuir para a prevenção deste crime especialmente violento.

Palavras-chave: Violência doméstica; Homicídio nas relações de intimidade; Femicídio; Fatores de risco; Dinâmica criminal; Comportamento homicida.



Abstract

Homicide is one of the main causes of premature death, whereas the homicide of women in the context of intimate relationships (*femicide*) is one of the leading causes of death for women worldwide. In order to take protective and security measures for the victims, it is necessary to know the factors associated with this phenomenon. Therefore, this study aims to analyze the violence risk factors present in cases of femicide, the homicidal behavior and criminal dynamics in these cases, as well as identifying a typology of the offenders and characterize the victims. The study is taking place at a national level and data collection is being performed through the analysis of femicide case files committed between 2010 and 2015. The corpus of this preliminary analysis includes 22 cases in the area of Lisbon and Tagus Valley. The offender is, on average, a Caucasian man, Portuguese, married to the victim, unemployed, without previous convictions and with an average age of 55 years. The victim is, on average, a Caucasian woman, Portuguese, married to the offender, employed and with an average age of 51 years. Finally, we present a set of recommendations based on our preliminary empirical data, aiming to improve assessment and intervention practices in femicide risk situations and, consequently, to contribute to the prevention of this especially violent crime.

Keywords: Domestic violence; Intimate partner homicide; Femicide; Risk factors; Criminal dynamics; Homicidal behavior.

Introdução

A violência nas relações íntimas não é um fenómeno novo, estando a sua crescente divulgação relacionada com uma redefinição dos papéis de género, à construção de uma nova consciência social e a uma afirmação dos direitos humanos a nível internacional (Almeida, 2012). Segundo Castanho (2013), a violência nas relações de intimidade é uma das principais causas de morte e de ferimentos de mulheres em todo o Mundo. É importante salientar que 13.5% dos homicídios são cometidos por parceiros íntimos, tendo as mulheres seis vezes mais probabilidades de serem mortas pelo seu parceiro (Stögl et al., 2013). Esta temática tem sido alvo de investigação pela comunidade científica, a qual reconhece o impacto familiar e social do fenómeno, consciente da importância do estudo da sua etiologia e dos principais fatores de risco para promover a identificação de oportunidades de intervenção e prevenção (Almeida, 2012).

O presente estudo centra-se no femicídio, definido como o “homicídio que envolve vítimas do sexo feminino no contexto das relações íntimas, i.e., em que o agressor e a vítima têm ou já tiveram um relacionamento íntimo” (Campbell et al., 2003). Esta opção prende-se com o fato de que, segundo Almeida (2012), o estudo das várias formas de homicídios mostra que o femicídio constitui um fenómeno muito específico que deve ser investigado de forma isolada.

Segundo dados oficiais, publicados no Relatório Anual de Segurança Interna (IASI), os homicídios conjugais representam entre 23% a 37.3% dos homicídios em geral, nos anos de 2011 a 2015 (Ministério da Administração Interna [MAI], 2011, 2012, 2013, 2014, 2015).

Em Portugal, o número de homicídios voluntários, bem como o de participações por violência doméstica, apresenta, desde 2010, uma tendência decrescente. Pelo contrário, o número de homicídios no contexto conjugal apresenta um ligeiro aumento (Figura 1 e 2). Perante estes dados entende-se que o estudo do homicídio na esfera da intimidade, particularmente o femicídio, é bastante relevante, uma vez que é um problema com elevada expressão em Portugal e com um significativo impacto familiar e social.

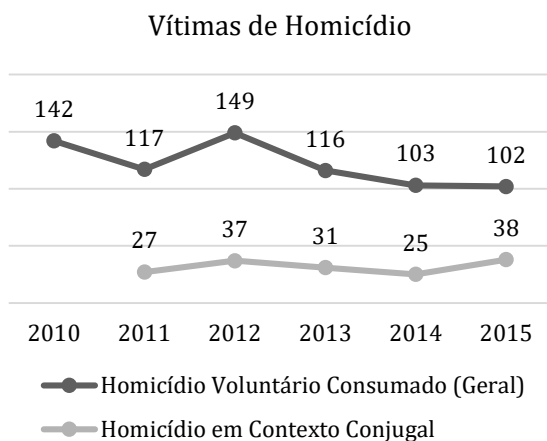


Figura 1: Vítimas de homicídio voluntário consumado e de homicídio em contexto conjugal entre os anos de 2010 e 2015 em Portugal (MAI)

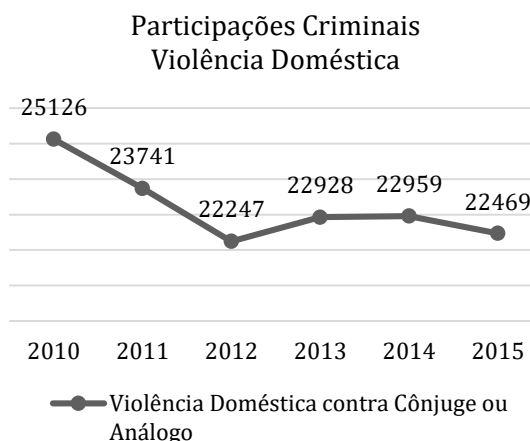


Figura 2: Participações criminais de violência doméstica contra cônjuge ou análogo entre os anos de 2010 e 2015 em Portugal (MAI)



Na literatura científica, têm sido identificados vários fatores de risco de femicídio, tais como: o histórico de violência nas relações íntimas e os antecedentes criminais do agressor; a posse de armas, particularmente de fogo; a presença de psicopatologia e ideação suicida; a situação de desemprego; o abuso de substâncias; a existência de filhos de um relacionamento anterior; a separação ou a solicitação desta por parte da vítima; as ameaças de morte ou com armas; a existência de maus-tratos na gravidez e/ou de relações sexuais forçadas; comportamentos de *stalking* ou a vitimação na infância (Almeida, 2012; Bourget, Gagné, & Whitehurst, 2010; Contreras, 2014; Kivisto, 2015; Miner, Shackelford, Block, Starratt, & Weekes-Shackelford, 2012).

Segundo Campbell e colaboradores (2003), o histórico de violência conjugal prévia ao femicídio constitui o fator de risco mais relevante e preditor deste tipo de crime. Com efeito, 79% das vítimas de femicídio apresentavam histórico de violência doméstica (Campbell, 1992). No estudo de Almeida (2012), em Portugal, com 125 casos de femicídio, 49.6% dos agressores já tinha exercido algum tipo de violência sobre a vítima. Contudo, no estudo realizado por Castanho (2013), dos 19 casos de femicídio analisados, apenas 36.8% tinham queixa prévia registada.

Tendo em conta o panorama internacional e nacional, foram formuladas as seguintes questões de investigação: 1) Quais os fatores de risco de violência presentes nos casos de femicídio; 2) qual é o perfil do homicida masculino nas relações de intimidade; 3) qual é o perfil das vítimas de femicídio e 4) o que caracteriza o comportamento homicida e a dinâmica criminal nestes casos?

Com este estudo pretende-se contribuir para o aprofundamento do conhecimento científico sobre o femicídio, em Portugal, de forma a melhorar as práticas de avaliação e intervenção nas situações de risco de femicídio e, conseqüentemente, contribuir para a prevenção deste crime especialmente violento.

Metodologia

Amostra

Os dados preliminares apresentados são referentes a uma amostra de 22 casos de femicídio (homicídio praticado por homens contra uma parceira íntima, atual ou pretérita), cometidos entre 2010 e 2015, na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Homicidas. Os homicidas tinham idades compreendidas entre os 34 e os 83 anos de idade ($M = 55.27$; $DP = 18.05$), a maioria era caucasiana ($n = 17$) e de nacionalidade portuguesa ($n = 15$). Os restantes eram de nacionalidade cabo-verdiana ($n = 2$), brasileira ($n = 1$), angolana ($n = 1$), guineense ($n = 1$), são-tomense ($n = 1$) e sueca ($n = 1$). Em relação ao estado civil, 13 eram casados, sete eram solteiros, um estava divorciado e outro vivia em união de facto.

Relativamente à situação profissional, 10 estavam reformados, sete estavam ativos e quatro estavam desempregados. Quanto à profissão exercida pelos homicidas, cinco eram trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, três eram trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança ou vendedores, três eram operadores de instalações e máquinas ou trabalhadores da montagem, dois eram trabalhadores não qualificados e um era especialista das atividades intelectuais e científicas.

Relativamente às habilitações literárias, dos 13 homicidas dos quais se possui essa informação, quatro possuíam o 3º ciclo, três possuíam o 2º ciclo, três possuíam o 1º ciclo, um possuíam o



secundário, um possuía formação superior e outro não concluiu qualquer nível de escolaridade. Finalmente, quanto a condenações anteriores, dos 15 homicidas dos quais se possui essa informação, 11 não tinham qualquer condenação e quatro já tinham sido condenados previamente.

Vítimas. As vítimas tinham idades compreendidas entre os 20 e os 88 anos de idade ($M = 50.77$; $DP = 20.46$), a maioria era caucasiana ($n = 18$) e de nacionalidade portuguesa ($n = 14$). As restantes eram de nacionalidade brasileira ($n = 3$), cabo-verdiana ($n = 2$), guineense ($n = 1$) e são-tomense ($n = 1$). Em relação ao estado civil, 13 eram casadas, três eram solteiras, duas eram divorciadas e uma vivia em união defacto.

Quanto à situação profissional, 11 estavam ativas, quatro estavam reformadas e duas estavam desempregadas. Relativamente à profissão exercida pelas vítimas, seis eram trabalhadoras não qualificadas, cinco eram trabalhadoras dos serviços pessoais, de proteção e segurança ou vendedoras, três eram técnicas de profissões de nível intermédio e duas eram especialistas das atividades intelectuais e científicas. No que concerne às habilitações literárias, das quatro vítimas das quais se possui essa informação, duas possuíam o 2º ciclo e duas possuíam formação superior.

Relação homicida-vítima. No que respeita ao tipo de relação entre o homicida e a vítima, 11 eram cônjuges, quatro eram ex-companheiros, três eram companheiros, dois eram amantes, num caso eram namorados e noutra eram ex-namorados. A duração da relação entre o homicida e a vítima variou entre os 5 e os 492 meses de duração ($M = 145.73$; $DP = 142.91$).

Dos 14 casos dos quais se possui informação, nove apresentavam separações prévias e cinco não apresentavam qualquer separação prévia. Dos 18 casos dos quais se possui informação quanto à existência de filhos, nove vítimas tinham filhos do relacionamento com o agressor, seis vítimas tinham filhos de um relacionamento anterior e três não tinham filhos.

Instrumento

A sistematização da informação constante nos processos judiciais foi efetuada com recurso a uma grelha de recolha de variáveis previamente construída a partir da revisão de literatura realizada sobre a temática. A partir desta foram codificados os dados sociodemográficos do homicida e da vítima, os fatores de risco de violência do homicida e da vítima, a informação sobre a relação vítima-agressor e, por fim, as características do comportamento homicida e da dinâmica criminal.

Procedimento

Após a obtenção de todas as autorizações necessárias, procedeu-se à consulta de 22 processos judiciais, entre janeiro e julho de 2016, no Departamento de Investigação e Ação Penal [DIAP] de Lisboa e no Tribunal de Sintra. Esta recolha foi realizada por três investigadores.

Resultados

Nos 22 casos analisados, as motivações mais frequentemente subjacentes ao femicídio são a suspeição por parte do homicida de infidelidade da mulher ($n = 5$) e o desejo de separação por parte da desta ($n = 5$). Quanto aos fatores de risco de femicídio, verificou-se que 59.1% dos casos apresentavam histórico de violência conjugal prévia sobre a vítima e, em 30% destes, a vítima



tinha apresentado queixa às autoridades.

No que respeita à prevalência das várias formas de violência prévia, a violência psicológica surge como a mais frequente, verificada em cerca de 54.5% do total de casos, correspondendo estes quase à totalidade dos casos onde se verificava a existência de violência conjugal. A violência física surge em 31.8% dos casos e o *stalking* é identificado em 27.3% do total da amostra. Os comportamentos de *stalking* mais frequentemente observados são o “perseguir” e o “vigiar ou pedir a alguém para vigiar”.

Quanto ao momento da relação em que as várias formas de violência se verificaram, em 67% dos casos, os comportamentos de *stalking* iniciaram-se só depois da separação entre o agressor e a vítima. Pelo contrário, nos sete casos onde houve violência física, esta iniciou-se durante a relação, isto é, nunca surgiu apenas depois da separação.

Relativamente à prevalência de outros fatores de risco associados ao agressor, os mais verificados foram as ameaças de morte (36.4%), o acesso a armas de fogo e a história de vitimação na infância (31.8%), o abuso de substâncias e a ideação suicida do agressor (27.3%). No que concerne aos fatores associados à vítima, destacam-se a perceção de perigo por parte da vítima (22.7%) e os antecedentes psiquiátricos ou psicológicos (18.2%). No que se refere à variável “*em processo de separação*”, dos 15 casos em que se possui essa informação, seis encontravam-se em processo de separação e sempre por iniciativa da vítima. Em 83.3% dos processos que se encontravam em separação o femicídio ocorreu durante os primeiros seis meses após a separação.

Quanto às características do comportamento homicida e da dinâmica criminal, constatou-se que 36.4% dos agressores se suicidou após o homicídio. Metade dos homicídios ocorreram no domicílio de ambos, sendo o local de trabalho da vítima o segundo local mais frequentemente verificado (18.2%). Relativamente às armas utilizadas no crime, verificou-se que a faca de cozinha foi utilizada em quase metade (45.5%) dos femicídios, verificando-se de seguida a utilização de arma de fogo em 27.2% e a força física em 22.7% dos casos. O homicida estava sob o efeito de substâncias, no momento do crime, em 36.4% dos casos, tendo sido identificados álcool, cocaína, benzodiazepinas e antidepressivos.

Por fim, no que respeita às consequências jurídico-penais dos femicídios analisados, oito casos não resultaram em condenação, em virtude do suicídio posterior do homicida, e em 14 casos a condenação foi de pena de prisão efetiva. A média das penas foi de 18 anos, sendo que a mínima foi de 10 anos, por homicídio simples, e a máxima foi de 25 anos, pelos crimes de homicídio qualificado, profanação de cadáver, incêndio e furto.

Discussão

Os resultados obtidos sugerem como principais fatores de risco de femicídio o histórico de violência conjugal prévia sobre a vítima, o efeito de substâncias do agressor no momento do crime, a vitimação ou testemunho de violência na infância do agressor, as ameaças de morte, o acesso a armas de fogo, a história de abuso de substâncias, a ideação suicida, o *stalking* e os antecedentes psiquiátricos da vítima.

O femicida nas relações de intimidade é um homem caucasiano, de nacionalidade portuguesa, casado com a vítima, sem atividade laboral, sem condenações anteriores e com uma média de idade de 55 anos. No que se refere à vítima, esta é uma mulher caucasiana, de nacionalidade



portuguesa e casada com o agressor, ativa profissionalmente, com perceção de perigo de vida e com uma média de idades de 51 anos.

Relativamente à caracterização do comportamento homicida e da dinâmica criminal nos casos analisados, verificou-se que um em cada três homicidas se suicidou após cometer o femicídio. Metade dos femicídios foram cometidos no domicílio do casal, maioritariamente com recurso a uma faca de cozinha e motivados sobretudo pela suspeição de infidelidade da vítima ou pelo desejo de separação por parte desta. Por último, salienta-se que pelo menos um terço dos casos estavam em processo de separação e que, em 83.3% desses, o femicídio ocorreu durante os seis meses subsequentes à separação.

Com base na literatura e nos dados obtidos e analisados, avança-se um conjunto de recomendações que consideramos serem pertinentes para uma mais efetiva e eficaz proteção das vítimas. Assim, ao nível do conhecimento do fenómeno recomenda-se: a) registar rigorosamente os processos em bases de dados específicas; b) publicar regularmente dados estatísticos relevantes e c) promover a sistematização das características sociodemográficas das vítimas e dos homicidas, respetivas penas e indemnizações às famílias.

Ao nível da compreensão do fenómeno recomendamos implementar projetos de investigação científica em termos nacionais e internacionais. Por fim, ao nível da formação dos agentes de justiça recomendamos: a) proporcionar conhecimento específico, competências e instrumentos para uma avaliação eficaz de risco e a sua gestão, contribuindo para proteger as vítimas e prevenir o femicídio, e b) elaborar programas de formação e especialização de atuais e futuros profissionais.

Agradecimentos

Aos Tribunais de Sintra e de Lisboa pela disponibilidade para participarem no projeto.

Contactos para Correspondência

Cristina Soeiro e Iris Almeida; Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Quinta da Granja, Monte de Caparica, 2829-511 Caparica, Portugal; Email: c.soeiro@netcabo.pt / iris.egasmoniz@gmail.com

João Mata; Universidade Fernando Pessoa; Praça de 9 de Abril, 349, 4249-004 Porto; Email: joaofaleiromata@gmail.com

Andreia Matias e Marlene Matos; Escola de Psicologia, Universidade do Minho; Campus de Gualtar. Braga, Portugal. CEP 4710-053. Email: andreiamatias@gmail.com / mmatos@psi.uminho.pt



Referências

- Almeida, I. (2012). *Avaliação de risco de femicídio: Poder e controlo nas dinâmicas das relações íntimas*. (Tese de doutoramento não publicada). Retirada de: <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/8894>
- Bourget, D., Gagné, P., & Whitehurst, L. (2010). Domestic homicide and homicide-suicide: The older offender. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 38(3), 305– 311.
- Campbell, J. C. (1992). If I can't have you, no one can: Power and control in homicide of female partners. In J. Radford & D. E. H. Russell (Eds.), *Femicide: The politics of woman killing* (pp.99-113). New York: Twayne.
- Campbell, J.C., Webster, D., Koziol-McLain, J. Block C., Campbell, D., Curry, M.A., . . . Laughon, K. (2003). Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health*, 93 (7), 1089-1097.
- Castanho, A. (2013). *Homicídio em violência doméstica: Análise retrospectiva de homicídios ocorridos em relações de intimidade*. Direção Geral de Administração Interna. Lisboa.
- Contreras, L. (2014). Factores de riesgo de homicidio de la mujer en la relación de pareja. *Universitas Psychologica*, 13(2), 681-692.
- Kivisto, A. J. (2015). Male perpetrators of intimate partner homicide: A review and proposed typology. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 43(3), 300-312.
- MAI (2010). *Relatório Anual de Segurança Interna 2010*. Sistema de Segurança Interna. Gabinete do Secretário-Geral.
- MAI (2011). *Relatório Anual de Segurança Interna 2011*. Sistema de Segurança Interna. Gabinete do Secretário-Geral.
- MAI (2012). *Relatório Anual de Segurança Interna 2012*. Sistema de Segurança Interna. Gabinete do Secretário-Geral.
- MAI (2013). *Relatório Anual de Segurança Interna 2013*. Sistema de Segurança Interna. Gabinete do Secretário-Geral.
- MAI (2014). *Relatório Anual de Segurança Interna 2014*. Sistema de Segurança Interna. Gabinete do Secretário-Geral.
- MAI (2015). *Relatório Anual de Segurança Interna 2015*. Sistema de Segurança Interna. Gabinete do Secretário-Geral.
- Miner, E. J., Shackelford, T. K., Block, C. R., Starratt, V. G., & Weekes-Shackelford, V. A. (2012). Risk of death or life-threatening injury for women with children not sired by the abuser. *Human Nature*, 23(1), 89-97.
- Stöckl, H., Devries, K., Totstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., & Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: A systematic review. *The Lancet*, 382, 859-865.



Índice

03 • PREFÁCIO

04 • ADAPTAÇÃO, APRENDIZAGEM E INCLUSÃO

05 • Literacia sobre o Papiloma Vírus Humano (HPV) e Cancro do Colo do Útero (CCU): estudo exploratório em estudantes da área da saúde do ensino superior

- Ana Maria Galvão, Cátia Costa, Maria José Gomes & Ana Rita Noné

17 • AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

18 • Adaptação, aplicação e validação da “Escala de Positividade”: Evidência adicional em contextos desportivos

- José Fernando A. Cruz, Ricardo Teixeira, Rui Manuel Sofia, & Maria José Ferreira

27 • Prospective and Retrospective Memory Questionnaire: Propriedades Psicométricas da Adaptação para Português Europeu

- Diana R. Pereira & Pedro B. Albuquerque

37 • EAACE: um instrumento para a psicologia escolar

- Marta Tavares, Suzana Nunes Caldeira & Osvaldo Silva

49 • Análise da qualidade dos itens de uma prova de compreensão em leitura para universitários pela TRI

- Maria Cristina Rodrigues Azevedo Joly & Anelise Silva Dias

60 • Validade de Constructo da Versão Portuguesa Reduzida da Escala Multidimensional de Perfeccionismo Compósita

- Maria João Soares, Ana Telma Pereira, Mariana Marques, Ana Paula Amaral, António Macedo

69 • COACHING

70 • Roda da Vida: Particularidades da população portuguesa

- Hugo Rodrigues-Fernandes, Bruna Magalhães, Inês Maia Ferreira, Cristina Borges, & Rafaela Barbosa Silva

79 • COMPORTAMENTOS DE RISCO E ADITIVOS

80 • Projeto Nacional De Educação Pelos Pares Da Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra A Sida” - A Formação Pedagógica dos Jovens Voluntários

- Filomena Aguiar & Paula Costa

92 • As emoções de pacientes aditos em tratamento

- Tânia Caetano, & Eduardo Silva

104 • Dependência da Internet: Prevalência numa Amostra Portuguesa

- Loureiro, M. J., Alves, S. M., Seabra, L. S., Pereira, H., Monteiro, S., Afonso, R. M., & Esgalhado, M. G.

112 • DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM

113 • Efeito da perceção de apoio social no bem-estar psicológico de adolescentes portugueses

- Hugo Rodrigues-Fernandes, Eduarda Z. Ramião, Sofia D. Quesado & José Vasconcelos-Raposo



126 · O Desempenho Intelectual e os Ritmos Biológicos em Alunos Portugueses: Dados Preliminares

- Marco Martins Bento & José Alberto Martins

139 · Mecanismos de compensação adotados por uma nonagenária impossibilitada de andar: Um estudo de caso

- Rosaine Santos

148 · Percurso familiar do adolescente e o desenvolvimento da perturbação antissocial da personalidade

- Rosaine Santos

159 · EDUCAÇÃO E COMPETÊNCIAS SOCIO-ECONOMICAS

160 · Integração de um programa de desenvolvimento pessoal e interpessoal no currículo académico do Mestrado Integrado de Psicologia

- Graça Silva, Margarida Matias & Maria Emília Costa

171 · ENSINO DA PSICOLOGIA E FORMAÇÃO PSICOLÓGICA

170 · A Estágio no Centro de Saúde do C.A.C.E.M. (Crescemos, Aprendemos, Construimos, através de Empoderamento Multidimensional)

- Ana Farinha & Margarida Brígido

179 · FAMÍLIA E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

180 · Crianças desaparecidas: Revisão sistemática

- Ana Tavares, Carla Crespo, & Maria Teresa Ribeiro

188 · A promoção do desenvolvimento psicológico em contexto educativo de creche

- Ana Mafalda Pinho, Maria de Lourdes Cró, & Maria da Luz Vale Dias

200 · FAMÍLIAS E PSICOLOGIA PEDIÁTRICA

201 · Saúde mental no acolhimento residencial de crianças e jovens: Prevalência, fatores de risco e fatores de proteção

- Joana Campos, Maria Barbosa Ducharne, Pedro Dias, & Sónia Rodrigues

211 · Estudo da relação entre características do sono, bullying desempenho académico e comportamento em sala de aula em crianças de idade escolar

- Ana Maria Gomes, Edite Pinto Ferreira, & Beatriz Silva

223 · Qualidade no Acolhimento Residencial e Relação/Intervenção com as Famílias - A Família como um Recurso em Acolhimento Residencial

- Maria Helena Pimentel, Maria Barbosa-Ducharne, & Sónia Rodrigues



230 · INFÂNCIA E INTERVENÇÃO PRECOCE

231 · Incredible Years Teacher Classroom Management Program na promoção da saúde mental: Que comportamentos mudam nos educadores de infância e nas crianças?

- Sofia Major, Maria Filomena Gaspar, Maria João Seabra-Santos, Andreia Azevedo, Tatiana Homem, Mariana Pimente, & Elsa Baptista

243 · Grupos de Pais Anos Incríveis: O que muda na percepção da competência parental e nos comportamentos das crianças?

- Elsa Baptista, Sofia Major, Maria João Seabra-Santos, Filomena Gaspar, Tatiana Homem, Andreia Azevedo & Mariana Pimentel

252 · INTERVENÇÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

253 · Contos de fadas: Vamos Jogar?

- Paula Isabel Santos, Joana Gomes, & Edgar Mesquita

264 · Ansiedade em adolescentes: efeitos de um programa de preparação psicológica para a hospitalização

- Dulce Carvalho & Amorim Rosa

274 · INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO ENSINO SUPERIOR

275 · Melhoria da Qualidade de Vida e Intervenções Assistidas por Animais em Contexto de Ensino Superior

- Maria Cristina Faria, José Pereirinha Ramalho, Armindo Manuel Mendes, Marília Isabel Alexandre, María Perea-Mediavilla, Javier López-Cepero, José Luis Sarasola

287 · Promoção do Bem-estar Psicológico em Estudantes do Ensino Superior: Proposta de Intervenção

- Lucília E. Soares, & Rute F. Meneses

299 · Burnout, personalidade e desregulação emocional em professores do ensino superior

- Joana Dias, Ana Magalhães, Ana Oliveira, Bruna Silva, Stephanie Macedo, & Isabel M. Santo

312 · Temperamento e Personalidade em Estudantes do Ensino Superior

- Maria Cristina Campos de Sousa Faria

324 · Estilos de criar e pensar em estudantes universitários

- Sara Ibérico Nogueira, & Leonor Almeida

331 · NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

332 · Proposta de Aconselhamento Psicoeducacional a Pais de Alunos Superdotados: Relato de uma Experiência Brasileira

- Denise de Souza Fleith, Renata Muniz Prado, Marina Nogueira de Assis Fonseca, & Hítalo Fernandes de Oliveira

337 · Programa Espiral Criativa Para Adolescentes Com Deficiência Intelectual Que Frequentam o Ensino Primário.

- Gisela Cortés-Marías & Gabriela López-Aymes



345 · Som à Letra® Programa de Desenvolvimento de Competências Fonológicas

- Patrícia Dias & Inês Jubilot

354 · NEUROPSICOLOGIA

355 · Estimulação cognitiva em séniores: O programa PROECO

- Manuela Rocha Santos, & Inês Gomes

364 · Intervenção Psicossocial em Grupo

- Joana Serpa, & Joana Tinoco de Faria

373 · Reabilitação Cognitiva no TCE: Estudo de caso

- Vera Fernandes, Helena Moreira, Marisa Filipe, & Selene Vicente

382 · PARENTALIDADE, FAMÍLIA E COMUNIDADE

383 · Famílias em Casa: Programa de Competências Parentais Estruturado

- Joana Serpa & Joana Tinoco de Faria

390 · A adolescência e a relação entre pais e filhos no século XXI: um estudo qualitativo

- Sandra Santos, Maria Araújo & Ana Conde

401 · Validação preliminar da Medida de Reflexão Sociomoral-Versão Adaptada numa população forense portuguesa

- Mariana Amaral Saramago, Jorge Cardoso & Isabel Leal

412 · Proficiência parental na utilização da internet para fins educativos pelos pais Portugueses e Espanhóis

- Sandra Santos, Nuno Gago, Arminda Suárez & María José Rodrigo

421 · Triplo P - Programa de Parentalidade Positiva: um estudo piloto com mães em situação de risco psicossocial

- Sandra Nogueira, Catia Costa, Isabel Macedo Pinto & Orlanda Cru

432 · PSICOGERONTOLOGIA

433 · Uma técnica terapêutica para seniores? Uma agenda que pretende envolver-se no envelhecimento ativo

- Paula Isabel Santos, Joana Gomes, Joana Silva & Edgar Mesquita

444 · Explorando a associação entre solidão, depressão e lapsos de memória subjectivos em idosos de um centro de convívio: Um estudo preliminar

- Joana Coutinho & Diana R. Pereira

451 · Envolvimento sénior e promoção de sinergias de apoio ao envelhecimento saudável

- Maria Cristina Campos de Sousa Faria

463 · PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

464 · O Modelo Psicoterapêutico HBM na Perturbação Depressiva

- Joana Oliveira, Catarina Certal, & Cécile Domingues

475 · As marcas (in)visíveis da violência psicológica na intimidade



- Rita Começanha, Miguel Basto-Pereira & Ângela Maia

485 • Stress e Burnout em Enfermeiros Perioperatórios

- Natália Vara, Ana Gonçalves & Ana Galvão

495 • Personalidade e sintomas depressivos: Relações com a adição ao Facebook

- Hugo Rodrigues-Fernandes, Helena Pereira, Mário Pinto Gonçalves, Eduarda Ramião, Helena Isabel Antunes

505 • Teodiceias e Acontecimentos Traumáticos: uma adaptação do modelo de construção de significado

- Catherina Jönsson, & Leonor Lencastre

517 • Satisfação com o suporte social, coping e qualidade de vida no cancro da mama

- Joana Carreiro, Pedro Teques & Andreia Pereira-Teques

528 • “A Criança vai ao psicólogo! E a família?”

- Ana Luísa Neves

537 • Inteligência emocional e significado na vida: Promotores de satisfação na saúde e na doença

- Andreia Pereira-Teques, Pedro Teques, Glória Bueno-Carrera, & José Pais-Ribeiro

550 • PTSD e Cuidados de Saúde Primários: Uma abordagem qualitativa para explorar perspectivas e experiências de Médicos de Família

- Mónica de Sá & José Carlos Rocha

556 • Atenção exógena para pistas sinalizadoras de contágio: O papel do nojo no evitamento da doença

- Sandra C. Soares, Ana Magalhães, Ana Oliveira, Bruna Silva, Joana Dias, Maria Godinho, Paulo Rodrigues & Jacqueline Ferreira

569 • Resiliência e stress em estudantes universitários

- Natália Vara, Adília Fernandes, Cristina Queirós & Helena Pimentel

580 • Os adolescentes no Hospital – a realidade da abordagem psicológica nos serviços de Urgência e Internamento

- Maria Manuel Nunes de Carvalho

587 • Reflexões acerca da ansiedade na perspetiva psicológica

- Odília D. Cavaco

595 • Treino de Relaxamento e Competências para Lidar com Ansiedade

- Grupo Psicoterapêutico

- Filipa Baptista & Catarina Vieira

608 • Contribuições da tecnologia digital para a linguagem de indivíduos com PEA

- Vilma Mussilene de Araujo Candido, Maria da Luz Bernardes Rodrigues Vale Dias & Filomena Maria Gonçalves da Silva Cordeiro Moita



621 • Intervenção psicológica na Incontinência Urinária

- Dulce Sousa, Susana Moreira, António Roma Torres, Emília Dias, Ivone Moreira, Muriela Silva & Ivone António

629 • O Tornar-se Adolescente Através do Rorschach

- Isabel Gonzalez Duarte & Maria Emília Marques

638 • Consumo de álcool durante a gravidez - Perceção de mulheres grávidas relativamente à informação disponível (Estudo exploratório qualitativo)

- Kerstin Hoffmeister, & Maria Raul Xavier

649 • “Um Olhar Sobre a Consulta de Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários”

- Maria João Soeiro & Ana Luísa Neves

658 • Bem-estar vs. Ansiedade e Depressão em Enfermeiros com Trabalho por Turnos e sem Trabalho por Turnos

- Isabel Branco, Leonor Almeida, & Sara Ibérico Nogueira

669 • Resultados da aplicação do protocolo terapêutico TEAF – Treino de Estados de Ânimo Funcionais – na enxaqueca

- Odília D. Cavaco

681 • O Papel Do Stresse e de Coping Nas Doenças Comportamentais

- Pedro Gonçalves, Orlindo Pereira & Susana Mendes

689 • Abordagem inclusiva à violência psicológica na intimidade

- Rita Começanha, Elisa Fonseca, & Ângela Maia

700 • Coping e seus correlatos em indivíduos com acufenos

- Vasco de Oliveira, Rute F. Meneses & Nuno Trigueiros da Cunha

712 • SaudavelMente – É Preciso Unir Para Curar

- Natasha Nader de Andrade Cecchettini

726 • Autismo: Revendo conceitos e abrindo diálogos através da tecnologia digital

- Vilma Mussilene de Araújo Candido, Maria da Luz Bernardes Rodrigues Vale Dias & Filomena Maria Gonçalves da Silva Cordeiro Moita

737 • PSICOLOGIA COMUNITÁRIA E MUDANÇA SOCIAL

738 • Empreender em Psicologia na Região Autónoma dos Açores

- Carolina Ferreira

749 • A Psicologia Comunitária e a Abordagem das Capacidades

- Beatrice Sacchetto; José Ornelas; Manuela Calheiros

758 • PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO

759 • Educação para a Expressão dos Afetos: Sinergias entre o Ensino Superior e o 3º Ciclo do Ensino Básico

- Maria Cristina Campos de Sousa Faria



770 · Modelos de promoção e desenvolvimento de competências empreendedoras em contexto escolar

- Marco Fontes, Ana Rita Lopes & M^a Fátima Simões

782 · O Papel da Criatividade e da Tecnologia no Contexto Educacional: Avaliação e Práticas

- Denise de Souza Fleith, Eunice Maria Lima Soriano de Alencar, & Maria Cristina Rodrigues de Azevedo Joly

787 · Fazendo Face aos Comportamentos Aditivos em Contexto Escolar

- Isabel Prata

798 · Saúde e Sofrimento no Trabalho Docente na Universidade Óscar Ribas (Angola)

- Liliana Pena & Paula Remoaldo

811 · PSICOLOGIA DA SEXUALIDADE E ESTUDOS DE GÉNERO

812 · O Amor é Cego? A Resposta que Procurávamos

- Nicole Félix, Elsa Louro, Ana Cunha, Raquel Bastião, & Joana Arantes

822 · Ficar Solteiro ou Investir numa Relação? Desenvolvimento de um questionário de avaliação das motivações

- Sílvia Almeida, Inês Dias & João M. Moreira

834 · PSICOLOGIA DO DESPORTO

835 · Impacto do exercício físico em estados emocionais negativos e mindfulness: Estudo com uma população universitária

- Nicole Félix, Elsa Louro, Ana Cunha, Raquel Bastião, & Joana Arantes

846 · “Correr por gosto ou por obrigação?” – Estudo sobre a relação entre as motivações para a prática de exercício físico e a qualidade de vida

- Patrícia Costa Pinto & Maria João Gouveia

858 · PSICOLOGIA E ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

859 · Acolhimento Residencial em Portugal

- Sónia Rodrigues, Mariana Leal, Ana Martins, Rita Ribeiro, Sílvia Azevedo, Joana Campos, Maria Barbosa-Ducharne, Jorge F. Del Valle & Pedro Dias

871 · PSICOLOGIA E REABILITAÇÃO

872 · Integração sócio-profissional das Pessoas com Deficiências e Incapacidades: O papel do Psicólogo na área da Reabilitação Profissional

- Cátia Marques Filipe

882 · PSICOLOGIA FORENSE E DA JUSTIÇA

883 · Abusadores sexuais de menores: revisão das tipologias motivacionais do crime

- Ambra Marcucci, Maria Francisca Rebocho & Rui Abrunhosa Goncalves



892 · Disposição a perdoar entre reclusos que cometeram crimes relacionados com ofensas à propriedade e um grupo de controlo

- Ana Cristina Menezes Fonseca, José António Rebelo da Cruz & Félix Fernando Neto

901 · Tráfico de pessoas: Perceções dos universitários sobre vítimas e traficantes

- Ângela Fernandes & Marlene Matos

908 · PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA

909 · O Gabinete de Apoio Psicossocial (GAP) - uma resposta comunitária em expansão

- Nelly Almeida & Ana Maria Meia-via

923 · PSICOLOGIA SOCIAL, DO TRABALHO E DAS ORGANIZAÇÕES

924 · Predisposição para o empreendedorismo: as características psicológicas podem-nos dizer algo sobre os empresários portugueses?

- Ana Maria Galvão & Marco Braga Pinheiro

935 · Estudo da qualidade psicométrica da escala de satisfação grupal (ESAG) numa unidade militarizada portuguesa

- Ana Pinto & Paulo Renato Lourenço

945 · Tensão laboral e experiências de recuperação no comércio tradicional do norte de Portugal

- Fátima Lobo & Sara Silva

957 · A vivência do desemprego por jovens graduados: um estudo exploratório

- Anabela Barros, Diana Lopes, Francisca Pinheiro & Catarina Brandão

970 · Impacto do processo de Coaching na produtividade das empresas

- Ana Maria Galvão, Samanta Filipa Cabeceiro & Marco Braga Pinheiro

980 · Soft Skills & Carreira: uma estratégia de intervenção psicológica vocacional no ensino superior

- Marta Rodrigues, Teresa Espassandim, Inês Magalhães

987 · Impacto do desemprego no bem-estar psicológico

- Susana Ferreira, Maria Emília Areias, Cassandra Oliveira & Maria Isabel Cunha

997 · PSICOLOGIA VOCACIONAL E DO DESENVOLVIMENTO DA CARREIRA

998 · Estudo preliminar da versão Portuguesa do questionário "Occupational Possible Selves"

- Francisca C. Duarte, Maria Paula Paixão & J. M. Tomás da Silva

1008 · PSICOPATOLOGIA

1009 · A implicação da disfunção executiva na falta de insight, na recuperação pessoal e na funcionalidade dos doentes com diagnóstico de esquizofrenia e bipolaridade

- Sandra Neves & Luís Faísca



1015 · A Experiência da Parafilia Coerciva: Da Coerção Sexual à Patologização

- Solange Ponte & Victor Amorim Rodrigues

1027 · Reabilitação Cognitiva e Promoção de Competências de Vida na Esquizofrenia - Intervenção Psicológica em Grupo

- Filipa Baptista, Catarina Vieira, Patrick Alves & Aníbal Fonte

1040 · Acerca do Delírio e da Crença

- Jorge Gonçalves

1050 · Qualidade de vida de doentes com perturbação bipolar versus esquizofrenia

- Cindy Alves da Silva & Rute Flávia Meneses

1057 · Detecção da simulação em indivíduos com e sem diagnóstico de depressão

- Vanessa Castro, Isabel M. Santos & Carlos F. Silva

1069 · PSICOTERAPIA E ACONSELHAMENTO

1070 · Eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Focada nas Emoções na depressão

- Paula Marinho Vieira, João Salgado, Robert Elliott & Carla Cunha

1080 · 3ª geração Terapia: Mutual Terapia Interação

- Martínez-Lorca, M, Zabala-Baños, M.C, Aguado, R2, López, J.M & Martínez-Lorca, A

1089 · Estabelecimento de Vínculo Terapêutico da Terapia Interação

- Zabala-Baños, M.C, Martínez-Lorca, M, Aguado, R, López, J.M & Martínez-Lorca, A

1098 · REFLEXÕES EM PSICOLOGIA

1099 · Resiliência Familiar no Contexto dos Cuidados Paliativos Pediátricos

- Sandra Alves, Anne Marie Fontaine, & Catarina Grande

1007 · Sonhando acordado: A criatividade com estilo. Estudo do sonho diurno, criatividade e estilos de criar e pensar numa amostra de estudantes de escultura

- Catarina Oliveira, Luís Delgado,, & Sara Ibérico Nogueira

1117 · Criatividade nas Organizações Públicas: um estudo com enfermeiros

- Anabela Coelho, Leonor Almeida & Sara Ibérico Nogueira

1125 · SERVIÇOS E CONTEXTOS DA PSICOLOGIA

1126 · NEIP: O Sul da questão?

- Pedro Costa, Adelaide Ruivinho, Ana Ximenes, Catarina Clemente, Dorisa Peres, Fabrícia Gonçalves, Inês Morais, Jorge Hilário, Juliana Martins, Patrícia Morais & Sílvia Cardoso



1134 · SEXUALIDADE E ESTUDOS DE GÉNERO

1135 · Satisfação conjugal e tácticas de conflito, que relação com a desejabilidade social?

- Artur Jorge Vieira Fatia da Silva Pereira, Rafaela Correia de Almeida

1144 · Fatores preditores para a prática de crimes sexuais por adolescentes: avaliação de fatores de risco em jovens abusadores sexuais de crianças, jovens violadores e jovens agressores não sexuais

- Eduarda Ramião & Ricardo Barroso

1156 · TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL

1157 · A importância das políticas organizacionais de conciliação trabalho-família no desempenho organizacional

- Bruna Borbinhas, Carla Santarém Semedo

1166 · Trabalho por turno e número de horas de trabalho e sua relação com queixas e sintomas psicossomáticos, diferenças entre bombeiros profissionais e voluntários

- Fernando Curto, Artur Jorge Vieira Fatia da Silva Pereira

1176 · VINCULAÇÃO E EMOÇÕES

1177 · Desfiguramento facial: Contributos da expressão facial da emoção em contexto clínico

- Daniela Alves

1189 · Transplante facial: Implicações na expressão facial da emoção

- Daniela Alves

1202 · VIOLÊNCIA SEXUAL E DE GÉNERO

1203 · “Femicídio no contexto das relações de intimidade em Portugal: Dados preliminares”

- Cristina Soeiro, João Mata, Andreia Matias, Ana Rita Calais da Silva, Íris Almeida, Marlene Matos