UNIVERSIDADE DO ALGARVE
1979 - 2019

BOOK OF PROCEEDINGS

V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde
I Congresso Promoção da Saúde e do Bem-Estar no Ensino Superior

9th-11th May 2019 | University of Algarve

10 anos PhD Psicologia
UNIVERSIDADE DO ALGARVE

20 anos Licenciatura Psicologia
UNIVERSIDADE DO ALGARVE

BOOK OF PROCEEDINGS

V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde
I Congresso Promoção da Saúde e do Bem-Estar no Ensino Superior

9th - 11th May 2019

University of Algarve, Faro, Portugal

TECHNICAL INFORMATION

BOOK OF PROCEEDINGS

V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde
I Congresso Promoção da Saúde e do Bem-Estar no Ensino Superior

9th - 11th May 2019
University of Algarve, Faro, Portugal

Editor: Saul Neves de Jesus

Publisher:
CIEO – Research Centre for Spatial and Organizational Dynamics
University of Algarve
Gambelas *Campus*, Faculty of Economics, Building 9
8005-139, Faro
cieo@ualg.pt
www.cieo.pt

Page Layout and Editing:
Marlene Fernandes
CIEO Secretariat

Organizing Commission:

Alexandra Gomes, University of Algarve
Cristina Nunes, University of Algarve
Emília Costa, University of Algarve
Eusébio Pacheco, University of Algarve
Joana Santos, University of Algarve
Julieta Rosa, University of Algarve
Marlene Fernandes, University of Algarve
Pedro Martins, University of Algarve
Rafaela Matavelli, University of Algarve
Roberto Chiodeli, University of Algarve
Saul de Jesus, University of Algarve (Chair)

ISBN: 978-989-8859-74-7

NOTA INTRODUTÓRIA

A Psicologia da Saúde tem hoje em dia um reconhecimento consolidado no âmbito da Psicologia, enquanto domínio específico de investigação e intervenção.

Na Universidade do Algarve (UAlg), a Psicologia da Saúde constitui uma área científica de referência.

No ano 2001 foi criado o Mestrado em Psicologia, na especialidade de Psicologia da Saúde, tendo sido realizadas várias edições do mesmo, com dezenas de teses produzidas. Foram também vários os doutoramentos realizados neste domínio científico na Universidade do Algarve.

Mas, para além da produção científica nesta área, a organização de congressos tem sido fundamental para a afirmação e reconhecimento desta área científica na Universidade do Algarve.

Assim, em 2006, foi organizado na UAlg o "6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde", centrado sobre o tema geral da "Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida", tendo sido apresentadas mais de 400 comunicações.

Em 2009 organizámos, em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPS) e a Associação Brasileira de Psicologia da Saúde (ABPSA), o "I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde".

Em 2013, contando também com a colaboração da Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), organizámos o "Congresso Luso-Brasileiro e Ibero-Americano de Psicologia da Saúde", centrado sobre o tema geral "Psicologia Positiva e Saúde".

O balanço dos vários congressos realizados na UAlg foi bastante positivo, pelo feedback recebido por parte de centenas de participantes.

Após várias edições destes congressos no Brasil e em Espanha, voltamos a organizá-los em 2019, inseridos nas Comemorações dos 40 anos da UAlg, dos 20 anos da licenciatura em Psicologia e dos 10 anos do doutoramento em Psicologia nesta universidade.

Esta é uma organização do CIEO/CinTurs da UAlg, em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPS), a Associação Brasileira de Psicologia da Saúde (ABPSA) e a Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

Nesta organização, incluímos ainda o "Congresso Promoção da Saúde e do Bem-Estar no Ensino Superior", inserido nas atividades da Rede Ibero-Americana das Universidades Promotoras de Saúde (RIUPS), bem como na dinâmica de desenvolvimento duma "UAlg + Saudável". Além disso, foi realizada uma conferência que pretendeu assinalar a coincidência de em 2019 serem também os 40 anos da Stress and Anxiety International Research (STAR), cujo congresso mundial organizámos em 2013.

Foram centenas os participantes no presente Congresso, tendo sido também centenas os trabalhos apresentados, alguns dos quais são disponibilizados agora neste livro de Proceedings.

O Coordenador,
Saúl Neves de Jesus

INDICE

SESSÕES PARALELAS I

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Roberto Chiodelli 10

Transformações da Psiquiatria Infantil Brasileira a Partir da Década de 1960: A Comunidade Terapêutica Enfance 10

Residência Multiprofissional em Saúde: Uma Forma de Construção de uma Ética de Trabalho Transdisciplinar 13

SIMPÓSIO - Moderador: Patricia Lacerda Bellodi 15

Mentoring nas Escolas Médicas Brasileiras: Experiências, Sucessos e Desafios 15

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Claus Stobaus 19

Ageing in Place e Intervenção Psicológica no Domicílio 19

A Solidão dos Idosos no Baixo Alentejo – A Educação como Forma de Combate 22

O Paciente Oculto: O Cuidador Informal no Idoso com Demência 33

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Marta Brás 35

Uma Análise das Mortes Violentas na Baixada Fluminense – Rio de Janeiro 35

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Ana Galvão 39

Felicidade e a Saúde Mental nos Estudantes do Ensino Superior: Um Estudo Comparativo 39

A Felicidade: Um dos Determinantes da Saúde Ocupacional 45

Promoção de Bem-estar no Ensino Superior por Meio do Projeto Florescer – Relato de Experiência 50

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Cristina Nunes 53

As Relações com o Dinheiro: Construindo, Destruindo, Re e Co-construindo Caminhos Possíveis com Ele na Família 53

Dinheiro e Família: Uma Pesquisa Bibliográfica nos Últimos 30 Anos 60

SESSÕES PARALELAS II

SIMPÓSIO - Moderador: Paula Saraiva Carvalho 70

Sensibilidade, Funcionamento e Satisfação Sexual em Mulheres Grávidas 70

Suporte Social e *Coping* em Indivíduos com Epilepsia 82

SESSÕES PARALELAS III

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Emilia Costa 92

Manutenção de Obesidade numa Amostra de Adultos Portugueses: Resultados Preliminares de um Estudo Qualitativo 92

Consequências Percebidas da Manutenção da Obesidade em Adultos com esta Patologia - Resultados Preliminares de um Estudo Qualitativo 97

FOODLIT-PRO: Definição de Literacia Alimentar – Análise Qualitativa da Perspetiva de Profissionais de Saúde Portugueses 104

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Claus Stobaus 109

Atendimento Psicopedagógico e a Promoção da Saúde e Bem-estar no Ensino Superior: Um Relato sobre Deficiência Intelectual 109

A Promoção do Bem-estar no Processo de Transição para o Pós-escolar - Alunos com Deficiência e/ou Necessidades Educativas Especiais 113

As Vozes dos Pais e dos Técnicos: A Colaboração e Envolvimento Familiar na Intervenção Precoce na Infância 124

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Roberto Chiodelli 132

Um Imperativo da Educação: Bem-Estar Individual dos Universitários: Um Estudo Comparativo Portugal-Brasil 132

SESSÕES PARALELAS IV

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Roberto Chiodelli 142

Oficina de Desenvolvimento de Habilidades Emocionais como Enfrentamento de Entraves Acadêmicos do Medo de Avaliação – Relato de Experiência 142

Políticas Públicas de Assistência Estudantil no Contexto Universitário: Relato de Experiência sobre Novas Perspectivas para Formação e Atuação na Saúde Mental 146

Reunião de Equipe em Contexto de Saúde Mental: Território de Constituição Identitária 154

SIMPÓSIO - Moderador: Teresa Medeiros 158

Atividades de Turismo Sénior, Satisfação e Bem-estar na Promoção da Saúde 158

Perceção de Saúde, Atividades Preferidas e Satisfação com a Vida em Turistas Seniores no Destino Açores 165

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Jorge Malveiro 173

Projeto Educação pelos Pares da Estesc - Na Promoção da Saúde e na Prevenção de Comportamentos de Risco 173

Fatores Psicossociais no Trabalho, Suporte Social e Qualidade de Vida em Trabalhadores e Aposentados em Portugal 174

Intervenção Psicológica Multitask na Universidade do Algarve: O Prosseguimento de um Modelo de Apoio Psicológico na Promoção da Saúde e do Sucesso Académico 181

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Emilia Costa 186
Burnout em Profissionais que Laboram em Obstetrícia. Uma Visão Psiconeuroendocrinoimunológica 186
Compreendendo a Manifestação dos Sintomas Dolorosos e Incapacitantes da Endometriose através da Psiconeuroendocrinoimunologia 190
Introduzindo Poesia na Terapia 194
Nostalgia: O Triângulo do Passado, Presente e Futuro 197
Corpo em Devir - Ansiedade Generalizada e a Performance-Arte como Dispositivo Clínico 203
Instituições Privadas do Ensino Superior e a Precarização do Trabalho e da Vida do Professor 208

SESSÕES PARALELAS V

SIMPÓSIO - Moderador: Fátima Ferreira Bortoletti 213
Psicologia Obstétrica – Abordagem Psiconeuroendocrinoimunológica. Evolução Histórica, Fundamentos Teóricos, Formação do Psicólogo Obstétrico 213
Pré Natal Psicológico – Abordagem Psiconeuroendocrinoimunológica 216
Produção Científica em Psicologia Obstétrica 220

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Claus Stobaus 222
Para Além de uma Escuta Clínica Mouca: Sobre o Atendimento Psicológico na Assistência Estudantil 222

SESSÕES PARALELAS VI

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Emilia Costa 229
A Maternidade de Mulheres em Sofrimento Psíquico: Uma Revisão de Literatura 229
Dilemas da Maternidade: Percepções de Mulheres sobre Fatores de Risco e de Proteção à sua Saúde Mental na Gestação 238
Condição Física e Rendimento Académico na Adolescência 243

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Eusébio Pacheco 256
Neurofeedback na Reabilitação dos Sintomas Cognitivos Pos Lesões Cerebrais Traumáticas em Paciente Sumetido a Remoção Cirúrgica 256
A Aplicação da Psicanálise em um Contexto Educacional para Crianças Autistas 261
O Trabalho Zelosamente Investido na Manutenção da Saúde Mental do Adulto 265

SESSÕES PARALELAS VII

SIMPÓSIO - Moderador: Maria Cristina Faria 270
Contributos dos Professores para o Desenvolvimento Socioprofissional de Estudantes do Ensino Superior 270

SESSÕES PARALELAS VIII

SIMPÓSIO - Moderador: Maria Cristina Faria 280
Envelhecimento: Mindfulness Aliado à Terapia Cognitivo-Comportamental 280
Florecimento en Personas Mayores Practicantes de Yoga en España y Portugal 282
Visões do Envelhecimento em Estudantes do Ensino Superior 286
Modelos de Cuidados a Idosos no Domícilio 298
Impacto do Envelhecimento no Desempenho Ocupacional 303

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Mónica Pires 307
Estilos de Autoridade Parental, Práticas Parentais e Autoeficácia 307

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Rute Meneses 313
Heterogeneidade da Personalidade na Fibromialgia e suas Implicações na Vivência da Doença 313

SESSÕES PARALELAS IX

SIMPÓSIO - Moderador: Ana Maria Gomes 323
Mindfulness e Bem-Estar em Meio Escolar (1º Ciclo) 323

SESSÕES PARALELAS X

COMUNICAÇÕES LIVRES - Moderador: Roberto Chiodelli 327
Implicações do Diagnóstico De TDAH e a Medicalização na Educação: Uma Compreensão por Meio da Psicologia Histórico-Cultural 327
Os Impactos na Subjetividade da Mulher Provocados pela Exposição Online sem Consentimento 331

SESSÕES PARALELAS I

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Roberto Chiodelli

TRANSFORMAÇÕES DA PSIQUIATRIA INFANTIL BRASILEIRA A PARTIR DA DÉCADA DE 1960: A COMUNIDADE TERAPÊUTICA ENFANCE[1]

Jorge Luís Ferreira Abrão
Universidade Estadual Paulista
(jorge.abrao@unesp.br)

RESUMO

A psiquiatria infantil, enquanto especialidade autônoma, começou a ser desenvolver no Brasil a partir de 1950, até esta data as perspectivas de tratamento para crianças psicóticas estavam restritas a internação em grandes manicômios. Assim, o presente trabalho tem por objetivo demonstrar a evolução da psiquiatria infantil brasileira através da obra pioneira do psiquiatra Oswaldo di Loreto. A partir da década de 1960, com o surgimento das políticas contrárias as internações em manicómios, começam a surgir alternativas para o tratamento de crianças psicóticas no Brasil, como por exemplo as comunidades terapêuticas, que são estrutura de internação humanizada, situadas entre as internações manicomiais e os atendimentos ambulatoriais. Com a finalidade de promover um atendimento humanizado às crianças psicóticas, Oswaldo di Loreto, pioneiro da psiquiatria infantil no Brasil, criou em 1968 a Comunidade Terapêutica Enfance, no município de Diadema, Estado de São Paulo. Esta instituição destinava-se a oferecer às crianças psicóticas um atendimento mais humano, sustentada em uma psiquiatria psicodinâmica de influência psicanalítica. Conclui-se que este trabalho, que se estendeu até a década de 1980, ampliou as fronteiras da psicanálise, inserindo-a no campo institucional, mediante a adoção do conceito de manejo terapêutico, que considerava todas as ações realizadas pelos profissionais da equipe de atendimento (psiquiatra, psicólogo, assistente social, educador, enfermeiro, entre outro) promotoras de desenvolvimento psíquico, haja vista que todos os comportamentos e atitudes da criança deveriam ser compreendidos como uma tentativa de comunicação. Tal concepção técnica ampliou o conceito de interpretação empregada na psicanálise clássica, possibilitando ações terapêuticas mais abrangentes no contexto institucional. (Processo FAPESP 2017/02345-6).

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge com o objetivo demonstrar a evolução da psiquiatria infantil brasileira através da obra pioneira do psiquiatra Oswaldo di Loreto, que desde o início da década de 1950 contribuiu diretamente para o surgimento e desenvolvimento desta disciplina, enquanto área autônoma e independente da psiquiatria geral.

Sua contribuição estendeu-se desde a década de 1950 até o início dos anos 2000, perfazendo mais de uma década de contribuições clínicas, implementação de práticas institucionais e ações propedêuticas voltadas a formação de psicoterapeutas infantis em diversas regiões do Brasil.

Desta forma, Oswaldo di Loreto participou de diversas etapas que marcam a evolução da psiquiatria infantil brasileira, desde as práticas asilares em grandes manicômios herdadas do século XIX que sobreviveram durante as primeiras décadas do século XX, até o surgimento de uma política de saúde mental de âmbito ambulatorial voltada ao atendimento da criança psicótica. Um ícone de sua atuação inovadora como psiquiatra infantil consistiu na criação da Comunidade Terapêutica Enfance, surgida na década de 1960, instituição voltada ao atendimento integral de crianças psicóticas que figura como um elemento de transição entre as práticas de internação manicomiais e a proposta atual de atendimentos ambulatoriais em CAPS Infantil.

Assim, o presente trabalho divide-se em três partis distintas porém complementares, a saber: apresentação do método empregado na pesquisa, breve demonstração do percurso profissional de Oswaldo di Loreto pela psiquiatria e psicoterapia infantil e caracterização do trabalho desenvolvido na Comunidade Terapêutica Enfance.

MÉTODO

A presente pesquisa, que está inscrita em uma interface de sobreposição entre psiquiatria, psicanálise e psicologia, caracteriza-se como uma investigação circunscrita no campo da historiografia[2] da psicologia. Feita essa delimitação cumpre definir os meios mais adequados para o levantamento das informações necessárias, de forma a encontrar um conjunto de fatos e acontecimentos que sejam, simultaneamente, relevantes e fidedignos. Garantindo com isto que se compreenda a participação pioneira de Oswaldo di Loreto junto a psiquiatria infantil brasileira de forma razoavelmente completa, harmoniosa e coerente.

Como nos ensina Regina Helena Campos ao abordar o debate metodológico circunscrito ao campo da pesquisa em historiografia da psicologia,

> Como não se pode registrar todos os acontecimentos, é indispensável a escolha das fontes relevantes para o estudo aprofundado. A arte do historiador manifesta-se precisamente neste processo de identificação das fontes apropriadas para a reconstrução e a interpretação históricas, essência da historiografia. (Campos, 1998, p. 15)

Desta forma, foram escolhidas as fontes mais apropriadas para uma investigação de fatos históricos contemporâneos, quais sejam: entrevistas com profissionais que conviveram com Oswaldo di Loreto e que atuaram na Comunidade terapêutica Enfance e análise documental por intermédio de livros e demais materiais produzidos sobre o tema.

[1] Pesquisa desenvolvida com apoio da FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo 2017/02345-6).

[2] O conceito "historiografia" será empregado no âmbito do presente trabalho no sentido definido por William Woodward, ao referir-se à história da psicologia. Segundo esse autor "O pensamento histórico não é muito diferente de qualquer outra forma de trabalho intelectual. Em princípio divide-se em duas partes ou fases: método histórico ou análise das fontes, e historiografia, ou análise e síntese. Em outras palavras a coleta de dados leva à apresentação dos resultados e conclusões. Na prática a palavra 'historiografia' passou a ser aplicada a ambas as partes, a análise e a síntese." (Woodward, 1998, pp. 62-63).

A Trajetória Profissional de Oswaldo di Loreto pela Psiquiatria Infantil Brasileira

Oswaldo Di Loreto formou-se em medicina no ano de 1954 pela Faculdade de Medicina de São Paulo da Universidade de São Paulo, em uma ocasião em que a psiquiatria infantil, enquanto especialidade médica, era ainda bastante insipiente no país. Ato continuo após sua formatura, ingressou como médico residente na recém-criada Clínica Psiquiátrica anexa ao Hospital das Clínicas.

Dois anos depois ingressa como psiquiatra no Hospital do Juqueri. Idealizado por Francisco Franco da Rocha o então Asilo de Alienados do Juqueri foi inaugurado em maio de 1898, com capacidade para o atendimento de aproximadamente 800 pacientes divididos em 10 colônias, constituindo-se no primeiro manicômio do Estado de São Paulo. Inaugurava-se assim, no contexto local uma proposta de enfrentamento da doença mental por intermédio de práticas asilares, que haviam se consolidado na Europa entre os séculos XVIII e XIX por intermédio do Alienismo.

> Os Hospícios consolidam-se inicialmente como espaços destinados à cura, à regeneração e às tarefas de "assistir, tratar e consolar" um tipo especial de enfermos da razão, incompatibilizados com as disciplinas requeridas pela ordem burguesa. Constituem, em outras palavras, um espaço médico destinado a indivíduos que já não cabiam na ordem social, sob o comando de "especialistas" de uma modalidade médica que então se ignorava. As antigas casas de internamento sob a nova forma medicalizada florescem em todo o continente, e o domínio do alienismo sobre a loucura redefinida foi, em pouco tempo, um elemento generalizado e incorporado às formas permanentes de gestão da sociedade burguesa. (Cunha, 1986, p. 21)

Oswaldo di Loreto atuou nesta instituição por aproximadamente dois anos, no entanto a sua insatisfação com a conotação asilar de exclusão social que o Hospital do Juqueri havia assumido, e extrema limitação das práticas terapêuticas empregadas na ocasião, fizeram com que abandonasse o trabalho em busca de algo com maior perspectiva.

Sua aproximação com a psiquiatria infantil surge em meados da década de 1950, como uma tentativa de redirecionar sua vida profissional, tendo em vista as dificuldades para o desenvolvimento de um trabalho produtivo e humano no Hospital do Juqueri, que, na década de 1950 havia se tornado um grande asilo sem perspectiva terapêutica. Esta transição foi rememorada por Oswaldo Di Loreto em entrevista concedida ao Conselho Regional de Psicologia de São Paulo em 1997.

> Quando saí do Juqueri, caí num grande vazio profissional. Para não me sentir demasiadamente desesperado, ia fazer hora no Hospital das Clínicas que era a minha casa, os amigos ficavam por lá. Um dia encontrei a Dulce Vieira, uma colega de classe, a segunda que tinha escolhido fazer psiquiatria da minha turma. E ela então me contou que estava assustada, porque seu sogro, Pedro Alcântara, que era professor do Serviço de Pediatria das Clínicas, queria montar o Serviço de Psiquiatria Infantil, mas não o fazia por falta de personagens. Não havia psiquiatras da infância no Brasil. Ele havia solicitado que ela fizesse isso. Ela então disse: Você vai viver isso comigo? Eu nem sabia que havia distúrbio psíquico da criança. Mas aceitei. Foi assim, ao acaso, que cheguei à psiquiatria infantil. Cheguei por acaso, mas me encontrei e me realizei nela. Isso é o que importa, não a motivação inicial que se tem para as coisas. Nós não sabíamos nada do assunto. Aprendemos tudo em termos de angústia e ansiedades. Os livros nos passaram a dica de que, para trabalhar com criança, se trabalhava com brinquedo. Aí, entupimos a sala que tinha lá com brinquedos. Eram os inícios da psiquiatria infantil aqui por São Paulo. Os heroicos tempos. Até que o ambulatório começou a encaminhar pacientes. Um dia tivemos que dar a partida e chegou o meu primeiro paciente. Ele estava mais aterrorizado ainda do que eu. Ficamos os dois na sala. Tive um desdobramento de consciência. Quando? Acordei? Estava no corredor da neuropediatria e um colega mais velho estava me chacoalhando e dizia: Di Loreto, o que está acontecendo, você está com um ar estranho? Aí acordei e lembrei-me de que havia deixado o paciente na sala. Veja o nível de ansiedade profissional em que se vivia. Ter vivido esses níveis bárbaros de ansiedade nos meus inícios é o que me vocaciona, hoje, para o ensino a jovens profissionais psis. Os psis recém-formados de hoje saem das faculdades tão perdidos como eu, há 43 anos. (Loreto, 1997)

Considerando sua experiência na área e dando vasão a seu anseio de aprofundar o conhecimento em psiquiatria infantil, Oswaldo Di Loreto, em 1961, dirige-se a França com a finalidade de fazer um curso de psiquiatria infantil ministrado na Faculdade de Medicina da Universidade de Paris. Tendo em vista que na ocasião a França despontava-se como um centro de referência de psiquiatria infantil adotando um modelo desenvolvimentista de influência psicodinâmica, com uma proposta de classificação nosográfica que caminhava além da deferência mental, incorporando quadros clínicos como a psicose e a psicossomática.

De regresso ao Brasil, Oswaldo Di Loreto reunia uma significativa experiência no campo da psiquiatria infantil lapidada pela propedêutica na França. Desta forma, foi convidado, em 1965, para chefiar o, recém-criado, setor de psiquiatria infantil do Hospital do Servidor Público em São Paulo, inaugurado em 1961.

> Quando o Hospital formou suas equipes, um expressivo número de médicos reputados em suas especialidades convergiu para esta instituição "Formou-se o Setor de Psiquiatria, em 1965, com o número espantoso de vinte e dois psiquiatras. O Departamento de Psiquiatria do Servidor Público atraia vários jovens geniais e, com isso, formou-se um serviço paradisíaco, acho que nunca visto no Brasil em dez anos de movimento psiquiátrico. Foi das coisas mais admiráveis que aconteceram na psiquiatria", conta Oswaldo Di Loreto, fundador da Comunidade Terapêutica Enfance. (Cytrynowicz, 2002, p. 15)

Foi no entorno do Setor de Psiquiatria Infantil do Hospital do Servidor Público que surgiram iniciativas pioneiras no campo da psiquiatria infantil, tanto no que se refere ao modelo de atendimento quanto no que diz respeito a perspectiva de formação profissional. A primeira dessas iniciativas foi a criação, em 1967, da Clínica Enfance, que em pouco tempo tornou-se uma referência para a psiquiatria infantil em São Paulo, sendo constituída pelos seguintes profissionais: Oswaldo Di Loreto, Michael Raines Schwarzschild, Marisa Pelella Mélega, Izelinda Garcia de Barros, Maria Aparecida Albertini, Berenice Vilela de Andrade e Lea Brickmann. Na sequência, este grupo, sob a liderança de Oswaldo Di Loreto e Michael Raines Schwarzschild, inspirados no trabalho desenvolvido pela Comunidade Terapêutica Leo Kanner de Porto Alegre, surgida poucos anos antes, funda, na cidade de Diadema, no ano de 1968, a Comunidade Terapêutica Enfance.

Feita esta breve consideração biográfica, que não tem a pretensão de ser exaustiva, ao contrário, visa apenas demostrar a importância

que o personagem Oswaldo di Loreto assumiu para a psiquiatria infantil e a psicologia em São Paulo e, por conseguinte no Brasil, estamos em condições de afunilar o foco de nossa investigação, demonstrando, com maior atenção o trabalho desenvolvido de forma pioneira na Comunidade Terapêutica Enfance.

O Surgimento da Comunidade Terapêutica Enfance

A comunidade terapêutica Enfance foi instalada em 1968 em uma chácara na cidade de Diadema, região metropolitana de São Paulo, com a finalidade de atender crianças psicóticas a partir de uma prática terapêutica diferenciada. Ainda que prevalecesse a proposta de internação, as iniciativas empreendidas visavam a integração social da criança e não sua exclusão do contexto social e familiar. Desta forma, as crianças permaneciam na Comunidade Terapêutica de segunda a sexta, retornando para o convívio familiar aos finais de semana. Além disso, além de ser oferecido tratamento às crianças, paralelamente, era oferecido um trabalho de orientação de país realizado em grupos, demonstrando uma concepção de doença mental que ultrapassava a mera patologização do indivíduo.

Cabe destacar inicialmente o pioneirismo e o caráter inovador representado pela Comunidade Terapêutica Enfance, no que se refere ao tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais em São Paulo. Esta instituição trazia como elemento inovador a possibilidade de ultrapassar, ou mesmo romper, com os paradigmas tradicionalmente empregados no tratamento psiquiátrico de crianças até então, que se resumiam em uma terapêutica farmacológica ainda insipiente e psicoterapia aos moldes tradicionais.

> Conforme foram sendo questionadas e abandonadas as terapias formais, começou a se preocupar cada vez mais com as outras atividades que ocorriam no dia-a-dia e foi ganhando importância o papel das chamadas "Assistentes psiquiátricos" Ele foi se transformando de alguém que fazia recreação e tomava com das crianças em um terapeuta, ganhando um papel central na comunidade. (Cytrynowicz, 2002, p. 54)

Além da ampliação da ação terapêutica desenvolvida no contexto institucional, Oswaldo Di Loreto introduz a discussão relativa ao conceito de manejo terapêutico em contraposição à ideia de interpretação, como uma alternativa para o trabalho inspirado na psicanálise e desenvolvido no contexto institucional.

> O conceito de manejo foi uma conquista importante no trabalho da Comunidade, conforme explica ainda Di Loreto: "conto um exemplo pessoal de uma intervenção inadequada, mas que deixou para nós muito claro que manejo não era igual a interpretação. Eu estava jogando bola no campinho com os garotos, quando um menino que era muito ligado a mim e estava no time contrário no jogo, começo a me chamar e a me agredir. Quando ele me derrubou eu fiquei paralisado sem saber como ser terapeuta no jogo de futebol. Neste momento resolvi interpretar transferencialmente a atitude dele. Percebi a situação ridícula de estar interpretando o garoto fora do lugar e com plateia. Percebi que manejo não era isso. Nós nos propusemos a ser terapeutas da vida natural, mas todos tínhamos ranços de terapeuta de consultório, havia um erro na execução. Nos fomos aperfeiçoando o conceito de manejo e trabalhando com os assistentes, que tinham a vantagem sobre nós de não ter os vícios de consultório. Algumas pessoas eram espontaneamente muito adequadas." (Cytrynowicz, 2002, p. 54)

A introdução de um manejo terapêutico a partir de um contexto institucional introduz um debate, em voga na atualidade, mas bastante inovador e original para a década de 1960, haja vista que a ampliação da técnica psicanalítica para utilização no meio institucional, tinha na ocasião poucos adeptos e quase nenhuma experiência acumulada. Portanto, é possível levantar a hipótese de que a iniciativa de aproximação entre a psiquiatria infantil, a psicanálise de crianças e a utilização da técnica destas disciplinas na esfera institucional introduzida por Oswaldo Di Loreto e sua equipe, teve o condão de fomentar o debate sobre as práticas institucionais de assistência à criança com transtornos mentais no âmbito da psiquiatria e da psicanálise no Brasil.

Para além de uma influência meramente circunscrita ao campo da técnica psicoterápica em psiquiatria infantil, o modelo preconizado por Oswaldo Di Loreto, representou, ao que tudo indica, uma tendência na psiquiatria infantil brasileira, ao adotar um modelo psicodinâmico na compreensão dos transtornos mentais da infância.

CONCLUSÃO

As informações aqui analisadas acerca do percurso profissional de Oswaldo di Loreto, enquanto pioneiro da psiquiatria infantil no Brasil, permitem concluir que suas iniciativas contribuíram de forma efetiva para a estruturação da psiquiatria infantil enquanto disciplina autônoma no país, bem como possibilitaram o desenvolvimento da psicoterapia infantil enquanto instrumento terapêutico afeito ao tratamento da criança.

Suas ações enquanto terapeuta infantil deram efetividade ao surgimento de práticas que possibilitaram o efetivo tratamento da criança, em contraposição aos modelos asilares que priorizavam a internação e a exclusão social das crianças psicóticas ou deficientes.

A Comunidade Terapêutica Enfance é um exemplo das ações que buscaram humanizar e desenvolver estratégias terapêuticas mais efetivas para o atendimento de crianças psicóticas. Baseada em técnicas de psicodrama e psicanálise, essa instituição implementou um trabalho que buscava promover uma atenção integral a saúde da criança, de forma que as ações cotidianas deveriam ter um olha terapêutico e promotor da saúde.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campos, R. H. F. (1998). Introdução à historiografia da psicologia. In Brozek, J & Massimi, M. (Orgs.) A historiografia da psicologia moderna: versão brasileira. (pp. 15-19). São Paulo: Edições Loyola.

Cunha, M. C. P. (1986). O espelho do mundo. Juquery, a história de um asilo. São Paulo: Paz e Terra.

Cytrynowicz, M. M. (2002). Criança – Enfance: uma trajetória de psiquiatria infantil. São Paulo: Narrativa Um.

Loreto, O. (1997). Entrevista: Oswaldo Dante Milton Di Loreto. Jornal Psi, 17(104). Recuperado em 18 de dezembro de 2016 de http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/104/frames/fr_entrevista.aspx

Woodward, W. (1998). Rumo a uma historiografia crítica da psicologia. In J. Brozek & M. MassimiA historiografia da psicologia moderna: versão brasileira (pp. 61-87). São Paulo: Loyola.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: UMA FORMA DE CONSTRUÇÃO DE UMA ÉTICA DE TRABALHO TRANSDISCIPLINAR

Valdelice Nascimento de França
Escola Superior de Ciências da Saúde FEPECS/DF

RESUMO

Este trabalho se propõe a discutir a formação de alunos de um curso de pós- graduação na modalidade de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infanto-Juvenil que considera a dimensão do sujeito na clínica. A clínica aqui proposta não se trata daquela tecida nos moldes do consultório particular, mas num serviço público de saúde, no interior de um curso de pós-graduação. A clínica referenciada neste trabalho é a clínica realizada no campo da Reforma Psiquiátrica que trata do sofrimento e vulnerabilidade de crianças e adolescentes com transtornos mentais, cujo trabalho é feito em rede, de forma intersetorial e por uma equipe interdisciplinar de profissionais de saúde.

Acreditamos que esta clínica só seja possível de construir através de uma ética que vai para além da ética ensinada nos cursos de graduação, os códigos de ética profissional. A ética a ser aprendida e vivenciada no campo da saúde mental é a Ética do Cuidado que aponta sempre para o sujeito como ponto de onde devem partir todas as ações efetuadas, invertendo a noção de que as propostas terapêuticas devem estar prontas previamente em um projeto instituído. Quanto a transmissão deste conceito, o deslocamento ético que deve ser feito no dispositivo de ensino é o de abandonar o *saber-fazer* fechado em uma área profissional para produzir um *fazer-saber*, que constitui o verdadeiro trabalho de transmissão, podendo levar o aluno a sair de uma formação restrita apenas em seu campo profissional à posição de trabalhador/pesquisador no campo da saúde mental.

Palavras-chave: Residência, Clínica, Ética e Transdisciplinar.

"Ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo:
ensinar exige liberdade e autoridade:
ensinar exige saber escutar:
ensinar exige querer bem aos educandos:
ensinar exige a convicção de que a mudança é possível."
Paulo Freire

Este trabalho se propõe a discutir a formação de alunos de um curso de pós- graduação na modalidade de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infanto-Juvenil que considera a dimensão do sujeito na clínica. A clínica aqui proposta não se trata daquela tecida nos moldes do consultório particular, mas num serviço público de saúde mental, no interior de um curso de pós-graduação.

A clínica referenciada neste trabalho é a clínica realizada no campo da Reforma Psiquiátrica que trata do sofrimento e vulnerabilidade de crianças e adolescentes com transtornos mentais, cujo trabalho é feito em rede, de forma intersetorial e por uma equipe interdisciplinar de saúde.

O programa de Residência em Saúde Mental Infanto-Juvenil do DF que teve seu início no ano de 2016, teve como primeiro desafio, ser um programa específico para o campo da saúde mental infanto-juvenil: fazer-se programa separado e independente de um programa de saúde mental adulto. Vencendo esta etapa, nos tornamos o primeiro programa em saúde mental de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, no Brasil. Nossa missão é formar profissionais para a área da saúde mental infanto-juvenil, na modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, a partir da inserção dos residentes em serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade onde possam, no exercício permanente da educação em serviço, realizar práticas de saúde e pesquisa que integrem o ensino, a gestão, a atenção e o controle social, seguindo os princípios e as diretrizes do SUS, assim como os princípios para uma política nacional de saúde mental infanto-juvenil baseados na ética e na lógica do cuidado.

Os residentes deste programa são em sua maioria jovens recém-formados, muitos em sua primeira experiência de trabalho, inseridos em cenários de atividade prática cuja clínica proposta é da atenção psicossocial. Costa-Rosa (2013) define esta clínica a partir de uma "Estratégia da Atenção Psicossocial" onde os sujeitos devem sempre ser considerados a partir da sua inserção no território (lugar de cuidado, espaço aberto, não estruturado, em constante mudança). E mesmo quando forem alvos de ações específicas dos CAPS (Centro de atenção psicossocial) ou ambulatórios diversos, nunca deverão deixar de estar referenciados à Estratégia Saúde da Família (ESF), ou seja, uma clínica a ser realizada em serviços/rede que são tomados como dispositivos referenciados na ação sobre a demanda social do território.

Esta nova clínica é construída num coletivo de trabalho a ser construído por uma equipe de profissionais que se propõe a trabalhar no modo interdisciplinar, regidos por princípios e diretrizes públicas do SUS, baseados em uma ética e num saber. O saber nesta clínica parte do pressuposto de ser construído e subjetivo, não é dado a priori. Também acreditamos num sujeito inconsciente que faz parte desta clínica e que detem um saber sobre o seu sofrimento. A partir da concepção de sujeito desta clínica, nos propomos a retirar as crianças, adolescentes e familiares, do lugar de "objetos" abrindo-lhes o lugar de protagonistas da produção do único saber que realmente podemos ressignificar, sua posição no sofrimento e nos impasses de que vieram queixar-se.

Em segundo lugar o saber nesta clínica é produzido na e para a práxis. Trabalhamos com o fazer-saber psicossocial que é socializado e

construído a partir dos diversos saberes profissionais e pelo sujeito em sofrimento. Esta construção do saber é a proposta transdisciplinar que atravessa e guia esta clínica. E que questiona a todo tempo a lógica do saber-fazer disciplinar.

Esta clínica baseia-se num modo de produção do trabalho chamado psicossocial que se contrapõe ao modo hospitalocêntrico, medicalizador que por tanto tempo constituiu o único modo de se propor tratamento em saúde mental no Brasil. Segundo Costa (1996) a ética que rege esta clínica é a do cuidado, não centrada na moralidade e na deontologia, mas principalmente sobre o modo de cuidar e o sofrimento dos seus sujeitos. Ferreira (2000) também entende ética desta forma.

> A conduta ética é resultante de um complexo processo de constituição da subjetividade e alteridade humanas, o que implica a possibilidade de o sujeito conduzir de forma consciente seu desejo em face aos limites do Outro e da Lei. Cuidar do outro não significa submetê-lo aos nossos domínios (...), mas sim inclinar-se sobre alguém que vivencia a diversidade em seu corpo e espírito (Ferreira, 2000, p.152 e 153).

A ética a ser aprendida e vivenciada no campo da saúde mental é a Ética do Cuidado que aponta sempre para o sujeito como ponto de onde devem partir todas as ações efetuadas, invertendo a noção de que as propostas terapêuticas devem estar prontas previamente em um projeto instituído.

Por ser a clínica da atenção psicossocial, que atende crianças, adolescentes e seus familiares, intersetorial e complexa, precisa ser articulada com vários setores da sociedade (educação, justiça, saúde, cultura, esporte, lazer). É uma clínica do cotidiano, do que se faz e se pensa no dia a dia, que valoriza as relações vividas e sofridas no dia a dia da vida. É uma clínica da inclusão social, construída com seus pacientes.

Por ter uma proposta diferenciada de cuidado, um programa que se propõe formar profissionais para este campo também precisa ser diferenciado. A questão que sempre nos ocorreu é como fazer a formação do trabalhador de saúde ser afetada pela transversalidade para a construção de uma transdisciplinaridade? Pensamos que havia a necessidade de um eixo comum de formação entre os diversos profissionais que recebemos neste programa de residência. A partir desta lógica nos propomos a construir referencias teóricos comuns a todos os residentes do programa, das diferentes áreas profissionais. Dividimos os alunos em pequenos grupos com profissionais de áreas diferentes para que passassem a atender juntos e uma vez na semana nos reunimos no que chamamos de eixo transversal do programa para transmitir o conteúdo teórico comum a todos, assim como também nos reunimos uma vez por semana para realizarmos sessões clínicas em que discutimos os casos, o funcionamento institucional e as angústias vivenciadas pelos residentes nos cenários de prática.

Assim estamos tentando construir uma clínica comum a partir da aproximação das diferentes disciplinas e a partir de um fazer-saber e não mais um saber-fazer como nos propõe a Academia. Segundo Casetto (2013) a clínica comum significa:

> Clínica comum tem aqui um significado provisório de certos aspectos de uma clínica em saúde que possam referir-se a diversas áreas profissionais. O termo se inspira na noção de comum, proposta por Antonio Negri e Michael Hardt. Diferente de "comunidade", que designaria uma espécie de unidade moral, na qual o indivíduo se dissolveria, o "comum" seria "baseado na comunicação de singularidades" e se manifestaria "por meio de processos sociais de cooperação e produção" (Casetto, 2013, p.277).

Este é o deslocamento ético que deve ser feito no dispositivo de ensino no campo da saúde mental é o de abandonar o *saber-fazer* fechado em uma área profissional para produzir um *fazer-saber*, que constitui o verdadeiro trabalho de transmissão neste campo, ou seja, levar o aluno a sair de uma formação restrita apenas em seu campo profissional à posição de trabalhador/pesquisador no campo da saúde mental.

É este o desafio imposto ao residente do campo da saúde mental, um saber que se faz na experiência, sem distância, ou seja, "não conheço para fazer, mas faço para conhecer" (Passos, 2000). Desta forma se constrói a clínica da saúde mental: clínica ampliada, do movimento, peripatética, perambulante e comum.

Este modelo de ensino que tentamos aplicar na residência chamamos de "deformação profissional" dos residentes. Trata-se de um desafio pois consideramos necessário *de/formar* no sentido de colocar fora da forma, abrir espaço, após uma graduação formal e disciplinar de ensino, muitas vezes fechada em um campo de saber e conhecimento.

Esta "deformação inventiva" a que submetemos os residentes também tem afetado os demais trabalhadores dos cenários que desconhecem esta proposta e funcionam de outra forma. A presença dos residentes nas equipes de trabalho tem suscitado discussões, supervisões, conflitos e negociações, mas considero que o principal efeito é que tem provocado incômodos na forma multiprofissional de funcionamento de algumas equipes de saúde mental, onde existem profissionais focados em sua área com pouca troca com outros profissionais, ou seja funcionam de uma forma diferente que propomos aos residentes. Isto também tem gerado desafios para estas equipes na tentativa de entender do que se trata uma equipe interdisciplinar e transdisciplinar. E isto é um ganho, apensar do desafio imenso. É a residência promovendo a educação permanente no SUS, penso que talvez essa também seja a sua função.

Para concluir, são estes os desafios que a ética do cuidado traz para uma clínica transdisciplinar no campo da saúde mental: a construção da clínica do comum, as noções de saber comum e saber específico de cada área profissional tensionadas pelo aprendizado e também por seus afetos (medos, inseguranças, incertezas e dores). Somente quando o profissional se colocar neste lugar de não-saber é que um novo saber poderá ser construído coletivamente, incluindo os que sofrem e incluindo o saber de cada profissão. É disto que trata a produção do comum entre os diferentes, sem anular as diferenças, mas delas se alimentando. E como propôs o poeta:

"É caminhando que se faz o caminho".

É caminhando que se constrói a clínica na saúde mental infanto-juvenil.

É caminhando que pretendemos seguir neste campo tão desafiador, mas também tão instigante que nos faz apostar na transmissão de um fazer-saber que se constrói em seu dia a dia, a partir do encontro como o outro.

> Reencontrei um caminhando, um itinerário interior fora de mim... eu percebo a totalidade do mundo como um ritmo único, global, que se estende de Mozart aos gestos de futebol da praia...agora não estou mais só. Sou aspirada pelos outros (Lygia Clark, 1980).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Casetto, S. J. (2013). A narrativa na clínica comum. In: Capozzolo, A. A. e outros. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec.

Clark, L. (1980). Textos de Lygia Clark, Ferreira Gulart e Mário Pedrosa. Rio de Janeiro: Funarte.

Costa-Rosa, A. (2013). Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica. contribuições à um clínica crítica dos processos de subjetivação em saúde coletiva. São Paulo: Unesp.

Costa, J. F. (1996). As éticas da psiquiatria. In Figueiredo, A. C. e Ferrreira, J. Ética e Sáude Mental. Rio de Janeiro: Toopbooks.

Ferreira, A. P. (2000). Ação e reflexão no campo dos cuidados. In: Alberti, S. Elia, L. Clínica e pesquisa em psiquiatria. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Passos, E. Barros, R. B. (2000) A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinariedade. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, v.16, n.1, jan-abr.

SIMPÓSIO
Moderador: Patricia Lacerda Bellodi

MENTORING NAS ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS: EXPERIÊNCIAS, SUCESSOS E DESAFIOS

Maria Amélia Dias Pereira
(pereiramamelia@gmail.com)

Jomar Cleison de Rezende
(jomar_oftalmopsi@gmail.com)

INTRODUÇÃO

A graduação médica em geral tem sido considerada uma fase de muitas exigências e dificuldades aos acadêmicos.Nesse contexto de sofrimento psíquico crescente dos estudantes o Mentoring surge como uma possibilidade de apoio.

A tutoria (mentoring) é uma forma de acompanhamento adotada em algumas escolas médicas que proporciona uma relação de ajuda, onde uma pessoa mais experiente (um médico ou um professor) acompanha um jovem iniciante (aluno) no seu caminho de desenvolvimento pessoal e profissional (Bellodi & Martins, 2006).

A literatura científica mostra que a graduação médica piora a qualidade de vida dos alunos (Tempski, 2008). Estudos detectaram alta prevalência de transtornos mentais menores em estudantes de Medicina (Fiorotti, *et al.*, 2010; Rocha & Sassi, 2013), alto índice de sintomas de estresse (Benvegnú, Deitos & Copette, 1996; Shah, *et al.*, 2010), de ansiedade e de depressão (Dyrbye, Thomas & Shanafelt, 2006; Baldassin, 2010) e *Burnout* (Benevides- Pereira, Gonçalves, 2009; Dyrbye, et al., 2010). Outros trabalhos buscaram a correlação com características de personalidade, os fatores de risco, as possíveis causas e ainda os fatores preditivos do sofrimento psíquico (Dyrbye, Thomas & Shanafelt, 2005; Dahlin & Runeson, 2007).

Tornam-se importantes as pesquisas que mostram resultados de intervenções junto a estudantes de Medicina visando a redução do estresse ou melhoria da QV (qualidade de vida). Shapiro, Shapiro e Schwartz (2000) encontraram, no período de 1966 a 1999, mais de 600 artigos discutindo a importância do estresse na educação médica e apenas 24 estudos relatavam programas de intervenção e apoio aos estudantes e/ou residentes de Medicina. O funcionamento, em geral, desses programas propiciou:

1 - Melhora da imunidade dosalunos;
2 - Diminuição da depressão e ansiedade;
3 - Aumento da espiritualidade eempatia;
4 - Melhor conhecimento de terapias alternativas para referências futuras;
5 - Melhor conhecimento do estresse;
6 - Maior uso de habilidades de enfrentamento positivo;
7 - Capacidade de resolver conflitos de papéis.

Em uma Faculdade de Medicina brasileira uma disciplina de núcleo livre foi oferecida no intuito de melhorar a qualidade de vida dos acadêmicos mostrando-se eficaz como forma de apoio (Pereira & Barbosa, 2013).

É fundamental que as instituições de ensino ofereçam intervenções de suporte aos alunos, podendo ser focalizadas e assistenciais, por meio de atendimentos médico, psicoterápico ou pedagógico, ou com propostas mais abrangentes no processo de ensinoaprendizagem, como disciplinas eletivas visando o bem-estar do estudante, grupos de apoio, metodologia ativa de ensino criando espaços para a autorreflexão, estímulo a atividades físicas e culturais, oferta de tutoria e Mentoring, entre outras.

Oportunizar momentos que contribuam com o autoconhecimento e reflexões entre os estudantes no currículo médico já foi comprovado como uma maneira eficaz para minimizar o sofrimento durante o curso (Carr & Johnson, 2013).

Porto (2018) traz em suas cartas aos estudantes, uma possibilidade de ajuda aos iniciantes da carreira médica. Como no papel de um mentor, ele generosamente aponta caminhos, em situações rotineiras do processo do tornar-se médico.

O suporte ao estudante é fundamental, pois permite que a subjetividade seja valorizada; por meio da escuta, o aluno sente-se único, compreendido e pode explicitar o que está sentindo dando-lhe uma retaguarda emocional (Bellodi, 2005).

As escolas médicas precisam fornecer ao aluno um espaço para reflexão sobre seus sentimentos e emoções, onde suas vulnerabilidades, limitações e patologias possam ser vistas, aceitas, cuidadas e tratadas quando necessário.

Kashiwagi, Varkey e Cook (julho, 2013) fizeram uma revisão de literatura, encontrando publicações de 18 programas de mentoring para acadêmicos de Medicina em diferentes formatos. A maior parte dos artigos falava em formação de pares (mentores e mentorandos), onde os estudantes preferem escolher seus mentores e todos valorizam o tempo protegido. Acordos escritos eram importantes para estabelecer limites e encorajar a prestação de contas ao relacionamento de mentoring. A avaliação do programa foi basicamente subjetiva, usando pesquisas desenvolvidas localmente. Nenhum programa relatou resultados a longo prazo.

Necessita-se ainda de uma maior investigação científica sobre a eficácia de programas formais didáticos e de aconselhamento para acadêmicos de Medicina, a literatura existente até o momento reforça essa proposta (Pololi & Knight, 2005; Mark, Link, Morahan, Pololi, Reznik & Tropez-Sims, 2001).

A autora desse artigo concluiu sua tese de doutorado em 2014 com o título "O sofrimento psíquico na formação médica: percepção e enfrentamento do estresse por acadêmicos do curso de Medicina" (Pereira, 2014). A coleta de dados qualitativos ocorreu no decorrer de uma disciplina eletiva sobre estratégias de enfrentamento do estresse profissional e na avaliação final feita pelos acadêmicos que a cursaram. Os resultados (Pereira, Barbosa, Rezende & Damiano, 2015) mostraram que a disciplina teve uma contribuição positiva na vida dos alunos. A abordagem dos conteúdos mostrou-se útil, uma vez que houve redução dos sintomas de estresse e adesão a novas estratégias de enfrentamento. A disciplina representou aprendizado teórico e prático oportunizando momentos de reflexão e autoconhecimento, que conduziram a mudanças psíquicas e emocionais ou mudanças de hábitos de vida.

Como consequência da disciplina, os alunos relataram que passaram a se observar mais, ficando mais atentos aos seus sentimentos e emoções. Em decorrência dessa atitude outras mudanças foram percebidas e relatadas, como diminuir a autocobrança, compreender e aceitar as próprias limitações e reduzir a ansiedade (Pereira, Barbosa, Rezende & Damiano, 2015).

Percebe-se que muitos estudantes de Medicina ainda têm dificuldades de reconhecer sua fragilidade e tratam de todos os assuntos de uma forma impessoal, abordam os temas teoricamente, como sendo algo que não lhe diz respeito pessoalmente. Provavelmente uma forma de defesa para não entrar em contato com a angústia inerente à sua condição humana e limitada.

Perante todos os resultados encontrados na pesquisa e ficando clara a necessidade de apoio aos acadêmicos de Medicina da UFG foi proposto uma modalidade de Mentoring que teve início em 2015 e que será relatada nesse artigo.

A Experiência da Faculdade de Medicina da UFG

O Mentoring na Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Goiás (UFG) iniciou em 2015 no formato de disciplina de Núcleo Livre (eletiva) oferecida semestralmente a todos os alunos da FM, sendo possível ser cursada até 5 (cinco) vezes. Os mentores são professores do curso de Medicina e cada um se encontra com um grupo de 12 alunos (de diferentes anos do curso) uma vez por mês nas dependências da faculdade. A proposta dos encontros é uma escuta empática e troca de experiências sobre as atividades e a vida dos acadêmicos. O mentor sempre está disponível para abordar os temas sugeridos pelos alunos, sendo que em alguns encontros os temas podem ser previamente definidos pelos próprios estudantes. A disciplina tem a carga horária de 16 horas no semestre e os alunos são aprovados se tiverem 75% de presença. Além dos encontros mensais com os mentores, os acadêmicos participam de, no mínimo, 4 oficinas no semestre, que são oferecidas pela coordenação da disciplina e/ou da comunidade externa e são escolhidas pelos alunos conforme sua afinidade ou interesse. Esse projeto teve uma boa aceitação pelos acadêmicos de Medicina, com um número crescente de matrículas (tabela 1).

ANO	N de mentores	N de alunos	N de oficinas
2015/1	11	102	13
2015/2	11	130	11
2016/1	17	200	16
2016/2	16	207	30
2017/1	20	226	30
2017/2	20	210	30
2018/1	18	220	24
2018/2	18	240	28

A disciplina Mentoring na FM/UFG tem a seguinte ementa e objetivos descritos a seguir.

Ementa:

Suporte pessoal e profissional durante o processo de formação; currículo médico; mercado de trabalho; estresse acadêmico; competição x cooperação; qualidade de vida; rede social.

Objetivos:

Geral:

- Estabelecer, para grupos heterogêneos de alunos de diferentes anos, a figura de um mentor que os acompanhará ao longo do tempo durante o curso de graduação.

Específicos:

- Criar um vínculo mais próximo e intenso entre professores e alunos.
- Promover a troca organizada de experiências entre o mentor e seus mentorandos, assim como entre os alunos de diferentes anos.

- Acompanhar o desenvolvimento global dos alunos, incluindo seus conhecimentos, habilidades e atitudes, numa perspectiva humanística, ética e de compromisso social.
- Identificar problemas no curso e na formação dos alunos, permitindo um encaminhamento mais imediato para a solução adequada.
- Provocar uma formação integral do aluno de Medicina e uma maior integração do curso a ele oferecido.
- Oferecer oportunidade para conhecer diferentes técnicas para reflexão, autocuidado e melhora da qualidade de vida.

A avaliação da disciplina é feita semestralmente pelos alunos por meio de questionários, oficina e depoimentos escritos. De uma maneira geral é bem avaliada e seguem, como exemplo, alguns pontos positivos e negativos citados por eles.

Pontos positivos:

- Acolhimento aos alunos
- Trocas de experiência entre os diferentes anos do curso
- Conhecimento da equipe do Saudavelmente (Programa da Universidade que presta assistência em saúde mental a todos os acadêmicos)
- Alerta sobre a necessidade de cuidar do cuidador
- Espaço de reflexão

Pontos a serem melhorados:

- Divulgação do programa
- Forma de inserção curricular
- Remuneração dos voluntários
- Ampliação do Mentoring
- Ter um horário protegido estabelecido pela coordenação do curso de Medicina para que o Mentoring ocorra dentro da grade curricular normal.

No final da disciplina fizemos um questionário de avaliação com diversas perguntas. Entre elas temos:

Em seu Pós Mentoring, você identifica alguma mudança em você e/ou na sua vida como resultado do Mentoring? Entre 387 respondedores 89,1% disse que sim.

As mudanças citadas foram:

- Estou mais motivado em relação ao curso e a profissão médica –26,1%
- Conheço melhor o curso como um todo –16,5%
- Ampliei meu círculo de amizades –8,3%
- Consigo lidar melhor com o estresse do dia-a-dia do curso –26,3%
- Vejo a Medicina de uma forma mais positiva –13,4%

Com a experiência de 6 semestres da disciplina Mentoring na FM/UFG pudemos observar um interesse crescente dos alunos em matricular-se, principalmente os estudantes de primeiro e segundo ano. Porém a participação de alunos de anos mais adiantados traz uma grande contribuição para os encontros pois, por terem passado recentemente pelas experiências acadêmicas, podem auxiliar os novatos. Uma forma de estimular a participação dos acadêmicos do ciclo profissionalizante é colocá-los num papel mais ativo na organização do Mentoring.

Em 2018, devido à procura dos próprios alunos que já haviam concluído os 5 (cinco) semestres de Mentoring como disciplina de núcleo livre e que gostariam de continuar a participar, criamos um Projeto de Extensão e oferecemos 36 vagas para capacitar alunos veteranos como facilitadores do Mentoring.

Foi feito uma parceria com a Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO), com a finalidade de expandir o Mentoring/UFG e compartilhar o conhecimento adquirido em 3 (três) anos de experiência. Foi aprovado e registrado na FM/UFG com o título de "Formação de Facilitadores para Mentoring na Área de Saúde". Além da participação de 2 (dois) professores da FM da PUC/GO, contamos com a colaboração durante o ano de 2018 de uma médica arteterapeuta que realizou semanalmente oficinas de Arteterapia para todos os alunos do Mentoring/UFG e continua em 2019 com a parceria.

A tarefa dos estudantes "facilitadores do Mentoring" é organizar, criar, divulgar e controlar as presenças das diversas oficinas oferecidas na disciplina e dar apoio aos mentores fortalecendo os encontros mensais. Ao final do ano de 2018 eles entregaram relatórios individuais abordando suas experiências, refletiram sobre as diferentes abordagens que tiveram oportunidade de vivenciar nas oficinas e com os mentores.

Ainda não temos avaliações suficientes do Projeto de Extensão para formação de facilitadores do Mentoring, mas foi uma expansão natural e temos os seguintes desafios pela frente:

- Continuar a capacitação dos mentores proporcionando ambiente acolhedor e empático para discutir sobre as dificuldades desse novo trabalho.
- Ampliar as redes de apoio aos estudantes para poder encaminhá-los quando necessário.
- Estreitar vínculos com as iniciativas para promoção de saúde que existam na comunidade geral (identificar, apoiar, divulgar e participar).
- Participar de eventos nacionais e internacionais para troca de experiência com outros serviços e faculdades que ofereçam essa e outras formas de apoio aos estudantes de medicina.
- Identificar diferentes formas de divulgar aos estudantes de medicina as ações da Instituição oferecidas como apoio a todos os alunos.

- Desenvolver a cultura do autocuidado entre os acadêmicos, reconhecendo os estressores do curso e estimulando estratégias positivas de enfrentamento.
- Desenvolver pesquisas na área de saúde mental dos estudantes de Medicina e formas de apoio e suporte.

BIBLIOGRAFIA

Baldassin, S. (2010) Ansiedade e depressão no estudante de medicina: revisão de estudos brasileiros. *Cadernos ABEM*, v. 6, p. 19-26.

Bellodi, P. L. (2005) Retaguarda emocional para o aluno de medicina da Santa Casa de São Paulo (Repam): Realizações e Reflexões. *Rev. Bras. de Educ. Méd.***,** v. 31, p. 5-14.

Bellodi, P. L. & Martins, M. A. (2006). *Tutoria: mentoring na formação médica.* São Paulo: Casa do Psicólogo. 371p.

Benevides-Pereira, A. T. & Gonçalves, M. B. (2009) Transtornos emocionais e a formação em medicina: um estudo longitudinal. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 33, n. 1, p. 10-23.

Benvegnú, L. A., Deitos, F. & Copette, F. R. (1996) Problemas psiquiátricos menores em estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul, v. 18, n. 3, p. 229-233.

Carr, S. E. & Johnson, P. H. (2013) Does self reflection and insight correlate with academic performance in medical students? *BMC Med Educ.* v. 13 p. 1-5.

Dahlin,M.E.&Runeson,B.(2007)*Burnout*andpsychiatricmorbidityamongmedicalstudents entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Med Educ.* v. 7 p.1-8.

Dyrbye, L. N. *et al.* Relationship Between *Burnout* and professional conduct and attitudes among us medical students. *JAMA***,** v. 304, n. 11, p. 1173-1180, 2010. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/4529/joc05089_1173_1180.pdf >. Acesso em: 25/04/2019.

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R. & Shanafelt, T. D (2006) Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among u.s. and canadian medical students. *Academic Medicine,* v. 81, p. 354-373.

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R. & Shanafelt, T. D. (2005) Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *JAMA,* v. 80, n. 12, p. 1613-1622.

Fiorotti, K. P. *et al.* (2010) Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. *J Bras Psiquiatr***,** v. 59, n. 1, p.17-23.

Kashiwagi, D. T., Varkey, P. & Cook, D. A. (julho, 2013) Mentoring programs for physicians in academic medicine a systematic review *Academic Medicine*. V. 88. p 1029-1037

Mark, S., Link, H. Morahan, P. S., Pololi, L., Reznik, V. & Tropez-Sims, S. (janeiro, 2001) Innovative mentoring programs to promote gender equity. *Academic Medicine.* V.76 p. 39-42.

Pereira, M. A. D. (2014) *O sofrimento psíquico na formação médica: percepção e enfrentamento do estresse por acadêmicos do curso de medicina.* Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. 174f.

Pereira, M. A. D. & Barbosa, M. A. (2013) Teaching strategies for *coping* with stress – the perceptions of medical students. *BMC Med Educ***,** v. 13, n. 50, p. 1-7. Disponível em: < http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/50>. Acesso em: 15/04/2019.

Pereira, M. A. D., Barbosa, M. A., Rezende, J. C. & Damiano, R. F. (2015) Medical student stress:anelectivecourseasapossibilityofhelp. *BMCResearchNotes*,v.8,p.430.Disponível em: < https://bmcresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-015-1399-y >. Acesso em30/04/2019.

Pololi, L. & Knight, S. (setembro, 2005) Mentoring faculty in academic medicine Journal of General Internal Medicine V.20. p.866-870.

Porto, C. C. (2018) *Cartas aos estudantes de medicina.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 254p. ISBN 9788527723930.

Rocha, E. S., & Sassi, A. P. (2013). Minor mental disorders among medical students. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2), 210–216

Shah, M. *et al.*, (2010) Perceived stress, sources and severity of stress among medical undergraduates in a pakistani medical school. *BMC Med Educ,* v. 10, n. 2, p. 1-8.

Shapiro, S., Shapiro, D. & Schwartz, G. (2000) Stress management in medical education: a review of the literature. *Academic Medicine***,** v. 75, n. 7, p. 748-759.

Tempski, P. F. (2008). Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. 266p.

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Claus Stobaus

AGEING IN PLACE E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO DOMICÍLIO

António M. Fonseca
Universidade Católica Portuguesa
Centro de Investigação para o Desenvolvimento Humano (CEDH)
(afonseca@porto.ucp.pt)

RESUMO

Pretende-se com esta comunicação caracterizar e valorizar o que é habitualmente designado por *ageing in place* ("envelhecer em casa e na comunidade", em tradução livre), designadamente, no que respeita à promoção da inclusão social dos cidadãos mais velhos nas respetivas comunidades. Após uma contextualização teórica do conceito de *ageing in place*, procederemos à apresentação de um estudo realizado em 2017-2018 no âmbito do qual se efetuou um levantamento de experiências inovadoras através da recolha e sistematização de 80 boas práticas atualmente implementadas em Portugal neste domínio. Daremos particular ênfase a um conjunto de boas práticas de intervenção psicológica no domicílio efetuadas por psicólogos em diferentes pontos do país. Ao apresentar e enquadrar teoricamente estas boas práticas estamos simultaneamente a reforçá-las e a sinalizar o papel que a psicologia poderá ter no cumprimento do objetivo defendido pela Organização Mundial de Saúde quando se refere ao *ageing in place* como ter apoio necessário para viver com segurança e de forma independente, em casa e na comunidade, à medida que se envelhece.

Palavras-chave: *Ageing in Place*; Intervenção Psicológica; Pessoas Idosas.

1. INTRODUÇÃO

O estudo Boas Práticas de *Ageing in Place* em Portugal alicerça-se numa recolha de iniciativas de base local, implementadas em Portugal, que promovem e valorizam o que é habitualmente designado por ageing *in place* ("envelhecer em casa e na comunidade", em tradução livre).

Ageing in place significa a capacidade de continuar a viver em casa e na comunidade ao longo do tempo, com segurança e de forma independente. Este conceito requer uma abordagem interdisciplinar protagonizada pela gerontologia em diferentes escalas: nacional, regional, comunitário e individual. Atualmente, nos países economicamente mais favorecidos, quando os idosos começam a perder autonomia e capacidades, a opção é muitas vezes a institucionalização, enquanto nos países economicamente mais frágeis o *ageing in place* surge não como uma opção mas sim uma necessidade, dadas as limitações dos sistemas de segurança social e a falta de alternativas institucionais. O nosso ponto de vista é que o *ageing in place* não seja visto como um recurso mas antes como a primeira opção, pelas vantagens de integração social e de recompensa emocional que traz associadas.

À pergunta "qual o lugar ideal para envelhecer?", as pessoas mais velhas respondem geralmente "aquele que eu já conheço!" Na verdade, envelhecer no lugar onde se viveu a maior parte da vida e onde estão as principais referências dessa vida (relacionais e materiais) constitui uma vantagem em termos de manutenção de um sentido para a vida e de preservação de sentimentos de segurança e familiaridade. Isto é alcançado pela manutenção da independência e autonomia e pelo desempenho de papéis onde se vive.

2. *AGEING IN PLACE* EM PORTUGAL

2.1 O envelhecimento populacional e as respostas tradicionais

Já todos o sabemos: o mundo está a envelhecer rapidamente. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, em termos globais o número de pessoas com mais de 60 anos poderá alcançar os 22% em 2050 e atingir um valor da ordem dos 34% na Europa, o que significará então que um em cada três europeus terá 60 ou mais anos de idade. Fazendo parte da região mais envelhecida do planeta, em Portugal a tendência para o envelhecimento populacional é ainda mais acentuada, o que faz de Portugal um dos países mais envelhecidos do mundo (FERNANDES, 2014). Perante estes dados, é inevitável que se questionem as perspetivas tradicionais sobre os modos de vida em idade avançada e sobre os recursos a mobilizar para responder aos desafios do envelhecimento populacional.

Em Portugal, as primeiras respostas universais destinadas às pessoas mais velhas começaram a emergir após o 25 de Abril de 1974, quer através de modalidades de ação social (por via da criação de serviços e equipamentos), quer através da prestação de apoio económico (sob a forma de subsídios, reformas e pensões). Uma das faces mais visíveis da política social de apoio aos idosos foi sem dúvida a evolução do número de equipamentos sociais, com incidência nas respostas Centro de Dia (com um crescimento de 28% ao longo da década de 1990) e Lar de Idosos (passando de 600 em 1994 para 895 em 1996, nomeadamente); os anos seguintes iriam acentuar este investimento, com um crescimento de 38% da resposta Lar de Idosos e 30% da resposta Centro de Dia, entre 2000 e 2011 (GUEDES, 2014).

Apesar do número de pessoas a residir em instituições constituir uma pequena minoria do total da população idosa portuguesa, o Lar de Idosos tornou-se um ícone das respostas sociais para a velhice, surgindo mesmo associado a um sinal de desenvolvimento social por desse modo atender-se às necessidades dos mais velhos através de um serviço permanente de prestação de cuidados. É verdade que o Lar de Idosos constitui atualmente uma resposta imprescindível em situações de extrema vulnerabilidade ou quando mais nenhuma outra alternativa se revela suficiente para corresponder às necessidades da pessoa idosa, mas também não é menos verdade que a entrada num Lar de Idosos provoca sempre uma rutura com o quadro de vida anterior da pessoa e quase sempre com a comunidade a que ela pertencia. Não obstante a taxa de ocupação dos Lares de Idosos apresentar valores próximos dos 100% (e frequentemente com listas de espera em número idêntico ou até superior às vagas disponíveis), não é possível nem seguramente desejável prosseguir indefinidamente a expansão desta resposta em detrimento de outras que visem garantir a manutenção da pessoa idosa no seu domicílio.

2.2 As pessoas mais velhas e as comunidades

Ao invés de ser "um problema", o envelhecimento da população constitui um feliz ponto de chegada do desenvolvimento humano. Viver mais tempo é fruto de conquistas diversas sob o ponto de vista médico, tecnológico e social. Mas a existência de um número cada vez mais elevado de idosos saudáveis e ativos constitui igualmente um desafio para as comunidades, sejam elas urbanas ou rurais. À medida que envelhecem as pessoas têm necessidade de viver em ambientes que lhes proporcionem o suporte necessário para compensar as mudanças associadas ao envelhecimento. A criação e manutenção de contextos favoráveis e facilitadores do envelhecimento é uma tarefa indispensável para a promoção do bem-estar das pessoas idosas e para que elas possam continuar a ser, pelo maior tempo possível, autónomas e socialmente relevantes.

O lugar onde a pessoa vive não é apenas a sua casa, também é a comunidade onde essa casa se insere. A organização do espaço, o tipo de edifícios, a rede de transportes, a disponibilidade de serviços na zona envolvente à habitação, tudo isso são variáveis que contribuem para um envelhecimento verdadeiramente participativo ou, pelo contrário, para um envelhecimento socialmente excluído. Manter uma vida autodeterminada e tão aproximada possível à que se manteve durante décadas só será viável, à medida que se envelhece, se o ambiente construído e o ambiente natural estiverem preparados para respeitarem a evolução das capacidades individuais e, com isso, preservarem a confiança e a autoestima individuais. Não se trata apenas de facilitar a vida das pessoas mas de lhes permitir usufruir, plenamente e em segurança, aquilo que os rodeia, a começar pelo espaço físico e a terminar nas ligações sociais.

A possibilidade de viver em casa e de estender essa vida à comunidade envolvente obriga, por tudo isto, a considerar vários níveis de intervenção: a habitação (que deve ter em conta que as necessidades das pessoas transformam-se à medida que elas envelhecem), os serviços e os recursos indispensáveis à vida quotidiana (saúde, transportes, compras, lazer, etc.), a inclusão social das pessoas mais velhas (que deve contemplar a participação em funções úteis e socialmente reconhecidas).

2.3 Envelhecer em casa e na comunidade

O que significa *ageing in place*? *Ageing in place* significa viver em casa e na comunidade, com segurança e de forma independente, à medida que se envelhece (WHO, 2015). A compreensão deste conceito implica a necessidade de adaptação do ambiente físico e social à vida quotidiana ao longo do tempo. Com efeito, a maioria das pessoas idosas deseja permanecer num ambiente que lhes seja familiar e, preferencialmente, permanecer na mesma casa e na mesma comunidade (IECOVICH, 2014). Está aqui implícito o desejo de controlar a maioria dos aspetos relacionados com a vida diária (cuidados pessoais, rotinas e outras atividades significativas para cada indivíduo), ou seja, mais do que a tradução literal "envelhecer num lugar" (afinal, um Lar de Idosos também é um lugar…), *ageing in place* traduz o desejo de envelhecer num ambiente familiar que se adapte às modificações que o processo de envelhecimento traz consigo. Dado que, à medida que envelhece, o indivíduo passa mais tempo em casa e na comunidade próxima, tal acaba por reforçar esta relação com o ambiente que o circunda.

A promoção da independência e da autonomia instrumental das pessoas mais velhas, proporcionando-lhes oportunidades para manter a interação social e o acesso a serviços diversos, constitui porventura um dos principais desafios do envelhecimento geral da população, atendendo à exigência dos mais idosos relativamente à manutenção de um estilo de vida onde, para além do conforto material, seja assegurada uma integração social ativa. O conceito de *ageing in place* representa, também, um desafio acrescido atendendo à diversidade das necessidades individuais, pois deparamo-nos com necessidades específicas para cada indivíduo consoante os seus recursos, as suas necessidades e preferências, que também variam ao longo do processo de envelhecimento (WILES, LEIBING, GUBERMAN, REEVE & ALLEN, 2012).

Daqui decorre a necessidade de uma abordagem complexa quanto aos diferentes níveis de intervenção que os objetivos de *ageing in place* acarretam. No relatório do 2º Fórum Global da Organização Mundial de Saúde sobre *Inovação para Populações Envelhecidas* (WHO, 2015), são identificadas as cinco principais áreas de intervenção no processo de *ageing in place*: pessoas, lugares, produtos, serviços personalizados, políticas de apoio social (no original, *the 5 P's - People, Place, Products, Person-centered services, Policy*). A par da preocupação com a habitação e os espaços exteriores, é necessário desenvolver programas de natureza social que considerem, por um lado, as progressivas limitações funcionais dos indivíduos e, por outro, a manutenção da autonomia e participação na sociedade. No mesmo sentido, a implementação de programas de assistência ao domicílio, incluindo a teleassistência, são importantes para reforçar uma autonomia com impacto na qualidade de vida.

Quais são, então, os objetivos do *ageing in place*? Primeiro, do ponto de vista das pessoas idosas e das suas famílias, permanecer nas suas casas e comunidades o maior tempo possível proporciona controlo sobre as suas vidas e permite manter um sentido de identidade, promovendo o bem-estar. Qualquer deslocalização implica a perda de relações sociais, mudanças nas rotinas diárias e estilos de vida, e frequentemente perda de independência. Segundo, do ponto de vista dos decisores políticos, o cuidado institucional é mais caro do que a prestação de cuidados na comunidade. Esta constatação tem inspirado os decisores políticos a implementar medidas que dão prioridade ao envelhecimento em casa e a oferta de serviços neste domínio tem proliferado, fornecendo opções diversificadas para aqueles que precisam de assistência no domicílio.

Para que o *ageing in place* seja possível, é necessário criar "comunidades habitáveis" (IECOVICH, 2014), um conceito que liga o design físico, a estrutura social e as necessidades de todas as gerações que compartilham um local comum. Nas últimas décadas tem proliferado a implementação de programas e serviços que visam a criação destas comunidades, em tipo e variedade. Entre estes contam-se diversos serviços de apoio domiciliário, cuidados de saúde no lar, hospitalização domiciliária, cuidados paliativos domiciliários, programas de nutrição e serviços de apoio para cuidadores e familiares. Em resumo, nas próximas décadas, o *ageing in place* será uma estratégia comum utilizada para atender às necessidades complexas, variadas e crescentes das pessoas idosas, adaptando as respostas e desenvolvendo modelos inovadores de cuidado dirigidos a pessoas idosas, ainda autónomas ou já dependentes. Disso são exemplo inovações tecnológicas recentes, como a teleassistência, o tele-atendimento domiciliário e outros dispositivos que tenham como objetivo fornecer soluções para aumentar a segurança em casa e promover a independência, capacitando desse modo o *ageing in place*.

Em síntese, *ageing in place* é uma expressão comum no pensamento atual sobre práticas de envelhecimento, significando genericamente viver em casa e na comunidade com algum nível de independência, permitindo às pessoas mais velhas manterem autonomia e ligações

sociais com amigos e familiares. Envelhecer em casa também permite que as ligações sociais com familiares e amigos continuem. Embora a maioria das discussões sobre *ageing in place* se concentre em casa, há reconhecimento crescente que, além da habitação, as comunidades (bairros ou aldeias, consoante estejamos a falar em ambiente urbano ou rural) são fatores cruciais na valorização que as pessoas fazem do *ageing in place*.

Embora as condições objetivas da comunidade onde se vive e a capacidade funcional individual sejam importantes, os sentimentos subjetivos sobre essa comunidade podem ser uma fonte significativa de satisfação, independentemente de aspetos objetivos de adequação ou segurança. Para auxiliar o envelhecimento em casa e na comunidade, é necessário ter em conta não apenas as opções de habitação, mas também o transporte, oportunidades recreativas e serviços que facilitem a atividade física, a interação social, o envolvimento cultural e a educação contínua.

2.4 Boas práticas em Portugal

As 80 boas práticas de *ageing in place* recolhidas foram divididas em dez categorias, representando diferentes expressões das cinco principais áreas de intervenção no processo de *ageing in place* segundo a Organização Mundial de Saúde: pessoas, lugares, produtos, serviços personalizados e políticas de apoio social. Uma descrição completa destas 80 boas práticas encontra-se disponível em: https://gulbenkian.pt/publication/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/.

Aqui daremos particular ênfase a três boas práticas de intervenção psicológica no domicílio efetuadas por psicólogos em diferentes pontos do país. Ao apresentar e enquadrar teoricamente estas boas práticas estamos simultaneamente a reforçá-las e a sinalizar o papel que a psicologia poderá ter no cumprimento do objetivo defendido pela Organização Mundial de Saúde quando se refere ao *ageing in place* como ter apoio necessário para viver com segurança e de forma independente, em casa e na comunidade, à medida que se envelhece.

BOA PRÁTICA	**ENTIDADE PROMOTORA**	**LOCALIDADE(S)**
Acompanhamento Psicológico ao Domicílio	AMI – Fundação de Assistência Médica Internacional	Lisboa
HIT – Homecounseling Intervention Therapy	Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra	Coimbra
Volunteering Home Care	Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto	Porto

3. CONCLUSÃO

Três ideias conclusivas:

- Há empenhamento de diversas instituições, públicas e privadas, no sentido de facilitar às pessoas que assim o desejarem a possibilidade de envelhecerem em casa e na comunidade, preservando dessa forma a sua identidade e assegurando um sentido de continuidade no seu ciclo de vida;

- As iniciativas identificadas estão disseminadas por todo o país; embora algumas iniciativas façam mais sentido num contexto determinado, outras há que podem ser reproduzidas em qualquer local, valendo essencialmente pelos seus objetivos que podem ser aplicados transversalmente a toda a população idosa;

- Estas iniciativas resulta da perceção real de que as pessoas idosas necessitam de medidas diferenciadas para poderem continuar a viver nas suas casas e nas suas comunidades; esta atenção à realidade concreta é importante e favorece a sustentabilidade das iniciativas.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi realizado com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian e da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa.

REFERÊNCIAS

FERNANDES, A. (2014). Revolução demográfica, saúde e doença. In A.M. FONSECA (Coord.), Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos (pp. 7-26). Lisboa: Coisas de Ler.

GUEDES, J. (2014). Cuidados formais a idosos – desafios inerentes à sua prestação. In A.M. FONSECA (Coord.), Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos (pp. 181-218). Lisboa: Coisas de Ler.

IECOVICH, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. Anthropologial Notebooks, 20, 21-33.

WHO (2015). World report on ageing and health. Genève: World Health Organization.

WILES, J.L., LEIBING, A., GUBERMAN, N., REEVE, J., ALLEN, R.E. (2012). The meaning of "aging in place" to older people. The Gerontologist, 52, 357-366

A SOLIDÃO DOS IDOSOS NO BAIXO ALENTEJO – A EDUCAÇÃO COMO FORMA DE COMBATE

Cláudia Luísa
Universidade do Algarve
(cluisa@ualg.pt)

Tiago Peleija
Universidade do Algarve
(a61521@ualg.pt)

RESUMO

O envelhecimento da população é um fenómeno que, apesar de mundial, atinge em particular as sociedades ocidentais contemporâneas, e como tal tem provocado alterações na estrutura populacional, e tem criado repercussões no padrão geral de desenvolvimento atual. Portugal não é exceção, em particular nas zonas mais do interior, onde o número de jovens é muito reduzido e os idosos são os únicos a permanecer nos montes e aldeias, isolados do resto do mundo. Localidades que antigamente tinham mais de cem habitantes hoje têm só um.

O isolamento e a solidão dos idosos, são uma problemática complexa, dado que acarreta diversas questões ao nível da saúde, das questões sociais e familiares, entre outras. A solidão é um estado que transmite mágoa, angústia, tristeza, e que em grande parte dos casos traduz-se em isolamento. É um estado de vazio interior que pode ter consequências graves, nomeadamente levar ao suicídio.

Como forma de perceber melhor esta realidade desenvolvemos um estudo de caracter exploratório e descritivo, onde entrevistamos seis idosos do concelho de Mértola, no sentido de perceber como vivenciavam as questões objetivas e subjetivas na sua vida.

Como grande conclusão, e dado que todos referiram sentir-se sós e deprimidos, pensamos que uma forma de combate ao isolamento e a solidão será através da educação, da consciencialização de todas as entidades locais para a temática e dos próprios idosos, o que permitirá fazer a diferença e proporcionar uma maior qualidade de vida a todas as pessoas nestas condições. Exemplos de sucesso são as Universidades Séniores, o Voluntariado Comunitário, e diversas atividades de lazer que se realizam nos locais onde estar sozinho é uma realidade assumida.

Palavras-chave: Envelhecimento; Estilo de Vida; Solidão; Isolamento; Educação.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - O Envelhecimento Demográfico em Portugal: Particularidades e Desafios

O envelhecimento humano constitui uma realidade do mundo atual, cujos contornos sem precedentes se traduzem em desafios acrescidos para a sociedade nos planos social, político e de saúde. Dada a presente realidade, impõe-se o aprofundamento e a atualização de conhecimentos no âmbito desta nova realidade, sendo para isso fundamental a investigação científica.

Emerge a necessidade perante este quadro demográfico de encontrar respostas capazes de satisfazer as necessidades associadas ao envelhecimento da população a nível nacional e local.

O envelhecimento e as questões a si associadas aumentaram nas últimas décadas, fruto das alterações demográficas.

O processo resultante do envelhecimento demográfico é entendido por um novo modelo teórico denominado de transição demográfica. Isto deve-se à passagem de um tipo de natalidade e mortalidade elevados, para um modelo em que estas duas variáveis assumem valores muito reduzidos, com a emigração muito jovem a acentuar a transição, principalmente em Portugal (Ribeiro & Paúl, 2012).

O aumento da esperança média de vida juntamente com o declínio das taxas de fertilidade são uma realidade nos países mais desenvolvidos. A Europa é a mais afetada pelo envelhecimento demográfico e Portugal, na atualidade, integra a lista dos países mais envelhecidos do mundo, com um importante aumento da proporção de pessoas idosas na população total (Rosa & Chitas, 2010). Dados corroborados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que refere,

> On the one hand, the population of the European Region is projected to increase only slightly by 2020 – from 894 million to 910 million – but then to return to current levels by 2050. On the other hand, the number of working-age people is expected to decline steadily and the number of older people to increase, leading to an increase in the old-age dependency ratio. In particular, the number of people aged 85 years and older is projected to rise from 14 million to 19 million by 2020 and to 40 million by 2050. (WHO/Europe, 2019)

O caso concreto do Alentejo, região com menor densidade populacional de Portugal, apresenta a percentagem mais elevada de idosos e também a mais elevada percentagem de pessoas com declínio do estado de saúde como resultado de doenças agudas e crónicas, revelando uma maior necessidade de cuidados de saúde (Santana, 2000; Santana, Alves, Couceiro, & Santos, 2008; INE, 2012).

O envelhecimento humano encontra-se relacionado com um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais, que decorrem ao longo da vida, fazendo parte do seu ciclo natural, é um processo universal entre os seres humanos e complexo, embora seja variável atendendo às características pessoais de cada indivíduo. (Sequeira, 2010; Santos, 2000).

Para melhor compreender a situação demográfica vivida no nosso País será necessário perceber como este se encontra, atendendo ao o índice de envelhecimento, ao índice de longevidade e ao índice de dependência dos idosos.

O índice de envelhecimento entende-se pelo número de idosos que existem por cada 100 jovens, o índice de longevidade representa o número de idosos com 80 e mais anos por cada 100 idosos e o índice de dependência de idosos representa o número de idosos por cada 100 pessoas em idade ativa (PORDATA, 2018).

Atualmente assiste-se em Portugal a um fenómeno demográfico que requer a atenção e intervenção do Estado e dos seus parceiros. Nos dados recolhidos em 2017, existiam em Portugal 2.194.957 idosos com um índice de envelhecimento de 148,7% em 2016 (PORDATA, 2018). Em relação aos países da União Europeia, Portugal apresenta um dos índices de envelhecimento mais altos, sendo superado apenas pela Alemanha, pela Bulgária, pela Grécia e por Itália (PORDATA, 2018). Este fenómeno ocorre em Portugal porque a taxa de natalidade é menor comparativamente com a taxa de envelhecimento, ou seja, hoje em dia existem mais idosos e uma diminuição do número de

nascimentos, como já foi referido. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2015, p.2) a "(…) população jovem diminuiu (…) passando de 28,5% do total da população em 1970 para 14,4% em 2014. Por sua vez, o peso relativo da população idosa aumentou.… passando de 9,7% em 1970 para 20,3% em 2014." Nos dados mais recentes, referentes a 2017, o grupo etário dos jovens estava em 13,9% e os idosos encontravam-se com 21,3% (PORDATA, 2018).

Quanto ao índice de longevidade, é correto afirmar que a população idosa está a viver mais tempo. Em 2001, a União Europeia apresentava um índice de longevidade de 22,3% e Portugal não se encontrava longe desse valor com 21,4% (PORDATA, 2018). No ano de 2016, ambos aumentaram e mantivera-se com valores próximos, a União Europeia com 28,6% e Portugal com 28,9%. A esperança média de vida aos 65 anos também aumentou em Portugal, de 13,6% no ano de 1960 para 20,1% no ano de 2016 (PORDATA, 2018). Este aumento no índice da esperança média de vida resultou essencialmente da alteração das condições de vida, como defende Fernandes (2014) "…este aumento da esperança média de vida resulta da melhoria generalizada do nível de vida da população, dos progressos na medicina, da melhor assistência médica e a intervenção do Estado na área de ação social." (p.12)

Relativamente ao índice de dependência dos idosos, também os valores sofreram alterações ao longo dos anos e infelizmente, ocorreu um aumento do índice, o que significa que existiam mais idosos dependentes na Europa com 29,6% em 2016 e em Portugal com 32,1%. Portugal, no ano de 2011, marcava 28,5% de índice dependência de idosos, enquanto a União Europeia marcava 26,6%, confirmando assim o aumento que ocorreu até 2016 (PORDATA, 2018).

Em Portugal, muitos idosos vivem sozinhos, isolados sem uma rede de suporte para satisfazer as suas necessidades básicas e sociais. Segundo, o Instituto Nacional de Estatística (2012), 60% dos idosos em Portugal vivem sozinhos ou perto de outros idosos, o que significou um aumento de 28% em dez anos, no entanto esforços têm sido feitos para aumentar o apoio realizado por profissionais em zonas isoladas. Há vários anos que a Guarda Nacional Republicana (GNR) (2017), faz o levantamento dos "Censos Sénior" verificando-se assim, em 2017 que de 45 516 idosos, 28 729 viviam sozinhos, 5 124 viviam isolados, 3 521 viviam sozinhos e isolados e 8 592 dos idosos tinham limitações físicas e/ou psicológicas.

Relativamente à região do Baixo Alentejo o índice de envelhecimento era em 2001 de 175,1% e em 2017 de 188,2% (PORDATA, 2018).

O índice de dependência dos idosos também sofreu um aumento no Baixo Alentejo, passando de 38,9% em 2001 para 39,9% em 2017. De igual forma, houve um aumento o índice de longevidade de 44,3% em 2001 para 54,6% em 2017 (PORDATA, 2018).

Relativamente ao concelho de Mértola, localidade onde se realizou o estudo observa-se na Figura 1, que o número total de população diminuiu de 8,669 em 2001 para 6,479 em 2016. O número de idosos também aumentou bastante por cada 100 jovens, pois em 2001 era de 283,9% e em 2016 era de 376,9% (PORDATA, 2017).

Figura 1: Dados Demográficos do Município de Mértola

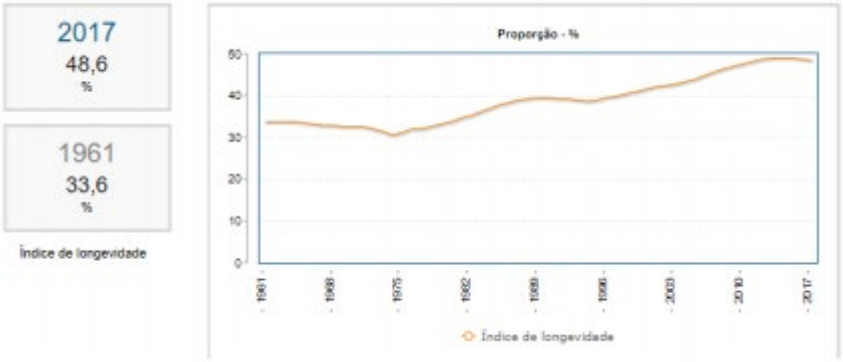
Mértola (Município)

	2001	2011	2016
População	8.669	7.226	6.479
Freguesias	9	9	7
Idosos por cada 100 jovens	283,9	362,4	376,9
% de desempregados IEFP (na população 15 - 64 anos)	9,9	6,6	10,6
Pensões da Seg. Social e CGA em % da população	-	57,0	59,8
Saldo financeiro da C.M. (milhares €)	-	2.974,3	2.443,8

Fonte: PORDATA, (2017)

O índice de longevidade, onde em 1961 era de 33.6% em 2017 era de 48.6% tal como demonstrado no Figura 2.

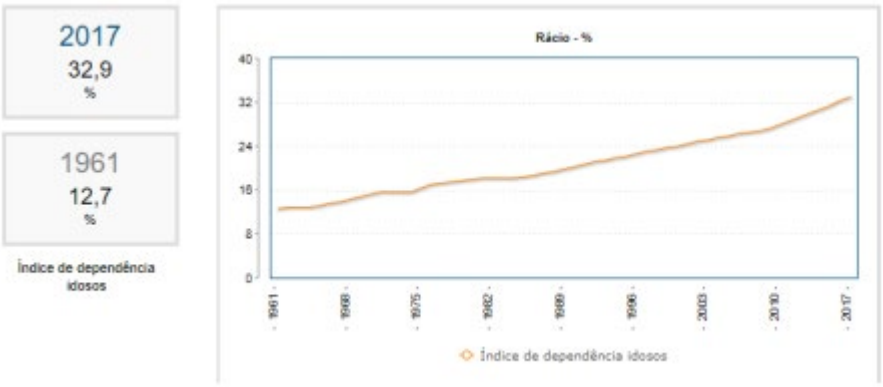
Figura 2: Índice de Longevidade do Baixo Alentejo



Fonte: PORDATA, (2017)

O índice de dependência dos idosos segue a mesma tendência e em 1961 era 12,7% sendo em 2017 de 32,9%, como se pode verificar na Figura 3.

Figura 3: Índice de dependência dos idosos do Baixo Alentejo



Fonte: PORDATA, (2017)

Ainda nos é possível verificar que o índice de dependência dos jovens diminuiu, dado que em 2001 era de 22,2% e em 2017 de 21,2% em todo o Baixo Alentejo, o que fez com que estes se tornassem mais autónomos, ativos e independentes.

Com base nos dados supramencionados podemos concluir que a nossa sociedade está a regredir em termos demográficos, dado que a taxa populacional jovem está a diminuir, e os idosos estão a viver cada vez mais tempo, o que faz com que a nossa sociedade esteja cada vez mais envelhecida. Entre as principais consequências deste envelhecimento demográfico, podem encontrar-se as seguintes:

> a) Aumento dos gastos com a saúde; b) Aumento da prevalência das doenças crónicas não transmissíveis na população idosa; c) Aumento dos encargos do Estado com a Previdência Social e d) Alteração da estrutura e das relações familiares. Todos estes aspetos são vistos como um problema. É uma situação paradoxal. Durante séculos o ser humano procurou formas de prolongar a vida e agora que mais pessoas podem ter uma vida longa, considera-se que isso é um problema (Amaro, 2019, p.203).

Esta realidade acarreta diversas preocupações e tomadas de posição face a situação do idoso em Portugal. Envelhecer sim, mas com qualidade de vida. Na atualidade, não existe uma pessoa tipicamente idosa, pois temos muitas pessoas a chegar aos 80 anos com níveis de capacidade física e mental bastante satisfatórios, não sendo a velhice vista como dependência. As políticas devem ser pensadas de forma a que o envelhecimento seja ativo e saudável, pois a realidade mudou e temos de ser conscientes dessa mudança.

> Uma suposição que vai contra os equívocos negativos associados ao envelhecimento é que as pessoas mais velhas, hoje, possuem saúde melhor em relação aos seus pais ou avós. Isto é somado ao dizer que "70 é o novo 60". Embora superficialmente positiva essa suposição carrega um gosto amargo. Se hoje os adultos maiores de 70 anos possuem a mesma saúde que os adultos maiores de 60 anos no passado, pode-se concluir que os adultos maiores de 70 anos de hoje estão em melhor posição para se defenderem sozinhos e, portanto, há menos necessidade de ação política para ajudá-los. (OMS, 2015, p.9)

Dadas as diversas mudanças, o objetivo é permitir às pessoas reconhecerem o seu potencial físico, social e mental, de forma a terem um envelhecimento saudável e ativo.

Tendo presentes as normas estabelecidas pelo Plano de Ação Internacional sobre os Idosos e as convenções, recomendações e resoluções da Organização Internacional do Trabalho, da Organização Mundial de Saúde e de outros organismos das Nações Unidas estes sugerem para que ocorra um envelhecimento ativo os agentes locais devem desenvolver projetos onde estejam presentes a independência, a participação, a assistência, a realização pessoal e a dignidade dos idosos. (Assembleia Geral das Nações, 1991, p.12)

Para que o idoso viva com qualidade de vida, vários autores mencionam que este deverá apresentar um baixo risco de doença, um bom funcionamento físico e mental, ter independência (capacidade de tomar decisões relacionadas com o dia a dia sem apoio de outras pessoas) e manter uma vida ativa e ter segurança.

Para além das questões objetivas é importante também as subjetivas, e estas pretendem-se com o facto de,

> "O idoso ter um sentimento de bem-estar; sentimento de felicidade; satisfação com os objetivos atingidos; desenvolvimento pessoal; relações positivas com os outros (família e amigos;) sentimento de autorrealização; desempenho de papéis sociais; boa rede de vizinhança e uma visão positiva da vida". (Amaro, 2015, p.205)

No entanto, nem sempre a situação vivenciada pelos idosos é positiva, pois alguns vivem situações negativas díspares, onde se destacam sentimentos depressivos, de solidão e consequentemente de isolamento.

Envelhecer pode ser uma experiência vivida em meio urbano ou rural, atendendo à história de vida de cada um, implicando situações diferenciadas. Os idosos residentes em meios rurais deparam-se com uma variedade de necessidades, como a inexistência de serviços sociais, de saúde e de transportes e normalmente apresentam dificuldades económicas para aceder a serviços e equipamentos afastados da zona onde residem, a migração das zonas rurais para os meios urbanos despovoou estes meios, afastando assim os potenciais prestadores de cuidados familiares (Paúl, Fonseca, Martín, & Amado, 2005).

Contrariamente Oliveira (2016), afirma que os meios rurais são contextos privilegiados de envelhecimento, uma vez que, permitem maior familiaridade das pessoas com o meio, favorecem um ritmo de vida mais lento, favorável aos idosos cujos tempos de reação estão mais lentos e por último promovem uma maior estabilidade populacional, proporcionando maior extensão e contacto entre a rede social, facilitando a manutenção dos laços afetivos, que lhes permite obter maior apoio instrumental, emocional e psicológico. No entanto, os meios rurais podem constituir-se como meios favorecidos, dada a falta de promoção de redes de relação social.

Esta situação leva a uma sobrecarga da condição de idoso, ou seja, vive-se em zonas despovoadas e com baixos recursos, que por

vezes se associam a problemas de saúde, de fracos rendimentos e de solidão. Em Portugal, as zonas rurais nomeadamente no interior, apesar de serem zonas pouco povoadas, a maioria dos residentes são idosos que vivem entregues a si próprios e/ou aos seus cônjuges e a companheiros de longa data (Paúl et al., 2005), situação vivenciada pela maioria dos entrevistados residentes no concelho de Mértola.

2- A SOLIDÃO DOS IDOSOS – A EDUCAÇÃO COMO FORMA DE COMBATE

A solidão e o isolamento no Baixo Alentejo são uma realidade que está cada vez mais presente. A nível geral, esta situação é devida ao aumento da desertificação nas últimas décadas. Localidades que antigamente tinham mais de 100 habitantes hoje têm só um.

Com o desenvolvimento e as várias ocorrências verificadas na nossa sociedade, o envelhecimento das populações e as várias problemáticas que estão relacionadas com a mesma, como é o caso da solidão e do isolamento social, vieram proporcionar condições para que se começasse a considerar a velhice como um problema social e um objeto de estudo importante, bem como os mecanismos sociais que produzem este sentimento de solidão.

> "Todos nós necessitamos de tempo para estarmos sozinhos, no entanto, o afastamento excessivo, pode levar a sentimentos de solidão e isolamento, tornando as pessoas com mais idade mais vulneráveis." (Paço, 2016, p. 46)

Neste sentido, para que um idoso viva com qualidade de vida, é necessário existir um completo bem-estar interior e não apenas a ausência de problemas físicos. Simões (2006) refere que "o grande desafio de envelhecer com saúde é fazer com que somente as mudanças normais do envelhecimento ocorrem, minimizando as nossas limitações" (p.98).

Para Rito (2015), a solidão é um dos grandes problemas que afeta a vida diária do idoso, trazendo-lhe diversas mudanças no seu quotidiano. Estes privam-se do convívio e do diálogo, afetando o contacto social bem como as suas atividades diárias.

A solidão é um estado que transmite mágoa, angústia, tristeza, e que em grande parte dos casos traduz-se em isolamento. Este estado de vazio interior pode existir nas várias fases de desenvolvimento do indivíduo, contudo é na velhice que tende a aumentar devido a fatores de tipo psicológico e social, que por vezes surgem devido ao luto, ao isolamento social e ao abandono das suas famílias ou da sociedade em redor.

O luto enquanto fator que influencia a solidão, está relacionado com a forma com que as pessoas reagem à perda de um ente querido, enquanto processo necessário à superação da mesma. Este depende muito da ligação e da proximidade que existia entre ambas.

O isolamento social, acontece em grande parte dos casos, devido à desmotivação que o idoso vai criando e que por sua vez, vai agravando um conjunto de pressupostos no quadro depressivo que pode vir a desenvolver. Este priva-se do convívio, deixa de participar em atividades que considerava satisfatórias, e onde o estímulo para o convívio social passa a ser inexistente, situação esta muitas vezes agravada pela entrada na reforma, e o corte com o mundo laboral e com todas as rotinas que o mesmo lhe proporcionava.

A demência também pode ser um fator propicio ao isolamento social, pois vai havendo uma gradual e progressiva perda de memória em relação a eventos vividos pelo idoso e que começam a ser deteriorados e fragmentados. Todos estes fenómenos fazem com que as relações e interações sociais se modifiquem. A pessoa idosa depara-se assim com uma nova realidade, que está associada a novos estilos de vida, que podem levar à inutilidade. O abandono, segundo Paço (2016), também é uma agravante que influência largamente a solidão, onde na maioria dos casos se encontra relacionada com o desprezo das suas famílias. Diversas alterações familiares e sociais surgem com esta nova realidade demográfica, muitos familiares não têm condições para cuidar dos seus idosos e acabam por optar por uma resposta formal, que permite ao idoso ter as condições e o apoio que necessita. Surge uma nova família. No entanto, os laços biológicos não se esquecem, e custa muito a um idoso ser "abandonado" pelos seus filhos, independentemente de ser bem tratado num novo lar. É triste, mas é a nova realidade do mundo contemporâneo, onde tudo se alterou. Há um largo caminho a percorrer e um trabalho que ainda tem de ser feito neste sentido, de forma a transformar as mentalidades modernas e mostrar que o idoso não é apenas um fardo, uma complicação, uma prisão, mas sim um ser rico em experiências, e que ao nos serem transmitidas podemos retirar largos ensinamentos, e de certa forma ajudar a reerguer a nossa sociedade.

Segundo Batista (2012), o sentimento de inutilidade é uma das causas que origina grande parte dos casos de suicídio. O sujeito decide acabar com a própria vida, tentando assim, livrar-se de uma situação de dor psíquica insuportável. De acordo com estudos de alguns autores, estima-se que o número de suicídios, bem como os comportamentos suicidários e o seu impacto na sociedade têm vindo a aumentar ao longo do tempo.

Segundo os dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2016 estes revelam que,

> "Em 2014, registaram-se 4 818 óbitos devidos a causas de morte externas de lesão e envenenamento, o que representou um aumento de 14,0% face a 2013 (4 228). Cerca de 65% do total destas mortes foram de homens, com uma relação de 189,0 óbitos masculinos por 100 femininos. A idade média ao óbito devido a estas causas foi de 65,2 anos, bastante mais elevada para as mulheres (72,3 anos) do que para os homens (61,4 anos). Por outro lado, trata-se de um conjunto de causas que, quando comparado com as restantes, afeta relativamente mais as idades prematuras (43,7% dos falecidos tinham menos de 65 anos). O número de anos potenciais de vida perdidos foi 52 858 e a taxa de anos potenciais de vida perdidos foi de 594,2 anos por 100 mil habitantes. No conjunto das causas de morte externas de lesão e envenenamento, evidenciaram-se as lesões autoprovocadas intencionalmente, ou suicídios, que provocaram 1 223 mortes em 2014, o que refletiu um aumento de 16,1% face a 2013 (1 053). Cerca de 76% das mortes por esta causa foram de homens, apurando-se uma relação de 310,4 óbitos masculinos por 100 femininos, e correspondendo a 1,7% do total de óbitos de homens no país. A idade média ao óbito foi de 59,2 anos, semelhante para os dois sexos (59,3 para os homens e 58,9 para as mulheres)." (INE, 2016, p.6)

O isolamento geográfico, vivido principalmente em meio rural é também uma outra condição que poderá despertar sentimentos, como o medo, o receio, a ansiedade, a solidão e levar ao suicídio.

Canhestro e Bastro (2016, p.30) referem que tradicionalmente o foco das intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis tinham por base o modelo biomédico de prevenção da doença e a mudança comportamental, no entanto, atualmente o papel dos promotores de saúde é mais complexo e o foco deve ser a manutenção de um estado positivo de saúde exigindo mais conhecimentos. Os mesmos autores referem que há tensões entre as orientações biomédicas tradicionais para a prevenção da doença e a orientação salutogénica atual

visando a manutenção da saúde positiva e do bem-estar e, que embora os objetivos de promoção da saúde preventiva e positiva tendam a ser combinados, é a dimensão positiva da saúde que é mais facilmente esquecida na prática. A adoção de estratégias de promoção de saúde mais participativas e multidisciplinares programadas que adotem as duas abordagens – preventiva e promotora de uma saúde positiva, sem que nenhuma delas seja predominante, têm maior possibilidade de ser mais efetivas e podem contribuir para minimizar estados graves de doença.

E soluções para reduzir os sentimentos de solidão e isolamento dos idosos?

Em primeiro lugar deve-se criar uma visão alternativa à solidão, através de um conjunto de estratégias, onde ocorra uma adaptação do indivíduo a sua nova condição de vida. É fazer ver a sociedade que uma educação para o envelhecimento e uma preventiva consciencialização permitem uma maior qualidade de vida e satisfação do idoso e da sua família. A questão coloca-se tanto para a sociedade como para o próprio idoso.

Luísa, (2017), defende que o Estado deverá assegurar e criar diversas estruturas que sejam eficazes, no sentido de os idosos poderem usufruir de uma rede vasta de respostas sociais, culturais e até mesmo de saúde, como é o caso da criação de centros de dia e de convívio, lares, centros de reabilitação, e também associações culturais, que preservem o seu bem-estar.

Por sua vez, o papel dos municípios é cada vez mais determinante ao nível da promoção de estilos de vida saudáveis, não só porque oferecem ambientes de suporte promotores de uma vida saudável, mas também porque são por excelência os parceiros de outras organizações comunitárias e dos cuidados de saúde para a realização de intervenções promotoras de saúde (Loureiro & Miranda, 2010). Em Portugal, a participação dos municípios em questões tradicionalmente relacionadas com o sector da saúde e outros não é muito expressiva, e só desde há cerca de duas décadas um número relativamente pequeno de municípios se envolveu de forma explícita neste aspeto da vida dos cidadãos (Loureiro, Miranda, & Miguel, 2013).

Um dos exemplos de combate a esta problemática e que já vai sendo observado na nossa sociedade com alguma frequência, é a criação de Universidades Séniores, de maneira a tornar o idoso uma pessoa autónoma, liberta, alegre e principalmente motivada. Ainda neste sentido, podem ser criadas algumas atividades de animação e entretenimento, como é o caso das danças, dos jogos tradicionais, das atividades plásticas, atividades de voluntariado, entre outras. A educação informal também é importante, pois o idoso pode realizar formações/workshops, de forma a manter-se ativo cognitivamente.

No sentido de tentar combater a problemática Santos (2016), mostra-nos que as entidades locais também têm feito um trabalho notável, como é o caso da GNR, que percorre os povos mais isolados e tenta dar o maior número possível de informação aos idosos, bem como disponibilizando os seus contactos em caso de emergência. Por outro lado, faz também campanhas de sensibilização e de diálogo nas casas dos habitantes, de maneira a poder proporcionar alguns momentos de convívio para que os mesmos não se sintam tão sozinhos ou abandonados.

O diálogo, a compreensão, a observação da sua realidade, dos seus gostos e das circunstâncias da sua vida são fundamentais para um acompanhamento e um trabalho eficaz com estas pessoas, levando-as a sentir a solidão e o isolamento como sentimentos secundários.

Também para Paulo Freire (1979), a educação é uma forma de combate e de ajuda nesta problemática, pois podem ser aplicadas um conjunto de iniciativas, experiências e práticas educativas, no sentido de ajudar e de tentar melhorar as condições de vida dos idosos que estejam a passar por um momento de solidão, trabalhando muito em comunidade, e na promoção de ações socioeducativas complexas e de caráter interdisciplinar. Deve ser criado um ambiente o mais ativo e saudável possível, de forma a que estes tenham uma velhice autónoma e independente bem como saúde física e psíquica. Devemos procurar sempre a relação com o outro, de maneira a encorajar a pessoa, dando-lhe oportunidade para discutir a sua problemática.

Deve ser aplicado um trabalho impulsionador e gerador de ideias que potenciem o desenvolvimento do idoso, de maneira a vê-los como "seres de sabedoria, com uma experiência de vida rica e que podem ser úteis, pessoas que ainda são válidas, aptas a ensinar e aprender até ao fim das suas vidas." (Luísa, 2017, p. 139)

Segundo Fernandes, Ramos, Sampaio e Afonso (2014), é ainda importante não esquecer a proximidade com as famílias dos idosos, pois esta relação será facilitadora de todo o processo de diminuição da solidão e do abandono.

Nesta perspetiva, e usando a educação como ferramenta de combate à solidão e ao isolamento, devemos estimular as capacidades psicológicas do idoso, através de um plano de atividades criativo, integrador e saudável. É importante a transmissão e a partilha dos saberes dos idosos a outras gerações, principalmente aos mais jovens, pois é uma forma de fomentar as suas competências socias e sentir-se útil.

Para Freire (1979), a educação é a arte de governar, baseada num plano para melhorar a humanidade, onde a liberdade deverá ser universal. A interação social e o desenvolvimento cognitivo tornam o indivíduo um ser capaz de criticar sobre o que lhe é exposto, e desta forma torná-lo mais ativo e livre. É estratégia muito importante no combate à solidão, pois a educação é uma ferramenta muito importante e que muda mentalidades.

Segundo a OMS (2002), a educação e a alfabetização são essenciais ao longo de todo o ciclo de vida e a sua ausência vai ter repercussões no processo do envelhecimento. Assim quando é deficitária influencia habilidades e oportunidades e consequentemente um envelhecimento saudável. Quanto maior for o nível de educação assim como a oportunidade de formação contínua, mais as pessoas idosas desenvolvem as habilidades, a confiança e a independência, facilitando deste modo o seu processo de envelhecimento.

O papel do educador social e demais técnicos que atuam junto dos idosos permite encorajar, apreciar e valorizá-los, devendo aceitá-los tal e qual como são, olhando para estes como potenciadores de experiência e de saberes, que poderão ser aprofundados ao seu próprio ritmo. Temos uma enorme responsabilidade, no que diz respeito ao processo de mudança, uma vez que, não existem seres totalmente educados, pois a educação deve ser de caráter permanente e não uma educação sem esperança ou sem amor, na medida em que nós como intervenientes nesta área, temos de dar sempre o máximo de nós próprios. Esta larga experiência de saberes amplia os nossos conhecimentos através de uma posição de reflexão e envolvimento nestas realidades. É importante termos um pensamento estruturado e uma visão que conscientize tudo o que se observa, na tentativa de desbravar o desconhecido e ampliar os métodos e técnicas para adotar uma perspetiva alternativa na vida de muitos idosos que se encontram a viver momentos de fragilidade. Devemos ter um olhar crítico sobre o mundo, estar aptos para enfrentar os vários desafios da vida e atuar na estrutura social, numa perspetiva de estabilização e dinamismo nas realidades fragmentadas.

Devemos implementar uma mudança que parta da conscientização de toda a nossa sociedade, para estarmos todos envolvidos no

processo de mudança e no auxílio aos idosos. Devemos ter noção da realidade presente, pois só tendo consciência daquilo que que nos rodeia é que poderemos intervir. Assim, a mudança tem de partir do interior para o exterior, de modo a adquirir uma visão ampla e crítica.

Concluímos que, a conquista de uma maior longevidade adquirida nas últimas décadas na Europa e em Portugal, devido aos avanços na medicina e a estilos de vida saudáveis, levam-nos a refletir como vivê-los com qualidade. As alterações nas estruturas familiares, os problemas graves de saúde, a entrada na reforma, entre outros fatores podem ser determinantes para que os idosos vivam momentos de sofrimento, abandono, solidão, depressão e em casos extremos decidam pôr termino a sua vida.

A mudança urge e a adoção de políticas educativas e de saúde são uma forma de combate e de conscientização da sociedade e dos próprios idosos para a alterar a realidade negativa em que vivem muitas pessoas, principalmente em meios pequenos e do interior.

3- METODOLOGIA

Este estudo permite contribuir para um conhecimento mais profundo relativamente aos sentimentos de solidão dos idosos, no Baixo Alentejo, mais especificamente no concelho de Mértola.

Apresenta-se um estudo descritivo e exploratório, com a utilização de uma metodologia qualitativa, onde a recolha de informação junto dos idosos foi através de uma entrevista semiestruturada, com base num guião construído para o efeito, e realizado um pré-teste e consequentes reajustes para que as questões ficassem claras e coerentes com os objetivos do estudo. O guião incluiu duas partes: a primeira parte visava uma breve caracterização dos idosos e a segunda permitia conhecer as perceções de vida, as rotinas diárias bem como as vivências subjetivas dos entrevistados.

Por definição a entrevista é a conversa intencional, entre duas pessoas, iniciada pelo investigador que deseja obter informação relevante sobre um assunto específico (Delgado, Marín & Sánchez, 2011). Esta técnica de recolha de dados, possibilita riqueza na recolha de informação, no entanto está limitada pela reduzida possibilidade de aplicação a um grande universo (Pardal & Lopes, 2011).

Dos três tipos de entrevistas, a entrevista semiestruturada foi a escolhida pelos investigadores para este estudo, uma vez que concerta a flexibilidade e informalidade de uma entrevista não estruturada com a direccionalidade de um instrumento cujo objetivo é a obtenção de dados qualitativos sobre um fenómeno concreto. As questões que guiam uma entrevista semiestruturada devem ser previamente formuladas e preferencialmente de resposta aberta para que possam oferecer o máximo de informação possível (Delgado, Marín & Sánchez, 2011).

De seguida e recorrendo a técnica da análise de conteúdo foi possível obter indicadores e criar categorias que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e receção das mensagens dos entrevistados (Bardin, 2009).

A análise de conteúdo "É um método muito utilizado para a análise de texto, e utiliza-se na análise de dados de estudos em que os dados tomam a forma de texto dito ou escrito" (Coutinho, 2013, p. 217). De acordo com Beselson (1952, citado por Ghiglione & Matalon, 1997, p. 177) "A análise de conteúdo é uma técnica de investigação para a descrição objectiva, sistémica e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação".

Recorremos também a pesquisa documental, de forma a adquirir conhecimentos e dados sobre a realidade em estudo.

No entanto, e antes de qualquer recolha de dados os inquiridos assinaram um documento intitulado de consentimento informado onde declaram que aceitavam participar no estudo e em que foram informados e tiraram todas as suas dúvidas sobre o mesmo, podendo desistir a qualquer momento se assim o entendessem.

3.1- Participantes

A amostra do estudo incidiu em seis idosos (com 65 ou mais anos) residentes no Baixo Alentejo, mais concretamente no concelho de Mértola.

3.2- Objetivos do Estudo

O objetivo geral desta investigação é conhecer as perceções dos idosos acerca da sua condição de vida e perceber se o isolamento os leva à solidão e a outros sentimentos subjetivos negativos, numa região do Baixo Alentejo, Mértola.

Os objetivos específicos são:

- Caracterizar os entrevistados e conhecer a sua história de vida;
- Conhecer a relação que o entrevistado mantem com a sua família e vizinhos;
- Perceber as rotinas diárias do entrevistado;
- Saber se o isolamento leva a solidão do entrevistado;
- Percecionar o estado global de saúde do entrevistado;
- Perceber os sentimentos subjetivos dos entrevistados.

4- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1- Caracterização dos Entrevistados

Os seis entrevistados apresentavam idades compreendidas entre os 67 anos e os 86 anos. Três eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Relativamente ao seu estado civil três viviam em união de facto, dois eram viúvos e um solteiro. Dois deles não sabiam ler nem escrever e quatro sabiam ler e escrever, o que releva um baixo grau de conhecimentos académicos. Todos eram reformados e tinham tido profissões diversas, duas senhoras tinham sido empregadas de limpeza, uma agricultora, dois senhores carpinteiros e um serralheiro.

No presente, três idosos vivem com o seu companheiro/a e os outros três sozinhos/as.

Quanto ao local de residência, dois vivem na vila de Mértola, dois na Aldeia de São Miguel do Pinheiro, um em Montes Serranos e outro em Monte Casa velha, pequenos lugares espalhados pelo concelho.

Quanto à constituição da família, cinco têm filhos e um não, sendo que a família lhes telefona a todos e são visitados, dois semanalmente, três mensalmente e um semestralmente pela mesma.

Quando questionados se tinham alguma ocupação diária, três disseram que sim e três disseram que não.

4.2- Caracterização do Estilo de Vida dos Idosos

De forma a melhor compreender as vivências dos seis idosos entrevistados foram-lhes colocadas diversas questões, no sentido de perceber como vivem e sentem o seu dia a dia.

Assim, e para a categoria **Situação de Vida Atual**, quando questionados se tinham alguma ocupação diária, três responderam que sim e os outros três responderam que não. Para melhor perceber como passam os seus dias, foi-lhes solicitado uma breve descrição dos mesmos. De uma maneira geral, a maioria passa os seus dias por casa, nas lides domésticas e também em pequenos trabalhos de agricultura e pecuária.

Oliveira (2016) afirma que maioria dos idosos a viver em ambiente rural está em maior consonância com o ambiente, o que lhes proporciona a realização de atividades de cuidado dos seus animais, no meio rural o idoso tem um melhor nível de vida, com mais bem-estar e menos carências.

É notório que os dias destes idosos são rotineiros e que pouco fazem fora da sua zona de conforto, como nos referem:

> *"No meu dia a dia faço a minha comidinha, encostada ao fogão, falo com a minha canita, que é a única companhia que tenho, e penso que tenho tantos filhos e agora estou aqui sozinha"* E1.

> *"Passo os meus dias aqui na minha aldeia, vou de vez em quando ajudar o meu marido na horta, dou comida aos meus animais, e faço as lides diárias da casa. Os meus dias são muito idênticos, vou vivendo um dia de cada vez"* E2.

> *"Passo os meus dias aqui no quintal a arrumar as minhas coisinhas e às vezes ainda faço costura. Há já pouca gente que sabe fazer estas coisas. Os tempos já são outros, não é nada como antigamente"* E3.

> *"Todos os dias vou para a minha horta. Desde que me reformei, dediquei-me a tempo inteiro às minhas terras. Sinto-me ocupado assim, mas agora comece também a participar nas atividades da Universidade Sénior"* E4.

> *"Os meus dias são passados aqui no meu monte. Todos os dias há coisas para fazer, mas já me vai aborrecendo. Não tenho vontade já de fazer nada"* E5.

> *"Os meus dias são muito rotineiros. De manhã quando me levanto vou lá à casa da minha irmã perguntar como ela passou a noite, e depois vou dar uma voltinha pela aldeia. Gosto sempre de ir esticar as pernas"* E6.

De forma a perceber se as rotinas que tinham se prendiam com o local onde viviam foi-lhes questionado se gostavam de viver no mesmo. Quatro deles disseram que sim, pois as suas relações e vivências, desde casar, constituir família, contruir casa, e também por já vivem há muitos anos no mesmo local não os faz sentir de forma diferente, como se pode verificar pelas respostas.

> *"Muito, nunca quero abandonar a minha casinha, trabalhei tanto, eu e o meu marido lutámos tanto, e não há nada melhor que a nosso espaço, aqui estamos à vontade"* E1.

> *"Sim, gosto. Não era aqui da aldeia, mas há já muitos anos que aqui vivo, já me acostumei a esta vida e aos meus vizinhos"* E2.

> *"Sim, gosto. Fui emigrante com o meu marido durante muitos anos. Quando nos reformámos voltámos para cá. Mas até gosto de viver aqui, o único problema é que já não vive cá muita gente"* E3.

> *"Sim, gosto muito. Foi aqui que casei e que vivi grande parte da minha vida. Aqui sinto-me protegido, não oiço falar nem de guerras nem de assaltos. Gosto de viver na minha casinha."* E4.

Uma das pessoas diz que não gosta de viver no local onde mora, pois sempre preferiu o Algarve *"Não, sempre gostei muito do Algarve, era lá que eu queria fazer a minha casinha. Mas tive de ficar por cá"* E5. Outra idosa também teve de se habituar ao local, demonstrando que também não gostava. *"Ora, tive de me acostumar, não tenho outro remédio. Mas pronto, também nunca sai daqui, não posso pedir muito"* E6.

Segundo a OMS (2002) para as pessoas idosas a localização da sua residência perto da família, dos transportes, entre outros é muito importante para promover interação social, que não se verifica neste caso.

Quando lhes perguntamos se estavam satisfeitos com a sua vida atual, três responderam que se sentiam mais ou menos, dois que não se sentiam e uma estava muito satisfeita. Denota-se algum conformismo nas respostas, como se estivessem a chegar ao fim de um percurso, onde o que mais desejam é não dar trabalho, e ir governando a sua vida sem limitações.

> *"Sinto-me mais ou menos, foi aqui que nasci e sempre vivi. Nunca sai daqui e só vou embora quando morrer. Não quero dar trabalho a ninguém"* E1.

> *"Tem dias, por vezes sinto-me sozinha, apesar de viver rodeada de pessoas. Penso que se vivesse numa cidade teria outras oportunidades que aqui não tenho"* E2.

> *"Sim, até me sinto satisfeita. Só peço a Deus é que não falte ainda a saúde porque o nosso quintal dá-nos muito trabalho e precisamos de estar capazes de para o cuidar"* E3.

> *"Durante algum tempo não sentia, mas a partir do momento que comecei a sentir-me útil, tudo mudou. Hoje posso dizer que ainda estou bem"* E4.

"Não posso dizer que estou satisfeito, mas também no fim da vida já não posso pedir muito" E5.

"Não me sinto nem satisfeito nem insatisfeito. Vou fazendo o que posso, mas tomara muitos terem tido a minha vida" E6.

As zonas rurais nomeadamente no interior, como é o concelho de Mértola, apesar de serem zonas pouco povoadas, a maioria dos residentes são idosos que vivem entregues a si próprios e/ou aos seus cônjuges e a companheiros de longa data (Paúl et al., 2005), como se verifica nas respostas de alguns idosos entrevistados.

Para a categoria **Relações Sociais** e para perceber as suas redes de sociabilidade e rotinas fora de casa, perguntamos quantas vezes sai de casa por semana e se costuma falar com amigos ou vizinhos.

As respostas foram muito diversificadas, pois há quem só saia de casa quando precisa *"Só saio da minha casinha para ir ao médico, são as únicas visitas que faço"* E1. Outra das idosas só sai uma vez por semana *"Saio uma vez por semana para ir às compras. Também não tenho carta de condução, o que complica muito"* E2.

A terceira entrevistada respondeu que *"Saímos uma ou duas vezes por semana para ir à vila comprar mercearia ou os medicamentos. Temos de ir uma vez por mês levantar a nossa reforma, não é grande, mas vai dando para os nossos gastos"* E3.

Os restantes três entrevistados saíem de casa quase todos os dias e participam em atividades sociais e de lazer, como seja na Universidade Sénior ou na piscina.

"Saio de casa quase todos os dias. Ando na Universidade Sénior, vamos muitas vezes à vila, e participamos em muitas atividades. Em dias que não vou para fora, e que estou mais folgado, dedico-me às minhas plantas" E4.

"Quase todos os dias vou dar uma voltinha com o meu cão, ele é a minha grande companhia. Falo com os meus vizinhos todos, não estou mal com ninguém. Mas eles andam lá na vida deles, e eu estou aqui no meu canto" E5.

"Saio duas ou três vezes por mês. Agora comecei a ir à piscina, o médico diz que faz bem aos ossos. Pelo menos sempre me distraio um bocadinho" E6.

Quando confrontados com as relações com os amigos, verifica-se que dois idosos se encontram isolados, e que se sentem sozinhos, pois como uma refere, os novos estão a trabalhar e os velhos estão em suas casas, já não havendo facilidade em socializar.

"Não tenho quase ninguém com quem falar, as únicas pessoas com quem falo todos os dias são as minhas filhas que me ligam para perguntar como passei a noite. Tenho uma prima que vem cá às vezes" E1.

"Não tenho muita gente com quem falar, os mais novos andam a trabalhar, e os mais velhos estão todos nas suas casas" E3.

Os entrevistados E4, E5 e E6 devido ao facto de saírem de casa com mais regularidade, leva-os a conviver e a falar com outras pessoas, embora seja uma rede social pouco alargada.

Pelo facto de terem poucos contactos sociais questionamos os idosos se sentiam-se sozinhos e qual a razão desse sentimento. Embora não de forma declarada, a maioria diz que, por vezes se sente sozinha, não tendo com quem falar e partilhar o que sente.

"Há dias que me sinto muito sozinha, não tenho um vizinho com quem conversar, e às vezes penso que se me acontece alguma coisa não tenho ninguém que me ajude. Mas ao mesmo tempo, é aqui que me sinto bem, porque trabalhei muito para ter a minha casinha" E1.

"Às vezes sinto-me. Apesar de viver acompanhada, por vezes não tenho com quem partilhar os meus problemas. É muito injusto vermos os outros felizes e a nossa vida estar sempre na mesma" E2.

"Sinto-me um pouco sozinho, há dias que quero desabafar e não tenho com quem falar. Os meus filhos vêm às vezes ver-me, mas também não podem sempre estar cá" E5.

"Quando chega a noite sinto-me sozinho. Começo a pensar muito na minha vida" E6.

Duas pessoas referem que não se sentem sozinhas, embora uma delas demonstre algum receio, pois pode acontecer alguma coisa inesperada e não ter socorro.

"Não me sinto muito sozinha, mas às vezes penso que se nos acontecer alguma coisa o nosso filho está longe e não temos muita gente que nos ajude" E3.

"Até agora não me tenho sentido muito sozinho, ao final da tarde vou sempre jogar à carta com os meus vizinhos. Convivemos um pouco antes da hora do jantar" E4.

Para Rito (2015), o sentimento de solidão é um dos grandes problemas que afeta a vida diária do idoso, trazendo-lhe diversas mudanças no seu quotidiano. Estes privam-se do convívio e do diálogo, afetando o contacto social bem como as suas atividades diárias, tal como verificamos. O abandono, segundo Paço (2016) é igualmente uma agravante que influência largamente a solidão, onde na maioria dos casos se encontra relacionada com o desprezo das famílias.

Para a categoria **Novas Experiências**, questionamos os idosos se gostariam de realizar novas atividades, mudar de rotina. Cinco responderam que não queriam e uma respondeu que gostava de ter novas atividades. A maioria das respostas demonstra conformidade, viver uma velhice tranquila sem doenças ou limitações. Não se encontram dispostos a mudar e a conhecer novas realidades, atendendo a idade e ao cansaço da vida.

"*Não quero fazer mais nada. Desde que fiquei viúva não tenho vontade de sair nem de festas. Gosto de estar no sossego do meu monte, nunca gostei de confusão*" E1.

"Sim, gostava de ter outras atividades, mas por vezes também não tenho muita vontade de sair. Gostava de ter mais pessoas de confiança com quem falar, às vezes é difícil." E2.

"Hoje em dia já não preciso de mais atividades, a nossa vidinha já nos dá muito trabalho para as posses que temos. Vamos tratando das galinhas, da hortinha e ainda apanhamos azeitonas na altura do Natal. Até temos uma vida ocupada" E3.

"Neste momento não. Sinto-me ainda um jovem. Sei que sou dos poucos que ainda está assim. Por estes lados, a maioria dos meus amigos estão mais debilitados do que eu" E4.

"Já sou velho, por isso já não tenho grandes sonhos. Uma coisa que ainda gostava de fazer um dia era andar de avião. Não tenho já grandes curiosidades" E5.

"A única coisa que eu gostava era de ter uma velhice descansada. Tenho muito medo dessas doenças que andam agora na moda. Mas já não tenho assim grandes desejos nem atividades" E6.

Após percebermos como viviam os idosos era importante entender como se sentiam em termos emocionais e de saúde, pois tal como refere Amaro (2015) para além das questões objetivas é importante as subjetivas, e estas pretendem-se com o facto de o idoso ter um sentimento de bem-estar; sentimento de felicidade; satisfação com os objetivos atingidos; desenvolvimento pessoal; relações positivas com os outros (família e amigos;) sentimento de autorrealização; desempenho de papéis sociais; boa rede de vizinhança e uma visão positiva da vida. (p.205)

Assim criamos a categoria **Vivências Subjetivas** e solicitamos que nos respondessem a três questões. A primeira foi *"Já alguma vez se sentiu deprimido ou triste?"* Houve unanimidade nas respostas, pois os seis idosos responderam que sim, e com muita regularidade. Os motivos são diversos e prendem-se com a partida dos entes queridos, com a entrada na reforma e um responde por não ter tido filhos.

"Quase todos os dias me sinto triste, já não posso fazer quase nada, canso-me logo. Isso faz me ficar deprimida e triste, gosto de ter sempre tudo limpinho e agora já não posso" E1.

"Sinto-me muitas vezes assim, penso muito nos meus entes queridos que já partiram. Às vezes pergunto-me o que ainda estou cá a fazer" E2.

"Já me tenho sentido assim, ao pensar no que será feito de nós um dia mais tarde. Penso que se calhar não terei ninguém que cuide de nós. Somos muito apegados um ao outro, não imagino viver sem o meu marido" E3.

"Senti-me muito deprimido na altura em que me reformei, pensei que tudo na minha vida ia mudar. Mas felizmente arranjei maneira de dar a volta por cima" E4.

"Isso é quase todos os dias. É muito triste a velhice" E5.

"Sim, já me senti assim algumas vezes. Só de pensar que estou aqui sozinho, sem filhos e se precisar de alguma coisa não sei se alguém me ajuda. Enfim, é um dia de cada vez" E6.

Esta realidade é comum a muitos idosos e a literatura indica-nos isso mesmo. Este sentimento de tristeza, por vezes leva os idosos a terem pensamentos menos bons e a colocar como hipótese pôr termo a sua vida. Assim, fomos ainda mais longe e colocamos-lhe a questão *"Já alguma vez se pensou em suicidar?"* Mais uma vez houve consenso em cinco respostas, que afirmaram que sim, pelo facto de se sentirem sós, dado que os entes queridos já partiram.

"Já pensei nisso muitas vezes sim, o meu marido já morreu há quase 20 anos. Desde que ele partiu só fiquei cá a sofrer e a dar trabalho. Acho que já não faz sentido viver, mas também penso se fizer alguma coisa vou causar muita tristeza às minhas filhas. Tenho duas filhas no estrangeiro, estão lá muito longe" E1.

"Sinto-me muitas vezes assim, penso muito nos meus entes queridos que já partiram. Às vezes pergunto-me o que ainda estou cá a fazer" E2.

"Nessa altura pensei mesmo. Achei que a partir da reforma todos me iriam ver como um inválido e sem competências nenhumas, mas agora estou muito bem" E4.

"Já me tem passado às vezes pela cabeça essa ideia, mas ainda não tive coragem, e acho que não tenho" E5.

"Já tenho pensado nisso sim. Penso muitas vezes, mas pronto, até que tenha saúde ainda para aqui ando" E6.

Somente a entrevista 3 referiu que até ao momento ainda não tinha tido esses pensamentos *"Até agora ainda não pensei nisso. Mas se um dia mais tarde ficar viúva e não tiver ninguém que cuide de mim, poderá ser uma hipótese."* Mas no futuro poderá vir a pensar se ficar sozinha.

Segundo Batista (2012), o sentimento de inutilidade é uma das causas que origina grande parte dos casos de suicídio.

Relativamente a perceção que apresentam em relação ao seu estado de saúde, um idoso diz que está se encontra mal, dois nem bem nem mal e três referem que têm boa saúde.

Dado que a saúde é uma das condições fundamentais para o bem-estar subjetivo também questionamos os idosos se sentiam-se felizes, e as respostas são diversas, pois três idosos dizem que não estão felizes, que na velhice esse sentimento já não existe, sentem-se cansados e tristes pelos que já partiram.

"Nesta idade já não existe felicidade, vai-se passando um dia de cada vez. Mas mesmo assim, o que me faz sentir bem é que as minhas filhas

têm uma boa vidinha, orientaram-se e são muito trabalhadoras" E1.

"Não me sinto sempre feliz. Infelizmente a vida já me tem pregado algumas partidas e levado para longe pessoas de quem eu gostava muito. É mesmo assim a nossa vida, uns dias melhores que outros. O que me causa mais bem-estar é a minha netinha, ela é a minha razão de viver" E2.

"Não me sinto feliz. Sinto-me cansado e já sem forças. O que eu queria agora era ter os meus 20 anos para poder ter sonhos" E5.

"Nem sempre me sinto feliz, há dias em que estou mais em baixo. Mas uma coisa que me faz feliz, é ver aqueles que estão à minha volta também felizes" E6.

No entanto, dois dos entrevistados dizem sentir-se felizes, pois tiveram uma vida boa, podem conviver com os amigos e passear.

"Sinto-me feliz, mas já me vão faltando as forças. O que me faz mais feliz é pensar que até tive uma vida boa, para aquilo que era a época. Conseguimos dar alguns estudos ao nosso filho, só não estudou mais porque ele não quis" E3.

"Sinto-me feliz, o que gosto mais é de passear e de conviver com os outros. É muito importante o diálogo, quando estou na horta e não tenho ninguém para falar, falo sozinho" E4.

A última categoria, designada de **Mudanças no Percurso de Vida**, permitiu colocar a questão *"Se pudesse alterar o seu percurso de vida o que mudaria?"*

As respostas foram todas afirmativas, todos mudariam alguma coisa, uns trabalhavam menos, outros tinham aproveitado mais a vida, viajado, constituído família, muitas mudanças teriam sido feitas, como se pode ler nas suas respostas.

"Tinha trabalhado menos, sofri muito no campo. Toda a vida trabalhei na agricultura, foi um trabalho muito pesado, e agora sofro isso nos meus ossos. Nunca pude estudar, aos 12 anos fui logo trabalhar. Se pudesse tinha estudado e tinha sido alguém na vida" E1.

"Não sei bem o que responder, mas talvez teria procurado outras oportunidades, alguma coisa que me fizesse realmente sentir satisfeita e realizada" E2.

"Não mudaria muita coisa, talvez tivesse aproveitado mais a minha vida. Gosto muito de viajar, e não aproveitei muito, só quando fui emigrante" E3.

"Se pudesse mudava algumas atitudes que tive quando era mais novo, nessa altura agente não pensa e nem mede muito bem as palavras" E4.

"Tinha conhecido mais do mundo. Os anos passaram e quase não conheci nada do que se passa lá fora. Oiço às vezes coisas nas noticias que me parecem mentira" E5.

"Se eu pudesse tinha constituído família, pelo menos agora sempre tinha alguém para me fazer companhia" E6.

Estes dados fazem-nos refletir sobre o estilo de vida destes seis idosos, que não difere muito do que nos é dado a conhecer em outros estudos semelhantes. É possível confirmar que os idosos a partir de uma determinada idade, após a reforma principalmente, se dedicam a um estilo de vida mais isolado, sedentário, vivendo as suas rotinas diárias de forma tranquila. São pouco abertos a novas experiências, o que se traduz em poucas saídas de casa e num reduzido convívio social, por parte de alguns deles.

Os níveis de satisfação com a vida também são diferentes, e a resposta mais ou menos, pode ser um indicador de algum questionamento.

O estilo de vida descrito pelos entrevistados e a sua situação atual, pois não nos podemos esquecer, que alguns destes idosos vivem em meio rural, leva-os a sentirem-se sozinhos, sendo preocupante o facto de todos se sentirem deprimidos e tristes quase todos os dias e de já terem tido pensamentos suicidas, provocados pelos sentimentos de solidão.

Mudar de vida sim, se pudessem, todos teriam feito outros caminhos, fruto da experiência, hoje percebem que teriam sido mais felizes se as opções tivessem sido diferentes, mais diversificadas, onde a sua valorização pessoal estaria mais presente.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação permitiu aprofundar os conhecimentos sobre a situação demográfica em Portugal e mais em concreto no Baixo Alentejo bem como a situação de vida de seis idosos residentes no concelho de Mértola.

O aumento do número de idosos é inquestionável bem como todas as mudanças que daí derivam, quer seja em termos sociais, familiares ou de saúde e condicionam a sua forma de estar.

A velhice é uma fase da vida onde ocorrem adaptações diversas e onde a resiliência deve existir, de forma a facilitar um envelhecimento saudável. A ausência ou inexistência de família, o falecimento do cônjuge, a entrada na reforma, o viver em meio rural, podem levar a uma situação de isolamento social e a sentimentos menos positivos, como a tristeza, a infelicidade, a depressão, a solidão, a inutilidade, entre outros.

O isolamento e a solidão levam à falta de contactos interpessoais, à inexistência do diálogo, à diminuição das capacidades cognitivas e de autoestima, à depressão, ao envelhecimento psicológico, à vulnerabilidade do poder de decisão, bem como ao desespero.

"Combater a solidão, não fazendo dela objeto de combate, pode ser a saída para novos projetos de vida. A vida da pessoa a ser e ser com (…) Um abraço talvez seja um bom ponto de partida e de chegada. O afeto mata a solidão." (Paço, 2016, p. 110)

As palavras citadas pelo autor mostram que é possível transformar a sociedade, através de técnicas e de projetos bem estruturados que assentem na melhoria das condições de vida dos cidadãos. Os agentes de mudança, reestruturam o pensamento acerca de algumas temáticas que começam agora a fazer sentido, através de novas e sofisticadas iniciativas, e de projetos que também rumam no sentido de permitir satisfazer as necessidades dos idosos, solucionando problemas, melhorar a sua condição, através da participação sociopolítica,

capacitação e empoderamento individual, sempre assente na base da educação. Esta supera incompreensões, considera tradições, procura fazer um acompanhamento social, e sensibiliza os que observam de perto a situação dos idosos, sempre em trabalho de equipa, de maneira a potenciar, desenvolver as relações interpessoais, e incentivar a participação dos idosos em atividades da comunidade e em programas de envelhecimento saudável, de maneira a torná-los indivíduos cada vez mais ativos.

Para finalizar, pensamos que um envelhecimento pleno e satisfatório para todos, passa e dependerá do modo como o planearmos. O mundo que nos espera, por certo com muitas pessoas idosas, como nos mostram as estatísticas, só conseguirá ser produtivo e feliz, se o pensarmos de novo e com todos os intervenientes envolvidos (Rosa, 2012). O que apenas depende da capacidade de os homens face ao envelhecimento demográfico criarem uma sociedade mais inteligente, produtiva e criativa.

BIBLIOGRAFIA

Amaro, F. (2015). Envelhecer no mundo contemporâneo: Oportunidades e Incertezas. RBCEH, Passo Fundo, v. 12, n. 3, p. 201-211, set./dez. Acedido no dia 12 de março de 2019 no Website: http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v12i3.6081.

Assembleia Geral das Nações Unidas (1991). Resolução 46/91- Princípios das Nações Unidas para as pessoas Idosas. Acedido no dia 8 de abril de 2019 no Website: http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/princ-pessoasidosas.pdf.

Batista, P. (2012). Luto e comportamentos suicidários nos idosos da Cova da Beira. (Tese de Mestrado). Universidade da Beira Interior. Acedido no dia 12 de março de 2019 no Website: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1184/1/Tese%20Patr%C3%ADcia%20Batista.pdf.

Bardin, L. (2009). Análise de conteúdo. (4ª edição). Lisboa: Edições 70, Lda.

Canestro & Basto. (2016). Envelhecer com Saúde: Promoção de Estilos de Vida Saudáveis no Baixo Alentejo. Pensar Enfermagem, Vol. 20 N.º 1 1º Semestre.

Delgado, S., Marín, B. & Sánchez, J. (2011). Métodos de investigación y análisis de datos en ciencias sociales y de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernandes, M. P., Ramos, M., Sampaio, M., & Afonso, S. (2014). Intervenção familiar na terceira idade. Experiência no centro de dia, pp. 140-144.

Freire, P. (1979). Educação e Mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1997). O Inquérito Teoria e Prática. Oeiras: Celta Editora

Instituto Nacional de Estatística (2016). Causas de Morte 2014. Acedido no dia 19 de março de 2019 no Website: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=249899765&DESTAQUEStema=55538&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). Censos 2011 Resultados definitivos – Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Loureiro, I., Miranda, N., & Miguel, J. M. P. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 31(1), 23-31.

Luisa, C. (2017). Teorias Leigas em Pessoas Idosas. - Conhecer para Intervir: Guia para Educadores Sociais e Cuidadores. Viseu: Psicosoma.

Paço, C. A. (2016). Solidão e Isolamento na Velhice - Um estudo realizado na Freguesia da Misericórdia em Lisboa. (Tese de Mestrado). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Acedido no dia 80 de março de 2019 no Website: https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/13212/1/tese%20Carlos%20Pa%C3%A7o.pdf.

OMS (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Acedido no dia 9 de março de 2019 no website: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6.

OMS (2002). Envelhecimento ativo: um projeto de política de saúde. Acedido a 5 de março ded 2019 no Website. http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1& ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.crdeunati.uerj.br%2Fdoc_gov%2Fdestaque%2FMadri.doc&ei=woiRU_r8NPL50gW7rYGQAw&usg=AFQ. >.

Oliveira, A. (2016). Trabalhar e envelhecer no meio rural. (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Portalegre. Acedido no dia 05 de março de 2019 no Website: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18554/1/TESE%20DE%20MESTRADO%20ANTONIO%20C.%20V.%20OLIVEIRA%20cd.pdf

Pardal, L. & Lopes, E. (2011). Métodos e técnicas de investigação social. (2ª edição). Porto: Areal Editores, SA.

Paúl, C., Fonseca, M, A., Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl, C.& Fonseca, A. M (coord), Envelhecer em Portugal (pp.77-95). Lisboa: Lidel.

Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). Manual de Gerontologia. Lisboa: LIDEL.

PORDATA (2018). Índice de Envelhecimento. Acedido no dia 2 de abril de 2019 no Website: https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458

PORDATA. (2017). Taxa de envelhecimento. Acedido no dia 20 de março de 2019 no Website: https://www.pordata.pt/.

Rito, F. A. (2015). You, me & TV - Televisão Social para idosos. (Tese de Mestrado). Universidade de Lisboa. Acedido no d ia 08 de abril de 2019 no website: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20222/1/ulfc115790_tm_F%C3%A1bio_Rito.pdf.

Rosa, M. (2012) O envelhecimento da sociedade Portuguesa. Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Santana, P. (2000). Ageing in Portugal: regional iniquities in health and health care. Social Science and Medicine, 50, 1025-1036.

Santana, P. (Coord.), Alves, I., Couceiro, L., & Santos, R. (2008). Envelhecimento e saúde em Portugal. PNS em foco - Boletim informativo n.º 2. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde – Gabinete de Informação e Prospetiva.

Santos, J. P. (2016). Envelhecimento e Crime – Estratégias de Prevenção da Criminalidade contra Idosos na área de atuação da Guarda Nacional Republicana. (Tese de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa. Acedido no dia 06 de abril de 2019 no website: https://run.unl.pt/bitstream/10362/20306/1/GoncalvesSantos_2016.pdf.

Simões, A. (2006). A nova velhice:Um novo público a educar. Porto: Ambar.

WHO/Europe. (2019). Data and statistics. Acedido no dia 12 de abril de 2019 no Website: http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics.

O PACIENTE OCULTO: O CUIDADOR INFORMAL NO IDOSO COM DEMÊNCIA

Marta Mendonça
Interna de Formação Específica de MGF: USF Ria Formosa

Desidério Duarte
Interno de Formação Específica de Psiquiatria do CHUAlg

RESUMO

Os cuidadores informais são fundamentais no acompanhamento do idoso com demência. Ser cuidador impõe mudanças que podem levar a sobrecarga física, psicológica, social e financeira, com impacto na qualidade de vida do cuidador e cuidado prestado. Ao longo deste trabalho ir-se-á rever os aspectos fundamentais da avaliação e abordagem ao cuidador informal no idoso com demência. Trata-se de um trabalho de revisão, realizado através pesquisa bibliográfica na PubMed, Embase e PsychInfo, usando os termos "*Caregiver burden*" e "*dementia*". Foram selecionados artigos relevantes nos últimos 10 anos em inglês e português. Constatou-se que a tarefa de cuidar é desgastante tendo consequências negativas para o cuidador, alterando a sua rotina e influenciando a qualidade do cuidado oferecido. Este impacto físico, familiar e profissional pode ser incapacitante e dar origem a um estado psicológico negativo no cuidador. No entanto, o cuidador informal também pode experienciar aspetos positivos da prestação de cuidados como satisfação, aumento da auto-estima e fortalecimento da relação familiar. Contudo, os estudos mostram que na maioria dos casos prevalece a sobrecarga do cuidador em relação aos aspetos positivos, reforçando a necessidade de programas interventivos/educacionais para diminuir a carga total imposta. Além disso, é importante um trabalho de acompanhamento por profissionais, de forma a detectar necessidades e atuar em conformidade, nomeadamente através de soluções para aliviar a sobrecarga de trabalho, grupos de ajuda mútua e psicoterapia. Os cuidadores informais são um recurso essencial de cuidado ao idoso com demência e como tal devem ser protegidos e apoiados.

Palavras-chave: Cuidador informal, Demência, Família, Cuidado.

INTRODUÇÃO

O termo demência que deriva do latim "*dementia*" (sem mente) designa actualmente um conjunto de patologias, onde o declínio das funções cognitivas ocorre com gravidade suficiente para interferir no funcionamento normal do indivíduo, representando um empobrecimento relativamente ao nível cognitivo e funcional prévio [1].

A demência constitui um dos desafios mais importantes de saúde pública, sendo uma fonte de sobrecarga importante para as famílias e para os serviços de saúde. A cada 20 anos duplica o número de pessoas com demência, existindo actualmente cerca de 47 milhões de pessoas no mundo, a grande maioria cuidadas por membros da família [2].

Várias meta-análises evidenciaram recentemente taxas mais elevadas de depressão grave, ansiedade, hipertensão e outras doenças cardiovasculares nos cuidadores de pessoas com demência comparativamente a cuidadores de familiares sem esta condição. Num estudo realizado nos Estados Unidos da América ficou evidente que a sobrecarga dos cuidadores é responsável por um aumento substancial dos custos associados aos cuidados de saúde, incluindo os custos decorrentes da utilização de medicamentos de venda livre [2].

Este artigo pretende fornecer uma revisão actualizada e crítica da literatura recente sobre sobrecarga do cuidador do idoso com demência, focando-se sobretudo no impacto psicológico e nos apoios existentes na comunidade.

METODOLOGIA

Foram consultadas as plataformas *online* PubMed, Embase e PsychInfo e realizada uma pesquisa do que foi publicado sobre este assunto nos últimos 10 anos, utilizando os descritores e suas combinações: "*Caregiver burden*" e "*dementia*". A referida colecta de dados foi realizada no período de Janeiro a Abril de 2019. Adicionalmente consultou-se diversos manuais e publicações relevantes sobre o tema.

O CUIDADOR INFORMAL

Baseando-se na prevalência de demência, estima-se que existam nos Estados Unidos aproximadamente 5 milhões de cuidadores (não incluindo os cuidadores profissionais). De acordo com a *Family Caregiver Alliance*, a média de idade do cuidador familiar nos Estados Unidos é de 46 anos e cerca de 75% são mulheres, mais frequentemente esposas ou filhas. No entanto, este paradigma parece estar a mudar, pois nos últimos anos a proporção de homens têm vindo a aumentar, bem como a média de idades dos cuidadores, reflexo de uma sociedade mais envelhecida [3].

O tipo de cuidados prestados varia ao longo da evolução da demência. As pessoas com demência leve, necessitam de mais assistência ao nível do transporte e serviço de limpeza; os cuidadores de indivíduos com demência moderada forneceram mais assistência em termos de mobilidade e protecção; nos casos de demência avançada a assistência é prestada sobretudo ao nível com cuidados pessoais, mobilidade, transporte e limpeza [4].

As mulheres cuidadoras, quando comparadas com os homens apresentam pior saúde mental e física, com aumento dos sintomas depressivos e diminuição participação em atividades de promoção da saúde [5]. Os homens por seu lado, tendem a usar menos recursos de apoio social, o que lhes aumenta a sobrecarga. A etnia também pode desempenhar influência, com caucasianos a relatarem mais sintomas de depressão do que os melanodérmicos [6]. O número médio de anos da prestação de cuidados a um cônjuge com demência é de 8,7 anos [7].

As necessidades de cuidados podem comprometer a estabilidade financeira da família e sobrecarregar, também dessa forma, os cuidadores. Em 2013, nos Estados Unidos o custo estimado dos cuidados prestados por cuidadores não remunerados ascendia a 220 bilhões de dólares, valor ao qual acrescia 9,3 bilhões dos cuidados de saúde para os cuidadores [7].

Para além do impacto económico, inúmeros estudos documentam igualmente os efeitos negativos físicos, emocionais e psicológicos de cuidar de pessoas com demência. Um estudo revelou que 50% dos cuidadores de pessoas com demência considerava estar sujeito a um desgaste demasiado elevado, apresentando pior qualidade de vida, comparativamente a 38% dos cuidadores de idosos com depressão *8*. Estes cuidadores são mais propensos a depressão, ansiedade, irritabilidade e outros problemas de saúde em comparação com controlos que foram agrupados por idade que não estão envolvidos nestes cuidados [9]. Diversos estudos identificaram os 4 sintomas que condicionam uma maior sobrecarga do cuidador: alucinações, euforia, comportamento motor aberrante e distúrbios do sono. Em relação à apatia, também muitas vezes referida, não mostrou uma correlação muito forte com a sobrecarga, não sendo encarada como um problema, mas sim como um componente inerente à doença. Os doentes com apatia são percebidos como calmos e mais fáceis de gerir [10]. Dos sintomas referidos anteriormente, possivelmente o distúrbio do sono é aquele com maior impacto na qualidade de vida dos cuidadores. Quando os idosos não dormem, a intensidade e a frequência dos seus sintomas comportamentais aumenta, tornando a sua gestão um maior desafio. Além disso, a qualidade do sono dos cuidadores também é afectada, com 92% dos cuidadores a sofrerem de insónia, 41% dos quais necessitando de medicação para dormir mais de 3 vezes por semana [10].

O cuidado exige uma quantidade considerável de tempo, existindo uma relação entre a carga do cuidador, o tempo disponível para satisfação das suas necessidades e da sua qualidade de vida [7].

Efeitos positivos dos cuidados também têm sido descritos - a maioria (81%) dos cuidadores de familiares com demência refere não só desgaste, mas também ganhos associados ao cuidar, nomeadamente a satisfação do desenvolvimento de uma relação mais próxima com o receptor dos cuidados [11], [12]. A diminuição do sentimento "sentir-se preso" é preditivo de maior satisfação por parte dos cuidadores, podendo por exemplo, cuidadores familiares substitutos e centros de dia minimizar esse impacto. A boa qualidade da relação entre os familiares antes do início da demência, também foi documentada na literatura como um factor importante para enfrentar de forma positiva os aspectos do cuidar [13]. Todavia, a literatura refere que as experiências negativas têm, na maioria das situações, um impacto superior do que a protecção conferida pelas experiências de afecto positivo [12].

O uso de serviços paliativos quando a saúde do idoso com demência se deteriora é extremamente importante, o suporte emocional, a gestão da dor e das diferentes opções de tratamento, constituem serviços valiosos que podem ser prestados por estas equipas [14]. O cuidado é complexo e requer interação constante entre o receptor do cuidado, o cuidador, a família alargada, as entidades prestadoras de cuidados de saúde e a comunidade. Cada um desempenha um papel diferente com um objetivo comum, fornecer os melhores cuidados à pessoa com demência sem sacrificar a qualidade de vida do cuidador [7].

Em Portugal foi aprovada em 2018, por parte do Ministério da Saúde, a Estratégia para a Saúde na Área das Demências, após a aprovação pela da Organização Mundial de Saúde do Plano de Acção Global para as Demências 2017-2025. Apesar de recomendar a criação de um quadro jurídico relativo ao enquadramento legal dos cuidadores, este documento não define a articulação com o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, que seria importante para criar os apoios necessários para a melhoria das condições de vida dos doentes e cuidadores [15].

Actualmente estão disponíveis os apoios pela Rede Nacional de Cuidados Integrados que disponibiliza unidades de internamento, como a possibilidade de internamento temporário para pessoa com demência com o objectivo de proporcionar o descanso do cuidador. Este serviço pode ser utilizado por um período máximo de 3 meses por ano, sendo o valor a pagar calculado de acordo com os rendimentos do agregado familiar. Estão igualmente disponíveis equipas domiciliárias de cuidados continuados de saúde e de apoio social, que prestam diversos tipos de apoio às situações referenciadas, como esclarecimento de dúvidas e apoio ao cuidador, realização de tratamentos, pensos, entre outros. Existem também serviços que se deslocam ao domicílio e que auxiliam em tarefas diárias específicas [15].

Os Centros de Dia também oferecem uma boa alternativa para assegurar os cuidados diários e proporcionar o convívio. A estrutura residencial para pessoas idosas (lar), pode também ser uma opção em situações de maior dependência/vulnerabilidade. Alguns Municípios e Juntas de Freguesia colaboram também na aquisição de ajudas técnicas (camas articuladas, cadeiras de rodas...), de modo a facilitar a vida destas pessoas.

Em termos financeiros existe a possibilidade dos cuidadores solicitarem apoio através do complemento solidário para idosos, do complemento de dependência e do complemento por cônjuge a cargo [15].

Para cada caso são necessárias encontrar as melhores alternativas para a prestação dos cuidados diários a pessoas com demência, bem como para os cuidadores em tempo integral. A maioria dos autores concorda que o cuidado domiciliar é o mais eficaz, humano e custo-efectivo, permitindo a identificação precoce do cansaço do cuidador e o fornecimento de informação sobre os recursos disponíveis para ajudar este grupo vulnerável [7].

REFERÊNCIAS

1. Saraiva, Carlos Braz., Cerejeira, J. (2014). Psiquiatria fundamental. Lidel - Edições Técnicas. 532 p. ISBN 978-989-752-071-6

2. Cheng, S.-T. (2017). Dementia Caregiver Burden: a Research Update and Critical Analysis. Current Psychiatry Reports, 19(9). doi:10.1007/s11920-017-0818-2.

3. Agronin, Marc E., Maletta, Gabe J. (2011). Principles and Practice of Geriatric Psychiatry. 2rd Edition. Lippincott Williams & Wilkins. 888p. ISBN-13: 978-1-60547-600-1.

4. Huang, H.-L., Chen, M.-C., Huang, C.-C., Kuo, H.-C., Chen, S.-T., Hsu, W.-C., & Shyu, Y.-I. (2015). Family caregivers' role implementation at different stages of dementia. Clinical Interventions in Aging, 135. doi:10.2147/cia.s60574.

5. Gibbons, C., Creese, J., Tran, M., Brazil, K., Chambers, L., Weaver, B., & Bédard, M. (2014). The psychological and health consequences of caring for a spouse with dementia: A critical comparison of husbands and wives. Journal of Women and Aging, 26(1), 3-21. doi:10.1080/08952841.2014.854571.

6. Skarupski, K. A., McCann, J. J., Bienias, J. L., & Evans, D. A. (2009). Race differences in emotional adaptation of family caregivers. Aging and Mental Health, 13(5), 715-724. doi:10.1080/13607860902845582

7. Villapando, M. V. (2015). Lightening the Load. Home Healthcare Now, 33(4), 190–196. doi:10.1097/nhh.0000000000000223.

8. Elmståhl, S., Dahlrup, B., Ekström, H., & Nordell, E. (2017). The association between medical diagnosis and caregiver burden: a cross-sectional study of recipients of informal support and caregivers from the general population study "Good Aging in Skåne", Sweden. Aging Clinical and Experimental Research, 30(9), 1023–1032. doi:10.1007/s40520-017-0870-0.

9. Zarit, Steven H., Zarit, Judy M. (2006). Mental Disorders in Older Adults: Fundamentals of Assessment and Treatment. The Guilford Press; Second edition. 468p. ISBN-10: 9781572309463.

10. Küçükgüçlü, Ö., Söylemez, B. A., Yener, G., Barutcu, C. D., & Akyol, M. A. (2017). Examining Factors Affecting Caregiver Burden: A Comparison of Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 32(4), 200–206. doi:10.1177/1533317517703479.

11. Shim, B., Barroso, J., Gilliss, C. L., & Davis, L. L. (2013). Finding meaning in caring for a spouse with dementia. Applied Nursing Research, 26(3), 121-126. doi: 10.1016/j.apnr.2013.05.001.

12. Campbell, J. (2009). A Model of Consequences of Dementia Caregivers' Stress Process: Influence on Behavioral Symptoms of Dementia and Caregivers' Behavior-Related Reactions. Research and Theory for Nursing Practice, 23(3), 181–202.doi:10.1891/1541-6577.23.3.181

13. Shim, B., Barroso, J., & Davis, L. L. (2012). A comparative qualitative analysis of stories of spousal caregivers of people with dementia: Negative, ambivalent, and positive experiences. International Journal of Nursing Studies, 49(2), 220-229. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.09.003.

14. Davies, N., Maio, L., Rait, G., & Iliffe, S. (2014). Quality end-of-life care for dementia: What have family carers told us so far? A narrative synthesis. Palliative Medicine, 28(7), 919-930. doi:10.1177/02692/63/4526766.

15. Associação Alzheimer Portugal (2019). Associação portuguesa de familiares e amigos dos doentes com Alzheimer. Disponível em: http://alzheimerportugal.org/pt

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Marta Brás

UMA ANÁLISE DAS MORTES VIOLENTAS NA BAIXADA FLUMINENSE – RIO DE JANEIRO

Rosane de Albuquerque Costa
Universidade Estácio de Sá. Niterói
(rosa.ac@terra.com.br)

Lucas Costa Marins Barbosa
Universidade Estácio de Sá. Magé
(lucascostamb@hotmail.com)

Rubenita da Silva
Universidade Estácio de Sá, São Gonçalo
(rubenitasilva@bol.com.br)

Beatriz Guimarães Leal Almeida
Universidade Estácio de Sá
(beagla.psi@gmail.com)

RESUMO

O presente estudo busca fazer uma análise teórica do impacto psicossocial que as mortes violentas podem causar a população da Baixada Fluminense. Foi feito um levantamento estatístico dos casos registrados de letalidade e dos investimentos realizados em segurança pública na região da Baixada Fluminense entre os anos de 2015 e 2017. A pesquisa realizada foi essencialmente bibliográfica. Diante desta problemática o estudo procura identificar o perfil daqueles que são mortos em crimes letais, discutir que efeitos surgem na saúde mental das pessoas ligadas as vítimas e mostrar a importância de que haja mais pesquisas a respeito deste tema.

Palavras-chave: Violência; Saúde Mental; Letalidade; Saúde Pública; Segurança Pública.

INTRODUÇÃO

A situação crítica da criminalidade violenta na Baixada Fluminense não é atual, de acordo com as séries históricas (2000 a 2017) do Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro (ISP), a ocorrência de letalidade já foi, inclusive, muito maior do que se vê no período que se pretende abordar no estudo. Em 2003, a taxa de letalidade alcançou seu maior resultado com um valor de 70,4 por 100 mil habitantes,

e em 2012 a taxa atinge 40,3, menor valor registrado. Desde lá, esse índice vem aumentando gradativamente até que se chegou aos 60,3 por 100 mil habitantes no ano de 2017. Não se está muito distante do maior valor alcançado em 2003 e a problemática da violência não pode ser resumida aos números.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010), a Baixada Fluminense é compreendida pelos municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti e Seropédica; e, a população desta região corresponde a uma parcela significativa de 22,8% dos habitantes do estado do Rio de Janeiro. Segundo o ISP, esta também é a região em comparação com as demais que concentra o maior número de vítimas letais dos últimos três anos registrados (2015 a 2017).

Segundo o ISP (2017), a Letalidade Violenta é caracterizada pelos indicadores estratégicos de criminalidade que compõem o Sistema Integrado de Metas e Acompanhamento de Resultados (SIM) desenvolvido pela Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESEG). São indicadores de letalidade violenta:

1. Homicídio doloso;
2. Homicídio decorrente de oposição à intervenção policial;
3. Latrocínio (roubo seguido de morte);
4. Lesão corporal seguida de morte.

Para melhor compreensão do que será abordado no artigo faz-se necessário conceituar os indicadores de letalidade apontados pelo ISP. A fim de definir homicídio doloso, latrocínio e lesão corporal seguida de morte foram utilizadas as definições do Dicionário Jurídico Brasileiro.

De acordo com Santos (2001, p.112), homicídio doloso é definido como a ação onde o agente deseja tirar a vida de alguém, ou assume o risco de fazê-lo. O mesmo autor nos informa que, segundo a Lei nº 8.072/90, latrocínio está definido como roubo, ou extorsão violenta a mão armada, que resulta em morte ou lesão corporal grave (p.142).

O indicador lesão corporal seguida de morte, aparece conceituado no Dicionário Jurídico Brasileiro enquanto "crime contra a pessoa, consistente em ofender a integridade corporal, mental ou a saúde de alguém" e de acordo com o Código Penal no art. 129, as lesões corporais podem ser de natureza culposa, leve, grave, gravíssima, e seguida de morte. (Santos, 2001, p.149).

Já em relação ao indicador homicídio decorrente de oposição à intervenção policial, este foi um termo criado para substituir a antiga denominação "autos de resistência" e "resistência seguida de morte", que anteriormente eram utilizadas para classificar as mortes decorrentes de atos praticados por policiais civis e militares. De acordo com a Resolução Nº 8, de 20 de Dezembro de 2012, "o registro do evento deve ser como de homicídio decorrente de intervenção policial e, no curso da investigação, deve-se verificar se houve, ou não, resistência que possa fundamentar excludente de antijuridicidade".

Problematizar a temática é de suma importância, pois, o alto índice de letalidade, traz consigo a necessidade de abordar o impacto da mesma na saúde pública por meio de estudos que visem ampliar o conhecimento sobre o assunto entre os profissionais da saúde mental e membros da sociedade em geral. Segundo Vieira et. al. (2009), há um grande impacto aos familiares dessas vítimas. Nessa conjuntura estão em jogo danos de ordem física (hipertensão, obesidade, anorexia), psicológica (depressão, transtorno do estresse pós-traumático, ansiedade generalizada) e social (alcoolismo, tabagismo) em diversos ambientes. De acordo com os autores, há um amplo impacto não só no potencial numérico de envolvidos, mas também, na profundidade das feridas que esses eventos bárbaros causam aqueles que tiveram parentes ou amigos vitimados.

Diante dessa série de problemas, buscou-se discutir o impacto da violência na qualidade de vida de pessoas que tiveram familiares, amigos, vizinhos e até mesmo conhecidos, vítimas de algum tipo de letalidade violenta. Para tal, foi realizada uma pesquisa, composta de três partes principais.

Em primeiro lugar, faz-se um levantamento dos dados fornecidos pelo ISP sobre o índice de violência entre os anos de 2015 a 2017 nos municípios da Baixada Fluminense.

A seguir, aborda-se a magnitude da desigualdade racial, trazendo informações sobre a alarmante discrepância entre o número de grupos populacionais negros vítimas de violência urbana, em relação aos grupos populacionais não negros.

Por fim, desenvolve-se uma discussão sobre os efeitos físicos, psicológicos e sociais que a literatura aborda como consequências de perdas por violência urbana com o objetivo de demonstrar a importância e a necessidade de se pensar no desenvolvimento de políticas públicas que ofereçam um acompanhamento adequado a essas famílias vulnerabilizadas.

Os Números da Violência na Baixada Fluminense

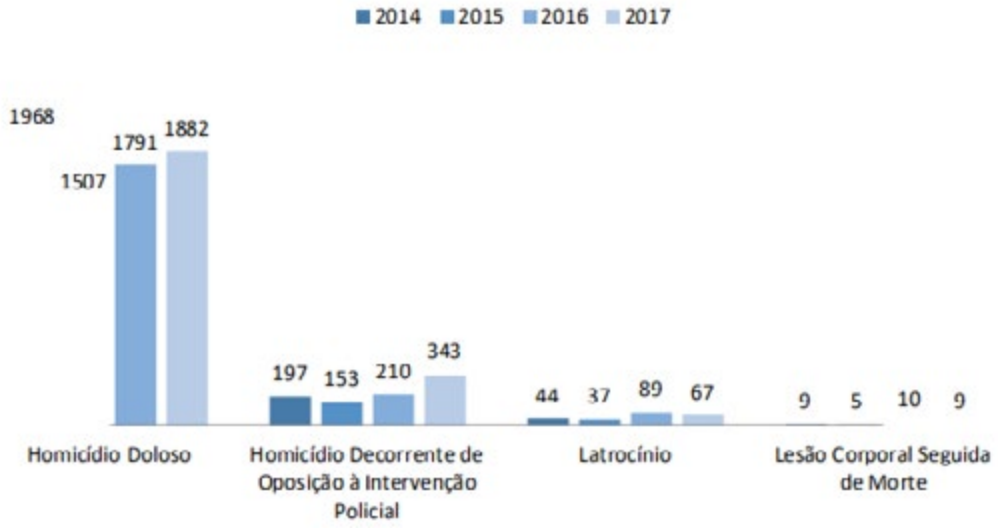
Os gráficos e tabelas apresentados nessa seção foram construídos com base nos dados do ISP respectivos aos anos entre 2014 e 2017. Previamente, é preciso enfatizar que segundo os artigos explicativos do próprio instituto, houve uma mudança na forma de contabilizar os casos de letalidade. Até o ano de 2014, as estatísticas eram feitas levando em consideração aqueles que também entravam em óbito nos hospitais. A partir de 2015, os números registrados passaram a contabilizar apenas os óbitos ocorridos em vias públicas.

Tabela 1. Letalidade Violenta na Baixada Fluminense, 2014 – 2017

Ano	Letalidade Violenta	População	Taxa por 100 mil habitantes
2014	2.218	3.733.142	59,4
2015	1.702	3.747.408	45,4
2016	2.100	3.761.477	55,8
2017	2.301	3.791.666	60,6

Fonte: Dados do ISP com base nas informações da PCERJ e do IBGE.

Gráfico 1. Registros de letalidade por categoria



Entre os anos de 2015 e 2017 houve um aumento em torno de 35% no número de casos letais. A taxa de letalidade em cada 100 mil habitantes passou de 45,4 em 2015 para 60,6 em 2017.

Em 2016 o ISP registrou 2.100 mortes. Os números revelam um aumento de 23% em relação ao ano anterior (2015). Em quase 80% dos registros de 2016 foram utilizadas armas de fogo e a maior parte dessas mortes são homicídios dolosos, aproximadamente 85,3% dos casos. Desta forma só em 2016 houve mais vítimas de assassinatos do que a totalidade de casos de letalidade do ano anterior.

O ISP também registrou um aumento de cerca de 37,3% em 2016 nos casos de morte em decorrência de intervenção policial com relação ao ano anterior. De 2015 a 2017, esse número mais do que dobrou.

Por mais que o objetivo do artigo se refira aos casos de mortes letais na Baixada Fluminense, nota-se que o problema não é específico da região. Segundo o Mapa da Violência (IPEA, 2017), em três semanas são assassinadas no Brasil mais pessoas do que o total de mortos em todos os ataques terroristas no mundo, nos cinco primeiros meses de 2017, que envolveram 498 atentados, resultando em 3.314 vítimas fatais.

De acordo com o IPEA (2017), há incapacidade e um descompromisso do Estado brasileiro para planejar, propor e executar políticas penais no campo da segurança pública que sejam minimamente racionais, efetivas e que garantam os direitos de cidadania.

A magnitude da desigualdade racial: a cor da letalidade

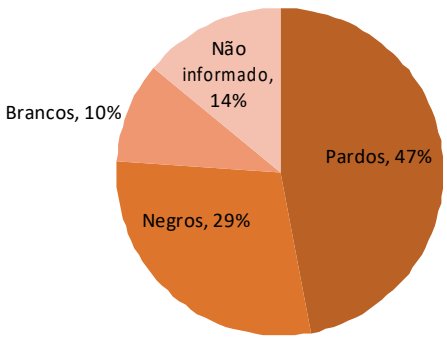
De acordo com o Atlas da Violência (2018, p.40), a magnitude da desigualdade racial no Brasil é revelada quando as taxas de homicídios são calculadas dentro de grupos populacionais negros (pretos e pardos) e não negros (brancos, amarelos, e indígenas). Entre 2006 e 2016, a taxa de homicídios de negros cresceu 23,1%, enquanto nesse mesmo período, a taxa entre os não negros apresentou redução de 6,8 %. Ainda segundo o Atlas da Violência (2018), a taxa de homicídios de mulheres negras foi 71% superior em relação a de mulheres não negras.

Com maior frequência, as vítimas de homicídio no Brasil são os negros, principalmente homens e jovens, e o mesmo grupo também corresponde as principais vítimas da ação letal de policiais, e compõe grande parte da população prisional do País. "A conclusão é que a desigualdade racial no Brasil se expressa de modo cristalino no que se refere à violência letal, e as Políticas de segurança" (Atlas da Violência, 2018, p.41).

Cabe ressaltar que, segundo as notas metodológicas do ISP (xxxx), a etnia da vítima é detalhada pelo policial no momento de registro da ocorrência.

Ainda segundo o ISP, em 2017 na Baixada Fluminense, a taxa de vítimas de violência urbana correspondente a negros foi de 29%, e a de pardos 47%. Analisando o gráfico 2, é possível perceber que se somados os dados referentes a negros e pardos, obteremos como resultado uma alarmante discrepância em relação à quantidade de vítimas de cor Branca (sic), e aos que não tiveram sua cor da pele informadas, concentrando 10% e 14% respectivamente.

Gráfico 2. Homicídios Decorrentes da Oposição à Intervenção Policial em 2017



Consequências físicas e psíquicas nos familiares que sofreram a perda de um membro da família vítima de violência urbana.

No texto intitulado "Luto e Melancolia", Freud (2006) diz que ao perder um objeto de amor, o sujeito precisará retirar gradualmente a libido (energia sexual) de toda e qualquer ligação que mantinha com o objeto perdido, ou seja, é necessário que haja um desinvestimento libidinal (retirada da libido), para que a perda possa ser elaborada, e para que a pessoa enlutada possa dar prosseguimento a sua vida. Ao fazer o processo de desinvestimento libidinal muitos sentimentos comparecerão, sendo eles angústia, solidão, medo, tristeza, raiva, mágoa, abandono, entre outros. Estes sentimentos vão constituir o processo de luto pelas perdas, e lidar com esses sentimentos é exatamente a elaboração da perda.

Segundo Freud (2006), o luto não possui uma duração estimada, sendo este particular a cada sujeito, e o período necessário a elaboração terá relação com o grau de ligação afetiva que o sujeito tinha com o objeto amado. O tempo é de fato essencial, pois permitirá que todos os sentimentos que surgirem durante o processo de elaboração possam ser vivenciados e ultrapassados. O autor conclui que o luto é uma reação, normal e esperada, a ruptura de vínculos.

No entanto, esse processo de luto pode ser afetado e dificultado em razão das circunstâncias em que se deu essa perda. Vieira et.al (2009) afirmam que a perda violenta de um parente (pai, mãe, filho, cônjuge) é sempre traumática e implica em um complicado processo de superação, entretanto, quando esta é causada por uma doença física, ou velhice, é possível ser aceita como algo natural da vida. Porém, em casos em que um ente querido morre de forma brutal, inesperada e violenta, a família não consegue encontrar uma explicação que seja satisfatória. A dor e o sofrimento experimentados são intensos, sem sentido e inconcebíveis, o que interfere no processo de elaboração do luto desses familiares. Os autores afirmam ainda que dependendo da personalidade do enlutado, e do vínculo deste com a pessoa falecida, o mundo do sujeito poderá vir abaixo, provocando desorientação, desespero, choque e pavor.

Vieira et.al (2009, p.5) afirmam que o impacto desses atos violentos afeta a saúde e o cotidiano das famílias, e que essas mudanças irão se manifestar nos hábitos e atitudes dessas pessoas, originando um processo de adoecimento físico e mental, ou até mesmo ampliando-o. Os autores dizem ainda que "quando o ser humano internaliza sentimentos negativos e controversos, ele tem a sua saúde comprometida, porque passa a 'somatizar' as suas culpas, os seus medos, as suas angústias e os seus segredos".

Dentre os prejuízos verificados por Vieira et.al (2009) durante a pesquisa, encontram-se afastamento do trabalho e do convívio social, exacerbado sentimento de perda, abandono, impotência e revolta, que acabam por desencadear atitudes agressivas, surgimento ou agravamento de doenças. E dentre as patologias que surgem, depressão e hipertensão arterial são as mais mencionadas. Os autores declaram que labirintite, anorexia, obesidade, insônia, aumento do tabagismo e etilismo por integrantes da família também aparecem como algumas das repercussões na saúde associadas ao abalo emocional na percepção desses sujeitos. "Outros distúrbios também foram salientados: gástricos, cardíacos, surgimento de 'caroço' no útero, perda da memória, aumento do estresse e de várias fobias" (Vieira et.al, 2009).

Os autores Costa, Njaine & Schenker (2017), citando Soares, Miranda, & Borges (2006), apontam que através das notícias transmitidas pela mídia, os efeitos dessas mortes violentas podem vir a ultrapassar os laços familiares e de amizade, afetando a vida de pessoas que nem conheceram a vítimas, e mencionam ainda, a sugestão dos mesmos autores de que, no Brasil, em razão do alto índice de violência na sociedade Civil, nas reportagens transmitidas pela mídia e, também pela violência Policial, possa ter uma maior ocorrência de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático em pessoas que não chegaram a experimentar a violência por perda de familiares ou amigos.

O problema da violência é, segundo a OMS, um problema de saúde pública. "Os países começaram a investir em prevenção, mas não em nível compatível com a dimensão e a gravidade do problema" (WHO,2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração que as famílias possuem em média quatro pessoas, os 2100 casos de letalidade da Baixada Fluminense, como relata o ISP (2016), impactam cerca de 8.400 pessoas sem contar com os amigos que também sofrem com a situação. Os números acabam sendo incapazes de por si só mensurar a quantidade de pessoas afetadas pela violência, aja vista que o trabalho do ISP se atém a pessoa que morre. São milhares de familiares e amigos que perdem seus entes queridos. A violência nos grandes centros urbanos atinge a toda sociedade.

Mesmo diante dos números e dos efeitos causados pela violência não se vê grandes investimentos realizados por parte do estado do Rio de Janeiro. Se por um lado o número de incidentes letais aumentam os investimentos diminuem. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2017, o estado do Rio de Janeiro teve um decréscimo de 3,07% no investimento na área do ano de 2015 para 2016.

Em consonância aos artigos abordados no trabalho vê-se que o impacto da violência na saúde pública é enorme. As estatísticas não resolvem o problema dos familiares que vêm seus entes queridos tornarem-se apenas números.

A violência crescente na Baixada Fluminense promove medo e insegurança, sentimento de desamparo e afeta a saúde mental das famílias enlutadas. A perda é sempre difícil e sua elaboração é complicada, mas a falta de justiça e não solução dos crimes acaba dificultando ainda mais o processo que precisa ser encarado pelos familiares. Tal contexto colabora para que a violência se perpetue e que as famílias sobreviventes se sintam completamente desamparadas.

A questão da violência é algo emergente e que merece uma atenção diferenciada por parte do governo estadual, é preciso que se invista em políticas públicas que viabilizem a assistência a essas famílias, bem como o acesso a tratamento das condições psicopatológicas causadas por essas experiências traumáticas.

Reconhece-se que é necessário pesquisar mais a fundo a temática exposta no trabalho que busque compreender todo contexto que circunda a violência e os prejuízos psicossociais causado na sociedade como um todo. É imprescindível que se discuta a criação de políticas públicas que forneçam um acompanhamento de qualidade a essas famílias que acabam em situação de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

1. CERQUEIRA, Daniel, et al. Atlas da Violência 2018. Rio de Janeiro. IPEA/FBSP, 2018. Disponível em < http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432>. Acesso em: 16 de setembro de 2018.

2. COSTA, Daniella Harth da; NJAINE, Kathie; SCHENKER, Miriam. Repercussões do homicídio em famílias das vítimas: uma revisão da literatura. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 22, n. 9, p. 3087-3097, Sept. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903087&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Nov. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.18132016

3. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. (2017). Anuário Brasileiro de Segurança Pública. 11º Edição. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Acessado em 18 de julho,2018, de http://www.forumseguranca.org.br/atividades/anuario/

4. FREUD, S. Luto e Melancolia In. Freud, S. (2006) Obras psicológicas de Sigmund Freud: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Vol VII. Rio de Janeiro: Imago

5. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Censo Demográfico - 2010. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado em 17 de julho de 2018, de www.ibge.gov.br

6. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ATLAS DA VIOLÊNCIA 2018 (IPEIA e FBSP). Rio de Janeiro. Acessado em 18 de julho de 18, de http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf.

7. ISP. Instituto de Segurança Pública. DADOS ABERTOS (2017). Acessado em 10 de julho, 2018, de http://www.ispvisualizacao.rj.gov.br/Letalidade.html. 8. INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA (2017), Acessado em 10 de julho, 2018, de http://www.isp.rj.gov.br/Conteudo.asp?ident=180

9. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS, CONSELHO DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA HUMANA. Dispõe sobre a abolição de designações genéricas, como "auto de resistência", "resistência seguida de morte", em registros policiais, boletins de ocorrência, inquéritos policiais e notícias de crime. Resolução n.8, de 20 de dezembro de 2012. Lex: Editora S/A. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_24066914_RESOLUCAO_N_8_DE_20_DE_DEZEMBRO_DE_2012.aspx Acessado em 18 de dezembro de 2018.

10. SANTOS, Washington dos. S337 Dicionário jurídico brasileiro / Washington dos Santos. - Belo Horizonte : Del Rey, 2001.

11. VIEIRA, L., ARCOVERDE, M., ARAÚJO, M., FERREIRA, R., FIALHO, A., & PORDEUS, A. (2009). Impacto da violência na saúde de famílias em Fortaleza, Ceará. Ciência & Saúde Coletiva, 14(5), 1773-1779. Acessado em 19 de julho, 2018 de https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500018

12. WHO. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. World Health Organization. Acessado em 19 de julho, 2018 de http://www.who.int/iris/handle/10665/145086

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Ana Galvão

FELICIDADE E A SAÚDE MENTAL NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: UM ESTUDO COMPARATIVO

Ana Galvão
Instituto Politécnico de Bragança
(anagalvao@ipb.pt)

Celeste Antão
Instituto Politécnico de Bragança
(celeste@ipb.pt)

Marco Pinheiro
Instituto Politécnico de Bragança
(mpinheiro@ipb.pt)

Maria José Gomes
Instituto Politécnico de Bragança
(mgomes@ipb.pt)

RESUMO

O nível de felicidade está, de acordo com vários estudos, correlacionado com a saúde mental e em particular à ansiedade e à depressão. Sendo os estabelecimentos de ensino superior contextos de eleição na formação dos futuros profissionais, emerge a necessidade de aprofundar os estudos sobre esta matéria.

Objetivou-se avaliar os níveis de felicidade, ansiedade, depressão e stress dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança (IPB) e da Universidade do Algarve (UAlg) e identificar eventuais diferenças entre os valores observados de acordo com a instituição e com o sexo.

Utilizou-se um questionário online composto por três partes: questões sociodemográficas; o Oxford Happiness Questionnaire; e a Escala de Ansiedade Depressão e Stress. Estudo descritivo e inferencial, de caráter transversal numa amostra de 302 estudantes, dos quais 121 (40.1%) do IPB e 181 (59.9%) da UAlg.

Os estudantes do IPB pontuam níveis superiores nas dimensões felicidade e ansiedade e os estudantes da UAlg nas dimensões depressão e stress. O teste T para amostras independentes aplicado na dimensão felicidade, permitiu-nos concluir existirem diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes das duas instituições.

Dos testes de Mann-Whitney aplicados para as restantes dimensões, resultaram diferenças estatisticamente significativas para a dimensão depressão, quando relacionada com a instituição e para as dimensões ansiedade e stress, quando relacionadas com o sexo.

O IPB dispõe dum gabinete clínico, onde os estudantes são atendidos em consulta de apoio e acompanhamento psicológico. Os resultados do estudo sugerem que a acessibilidade dos estudantes a recursos desta natureza favorece a intervenção precoce para a promoção do bem-estar geral dos estudantes.

Palavras-chave: Felicidade, Ansiedade, Depressão, Stress, Estudantes.

INTRODUÇÃO

Na psicologia, a felicidade é reconhecida como emoção, sendo que por sua vez a emoção é dividida em "emoção negativa" e "emoção positiva" e tem um efeito importante no sucesso das pessoas. Pessoas felizes têm uma atitude otimista em relação aos eventos, são indivíduos responsáveis e excelentes (Boehm & Lyubomirsky, 2008). Os psicólogos acreditam que a felicidade tem três componentes principais: a existência relativa de emoção positiva, a falta de emoções negativas e a satisfação com a vida (Hills & Argyle, 2001).

A felicidade é um constructo importante dentro da psicologia positiva, e ainda assim é difícil definir e problemático avaliar, sendo um fator muito importante na vida humana. Uma pessoa feliz tem sempre bons sentimentos sobre si e sobre os outros, descartando, dessa forma a desolação, aceita falhas, nunca esquecendo as lições que a vida lhe ensina, é sempre honesta consigo mesmo e com os outros, vive no presente e é resiliente quando enfrenta problemas (Bahrami, Rajaeepour, Rizi, Zahmatkesh, & Nematolahi, 2011). A felicidade é um estado intelectual de bem-estar, descrito por sentimentos construtivos que vão da gratificação à alegria intensa, mostrando relativa estabilidade e consistência tanto ao longo do tempo como em várias situações. A felicidade tem componentes afetivos e cognitivos, podendo estes ser denominados, respetivamente de "hedónico", ou seja, a agradabilidade das várias situações que afetam a experiência de uma pessoa, e "contentamento", sendo este o grau em que um indivíduo percebe que os seus objetivos de vida são satisfeitos (Kumar, 2013).

O nível de felicidade está, de acordo com vários estudos, correlacionado com a saúde mental e em particular à ansiedade e à depressão. Sendo os estabelecimentos de ensino superior locais de eleição na formação dos futuros profissionais, cria a necessidade de aprofundar os estudos sobre esta matéria.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Vários estudos concluem que a transição do ensino secundário para o ensino superior apresenta vários desafios para os jovens adultos, tais como: a saída do seio familiar; um novo grau de independência; expetativas aumentadas sobre o sucesso académica; e um novo ambiente com a criação de laços com novos colegas e diferentes grupos sociais (Almeida, Soares, & Ferreira, 2002). Os jovens com níveis de resiliência e estratégias de enfrentamento menos desenvolvidas para lidar com estas alterações, podem desenvolver níveis de ansiedade, depressão e stress considerados de risco (Galvão, Pinheiro, Gomes, & Ala, 2017).

Acresce que, esta fase da vida do jovem adulto, coincide com uma fase de desenvolvimento psicossocial em que eles próprios se vêm em novos papéis sociais, criando, através da exploração desses mesmos papéis, cenários de vulnerabilidade que poderão desencadear comportamentos de risco, tanto originados pela rejeição do jovem pelo grupo ou, como acontece na maioria dos casos, por comportamentos adotados pelo jovem para ele ser aceite pelo grupo (Van Hoek, Portzky, & Franck, 2019; WHO, 2018).

Neste sentido, a instituição de ensino superior configura-se como um local que influencia a vida do estudante a vários níveis (Silva et al., 2015; WHO, 2018). Os estabelecimentos de ensino superior, além da sua função de ensinar academicamente, atuam como mediadores de relacionamentos interpessoais e devem prover dinâmicas psicológicas que incutam valores e formas de conviver sãs e promotores de um bem- estar global.

As instituições de ensino superior devem prover vivências académicas integrais, ou seja, não só aquelas que proporcionam um desenvolvimento intelectual e profissional, mas também a nível pessoal, social e afetivo. Tendo esta premissa como pano de fundo, Chickering e Reisser (1993), propuseram um modelo que se desenvolve ao longo de sete vetores, sendo eles: i) tornar-se competente; ii) gerir as emoções; iii) desenvolver a autonomia e a interdependência; iv) desenvolver relações interpessoais maduras; v) estabelecer a identidade; vi) desenvolver objetivos de vida; e, vi) desenvolver a integridade.

Portugal não foge à regra no que diz respeito à saúde mental dos estudantes do ensino superior, e vários estudos internacionais apontam, por exemplo, para níveis de ansiedade, depressão e stress, muito similares nesta população (Lovibond & Lovibond, 1995; Tran, Tran, & Fisher, 2013).

De acordo com os dados apresentados no Programa Nacional para a Saúde Mental (Direção-Geral da Saúde, 2017), 9.32% dos inscritos ativos em cuidados de saúde primários apresentavam perturbações depressivas e 6.06% perturbações de ansiedade, mostrando a importância de aumentar os esforços de prevenir estas mesmas perturbações, nomeadamente entre os jovens adultos que, conforme anteriormente referidos, são mais vulneráveis a desenvolver estas mesmas perturbações.

Entre a população estudantil do ensino superior, os principais problemas prendem-se com dificuldades de ordem emocional, perturbações de adaptação, ansiedade, depressão, problemas relacionados com métodos de estudo, dificuldades escolares e problemas familiares (Costa & Leal, 2004); rendimento escolar, depressão, baixa autoestima, variações do humor, ansiedade aos exames e problemas relacionais (Custódio, Pereira, & Seco, 2009).

As evidências científicas concluem que as perturbações de saúde mental entre os estudantes do ensino superior são um problema de saúde pública grave, limitando seriamente o funcionamento global (físico, emocional, cognitivo e académico) dos estudantes, criando o desafio às instituições de promoverem a saúde e combater o insucesso e, igualmente, o abandono académico (Chow, 2010; Eisenberg et al., 2009; Eisenberg, Hunt, & Speer, 2013).

A felicidade, enquanto conceito predominantemente subjetivo, faz com que a sua definição seja difícil e pouco consensual. Não obstante esta dificuldade, duas abordagens agreguem consenso entre os estudiosos do fenómeno, sendo estas: a abordagem "bottom-up", ou seja, "das partes para o total", que encara a felicidade como a combinação de sentimentos positivos e negativos (Diener, 1984; Tellegen et al., 1988); e a abordagem "top-down", significando "do total para as partes", que sugere que a felicidade é principalmente o produto das cognições de um indivíduo e remete-nos para as avaliações subjetivas que cada indivíduo faz das experiências que vivencia e

consequentemente como avalia a sua satisfação com a vida (Diener, 1984).

Estudos mais recentes sugerem que a felicidade é uma conjugação destas duas abordagens, tendo aberto caminho para uma aceitação mais universal do conceito felicidade (Medvedev, Shepherd, & Hautus, 2015). Ou seja, sem bem-estar não há felicidade e vice-versa.

METODOLOGIA

Questões Éticas

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos elencados na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013), tendo sido garantida a participação anónima e voluntária e explicado aos participantes o objetivo do estudo. A participação só era possível após aceitação explícita.

Caraterização da Amostra

A amostra é composta por 302 estudantes, dos quais 121 (40.1%) do IPB e 181 (59.9%) da UAlg. Dos 181 respondentes da UAlg, 131 (72.4%) são do sexo feminino, sendo que dos 121 respondentes do IPB, 96 (79.3%) são do sexo feminino.

Questões de Investigação e Hipóteses

Como questões de investigação formularam-se as seguintes:

1.Qual o nível de felicidade dos estudantes do IPB e UAlg?

2.Quais os níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB e UAlg?

Colocaram-se as seguintes hipóteses de investigação:

1. Existem diferenças no nível de felicidade, entre os estudantes do IPB e UAlg;
2. Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress, entre os estudantes do IPB e UAlg;
3. Existem diferenças no nível de felicidade, entre os respondentes do sexo masculino e os do sexo feminino;
4. Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress, entre os respondentes do sexo masculino e os do sexo feminino;
5. Existe relação entre a felicidade e as três dimensões da saúde mental em estudo (ansiedade, depressão e stress).

Instrumento de Recolha de Dados

Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um questionário online, composto por três partes: questões socioprofissionais; o Oxford Happiness Questionnaire (Hills & Argyle, 2002), um questionário de autorrelato de 29 itens, respondidos numa escala de Likert de 6 pontos; e, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Lovibond & Lovibond, 1995) na sua versão portuguesa (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), uma escala de autorrelato de 21 itens, respondidos numa escala de Likert de 4 pontos, medindo as dimensões Ansiedade, Depressão e Stress, cada uma com 7 itens.

Tratamento Estatístico e Análise de Dados

Os dados foram processados e as estatísticas calculadas, recorrendo ao programa estatístico IBM SPSS, na sua versão 23 para macOS.

Foram calculados as médias e os respetivos desvios padrão para as quatro dimensões em estudo: felicidade, ansiedade, depressão e stress, para os vários grupos para os quais se pretenderam validar as hipóteses formuladas: instituição onde estuda e sexo.

Para avaliar a consistência interna das quatro subescalas, foram calculados os respetivos alfas de Cronbach (Cronbach, 1951, 1988).

Procedeu-se à análise da normalidade da distribuição dos dados, para os vários grupos em estudo, através da observação visual dos gráficos de dispersão e pelo teste de Shapiro-Wilk (Ghasemi & Zahediasl, 2012; Thode, 2002), bem como ao cálculo da homogeneidade das variâncias para cada dimensão e respetivo grupo socioprofissional, para definir os testes correlacionais a utilizar, paramétricos ou não-paramétricos, de acordo com o recomendado em vários estudos recentes (Qualls, Pallin, & Schuur, 2010; Van Hoek et al., 2019; Winkens et al., 2017).

De acordo com os resultados obtidos, aplicou-se o teste t para amostras independentes, para validar as duas primeiras hipóteses, que incluíam a dimensão felicidade, e o teste de Mann-Whitney para a terceira e quarta hipótese, que incluíam as dimensões da saúde mental: ansiedade, depressão e stress. Nos casos em que existia diferenças estatisticamente significativas, foi também calculado o tamanho de efeito através do d de Cohen (Sullivan & Feinn, 2012).

Para testar a última hipótese, a existência de relações entre as quatro dimensões em estudo, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação rho de Spearman, seguindo também as recomendações mais recentes (Bishara & Hittner, 2012).

Apresentação e Discussão dos Resultados

Para responder às duas questões de investigação: qual o nível de felicidade dos estudantes, do IPB e UAlg; e quais os níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes, do IPB e UAlg, procedeu-se a uma análise descritiva, calculando médias e desvios padrão, sendo os resultados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Pontuações médias e desvio padrão por instituição

		Felicidade	Ansiedade	Depressão	Stress
IPB	M	3.94	5.36	5.11	7.40
	DP	.724	5.060	5.340	5.291
	N	121	121	121	121
UAlg	M	3.69	5.13	6.33	7.87
	DP	.538	4.570	5.072	4.597
	N	181	181	181	181
Total	M	3.79	5.22	5.84	7.68
	DP	.631	4.766	5.206	4.884
	N	302	302	302	302

Como pode ser observado na Tabela 1, a média global para a felicidade situa-se nos 3.79 (DP=.631). Não obstante esta pontuação estar marginalmente acima da média teórica (3.5), tratando-se de uma escala de seis pontos, este valor deve ser visto como nem infeliz nem feliz, ou seja, uma situação de neutralidade em relação à felicidade. Observa-se, uma pontuação superior para os estudantes do IPB (M=3.94; DP=.724), contudo, mesmo neste grupo, o valor continua a ser abaixo do desejável.

No que concerne às dimensões da saúde mental em estudo, verifica-se uma pontuação média superior nos estudantes do IPB no que diz respeito à ansiedade, e níveis de depressão e stress superiores nos estudantes da UAlg.

Comparativamente com outros estudos, o nível de felicidade da presente amostra não é muito diferente do que a encontrada num estudo realizado com 1056 estudantes por Tarrahi e Nasirian (2017), em que a pontuação média foi de 4.09.

Contudo, Medvedev et al. (2017) encontraram valores médios de felicidade superiores, tanto num grupo de estudantes da Malásia, com uma pontuação médias de 5.33, como num grupo de estudantes australianos, que pontuaram, em média, 5.02.

Já em relação à ansiedade, depressão e stress, as pontuações médias do presente estudo, encontram-se próximos ou abaixo de outros estudos realizados com uma população de estudantes, como é o caso de um estudo com 510 estudantes de ensino superior em que as pontuações médias foram respetivamente 6.77 para ansiedade, 6.92 para a depressão e 9.78 para o stress (Galvão, Pinheiro, & Gomes, 2017), ou como foi o caso no estudo dos autores da escala que encontraram, numa amostra de 717 estudantes, pontuações médias de ansiedade, depressão e stress de respetivamente 6.23, 7.19 e 10.54 (Lovibond & Lovibond, 1995).

A consistência interna das quatro (sub)escalas, foi avaliada através do cálculo do alfa de Cronbach, sendo os resultados apresentados na Tabela 2, que demonstram uma consistência interna de boa a excelente para todas elas.

Tabela 2 - Alfas de Cronbach

	a	Nível
Felicidade	.885	Bom
Ansiedade	.875	Bom
Depressão	.912	Excelente
Stress	.890	Bom

Para responder às quatro primeiras hipóteses de investigação formuladas, aplicaram-se os testes de estatística inferencial conforme mencionados na metodologia. Foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas para as dimensões felicidade e depressão, quando comparados os grupos de acordo com a instituição onde estudam, sendo os resultados apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Resultados testes de hipóteses - Instituição

Dimensão	**Instituição**	**M**	*p*	**Cohen's d**
Felicidade	IPB	3.94	.001	.392
	UAlg	3.69		
Depressão	IPB	5.11	.008	.234
	UAlg	6.33		

Os resultados da Tabela 3 mostram que, não obstante as diferenças serem estatisticamente significativas para as dimensões felicidade (p=.001) e depressão (p=.008), os tamanhos de efeito, calculados através do d de Cohen, são pequenos (0.20< d <.50), pelo que se pode concluir que estas diferenças são tangenciais (Sullivan & Feinn, 2012), embora dê uma indicação que, em média, os estudantes do IPB, apresentam níveis de felicidade superiores e os da UAlg níveis de depressão superiores.

Conseguiu-se, desta forma, responder positivamente à primeira hipótese de investigação: existem diferenças no nível de felicidade, entre os estudantes do IPB e UAlg. Foi também possível, responder parcialmente à segunda hipótese de investigação: existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress, entre os estudantes do IPB e UAlg, uma vez que se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, para a dimensão depressão.

No que concerne a terceira hipótese de investigação, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos, para a dimensão felicidade.

Em relação há quarta hipótese: Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress, entre os respondentes do sexo masculino e os do sexo feminino, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as dimensões ansiedade e stress, sendo os resultados apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Resultados testes de hipóteses - Sexo

Dimensão	Sexo	M	*p*	Cohen's d
Ansiedade	Masculino	3.96	.016	.380
	Feminino	5.64		
Stress	Masculino	5.95	<.001	.499
	Feminino	8.26		

Os resultados da Tabela 4 mostram que, não obstante as diferenças serem estatisticamente significativas para as dimensões ansiedade (p=.016) e stress (p<.001), os tamanhos de efeito, calculados através do d de Cohen, são pequenos (0.20< d <.50), pelo que se pode concluir que estas diferenças são tangenciais (Sullivan & Feinn, 2012), embora dê uma indicação que, em média, os estudantes do sexo feminino apresentam níveis superiores em ambas as dimensões.

Estes resultados vão ao encontro de vários outros estudos com amostras de estudantes (Galvão et al., 2017; Lovibond & Lovibond, 1995; Tran, Tran, & Fisher, 2013), em que também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre estudantes do sexo feminino e masculino nas três dimensões da saúde mental também aqui em estudo, validando-se, desta forma, parcialmente a quarta hipótese de investigação.

Finalmente, calcularam-se os coeficientes de correlação não-paramétricos de Spearman entre as quatro dimensões em estudo, sendo os resultados apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Correlações de Spearman

	Ansiedade	Depressão	Stress
Felicidade	-.382**	-.641**	-.385**
Ansiedade		.670**	.744**
Depressão			.694**

**. Correlação é significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

Como pode ser observado dos dados presentes na Tabela 5, os coeficientes de correlação de Spearman, variam entre o fraco ($0.10 \leq p \leq 0.39$) e o alto ($0.70 \leq p \leq 0.89$) (Mukaka, 2012), as relações são todas elas significativas a um nível de .01, demonstrando uma relação inequívoca entre as quatro dimensões analisadas no presente estudo e respondendo assim à quinta hipótese de investigação: Existe relação entre a felicidade e as três dimensões da saúde mental em estudo (ansiedade, depressão e stress).

CONCLUSÕES

Através do presente estudo foi possível aferir o nível de felicidade, ansiedade, depressão e stress entre os estudantes do ensino superior. Podemos concluir que os estudantes do nosso estudo apresentam um nível médio de felicidade médio a baixo, embora sem que esses níveis aparentem ter efeitos substanciais nos níveis de ansiedade, depressão e stress, que se encontram em níveis considerados normais.

Contudo, sendo a felicidade fortemente relacionada com o bem-estar geral do ser humano, será necessário aprofundar mais as questões que levam a que os estudantes demonstrem níveis de felicidade reduzidos e como é que a felicidade pode ser promovida neste grupo sociodemográfico que, por si, já enfrenta vários desafios numa etapa desafiante das suas vidas.

Propõe-se, desta forma, que os gabinetes de psicologia das instituições de ensino superior, dediquem maior atenção à dimensão da felicidade e do bem-estar global, devendo estas variáveis ser consideradas aquando do planeamento pedagógico com ações dirigidas de uma forma sistemática e promotora de bem-estar e não apenas com intervenções pontuais.

No gabinete clínico do IPB, na área da psicologia, temos implementado estratégias de relaxamento e o método MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) e MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*), como estratégias para lidar com o stress, regulação emocional e mental. A prática de *Mindfulness* está associada a redução de níveis de stress e aumento de níveis de bem-estar geral, ajuda a manter o equilíbrio emocional. As evidências científicas, demonstram a relação do *Mindfulness* com a saúde física e mental, nomeadamente através da redução dos índices de stress e outros distúrbios mentais, provocando igualmente alterações a nível neuronal, traduzindo-se num aumento dos níveis emocionais positivos e diminuição dos negativos (Rau & Williams, 2016). Na obra de Damásio, "O livro da consciência" (Damásio, 2010), encontramos uma reflexão profunda sobre como é que o cérebro constrói uma mente e como é que o cérebro torna essa mente consciente, já que a consciência é o início para o melhoramento do bem-estar.

Também temos utilizado o processo de *life coaching* como promotor do autoconhecimento e consequentemente do desenvolvimento pessoal, e *coaching* de Saúde e Bem-Estar (*Health & Wellness Coaching*), pois é um método, cientificamente comprovado, que permite acelerar o processo de mudança comportamental através de ferramentas específicas e o estabelecimento de metas pessoais desejadas para o aumento do bem-estar, mudanças nos estilos de vida e da saúde.

REFERÊNCIAS

Almeida, L. S., Soares, A. P. C., & Ferreira, J. A. (2002). Questionário de Vivências Acadêmicas (QVA-r): avaliação do ajustamento dos estudantes universitários. Avaliação Psicológica, 1(2), 81–93. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v1n2/v1n2a02.pdf

Bahrami, S., Rajaeepour, S., Rizi, H. A., Zahmatkesh, M., & Nematolahi, Z. (2011). The relationship between students' study habits, happiness and depression. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 16(3), 217–221. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22224110%0Ahttp://www.pubmedcentral. nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3249802

Bishara, A. J., & Hittner, J. B. (2012). Testing the significance of a correlation with nonnormal data: Comparison of Pearson, Spearman, transformation, and resampling approaches. Psychological Methods, 17(3), 399–417. https://doi.org/10.1037/a0028087

Boehm, J. K., & Lyubomirsky, S. (2008). Does happiness promote career success? Journal of Career Assessment, 16(1), 101–116. https://doi.org/10.1177/1069072707308140

Chickering, A. W., & Reisser, L. (1993). Education and Identity. Second Edition. The Jossey-Bass Higher and Adult Education Series. San Francisco: Jossey-Bass. Retrieved from https://eric.ed.gov/?id=ED423498

Chow, H. P. (2010). Predicción del éxito académico y bienestar psicológico en una muestra de estudiantes universitarios canadienses. Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 21(8), 2.

Costa, E., & Leal, I. (2004). Estratégias de *coping* e saúde mental em estudantes universitários de Viseu. In Acta do 5o Congresso Nacional de Psicologia de Saúde. (pp. 157–162).

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16(3), 297–334. https://doi.org/10.1007/BF02310555

Cronbach, L. J. (1988). Internal consistency of tests: Analyses old and new. Psychometrika, 53(1), 63–70. https://doi.org/10.1007/BF02294194 Custódio, S., Pereira, A., & Seco, G. (2009). Stresse e estratégias de *coping* dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. In Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho (pp. 4670–4683).

Damásio, A. (2010). O livro da consciência. Lisboa: Bloco Gráfico.

Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. Psychological Bulletin, 95(3), 542–575. Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa. Eisenberg, D., Golberstein, E., Hunt, J. B., Eisenberg, D., Golberstein, E., & Hunt, J. B. (2009). Mental Health and Academic Success in College. The B . E . Journal of Economic Analysis & Policy, 9(1), 1–35. https://doi.org/10.2202/1935-1682.2191

Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2013). Mental Health in American Colleges and Universities. The Journal of Nervous and Mental Disease, 201(1), 60–67. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827ab077

Galvão, A., Pinheiro, M., & Gomes, M. J. (2017). Mental health and sleep-vigil disturbances in high school students : sleep hygiene consultation. In Proceedings of the II International Congress on Interdisciplinarity in Social and Human Sciences (pp. 707–712).

Galvão, A., Pinheiro, M., Gomes, M. J., & Ala, S. (2017). Ansiedade, Stress e Depressão Relacionados Com Perturbações do Sono-Vigília e Consumo de Álcool em Alunos do Ensino Superior. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 5(spe5), 8–12. https://doi.org/10.19131/rpesm.0160

Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. International Journal of Endocrinology and Metabolism, 10(2), 486–489.

Hills, P., & Argyle, M. (2001). Happiness, introversion-extraversion and happy introverts. Personality and Individual Differences, 30(4), 595–608. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00058-1

Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. Personality and Individual Differences, 33(7), 1073–1082. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00213-6

Kumar, D. (2013). The Relation of Stressful Life Events and a Happy Life. International Journal of Social Science & Interdiciplinary Research, 2(2), 213– 219.

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.

Medvedev, O., Shepherd, D., & Hautus, M. J. (2015). The restorative potential of soundscapes: A physiological investigation. Applied Acoustics, 96, 20–26. https://doi.org/10.1016/j.apacoust.2015.03.004

Medvedev, O., Siegert, R. J., Mohamed, A. D., Shepherd, D., Landhuis, E., & Krägeloh, C. U. (2017). The Oxford Happiness Questionnaire: Transformation from an Ordinal to an Interval Measure Using Rasch Analysis. Journal of Happiness Studies, 18(5), 1425–1443. https://doi.org/10.1007/s10902-016-9784-3

Mukaka, M. M. (2012). Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. Malawi Medical Journal, 24(3), 69–71. https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2016.01.020

Qualls, M., Pallin, D. J., & Schuur, J. D. (2010). Parametric versus nonparametric statistical tests: The length of stay example. Academic Emergency Medicine, 17(10), 1113–1121. https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2010.00874.x

Rau, H. K., & Williams, P. G. (2016). Dispositional mindfulness: A critical review of construct validation research. Personality and Individual Differences, 93, 32–43.

Ribeiro, J. L. P., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Dtress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. Psicologia, Saúde & Doenças, 5(2), 229–239.

Silva, Borrego, R., Ferreira, V. S., Lavado, E., Melo, R., Rowland, J., & Truninger, M. (2015). Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: O Caso dos Estudantes da ULisboa / 2012. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD).

Sullivan, G. M., & Feinn, R. (2012). Using Effect Size—or Why the P Value Is Not Enough. Journal of Graduate Medical Education, 4(3), 279–282. https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00156.1

Tarrahi, M. J., & Nasirian, M. (2017). Happiness and risk behaviours in freshman students of Khorramabad Universities. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 11(2). https://doi.org/10.5812/ijpbs.7345

Tellegen, A., Lykken, D. T., Bouchard, T. J., Wilcox, K. J., Segal, N. L., & Rich, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. Journal of Personality and Social Psychology, 54(6), 1031–1039. https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1031

Thode, H. C. (2002). Testing for Normality. New York, NY: Marcel Dekker, Inc. Retrieved from http://ir.obihiro.ac.jp/dspace/handle/10322/3933

Tran, T. D., Tran, T., & Fisher, J. (2013). Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. BMC Psychiatry, 13(1), 1. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-24

Van Hoek, G., Portzky, M., & Franck, E. (2019). The influence of socio-demographic factors, resilience and stress reducing activities on academic outcomes of undergraduate nursing students: A cross-sectional research study. Nurse Education Today, 72(July 2018), 90–96. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.013

WHO. (2018). Adolescents: health risks and solutions Factsheet. https://doi.org/10.1109/20.951041

Winkens, B., Engelen, G. J. J. A., Verhey, F. R. J., Schols, J. M. G. A., Collet, J., & de Vugt, M. E. (2017). Well-being of nursing staff on specialized units for older patients with combined care needs. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 25(2), 108–118. https://doi.org/10.1111/jpm.12445

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. World Medical Association. https://doi.org/10.3917/jib.151.0124

A FELICIDADE: UM DOS DETERMINANTES DA SAÚDE OCUPACIONAL

Ana Galvão
Instituto Politécnico de Bragança
(anagalvao@ipb.pt)

Marco Pinheiro
Instituto Politécnico de Bragança
(mpinheiro@ipb.pt)

Eugénia Anes
Instituto Politécnico de Bragança
(eugenia@ipb.pt)

Maria José Gomes
Instituto Politécnico de Bragança
(mgomes@ipb.pt)

RESUMO

As evidências dizem-nos que a felicidade torna os trabalhadores mais produtivos e, apesar de ser um fenómeno predominantemente subjetivo é um fator muito significativo para a realização profissional.

Objetivou-se avaliar os níveis de felicidade, ansiedade, depressão e stress do pessoal docente e não-docente do Instituto Politécnico de Bragança (IPB) e da Universidade do Algarve (UAlg) e identificar eventuais diferenças de acordo com a variável instituição de ensino.

Questionário online composto por: questões socioprofissionais; Oxford Happiness Questionnaire; Escala de Ansiedade Depressão e Stress. Estudo descritivo e correlacional, num plano transversal. Amostra de 201 indivíduos, sendo 56 (27.9%) do IPB e 145 (72.1%) da UAlg. Maioria do sexo feminino (n=161; %=80.1).

Os colaboradores do IPB pontuam mais alto na felicidade e no stress, e os da UAlg nas restantes dimensões. Existe correlação negativa e significativa entre a felicidade e as outras três dimensões em estudo. Aplicado o teste t, provou-se que as diferenças de pontuações na felicidade são estatisticamente significativas. Dos testes de Mann- Whitney para as restantes dimensões, não resultaram diferenças estatisticamente significativas.

Conclui-se que, não obstante, ambos os grupos apresentarem um nível de felicidade satisfatório, este ainda tem muita margem para melhorar. As instituições deverão implementar medidas no sentido de promover a felicidade e o bem-estar dos seus funcionários O coaching de equipas poderá ser uma estratégia útil no sentido de promover a felicidade e o bem-estar no trabalho. Também um programa de Redução do Stress Baseado no Mindfulness poderá contribuir para a felicidade e bem-estar geral dos trabalhadores.

Palavras-chave: felicidade, saúde mental, saúde ocupacional, ensino superior.

INTRODUÇÃO

O bem-estar global e a satisfação no local de trabalho são temas amplamente estudados, tal como o efeito que a felicidade exerce sobre o bem-estar global (Cipresso, Serino, & Giuseppe, 2014; Veenhoven, 2008). Também a saúde ocupacional tem vindo a ser estudada e priorizada em vários contextos (Keramati, 2014; Medvedev et al., 2017), sendo evidência de tal, no contexto português, o Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSO) que inclui, além das questões de saúde físicas, as questões de bem-estar e saúde mental (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Por outro lado, o impacto que as condições de trabalho podem ter na saúde mental, nomeadamente no que diz respeito à ansiedade, depressão e stress, deve ser considerado (Gold et al., 2010; Keramati, 2014), tal como não pode ser minimizada a relação entre a saúde mental, felicidade e o bem-estar (Cipresso et al., 2014; Lyubomirsky, Tkach, & DiMatteo, 2006; Schütz et al., 2013; Tarrahi & Nasirian, 2017).

Contudo, como acontece em diversas situações, a realidade, em muitas casos, não está alinhada com a vontade política demonstrada, pelo que o conceito de saúde ocupacional, centra-se ainda hoje essencialmente em questões de saúde física, ignorando ou relegando para segundo plano as questões da saúde mental.

É neste contexto de reconhecida importância do bem-estar e da felicidade no local de trabalho e de uma observância de uma realidade que pouco enfoque dá a estes aspetos, que imergiu o mote para a realização deste estudo. Objetivou-se, estudar os níveis de felicidade, ansiedade, depressão e stress entre os profissionais do ensino superior do Instituto Politécnico de Bragança (IPB) e da Universidade do Algarve (UAlg), bem como a relação entre essas mesmas dimensões e eventuais diferenças entre grupos socioprofissionais.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Ocupando o trabalho um lugar central na vida das pessoas, originando sentimentos de realização profissional e pessoal, torna-se oportuno estudar o efeito que o trabalho tem sobre a felicidade, e como esta poderá estar relacionada com outras variáveis, nomeadamente condições físicas e psicossociais no local de trabalho.

São vários os fatores que contribuem para uma efetiva felicidade no trabalho, tanto em termos físicos como psíquicos, tais como a satisfação de necessidades fisiológicas, as interações humanas positivas, o reconhecimento, a segurança física e psíquica ou a autorrealização.

No entanto a própria definição de felicidade não é consensual, já que é maiormente um conceito subjetivo, embora duas abordagens agreguem acordo entre vários investigadores. A primeira, também denominada de abordagem "bottom-up", encara a felicidade como o agregado de sentimentos positivos e negativos (Diener, 1984; Tellegen et al., 1988). A segunda abordagem, conhecida como "top-down", sugere que a felicidade é acima de tudo o produto das cognições de um indivíduo e refere-se a avaliações subjetivas das experiências de cada um e suas expressões de satisfação com a vida (Diener, 1984). Já estudos mais recentes sugerem que a felicidade é uma combinação de ambos os conceitos, sendo que, presentemente é esta abordagem que mais seguidores encontra (Medvedev, Shepherd, & Hautus, 2015).

Embora as evidências científicas sobre a ligação entre a felicidade e produtividade sejam inconclusivas, existe um consenso generalizado que trabalhadores felizes têm mais propensão de serem trabalhadores produtivos (Joo & Lee, 2017).

A importância do bem-estar no trabalho, e indiretamente a felicidade dos trabalhadores, está também patente no Programa Nacional de Saúde ocupacional, o qual menciona que a Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT) resulta de uma combinação de esforços entre trabalhadores, empregadores e, não menos importante, a sociedade em geral. É através da PSLT que será possível melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho (Direção-Geral da Saúde, 2013). A PSLT atua em várias áreas como, por exemplo, o encorajamento do desenvolvimento profissional e pessoal, a promoção de uma participação ativa dos trabalhadores na vida das organizações empregadoras ou, o melhorar o ambiente de trabalho e a organização do trabalho em si.

No entanto, como será possível otimizar a produtividade dos trabalhadores e simultaneamente maximizar o bem-estar e a felicidade desse indivíduo? Uma resposta para esta questão pode ser o recurso à psicologia positiva no trabalho.

Um dos conceitos que incorpora as conceções da psicologia positiva no trabalho é o conceito de *flow*, desenvolvido originalmente por Mihaly Csikszentmihalyi, da Universidade de Claremont (Csikszentmihalyi, 1996), sendo um conceito que descreve o estado mental de fluxo, no qual o indivíduo consegue imergir completamente nas atividades que executa, focando assim a sua energia e retirando satisfação e um sentimento de realização, correlacionando-se com a satisfação com a vida e bem-estar subjetivo e, desta forma, com a felicidade. Embora o conceito seja aplicável a todas as atividades que executamos, ele tem sido aplicado, também, às atividades laborais, havendo evidências que é uma forma de estar que influencia positivamente o trabalho que executamos e o bem-estar que isso nos traz (Cipresso et al., 2014; Csikszentmihalyi & Hunter, 2014; Fullagar & Kelloway, 2009; Lyubomirsky et al., 2006; Schütz et al., 2013).

Contudo, só a PSLT e conceitos como o *flow*, não são suficientes para atingir o bem-estar e a felicidade, já que, vários fatores endógenos e exógenos influenciam essas mesmas dimensões, como, por exemplo, o deficit de autoconhecimento, enquanto fator endógeno, ou o stress e a ansiedade, enquanto fatores exógenos. Assim, nas últimas décadas várias metodologias têm vindo a ser utilizadas para ajudar os profissionais a melhor entenderem e controlarem esses fatores, destacando-se, o *coaching* (psicológico, executivo e de vida) e o *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR), ou seja, a redução do stress baseado em técnicas de *mindfulness* ou consciência plena (Creswell, Pacilio, Lindsay, & Brown, 2014; Gold et al., 2010; Grant, 2006; Whitworth, Kimsey-House, & Sandahl, 2007).

METODOLOGIA

Questões Éticas

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos elencados na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013), tendo sido garantida a participação anónima e voluntária e explicado aos participantes o objetivo do estudo. A participação só era possível após aceitação explícita.

Caraterização da Amostra

A amostra é composta por 201 indivíduos, sendo 145 (72.1%) da UAlg, 115 (57.2%) pessoal docente e 146 (72.6%) do sexo feminino.

Dos 145 respondentes da UAlg, 74 (51%) são pessoal não-docente e 107 (73.8%) são do sexo feminino, sendo que dos 56 respondentes do IPB, 44 (78.6%) são docentes e 39 (69.6%) são do sexo feminino.

Questões de Investigação e Hipóteses

Como questões de investigação formularam-se as seguintes:
1. Qual o nível de felicidade dos profissionais, docentes e não-docentes, do IPB e UAlg;
2. Quais os níveis de ansiedade, depressão e stress dos profissionais, docentes e não-docentes, do IPB e UAlg.

Colocaram-se as seguintes hipóteses de investigação:
1. Existem diferenças no nível de felicidade, entre os profissionais (docentes e não-docentes) do IPB e UAlg;
2. Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress, entre os profissionais (docentes e não-docentes), do IPB e UAlg;
3. Existem diferenças no nível de felicidade, de acordo com a função, entre os docentes e os não-docentes;
4. Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress, de acordo com a função, entre os docentes e não-docentes;
5. Existem diferenças no nível de felicidade, entre os respondentes do sexo masculino e os do sexo feminino;
6. Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress, entre os respondentes do sexo masculino e os do sexo feminino;
7. Existe relação entre a felicidade e as três dimensões da saúde mental em estudo (ansiedade, depressão e stress).

Instrumento de Recolha de Dados

Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um questionário online, composto por três partes: questões socioprofissionais; o Oxford Happiness Questionnaire (Hills & Argyle, 2002), um questionário de autorrelato de 29 itens, respondidos numa escala de Likert de 6 pontos; e, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Lovibond & Lovibond, 1995) na sua versão portuguesa (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), uma escala de autorrelato de 21 itens, respondidos numa escala de Likert de 4 pontos, medindo as dimensões Ansiedade, Depressão e Stress, cada uma com 7 itens.

Tratamento Estatístico e Análise de Dados

Os dados foram processados e as estatísticas calculadas, recorrendo ao programa estatístico IBM SPSS, na sua versão 23 para macOS.

Foram calculados as médias e os respetivos desvios padrão para as quatro dimensões em estudo: felicidade, ansiedade, depressão e stress, para os vários grupos para os quais se pretenderam validar as hipóteses formuladas: instituição onde presta serviço, função (docente ou não-docente) e sexo.

Para avaliar a consistência interna das quatro subescalas, foram calculados os respetivos alfas de Cronbach (Cronbach, 1951, 1988).

Procedeu-se à análise da normalidade da distribuição dos dados, para os vários grupos em estudo, através da observação visual dos gráficos de dispersão e pelo teste de Shapiro-Wilk (Ghasemi & Zahediasl, 2012; Thode, 2002), bem como ao cálculo da homogeneidade das variâncias para cada dimensão e respetivo grupo socioprofissional, para definir os testes correlacionais a utilizar, paramétricos ou não-paramétricos, de acordo com o recomendado em vários estudos recentes (Qualls, Pallin, & Schuur, 2010; Van Hoek, Portzky, & Franck, 2019; Winkens et al., 2017).

De acordo com os resultados obtidos, aplicou-se o teste t para amostras independentes, para validar as três hipóteses que incluíam a dimensão felicidade, e o teste de Mann-Whitney para as três hipóteses que incluíam as dimensões da saúde mental: ansiedade, depressão e stress. Nos casos em que existia diferenças estatisticamente significativas, foi também calculado o tamanho de efeito através do d de Cohen (Sullivan & Feinn, 2012).

Para testar a última hipótese, a existência de relações entre as quatro dimensões em estudo, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação rho de Spearman, seguindo também as recomendações mais recentes (Bishara & Hittner, 2012).

Apresentação e Discussão dos Resultados

Para responder às duas questões de investigação: qual o nível de felicidade dos profissionais, docentes e não-docentes, do IPB e UAlg; e quais os níveis de ansiedade, depressão e stress dos profissionais, docentes e não-docentes, do IPB e UAlg, procedeu-se a uma análise descritiva, calculando médias e desvios padrão, sendo os resultados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Pontuações médias e desvio padrão por instituição

		Felicidade	Ansiedade	Depressão	Stress
IPB	M	4.18	2.80	3.11	5.68
	DP	.718	3.159	3.581	3.766
	n	56	56	56	56
UAlg	M	3.97	2.85	3.32	5.63
	DP	.504	3.874	3.636	4.111
	n	145	145	145	145
Total	M	4.03	2.84	3.26	5.64
	DP	.577	3.681	3.613	4.009
	n	201	201	201	201

Como pode ser observado na Tabela 1, a média global para a felicidade situa-se nos 4.03 (DP=.577). Não obstante esta pontuação estar acima da média teórica (3.5), tal não invalida que, numa escala de seis pontos, este valor deva ser interpretado como moderadamente feliz. Observa-se, igualmente, uma pontuação superior para os respondentes que exercem funções no IPB, contudo, também neste caso, a pontuação média é de 4.18 (DP=.718), podendo igualmente ser considerado abaixo do desejável.

Verifica-se níveis de felicidade e stress superiores para os profissionais do IPB e níveis de ansiedade e depressão superiores para os profissionais da UAlg.

Embora sejam escassos os estudos sobre a felicidade do pessoal docente e/ou não-docente, no ensino superior, o nível moderado de felicidade poderá ser resultado, de entre outros, o baixo nível de ligação que existe entre os colaboradores e o próprio estabelecimento de ensino superior, um sistema de progressão que é quase independente do empenho do colaborador e a fraca cadeia hierárquica que por sua vez proporciona um ambiente em que há pouca oportunidade de reconhecimento pelo trabalho realizado (Joo & Lee, 2017).

No que concerne às três dimensões da saúde mental em análise, verifica-se que os níveis de ansiedade, depressão e stress são considerados normais, de acordo com a classificação dada pelos autores da escala original (Lovibond & Lovibond, 1996).

Tal como no que concerne à felicidade, também em relação às dimensões da saúde mental em estudo, não se encontram estudos que avaliam estas variáveis para os profissionais no ensino superior. Contudo, em vários estudos efetuados com estudantes do ensino superior, os níveis encontrados assemelham-se aos apresentados na Tabela 1 (Galvão, Pinheiro, Gomes, & Ala, 2017).

A consistência interna das quatro (sub) escalas, foi avaliada através do cálculo do alfa de Cronbach, sendo os resultados apresentados na Tabela 2, que demonstram uma boa consistência interna para todas elas.

Tabela 2 - Alfas de Cronbach

	a	**Nível**
Felicidade	.882	Bom
Ansiedade	.879	Bom
Depressão	.880	Bom
Stress	.883	Bom

Aplicados os testes de estatística inferencial conforme mencionados na metodologia, só foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas para a dimensão felicidade quando comparados os grupos de acordo com a instituição onde exercem a sua atividade profissional, sendo os resultados apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Resultados teste t – felicidade por instituição

	M	*p*	**Cohen's d**
IPB	4.18	.046	.210
UAlg	3.97		

Os resultados da Tabela 3 mostram, que não obstante as diferenças serem estatisticamente significativas (p=.046), o tamanho de efeito, calculado através do d de Cohen, é pequeno (<.50), pelo que se pode concluir que esta diferença é tangencial (Sullivan & Feinn, 2012), embora dê uma indicação que, em média, os profissionais a prestar serviço no IPB, apresentam níveis de felicidade superiores.

Finalmente, calcularam-se os coeficientes de correlação não-paramétricos de Spearman entre as quatro dimensões em estudo, sendo os resultados apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Correlações de Spearman

	Ansiedade	**Depressao**	**Stress**
Felicidade	-.369**	-.519**	-.353**
Ansiedade		.609**	.688**
Depressao			.673**

**. Correlação é significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

Como pode ser observado dos dados presentes na Tabela 4, não obstante os coeficientes de correlação de Spearman, variarem entre o fraco ($0.30 \leq p \leq 0.49$) e o moderado ($0.50 \leq p \leq 0.69$) (Mukaka, 2012), as relações são todas elas significativas a um nível de .01, demonstrando uma relação inequívoca entre as quatro dimensões analisadas no presente estudo.

Com as análises efetuadas foi possível avaliar o nível de felicidade, ansiedade, depressão e stress dos docentes e pessoal não-docente da amostra. Contudo, não foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas de acordo com variáveis socioprofissionais, com exceção da dimensão felicidade de acordo com a instituição.

No que diz respeito à relação entre as quatro dimensões em estudo, foi possível concluir que existe uma relação entre todas elas.

Com estes resultados foi possível responder às duas questões de investigação e validar duas (hipóteses 1 e 7) das sete hipóteses formuladas.

CONCLUSÕES

Do presente estudo conclui-se que os participantes, docentes e pessoal-não docente do IPB e UAlg, apresentam níveis de felicidade moderados sendo que não aparenta haver um efeito excessivo desta situação sobre a ansiedade, depressão e stress, que se encontram em níveis normais. Contudo, um estabelecimento de ensino, deve ser um local onde, em especial os docentes, devem ser capazes de transmitir conhecimento e entusiasmo pelas suas áreas de especialização, sendo que o entusiasmo no trabalho é dependente da satisfação que se retira e o bem-estar e felicidade que tal provoca.

De acordo com um estudo da Robert Half, conceituada empresa de recrutamento e gestão de carreiras, que contou com a avaliação dos níveis de felicidade de mais de 23 mil profissionais, em oito países, de diferentes faixas etárias, níveis de experiência e indústrias, empresas bem-sucedidas têm colaboradores felizes, mais comprometidos, leais e criativos (Robert Half, 2017). Consequentemente, a felicidade desempenha um papel significativo na produtividade e na qualidade do trabalho.

Consideramos que os níveis de felicidade e bem-estar dos profissionais no ensino superior, podem ser substancialmente melhorados com abordagens baseadas na psicologia positiva, como o *coaching* psicológico e o MBSR, bem como através de métodos de ensino adaptados à atualidade como, a título de exemplo, o *design thinking* adaptado ao ensino (Plattner, 2011).

Propõe-se, desta forma, a implementação de programas de *coaching* psicológico e de MBSR, para docentes e pessoal não-docente, nos estabelecimentos de ensino superior, nomeadamente através da estrutura da RESAPES – Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior e, no caso particular do IPB, através do gabinete de psicologia já existente.

REFERÊNCIAS

Bishara, A. J., & Hittner, J. B. (2012). Testing the significance of a correlation with nonnormal data: Comparison of Pearson, Spearman, transformation, and resampling approaches. *Psychological Methods*, 17(3), 399–417. https://doi.org/10.1037/a0028087

Cipresso, P., Serino, S., & Giuseppe, R. (2014). The pursuit of happiness measurement: A psychometric model based on psychophysiological correlates. *Scientific World Journal*, 2014. https://doi.org/10.1155/2014/139128

Creswell, J. D., Pacilio, L. E., Lindsay, E. K., & Brown, K. W. (2014). Brief mindfulness meditation training alters psychological and neuroendocrine responses to social evaluative stress. *Psychoneuroendocrinology*, 44(2014), 1–12. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.02.007

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. https://doi.org/10.1007/BF02310555

Cronbach, L. J. (1988). Internal consistency of tests: Analyses old and new. *Psychometrika*, 53(1), 63–70. https://doi.org/10.1007/BF02294194

Csikszentmihalyi, M. (1996). *Flow and the psychology of discovery and invention*. New York: Harper Collins.

Csikszentmihalyi, M., & Hunter, J. (2014). Happiness in everyday life: The uses of experience sampling. *Flow and the Foundations of Positive Psychology: The Collected Works of Mihaly Csikszentmihalyi*, (February), 89–101. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8_6

Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional: 2o Ciclo – 2013/2017*.

Fullagar, C. J., & Kelloway, E. K. (2009). "Flow" at work: An experience sampling approach. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82(3), 595– 615. https://doi.org/10.1348/096317908X357903

Galvão, A., Pinheiro, M., Gomes, M. J., & Ala, S. (2017). Ansiedade, Stress e Depressão Relacionados Com Perturbações do Sono-Vigília e Consumo de Álcool em Alunos do Ensino Superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5(spe5), 8–12. https://doi.org/10.19131/rpesm.0160

Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2), 486–489.

Gold, E., Smith, A., Hopper, I., Herne, D., Tansey, G., & Hulland, C. (2010). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for primary school teachers. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 184–189. https://doi.org/10.1007/s10826-009-9344-0

Grant, A. M. (2006). Coaching Psychology. *International Coaching Psychology Review*, 1(1), 12–22.

Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1073–1082. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00213-6

Joo, B.-K., & Lee, I. (2017). Workplace happiness: work engagement, career satisfaction, and subjective well-being. *Evidence-Based HRM: A Global Forum for Empirical Scholarship*, 5(2), 206–221. https://doi.org/10.1108/EBHRM-04-2015-0011

Keramati, M. R. (2014). A comparison of health-related quality of life and job satisfaction in physically active and sedentary faculty members, 1(2), 68–77.

Lovibond, & Lovibond, P. (1996). *Manual for the Depression, Anxiety and Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation of Australia.

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.

Lyubomirsky, S., Tkach, C., & DiMatteo, M. R. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem? *Social Indicators Research*, 78(3), 363–404. https://doi.org/10.1007/s11205-005-0213-y

Medvedev, O., Shepherd, D., & Hautus, M. J. (2015). The restorative potential of soundscapes: A physiological investigation. *Applied Acoustics*, 96, 20–26. https://doi.org/10.1016/j.apacoust.2015.03.004

Medvedev, O., Siegert, R. J., Mohamed, A. D., Shepherd, D., Landhuis, E., & Krägeloh, C. U. (2017). The Oxford Happiness Questionnaire: Transformation from an Ordinal to an Interval Measure Using Rasch Analysis. *Journal of Happiness Studies*, 18(5), 1425–1443. https://doi.org/10.1007/s10902-016-9784-3

Mukaka, M. M. (2012). Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal*, 24(3), 69–71. https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2016.01.020

Plattner, H. (2011). *Kit Design Thinking para Educadores*. São Paulo: Instituto Educadigital Tradução: https://doi.org/10.1007/978-3-642-13757-0

Qualls, M., Pallin, D. J., & Schuur, J. D. (2010). Parametric versus nonparametric statistical tests: The length of stay example. *Academic Emergency Medicine*, 17(10), 1113–1121. https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2010.00874.x

Ribeiro, J. L. P., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Dtress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.

Robert Half. (2017). Felicidade do colaborador é fundamental para o sucesso da organização | Robert Half. Retrieved March 28, 2019, from https://www.roberthalf.com.br/imprensa/felicidade-do-colaborador-e- fundamental-para-o-sucesso-da-organizacao

Schütz, E., Sailer, U., Al Nima, A., Rosenberg, P., Andersson Arntén, A.-C., Archer, T., & Garcia, D. (2013). The affective profiles in the USA: happiness, depression, life satisfaction, and happiness-increasing strategies. *PeerJ*, 1, e156. https://doi.org/10.7717/peerj.156

Sullivan, G. M., & Feinn, R. (2012). Using Effect Size—or Why the P Value Is Not Enough. *Journal of Graduate Medical Education*, 4(3), 279–282. https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00156.1

Tarrahi, M. J., & Nasirian, M. (2017). Happiness and risk behaviours in freshman students of Khorramabad Universities. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(2). https://doi.org/10.5812/ijpbs.7345

Tellegen, A., Lykken, D. T., Bouchard, T. J., Wilcox, K. J., Segal, N. L., & Rich, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1031–1039. https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1031

Thode, H. C. (2002). *Testing for Normality*. New York, NY: Marcel Dekker, Inc. Retrieved from http://ir.obihiro.ac.jp/dspace/handle/10322/3933

Van Hoek, G., Portzky, M., & Franck, E. (2019). The influence of socio-demographic factors, resilience and stress reducing activities on academic outcomes of undergraduate nursing students: A cross-sectional research study. *Nurse Education Today*, 72(July 2018), 90–96. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.013

Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9(3), 449–469.

Whitworth, L., Kimsey-House, H., & Sandahl, P. (2007). *Co-active coaching: new skills for coaching people toward success*. Palo Alto: Davies-Black. Retrieved from http://vle.iceonline.cam.ac.uk/mod/forum/view.php?id=574801

Winkens, B., Engelen, G. J. J. A., Verhey, F. R. J., Schols, J. M. G. A., Collet, J., & de Vugt, M. E. (2017). Well-being of nursing staff on specialized units for older patients with combined care needs. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(2), 108–118. https://doi.org/10.1111/jpm.12445

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *World Medical Association*. https://doi.org/10.3917/jib.151.0124

PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR NO ENSINO SUPERIOR POR MEIO DO PROJETO FLORESCER – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Terezinha Teixeira Joca
Universidade de Fortaleza

Michelle Galvão de Souza
Universidade de Fortaleza

Ana Rebeca Medeiros N.de Oliveira
Universidade de Fortaleza

RESUMO

Este estudo tem como objetivo descrever a experiência de desenvolver atividades de promoção de bem-estar. no ensino superior. por meio do Projeto Florescer. Trata-se de relato de experiência, com natureza descritiva, da prática de atividades abertas, de relaxamento e convivência, oferecidas no campus de uma universidade do nordeste brasileiro. O projeto surgiu devido ao crescente índice de sofrimento psiquico e suicídio de estudandes universitários, e pretende acolher os alunos com momentos de desestresse no meio acadêmico. Acontece no intervalo dos períodos de avaliação, quando se registra maior demanda por atendimento psicológico no programa de apoio da instituição. Ocorreu no período de agosto a dezembro de 2018, da fase de criação ao relatório final. Na fase de planejamento colocou alunos de publicidade e propaganda em protagonismo, para criação de peças e divulgação do projeto e, em sua execução, trouxe estudantes de

psicologia como apoio. As atividades abertas e de livre participação ocorreram em dois momentos, no mês de setembro e novembro, com a participação de 157 estudantes. Adotou-se a observação participante, associada a utilização de diário de campo. Como embasamento teórico, foi utilizada a Abordagem Centrada na Pessoa.

Durante os encontros, percebia-se a surpresa dos estudantes ao dar de encontro com atividade fora da caixa, em um meio universitário, e descobriam que, no campus, era posível parar para pensar em si e desestressar. Portanto, concluímos que o projeto possibilita amenizar o sofrimento e a sobrecarga acadêmica do estudante universitário e contribui com a promoção de seu bem-estar.

Palavras-chave: Ensino Superior; Bem-Estar; Sofrimento Psiquíco.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, percebe-se que as questões de saúde mental têm aflorado, de forma mundial, da mesma forma que o sofrimento psíquico e o adoecimento têm crescido de forma significativa no meio dos estudantes universitáros. O que de forma mais drástica segue para os indícies de suicídio, que no Brasil os dados de 2012, revelam "elevação significativa das taxas de suicídios a partir dos 17 ou 18 anos de idade, com taxas bem acima da média nacional, em torno de 5 suicídios a cada 100 mil habitantes" (Waiselfisz, 2014, p.14). Idade em que os jovens brasileiros estão ingressando no Ensino Superior.

Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como o bemestar físico, mental e social e, desse modo, não implica apenas a ausência de doenças, faz-se necessário olhar de forma mais próxima o estudante e, durante o seu processo de formação, a universidade oferte espaços e ações de promoção de saúde. Por estarmos vinculadas à área de gestão do estudante, em uma Universidade particular do nordeste brasileiro, que se propõe a acolher o estudante e que passou a desenvolver ações conjuntas, com outros setores, a fim de aliviar as tensões dos estudantes e promover o bem-estar, assim, surgiu o interesse de relatar a experiência vivida a partir de um projeto, que oferece entre o período de avaliação, práticas de atividades abertas, de relaxamento e convivência no campus.

Para tal, este estudo tem como objetivo descrever a experiência de desenvolver atividades de promoção de bem-estar, no ensino superior, por meio do "Projeto Florescer". O qual ainda conta com o protagonismo dos alunos na preparação do material de divulgação e nas atividades dos encontros, a fim de apresentarem os seus talentos. Considerando que as atividades esportivas e de lazer podem contribuir para formação pessoal, além das atividades acadêmicas de monitoria, pesquisa e extensão, "as saúdes física e mental também podem ser beneficiadas pelo currículo paralelo" (Ferreira, Carreira, Botelho & Souza, 2016, p. 117). Desse modo, também, instigávamos os estudantes e os egressos a mostrarem os seus talentos, assim como Delors (2004, p.20), comentando o da UNESCO, sobre educação, assegura a prescrição: "não deixar por explorar nenhum dos talentos que constituem como que tesouros escondidos no interior de cada ser humano. Memória, raciocínio, imaginação, capacidades físicas, sentido estético, facilidade de comunicação com os outros, carisma natural para animador".

Ao pensar fora da caixa, retirando o foco exclusivo dos conteúdos cognitivos da formação universitária, Rogers na década de 1970 já mencionava que "uma nova abordagem em relação à educação requer novos modos de ser e novos métodos de lidar com diferentes problemas" (Rogers, 2001, p. 90). Ao que Delors (2012, p.89), sobre a educação para o século XXI, afirma "à educação cabe fornecer, de algum modo, os mapas de um mundo complexo e constantemente agitado e, ao mesmo tempo, a bússola que permita navegar através dele".

O estudo traz a sua sustentação teórica na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), na qual Rogers (1980/2012) afirma que todo o indivíduo possui uma tendência Atualizante que o coloca em direção ao crescimento, por apresentar os seus recursos internos que podem ser facilitados por meio de um ambiente favorável. E, é a partir desse diálogo com o autor da teoria que surgiu a proposta de nominar o projeto "Florescer". Isso porque "a abordagem acredita que as pessoas são livres para escolherem e serem responsáveis por seus caminhos e que podem ser autores de suas próprias vidas (Joca, 2015, p.16).

Diante disso, a relevância do estudo se mostra a partir das evidências de se dialogar e refletir sobre a importância de se fomentar ações de promoção de saúde no ambiente universitário, que é apresentada como demanda pelos próprios estudantes, em decorrência das altas cargas acadêmicas, a violência e o estresse contemporâneo.

Uma vez que, a execução das ações do Projeto Florescer apresentou como resultado, a partir da avaliação dos estudantes, um novo olhar para academia e a vida, com a sensação de bem-estar e um clima de harmonia vivido, no Campus, pelos participantes.

Um projeto a ser semeado

A gestão do estudante foi pensada, não para lidar com as questões acdêmicas documentais, mas para lidar com as relações e as reinvindicações. Assim, ela se constitui do Programa de Apoio Psicopedagógico (PAP), Programa Tutorial Acadêmico (PTA), Programa de Carreira e Programa de MonitoriaDiante do cenário de demandas emocionais que chegam aos programas de atendimento ao estudante e que são indicadas em um quantitativo de 60% dentre as demais demandas, de acessibilidade e psicopedagógico, nos atendimentos do PAP, o grupo pensou em formas de desestressar e promover bem-estar no Campus.

Devemos considerar que a instituição, mesmo que não apresente uma política interna formal de promoção de saúde, a temática encontra-se presente nas discussões da administração superior e apresenta várias ações extensivas que contribuem para o bem-estar e a promoção de

saúde. A considerar, desde a sua estrutura física com o campus arborizado e de preervaçao da natureza; atividades esportivas; campus aberto ao do público interno e externo, para o lazer; teatro; exposição de arte e atividades diversas oferecidades no decorrer do ano letivo.

Estamos trilhando o caminho para ingressar de maneira formal na promoção de saúde, como assinala Becerra, Alba e Granados (2013, p.325): "El compromiso con la promoción de la salud se manifiesta actualmente en la universidad por medio de sus múltiples responsabilidades: como organización educativa, como empleadora, como una institución comunitaria y, frecuentemente, como proveedora de servicios de salud".

Trilhando com a metodologia

Este estudo trata de um relato de experiência de natureza descritiva (Severino, 2016), que por meio de uma proposta qualitativa (Minayo, 2013; Sandín Esteban, 2010), abordou-se a experiência proposta pelo projeto florescer a fim de descrever o que foi vivido nos encontros.

A experiência, aqui relatada, ocorreu no período de agosto a dezembro de 2018, da fase de criação ao relatório final. Enquanto que os encontros do Florescer ocorreram no intervalo dos períodos de avaliação. Com a proposta de propor protagonismo ao estudante e egresso, na fase de planejamento colocou alunos de publicidade e propaganda para criação de peças e divulgação do projeto e, em sua execução, houve a participação de estudantes de psicologia como apoio. As atividades abertas e de livre participação ocorreram em dois momentos, no mês de setembro e novembro, com a participação de 157 estudantes, em local envolvido pela natureza e de fácil acesso, ao entardecer para contemplar os dicentes dos turnos tarde e noite. Nessa primeira versão foram dois encontros de duas horas e trinta minutos, cada.

Adotou-se a observação participante, associada a utilização de diário de campo e uma avaçiação da proposta logo em seguida aos encontros. A fim de analisar as informações registradas, foi empregado o método descritivo (Minayo, 2013; Sandín Esteban, 2010).

Os encontros e o florescimento no Campus – resultado e discussão

Acresce que, as atividades alternativas oferecidas, pelo projeto, englobaram: prática de yoga, meditação, música instrumentsl (*handpan*), pintura de mandalas, mural de recados, desenho livre, montagem de ikebana, origami e fanzine. Foram realizadas em local arborizado e de fácil acesso, com a facilitação dos professores do PTA, estudantes de cursos diversos e egressos, contando ainda com a participação de duas estudantes de psicologia circulando no campos com uso das técnicas de palhaçaria, descontraindo as pessoas que se encontravam no campus.

Desse modo, o projeto promovia encontros entre pessoas de forma leve, descontraída e até distante dos conteúdos acadêmicos, e mostrava formas sensiveis de estar no campus, em grupo ou em silêncio, em produções com significados pessoais, para de alguma forma, dar um tempo para si, encontra-se e encontrar o outro, desprovido de cobranças acadêmicas. A proposta de leveza dos encontros, da parada em um *oásis*, distante das ações vividas em sala de aula, propunha-se a esse estar consigo e estar com o outro, porque "à medida que eu aceito melhor ser eu mesmo, descubro que me encontro mais preparado para permitir ao outro ser ele próprio (Rogers, 2009, p. 379).

Os relatos dos participantes trazia em seus discursos o sentimento de leveza e bem-estar, além da descoberta de que é possível sair do automático, do frenezi do mundo contenporâneo de atividades acadêmicas elaborais. Umas das participante, jovem estudante do Curso de Medicina, comenta: *Eu vinha passando, cansada, saí correndo para ir estudar em casa, mas fui chamada por essa música. Vi as pessoas pintando e desenhando, daí resolvi ficar. Posso lhe dizer que estou mais leve, mesmo sabendo que deixei de estudar.* Assim, descobria-se a possibilidade de aproveitar o campus tão belo, que o dia a dia não nos deixa perceber, com a passarada se recolhendo ao entardecer e o vento que soprava no varal de mensagens, chamando a atenção de belas palavras esscritas com o coração. Mostrou aos participantes o quão é possível o encontro com colegas mais achegados e a abertura de conhecer novas pessoas, colegas de outros cursos, além da revelação dos talentos durante as atividades. Uma das participantes, estudante de segunda graduação, com idade acima de cinquenta anos diz "Estou com a minha emoção aflorada, um sentimento tão bom na alma, mas muito admirada com tudo... porque nunca pensei que iria ter uma experiência desta, na universidade, nessa altura de minha vida".

O que nos remete a Teixeira e Costa (2017, p.20), quando afirmam que "o bem-estar subjectivo é normalmente associado à tradição filosófica de hedonismo, sendo a procura de bem-estar, prazer e felicidade o bem supremo da vida humana".

Sabemos o quanto é difícil mensurar esse bem-estar, mas é preciso pensar na promoção de saúde de nossos estudantes, de nossa sociedade, além da criação de espaços de empoderamento e reflexões para o desenvolvimento de ações de gentileza, em um mundo crescente de individalizações e práticas de competição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não poderíamos concluir algo que se encontra em processo, em construção. Mas podemos dizer que a experiência com o Projeto Florescer e a partir da constatação de sentimentos positivos gerados e apresentados durante os encontros, por meio de comentários sobre a extensão para vida dos estudantes, coloca-nos em uma posição de argumentos para o fortalecimento de uma política formal de promoção de saúde no ensino superior.

Por considerarmos que a formação acadêmica está para além da habilidades e conhecimentos cognitivos, no campus pode haver espaços para talentos, para a promoção de bem-estar e da felicidade.

REFERÊNCIAS

Becerra, N., Alba, L. H. & Granados, M. C. (2013) . Orientaciones para la implementación de un programa de mantenimiento de la salud en los servicios de salud universitarios. *Universitas Médicas*. 54 (3), 322-337.

Delors, J (Org) (2012). *Educação: um tesouro a descobrir*. (10a ed.) São Paulo: Cortez.

Ferreira, I. G., Carreira, L. B., Botelho, N. M. & Souza, L. E. A. (2016). Atividades Extracurriculares e formação médica: diversidade e flexibilidade curricular. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. 1(2) 114-124.

Minayo, M. C. D. S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (13a ed.). São Paulo: Hucitec.

Rogers, C. R. (2001). *Sobre o poder pessoal* (4a ed). (W. A. Penteado, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra Original publicada em 1977).

Rogers, C. R. (2009). *Tornar-se pessoa* (6a ed). (M. J. Ferreira e A. Lamparelli, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra Original publicada em 1961).

Sandín Esteban, M. P. (2010). *Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições*. (M. Cabrera, Trad.). Porto alegre: AMGH.

Severino, A. J. (2016). *Metodologia do trabalho científico.* São Paulo: Cortez.

Teixeira, M. O. & Costa, C. J. (2017). Carreira e bem-estar subjetivo no ensino superior: determinantes pessoais e situacionais. *Rev Bras de Orientação Profissional.* 18 (1) 19-29 DOI: 10.26707/1984-7270.

Waiselfisz, J. J. (2014). *Mapa da violência 2014*: os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: Flacso.

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Cristina Nunes

AS RELAÇÕES COM O DINHEIRO: CONSTRUINDO, DESTRUINDO, RE E CO-CONSTRUINDO CAMINHOS POSSÍVEIS COM ELE NA FAMÍLIA

Andreza Maria Neves Manfredini
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
(andreza.m@uol.com.br)

Ceneide Maria de Oliveira Cerveny
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
(ceneidecerveny@gmail.com)

RESUMO

O objetivo deste trabalho, foi compreender como se estabelece o processo de educação financeira/ econômica na dinâmica das relações familiares, na classe média, na fase de aquisição do ciclo vital da família, a fim de construir um modelo teórico que explique essas relações na atualidade. Foi uma pesquisa qualitativa por meio da teoria fundamentada nos dados (*Grounded Theory Methodology*). Os instrumentos foram a entrevista semi-estruturada e o grupo focal. A amostra foi por acessibilidade. Os participantes nas entrevistas foram 19 famílias e no grupo focal foram realizados 6 grupos, sendo um total de 38 pessoas. Todos os participantes vivenciavam em diferentes configurações na fase de aquisição, fase adolescente, fase madura e fase última do ciclo vital da família. Análise de dados, iniciou-se pela microanálise que gerou conceitos diversos e envolve a codificação aberta, posteriormente a codificação axial na qual as categorias formam pelos conceitos agrupados por relacionarem-se numa mesma ideia. Por fim, a codificação seletiva que norteia e organiza todos os eixos já descritos, formando somente um único fenômeno entre as categorias. A teoria que emergiu dos dados foi denominada "*As relações com o dinheiro: construindo, destruindo, re e co construindo caminhos possíveis com o dinheiro na família*".

Palavras-chave: Dinheiro, Ciclo Vital da Família, Teoria Fundamentada nos Dados.

INTRODUÇÃO

Investigar o processo de educação financeira/econômica ao longo do ciclo vital da família, entre pais e filhos e também entre os cônjuges, é uma questão que está pautada na possibilidade de se ter um relacionamento saudável em relação ao dinheiro, uma vez que esse processo é inerente a qualquer família.

Nesta pesquisa, as questões que motivaram a investigação foram: Como a educação financeira/econômica na fase de aquisição influencia o uso do dinheiro nas outras fases do ciclo vital da família? Como as famílias usam o dinheiro? Como atribuem valor a ele ao longo do ciclo vital? Ao longo das diferentes fases do ciclo vital, como e onde pais e filhos buscam informações para usar o dinheiro? Como o dinheiro é entendido e visto pelas diferentes pessoas da família, em momentos diferentes do ciclo vital?

Estas e outras questões pairam nas ideias da pesquisadora há algum tempo. Todavia, mesmo tendo realizado pesquisas ao longo de mais de uma década (DUQUE, MANFREDINI, 2002; DUQUE, MANFREDINI, 2003; MANFREDINI, 2007), o tema dinheiro na família assinala maior complexidade com o passar dos anos, pois cada vez mais o consumismo toma conta da vida cotidiana.

Para a realização desta pesquisa, foi tido como objetivo geral compreender como se estabelece o processo da educação financeira/ econômica na dinâmica das relações familiares, na classe média, ao longo do ciclo vital da família, a fim de construir um modelo teórico que explique essas relações na atualidade. Os objetivos específicos foram: compreender como pais, filhos e cônjuges lidam com o dinheiro e que valor atribuem a ele, na dinâmica familiar; identificar as dificuldades que pais, filhos e cônjuges enfrentam ao lidar com o dinheiro no processo de educação financeira/econômica ao longo do ciclo vital da família; identificar e compreender as estratégias que as famílias utilizam para realizar a educação financeira/econômica ao longo do seu ciclo; identificar como e onde as famílias buscam informações sobre educação financeira/econômica; identificar como a mídia influi no consumo e no uso do dinheiro pela família.

Segundo as ideias de Morin (1996: 274), na complexidade está presente um pensamento que se confronta com a dificuldade. "Pode-se dizer que há complexidade onde quer que se produza um emaranhamento de ações, de interações, de retroações". Esse autor observa que nada no mundo está realmente isolado do restante do universo, no qual tudo está em relação. Essa ideia vai ao encontro do pensamento sistêmico novo-paradigmático, que considera a complexidade como um pressuposto que, ao contextualizar o fenômeno, amplia o foco e o observador percebe as circunstâncias em que ele acontece, podendo variar entre relações intra e intersistêmicas. Formam, então, uma teia de fenômenos interligados numa causalidade circular, ou seja, recursivamente um sistema influencia e é influenciado por outros sistemas (VASCONCELLOS, 2003).

Considera-se o fenômeno da educação financeira/econômica nas famílias ainda como algo complexo a ser investigado na contemporaneidade, em especial para as demandas da Psicologia Clínica. De acordo com as ideias de Neubern (2005), que entende essa área como sendo uma construção da sociedade e, por essa razão, não se pode isentar-se da responsabilidade de refletir e de considerá-la, sobretudo, no que concerne aos impactos que ressoam na organização da sociedade. Concorda-se que o dinheiro que permeia as relações familiares, traz demandas, as quais devem vir acompanhadas de uma reflexão ética e de responsabilidade do profissional clínico, uma vez que a sociedade tem uma tendência à complexificação na relação com o dinheiro.

Ferreira (2006) afirma que a maneira como a economia influencia a vida das pessoas, seus sentimentos, pensamentos, comportamentos

e o modo como esses elementos influenciam a vida da economia são assuntos relacionados à Psicologia Econômica. Van Raaij (2015) diz que os comportamentos associados a dinheiro, tempo e esforço fazem parte dos estudos da Psicologia Econômica, assim como seus efeitos sobre os indivíduos e os efeitos dos indivíduos sobre a economia.

Com esta pesquisa realizada, expressa-se a preocupação, que está muito relacionada às ideias do autor citado, no sentido de oferecer à sociedade, de maneira profissional, no âmbito da Psicologia, "[...] questionamentos sobre as consequências e implicações das propostas epistemológicas do conhecimento em suas relações com a sociedade" (NEUBERN, 2005: 80).

Pensar sistemicamente permite desenvolver uma visão integradora do indivíduo-família-comunidade, ecologicamente interligados e mutuamente se influenciando. É nessa perspectiva que as ideias da pesquisa se apoiaram, e no pensamento sistêmico novo-paradigmático, com adoção de ideias baseadas na concepção construcionista social[3], considerada importante para compreender o fenômeno situado no tempo e no espaço, influenciando e sendo influenciado por mudanças sociais de toda natureza (BERTHOUD & COELHO, 2011)

MÉTODO

Considerando o conhecimento da subjetividade, que varia de acordo com quem percebe o fenômeno, não se vê separação de sujeito e objeto, por se entender que aspectos ontológicos e epistemológicos estão ligados. Ao decidir pela pesquisa qualitativa, reafirma-se que sua confiabilidade está na posição do sujeito que, eticamente, descreve o fenômeno de tal modo que outras pessoas podem percorrer o mesmo caminho. Trata-se de uma pesquisa delineada pela metodologia qualitativa, que permite a compreensão profunda e ampla sobre o processo da educação financeira ao longo do ciclo vital da família. Esse tipo de pesquisa caracteriza-se pela construção conjunta que acontece entre a subjetividade do pesquisador e a subjetividade do pesquisado, emergindo como um produto da relação entre as subjetividades, que podem ser consideradas como intersubjetividades (JACOB, 1993).

Na pesquisa qualitativa, as subjetividades (tanto do pesquisador quanto do pesquisado) pairam na construção dos significados dados na obtenção dos resultados (BIASOLI-ALVES, 1998). Dessa forma, a subjetividade tem relevância para a pesquisa qualitativa, pois o pesquisador pode ser considerado como o instrumento de coleta de dados primários, o que pode determinar que se torne claro e explícito ao relatar os dados obtidos (MOON, DILLON & SPENKLE, 1990).

Pelo fato de já ter realizado pesquisas qualitativas na monografia da graduação, na dissertação do mestrado e atualmente na tese do doutorado possibilitou ampliar, aprofundar e enriquecer o conhecimento adquirido junto ao mundo da pesquisa qualitativa. Tal fato provou maturidade suficiente para escolher o método da Teoria Fundamentada nos Dados. Trata-se de uma abordagem metodológica que tem como objetivo construir uma teoria com base nos dados sistematicamente coletados e analisados durante a pesquisa (STRAUS E CORBIN, 1998). A Teoria Fundamentada nos Dados, *Grounded Theory Methology*, foi o método que se mostrou mais coerente com o que se pretendeu investigar. É uma metodologia que conduz o pesquisador do plano descritivo a alcançar um plano explicativo.

Podemos dizer que, a Grounded Theory Methodology é um enorme guardachuva, que se manifesta da criatividade do pesquisador de forma competentemente em nomear categorias, fazer perguntas estimulantes, fazer continuamente comparações e extrair um esquema novo, para construir o fenômeno.

Strauss e Corbin (2008) ponderam que, por mais que seja inovadora a ideia da teorização, o processo de transformação de ideias deve ser explorado, considerando-se os muitos ângulos diferentes.

Participantes

Para Strauss e Corbin (2008) uma das principais questões para o pesquisador é onde fazer a amostragem, ou seja, aonde ir para obter os dados necessários para o desenvolvimento da teoria evolutiva. Além disso, há outros questionamentos pertinentes do pesquisador referentes a como deve proceder para formar a amostra, quando se deve iniciar e em que momento da coleta se sabe que já foi feito o suficiente.

Em se tratando da Teoria Fundamentada nos Dados, a amostragem teórica segundo os autores citados, tem o objetivo de maximizar oportunidade de comparações com fatos e experiências afim de determinar como uma categoria varia em termos de suas propriedades e em termos de suas dimensões. A amostragem tende a ser cumulativa, pois cada evento amostrado edifica e acrescenta algo à coleta e à analise em relação ao que já foi anteriormente coletado. Então deve-se ir diversificando dentro dos critérios de saturação, do grupo amostral, as experiências para que se amplie a categoria.

Partindo deste pressuposto, participaram da pesquisa, pais e filhos que vivenciavam as fases de aquisição, adolescente, madura e última do ciclo vital da família (CERVENY, 1997), pertencentes à classe média, que residiam em cidades no Vale do Paraíba, no Estado de São Paulo.

Foram considerados para a entrevista familiar um total de dezenove famílias, com configurações diferentes, organizadas da seguinte maneira: 1- na fase de Aquisição participaram cinco famílias, que moram na mesma casa; 2- na fase Adolescente forma cinco famílias. Destas famílias, duas, os filhos retornam a casa dos pais somente aos finais de semana, por estudarem em outra cidade; 3- na fase Madura: quatro famílias. Destas famílias, duas, moram somente o casal, em outra mora a mãe e dois filhos e na outra, o filho retorna à casa dos pais somente aos finais de semana, por trabalhar em outra cidade; 4- na fase Última foram cinco famílias, sendo um casal e os outros quatro viúvos. Dentre os viúvos, uma viúva mora com duas filhas solteiras, e os outros três moram sozinhos.

Os grupos focais totalizaram com a participação de trinta e oito pessoas, em seis grupos e foram organizados da seguinte forma: 1- na fase de Aquisição foram um grupo focal com cinco crianças (três meninos e duas meninas) entre nove e onze anos que moram com os pais e um grupo focal com seis pais (três homens e três mulheres) que moram na mesma casa; 2- na fase Adolescente foram um grupo focal com sete adolescentes (cinco homens e duas mulheres) entre catorze e vinte anos que moram com os pais e um grupo focal com cinco pais (dois homens e três mulheres) que tem filhos adolescentes e que moram na mesma casa; 3- na fase Madura foi um grupo focal com nove pais (quatro homens e cinco mulheres) que tem filhos adultos, no qual o casal mora junto e nem todos os filhos moram com

[3] Segundo Vilela e Souza (2014), no discurso construcionista social, é considerada a verdade, aquela em que qualquer comunidade pode legitimar como tal, nas quais utilizam parâmetros históricos e culturais. Não cabe ao construcionismo, verdades que não possam ser contestadas por sua contextualidade, que se sustentaria no tempo e no espaço de forma independente de quem as descreve como tal. Gergen e Gergen (2010) apontam que as perspectivas construcionistas se baseiam nas relações e não nos indivíduos que constituem uma sociedade. Desse modo, acreditam ampliar sua visão relacional por ter a crença de que este pode ser o caminho de promover mais e novas promissoras formas de ação e, não somente porque esta seja uma visão verdadeira.

os pais; 4- na fase Última foi um grupo focal com seis pessoas (dois casais que moram juntos, uma solteira e uma viúva, ambas morando sozinhas (dois homens e quatro mulheres).

Pelo fato de se tratar de um estudo relacionado ao dinheiro, houve necessidade de uma descrição mais detalhada do perfil do participante, com indicação da cidade de moradia, nível educacional dos pais, idade, bens e renda familiar. Essa descrição foi dada pelos responsáveis das famílias, no final de cada entrevista, e isso foi feito também para a realização do grupo focal. Para determinar a classe social, foi utilizado, conforme aponta Carneiro (2016), os critérios por faixas de salário-mínimo de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Este critério é de cálculo fácil, simples, não considera patrimônios e leva somente em consideração a divisão em apenas cinco faixas de classe social, segundo quadro 1, baseado no salário mínimo de R$ 880,00 referente ao ano de 2016.

Quadro 1 - Inserção social

Classe	Salários – Mínimo (SM)	Renda Familiar (R$) em 2016
A	Acima de 20 SM	R$ 17.600,01 ou mais
B	De 10 a 20 SM	R$ 8.800,01 a R$ 17.600,00
C	De 4 a 10 SM	R$ 3.720,01 a R$ 8.800,00
D	De 2 a 4 SM	R$ 1.760,01 a R$ 3.720,00
E	Até 2 SM	Até R$ 1.760,00

Fonte: elaborado pelo IBGE (2016).

Os pais preencheram uma ficha, para elaboração do perfil das crianças e dos adolescentes no grupo focal. Este tipo de amostragem é caracterizado, como aquela em que "[...] o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo." (GIL, 1999: 104)

Instrumentos

A escolha sobre os tipos de dados a serem usados na pesquisa é uma preocupação inicial do pesquisador. Segundo Strauss e Corbin (2008) essa escolha deve ser feita baseada nos dados que tenham mais potencial de capturar os tipos de informações desejados. A decisão tomada no início da pesquisa em realizar entrevista e grupo focal como instrumentos, foi uma decisão que se ajustou à realidade dos dados, sendo recursos disponíveis que contribuíram para a pluralidade dos dados.

Foi utilizada a entrevista semiestruturada composta por um roteiro norteador preestabelecido (ANEXO D), com tópicos relacionados aos objetivos da pesquisa, por exemplo, perguntas que investigam como os pais, filhos e casal lidam com o dinheiro nas diferentes fases do ciclo vital da família e qual valor e dificuldades atribuem a ele. Conforme Manzini (2012: 155), a entrevista semiestruturada caracteriza-se principalmente por um roteiro de perguntas abertas e flexíveis.

Para a composição de cada grupo focal foram recrutados no mínimo quatro participantes, *a priori*, mantendo-se o mesmo número de homens e mulheres no grupo focal dos pais (não há necessidade de ser o casal, bastando ser pai ou mãe), e o mesmo número de meninos e meninas no grupo dos filhos. Esse tamanho de grupo focal é importante por possibilitar a participação das pessoas por um período de tempo e porque contribui para melhor entrosamento.

Segundo Morgan (1997), o grupo focal é a utilização explícita da interação grupal para produzir dados que seriam menos acessíveis sem a interação, a respeito de um tema, em um período de tempo limitado. O grupo focal proporciona interação social, pois a opinião de um pode influenciar a do outro, assim como a opinião de cada um pode influenciar a do grupo.

ANÁLISE DOS DADOS

Strauss e Corbin (2008) entendem que as análises dos dados referentes à teoria fundamentada conduzem a coleta de dados. Assim, foi possível iniciar as análises após a realização da primeira entrevista, por meio do procedimento da microanálise. Strauss e Corbin (2008: 65) definem a microanálise como "[...] análise detalhada linha por linha, necessária no começo de um estudo para gerar categorias iniciais (com suas dimensões) e para sugerir relações entre categorias; uma combinação de codificação aberta e axial". O procedimento dessa microanálise envolveu a codificação aberta e a codificação axial.

Segundo estes autores, a primeira diz respeito à identificação dos conceitos por meio da análise que desvenda as propriedades e dimensões com apoio de ferramentas analíticas e que demanda mais tempo. Segundo esses autores, a codificação aberta serve para "[...] revelar, nomear e desenvolver conceitos, devemos abrir o texto e expor pensamentos, ideias e significados que ele contém" (STRAUSS E CORBIN, 2008: 104).

A codificação axial é segunda etapa do processo analítico. Permite que seja feita uma relação das categorias com as subcategorias, encontrando-se um eixo que as une, ou seja, "[...] é começar o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos durante a codificação aberta" (STRAUSS E CORBIN, 2018: 124).

Conforme Strauss e Corbin (2008) recomendam, após agrupar os conceitos nas subcategorias, elas foram posicionadas ao longo de uma linha dimensional. Os autores ainda reforçam que "[...] quando um analista agrupa dados em padrões segundo certas características definidas, deve ficar entendido que nem todo objeto, evento, acontecimento ou pessoa se ajusta completamente a um padrão" (STRAUSS E CORBIN, 2008: 118). Isso mostra que, no processo analítico, em alguns casos uma ou mais dimensões se destacam pela sua diferença, o que denota a multiplicidade de narrativas que são formadas a partir de uma experiência única carregada de significados construídos particularmente em um contexto local.

A construção do fenômeno na codificação axial de cada fase do ciclo vital da família desenvolveu-se a partir de uma pergunta disparadora: 'o que está acontecendo aqui?' Os autores reforçam a ideia de que, ao estabelecer fenômenos, há preocupação com "[...] padrões repetidos de acontecimentos, fatos ou ações/interações que representem o que as pessoas fazem ou dizem, sozinhas ou juntas, em respostas aos

problemas e situações nas quais elas se encontram" (STRAUSS E CORBIN, 2008: 129-130).

Na codificação seletiva, última etapa do processo analítico, são integradas e refinadas as categorias em um único fenômeno que seja comum a todos os outros fenômenos das fases do ciclo vital da família. Para Ezzy (2002: 92), "[...] envolve a identificação da categoria ou história central em torno da qual a análise se concentrou".

A descoberta do fenômeno central foi possível, somente com uma profunda reflexão e absorção dos dados, que segundo Oliveira (2018), o uso das ferramentas analíticas, de questionamentos e de fazer comparações contínuas, dos fenômenos que emergiram e a busca de integrar e relacionar todas as categorias, permitiu apropriar-se do cerne da experiência investigada.

Foi utilizado o software Ethnograph 6.0, o instrumento que serviu de auxílio durante todo o processo de análise, desde a primeira coleta de dados até a ultima. Segundo Oliveira (2005), foi criado por Seidel em 1985, sendo que o programa oferece um compartilhamento adequado que organiza sistematicamente os dados, com a função de prontamente estar disponível, afim de ser consultado, a qualquer momento durante o processo da análise. Além do software ter esta finalidade, foi de muita importância o seu uso para que otimizasse o tempo da pesquisa, frente ao volume de coletas e analises a serem realizadas. O Ethnograph passou por modificações nas suas versões, sendo a vigente e utilizada nesta pesquisa, foi o 6.0.

De acordo com Oliveira (2018), um recurso para auxiliar o desenvolvimento deste processo e tornar visível a teoria final, se tornou indispensável, realinhar as categorias com a finalidade de construir uma história representativa acerca do fenômeno que foi estudado.

Uma outra estratégia interessante que foi utilizada ao longo do processo da *grounded* foram os memorandos. Para Strauss e Corbin (2008) tem a função de atuar como lembretes ou fontes de informações que contém produtos das análises ou direções para o analista. Todos os memorandos realizados, seguiram as características técnicas, conforme os autores apontaram para que fossem datados, para que tivessem

cabeçalhos denotando o conceito ou a categoria a que pertenciam e para modificar o conteúdo do memorando à medida que a analise progredia.

Todas estas técnicas citadas têm a intenção de auxiliar na construção teórica, sobre como o dinheiro perpassa as relações familiares ao longo do seu ciclo vital. Para a elaboração final da teoria gerada tornou-se necessário a validação. Para Strauss e Corbin (2008), não se trata de testar no sentido quantitativo a validação, mas diz respeito a uma interpretação abstrata frente aos dados da teoria. Uma forma de se fazer a validação foi contar uma história aos participantes e pedir para que eles lessem e depois fizessem comentários que pudessem entrelaçar com suas experiências de vida. Os autores colocam que, num sentido mais amplo, os participantes devem ser capazes de reconhecer a si mesmos na história que está sendo contada, percebendo como uma explicação razoável do que está acontecendo em relação ao fenômeno.

RESULTADOS

A criação da teoria construída e fundamentada nos dados, foi denominada: *A construção do processo das vivências com o dinheiro na família*. Foi possível demonstrar que o dinheiro é uma ferramenta que movimenta a vida da família desde o nascimento até a velhice como um processo dinâmico e de influências marcantes, bem como as experiências obtidas com as famílias de origem, com os sentimentos e os significados desenvolvidos mutuamente nos contextos diversos. Explica como pais, filhos e cônjuges lidam com o dinheiro denotando as sérias dificuldades que enfrentam para uma educação financeira, nas diferentes etapas da vida da família e qual é o valor que atribuem a ela. Explica também a criação e manutenção do tabu acerca do assunto.

São apresentados quatro fenômenos correspondentes a cada fase do ciclo vital da família, que interligam a um único fenômeno central, sendo eles: Fenômeno Fase de Aquisição- *Construindo um caminho com o dinheiro na família e na sociedade*; Fenômeno Fase Adolescente-*Vivendo e sentindo a diversidade das atitudes com o dinheiro*; Fenômeno Fase Madura-*Analisando os caminhos trilhados: sentindo o crescimento e os impasses com o dinheiro*, e Fenômeno Fase Última-*Revendo as relações com o dinheiro: adotando novas e velhas formas*.

Por último foi colocada a apresentação do fenômeno central *As relações com o dinheiro: construindo, destruindo, re e co construindo caminhos possíveis com o dinheiro na família*, que abrange todos os outros fenômenos, das diferentes fases do ciclo vital da família, sendo possível ser alcançado com integração das categorias que se relacionaram umas com as outras.

Fase de Aquisição

Considerando que a fase de aquisição é a que inicia o ciclo vital da família, o primeiro fenômeno construído se encontra nesta fase, com a análise das relações com o dinheiro denominado *construindo um caminho com o dinheiro na família e na sociedade*. Nesse fenômeno vemos que os cônjuges estão voltados para o início da construção da vida familiar e para dar continuidade a uma sólida carreira, nas quais o dinheiro permeia a vida do casal, reconstruindo significados tanto na vida familiar, vivendo as funções conjugais e parentais, quanto na vida profissional, construindo uma carreira e se preocupando em como vão viver o futuro a longo prazo e a velhice.

Há uma variedade de interações, condições e consequências que estão associadas a este fenômeno e que podem ser identificadas com os três processos psicológicos que estão representados como: CONSTRUINDO O GRUPO FAMILIAR COM O DINHEIRO, MOVIMENTANDO O USO DO DINHEIRO NA FAMÍLIA e (RE) FAZENDO HISTORIAS COM O DINHEIRO NAS FAMÍLIAS.

No primeiro processo psicológico CONSTRUINDO O GRUPO FAMILIAR COM O DINHEIRO, mostra a família tendo uma experiência inicial sobre a qual classe socioeconômica pertence, por meio de diferentes formas de se definirem e de se reconhecerem, tendo como base outras realidades sociais e experiências de vida. Descreve também como as famílias, tanto os pais quanto os filhos, se percebem nas suas condições econômicas e financeiras em relação ao tempo atual, e numa perspectiva futura de como esperam estar economicamente.

No segundo processo psicológico MOVIMENTANDO O USO DO DINHEIRO NA FAMÍLIA, evidencia a circulação do dinheiro nas relações familiares, nos subsistemas conjugais, parentais e de avós, como também nas relações de amizades, tanto de um modo positivo e saudável, quanto de maneira negativa para as relações. Revela as diferentes formas de usar o dinheiro, e que tende a ser uma referência sobre o modo como o dinheiro transita nas relações familiares. Apresenta características sobre o falar da temática do dinheiro nas relações sociais seja de modo a educar crianças, de conversar na família e com amigos.

No terceiro processo psicológico (RE) FAZENDO HISTORIAS COM O DINHEIRO NAS FAMÍLIAS, explicita o movimento psicológico da família no que concerne ser possível de refazer e construir novas histórias dentro da própria família e na sociedade. Revela que os significados atribuídos ao dinheiro parecem ser um movimento psicológico presente, pautado em valores e crenças das famílias que traz o dinheiro de forma implícita e explícita. Demonstra as diferentes influências sobre o modo de lidar com o dinheiro que a pessoa recebe vindo da própria família de origem, do conjugue, dos amigos, da mídia e da cultura, na qual está inserida, como também demonstra o quanto estas influências que a família recebe, se repetem "intergeracionalmente" ou mesmo na própria geração. Explicitam também, o fator tempo ser considerado para perceber atitudes e comportamentos do passado, se estes foram benéficos ou se trouxeram fatores negativos, a partir da experiência que tiveram com o modo de lidar com o dinheiro.

Fase Adolescente

A fase adolescente é a segunda fase do ciclo vital da família, e o primeiro fenômeno construído se encontra nesta fase, a partir da análise das relações com o dinheiro denominou-se *VIVENDO E SENTINDO A DIVERSIDADE DAS ATITUDES COM O DINHEIRO*. Ao considerar as relações familiares que vivenciam uma fase na qual os pais também adolescem com os filhos adolescentes, uma gama de conceitos emergiu dos dados, que revelaram uma ampla e diversa maneira de lidar com o dinheiro. Esta vasta experiência com o dinheiro, nos faz constatar que por haver questionamentos, diversidade e contrariedade de opiniões e, uma participação mais ativa e independente dos filhos adolescentes na sociedade e, ainda alguns estarem inseridos no mundo do trabalho, ou seja, há uma vasta teia de relações que perpassa todas as instâncias da vida social que conduz a uma maior possibilidade de explorar o mundo do dinheiro.

Há uma variedade de interações, condições e consequências que estão associadas a este fenômeno e que podem ser identificadas com os quatro processos psicológicos que estão representados: VALORIZANDO O DINHEIRO NA DIVERSIDADE E NA AMBIGUIDADE, FALANDO SOBRE DINHEIRO NA FAMÍLIA E COM AMIGOS COM INTENSIDADES DIFERENTES, CONSTRUINDO E SENTINDODIFICULDADES COM O DINHEIRO E COM O CONSUMO NAS RELAÇÕES SOCIAIS e, SENTINDO INFLUÊNCIAS E DIFERENTESMANEJOS COM O DINHEIRO NO PRESENTE E FUTURO.

Quanto ao primeiro processo psicológico VALORIZANDO O DINHEIRO NA DIVERSIDADE E NA AMBIGUIDADE, mostra os valores e as crenças que a família, na fase adolescente, atribui ao dinheiro. Explicita a família tendo uma abrangência para uma inclusão e aderência de valores diferentes e até contraditórios sobre o dinheiro. Também evidencia o valor do dinheiro pela batalha, pela luta do trabalho e revela valores que não estão atrelados ao consumismo.

O que diz respeito ao segundo processo psicológico FALANDO SOBRE DINHEIRO NA FAMÍLIA E COM AMIGOS COM INTENSIDADES DIFERENTES, descreve como as famílias na fase adolescente conversam entre si e com amigos sobre o dinheiro. Pais, filhos, cônjuges e amigos conversam abertamente sobre o que fazem com o dinheiro no cotidiano, como também há aqueles que conversam com mais restrições sobre o assunto. Torna evidente que não há experiências de uma conversa mais flexível para abordar assuntos sobre dinheiro entre os membros da própria família de origem e com os amigos.

Já no terceiro processo psicológico CONSTRUINDO E SENTINDODIFICULDADES COM O DINHEIRO E COM O CONSUMO NAS RELAÇÕES SOCIAIS, apresenta e explica os motivos destas dificuldades acontecerem. Permite-nos conhecer as dificuldades e como elas são construídas e sentidas por meio das relações familiares e de amizades. Explicitam o quanto as pessoas sentem ser difícil e desafiador lidar com o dinheiro em conversas e manejos na família e com amigos, por haver embates sobre opiniões e visões de mundo diferentes.

Ao que se trata do quarto e último processo psicológico da fase adolescente SENTINDO INFLUÊNCIAS E DIFERENTESMANEJOS COM O DINHEIRO NO PRESENTE E FUTURO, é possível de se notar o movimento psicológico que agrega uma gama de influências e manejos com o dinheiro nas relações familiares, que afeta no presente e projeta no futuro. Torna evidente a forte influência da família de origem e da cultura, na maneira de se relacionar com o dinheiro no contexto da família atual. O modo como o dinheiro é utilizado fica entregue aos recursos próprios aprendidos na perspectiva da família, dos amigos e da cultura. Quando acontece qualquer forma de manejo com o dinheiro, compreende-se como resultado de uma amálgama, diversas características ou rótulos que as pessoas atribuem às outras e a si mesmas. Entende que há um descobrimento econômico quanto ao pertencimento a uma esfera da sociedade e conforme o modo pessoal de lidar com o dinheiro. Revelou a partir da união dos conceitos que indicam o fator tempo como uma possibilidade para uma reflexão sobre as atitudes e comportamentos econômicos que aconteceram no passado e no presente.

Fase Madura

Ao focalizar a terceira fase do ciclo vital da família que se refere à fase madura, percebe-se que há uma gama de conceitos que emergiram dos dados, sendo revelado uma relação com o dinheiro marcada por diferentes significados, que por sua vez os conduzem a caminhos distintos. Tais informações evidenciam as bases da construção de um conhecimento, em que é possível analisar de fato a relação que foi

estabelecida com o dinheiro no passado e o quanto impacta no presente, tanto no sentido de ter sido próspero quanto de ter sido sofrido e não bem-sucedido. O fenômeno *ANALISANDO OS CAMINHOS TRILHADOS: SENTINDO O CRESCIMENTO E OS IMPASSES COM O DINHEIRO*, explica a família repensando a relação com o dinheiro e nesse processo, leva-os a uma conscientização do crescimento do aprendizado com o dinheiro.

Metaforicamente falando, a bagagem que a família traz da relação com o dinheiro nas outras fases do ciclo vital da família, impactam tanto de maneira positiva quanto negativa a fase madura. No entanto, tende a ser uma fase em que a família demonstra mais maturidade para enxergar as atitudes que foram desastrosas e decisivas que conduziram às dificuldades, ao passo que, reconhecem as atitudes com o dinheiro que marcaram uma educação financeira mais confiante.

Há uma variedade de interações, condições e consequências que estão associadas a este fenômeno e que podem ser identificadas com os três processos psicológicos que estão representados em: ENCARANDO AS POSSIBILIDADES COM O DINHEIRO E REPENSANDO-AS, CONVIVENDO COM AS EXPERIÊNCIAS DIFÍCEIS e TRAZENDO NA BAGAGEM DIFERENTES CONSTRUÇÕES COM O DINHEIRO.

O primeiro processo psicológico diz respeito a ENCARANDO AS POSSIBILIDADES COM O DINHEIRO E REPENSANDO-

AS mostra o quão forte os significados do dinheiro estão demarcados nas relações familiares de maneiras distintas. Os valores que foram construídos e fortalecidos que se encontram nesta fase do ciclo vital da família, denotam duas perspectivas distintas que representa um ponto de vista auspicioso e um negativo. Descreve quando o falar sobre dinheiro passa a ser reconhecido como importante nas relações familiares e de amizades e estabelece conversas abertas, porém em alguns momentos com certos limites, mas ainda não censurado totalmente. Mostra também o movimento psicológico da maior parte dos pais quanto a uma compreensão de como o dinheiro compõe o cenário atual das relações familiares. representa um conjunto de possibilidades que exploram paradigmas e modelos os quais desenham formas plurais de lidar com o dinheiro nas relações familiares.

Já o segundo processo psicológico CONVIVENDO COM AS EXPERIÊNCIAS DIFÍCEIS Expressa o movimento psicológico dos pais e filhos adultos, que permanecem na casa dos pais, no que concerne às experiências demasiadamente problemáticas e dificultosas com o dinheiro. Denota que as atitudes tidas no passado, muitas vezes podem ser até impulsivas ou pouco cuidadosas, refletiu-se no momento presente como problemas e gerou muitos obstáculos para a vida financeira e econômica da família. Torna-se um movimento psicológico

importante que estabelece relações com o dinheiro carregadas de vicissitudes e infortúnios.

O terceiro e último processo psicológico TRAZENDO NA BAGAGEM DIFERENTES CONSTRUÇÕES COM O DINHEIRO revelou histórias importantes construídas com o dinheiro nas relações familiares nas quais mostram primordialmente o manejo do dinheiro como sendo uma evolução da aprendizagem que foi construída na família ao longo dos anos. Demonstra que há fortes e diversas

influências que modelam uma orientação sobre o modo de lidar com o dinheiro e, revela que os pais, nesta fase do ciclo vital da família, contemplam a educação financeira que foi realizada para com seus filhos, nas fases anteriores.

Fase Última

O último fenômeno construído para explicar o dinheiro nas relações familiares ao longo do seu ciclo vital é denominado como REVENDO AS RELAÇÕES COM O DINHEIRO: ADOTANDO NOVAS E VELHAS FORMAS. Ele explica o dinheiro nas relações familiares de modo mais colaborativo no sentido de comunicar uns com os outros sobre os diferentes comportamentos e pensamentos econômicos. É uma fase constituída pelos pais que envelheceram e continuam casados ou aqueles que ficaram viúvos, reconhecem a influência do passado refletindo nas atitudes com o dinheiro no presente. É formado por três grandes processos psicológicos: COMUNICANDO-SE

SOBRE O DINHEIRO: EXPRESSANDO ENTENDIMENTOS E SENTIMENTOS, CONECTANDO O ONTEM COM O HOJE: AVALIANDO AS RELACOES COM O DINHEIRO e FAZENDO ESCOLHAS: MUDANDO E REFORÇANDO MODOS DE LIDAR COM O DINHEIRO.

O primeiro processo psicológico COMUNICANDO-SE SOBRE O DINHEIRO: EXPRESSANDO ENTENDIMENTOS E SENTIMENTOS descreve os pensamentos econômicos e os sentimentos, que são compartilhados entre os membros da família e com os amigos. Quanto à expressão dos sentimentos, os pais que vivem a velhice revelam duas vertentes distintas, nas quais estão subjacentes aos valores que também são diferenciados e que denotam comportamentos econômicos resultantes destas propostas divergentes. Descreve ainda, as conversas sobre o dinheiro na família e com amigos. que evidencia os sentimentos que emergiram com relação ao modo de lidar com o dinheiro, seja manejando ou falando.

Enquanto que o segundo processo psicológico CONECTANDO O ONTEM COM O HOJE: AVALIANDO AS RELACOES COM O DINHEIRO que explica as influências do comportamento econômico do passado impactando no presente, bem como os manejos com o dinheiro. Indica comportamentos econômicos que resultaram de atitudes tomadas com o dinheiro no passado e marcaram de modo muito

significativo aquela época. Revela o quanto concebiam o modo de lidar com o dinheiro, no passado por meio das relações familiares que refletem no comportamento econômico das novas gerações. Apresenta as atitudes e os comportamentos econômicos tidos no passado e refletidos no hoje e, também, as maneiras diferentes de manejar o dinheiro. Evidencia as atitudes econômicas pautadas em diferentes condições de manejo com o dinheiro, porém todas as formas convergem por tratar de colaborarem com o próximo e consigo próprio no contexto familiar.

O terceiro e último processo psicológico FAZENDO ESCOLHAS: MUDANDO E REFORÇANDO MODOS DE LIDAR COM O DINHEIRO mostra o movimento psicológico quanto à adaptação e à consolidação das atitudes com o dinheiro. Revela diferentes perspectivas nas relações familiares e de amizades quanto às orientações financeiras serem significativas para desenvolver novas aprendizagens relacionadas a atitudes econômicas ou em vão, que mostra o dinheiro tendo um lugar nas relações familiares O reconhecer os limites com o dinheiro, conduz a uma reflexão confrontando os diferentes comportamentos econômicos que variadas famílias, seja dentro da própria família ou na dos outros.

Assim, construir, destruir, re e coconstruir caminhos possíveis na família torna-se o fenômeno central que evidencia a natureza das relações com o dinheiro ao longo das fases do ciclo vital da família. Tal fenômeno mostra a complexidade, o processo e o desenvolvimento das possibilidades que são construídas com o dinheiro nas relações familiares e evidencia que não é o dinheiro em si que interfere nas relações, mas sim o decorrer das fases que transformam as relações familiares e alteram inexoravelmente as relações que estabelecemos com o dinheiro, afetando todos os membros pertencentes a um grupo familiar. Histórias com o dinheiro que são construídas no sistema familiar, seja no sentido de prosperar ou de prejudicar, são continuamente, ao longo das fases do ciclo vital da família, reconstruídas com novos significados e coconstruídas com pessoas da família, com amigos e com a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do pressuposto de que a sociedade se estrutura e funciona sob a égide de mecanismos econômicos, não torna a experiência humana menos digna. Em si, o dinheiro não é nem bom e nem é mau. Estes adjetivos se aplicam somente ao uso que pode ser feito dele. Nesse sentido, cabe à família e, especialmente, às escolas e a toda e qualquer comunidade ensinar crianças e jovens que o sistema econômico pode e deve funcionar em prol de uma sociedade mais justa, na qual os valores morais de cooperação, solidariedade, preservação ambiental, justiça e trabalho se desenvolvam como a conseqüência natural de uma convivência baseada no amor e no respeito ao próximo.

O objetivo desta tese foi o de retratar como as relações com o dinheiro se estabelecem nas fases do ciclo vital da família, da classe média, construídas em uma teoria. Assim, acredita-se ter respondido por meio da apresentação da teoria construída e da discussão frente a outras literaturas acadêmicas.

É importante ressaltar que a teoria fundamentada nos dados foi apresentada de modo flexível e dinâmico das relações da família com o dinheiro. Esta metodologia proporcionou um aprendizado sobre como desenvolver estilo e técnica próprios para fazer pesquisa. O fazer pesquisa ratifica, exatamente o quanto o mundo é complexo, pois quando foi formulado o problema inicial desta tese e pesquisou-se, formularam-se outras indagações.

Construir, destruir, re e coconstruir caminhos possíveis com o dinheiro na família mostra que a diversidade dos comportamentos econômicos coexiste, pois, dinheiro e família movimentam-se continuamente ao longo do tempo e do espaço. Revela que existem caminhos difíceis com o dinheiro, os quais ao mesmo tempo que deixam marcas podem ser reconstruídos, como também as relações com o dinheiro podem trilhar caminhos úteis e de crescimento.

REFERÊNCIAS

BERTHOUD, Cristiana M.E., & COELHO, M.R.M. (2011). Manual de Orientação Familiar Sistêmica – O projeto Papo Família na comunidade.1.ed. Taubaté, SP: Casa Cultura.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. (1998). A pesquisa em psicologia-análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa (p. 135-157).

CARNEIRO, T.R.A. Faixas salarias x Classe social – qual sua classe social? 17 de outubro de 2016. Disponível em: <https://thiagorodrigo.com.br/artigo/faixas-salariaisclasse-social-abep-ibge/>. Acesso em: 04 mar. 2017.

CERVENY, C. M. O., & BERTHOUD, C. M. E. (1997). Família e ciclo vital– Nossa realidade em pesquisa. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

DUQUE, A. M.; MANFREDINI, A. M. N. Compreendendo o significado do dinheiro para os pais. Monografia para Formação em Psicologia, Universidade de Taubaté, Taubaté, 2003.

DUQUE, A. M.; MANFREDINI, A. M. N. Dinheiro e Família: a opinião dos pais sobre a educação financeira dos filhos. Monografia para o Curso de Bacharelado em Psicologia, Universidade de Taubaté, Taubaté, 2002.

EZZY, D. (2002). Qualitative analysis: practice and innovation. London: Routledge.

FERREIRA, V. R. M. (2006). Is Economic Psychology being born in Brazil? – a review of the scientific production in the economic-psychological area looking into the future. Anais da IAREP-SABE Conference Behavioral Economics and Economic Psychology. Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, Elsevier, INRA, Regionelle de France, Centre National de la Recherche Scientifique, Université Paris 5 René Descartes, Paris, França.

GERGEN, K. J., & GERGEN, M. (2010). Construcionismo social: um convite ao diálogo. Editora do Instituto NOOS.

GIL, A. C. (1999). Como elaborar projetos de pesquisa, v.4.

JACOB, Mariane Krause. (1993). La construcción conjunta de la investigación–Metodologiascualitativas.Seminario realizado em INTERFAS.

MANFREDINI, A. M. N. (2007). Pais e filhos: um estudo da educação financeira em famílias na fase de aquisição. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

MANZINI, E. J. (2012). Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. Revista Percurso, v. 4, n. 2, p. 149-171. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/114753>.

MOON, S. M., DILLON, D. R., & SPRENKLE, D. (1990). Terapia Familiar e Pesquisa Qualitativa.Journal of Marital and Family Therapy. vol 16., no.4, (pp.357-373).

MORGAN, D.L. (1997). Focus groups as qualitative research. SAGE Publications: London.

MORIN, E. (1996). Epistemologia da complexidade. In: SCHNITMAN, D. F. Novos paradigmas, culturas e subjetividade. Tradução: Jussara Haubert Rodrigues, Porto Alegre, PR: Artes Médicas.

NEUBERN, M. S. (2005). A dimensão regulatória da Psicologia clínica: o impacto da racionalidade dominante nas relações terapêuticas. Estudos de Psicologia, v. 10, n. 1, (pp. 73-81).

STRAUS, A.; CORBIN, J. (1998). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. (2008). Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre, PR: Artmed.

OLIVEIRA, A. (2005). Irmãos, meio-irmãos e coirmãos: a dinâmica das relações fraternas no recasamento. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) -Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, São Paulo.

OLIVEIRA, A.L. (2018). Utilizando a grounded theroy methodology nas pesquisas com famílias. In: MACEDO, R.M.S.; KUBLIKOWSKI, I.; MORÉ, C.L.O.O. Pesquisa qualitativa no contexto da família e comunidade: experiências, desafios e reflexões. 1. Ed. Curitiba, PR: CRV. Coedição: São Paulo, SP: EDUC, 218p.

TOBIAS, A.M.N.M. & CERVENY, C.M.O. (2012). Educação financeira na família – como falar de dinheiro com crianças. São Paulo, SP: Roca.

VAN RAAIJ, W. F. (2015). História da Psicologia Econômica. Tradução: Vera Rita de Mello Ferreira. Disponível: www.verarita.psc.br/portugues.php?id=fredvanraaij. Acesso em: 12 de Outubro.

VASCONCELLOS, M. J. E de. (2003). Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência. São Paulo, SP: Papirus.

VILELA e SOUZA, L. (2014). Discurso construcionista social: uma apresentação possível. In: GUANAES-LORENZI, C. et al. Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.

DINHEIRO E FAMÍLIA: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA NOS ÚLTIMOS 30 ANOS

Andreza Maria Neves Manfredini
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
(andreza.m@uol.com.br)

Carla Tatiane Diniz
Fundação Getúlio Vargas de São Paulo

Ceneide Maria de Oliveira Cerveny
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
(ceneidecerveny@gmail.com)

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica exploratória que teve o objetivo de verificar quais foram os assuntos que estão relacionados com o dinheiro nos últimos 30 anos (1987 a 2017), pelas bases de dados Psychoinfo, Webscience, Lilacs e Scielo. Para a coleta de dados nas bases de dados foram utilizadas as palavras chaves: Family, Money e financial education. Na análise, foi realizada uma leitura exploratória, na qual entrou em contato com a totalidade do artigo, lendo algumas passagens esparsas do resumo e do texto. Após, foi realizada a leitura seletiva para aprofundar mais nas partes que interessavam, e por fim a leitura analítica, que consistiu em ordenar e sumarizar as informações contidas no artigo. Após as leituras, criaram-se 6 categorias de modo a organizar os artigos correspondendo as temáticas diferentes referentes ao dinheiro. Foram coletados um total de 706 artigos nas quatro bases de dados citadas. Nos resultados foram identificados 86 publicações de artigos nas 4 bases de dados na ultima década, em contrapartida entre os anos de 1987 a 1997 foram identificados um total de 76 artigos e entre 1998 a 2007, 180 artigos. Conclui-se que, a temática sobre dinheiro tem sido despertado nas investigações cientificas principalmente na ultima década.

Palavras-chave: Dinheiro, Família, Pesquisa Bibliográfica.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta como os temas educação financeira, família e dinheiro têm levantado reflexões no campo da literatura científica em âmbito nacional e internacional nas décadas de 1980, 1990 e 2010 até 2017. Quatro bases de dados e uma revista científica, Journal of Economic Psychology, foram consideradas para a realização desta investigação por busca de artigos científicos. São elas: 1 - Lilacs; 2 – Scielo; 3 – PsycINFO e, 4 – Web of Science.

No Brasil, o interesse por estudos na área da Psicologia Econômica tem aumentado, é notável perceber, por meio de livros e iniciativas de orientação financeira, que as pessoas, de um modo geral, têm tido interesse em conhecer e compreender sobre finanças. Além disso, no campo acadêmico, passaram a surgir, recentemente, cursos de extensão e *workshops* sobre o assunto, como também foi incluída, pela primeira vez, em um curso[4] *lato sensu* de Intervenção Familiar a disciplina Família e Dinheiro.

No âmbito internacional, a IAREP (Associação Internacional de Pesquisa em Psicologia Econômica) reúne vários estudiosos e pesquisadores que têm como um de seus objetivos promover o trabalho interdisciplinar a respeito do comportamento econômico. Há em cada país dos diferentes continentes do mundo representantes desta associação e no Brasil é a psicóloga Vera Rita de Mello Ferreira.

Nas próximas subseções, serão apresentados os levantamentos dos artigos científicos com o intuito de conhecer sistematicamente os estudos já explorados e que consolidam o conhecimento na área. Estes, por sua vez, revelam prováveis lacunas compostas por temas que necessitam de maior investigação. As bases de dados supramencionadas foram escolhidas com base na credibilidade e notoriedade na área da psicologia e da Psicologia Econômica, por justamente representarem uma perspectiva científica, tanto no âmbito nacional quanto internacional.

Journal of Economic Psychology

A revista de Psicologia Econômica [5]*Journal of Economic Psychology* é afiliada da Iarep. É uma renomada revista científica, que apresenta pesquisas internacionais abrangentes a todos os continentes do mundo, publicando estudos com a finalidade de compreender aspectos psicológicos dos fenômenos e dos processos econômicos. Foi realizado um levantamento dos artigos científicos no site desta revista somente no período de 2008 a 2017, com a palavra-chave "financial education". Em razão de o site da revista permitir acesso apenas aos artigos publicados nos últimos nove anos, procedeu-se, então, ao levantamento. Dentre os cento e sessenta e seis artigos analisados, foram selecionados apenas trinta e nove que se relacionam com educação financeira na família.

[4] Trata-se de um Curso de Pós-Graduação em Intervenção Familiar: psicoterapia, orientação e mediação de conflitos, que acontece na Universidade de Taubaté – UNITAU, desde 2014, sob coordenação desta pesquisadora e sob a vice coordenação desta orientadora. Atualmente o curso se encontra na sua V turma.
[5] Para mais informações: https://www.journals.elsevier.com/journal-of-economic-psychology

Figura 1. Publicações sobre educação financeira nos últimos nove anos da Journal of Economic Psychology

Categoria	Subcategoria	Número de Publicações
		De 2008 a 2017
1- Ciclo vital individual e de família	Crianças	2
	Adolescentes	2
	Adultos	2
	Família	9
2- Comportamentos de uso do dinheiro: gastar, comprar, poupar, endividar, investir		16
3- Gênero		3
4- Aposentadoria		5
TOTAL		39

CATEGORIA 1 – CICLO VITAL INDIVIDUAL E FAMILIAR

Para melhor apresentação, os artigos científicos foram organizados em categorias com a temática educação financeira/econômica. Em relação à categoria ciclo vital individual e de família, foram encontrados quinze trabalhos publicados na revista científica internacional da Psicologia Econômica. Para uma melhor visualização dos trabalhos, a subcategoria organiza os estudos correspondentes a cada fase da vida e da família.

Em relação aos estudos com crianças, adolescentes e adultos, foram somente dois publicados em cada fase. Um estudo intitulado "Você faria algo por mim? Os efeitos da ativação do dinheiro nas preferências sociais e no comportamento social em crianças pequenas" abordou sua percepção em relação ao dinheiro. Segundo Gasiorowska e Zaleskiewicz e Wygrab (2012), o significado do dinheiro do ponto de vista econômico é instrumental, enquanto na perspectiva emocional é mais de natureza simbólica. Desta maneira, o significado do dinheiro para as crianças que tinham entre cinco a oito anos era entendido de forma mais egoísta do que para as crianças do grupo controle. Os autores entendem que o significado simbólico do dinheiro é mais primordial do que instrumental. Outro estudo, realizado por Evans, Athenstaedt e Krueger (2013), consideraram que as crianças de nove e dez anos eram mais confiantes, altruístas e discernidas para o uso do dinheiro quando comparadas com as de quatro e cinco anos.

No que se refere aos adolescentes, os autores Elkinsa, Kassenboehmer e Schurer (2017), apontam, em um estudo austríaco realizado ao longo de oito anos entre adolescentes, que mudanças como casamento, desemprego, problemas de saúde e mudanças economicamente significativas influenciam na personalidade. Em outro estudo com adolescentes, que se utilizou de uma escala, verificou que aqueles tidos como gananciosos tendem a gastar mais, poupar menos e apresentar maior probabilidade de dívida. Nesse estudo, os autores Seuntjensa, Venb, Zeelenberga e Schols (2016) afirmam que os hábitos financeiros na adolescência tendem a se firmar na idade adulta.

Quanto aos estudos com adultos, Nikolaev (2015) investigou que os filhos "cangurus" americanos, que permanecem na casa dos pais, são mais propensos a estar menos satisfeitos com sua vida, um grande conjunto de características domésticas e pessoais e eventos de vida importantes que vão desde o desemprego recente até a morte de um cônjuge. Xu et al., (2015) também pesquisaram adultos americanos e investigaram correlações entre traços de personalidade e medidas de angústia financeira. O artigo discute possíveis intervenções comportamentais e políticas para melhorar o bem-estar financeiro.

Em relação ao objeto de estudo desta tese, que se refere ao ciclo vital da família e dinheiro, houve artigos que discutiram diferentes temas. Pode-se notar estudos em diferentes países, como Finlândia, Africa do Sul, Austrália, Malawi e Estados Unidos, o que denota diferentes culturas influenciando os resultados. Há estudos que mostram formas diferentes de lidar com o dinheiro em famílias que apresentam configurações diferentes, enquanto outras pesquisas afirmam que os maridos têm influência maior do que as esposas nas decisões significativas financeiras. Comportamentos de consumo doméstico pelas famílias, contribuições de pensão, posição financeira do agregado familiar, personalidade como um fator que molda as preferências de consumo e tomada de decisão financeira foram outros temas pesquisados e abordados nos artigos.

CATEGORIA 2 – COMPORTAMENTOS DE USO DO DINHEIRO: GASTAR, COMPRAR, POUPAR, ENDIVIDAR-SE, INVESTIR

Nesta categoria foram encontrados dezesseis artigos, que abordavam diferentes usos do dinheiro, tais como gastar, comprar, poupar, investir. Metade deles foi sobre o comportamento de endividamento. Vale ressaltar que os artigos vêm de países pertencentes a diferentes continentes do mundo, exceto América Latina e Central. Ao que se refere ao endividamento, há artigos (Gathergood, 2012 & Harrison, Agnew, Serido, 2015) que ressaltam a educação financeira e o autocontrole como fatores que predispõem a evitar dívidas. Além disso, a educação financeira realizada pode trazer mais consciência, o que pode gerar maior controle de ansiedade e níveis mais altos para investimentos. Keese (2012), por sua vez, afirmou que vários são os fatores tidos como não financeiros que podem afetar a percepção de se fazer dívidas, sendo que Ottaviani e Vandone (2011) especificaram a impulsividade como um fator que influencia a tomada de decisões da dívida. Há pesquisas que salientam a utilização do cartão como facilitadora do endividamento, com fatores de personalidade correlacionados ao uso do crédito. Por outro lado, artigos mostram possíveis saídas para deixar as dívidas, como o recurso de conversar e obter mais informações a respeito de educação financeira. Nessa pesquisa não foi possível concluir se fatores demográficos ou psicológicos podem predizer quais tipos de devedores buscariam por mais informações. (Mewse, Lea, Wrapson, 2010) Além do comportamento da dívida, também foi possível encontrar artigos sobre outros comportamentos econômicos. Em relação ao gastar, Dahal e Fertig (2013) sugerem um gasto financeiro a longo prazo com pessoas que apresentam doença mental, sendo que, ao mesmo tempo, os gastos com educação são reduzidos. Em outro estudo, Khan, Belk e Craig-Lees (2015) apontam a influência da percepção das pessoas sobre o modo

de pagamento que utilizam com os gastos. Há pesquisas que apontam a influência dos sentimentos no comportamento econômico. Um estudo aponta que o sentimento de raiva característica, foi positivamente associado à vontade de investir dinheiro em diferentes tipos de ações, preferindo investimentos de médio/longo prazo. Por sua vez, a ansiedade estava associada à decisão de não investir em poupança, de possuir contas com juros e com pouca previsibilidade das tendências das ações. (Gambetti & Giusberti, 2012). Enquanto isso, as mudanças no bem-estar, tidas como satisfação ou felicidade da vida, pedem mais tempo para tomar decisões e ter mais controle sobre as despesas. (Guven & Islam, 2015) Em relação ao comportamento de poupar, um estudo mostra que é preciso melhores condições de educação financeira para haver maiores poupanças para a aposentadoria. (Croy, Gerrans & Speelman, 2012). Há outro estudo que contempla os hábitos de poupança como um papel crítico nas decisões financeiras diárias. Esse estudo apontou que a força do hábito aumentou ao longo do tempo, além de reduzir o estresse em situações financeiramente difíceis. (Loibl, Kraybill, Demay, 2011).

CATEGORIA 3 – GÊNERO

Os artigos que abordavam a questão de gênero relacionada a finanças eram todos de países americanos, europeus e africanos. Em um dos artigos, foi possível verificar que as taxas de autoemprego das mulheres são consistentemente mais baixas do que as dos homens (Verheul, 2012). Outro artigo levantou que, nas culturas ocidentais, a tomada de risco é percebida como uma característica masculina. A feminilidade, por outro lado, não estava relacionada à tomada de riscos financeiros. (Meier-Pesti & Penz, 2008).

Um estudo interessante revelou que as mulheres com maior autoeficácia financeira, ou seja, com maior autoconfiança nas suas capacidades de gerenciamento financeiro, são mais propensas a manter produtos de investimento e poupança e menos propensas a manter produtos relacionados a dívidas. (Farrell, Fry & Risse, 2016).

CATEGORIA 4 – APOSENTADORIA

Em relação aos artigos sobre a aposentadoria, todos referem-se a países da Europa e Estados Unidos. Destaca-se um artigo que descobriu que intervenções como apoio à decisão e orientação podem ajudar os indivíduos a tomar decisões muito boas quanto à aposentadoria. (Reyers, Van Schalkwyk & Gouws, 2015) Um outro artigo interessante relaciona-se com uma pesquisa sobre o impacto da incerteza quanto à adequação da poupança em contribuições para poupança de aposentadoria e processos de busca de informações. Foi investigado que a incerteza aumenta as contribuições de aposentadoria para aqueles que acreditam que economizam adequadamente, no entanto, dificulta as aposentadorias para aqueles que acreditam que economizam de forma inadequada. (Van Schie, Dellaert, Donkers, 2015) Há um estudo (Van Rooij, Lusardi, Alessie, 2011) que mostra a importância do conhecimento econômico para uma boa educação financeira. Diz ele que as famílias que são mais financeiramente conhecedoras, estão mais propensas a planejar a aposentadoria.

Na próxima subseção, serão apresentados artigos catalogados em diferentes bases de dados como também em um período de tempo diferente do que foi pesquisado no Journal of Economic Psychology.

Lilacs, Scielo, PsycINFO e Web of Science

Os bancos de dados da Lilacs, Scielo, PsycINFO e Web of Science podem ser acessados via Internet no laboratório de informática da PUC-SP. Essas bases, em sua maioria, oferecem textos completos de artigos e, também, resumos. Gil (2002) traçou definições desses bancos de dados, apresentadas a seguir:

- Lilacs[6] – Ciências da saúde. É uma base publicada desde 1982 em que são descritos e indexados: teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos, relatórios técnico-científicos e artigos de revistas. Trata-se de uma base de dados científica que é registrada pelas instituições que integram o Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.
- Scielo[7] (Scientific Electronic Library Online) –Apresenta textos completos de artigos. Abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros com base hospedada na Fapesp.
- PsycINFO[8] – Psicologia. Base referente à American Psychological Association, com resumos de mais de 1,7 milhão documentos nas áreas de Psicologia, Medicina, Educação, Serviços Sociais, Sociologia, Direito e Criminologia.
- Web of Science (WoS)[9] – Ciências Exatas e Tecnologia, Ciências Sociais, Artes e Ciências Humanas. Esta base de dados interessa a todas as áreas do conhecimento, sendo possível oferecer resumos e índices de citações com mais de 8.400 periódicos especializados, indexados pelo Institute of Scientific Information (ISI).

Nas bases científicas supramencionadas, foram selecionadas um total ssetecentos e quatro publicações dentre os descritores "Family and Money" e "Financial Education" nas bases PsycINFO e Web of Science. Nas bases Lilacs e Scielo, foi utilizado o descritor "Família e Dinheiro".

Na análise global, foi possível constatar que o tema cresceu a partir da década de 1990, sendo que, principalmente, a temática do dinheiro nas áreas de educação e saúde praticamente surgiu na década de 1980. Em se tratando da década de 1990, houve produtivas e numerosas publicações, contudo, foi no período de 2010 até 2017 que ocorreu um número extenso de publicações sobre o dinheiro, o que denota uma demanda de estudos e pesquisas direcionadas ao entendimento de uma sociedade capitalista em ascensão.

No intuito de facilitar a análise, foram agrupadas as publicações em seis categorias, apresentadas na tabela a seguir:

[6] Disponível em:<http://lilacs.bvsalud.org>
[7] Disponível em:<http://www.scielo.br>
[8] Disponível em:< http://www.apa.org>
[9] Disponível em:< https://www.periodicos.capes.gov.br>

Figura 2. Publicações sobre família e dinheiro e educação financeira nos últimos 30 anos da Lilacs, Scielo, PsycINFO e Web of Science.

Número de Publicações				
Categorias	**Dinheiro e...**	**1987 a 1997**	**1998 a 2007**	**2008 a 2017**
1	Influências nas relações	23	48	99
2	Doença	15	38	81
3	Educação	8	26	85
4	Qualidade de vida	12	21	62
5	Saúde	1	13	35
6	Trabalho	17	34	86
	Total	76	180	448

CATEGORIA 1 – DINHEIRO E INFLUÊNCIAS NAS RELAÇÕES

A influência do dinheiro nas relações foi a temática mais pesquisada na área. O interesse em compreender as influências do dinheiro nas relações sociais em diferentes contextos já fica evidenciado desde o final da década de 1980, quando vinte e três trabalhos foram publicados. De acordo com a Figura 2, esta foi a temática mais publicada dentre todas as outras relacionadas com o dinheiro.

Essa temática cresceu consideravelmente nas últimas três décadas. Algumas dessas publicações referem-se à influência do dinheiro nos relacionamentos conjugais, enquanto outros artigos mostram as decisões de casais em que o homem assume as atividades domésticas devido à mulher ganhar mais e, por isso, passa a ser a provedora principal do lar (Mcdaniel, Lusterman, Dphilpot, 2001). Também há artigos que abordam assuntos relacionados à escolha do parceiro para uma relação amorosa (Klein & Nicholson, 2006) e à divisão de tarefas domésticas sob a influência do dinheiro.

É possível averiguar, nos artigos publicados, que o dinheiro ocupa um lugar nas relações como um elemento que influi na decisão de compra, como também na tomada de atitude para situações importantes. Além disso, há um artigo que demonstrou que a condição financeira não foi decisiva para fazer diferença na estrutura familiar. (Rosenkrantz Aronson & Huston, 2004). Nos relacionamentos familiares, o dinheiro tem sido bastante utilizado na educação que os padrastos realizam com seus enteados em comparação com as madrastas. (Tifferet, Jorev & Nasanovitz, 2010).

A desigualdade salarial foi também um tema abordado nas publicações que se referem às influências do ganho de dinheiro dos provedores nas relações familiares. (Fonseca, 2016).

O tema da drogadição nas diferentes classes sociais foi abordado em publicações acerca do quanto as diferentes rendas permitem o poder de adquirir determinadas drogas.

CATEGORIA 2 – DINHEIRO E DOENÇA

Na Figura 2, é possível verificar o aumento bastante significativo da temática dinheiro e doença entre 2008 e 2017, pois a publicação de artigos sobre o tema aumentou setenta vezes em comparação com o ano de 1997. Dentre os assuntos abordados, está o custo financeiro quando surge uma doença, no sentido de conseguir manter o uso de medicamentos e de ter um tratamento adequado às necessidades (Iskandarsyah, 2014; Torres-López, Aranzazú Munguía-Cortés, Aranda-Beltrán, 2015). Os artigos que discutem este tema refletem o quanto o dinheiro interfere no cuidado de uma pess oa que está na condição de doente (Ribeiro Furlan & Silva Marcon, 2017) e, em casos de maiores possibilidades financeiras, haver o custo financeiro com cuidadores (Puerto Pedraza, 2017). Há artigos mais específicos que abordam a relação entre condição financeira e Alzheimer ou esclerose múltipla (Jones & Amtmann, 2014), que retratam o alto custo financeiro que envolve o tratamento dessas doenças, e a extremos de saúde mental, chegando ao suicídio, por um dos motivos estar relacionado ao dinheiro (Ceballos-Espinoza & Chávez-Hernández, 2016). Pode-se dizer que o dinheiro está envolvido não somente na obtenção de melhores condições de saúde física ao doente, mas também nos relacionamentos familiares, quando usam do dinheiro para pagar um cuidador.

As publicações trazem dados sobre como o dinheiro foi utilizado após o período de doenças, investigações de como a doença limitou a atividade ocupacional, tendo como consequência a diminuição da renda familiar (Saunders et al., 2015), artigos relacionados a reflexões sobre o significado do dinheiro e sobre a vivência escassa do dinheiro poder ser motivo de doenças físicas e emocionais nas pessoas, como a depressão e o alcoolismo (Krause, 1995; Watson, Goldman & Greenberg, 2007; Cervantes, Cardoso, Goldbach, 2015).

CATEGORIA 3 – EDUCAÇÃO

A categoria dinheiro e educação é uma das temáticas mais pesquisadas, tendo apresentado um aumento bastante significativo nos últimos trinta anos. Até o ano de 1997, eram apenas oito artigos publicados, ao passo que entre 2008 e 2017 houve um crescimento de quase noventa artigos a mais.

Em relação aos assuntos levantados nesta categoria, encontram-se a questão de a escolha da profissão ser ou não influenciada pelo dinheiro (Moimaz, Saliba & Blanco, 2003) e o quanto o status profissional, subjacente à escolha profissional, está baseado no poder aquisitivo e no valor do capital (Zavalaga, 2004; Radey & Cheatham, 2013). Há outros artigos que abordam o valor financeiro de uma educação, seja proporcionando uma escola particular, faculdades (Thomason, 1999, Winefield et al., 2003) ou cursos de pós-graduação (Brauer, 2003). Abordam também como é realizada a educação financeira na família, na comunidade (CORIA, 2005) e como ela é entendida no contexto escolar (Silva et al., 2017).

O fracasso escolar está relacionado com a falta de dinheiro das famílias em nutrir determinadas responsabilidades para manter os estudos das crianças. (Franceschini, Miranda-Ribeiro, Gomes, 2017). Outro estudo apresenta dados em que jovens deixam a escola para

alcançar uma independência financeira. (Schoon & Duckworth, 2010).

Há outras publicações relevantes que apresentam informações sobre o tabu em não abordar a utilização dos recursos financeiros pela escola (Venzke, 2004), e como as diferenças sociais influenciam na educação, e também o quanto se necessita do dinheiro para se realizar pesquisas científicas. (Mendez, Mendoza & Malcolm, 2011).

Ao adotar um modo de educar e lidar com o dinheiro, podem-se desencadear múltiplas consequências nas relações sociais. Assim, a inadimplência advém de um mau uso ou de uma deseducação financeira. (Ribeiro & Lara, 2016).

CATEGORIA 4 – QUALIDADE DE VIDA

Assim como os outros temas de categorias supramencionadas, pesquisas direcionadas à qualidade de vida e dinheiro também apresentaram um aumento nos últimos trinta anos, com ápice entre 2008 e 2017. Ao longo destas décadas, pode-se verificar que há estudos abordando o quanto o dinheiro pode proporcionar melhores condições de estrutura de vida (Teixeira, 2006) alimentação e lazer (Paúl, 2003) e, também, investigações sobre o quanto a fonte do trabalho, sendo baseada numa boa remuneração, é capaz de permitir melhores formas de qualidade de vida.

Há estudos em relação ao comprometimento da qualidade de vida quando o idoso não faz uso do dinheiro nas relações sociais (Duarte, Lebrão & Lima, 2005). Idosos localizados em áreas rurais têm menos recursos financeiros que os de área urbana (Guralnick, 2003). Além disso, a migração, a análise da escala de imprevisibilidade familiar, a falta de dinheiro para alimentação eficiente em famílias vulneráveis, a falta de projetos federais no campo da assistência social e a ausência de estudantes de medicina para áreas mais distantes, foram alguns aspectos analisados com relação à qualidade de vida, como, por exemplo, nos estudos de Vianna (2008), Jaime (2011), Arroyo Alejandre e Corvera Valenzuela (2003). Os resultados de tais estudos apontam o quanto a falta de dinheiro impede uma promoção de melhor qualidade na alimentação e, também, no apoio às famílias que ficaram para trás no México quando tentavam migrar para outro país.

Quanto aos estudos que apontam os recursos financeiros como ajuda para uma qualidade de vida, são poucos os que apresentam esta temática. A influência do dinheiro na qualidade de vida está relacionada à preparação da aposentadoria (Bressan, 2013), saúde de crianças com e sem transtornos crônicos, dentre outros. As pesquisas acerca da qualidade de vida e do dinheiro aparecem, em maior número, com amostras variadas na sua quantidade e foram desenvolvidas, em sua maioria, na América Latina e no México. Pelo seu delineamento, há maior prevalência de estudos quantitativos com uso de escalas, questionários e inventários.

CATEGORIA 5 – SAÚDE

Com um número bem menor de publicações, outra área de estudos existente sobre dinheiro, relaciona-se à saúde. Esta categoria foi a única que apresentou somente um artigo catalogado na base de dados, até o ano de 1997. Pode-se dizer que estudos sobre a investigação entre dinheiro e saúde iniciaram-se no período de 1987 a 1997, sendo que após estes anos houve um crescimento de um pouco mais de trinta publicações já realizadas até o ano de 2017.

São pesquisas tanto qualitativas – utilizando entrevistas e grupos focais –, quanto quantitativas – utilizando questionários, escalas e outros

instrumentos. Há uma variedade de localidades, com algumas pesquisas brasileiras, latinas, norte-americanas e africanas.

As publicações trazem, em sua maioria, dados em relação às muitas escolhas que são entendidas como saudáveis, acessíveis quando há condições financeiras. Nesse sentido, foi possível encontrar alguns estudos (Yang & Jackson, 1998; Baldani, Almeida, Antunes, 2009; Garcia, 2015; Monson, 2012; Araújo, 2010; Guerin, Rossoni, Bueno, 2012; Uchôa, 2009) que apontam a falta de dinheiro como problema para as famílias terem acesso e participar de programas relacionados à saúde física e mental, tanto no âmbito da prevenção quanto do tratamento. Pesquisas também afirmam que a falta de dinheiro ocasiona escassos recursos de comida, o que, por conseguinte, leva a uma alimentação não saudável (Herrán & Patiño, 2015, Lera, 2015). Em contrapartida, uma pesquisa apontou que aquelas famílias que recebem benefícios de alimentação de programas de saúde, poupam os gastos com tais despesas. (Pérez Tamayo, Sepúlveda Herrera, Giraldo Villa, 2010).

Quanto aos índices de baixa renda, foram encontradas pesquisas sobre crianças pertencentes a esta classe social que apresentam problemas de sono (El-Sheikh, 2013). Outra pesquisa aponta que o gasto financeiro com água é o mesmo entre as famílias de baixa renda e aquelas com melhores rendimentos.

CATEGORIA 6 – TRABALHO

Esta é a segunda categoria mais pesquisada na área. Os artigos catalogados mostram que nos últimos trinta anos houve um aumento significativo nas publicações referentes à temática que abrange o trabalho e o dinheiro e que estas publicações aumentaram setenta vezes desde 1997.

Ao longo deste período, o maior enfoque foi dado no dinheiro como um fio condutor para uma tomada de decisão quanto à mudança de trabalho, com a finalidade de ganhar mais, e também, de escolher determinadas áreas de trabalho por interesse financeiro.

Há artigos que discutem e refletem o valor do dinheiro nas relações de trabalho, tendo alguns afirmado que benefícios que têm implícitas questões financeiras, são um fator importante para escolher e manter as relações no contexto ocupacional (Lyness, Judiesch, 2011). Outros estudos investigaram o dinheiro como um status no mundo do trabalho. O stress e o dinheiro também foram temas pesquisado nos artigos que retrataram o ambiente de trabalho (Iwasaki, Mackay & Ristock, 2004) Curiosamente, há pesquisas relacionadas ao estágio de estudantes de psicologia, seja sobre avaliar os custos do estágio como prestação de serviço (Klein, Nicholson, 2006), sobre fazerem atividades de esporte em troca de ter o dinheiro (Leffingwell et al. 2001), sobre os compromissos financeiros necessários para se torna psicólogo e superarem os benefícios a longo prazo da profissão (Fagan et al. 2007), e sobre as novas avaliações em psicologia serem realizadas com base em recursos financeiros de instituições (Leigh et al. 2007). De um modo geral, existem outros dados dos artigos catalogados que reportam a diferentes temas, que incluem: a influência financeira no crescimento da indústria farmacêutica (Antonuccio, Danton, Mcclanahan, 2003), empresas da área aeronáutica iniciando trabalhos com certo tipo de material, como uma alternativa para economizar dinheiro (Botelho et al 2006), escolha de profissão com base na segurança financeira (HSIAO, 2013), o dinheiro ganho no

trabalho de famílias camponesas ser ou não suficiente para o ano todo (Nogueira 2013), dentre outras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É nítido o aumento do número de artigos catalogados nas bases de dados científicas mais conhecidas e utilizadas no campo acadêmico, a partir dos descritores família e dinheiro e educação financeira. Foi possível averiguar que, nos últimos trinta anos, tanto no Brasil quanto em diferentes países latinos, norte-americanos e europeus, o dinheiro foi investigado nas relações sociais. Adicionalmente, há uma vasta área de conhecimento (Psicologia, História, Agronomia, Enfermagem, Administração, Nutrição, Medicina, Serviço Social, Educação, Economia, Antropologia) que publicou estudos sobre o comportamento econômico nas diferentes faixas etárias e em contextos distintos.

Os vértices das pesquisas e métodos adotados apresentam variações, podendo haver desde estudos quantitativos com aplicações de questionários, inventários, escalas, testes; quanto qualitativos, com uso de entrevistas e grupos focais; até estudos com base em documentos, numa produção nacional e mundial crescente, principalmente na última década.

As informações obtidas por meio destas pesquisas catalogadas visam complementar o conhecimento construído sobre a realidade, denotando a forte influência do comportamento, dos hábitos, das questões psicológicas pertinentes ao mundo econômico e que se opõem a um conhecimento numérico.

A Psicologia Econômica se apresenta como um campo vasto a ser investigado e em crescente interesse pela área da psicologia, no nosso país e no mundo. De acordo com as buscas, foi possível encontrar diversas linhas de pesquisa, dentre as quais se destacam: psicologia do dinheiro, da dívida, da poupança, da socialização econômica, do comportamento do consumidor, da administração financeira etc. Em se tratando do dinheiro nas relações familiares, foram efetivamente muito poucas as pesquisas relacionadas ao tema e, realmente não foi possível encontrar pesquisas nacionais e internacionais, englobando o ciclo vital da família com o uso do dinheiro. Espera-se que esta tese possa servir como contribuição.

Considera-se que, após o levantamento das pesquisas publicadas em artigos catalogados com relação à família e ao dinheiro, à área da psicologia e ao campo de estudos da terapia de família e de casal, passem a investigar e a examinar as diferentes linhas de pesquisa da Psicologia Econômica, por meio das pesquisas qualitativas, as experiências, visões e reflexões do núcleo familiar, seja na horizontalidade (com membros da família extensa), seja na verticalidade (entre gerações).

Acredita-se ser importante que profissionais de diferentes áreas do conhecimento reflitam sobre o que a Psicologia Econômica deseja realizar na realidade brasileira, especificamente os profissionais da orientação e terapia familiar e de casal, a fim de desenvolver conhecimentos mais consolidados para a promoção da saúde com intervenções psicoprofiláticas e atendimentos psicoterapêuticos em diferentes contextos.

Apesar de estarmos em plena era de produção científica-tecnológica, que impulsiona as constantes descobertas, e de constatar, especificamente, o aumento de artigos científicos, nos últimos trinta anos, abordando o tema do dinheiro nas relações sociais, concomitantemente, pode-se dizer que ainda houve poucas mudanças mais responsivas com o dinheiro nas relações que configuram o macrossistema.

O cenário atual econômico contempla uma estabilidade da moeda Real desde 1994. Ao mesmo tempo, há uma complexidade do mercado financeiro, que atualiza as relações com o dinheiro no nosso País, tendo a cada dia, um escândalo de muitos dos nossos governantes fazendo uso imoral e inconsequente do dinheiro.

Os resultados da falta de educação financeira dos governantes de nosso país, indubitavelmente, impedem o crescimento de todas as outras esferas, tais como saúde, educação, transporte, turismo, cultura, dentre outros pontos importantes, que embasam a estrutura da qualidade de vida na comunidade. Há um entendimento simplista e reducionista de que desenvolver a consciência sobre o modo de usar adequadamente o dinheiro, implica ser compreendido e reconhecido como cuidar da saúde mental, porém na verdade, o indivíduo é visto como mercenário ou ganancioso.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. L. de et al. (2010). Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 301-307.

ARROYO, A. Jesús & CORVERA, V. I. (2003). Actividad económica, migración a Estados Unidos y remesas en el occidente de México. Migraciones internacionales, v. 2, n. 1, p. 36-58.

ANTONUCCIO, D. O. & DANTON, W. G.; MCCLANAHAN, T. M. (2003). Psychology in the prescriptionera: Building a fire wall between marketing and science. American Psychologist, v.58, n.12, p.1028.

BALDANI, M. H.; ALMEIDA, E. S. & ANTUNES, J. L. F. (2009). Eqüidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. Revista de saúde pública, v. 43, p. 446-454.

BOTELHO, E. C. et al. (2006). A review on the development and properties of continuous fiber/epoxy/aluminum hybrid composites for aircraft structures. Materials Research, v. 9, n. 3, p. 247-256.

BRAUER, M. et al. (2013). Doctoral training in the French-speaking countries of Europe: Objectives and suggestions for improvement. European Psychologist, v. 8, n. 1, p. 9.

BRESSAN, M. A. L. C. et al. (2013). Bem-estar na aposentadoria: o que isto significa para os servidores públicos federais?. Revista brasileira de geriatria e gerontologia, v. 16, n. 2, p. 259-272.

CEBALLOS-ESPINOZA, F. & CHÁVEZ-HERNÁNDEZ, A. (2016). Profiling Chilean Suicide Note-Writers through Content Analysis. Avances en Psicología Latinoamericana, v. 34, n. 3, p. 517-528.

CERVANTES, R. C.; CARDOSO, J. B. & GOLDBACH, J. T. (2015). Examining differences in culturally based stress among clinical and nonclinical Hispanic adolescents. Cultural diversity and ethnic minority psychology, v. 21, n. 3, p. 458.

CORIA, M. D. et al. (2005). Socialização econômica em famílias chilenas de classe média: educando cidadãos ou consumidores?. Psicologia & Sociedade, v. 17, n. 2, p. 88-98.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. & LIMA, F. D. (2005). Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 17, p. 370-378.

FAGAN, T. J. et al. (2007). Professional education and training: How satisfied are we? An exploratory study. Training and education in professional psychology, v. 1, n. 1, p. 13.

EL-SHEIKH, M. et al. (2013). Economic adversity and children's sleep problems: Multiple indicators and moderation of effects. Health Psychology, v. 32, n. 8, p. 849, 2013.

EVANS, A. M.; ATHENSTAEDT, U.; KRUEGER, J.The development of tru stand altruism during childhood. Journal of economic psychology,v.36,p.82-95.

GARCIA, L. P. et al. (2015). Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 1425-1434.

GUERIN, G. D. & ROSSONI, E. BUENO, D. (2012). Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 3003-3010.

FRANCESCHINI, V. L. C.; MIRANDA-RIBEIRO, Miranda-Ribeiro, P. & GOMES, M. M. F. (2017). Porta de entrada ou porta de saída? Fracasso escolar no ensino médio segundo estudantes e coordenadores (as) de escolas em ribeirão das neves, mg.Educação em Revista, v. 33.

HSIAO, J. Abordagem geracional dos fatores de escolha de carreira em ciências contábeis. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2013.

IWASAKI, Y.; M.Y, Kelly, J. & RISTOCK, J. (2004). Gender-Based Analyses of Stress Among Professional Managers: An Exploratory Qualitative Study. International Journal of Stress Management, v. 11, n. 1, p. 56.

KLEIN, D. N. & NICHOLSON, I. R. (2006). Costs of predoctoral clinical psychology internship training in a Canadian health care setting. Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, v. 47, n. 4, p. 333.

JAIME, P. C.e et al. (2011). Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro.Revista de Nutrição, v. 24, n. 6, p. 809-824.

GURALNICK, S. et al. (2003). Rural geriatrics and gerontology.

LEIGH, I. W. et al. (2007). Competency assessment models. Professional Psychology: Research and Practice, v. 38, n. 5, p. 463.

LEFFINGWELL, T. R. et al. (2001). Sport psychology training within a clinical psychology program and a department of intercollegiate athletics. Professional Psychology: Research and Practice, v. 32, n. 5, p. 531.

LERA, L. et al. (2015). Consumo, hábitos alimentarios y habilidades culinarias en alumnos de tercero a quinto año básico y sus padres. Revista chilena de nutrición, v. 42, n. 4, p. 374-382.

LYNESS, K. S. & JUDIESCH, M. K. (2001). Are female managers quitters? The relationships of gender, promotions, and family leaves of absence to voluntary turnover. Journal of Applied Psychology, v. 86, n. 6, p. 1167.

MONSON, S.. P. et al. (2012). Working toward financial sustainability of integrated behavioral health services in a public health care system. Families, Systems, & Health, v. 30, n. 2, p. 181.

MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, N. A. & BLANCO, M. R. B. (2003). A força do trabalho feminino na Odontologia, em Araçatuba-SP The women workforce in Dentistry in Araçatuba-SP. Journal of Applied Oral Science, v. 11, n. 4, p. 301-305.

NOGUEIRA, V. S. (2013). Trabalho assalariado e campesinato. uma etnografia com famílias camponesas.Horizontes Antropológicos, n. 39, p. 241-268.

PAÚL, C. et al. (2003). Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal.European psychologist, v. 8, n. 3, p. 160.

PÉREZ, T. E. M.; SEPÚLVEDA, H. D. M. & GIRALDO, V. A. (2010). Basic foods in households receiving benefits from Ximena Rico Llano Foundation, Medellín-Colombia.Perspectivas en Nutrición Humana, v. 12, n. 1, p. 33-45.

RADEY, M.; Cheatham L. P. (2013). Do single mothers take their share?: FAFSA completion among aid-eligible female students. Journal of Diversity in Higher Education, v. 6, n. 4, p. 261.

SILVA, T. P. da et al. (2017). Financial education level of high school students and its economic reflections. Revista de Administração. V. 52, n. 3, p. 285-303.

THOMASON, T. C. Improving the recruitment and retention of Native American students in psychology. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, v. 5, n. 4, p. 308, 1999.

UCHÔA, A. C.. (2009). Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, p. 299-311.

VANROOIJ, M.; LUSARDI, A. M. & ALESSIE, R. (2011). Financial literacy and stock Market participation. Journal of Financial Economics, v.101, n.2, p.449-472.

VANSCHIE, R. J; DELLAERT, B.GC & DONKERS, B. (2015). Promoting later planne dretirement: Construall evel intervention impact reverses with age. Journal of Economic Psychology,v.50, p.124-131.

WATSON, J. C.; GOLDMAN, R. N. & GREENBERG, L. S. (2007). Case studies in emotion-focused treatment of depression: A comparison of good and poor outcome. American Psychological Association.

WINEFIELD, A. H. et al. (2003). Occupational stress in Australian university staff: Results from a national survey. International Journal of Stress Management, v. 10, n. 1, p. 51.

YANG, J. A.; JACKSON, C. L. (1998). Overcoming obstacles in providing mental health treatment to older adults: Getting in the door. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, v. 35, n. 4, p. 498.

ZAVALAGA, L. et al. (2004). Percepciones de la carrera médica en escolares del último año de colegios urbanos de Lima, Perú. Revista Medica Herediana, v. 15, n. 3, p. 136-143.

TORRES-LÓPEZ, T. M.; ARANZAZÚ MUNGUÍA-CORTÉS, J.& ARANDA-BELTRÁN, C. (2015). Concepciones culturales del concepto bienestar de personas con enfermedades crónicas y profesionales de la salud. Revista Hacia la Promoción de la Salud, v. 20, n. 1.

TIFFERET, S.; JOREV, S. & NASANOVITZ, R. (2010). Lower parental investment in stepchildren: The case of the Israeli" Great Journey.Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology, v. 4, n. 2, p. 62.

RIBEIRO, F., M. C. & SILVA, M., S. (2017). Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose sob a perspectiva de usuários. Cadernos Saúde Coletiva, v. 25, n. 3.

ROSENKRANTZ, A. S. & HUSTON, A. C. (2004). The mother-infant relationship in single, cohabiting, and married families: a case for marriage?. Journal of Family Psychology, v. 18, n. 1, p. 5.

RIBEIRO, R. F.& LARA, R. O. (2016). Endividamento da classe trabalhadora no Brasil e o capitalismo manipulatório. Serv. soc. soc, n. 126, p. 340-359.

SCHOON, I. & DUCKWORTH, K. (2010). Leaving School Early–and Making It!. European Psychologist.

SAUNDERS, B. S. et al. (2015). Financial and employment impact of intellectual disability on families of children with autism. Families, Systems, & Health, v. 33, n. 1, p. 36.

PUERTO, P. H. M. (2017). Soporte social percibido en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. Revista Cuidarte, v. 8, n. 1, p. 1407-1422.

MCDANIEL, S. H.; LUSTERMAN, D. E. ; PHILPOT, C. L. Casebook for integrating family therapy: An ecosystemic approach. American Psychological Association, 2001.

KLEIN, D. N.; NICHOLSON, I. R. Costs of predoctoral clinical psychology internship training in a Canadian health care setting. Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, v. 47, n. 4, p. 333, 2006.

KRAUSE, N.. Assessing stress-buffering effects: A cautionary note. Psychology and Aging, v. 10, n. 4, p. 518, 1995.

MENDEZ, J. P.; MENDOZA, P.; MALCOLM, Z. The impact of financial aid on Native American students. Journal of Diversity in Higher Education, v. 4, n. 1, p. 12, 2011.

JONES, S. M.; AMTMANN, D. Health care worry is associated with worse outcomes in multiple sclerosis. Rehabilitation psychology, v. 59, n. 3, p. 354, 2014.

FONSECA, G. et al. Families in the context of macroeconomic crises: A systematic review. Journal of Family Psychology, v. 30, n. 6, p. 687, 2016.

GIL, A. C. Metodologia científica. SãoPaulo, v.3, 2002.

VENZKE, B. Is the Differentiating Curriculum Applicable to All Students?. 2004.

ISKANDARSYAH, A. et al. Psychosocial and cultural reasons for delay in seeking help and nonadherence to treatment in Indonesian women with breast cancer: A qualitative study. Health Psychology, v. 33, n. 3, p. 214, 2014.

KEESE, M. Who feels constrained by high debt burdens? Subjectivevs. Objective measures of house hold debt. Journal of Economic Psychology, v.33,n.1, p.125-141, 2012.

KHAN, Jashim; BELK, Russell W.; CRAIG-LEES, Margaret. Measuring consumer perceptions of pay ment mode. Journal of Economic Psychology, v.47, p.34-49, 2015.

LOIBL, Cäzilia; KRAYBILL, DavidS.; DEMAY, Sara Wackler. Accounting for the role of habitin regular saving. Journal of Economic Psychology, v.32, n.4, p.581-592, 2011.

MEIER-PESTI, Katja; PENZ, Elfriede. Sexorgender? Expandingthesex-based view by introducing masculinity and femininity as predictors of financial risk taking. Journal of Economic Psychology, v.29, n.2, p.180-196, 2008.

NIKOLAEV, Boris. Living with mom and dad and loving it…or Are you?. Journal of Economic Psychology, v.51, p.199-209, 2015.

EL-SHEIKH, Mona et al. Economic adversity and children's sleep problems: Multiple indicators and moderation of effects. Health Psychology, v. 32, n. 8, p. 849, 2013.

DAHAL, Arati; FERTIG, Angela. An econometric assessment of the effect of mental illness on household spending behavior. Journal of Economic Psychology, v.37,p.18-33,2013.

GATHERGOOD, John. Self-control, financial literacy and consumer over-indebtedness. Journal of economic psychology, v.33, n.3, p.590-602, 2012.

GAMBETTI, Elisa; GIUSBERTI, Fiorella. The effect of angerand anxiety trait son investment decisions. Journal of Economic Psychology, v.33, n.6, p.1059-1069, 2012.

GUVEN, Cahit; ISLAM, Asadul. A geat migration, language proficiency, and socioeconomic outcomes: evidence from Australia. Demography, v.52, n.2, p.513-542, 2015.

GASIOROWSKA, Agata; ZALESKIEWICZ, Tomasz; WYGRAB, Sandra. Would you do something for me? The effects of Money activation on social preferences and social behavior in Young children. Journal of Economic Psychology, v.33, n.3, p.603-608, 2012.

FARREL, L., Fry, T.R.I., & Risse, L. (2016). The Significance of Financial Self - Efficacy in Explaining Women's Personal Finance Behaviour. Journal of Economic Psychology, Vol 54, p. 85-99, 2016.

HARRISON, Neil; AGNEW, Steve; SERIDO, Joyce. Attitudes to debt among in debted undergraduates: Across-national exploratory fator analysis. Journal of Economic Psychology, v.46, p.62-73, 2015.

REYERS, M.; VANSCHALKWYK, C. H. & GOUWS, D. G. (2015). Rational and behavioural predictors of pre-retirement cash-outs. Journal of Economic Psychology, v.47, p.23-33.

XU, K. Show. (2015). attendand tell: Neural image caption generation with visual attention. In: International conference on machine learning. P.2048-2057.

VERHEUL, I. (2012). Explaining preferences and actual involvementin self-employment:Gender and the entre preneurial personality. Journal of Economic Psychology, v.33, n.2, p.325-341.

VANSCHIE, R. JG; DELLAERT, B. GC & DONKERS, B. (2015). Promoting later planne dretirement: Construall evel intervention impact reverses with age. Journal of Economic Psychology,v.50, p.124-131.

OTTAVIANI, C. & VANDONE, D. (201). Impulsivity and house hold in debt edness: Evidence from real life. Journal of economic psychology, v.32, n.5, p.754-761.

SEUNTJENS, T. G. Et al. (2016). Greed and adolescente financial behavior. Journal of Economic Psychology, v.57, p.1-12.

SESSÕES PARALELAS II

SIMPÓSIO
Moderador: Paula Saraiva Carvalho

SENSIBILIDADE, FUNCIONAMENTO E SATISFAÇÃO SEXUAL EM MULHERES GRÁVIDAS

Sara Nunes Moreira
Universidade da Beira Interior
(sarainmoreira@gmail.com)

Henrique Pereira
Universidade da Beira Interior
(hpereira@ubi.pt)

RESUMO

O objetivo geral desta investigação foi avaliar os níveis de sensibilidade, funcionamento sexual e satisfação sexual em mulheres grávidas. Trata-se de um estudo quantitativo, comum a tipologia descritiva, comparativa e preditiva, uma vez que pretende comparar e descrever o comportamento das variáveis em estudo, bem como estimar a relação preditiva entre as variáveis. A média de idades é de 31.32 anos (D.P.=6.50). Foi criado um protocolo de investigação que contemplou um questionário sociodemográfico construído para o efeito deste estudo, o Questionário Massachussets General Hospital – Sexual Functionning Questionnaire (MGH-SFQ) (satisfação sexual: α= .81; funcionamento sexual: α=.94) e a Escala de Sensibilidade-High Sensibility Person Scale (α=.93). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na comparação da sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto aos trimestres de gravidez (p=.091; p=.236; p=.077), gestantes primíparas e não primíparas (p=.511; p=.068; p=.591) e idade das gestantes (p=.298; p=.978; p=.439). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na variável sensibilidade quanto à existência de apoio psicológico (p=.001). Na relação preditiva entre a sensibilidade e o funcionamento sexual encontrou-se um bom valor preditivo (R^2=.224; R^2=.254). Conclui-se assim que a sensibilidade constitui um importante mediador do funcionamento sexual em mulheres grávidas.

Palavras-Chave: Sensibilidade; Funcionamento Sexual; Satisfação Sexual; Gravidez.

ESTADO DA ARTE

"Muitas das grávidas vivem a sexualidade como uma necessidade acrescida de ternura, de carinho e de sensualidade, procurando sobretudo o mimo e o abraço caloroso do companheiro"
- Portelinha, 2003, p.24

INTRODUÇÃO

A gravidez é considerada um dos períodos mais complexos na vida da mulher, pois durante a gravidez, o funcionamento sexual feminino, a sexualidade e a satisfação sexual alteram-se. A vida sexual durante este período é afetada por crenças acerca da sexualidade, bem como por mudanças físicas e emocionais. A possível reação do parceiro à gravidez, a ideia de se tornar pai, as normas culturais, os fatores económicos e o papel e identidade sexual da mulher são agentes que também podem condicionar a sexualidade durante a gravidez (Gokyildiz & Beji, 2005).

Diferentes aspetos do funcionamento sexual são conhecidos por estarem em associação com a satisfação na relação, especialmente a satisfação sexual. A satisfação sexual é frequentemente vista como um indicador de qualidade da relação romântica (Vranes & Sunjic, 2014). Podemos, portanto, considerar a satisfação sexual como a análise e julgamento de cada uma das pessoas na relação acerca do seu comportamento sexual, relativo ao que ele/ela considera que será prazeroso (Pourakbaran & Yazdi, 2015).

Durante o período da gravidez, a relação sexual dos casais e o funcionamento sexual pode ser afetado por diversas razões, nomeadamente dor abdominal, coito doloroso ou ainda perda da imagem corporal atrativa - na perspetiva da mulher (Bartellas et al., 2000). Os motivos mais apontados são: cansaço e náusea (Trutnovsky, Haas, Lang & Petru, 2006), crenças culturais, mitos e tabus acerca do comportamento sexual durante a gravidez – como e.g. magoar o bebé (Aslan et al., 2005), relações sexuais dolorosas e secura vaginal, a par da baixa lubrificação mesmo quando adequadamente estimulada (Witting et al., 2008; Pourakbaran & Yazdi, 2015), perda de interesse e diminuição do desejo sexual (Witting et al., 2008; Lee, Lin, Wan & Liang, 2010) dificuldade em atingir o orgasmo (Pourakbaran & Yazdi, 2015) e mudança na imagem corporal da mulher (Vranes & Sunjic, 2014). No que concerne à imagem corporal, a literatura caracteriza-a como a perceção e as atitudes de uma pessoa acerca dos seus atributos físicos (Cash & Fleming, 2002), pelo que as mudanças na imagem corporal podem ser percebidas de diferentes formas pelas mulheres grávidas (Vranes & Sunjic, 2014). A diminuição do desejo, frequência e satisfação sexual da mulher durante a gravidez parecem ser uma realidade e vários autores debruçaram o seu interesse sobre a temática.

O tempo de gravidez parece afirmar-se como um fator contributivo para o funcionamento sexual, tendo em conta que parece existir uma diferença entre o primeiro e o terceiro trimestres, pois aponta-se que no terceiro trimestre apresentam níveis de funcionamento sexual mais elevados do que no primeiro (Abouzari-Gazafroodi et al., 2015). Para Vranes e Sunjic (2014), é plausível a existência de uma ligeira descida no interesse e atividade sexual no primeiro trimestre, provavelmente motivada pelas mudanças de início da gravidez, como a má-disposição matinal, náuseas e fadiga. Já anteriormente, em 1966, Masters e Johnson reportavam esta mesma diminuição. O segundo trimestre da gravidez é apontado como bastante variável (von Sydon, 1990). Este autor tende a considerar um aumento do interesse sexual no segundo trimestre, que pode ser explicado pelo aumento do fluxo sanguíneo na área pélvica, ideia também defendida por Masters e Johnson (1966), que defendiam este mesmo aumento. No terceiro trimestre, Masters e Johnson (1966) referiram um declínio na satisfação e funcionamento sexual, que Vranes e Sunjic (2014) explicaram com a fadiga, bem como com a diminuição no gosto sexual. Abouzari-Gazafroodi et al., (2015) defenderam que a atividade sexual teve um ligeiro aumento, porque os casais foram esclarecidos acerca do benefício para o bem-estar do feto, facilitando também o trabalho de parto e o parto em si.

Tal como foi anteriormente referido, as alterações subjacentes à gravidez afetam a experiência e o funcionamento sexual. Todavia, estas mesmas mudanças poderão também afetar o modo como as mulheres processam sensorialmente os estímulos à sua volta, mais ou menos

sensivelmente. Neste sentido, entende-se a sensibilidade como um traço personalístico caracterizado pela existência tanto de sensibilidade interna como pela sensibilidade externa aos estímulos, incluindo interpretações sociais e emocionais (Jagiellowicz et al., 2011). Para Aron e Aron (1997) a sensibilidade é um traço genético base encontrado em cerca de 20% da população e que envolve um profundo processo cognitivo de estimulação (Mesulam, 1998). As pessoas altamente sensíveis têm a capacidade de perceber estímulos de baixa intensidade, quer sejam do ambiente, do corpo ou da cognição e tendem a processar e a responder num limiar mais baixo de informação e a detetar melhor as diferenças no ambiente (Soons, Brouwers & Tomic, 2010). Além disso, as pessoas sensíveis estão mais alerta e mais conscientes das sensações emocionais associadas a estímulos de baixa intensidade (Rothbart & Evans, 2007). A sensibilidade está, assim, associada com uma alta reatividade emocional (Aron et al., 2012). Mais ainda, as pessoas altamente sensíveis caracterizam-se pela presença de atividade cognitiva espontânea na forma de pensamentos e/ou imagens que não têm qualquer ligação com o ambiente físico da pessoa (Rothbart & Evans, 2007). Em primeiro lugar, as pessoas sensíveis - quando comparadas com as não sensíveis - sofrem frequentemente de stress e ansiedade em situações sociais com bastantes pessoas. Em segundo lugar, podem ter um menor nível de auto-aceitação bem como atitudes negativas e resistência face a situações lotadas e/ou sociais (Aron, 1996).

Pese embora o que foi dito, e apesar de não existirem muitos estudos sistemáticos acerca da sensibilidade em mulheres grávidas, Aron (1999) sistematizou um conjunto de preocupações e características que podem ser verificadas na tabela que se segue.

Tabela 1- Principais características das mulheres sensíveis relativamente à sexualidade (Aron, 1999)

Principais preocupações/características
Preocupações com doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez antes de entrar num relacionamento sexual
Necessidade de sentir amor pelo parceiro para que possa disfrutar do sexo, não o fazendo com alguém que não ama
Não pretende ter parceiros, mesmo que não esteja num relacionamento
Não é capaz de fazer sexo levianamente
Menor propensão a sentimentos de tristeza, susto ou medo e maior propensão a sentir- se amada
Prefere não se envolver numa grande variedade de atividades sexuais
Não possui fantasias sexuais aquando de uma relação sexual
Não possui fantasias sexuais românticas
Não possui fantasias em que outra(s) pessoa(s) a domine(m)
Existência de menos parceiros sexuais ao longo da vida
Início tardio das relações sexuais

Tendo em conta o sistematizado na tabela em epígrafe, torna-se pertinente estudar as relações entre o funcionamento sexual, satisfação sexual e a sensibilidade, de forma a tornar mais explícitas estas variáveis, surgindo a necessidade de realizar esta investigação. Os objetivos desta investigação são: (1) avaliar os níveis de funcionamento e satisfação sexual, (2) comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre os trimestres de gravidez (3) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre gestantes primíparas e gestantes não primíparas,

(4) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à idade das gestantes, (5) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de apoio psicológico, (6) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de doença mental e (7) observar a relação preditiva entre a sensibilidade e o funcionamento sexual. Esta investigação adquire importância e é muito relevante, não só pela pertinência do tema mas também para preencher lacunas existentes na literatura científica nacional e internacional. Além disso, a investigação com gestantes é pioneira e, portanto, reveste-se de um caráter inovador.

MÉTODO

A presente investigação procurou desenvolver procedimentos metodológicos que permitissem avaliar, comparar e predizer os níveis de sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual, procedendo à comparação entre diversas variáveis importantes.

Este estudo é quantitativo, com uma tipologia descritiva, comparativa e preditiva, uma vez que pretende comparar e descrever o comportamento das variáveis em estudo, bem como predizê-lo.

Participantes

A amostra desta investigação é constituída por um total de 131 participantes, que apresenta uma média de idades de 31,32 anos (DP=6,50), sendo que todas as participantes são do sexo feminino. Quanto às habilitações literárias das participantes, observou-se que a maioria destas têm o 12º ano (48,1%) e residem numa zona geográfica pequena[1] (60,3%). No que concerne ao estado civil das participantes, a maioria é casada (56,5%), tem um tempo médio de relação de 4 anos (9,9%) e residem acompanhadas (97,7%), normalmente com o cônjuge/companheiro. Relativamente à situação profissional, 87 das participantes trabalha a tempo inteiro (66,4%). Da amostra total, 20 participantes encontram-se no 1º trimestre de gestação (15,3%), 28 gestantes no 2º trimestre (20,6%) e 83 gestantes no 3º trimestre (64,1%). No que ao planeamento da gravidez diz respeito, 93 mulheres (71,0%) referem que a gravidez foi planeada e desejada pelo casal. Desta amostra, 50 mulheres afirmam ter 1 filho vivo (38,2%) e, relativamente ao número de gravidezes anteriores, a maioria das mulheres não esteve ainda grávida (n=50, 38.2%) e 27,5% das mulheres (n=36) teve já uma gravidez prévia. A perceção de apoio durante a gravidez

[1] Considera-se para o efeito a marca de 50 000 habitantes.

recai sobre o cônjuge/companheiro, dado que cerca de 45,8% das gestantes o afirma, seguindo-se com a mesma percentagem (6,9%, n=9) o apoio conjunto de cônjuge/companheiro, pai e mãe e ainda o apoio conjunto de cônjuge, mãe e médico. No que concerne à existência de acontecimentos de vida responsáveis pelo aparecimento/agravamento de ansiedade e/ou tristeza, 77 gestantes (58,8%) afirmam que esses sentimentos não aparecerem nem agravaram e 13,7% relatam outros motivos para o surgimento/agravamento da ansiedade e/ou tristeza (IMG, ecografia morfológica…). Quanto à ajuda psicológica recebida ao longo da vida, 74% das gestantes afirma que não recebeu ajuda psicológica e, dos 22% que receberam, a maioria recorreu a esse apoio por depressão.

A caracterização da amostra poderá ser consultada na tabela que se segue.

Tabela 2 - Características sócio-demográficas (n=131)

	Variável	n	%	Média	DP
	Idade			31.32	6.50
Escolaridade	4º ano	1	0.8%		
	9º ano	24	18.3%		
	12º ano	63	48.1%		
	Licenciatura	32	24.4%		
	Mestrado	11	8.4%		
Zona de residência	Urbano Pequeno	79	60.3%		
	Urbano Grande	52	39.7%		
Estado Civil	Solteira	13	9.9%		
	Casada	74	56.5%		
	Unida de facto	44	33.6%		
Tempo de relação (em anos)	1	11	10%		
	2	10	9.1%		
	3	9	8.2%		
	4	13	11.8%		
	5	7	6.4%		
	6	5	4.5%		
	7	8	7.3%		
	8	10	9.1%		
	9	10	9.1%		
	10	10	9.1%		
	11	3	2.7%		
	12	5	4.5%		
	13	1	0.9%		
	15	2	1.8%		
	16	3	2.7%		
	17	1	0.9%		
	20	2	1.5%		
Reside sozinha	Sim	2	1.5%		
	Não	128	99.2%		
Situação profissional	Estudante	5	3.8%		
	Doméstica	6	4.6%		
	Emprego a tempo inteiro	87	66.9%		
	Emprego a *part-time*	6	4.6%		
	Desempregada	23	17.7%		
	Outra	3	2.3%		

Trimestres de gravidez	1º trimestre	20	15.3%		
	2º trimestre	28	20.6%		
	3º trimestre	83	64.1%		
Planeamento da gravidez	Planeada/desejada	93	73.2%		
	Não planeada mas aceite por ambos os pais	34	26.8%		
Nº de gravidezes anteriores	0	50	44.2%		
	1	36	31.9%		
	2	19	16.8%		
	3	5	4.4%		
	4	3	2.7%		
Gravidez antecedida por	Abortos Espontâneos	11	9.4%		
	Recurso a tratamento de fertilidade	1	0.9%		
	Dificuldade em engravidar	6	5.1%		
	Normal	94	80.3%		
	Outros	5	4.3%		
Apoio durante a gravidez	Cônjuge/companheiro	60	47.2%		
	Cônjuge/companheiro e mãe	8	6.3%		
	Cônjuge/companheiro, mãe e pai	9	7.1%		
	Cônjuge/companheiro, mãe, pai, amigos, médico que acompanha a gravidez	10	7.9%		
Acontecimento de vida durante a gravidez	Divórcio/separação	2	1.6%		
	Morte de familiares/pessoas próximas	8	6.6%		
	Perda de emprego	1	0.8%		
	Mudança de emprego	6	4.9%		
	Mudança de residência	9	7.4%		
	Não apareceu/agravou a sintomatologia	77	63.1%		
	Outros	19	14.8%		
Obtenção de ajuda psicológica	Sim	29	23%		
	Não	97	77%		
Motivos da ajuda psicológica	Depressão	13	12%		
	Adaptação Escolar	1	0.8%		
	Ansiedade	4	3.2%		
	Ataques de Pânico	1	0.8%		
	Bulimia	1	0.8%		
	Depressão Pós-Parto	2	1.6%		
	Morte da avó materna	1	0.8%		
	Abusos sexuais	1	0.8%		

Instrumentos

Para este estudo, foi criado um protocolo de investigação que contemplou um questionário sociodemográfico construído para o efeito deste estudo, o Questionário Massachussets General Hospital – Sexual Functionning Questionnaire (MGH-SFQ) (Sierra, Vallejo-Medina & Santos-Iglesias, 2012) e a Escala de Sensibilidade - High Sensibility Person Scale (Aron & Aron, 1997).

O questionário sociodemográfico contemplou questões que permitiram recolher informações pertinentes para proceder a uma caracterização geral da amostra, nomeadamente: a idade, a escolaridade, o estado civil, a profissão, o estatuto sócio- económico, o trimestre de gravidez, o número de gravidezes anteriores, entre outros.

O MGH-SFQ é um questionário de autorresposta breve que avalia o funcionamento sexual, permitindo identificar problemas nas

diferentes fases da resposta sexual. Este questionário é formado por 5 itens: interesse sexual, capacidade de excitação, capacidade para conseguir o orgasmo, capacidade para conseguir manter a ereção (apenas para homens) e satisfação sexual global. Pelo facto de ter um reduzido número de itens, este questionário torna-se uma mais valia na prática clínica. A escala de resposta é uma escala tipo likert de 7 pontos, em que 1 corresponde a " Totalmente ausente", 2 corresponde a "Marcadamente diminuída", 3 corresponde a "Quase normal", 4 corresponde a "Normal", 5 corresponde a "Algo acima do normal", 6 corresponde a "Marcadamente acima do normal" e 7 corresponde a "Completamente acima do normal" (Sierra, Vallejo- Medina & Santos-Iglesias, 2012). Existe uma validação psicométrica portuguesa desta escala, aferida por Pereira (2017). Tendo sido testada a fiabilidade e confiabilidade desta escala, obteve-se um alfa de Cronbach de .94 (Pereira, 2017), o que pode classificar-se como excelente (Marôco, 2013).

A Escala de Sensibilidade foi desenvolvida por Elaine Aron, em 1997. Esta escala contempla 27 itens e mede a Sensibilidade, que representa a reatividade fisiológica aos estímulos do ambiente. Considera-se este construto como uma característica unidimensional que é caraterizada por uma sensibilidade aumentada ao processamento de informação sensorial externa (e.g., luz, ruído) e interna (dor, fome). Esta escala, com o título original de Highly Sensitive Person Scale apresenta uma escala de resposta de 7 pontos, em que 1 corresponde a "Nada", 2 corresponde a "Muito pouco", 3 corresponde a "Um pouco", 4 corresponde a "Moderadamente", 5 corresponde a "Algo mais", 6 corresponde a "Bastante" e 7 corresponde a "Extremamente" (Aron, 1997).

Esta Escala foi desenhada a partir de diversas entrevistas, das quais derivaram características que se repetiam sistematicamente (Aron et al., 2010) e através das quais foi possível construir as questões que compõem o teste.

Confiabilidade dos instrumentos

Relativamente às três escalas utilizadas, foi realizada uma análise de confiabilidade (através do Alpha de Cronbach), podendo constatar que todos os instrumentos utilizados obtiveram um Alfa adequado, como podemos ver de forma individual os resultados na tabela 3.

Tabela 3 - Confiabilidade dos instrumentos

Instrumentos	Alfa de Cronbach (α)	Confiabilidade
MGH – Satisfação Sexual	0.81	Muito Bom
MGH – Funcionamento Sexual	0.94	Excelente
HSPS – *Highly Sensitive Person Scale*	0.93	Excelente

Procedimentos

Após a aprovação do estudo pela comissão de ética da Universidade da Beira Interior quanto aos aspetos científicos e éticos, procedeu-se à realização do pré-teste dos questionários (4 participantes), pelo que foram alteradas algumas palavras para que a leitura fosse mais compreensível. Posteriormente, depois de assegurada a correta compreensão das instruções e dos itens dos questionários, iniciou-se um processo de disseminação de um link construído para o efeito da investigação numa conta do Google Drive © através das redes sociais, de contactos eletrónicos e ainda através da inscrição em alguns fóruns, nomeadamente acerca de sexualidade e ainda de gravidez, de forma a conseguir participantes para a amostra. O link esteve disponível entre 29 de novembro de 2016 e 16 de fevereiro de 2017. Em paralelo, foi submetida a proposta do estudo à comissão científica do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., para que fosse possível proceder à recolha presencial. A proposta foi aceite no dia 16 de dezembro de 2016 pela comissão de ética do Hospital, pelo que se iniciou a recolha presencial no dia 26 de dezembro de 2016 e terminou a 09 de fevereiro de 2017.

Foram tidos em conta todos os princípios éticos e deontológicos da pesquisa tradicional em psicologia ao longo de todo o estudo, solicitando o consentimento informado aos participantes e assegurando-lhes que todos os dados recolhidos seriam utilizados apenas para fins do mesmo, garantindo o anonimato e a confidencialidade de todos. Aos participantes que assim o desejassem, foi garantida a possibilidade de lhes devolver os resultados obtidos.

Por último, os dados foram introduzidos no software informático IBM® SPSS® Statistics (versão 23) e precedeu-se à concretização de diversos procedimentos estatísticos.

Resultados

Tendo em conta os objetivos fixados para esta investigação – (1) avaliar os níveis de funcionamento e satisfação sexual, (2) comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre os trimestres de gravidez (3) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre gestantes primíparas e gestantes não primíparas, (4) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à idade das gestantes, (5) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de apoio psicológico, (6) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de doença mental e (7) avaliar a relação preditiva entre a sensibilidade e o funcionamento sexual – procedeu-se à realização da análise dos dados, apresentando-se em seguida os respetivos resultados de acordo com cada objetivo traçado.

Objetivo 1: avaliar os níveis de funcionamento e satisfação sexual

Para se poder avaliar a Sensibilidade, realizou-se o cálculo da mediana teórica, de modo a obter-se um ponto de corte (Mdn=108). Desta forma, foi possível avaliar que 42% da amostra (n=35) apresenta o traço de Sensibilidade. Relativamente à variável Funcionamento Sexual, o ponto de corte foi de 21 (Mdn=21), pelo que cerca de 24.8% das mulheres afirma ter um bom funcionamento sexual. No que à Satisfação Sexual diz respeito, o ponto de corte foi de 36 (Mdn=36) pelo que 90.3% das mulheres se revela satisfeita sexualmente.

Olhando especificamente para as componentes do funcionamento sexual, pode observar- se que existem 5 componentes a analisar. Pode observar-se que para cada uma das cinco componentes, a maioria das mulheres (53.2%) classificam o seu funcionamento sexual

como normal. Os resultados apresentam-se na tabela que se segue.

Tabela 4 - Resultados para a Avaliação das componentes da variável Funcionamento Sexual

Componente da variável	Classificação	n	%	M da componente	D.P. da componente
Interesse Sexual	Totalmente ausente	8	6.4%	3.683	1.325
	Marcadamente Diminuída	18	13.7%		
	Quase Normal	13	10.3%		
	Normal	67	53.2%		
	Algo acima do normal	9	7.1%		
	Marcadamente acima do normal	8	6.3%		
	Completamente acima do normal	3	2.4%		
Capacidade para obter estimulação	Totalmente ausente	11	8.7%	3.548	1.318
	Marcadamente diminuída	15	11.9%		
	Quase Normal	20	15.3%		
	Normal	64	50.8%		
	Algo acima do normal	9	7.1%		
	Marcadamente acima do normal	3	2.4%		
	Completamente acima do normal	4	3.2%		
Capacidade para obter orgasmos	Totalmente ausente	10	7.9%	3.548	1.306
	Marcadamente diminuída	17	13.5%		
	Quase normal	20	15.4%		
	Normal	61	48.4%		
	Algo acima do normal	11	8.7%		
	Marcadamente acima do normal	4	3.2%		
	Completamente acima do normal	3	2.4%		
Capacidade para atingir e manter lubrificação	Totalmente ausente	9	7.2%	3.632	1.273
	Marcadamente diminuída	14	11.2%		
	Quase normal	19	15.2%		
	Normal	65	52%		
	Algo acima do normal	9	7.2%		
	Marcadamente acima do normal	7	5.6%		
	Completamente acima do normal	2	1.6%		
Satisfação sexual global	Totalmente ausente	7	5.6%	3.897	1.264
	Marcadamente diminuída	9	7.1%		
	Quase normal	15	11.9%		
	Normal	68	54%		
	Algo acima do normal	16	12.7%		
	Marcadamente acima do normal	7	5.6%		
	Completamente acima do normal	4	3.2%		

Objetivo 2: comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre os trimestres de gravidez

Para que se pudesse responder ao segundo objetivo desta investigação, procedeu-se à realização de uma ANOVA (após terem sido garantidas as condições de normalidade das distribuições) a fim de poder comparar as três variáveis tendo em conta os diferentes trimestres de gestação. Tal como nos indica o valor do p, é possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas na comparação dos trimestres de gravidez, quer a nível da sensibilidade F(2)= 2.478; p.=.091 quer a nível do funcionamento sexual F 2=1.461; p=.236 ou ainda a nível da satisfação sexual F (2)= 2.631; p=.077. Ainda que os resultados não sejam significativos, é possível verificar que as gestantes do primeiro trimestre apresentam níveis de sensibilidade considerados válidos, enquanto que as gestantes dos outros trimestres não apresentam. Quanto ao funcionamento sexual, também as gestantes do primeiro trimestre parecem ter um bom funcionamento

sexual. Os resultados podem ser consultados na tabela 5.existem diferenças estatisticamente significativas na comparação dos trimestres de gravidez, quer a nível da sensibilidade F(2)= 2.478; p.=.091 quer a nível do funcionamento sexual F 2=1.461; p=.236 ou ainda a nível da satisfação sexual F (2)= 2.631; p=.077. Ainda que os resultados não sejam significativos, é possível verificar que as gestantes do primeiro trimestre apresentam níveis de sensibilidade considerados válidos, enquanto que as gestantes dos outros trimestres não apresentam. Quanto ao funcionamento sexual, também as gestantes do primeiro trimestre parecem ter um bom funcionamento sexual. Os resultados podem ser consultados na tabela 5.

Tabela 5 - Resultados para a Comparação dos níveis de Sensibilidade, Funcionamento e Satisfação Sexual entre os trimestres de gravidez

Variável	Trimestre	n	M	D.P.	F	P
Sensibilidade	1º	12	112.50	19.99	2.478	.091
	2º	18	91.83	28.01		
	3º	45	94.33	28.46		
Funcionamento Sexual	1º	20	20.40	4.36	1.461	.236
	2º	25	18.60	4.49		
	3º	72	17.95	6.34		
Satisfação Sexual	1º	20	48.95	7.27	2.631	.077
	2º	25	49.56	7.90		
	3º	68	44.54	12.42		
Funcionamento Sexual – Interesse Sexual	1º	20	4.15	0.93	1.438	.242
	2º	25	3.60	1.08		
	3º	73	3.63	1.40		
Funcionamento Sexual – Capacidade para obter estimulação	1º	20	3.95	0.95	1.438	.299
	2º	25	3.60	1.15		
	3º	73	3.45	1.37		
Funcionamento Sexual – capacidade para obter orgasmos	1º	20	4.00	1.08	1.421	.246
	2º	25	3.72	1.06		
	3º	73	3.48	1.38		
Funcionamento Sexual – capacidade para atingir e manter a lubrificação	1º	20	4.10	1.03	1.376	.257
	2º	25	3.60	0.82		
	3º	72	3.60	1.39		
Funcionamento Sexual – Satisfação sexual global	1º	20	4.20	0.83	1.035	.358
	2º	25	4.08	1.00		
	3º	73	3.81	1.37		

*<.05; **<.001

Objetivo 3: comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre gestantes primíparas e não primíparas

Decidiu-se também fazer uma comparação das variáveis relativamente ao facto de as mulheres serem primíparas ou não. A significância da diferença entre a condição de primípara e não primípara foi avaliada com um teste t-student para amostras independentes (após terem sido garantidas as condições de normalidade das distribuições). As diferenças não foram estatisticamente significativas (p>.05) em nenhuma das variáveis: Sensibilidade: p=.511; Funcionamento Sexual t(105)=1.842; p=.068; Satisfação Sexual t(101)=0.539; p=.591. Todavia, foram encontradas diferenças quanto ao interesse sexual (t(4)= 4.365; p= .003) e ainda quanto à capacidade para obter estimulação (t(4)= 3.222; p= .016). Os resultados podem ser consultados na tabela 6. Na mesma coluna, encontram-se os resultados obtidos através do teste t-student para a condição primípara e não primípara e os resultados obtidos através do teste ANOVA para o número de gravidezes prévias.

Tabela 6 - Resultados para a comparação dos níveis de Sensibilidade, Funcionamento e Satisfação Sexual entre gestantes primíparas e não primíparas

Variável	Condição	*n*	M	D.P.	*t*(gl)	*p*/*F*
Sensibilidade	Primípara	32	98.25	23.28	-0.661 (70)	.511
	Não Primípara	40	102.375	28.508		
Funcionamento Sexual	Primípara	47	19.66	5.51	1.842 (105)	.168
	Não Primípara	60	17.500	6.939		
Satisfação Sexual	Primípara	47	46.87	10.78	0.539 (101)	.729
	Não Primípara	56	45.643	12.109		
Interesse Sexual	Primípara	47	4.043	1.301	4.365 (4)	.003
	1 gravidez prévia	35	3.400	1.035		
	2 gravidezes prévias	18	3.056	1.514		
	3 gravidezes prévias	5	4.200	1.789		
	4 gravidezes prévias	3	5.667	1.528		
Capacidade para obter estimulação	Primípara	47	3.872	1.312	3.222 (4)	.016
	1 gravidez prévia	35	3.286	1.045		
	2 gravidezes prévias	18	2.944	1.474		
	3 gravidezes prévias	5	4.200	2.168		
	4 gravidezes prévias	3	5.000	1.732		
Capacidade para obter orgasmos	Primípara	47	3.830	1.274	3.608 (4)	.090
	1 gravidez prévia	35	3.400	1.006		
	2 gravidezes prévias	18	3.056	1.697		
	3 gravidezes prévias	5	4.200	2.168		
	4 gravidezes prévias	3	4.667	1.155		
Capacidade para atingir e manter a lubrificação	Primípara	47	3.894	1.220	3.848 (4)	.056
	1 gravidez prévia	34	3.441	1.050		
	2 gravidezes prévias	18	3.111	1.605		
	3 gravidezes prévias	5	4.400	1.187		
	4 gravidezes prévias	3	4.667	1.155		
Satisfação geral	Primípara	47	4.021	1.360	2.629 (4)	.195
	1 gravidez prévia	35	3.743	1.010		
	2 gravidezes prévias	18	3.500	1.543		
	3 gravidezes prévias	5	4.600	1.187		
	4 gravidezes prévias	3	5.000	1.000		

*<.05; **<.001

Objetivo 4: comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à idade das gestantes

Mostrou-se também pertinente realizar uma comparação das variáveis tendo em conta a idade, pelo que se procedeu à divisão das participantes em dois grupos. A divisão foi realizada tendo em conta a média de idades das participantes (31.32 anos de idade). Assim, o primeiro grupo contempla as participantes até aos 31 anos de idade [Grupo 1] e o segundo grupo contempla as participantes que têm 31 anos e/ou mais [Grupo 2]. Mais uma vez não se encontraram diferenças estatisticamente significativas (p>0.05). Sensibilidade: t(80)= -1.048; p=.298; Funcionamento Sexual: t(122)= -0.027; Satisfação Sexual: t(118)=; p=.439. Os resultados podem ser consultados na tabela 7.

Tabela 7 - Resultados para a Comparação dos níveis Sensibilidade, Funcionamento e Satisfação Sexual quanto à idade das gestantes

Variável	Idade	*n*	M	D.P.	*t*	*p*
Sensibilidade	Grupo 1	47	96.043	30.620	-1.048	.298
	Grupo 2	35	102.771	26.014	-1.074	
Funcionamento Sexual	Grupo 1	63	18.365	5.898	-0.027	.978
	Grupo 2	61	18.393	5.757	-0.027	
Satisfação Sexual	Grupo 1	62	46.726	11.263	0.776	.439
	Grupo 2	58	45.103	11.623	0.776	

*<.05; **<.001

Objetivo 5: comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de apoio psicológico

A significância da diferença entre a existência de apoio psicológico ou não existência de apoio psicológico foi avaliada com o teste t-student para amostras independentes. Assim, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas (p<.05) com a variável sensibilidade t (76)= 3.386, p=.001. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (p>0.05) com a variável Funcionamento Sexual – t(118)=0.228; p=0.820 nem com a variável Satisfação Sexual . t(114)=0.068; p=0.946. Os resultados podem ser consultados na tabela que se segue.

Tabela 8 - Resultados para a Comparação dos níveis de Sensibilidade, Funcionamento e Satisfação Sexual quanto à existência de apoio psicológico

Variável	Acompanhamento Psicológico	*n*	M	D.P.	*t*	*p*
Sensibilidade	Sim	20	114.550	25.378	3.386	.001*
	Não	58	91.500	26.532	3.462	
Funcionamento Sexual	Sim	29	18.551	4.932	0.228	.820
	Não	91	18.263	6.207	0.256	
Satisfação Sexual	Sim	27	46.148	9.586	0.068	.946
	Não	89	45.978	11.881	0.076	

*<.05; **<.001

Objetivo 6: comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de doença mental

A significância da diferença entre a existência de doença mental ou não existência de doença mental foi avaliada com o teste t-student para amostras independentes. Assim, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas (p<0.05) com a variável sensibilidade t (81)= 2.354, p=.021. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (p>0.05) com a variável Funcionamento Sexual – t(123)=0.228; p=.730 nem com a variável Satisfação Sexual t(119)=0.511; p=.610. Podem encontrar-se os resultados na tabela 9.

Tabela 9 - Resultados para a Comparação dos níveis de Sensibilidade, Funcionamento e Satisfação Sexual quanto à existência de doença mental

Variável	Existência de doença mental	*n*	M	D.P.	*t*	*p*
Sensibilidade	Sim	23	110.391	26.431	2.354	.021*
	Não	60	94.300	28.385		
Funcionamento Sexual	Sim	31	18.613	4.780	0.346	.730
	Não	94	18.192	6.189		
Satisfação Sexual	Sim	29	46.862	8.704	0.511	.610
	Não	92	45.620	12.122		

*<.05; **<.001

Objetivo 7: relação preditiva entre a sensibilidade e o funcionamento sexual

Para se responder a este objetivo de investigação procedeu-se à realização de uma regressão múltipla hierárquica, por forma a testar o valor preditivo do funcionamento sexual e da sensibilidade na satisfação sexual Conforme se pode observar na tabela 10, o modelo de regressão demonstra que que o funcionamento sexual explica 22% da satisfação sexual, estando fortemente correlacionado (B=0.473), aumentando para 25% quando se acrescenta a sensibilidade como preditor, ainda que não esteja fortemente correlacionado.

Tabela 10 - Modelo de regressão hierárquica para a predição da satisfação sexual

Preditor		R^2	B	*p*
Passo 1		.224		.000
	Funcionamento Sexual		.473	.000
Passo 2		.254		.000
	Funcionamento Sexual		.491	.000
	Sensibilidade		.174	.093

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta os objetivos do estudo, e após a descrição dos resultados, é de todo pertinente e necessária a sua discussão. A discussão dos resultados será realizada pela ordem de apresentação dos objetivos, definida desde o início da presente investigação.

A amostra que foi constituída é normativa e mostrou ser homogénea, já que a maioria das gestantes tem uma escolaridade média (12º ano), reside num meio urbano pequeno (até cerca de 50 000 habitantes), tem suporte social e familiar e exerce funções a tempo inteiro, o que nos permite inferir um nível socioeconómico razoável. Desta amostra de 131 gestantes, 38% afirmam ser primíparas. A gravidez foi, na sua maioria, planeada e/ou desejada. A maioria da amostra, cerca de 58.8%, relata não ter sentido o aparecimento/agravamento de ansiedade/tristeza e 74% afirma nunca ter recebido apoio psicológico. Todavia, 22% da amostra recebeu apoio psicológico, a maioria por depressão.

Objetivo 1: avaliar os níveis de funcionamento e satisfação sexual

Após a realização das estatísticas necessárias para a avaliação, chegou-se a conclusão que estes resultados são contraditórios com os encontrados na literatura. No que à variável Sensibilidade diz respeito, e pese embora esta variável não estivesse descrita no objetivo, achou-se pertinente analisá-la também. Os níveis de sensibilidade obtidos eram expectáveis, uma vez que apenas 15% a 20% da população mundial apresenta este traço (Aron & Aron, 1997) e, no nosso estudo, 42% da amostra refere ser sensível. Mesmo não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p>0.05$), provavelmente a sensibilidade parece contribuir para um maior funcionamento sexual. Relativamente aos níveis de funcionamento sexual apresentados nesta amostra, pode verificar-se que são níveis moderadamente elevados, pelo que se pode considerar que as mulheres grávidas desta amostra apresentam um funcionamento sexual adequado. Estes resultados são semelhantes aos de Vilarinho (2010). No que à Satisfação Sexual diz respeito, os níveis apresentados pelas gestantes são também positivos, isto é, adequados. Estes resultados são corroborados por outros estudos (Vranes & Sunjic, 2014; Pourakbaran & Yazdi, 2015), e podem justificar-se com diversos motivos, tais como: satisfação com a relação, comunicação positiva, proximidade entre o casal, inexistência de filhos ou ainda as mulheres estarem casadas à poucos anos.

Objetivo 2: comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre os trimestres de gravidez

Os resultados obtidos neste estudo não são completamente congruentes com os encontrados na literatura, na medida em que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p<.05$) quer no funcionamento ($p=.236$) quer na satisfação sexual ($p=.077$). Tais resultados podem dever-se ao facto da amostra percecionar apoio por parte do seu médico assistente e, por isso, informar-se junto dele, deixando de responder a tabus e crenças culturais. Outros motivos podem ser o facto da gestante estar satisfeita com as suas formas corporais, não havendo portanto insatisfação quanto às transformações físicas da gravidez nem perceção de insatisfação conjugal. No estudo de Aydin et al. (2015), também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$) que apontassem para uma diferença no funcionamento e satisfação sexual, o que corrobora o presente estudo. Todavia, como nos mostram os estudos de Vranes e Sunjic (2014) e Gokyldiz e Beji (2005), existem oscilações na progressão da gestação, sendo esta descida mais significativa no terceiro trimestre. Também Abouzari-Gazafroodi et al. (2015) mostraram no seu estudo que a maioria das gestantes pontuam abaixo da média no funcionamento sexual, apontando para as preocupações sexuais – preocupações com o feto e dispareunia – como fatores que justificam esta pontuação.

Objetivo 3: comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre gestantes primíparas e não primíparas

Os resultados obtidos para este objetivo ($p= .280$; $p=.168$; $p= .729$) são ambíguos, tal como os resultados existentes na literatura. Na nossa amostra, a média do tempo de relação é de cerca de 4 anos e a duração e estabilidade da relação podem fazer com que, quer as gestantes primíparas, quer as gestantes não primíparas tenham um bom funcionamento e satisfação sexual. Também o facto da gravidez ter sido, na maioria da amostra, planeada e aceite, pode motivar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($p>.05$). Ao contrário do que se encontrou no nosso estudo, os estudos de Greenblatt (1983) e Witting et al. (2008) postularam a existência de diferenças significativas, especialmente porque as mulheres não primíparas apresentam menos problemas orgásticos e, consequentemente, maior satisfação sexual. Por seu turno, Çayan et al. (2004) e Pourakbaran e Yazdi (2015) estabeleceram que mulheres primíparas, ainda

sem filhos, obtêm melhores níveis de satisfação sexual quando comparadas com mulheres não primíparas. O mesmo se verifica quanto ao funcionamento sexual. No seu estudo, associaram ainda a satisfação marital em gestantes primíparas, obtendo valores de funcionamento e satisfação sexual ainda maiores.

No nosso estudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$) quanto ao interesse sexual na variável do funcionamento, quando comparadas as gestantes primíparas com as gestantes que já tinham estado grávidas ($p=.003$). Estas diferenças levam-nos a inferir que fatores como a qualidade da relação com o companheiro e o valor do sexo podem contribuir para estes resultados. Este resultado é convergente com o estudo de Basson et al. (2004) e de Vilarinho (2010),que justificam as diferenças com a possível preocupação com os cuidados relativos à maternidade e ao cuidar, maior disponibilidade para usufruir de experiências sexuais, mudanças corporais após a gravidez e insatisfação com a imagem corporal. Vranes e Sunjic (2014) referem no seu estudo que a satisfação sexual mostra uma correlação baixa mas positiva relativamente à imagem corporal.

Também a componente da capacidade para obter estimulação – segunda componente do funcionamento sexual - apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p=.016$), o que significa que múltiplas gravidezes interferem na vida sexual da gestante. Tal facto poderá provavelmente ser explicado pela exposição contínua a ciclos de gravidez e ainda pelo descair do útero após a gravidez, o que faz com que a mulher esteja mais disponível para obter prazer.

Objetivo 4: comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à idade das gestantes

Neste estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p>.05$) no funcionamento e satisfação sexual quanto à idade das gestantes ($p= .978$; $p= .439$). Os nossos resultados não vão ao encontro da maioria dos estudos realizados, como o de Carvalho e Nobre (2010), Vilarinho (2010) e Luftey et al. (2009), em que as mulheres mais novas – até cerca dos 25 anos - apresentam maior funcionamento e satisfação sexual do que as mais velhas. Todavia, e a par dos nossos resultados, o funcionamento e satisfação sexual alcançam níveis bastantes satisfatórios em mulheres mais velhas, que se podem justificar pela diminuição da dispareunia e diminuição de problemas orgásticos, como nos estudos de Laumann et al (1999). Os nossos resultados podem ainda ser justificados por algumas características particulares da nossa amostra, nomeadamente uma relação amorosa duradoura e o planeamento e aceitação da gravidez independentemente da faixa etária em que se encontram.

Objetivo 5: comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de apoio psicológico

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos ($p>.05$) no que concerne ao funcionamento ($p=.820$) e à satisfação sexual ($p=.946$). Todavia, foram encontradas diferenças significativas no que concerne à Sensibilidade ($p=.001$). Assim, verifica-se que as gestantes que referem já ter usufruído de apoio psicológico – o que nos permite supor indiretamente problemas de saúde mental – apresentam-se com níveis de Sensibilidade elevada, o que pode dever-se ao facto de estarem mais suscetíveis à exposição de stressores. Podemos também considerar que, provavelmente, estas gestantes enquadram-se num perfil de maior vulnerabilidade, sentindo-se mais expostas e, por isso, mais atreitas à busca de apoio psicológico, objetivando o alcance de um *coping* adaptativo. Os nossos resultados podem também ser suportados pelo estudo de Smolewska, McCabe e Woody (2005) que, embora não tenham efetuado o seu estudo em mulheres grávidas, postularam que as pessoas com o traço personalístico de Sensibilidade se sentem mais facilmente sobrecarregadas por estímulos externos do que pessoas que não tenham este traço.

Objetivo 6: comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de doença mental

Em semelhança ao objetivo anterior, também aqui não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis Funcionamento ($p=.228$) e satisfação sexual ($p=.730$). O estudo de De Judicibus e McCabe (2002) corrobora estes resultados. Pese embora o facto de, na sua amostra, as mulheres não estarem grávidas, estes autores apontaram que a depressão é um preditor importante para a redução da satisfação sexual. Também Vilarinho (2010) suporta os mesmos resultados deste estudo. Por seu turno, a Sensibilidade apresenta diferenças estatisticamente significativas ($p=.021$), o que nos leva a ponderar que as pessoas sensíveis respondem mais fortemente a estímulos, como nos mostram Jagiellowiz, Aron e Aron (2016).

Objetivo 7: relação preditiva entre a sensibilidade e o funcionamento sexual

O modelo de regressão múltipla hierárquica permitiu estimar a percentagem de variância preditiva de satisfação sexual nas gestantes. Assim, na primeira etapa, calculou-se o valor preditivo com a variável funcionamento sexual obtendo-se um total de 22%, o que permite perceber que existe um bom funcionamento sexual. Ao acrescentar a variável sensibilidade, o poder explicativo aumentou para 25%. Assim, verifica-se que o modelo hierárquico melhorou o seu poder explicativo em cerca de 3% quando se acrescentou a variável Sensibilidade. Verificou-se portanto que a grande percentagem explicativa da satisfação sexual é o funcionamento sexual, todavia a Sensibilidade contribuiu também, ainda que de forma mais discreta, para a sua predição. Devido à falta de estudos nesta área, não foi possível comparar os resultados deste estudo. No entanto, este resultado permite abrir uma área de investigação por explorar, sendo necessários mais estudos para aprofundar esta relação.

Este estudo não está isento de limitações. Algumas delas foram: a) a amostra recolhida foi por conveniência, o que não permite que se proceda à generalização destes resultados; b) os questionários foram preenchidos em salas de espera, corredores e gabinetes do CHTV, o que pode ter conduzido ao efeito de desejabilidade social; a temática abordada, que pode ser sensível ou ainda considerada tabu para algumas pessoas, possivelmente pela cultura sexofóbica em que se encontram inseridas; d) a pouca bibliografia alusiva à Sensibilidade, o que obrigou a um estudo mais exaustivo para compreender e clarificar este conceito; e) o enviesamento inerente à amostra recolhida online; f) efeito voluntário, dado que uma pequena parte da amostra foi recolhida na internet.

REFLEXÃO FINAL

Findo o processo de recolha de dados, pesquisa de informação e tratamento e discussão dos mesmos é agora pertinente tecer algumas considerações finais.

Quando se escolhe a sexualidade como tema de investigação, tem que existir a noção da necessidade de um investimento e comprometimento totais, quer a nível pessoal, quer a nível da própria investigação. Conjugando a sexualidade na gravidez, é imperativo o cuidado na abordagem à temática. Nesta investigação, foram tidos em conta diversos aspetos que se consideraram pertinentes estudar. É consensual que a sexualidade ainda se constitui como um tema tabu e a sexualidade na gravidez não dispõe de muitos estudos que possam ajudar as gestantes a obter informação e a esclarecer dúvidas. A sensibilidade, por seu turno, é um traço personalístico que conta com uma escassa linha de investigação e estudos científicos. A sensibilidade associada à gravidez não está ainda estudada, pelo que este estudo é pioneiro quanto à temática.

Neste sentido, considera-se que o contributo deste estudo é vasto a vários níveis: a) intervenção psicológica, deixando antever a necessidade e pertinência de intervenção psicológica precoce; b) manutenção de um bom funcionamento sexual, esbatendo mitos e estereótipos que podem levar a baixos níveis de funcionamento e satisfação sexual; c) enriquecimento bibliográfico acerca da sexualidade; d) avanço científico na área da sensibilidade, dada a falta de literatura e estudos existentes; e) estudo de variáveis que a maioria poderá considerar da esfera íntima e, portanto, de difícil comunicação.

À semelhança de outros estudos, também este viu a sua execução e os seus resultados limitados por algumas questões, que futuramente se poderão colmatar: a) a amostra recolhida foi por conveniência, o que não permite que se proceda à generalização destes resultados; b) os questionários foram preenchidos em salas de espera, corredores e gabinetes do CHTV, o que pode ter conduzido ao efeito de desejabilidade social; a temática abordada, que pode ser sensível ou ainda considerada tabu para algumas pessoas, possivelmente pela cultura sexofóbica em que se encontram inseridas; d) a pouca bibliografia alusiva à Sensibilidade, o que obrigou a um estudo mais exaustivo para compreender e clarificar este conceito; e) o enviesamento inerente à amostra recolhida online; f) efeito voluntário, dado que uma pequena parte da amostra foi recolhida na internet. Todavia, estas limitações trazem benefícios para investigações futuras, podendo ser parte integrante num novo projeto.

Implicações para estudos futuros

Para que se possa realizar um estudo com esta tipologia, é importante conseguir recolher uma amostra maior. É também pertinente que, futuramente, sejam estudadas as variáveis Sensibilidade, Funcionamento Sexual e Satisfação Sexual de forma aprofundada, explorando os seus significados e as suas implicações, contribuindo assim para a investigação psicológica desta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abouzari-Gazafroodi, K., Najafi, F., Kazemnejad, E., Rahnama, P. & Montazeri, A. (2015). Demographic and obstetric facts affecting women's sexual functionning during pregnancy. *Reproductive Health*, 12 (72), 1-5.

Aron, E. (1996). *The highly sensitive person: How to thrive when the wordl overwelms you*. New York: Carol Publishing Group.

Aron, E., & Aron, A. (1997). Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 345–368.

Aron, E. (1999). Reflection on Research: Results of the first temperament and sexuality survey. Consultado em 3 de novembro de 2016 em: http://www.hsperson.com/pages/cz_art4.htm

Aron, A., Ketay, S., Hedden, T., Aron, E., Markus, H. & Gabrieli, J. (2010). Temperament trait of sensory processing sensitivity moderates cultural differences in neural response. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5, 219–226.

Aslan, G, Aslan, D., Kizilyar, A., Psahi, C., Esen, A. (2005). A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research*, 17, 154-157.

Aydin, M., Cayonu, M., Irkilata, L., Atilla, M & Kendirci, M. (2015) Comparison of sexual functions in pregnant and non-pregnant women. *Sexual Dysfuncion and Infertility*, 12 (5), 2339-2344.

Bartellas, E., Crane, J., Daley, M. Bennet, K & Hutchens, D. (2000). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 964-968

Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., et al (2004). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine*, 1 (1), 24-34.

Carvalho, J., & Nobre, P. (2010). Sexual desire in women: An integrative approach regarding psychological, medical, and relationship dimensions. *Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 1807-1815.

Çayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D., & Ulusoy, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, 72(1), 52-57.

Cash, T. & Fleming, E. (2002). The impact of body image experiences: Development of the Body Image Quality of Life Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 455-160.

De Judicibus, M., & McCabe, M. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. Journal of Sex Research, 39, 94–103.

EFPA – European Federation of Psychologist Association (2013). EuroPsy – the European Certificate in Psychology. Bruxelas.

Greenblatt, C. (1983). The salience of sexuality in the early years of marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 289-300.

Gokyildiz, S. & Beji, N. (2005). The effect of pregnancy on sexual life. Journal of Sex & Marital Therapy, 31, 201-215.Jagiellowicz, J., Xu, X., Aron, A., Aron, E., Cao, G., Feng, T. & Weng, X. (2011). The trait of sensory processing sensitivity and neural responses to changes in visual scenes. *Social Cognitive Affective Neuroscience*, 6, 38-47.

Jagiellowicz, J., Aron, A. & Aron, E. (2016). Relationship between the temperamento traito f sensory processing sensitivity and emotional reactivity. *Social Behavior and Personality*, 44 (2), 185-200

Laumann, E., Paik, A., &, Rosen, R. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281 (6), 537-544.

Lee, J., Lin, C., Wan, G. & Liang, C. (2010). Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. *Journal of Sex & Marital Therapy,* 36, 408-420.

Lutfey, K., Link, C., Rosen, R., Wiegel, M., & McKinlay, J. (2009). Prevalence and correlates of sexual activity and function in women: Results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Archives of Sexual Behavior*, 38(4), 514-527.

Marôco, J. (2013). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ªEd.). Lisboa: Report Number.

Masters, W. & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little Brown.

Mesulam, M. (1998). From Sensation to Cognition. *Brain*, 121, 1013-1052.

Pereira, H. (2017). Validação Psicométrica Portuguesa do MGH. *Revista Portuguesa de Andrologia* (Accepted).

Portelinha, C. (2003). *Sexualidade durante a gravidez*. Coimbra: Quarteto Editora.

Pourakbaran, E. & Yazdi, S. (2015). A study of sexual functionning and marital satisfaction in women with and without history of labor. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17 (4), 202-208.

Rothbart, M. & Evans, D. (2007) Developing a model for adult temerament. *Personality and Individual Differences*, 41(4), 868-888.

Sierra, J., Vallejo-Medina, Santos-Iglesias, P. & Fernández, M. (2012). Validación del *Massachussets General Hopital – Sexual Functioning Questionnaire* (MGH-SFQ) en población española. *Aten Primaria*, 44 (9), 516-526.

Soons, I., Brouwers, A. & Tomic, W. (2010). An experimental study of the psychological impacto f Mindfulness-Based Stress Reduction Programo n highly sensitive person. *Europe's Journal of Psychology*, 4, 148-169.

Trutnovsky, G., Haas, J., Lang, U., Petru, E. (2006). Womens perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zeland Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46, 282-287.

Vilarinho, S. (2010). *Funcionamento e Satisfação Sexual Feminina – integração do afeto, variáveis cognitivas e relacionais, aspetos biológicos e contextuais*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Portugal.

Vranes, S. & Sunjic, M. (2014). Limited role of body satisfaction and body image self- consciousness in sexual frequency and satisfaction in pregnant women. *Journal of Sex Research*, 51 (5), 532-541.

Von Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), 27-49.

Witting, K., Santtila, P., Alanlo, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., Pahlen, B., Varjonen, M., Álgars, M. & Sandnabba, K. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 89-106.

SUPORTE SOCIAL E *COPING* EM INDIVÍDUOS COM EPILEPSIA

Daniela Vieira da Silva
Universidade da Beira Interior
(danielav.15@hotmail.com)

Paula Saraiva Carvalho
Universidade da Beira Interior
(psc@ubi.pt)

RESUMO

A Epilepsia é uma doença neurológica crónica, caracterizada por uma predisposição persistente em provocar crises epiléticas, interferindo diariamente em todas as dimensões da vida da pessoa. Este estudo teve como objetivo estudar o suporte social e o *coping* em pessoas com diagnóstico de epilepsia, em acompanhamento nas consultas de Neurologia. O protocolo utilizado para a recolha de dados incluiu, o Questionário Sociodemográfico e a Ficha Clínica, o EAS - Escala de Apoio Social de Matos e Ferreira (2000) e o COPE-R - Questionário de Estratégias de *Coping* de Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004). A amostra foi constituída por 50 indivíduos adultos com diagnóstico de epilepsia. Os principais resultados obtidos demonstraram que os participantes percecionam obter mais apoio social do tipo instrumental e que as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos indivíduos com epilepsia foram (por ordem decrescente): a aceitação, a autodistração, o planear e a religião. Verificou-se, também, que quanto maior é a perceção de apoio social informativo maior e a utilização de estratégias de *coping* no global. Além disto, constatou- se que as mulheres percecionam níveis superiores de apoio social emocional, informativo e global e utilizam mais as estratégias de *coping* planear, utilizar suporte social emocional, reinterpretação positiva, expressão de sentimentos e *coping* no global. Este estudo salienta a importância da realização de um trabalho a nível psicossocial e multidisciplinar

na epilepsia, enfatizando o papel da psicologia, nomeadamente na monitorização da avaliação e desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas e no suporte social, contribuindo para o bem-estar pessoal de cada doente.

Palavras-Chave: Epilepsia; Suporte Social; *Coping*.

INTRODUÇÃO

A epilepsia é uma das doenças neurológicas mais comuns, crónica e grave, juntamente com a patologia vascular cerebral, as demências e as cefaleias (Moshé, Perucca, Ryvlin & Tomson, 2014). A epilepsia é uma doença neurológica crónica, caracterizada por uma predisposição persistente em provocar crises epiléticas, que influencia todas as dimensões da vida diária da pessoa (Westerhuis, Zijlmans, Fischer, Andel & Leijten, 2011; Bautista, Shoraka & Shapovalov, 2014). A crise epilética consiste na ocorrência transitória de sinais e/ou sintomas resultantes da excessiva e sincrónica atividade anormal do cérebro, enquanto que a epilepsia corresponde ao distúrbio do cérebro caracterizado por uma predisposição duradoura para criar crises epiléticas. Requer, portanto, a ocorrência de pelo menos uma crise epilética. É, ainda, caracterizada pelas suas consequências neurobiológicas, psicológicas e sociais (Fisher et al., 2005; Diaz & Rieger, 2012). Estima-se que 50 milhões de pessoas sofrem de epilepsia em todo o mundo, isto é, são acometidas por crises epiléticas frequentes, consequentes de uma hiperatividade dos neurónios e circuitos cerebrais (Neto & Marchetti, 2005; Ding et al., 2018). Em Portugal, os estudos demonstram uma prevalência aproximada de 5 pessoas por 1000 habitantes, ou seja, estima-se que existam cerca de 50.000 pessoas que sofrem de epilepsia (LPCE, 2017).

A Epilepsia tem sido associada a múltiplas problemáticas psicossociais que incluem dificuldades cognitivas, emocionais e psicológicas (Bautista, Rundle-Gonzalez, Awad & Erwin, 2013). Estes problemas psicossociais remetem para os encargos do tratamento medicamentoso prolongado, a ansiedade intensa e preocupações face à imprevisibilidade da doença e perda temporária do autocontrolo durante a crise, o estigma associado ao diagnóstico de epilepsia e o isolamento social (Bautista et al., 2013). A experiência clínica sugere, no entanto, que nem todas as pessoas com epilepsia experimentam problemas emocionais.

Suporte Social e Epilepsia

Em comparação com outras doenças crónicas (e.g. artrite, diabetes), os estudos sobre epilepsia e suporte social são ainda diminutos. No entanto, é consensual que a qualidade de vida na epilepsia é mediada por características pessoais e sociais, principalmente pela perceção satisfatória ou não do indivíduo quanto à sua situação social. Os indivíduos com bom apoio social geralmente têm um maior senso de controlo sobre as suas vidas, permitindo que possuam mecanismos de *coping* mais adaptativos para lidar com as adversidades e, por sua vez, maior bem-estar (Mula & Sander, 2016). Na epilepsia, os contatos sociais e as relações familiares são uma fonte importante de apoio social e influenciam a forma como o indivíduo lida e encara a doença (Siqueira, Guerreiro & Souza, 2011). Vários estudos demonstram que a rede de suporte social de pessoas com epilepsia tende a ser reduzida, apresentando-se circunscrita a familiares, vizinhos e profissionais de saúde (Ranjan et al., 2017). Além disso, o efeito nefasto da estigmatização associada ao diagnóstico de epilepsia é amortizado na presença de perceção de suporte social. Geralmente, os indivíduos com epilepsia sentem-se sós e excluídos da sociedade, pelo que o suporte social desempenha um papel fulcral contra o estigma e, principalmente, no auxílio a lidar com a própria doença (Ranjan et al., 2017).

Coping e Epilepsia

O diagnóstico de epilepsia apresenta grandes desafios e o ajuste a essa condição crónica envolve mais do que tomar medicamentos e registar a frequência das crises. Implica também o desenvolvimento de estratégias de *coping* que podem ajudar a alcançar um ajuste psicossocial, que pode ser determinante na autoperceção da gravidade das crises e na forma de lidar com a sua condição clínica (Piazzini, et al., 2007; Pembroke, Higgins, Pender & Elliott, 2017).

Assim, as estratégias de *coping* consistem nos pensamentos e comportamentos que são projetados para reduzir ou superar a sobrecarga de situações *stressantes*, sendo que umas são mais positivas e adaptativas do que outras, e umas são focadas no problema e outras nas emoções. Consideram-se como estratégias positivas, a espiritualidade, o apoio emocional de amigos e familiares, a utilização de distratores, técnicas de meditação, entre outras. Por outro lado, as estratégias de *coping* ditas negativas podem ser a negação, a autocensura ou autoculpabilidade e o consumo de álcool e/ou drogas (Bautista & Erwin, 2013).

A literatura existente relativa às estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos com epilepsia é muito dispersa (Bautista et al., 2013). Alguns estudos mostraram que pacientes com epilepsia frequentemente utilizam as estratégias focadas na emoção, com o objetivo de distanciar a fonte de stress (e.g. negação, evitamento, pensamento positivo) (Fraser et al., 2011; Westerhuis et al., 2011). Contudo, é evidente que algumas dessas estratégias podem atuar de forma oposta, afetando adversamente a qualidade de vida (e.g. desleixo no autocuidado e farmacoterapia) (Bautista et al., 2013). No entanto, outros resultados evidenciaram maior utilização das estratégias focadas no problema (Linhares et al., 2014), destacando a relação positiva entre as estratégias focadas no problema e o aumento da saúde, no geral, o aumento do bem-estar psicológico, melhor qualidade de vida, melhor adaptação psicossocial e melhor adaptação à epilepsia, considerando-as como as mais adaptativas (Livneh, Wilson, Duchesneau & Antonak, 2001; Piazzini et al., 2007). Além disso, estas parecem estar associadas a níveis mais reduzidos de ansiedade e depressão (Goldstein, Holland, Soteriou & Mellers, 2005).

Um estudo realizado com uma amostra de 40 sujeitos com epilepsia, revelou que a estratégia mais amplamente utilizada era o *coping* ativo, considerando que era a mais útil para a adaptação psicossocial à sua condição crónica (Livneh et al., 2001). A distração foi o segundo mecanismo de *coping* mais usado entre os participantes, seguindo-se a religiosidade (Livneh et al., 2001). A aceitação e o diálogo com alguém significativo (e.g. família, amigos) têm sido referenciadas como estratégias importantes (Pembroke et al., 2017), também a aceitação emocional foi considerada um recurso de *coping* frequente, estando intimamente associada a níveis mais baixos de ansiedade após a ocorrência de uma crise epilética (Raffaele, Mpofu, Smith-Merry & Mackey, 2017).

Método

A presente investigação é quantitativa, com desenho correlacional, descritivo e transversal, apresentando os seguintes objetivos: 1) avaliar a perceção de suporte social dos participantes e as estratégias de *coping* mais utilizadas; 2) analisar se existem diferenças nas dimensões de suporte social e *coping* em função do sexo dos participantes; 3) explorar se existem diferenças nas dimensões de suporte social e *coping* em função do tempo de diagnóstico dos participantes; 4) avaliar a relação existente entre suporte social e estratégias de *coping*.

Participantes

A amostra do presente estudo é constituída por 50 indivíduos adultos com diagnóstico de epilepsia. Constituíram critérios de inclusão: diagnóstico de epilepsia há mais de 6 meses; seguimento clínico nas consultas de Neurologia do Hospital Sousa Martins, ULS Guarda; idade compreendida entre os 18 e os 80 anos; ausência de perturbação do estado de consciência (evitando a não compreensão das questões colocadas).

A amostra é composta por 29 (58%) pessoas do sexo feminino e 21 (42%) do sexo masculino, sendo a totalidade de nacionalidade portuguesa (100%). A média de idade da amostra é de 52.58 anos (*DP* = 16.252), com um mínimo de 20 e um máximo de 80 anos. Relativamente ao nível de escolaridade, grande parte da amostra tem até ao 4º ano de escolaridade (48%). No que diz respeito ao estado marital, 24 participantes são casados (48%), 13 são solteiros (26%), 4 são divorciados (8%), 6 são viúvos (12%) e 3 indivíduos encontram-se numa união de facto (6%). A maioria dos participantes tem filhos (n = 31; 62%) e não reside sozinho (n = 42; 84%). Quanto à situação profissional, 20 participantes (40%) estão reformados, 12 (24%) têm emprego a tempo inteiro, 6 (12%) encontram-se desempregados ou noutra situação (e.g. estágio profissional, invalidez), 3 são domésticas (6%), 2 trabalham a tempo parcial (4%) e 1 indivíduo é estudante (2%).

Relativamente às características clínicas da amostra em estudo, o valor médio do tempo de diagnóstico de epilepsia é de 25.92 anos (*DP* = 18.911), sendo 1 ano o tempo mínimo e 73 anos o tempo máximo observado. A generalidade dos participantes apresenta uma epilepsia focal (n = 32; 64%), seguindo-se o tipo generalizada (n = 15; 30%), dois indivíduos com epilepsia combinada (4%) e um participante com epilepsia desconhecida (2%). Relativamente à etiologia[2]/localização das crises epiléticas 66% são sintomática (n = 33) e 34% são idiopática (n = 17). Maioritariamente os participantes são seguidos nas consultas de Neurologia, no Hospital Sousa Martins, há 2-5 anos (n = 27; 54%), sendo a regularidade das consultas de acompanhamento de 6 em 6 meses (n = 32; 64%). Quanto à toma de medicação antiepilética prescrita pelo médico, a maioria dos indivíduos efetua politerapia (n = 34; 68%). A generalidade da amostra (n = 30; 60%) refere já ter estado internado devido à epilepsia. Cerca de 36% dos indivíduos (n = 18) possui alguém na família com epilepsia (e.g. pais, irmãos). Em relação à frequência das crises epiléticas, 18 participantes (36%) indicam ter 2 a 10 crises anualmente, 16 indivíduos (32%) afirmam não apresentarem crises há mais de um ano, seguindo-se uma frequência menor que duas crises por ano (n = 10; 20%) e 6 sujeitos (12%) que sofrem mais de 10 crises ao longo do ano.

Material

O protocolo de investigação foi constituído por um questionário sociodemográfico e por uma ficha clínica, para a recolha de dados mais específicos referentes à epilepsia e por dois questionários de autorresposta. A aprovação do protocolo de avaliação e recolha de dados foi autorizada pela comissão de ética da ULS da Guarda. O consentimento informado dos participantes e a confidencialidade dos dados foram devidamente salvaguardados.

Para avaliar o apoio social percebido utilizou-se a *Escala de Apoio Social - EAS* (Matos & Ferreira, 2000), que possibilita avaliar o apoio social percebido a nível multidimensional, isto é, integra um total de 16 itens, distribuídos pelas diferentes dimensões do construto apoio social, sendo que o apoio emocional é composto por 6 itens e o apoio informativo e o instrumental são compostos por 5 itens cada (Matos & Ferreira, 2000). A pontuação global da escala é fornecida através do somatório dos itens, avaliados segundo uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, oscilando entre (1) "não concordo", (2) "concordo pouco", (3) "concordo moderadamente", (4) "concordo muito" a (5) "concordo muitíssimo".

O valor de alfa de Cronbach neste estudo foi de 0.912 para o apoio social global, ou seja, apresenta uma consistência interna muito boa. Quanto às dimensões do apoio social, o apoio emocional obteve um alfa de 0.832, o apoio informativo um alfa de 0.878 e o apoio instrumental um alfa de 0.798. Assim, as dimensões apoio emocional e apoio informativo exibem boa consistência interna, e a dimensão apoio instrumental apresenta consistência interna razoável (Pestana & Gageiro, 2014).

Por último, foi utilizado o *Questionário de Estratégias de Coping - COPE-R* (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). O COPE-R é constituído por 28 itens, divididos por 14 dimensões (2 itens cada) que conceptualizam diferentes formas de *coping* (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004): *coping* ativo; planear; utilizar suporte social instrumental; utilizar suporte social emocional; religião; reinterpretação positiva; autoculpabilização; aceitação; expressão de sentimentos; negação; autodistração; desinvestimento comportamental; uso de substâncias e humor.

Este instrumento pode ser autopreenchido ou administrado pelo entrevistador e a resposta ao mesmo é dada numa escala tipo *Likert* com quatro opções - "nunca faço isto" (0), "faço isto por vezes" (1), "em média é isto que faço" (2) e "faço sempre isto" (3) - consoante a ação que as pessoas implementam (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Quanto à sua consistência interna, verificou-se neste estudo, um valor de alfa de Cronbach de 0.856 para o *coping* global, sendo considerada boa (Pestana & Gageiro, 2014).

Análise dos Dados

Todas as análises foram realizadas no software SPSS (IBM SPSS Statistics 25.0). Para a caracterização dos participantes em termos de variáveis sociodemográficas, recorremos a estatísticas descritivas (cálculo de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão). Relativamente à escolha dos testes utilizados no estudo, já que o pressuposto da normalidade da distribuição não foi confirmado, optou-se pela realização de análises estatísticas não paramétricas. Assim, determinou-se o coeficiente de correlação de Spearman para explorar

[2] Optou-se pelas designações antigas, ainda utilizadas nos dias de hoje, facilitando a comunicação com o médico assistente na consulta da especialidade.

a associação entre os níveis de suporte social e as estratégias de *coping* nos indivíduos com epilepsia. Para avaliar diferenças entre grupos, considerou-se o teste U de Mann-Whitney para médias de duas variáveis independentes e o teste Kruskal-Wallis para averiguar se há diferenças entre três ou mais variáveis independentes (Martins, 2011).

Resultados

Avaliar a perceção de suporte social dos participantes e as estratégias de coping mais utilizadas

Quanto aos indicadores do apoio social, verificou-se que a dimensão apoio social instrumental é a que apresenta uma média mais elevada (M = 21.28; DP = 4.248), em oposição à dimensão apoio social emocional (M = 17.84; DP = 5.084).

Relativamente aos indicadores do COPE-R, as estratégias de *coping* que revelaram um valor médio mais elevado, por ordem decrescente, foram a aceitação (M = 4.44; DP = 1.554), a autodistração (M = 3.82; DP = 1.674), o planear (M = 2.48; DP = 1.854) e a religião (M = 2.30; DP = 2.401). Já, a estratégia de *coping* que apresentou menor média foi o uso de substâncias (M = 0.04; DP = 0.283), seguindo-se o desinvestimento comportamental (M = 0.28; DP = 0.809), a negação (M = 0.42; DP = 1.326) e a autoculpabilização (M = 0.60; DP = 1.107).

Analisar se existem diferenças nas dimensões de suporte social e coping em função do género dos participantes

Na tabela 1, exibe-se a análise das diferenças nas dimensões do apoio social em função do género, recorrendo-se ao teste U de Mann-Whitney. Ao observar os resultados, verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas entre sexos na dimensão apoio social emocional (U = 177.00; p = 0.012), sendo a pontuação mais elevada nas mulheres. No apoio social informativo verificaram-se resultados iguais aos supramencionados (U = 177.00; p = 0.012). E, ainda, verifica-se que no apoio social global há diferenças significativas (U = 190.00; p = 0.024) entre o género, apresentando o sexo feminino a pontuação mais elevada.

Tabela 1 - Indicadores do Apoio Social e Género dos participantes (N = 50)

Sexo				
	Masculino	Feminino		
	(n=21)	(n=29)		
Apoio Social	*MR*	*MR*	*U*	*p*
Apoio Social Emocional	19.43	29.90	177.00	0.012
Apoio Social Informativo	19.43	29.90	177.00	0.012
Apoio Social Instrumental	23.69	26.81	266.50	0.445
Apoio Social Global	20.05	29.45	190.00	0.024

MR = mean rank; U = teste U de Mann-Whitney; p < 0.05

No que concerne ao *coping*, o estudo das diferenças em função do género pode observar-se na tabela 2. Os resultados sugerem diferenças estatisticamente significativas entre o género, com pontuação mais elevada no sexo feminino, nas seguintes estratégias de *coping*: planear (U = 185.50; p = 0.017); utilizar suporte social emocional (U = 198.00; p = 0.031); reinterpretação positiva (U = 209.00; p = 0.042); expressão de sentimentos (U = 182.50; p = 0.004); e *coping* global (U = 180.50; p = 0.015).

Tabela 2 - Indicadores do Coping e Género dos participantes (N = 50)

Sexo				
	Masculino	Feminino		
	(n=21)	(n=29)		
Coping	*MR*	*MR*	*U*	*p*
Coping Ativo	21.26	28.57	215.00	0.073
Planear	19.83	29.60	185.50	0.017
Utilizar Suporte Instrumental	22.12	27.95	233.50	0.142
Utilizar Suporte Social Emocional	20.43	29.17	198.00	0.031
Religião	24.33	26.34	280.00	0.613
Reinterpretação Positiva	20.95	28.79	209.00	0.042
Autoculpabilização	23.17	27.19	255.50	0.223
Aceitação	23.36	27.05	259.50	0.362
Expressão de Sentimentos	19.69	29.71	182.50	0.004
Negação	24.19	26.45	277.00	0.299
Autodistração	27.17	24.29	269.50	0.484
Desinvestimento Comportamental	27.79	23.84	256.50	0.118

Uso de Substâncias	26.19	25.00	290.00	0.240
Humor	24.90	25.93	292.00	0.761
Coping Global	19.60	29.78	180.50	0.015

MR = mean rank; U = teste U de Mann-Whitney; $p < 0.05$

Explorar se existem diferenças nas dimensões de suporte social e coping em função do tempo de diagnóstico dos participantes

A análise das diferenças nas dimensões do apoio social e *coping* em função do tempo de diagnóstico de epilepsia dos participantes encontra-se nas tabelas 3 e 4, respetivamente, tendo-se utilizado para o efeito o teste de Kruskal-Wallis.

Quanto ao apoio social, somente a dimensão apoio social informativo obteve resultados estatisticamente significativos ($K = 15.393$; $p = 0.002$), sendo superiores no grupo de indivíduos com diagnóstico de epilepsia entre os 9 e os 25 anos.

Tabela 3. Indicadores do Apoio Social e Tempo de Diagnóstico de Epilepsia dos participantes (N = 50)

Tempo de Diagnóstico						
	1-8 anos (n=14)	9-25 anos (n=12)	26-40 anos (n=20)	> 40 anos (n=11)		
Apoio Social	*MR*	*MR*	*MR*	*MR*	*K*	*p*
Apoio Social Emocional	23.07	35.33	22.15	21.82	7.275	0.064
Apoio Social Informativo	21.54	39.83	21.12	20.09	15.393	0.002
Apoio Social Instrumental	27.86	26.08	23.81	23.86	0.730	0.866
Apoio Social Global	22.71	35.63	22.77	21.23	7.717	0.052

MR = mean rank; K = teste de Kruskal-Wallis; $p < 0.05$

Em relação às estratégias de *coping*, as diferenças estatisticamente significativas apontam para resultados superiores no grupo de participantes com diagnóstico de epilepsia entre os 9 e os 25 anos no *coping* ativo ($K = 9.297$; $p = 0.026$), na autoculpabilização ($K = 13.454$; $p = 0.004$) e na expressão de sentimentos ($K = 10.877$; $p = 0.012$).

Tabela 4. Indicadores do Coping e Tempo de Diagnóstico de Epilepsia dos participantes (N = 50)

Tempo de Diagnóstico						
	1-8 anos (n=14)	9-25 anos (n=12)	26-40 anos (n=13)	> 40 anos (n=11)		
Coping	*MR*	*MR*	*MR*	*MR*	*K*	*p*
Coping Ativo	20.64	36.29	23.00	22.86	9.297	0.026
Planear	20.07	34.21	26.58	21.64	7.302	0.063
Utilizar Suporte Instrumental	22.79	30.63	28.00	20.41	4.095	0.251
Utilizar Suporte Social Emocional	20.96	33.83	27.38	19.95	7.488	0.058
Religião	23.86	27.50	25.42	25.50	0.447	0.930
Reinterpretação Positiva	26.43	27.13	21.88	26.82	1.287	0.732
Autoculpabilização	18.50	32.46	30.35	21.09	13.45	0.004
Aceitação	23.64	28.46	21.88	28.91	2.256	0.521
Expressão de Sentimentos	19.71	34.29	26.85	21.68	10.87	0.012
Negação	24.86	27.21	26.73	23.00	2.244	0.523
Autodistração	25.39	33.29	18.85	25.00	6.353	0.096
Desinvestimento Comportamental	25.57	26.25	27.69	22.00	2.640	0.451
Uso de Substâncias	26.79	25.00	25.00	25.00	2.571	0.463
Humor	25.82	26.50	25.38	24.14	0.245	0.970
Coping Global	20.86	35.13	25.08	21.41	7.544	0.056

MR = mean rank; K = teste de Kruskal-Wallis; $p < 0.05$

Avaliar a relação existente entre suporte social e estratégias de coping

A correlação com maior valor verificou-se entre a dimensão apoio social informativo e o *coping* global ($r = 0.720$; $p < 0.01$), que corresponde a uma correlação alta. Ainda na dimensão apoio social informativo, observaram-se correlações moderadas com as estratégias

de *coping*: utilizar suporte social emocional ($r = 0.633$; $p < 0.01$); expressão de sentimentos ($r = 0.624$; $p < 0.01$); planear ($r = 0.581$; $p < 0.01$); *coping* ativo ($r = 0.565$; $p < 0.01$); utilizar suporte instrumental ($r = 0.538$; $p < 0.01$); reinterpretação positiva ($r = 0.469$; $p < 0.01$) e aceitação ($r = 0.416$; $p < 0.01$). Quanto ao apoio social emocional, este apresentou correlações moderadas com o *coping* global ($r = 0.509$; $p < 0.01$), com a expressão de sentimentos ($r = 0.505$; $p < 0.01$) e com a estratégia utilizar suporte social emocional ($r = 0.474$; $p < 0.01$). Observaram-se correlações moderadas entre o apoio social global e as estratégias de *coping*: expressão de sentimentos ($r = 0.541$; $p < 0.01$); utilizar suporte social emocional ($r = 540$; $p < 0.01$); utilizar suporte instrumental ($r = 0.456$; $p < 0.01$); planear ($r = 0.456$; $p < 0.01$); *coping* ativo ($r = 0.445$; $p < 0.01$) e reinterpretação positiva ($r = 0.407$; $p < 0.01$). Ainda, verificou-se que existe uma correlação moderada entre os valores globais de apoio social e *coping* ($r = 0.621$; $p < 0.01$). De referir que não se verificaram correlações significativas com a dimensão apoio social instrumental.

Tabela 5. Correlações entre as dimensões do Apoio Social e Estratégias de Coping (correlação rho de Spearman)

	Apoio Social Emocional	Apoio Social Informativo	Apoio Social Instrumental	Apoio Social Global
Coping Ativo	0.366 **	0.565 **	0.157	0.445 **
Planear	0.380 **	0.581 **	0.142	0.456 **
Utilizar Suporte Instrumental	0.378 **	0.538 **	0.250	0.456 **
Utilizar Suporte Social Emocional	0.474 **	0.633 **	0.254	0.540 **
Religião	-0.082	0.157	0.134	0.068
Reinterpretação Positiva	0.393 **	0.469 **	0.280	0.407 **
Autoculpabilização	0.019	0.063	0.044	0.045
Aceitação	0.286	0.416 **	0.206	0.379 **
Expressão de Sentimentos	0.505 **	0.624 **	0.254	0.541 **
Negação	-0.039	0.117	-0.053	-0.020
Autodistração	0.155	0.260	0.096	0.196
Desinvestimento Comportamental	-0.190	-0.061	0.012	-0.151
Uso de Substâncias	0.000	-0.084	0.121	-0.015
Humor	0.328	0.250	0.230	0.324
Coping Global	0.509 **	0.720 **	0.331	0.621 **

** $p < 0.01$

DISCUSSÃO

Atendendo às pontuações globais do nível de apoio social percecionado observou-se um valor de 59.32%, nesta amostra, o que indica uma perceção de apoio social aceitável. O apoio social instrumental, sendo definido como as ações ou os materiais proporcionados por terceiros com o intuito de auxiliar a resolução de problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas quotidianas (Nunes, 2004), foi a dimensão do apoio social percecionada como a mais recebida. De facto, a literatura refere que esse apoio parece ser o mais importante no caso da ansiedade (Amorim & Coelho, 2008), visível em situações de desamparo como na ocorrência de adversidades (e.g. crise epilética), conferindo um sentimento de segurança, bem-estar e de ter alguém com quem contar, não só nas emergências, mas também nas atividades diárias (Balistieri & Tavares, 2013). Importa, ainda, refletir sobre a natureza não estática do apoio social. Este facto é peculiarmente relevante nos indivíduos com doença crónica ou com doenças que acarretam risco de vida para o mesmo, pois com a evolução da patologia (diagnóstico, tratamento, manutenção) a perceção do indivíduo face ao apoio social pode mudar e é possível que o comportamento dos outros para com o paciente também se modifique (Silva et al., 2003). Neste sentido, de acordo com o primeiro objetivo, que pretendeu avaliar a perceção de suporte social dos participantes e as estratégias de *coping* mais utilizadas, os resultados indicam que a população em estudo perceciona obter mais apoio social do tipo instrumental e que as estratégias de *coping* mais utilizadas são a aceitação, a autodistração, o planear e a religião. Neste seguimento, também a utilização das estratégias de *coping* podem modificar-se em função das diferentes fases do curso da epilepsia (Linhares et al., 2014). Os resultados observados na presente investigação são corroborados por outros estudos que indicam uma maior utilização de estratégias de *coping* com foco na resolução de problemas, entre as quais o *coping* ativo, a aceitação, o planear e a reinterpretação positiva (Piazzini et al., 2007; Meneses et al., 2010; Linhares et al., 2014). A aceitação, estratégia de *coping* mais pontuada no presente estudo, é também associada a uma melhor qualidade de vida e níveis mais reduzidos de ansiedade e depressão (Goldstein et al., 2005; Amorim & Coelho, 2008; Costa & Leite, 2009; Linhares et al., 2014). Por seu turno, a pontuação elevada nas estratégias orientadas para a emoção, como a autodistração e a religião, podem ser justificadas com a baixa escolaridade dos participantes. A população de nível socioeconómico e habilitações literárias superior utilizam frequentemente estratégias ativas, pois ao possuírem mais facilidades em utilizar estratégias cognitivo-comportamentais, dá-lhes uma maior capacidade de descentração dos problemas emocionais e meios para lidar com o *stressor* (Meneses, 2005). As estratégias de *coping* podem, ainda, ser várias e utilizadas em simultâneo, e tanto as estratégias de *coping* centradas no problema como nas emoções, podem verificar-se eficazes na redução do *stress* e da angústia (Sousa, Landeiro, Pires, & Santos, 2011).

Relativamente ao segundo objetivo, no que respeita à análise das diferenças nas dimensões de suporte social e *coping* em função da variável sociodemográfica género, verificou-se que as mulheres percecionam mais apoio social emocional, informativo e global e que

utilizam mais as estratégias de *coping* planear, utilizar suporte social emocional, reinterpretação positiva, expressão de sentimentos e *coping* no global em relação aos homens. Estes resultados vêm, de um modo geral, corroborar as indicações apresentadas na literatura, isto é, a utilização frequente pelo sexo feminino de estratégias ativas, centradas na resolução de problemas, tais como a procura de suporte social junto da rede de apoio social (e.g. familiares), enquanto os homens recorrem a outros meios, como uso de álcool e outras drogas ou procurar atividades distratoras (Coelho & Ribeiro, 2000; Paes & Christoff, 2017). Nesta perspetiva, o suporte social aparece como um recurso de *coping*, cujos benefícios são operacionalizados por meio das dimensões do apoio social, nomeadamente o apoio emocional (Coelho & Ribeiro, 2000). De facto, a perceção de apoio social pode diferir entre homens e mulheres, na medida em que as mulheres são mais hábeis em providenciar e, consequentemente, em receber apoio social eficaz (França-Santos, Oliveira, Salles-Costa, Lopes & Sichieri, 2017).

Quanto ao terceiro objetivo, que consistiu em explorar as diferenças nas dimensões de suporte social e *coping* em função do diagnóstico de epilepsia dos participantes, observou-se resultados estatisticamente significativos no grupo dos 9 aos 25 anos de diagnóstico de epilepsia. Especificamente, verificou-se que o grupo com diagnóstico de epilepsia entre os 9 e os 25 anos apresentam mais perceção de apoio social informativo e utilizam mais estratégias de *coping* ativo, autoculpabilização e expressão de sentimentos do que os outros grupos de diagnóstico. Os resultados encontrados em pesquisas mostram-se controversos no que respeita à importância das características clínica da epilepsia para a perceção de qualidade de vida e bem-estar dos pacientes. Num estudo desenvolvido por Salgado e Souza (2001), apurou-se que a perceção de controlo das crises desempenhava um papel mais importante para a qualidade de vida dos participantes do que as variáveis clínicas da doença (e.g. tipo de crise, frequência, idade de início, duração das crises). De facto, em indivíduos com epilepsia, os aspetos psicossociais (e.g. medicação antiepilética, depressão ou ansiedade, falta de apoio social, estigma, limitações no emprego) são indicados como os principais determinantes da qualidade de vida, quer na epilepsia bem controlada ou não (Meneses, 2005; Piazzini et al., 2007; Linhares et al., 2014). Neste sentido, serão necessários mais estudos no domínio das características clínicas da epilepsia, nomeadamente a sua relação com o apoio social e as estratégias de *coping*, para ser possível a compreensão dos dados obtidos na presente investigação.

Por fim, considerando o último objetivo, que pretendeu avaliar a relação existente entre suporte social e estratégias de *coping*, os resultados indicam que quanto maior a perceção de apoio social informativo maior a utilização de estratégias de *coping* (global). Sublinhe-se que o apoio social informativo é definido como o processo através do qual as pessoas recebem a informação e conselhos que as auxiliam em situações adversas a compreender o seu mundo e as mudanças que ocorrem (Nunes, 2004). Neste sentido, este resultado pode ser fundamentado com o sugerido na literatura por Serra (2011), onde é atribuída bastante importância à dimensão relacionada com a interação social na gestão e resolução das situações indutoras de *stress*, na medida em que apresentam um maior apoio na partilha e solução dos problemas. O mesmo autor refere, ainda, a influência comprovada dos fatores situacionais e características pessoais do indivíduo, como os valores, motivações, recursos pessoais e sociais, no processo de avaliação e escolha da estratégia de *coping*, mais orientada para a resolução dos problemas ou dirigida para a regulação das emoções (Serra, 2011). Os recursos podem ser diversificados e dependem, naturalmente, da situação específica, das idiossincrasias da pessoa, de fatores contextuais e culturais e da possibilidade de obter apoio social, entre outros aspetos, assim, reconhece- se que a forma como as pessoas lidam com o *stress* não depende exclusivamente das estratégias de *coping* utilizadas, mas, simultaneamente, dos recursos percebidos e disponíveis (Serra, 2011). Em suma, quanto mais recursos/apoio, nomeadamente de índole informativa, o indivíduo dispõe maior a predisposição para lidar com o evento *stressor* (Serra, 2011; Cunha, Chibante, & André, 2014).

CONCLUSÕES

O diagnóstico de epilepsia apresenta grandes desafios e o ajuste a essa condição crónica envolve mais do que tomar medicamentos e registar a frequência das crises. Implica também o desenvolvimento de estratégias de *coping* que podem ajudar a alcançar um ajuste psicossocial, que pode ser determinante na autoperceção da gravidade das crises e na forma de lidar com a sua condição clínica (Piazzini, et al., 2007; Pembroke et al., 2017). Além disso, o apoio social pode beneficiar a saúde, minorando o *stress* e o isolamento, influenciando estados afetivos e modificando comportamentos (Ranjan et al., 2017).

Como principais limitações deste estudo referimos a reduzida dimensão da amostra e a sua homogeneidade sociodemográfica (e.g. meio urbano pequeno ou rural, poucas habilitações literárias, situação profissional) que exigem cautela na interpretação dos dados obtidos e impedem a sua generalização. Outra limitação remete para a fonte do apoio social, sendo que o instrumento de avaliação utilizado não permite averiguar de onde provém esse apoio (e.g. família, amigos, profissionais de saúde, colegas de trabalho, entre outros). Assim, além da análise das dimensões do apoio social, seria importante identificar a origem do apoio, uma vez que a relação de proximidade da fonte do apoio social, permite um estudo mais completo e potencializa a intervenção no indivíduo que o recebe (França-Santos et al., 2017). Considera-se, ainda, relevante referir que foram analisadas somente relações bidirecionais entre as variáveis, pelo que se restringe a possibilidade de estabelecer relações de causalidade entre as variáveis em estudo.

Contudo, sugere-se a continuidade com estudos nesta área, no âmbito da epilepsia, na medida em que são ainda diminutos os estudos em Portugal, sendo uma doença neurológica crónica com elevada prevalência, nomeadamente sobre o apoio social, assim como a inclusão de outras variáveis psicossociais na investigação (e.g. locus de controlo, estigma, representação da doença, psicopatologia).

Vários estudos têm demonstrado e salientado a importância de intervenções psicológicas na promoção da saúde, com atuação junto do ambiente/suporte social do indivíduo (Siqueira, 2008; Fachado, Rodríguez, & Castro, 2013) e no desenvolvimento de estratégias de *coping* mais adaptativas face às adversidades, revelando-se uma importante e positiva mudança psicológica, que tem sido negligenciada nesta população (Linhares et al., 2014; Raffaele et al., 2017). Especificamente em relação ao apoio social, a intervenção do psicólogo pode ir para além do paciente, atuando quando necessário junto da família e rede significativa deste, seja através do esclarecimento e clarificação de informação, seja pelo incentivo da partilha e expressão de sentimentos (Meneses & Ribeiro, 2000). Já em relação às estratégias de *coping* torna-se fulcral avaliar que estratégias contribuem de facto para o bem-estar pessoal de cada doente, destacando-se assim, o papel do psicólogo.

Em síntese, a análise dos resultados confirmou a importância do enfoque a nível psicossocial e multidisciplinar na epilepsia, nomeadamente pela monitorização da avaliação e desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas (e.g. *coping* ativo, aceitação, utilizar

suporte social emocional e instrumental, religião) considerando a sua utilização complexa e individualizada, bem como no suporte social, através do fornecimento de informação e apoio direto ao paciente e sua rede social. Enfatizando, neste sentido, o papel do psicólogo. Um conhecimento adequado dos fatores psicossociais que interferem na qualidade de vida e bem-estar desta população é essencial para se efetuar uma avaliação adequada e uma atuação clínica multidisciplinar apropriada com vista a prevenção ou amenização das consequências da epilepsia.

REFERÊNCIAS

Amorim, I., & Coelho, R. (2008). Diabetes Mellitus tipo 2 e Sintomas Psicopatológicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 319-333.

Balistieri, A., & Tavares, C. (2013). A importância do apoio sócio-emocional em adolescentes e adulos jovens portadores de doença crônica: uma revisão de literatura. *Enfermería Global* (30), 399-409.

Bautista, R., & Erwin, P. (2013). Analyzing depression *coping* strategies of patients with epilepsy: A preliminary study. *Seizure*, 22, 686-691.

Bautista, R., Rundle-Gonzalez, V., Awad, R., & Erwin, P. (2013). Determining the coping strategies of individuals with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 27, 286-291.

Bautista, R., Shoraka, A., & Shapovalov, D. (2014). Factors associated with superior self-management skills among individuals with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 41, 221-226.

Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do Suporte Social e do Coping sobre a Percepção Subjetiva de Bem-estar em Mulheres Submetidas a Cirurgia Cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79-87.

Costa, P., & Leite, R. (2009). Estratégias de Enfrentamento Utilizadas pelos Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias Mutiladoras. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(4), 355-364.

Cunha, M., Chibante, R., & André, S. (2014). Suporte Social, Empowerment e Doença Crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 21-26.

Diaz, R., & Rieger, J. (2012). Terminología de las crisis epilépticas y epilepsia. Semiología de las crisis epilépticas. Em J. Cerdá, J. Rieger, J. Llerda, F. González, X. Puig, J. Cerdá, J. Rieger, J. Llerda, F. González, & X. Puig (Eds.), *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología* (pp. 17-28). Madrid: Luzán5.

Ding, X., Zheng, Y., Guo, Y., Shen, C., Wang, S., Chen, F., . . . Ding, M. (2018). Active epilepsy prevalence, the treatment gap, and treatment gap risk profile in eastern China: A population-based study. *Epilepsy & Behavior*, 78, 20-24.

Fachado, A., Rodríguez, M., & Castro, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de Atención Primaria*, 19, 118-123.

Fisher, R., Boas, W., Blume, W., Elger, C., Genton, P., Lee, P., & Engel, J. (2005). Epileptic Seizures and Epilepsy: Definitions Proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*, 46(4), 470-472.

França-Santos, D., Oliveira, A., Salles-Costa, R., Lopes, C., & Sichieri, R. (2017). Diferenças de gênero e idade no apoio social e índice de massa corporal em adultos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(5), 1-12.

Fraser, R., Johnson, E., Miller, J., Temkin, N., Barber, J., Caylor, L., . . . Chaytor, N. (2011). Managing epilepsy well: Self-management needs assessment. *Epilepsy & Behavior*, 20, 291-298.

Goldstein, L., Holland, L., Soteriou, H., & Mellers, J. (2005). Illness representations, coping styles and mood in adults with epilepsy. *Epilepsy Research*, 67, 1-11.

Linhares, V., Meneses, R., Pais-Ribeiro, J., Pedro, L., Silva, I., Vilhena, E., . . . Martins da Silva, A. (2014). Preditores da adesão à medicação na Epilepsia: Estudo Longitudinal. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 20(4), 154-156.

Livneh, H., Wilson, L., Duchesneau, A., & Antonak, R. (2001). Psycholosocial Adaptation to Epilepsy: The Role of Coping Strategies. *Epilepsy & Behavior*, 2, 533-544.

LPCE - Liga Portuguesa Contra a Epilepsia (2017). Combater os preconceitos ainda existentes sobre a doença. *Vida Saudável: Epilepsia,* 2-3.

Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Matos, A., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento de uma escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243-253.

Meneses, C. (2005). Impacto do Suporte Social e dos Estilos de Coping sobre a Perceção Subjetiva de Bem-Estar e Qualidade de Vida em Doentes com Lúpus. *Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos*, 1-20.

Meneses, R., & Ribeiro, J. (2000). Como ser saudável com uma doença crónica: Algumas palavras orientadoras da acção. *Análise Psicológica*, 4(XVIII), 523-528.

Meneses, R., Pais-Ribeiro, J., Pedro, L., Vilhena, E., Mendonça, D., & Martins-da-Silva, A. (2010). *Coping na doença neurológica: Epilepsia vs. esclerose múltipla* (Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia) Universidade do Minho, Portugal.

Moshé, S., Perucca, E., Ryvlin, P., & Tomson, T. (2014). Epilepsy: new advances. *Seminar*, 1-15.

Mula, M., & Sander, J. (2016). Psychosocial aspects of epilepsy: a wider approach. *British Journal of Psychiatry*, 2, 270-274.

Neto, J., & Marchetti, R. (2005). Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 27(4), 323-328.

Nunes, M. (2004). Apoio Social na Diabetes. *educação, ciência e tecnologia*, 135-149.

Paes, G., & Christoff, A. (2017). Comorbilidades Psiquiátricas em Pacientes Epiléticos. *Cadernos da Escola de Saúde*, 12, 74-90.

Pais Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões Acerca do Coping: A Propósito do Estudo de Adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.

Pembroke, S., Higgins, A., Pender, N., & Elliott, N. (2017). Becoming comfortable with "my" epilepsy: Strategies that patients use in the journey from diagnosis to acceptance and disclosure. *Epilepsy & Behavior*, 70, 217-223.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Piazzini, A., Ramaglia, G., Turner, K., Chifari, R., Kiky, E., Canger, R., & Canevini, M. (2007). Coping strategies in epilepsy: 50 drug-resistant and 50 seizure-free patients. *Seizure*, 16, 211-217.

Raffaele , M., Mpofu, E., Smith-Merry, J., & Mackey, M. (2017). Men with Adult Onset Epileptic Seizures: Their Coping Strategies and Sense of Subjective Wellbeing following Elective Neurosurgery. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 23(1), 19-36.

Ranjan, L., Pandey, R., & Kiran, M. (2017). Stigma and Social Support among Individuals with Epilepsy. *Journal of Disability Management and Rehabilitation*, 3(2), 40-45.

Salgado, P., & Souza, E. (2001). Qualidade de Vida em Epilepsia e Perceção de Controle de Crises. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59(3-A), 537-540.

Serra, V. (2011). *O stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Dinalivro.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S., Dias, S., & Gonçalves, A. (2003). Efeitos do Apoio Social na Qualidade de Vida, Controlo Metabólico e Desenvolvimento de Complicações Crónicas em Indivíduos com Diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 21-32.

Siqueira, M. (2008). Construção e Validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.

Siqueira, N., Guerreiro, M., & Souza, E. (2011). Self-esteem, social support perception and seizure controllabitity perception in adolescents with epilepsy. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 69(5), 770-774.

Sousa, M., Landeiro, M., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, III(4), 151-160.

Westerhuis, W., Zijlmans, M., Fischer, K., Andel, J., & Leijten, F. (2011). Coping style and quality of life in patients with epilepsy: a cross-sectional study. *Journal of Neurology*, 258, 37-43.

SESSÕES PARALELAS III

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Emilia Costa

MANUTENÇÃO DE OBESIDADE NUMA AMOSTRA DE ADULTOS PORTUGUESES: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO QUALITATIVO

Constança Moniz Galvão
ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida
(constanca.damg@gmail.com)

Filipa Pimenta
ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida
William James Center for Research
(filipa_pi-menta@ispa.pt)

Isabel Leal
ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida
William James Center for Research
(ileal@ispa.pt)

RESUMO

Introdução: As taxas de obesidade têm vindo a aumentar, estimando-se que, em 2015, 28.6% dos adultos portugueses entre os 25-74 anos sofressem desta patologia. Esta pode levar a graves consequências físicas e mentais, contudo, é ainda escassa a investigação qualitativa nesta área. O objectivo do presente estudo é explorar os factores, comportamentos e mecanismos de acção percebidos que contribuem para a manutenção da obesidade, numa amostra de adultos portugueses com esta condição, apresentando os resultados preliminares de uma investigação em curso.

Método: A amostra é composta por 9 mulheres e 1 homem com uma idade média de 37.4 anos (*DP*=9.16) e um IMC médio de 39.39 (*DP*=5.86). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais, posteriormente transcritas e analisadas de acordo com as técnicas da análise de conteúdo e análise temática.

Resultados: Os factores percebidos mais mencionados pelos participantes (por pelo menos 40%) foram o início da obesidade na infância (número de menções, NM=29), reganho de peso após uma perda de peso (NM=25), toma de medicação (NM=18), ganho de peso de forma súbita e descontrolada (NM=18), percepção de dificuldade em perder peso (NM=15), e barrei-ras financeiras (NM=15).

Discussão: Estes resultados preliminares indicam que, na intervenção na obesidade, é essencial identificar factores de manutenção, como a história de vida da pessoa, presença de comorbilidades, factores de risco de recidiva e insucesso, estatuto socioeconómico, contexto social e laboral, e mecanismos psicológicos subjacentes. A futura análise dos dados de 46 indivíduos trará informação adicional sobre a forma como podem ser aprimoradas as intervenções nesta área.

Palavras-chave: Obesidade, Manutenção, Análise de Conteúdo, Análise Temática, Adultos.

INTRODUÇÃO

A obesidade é definida como a acumulação excessiva de gordura no tecido adiposo, sendo a sua principal causa o desequilíbrio entre o consumo e o dispêndio de energia (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1995, 2000). Actualmente, é considerada um dos maiores problemas de saúde pública, tendo havido, nos últimos anos, um crescimento das taxas de obe-sidade a nível mundial (Seaman, 2013) – em Portugal, estima-se que a sua prevalência, em 2015, fosse 28.6% (Gaio et al., 2017). Esta associa-se a uma maior probabilidade de desenvolver numerosos problemas de saúde física (e.g., doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* e doenças músculo-esqueléticas; OMS, 1995, 2000) e mental (e.g., insatisfação com a imagem corporal, depressão e perturbações alimentares; Moraes, Almeida, & Souza, 2013; Ogden & Clementi, 2010), tendo um impacto negativo na qualidade de vida, nas actividades quotidianas e no Sistema Nacional de Saúde, constituindo um grande fardo económico.

Apesar de ser uma doença crónica grave, a obesidade é prevenível através de mudanças no estilo de vida, pelo que o seu tratamento implica a adopção de estratégias diárias e a longo prazo (Mauro, Taylor, Wharton, & Sharma, 2008; Seaman, 2013). Atendendo às consequências prejudiciais que advêm desta condição e às várias opções terapêuticas disponíveis, torna-se pertinente explorar aspectos associados à manutenção da condição de obesidade. A literatura dos últimos anos tem investigado este fenómeno de forma directa (e.g., o *Clinical Obesity Maintenance Model*; Raman, Smith, & Hay, 2013) e indirecta, através do estudo das barreiras percebidas à gestão do peso (e.g., Sabinsky, Toft, Raben, & Holm, 2007).

No que toca às barreiras percebidas, primeiramente, é de referir que determinadas características sociodemográficas podem constituir obstáculos ao controlo do peso, nomeadamente, ser do sexo masculino (este está geralmente associado a sentimentos de apatia em relação ao comportamento alimentar; e.g., Sabinsky et al., 2007) e o estatuto socioeconómico (pois verifica-se que a prevalência de obesidade é mais elevada nos grupos de estatuto socioeconómico mais baixo, devido, por exemplo, à maior densidade de restaurantes de fast-food em bairros de rendimento socioeconómico mais baixo; e.g., Mauro et al., 2008).

A presença de certas comorbilidades pode promover o ganho de peso ou impedir a perda de peso, incluindo doenças cardiovasculares e respiratórias (Ali, Baynouna, & Bernsen, 2010), doenças endócrinas (Mauro et al., 2008), perturbações do sono (Sand, Emaus, & Lian, 2017; Seaman, 2013) e perturbações mentais (e.g., depressão e perturbação de ingestão compulsiva; Moraes et al., 2013). Certos factores cognitivos podem constituir obstáculos acrescidos à gestão do peso, tais como percepcionar a condição de excesso de peso como incontrolável, negligenciar as consequências negativas da obesidade (i.e., percepção de baixa susceptibilidade; Spörndly-Nees, Igelström, Lindberg, Martin, & Asenlöf, 2014), não considerar a obesidade enquanto tal (e.g., Sabinsky et al., 2007), ter auto-percepções positivas ou experienciar consequências positivas da obesidade (Ogden & Clementi, 2010; Sand et al., 2017).

Outras barreiras comummente apontadas dizem respeito às restrições de tempo (e.g., Ali et al., 2010), ao custo (e.g., Munt, Partridge, & Allman-Farinelli, 2017), ter um historial de tentativas de perda de peso mal-sucedidas (e.g., Hammarström, Wiklund, Lindahl, Larsson, & Ahlgren, 2014), falta de motivação (e.g., Sabinsky et al., 2007), falta de conhecimentos sobre nutrição e de competências culinárias (e.g., Sand et al., 2017), dependência da comida e falta de auto-controlo (e.g., Ogden & Clementi, 2010; Seaman, 2013), ingestão emocional (e.g., Hammarström et al., 2014; Ogden & Clementi, 2010; Spörndly-Nees et al., 2014) e não gostar da alimentação da dieta (Hammarström et al., 2014).

Paralelamente, há que ter em conta certos factores sociais, na medida em que a alimentação é uma parte integral da vida social de muitas pessoas (Ogden & Clementi, 2010), fomentando a ingestão excessiva (Ali et al., 2010) ou dificultando a implementação de uma dieta (Hammarström et al., 2014). A falta de suporte social influencia negativamente a motivação para perder peso (Ali et al., 2010) e a presença de "sabotadores" é frequentemente reportada, tais como, suspeita de infidelidade quando o cônjuge inicia uma perda de peso (Mauro et al., 2008) ou ter de cozinhar várias refeições quando o resto da família não cozinha e, simultaneamente, não adere ao regime da dieta (Hammarström et al., 2014). Por outro lado, quando o contexto social fomenta a adopção de hábitos alimentares não saudáveis (Munt et al., 2017) ou proporciona ao indivíduo experiências positivas (e.g., aceitação incondicional; Ogden & Cle-menti, 2010), a motivação para perder peso fica também afectada.

Relativamente às investigações que estudaram directamente a manutenção da obesidade, foram identificados 3 estudos. O primeiro, de Raman e colaboradores (2013), consiste no desenvolvimento do *Clinical Obesity Maintenance Model* (COMM), um modelo teórico composto por uma rede de mecanismos psicológicos interligados entre si que explicam a manutenção da obesidade e regulam os comportamentos de gestão do peso, sendo eles (1) o funcionamento executivo (i.e., processos cognitivos com impacto no comportamento alimentar, como por exemplo, iniciação, planeamento, regulação e inibição de comportamentos, entre outros), (2) conjuntos de comportamentos habituais (i.e., realização automática de certos comportamentos habituais na presença de certos estímulos, exteriores ou interiores), (3) a regulação emocional (i.e., ingestão emocional), (4) a depressão, e (5) a literacia em saúde.

O segundo estudo encontrado foi o de Moraes e colaboradores (2013), que investigou os factores de manutenção percebidos por uma amostra de participantes com obesidade e depressão. Os resultados revelaram como factores de manutenção a ingestão emocional e o subsequente sentimento de culpa e diminuição da auto-estima (criando um ciclo vicioso), a insatisfação com a imagem corporal, a ingestão excessiva, perturbação de ingestão compulsiva, a falta de suporte da parte da família, dificuldades nas interacções sociais, e a falta de motivação (devido à lentidão do processo de perda de peso), entre outros.

Para finalizar, Horta, Pimenta, Leal e Marôco (2018) compararam factores de início e manutenção de obesidade e excesso de peso em 38 portugueses com e sem perturbação de ingestão compulsiva, tendo a presença de comentários negativos sido o factor mais identificado (por 57.9% dos participantes), seguido por ciclo de perda-reganho (i.e., *weight cycling*), existência de comorbilidades, percepção da dificuldade em perder peso, inactividade física, falta de mobilidade, ingestão excessiva de doces, stress, ausência de esforço para controlar o peso e uso de estratégias de *coping* de evitamento (apontados por pelo menos 30% dos participantes). Contrariamente às expectativas dos autores, não foram encontradas diferenças significativas entre aqueles com e sem perturbação de ingestão compulsiva.

O presente estudo vem, então, consolidar o trabalho desenvolvido por Horta et al. (2018), pois tem como objectivo aprofundar a exploração e análise dos factores, comportamentos e mecanismos de acção envolvidos na manutenção de obesidade numa amostra mais ampla de portugueses – quanto maior o número de participantes, maior a quantidade de informação reunida e mais informativos os resultados, em última instância constituindo material passível de ser utilizado no desenvolvimento de intervenções nesta área. Os dados aqui apresentados constituem os resultados preliminares de uma amostra mais ampla, com um total de 46 participantes. Esta investigação aplicou uma metodologia qualitativa, dado que este é um tema ainda relativamente pouco explorado na literatura e, assim, será possível uma análise mais aprofundada do mesmo.

MÉTODO

Este estudo insere-se num projecto de investigação mais extenso sobre a obesidade, actualmente a ser desenvolvido no William James Center for Research (WJCR) do ISPA – Instituto Universitário, e emprega uma metodologia qualitativa, através da realização de entrevistas semiestruturadas, sendo de natureza exploratória e descritivo-transversal.

Participantes

O processo de amostragem foi não-probabilístico (conveniência e bola-de-neve), tendo os participantes sido recrutados em contextos clínicos (hospital e clínicas privadas) e comunitários (associações, através das redes sociais – Facebook – e por referenciação). Para integrarem o estudo, estes tinham de cumprir os seguintes critérios de inclusão: (a) mínimo 18 anos de idade, (b) IMC $\geq$ 30 kg/m^2 e mantido igual ou acima deste valor há pelo menos 12 meses, (c) não ter realizado recentemente uma perda de peso bem-sucedida (mesmo mantendo um IMC $\geq$ 30), e (d) ter um nível de literacia mínimo para responder a um conjunto de questionários e a um extenso protocolo de entrevista. A amostra é, então, composta por 10 indivíduos (9 mulheres e 1 homem), com idades entre os 27 e os 60 anos (M=37.40; DP=9.16) e um IMC entre os 30.03 e os 46.29 (M=39.39; DP=5.86). Dois participantes realizaram a entrevista por telefone e os restantes oito presencialmente.

Procedimento, Materiais e Análise de Dados

Primeiramente, foi pedida autorização formal para a realização do estudo junto das Comissões de Ética e Direcções Clínicas dos vários locais de recrutamento. Uma vez aprovado, os profissionais de saúde da instituição (na posse de informação sobre o objectivo do estudo e consentimento informado) questionavam os utentes que fossem ao encontro dos critérios de inclusão que, após expressarem o interesse em participar, eram encaminhados para a equipa de investigação do presente estudo. Previamente à realização da entrevista, foi entregue a todos os participantes o consentimento informado, um documento a solicitar autorização para a gravação áudio da entrevista e um questionário de triagem, para assegurar o cumprimento dos critérios de inclusão. Foi-lhes também solicitado que preenchessem um questionário sócio-demográfico e um questionário de saúde e de estilo de vida (e.g., presença de doenças físicas e psicológicas recentes,

prática de exercício físico, consumo de álcool e tabaco).

De seguida, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, seguindo um protocolo de entrevista previamente elaborado pela equipa de investigação e que incluía perguntas abertas de exploração, como por exemplo, "O que acha que contribui para manter o seu peso actual?". As entrevistas foram levadas a cabo por investigadores treinados, presencialmente ou por telefone, consoante a disponibilidade de cada participante. As entrevistas tiveram lugar nos contextos clínicos (i.e., clínicas ou hospitais) ou na faculdade, numa sala reservada para o efeito à porta fechada, garantindo a privacidade; no segundo caso (telefónicas), foram realizadas num gabinete da instituição universitária, igualmente à porta fechada e assegurando as condições apropriadas. Não foi imposto qualquer limite de tempo à duração das entrevistas, tendo todas elas sido gravadas (com recurso a um computador com microfone), e posteriormente, transcritas, tanto a nível do conteúdo verbal, como não-verbal.

O conteúdo das entrevistas foi analisado com recurso a duas técnicas – análise de conteúdo (Bardin, 2009) e análise temática (Braun & Clarke, 2006). A análise de conteúdo permitiu uma abordagem indutiva, na medida em que se obtém uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das entrevistas, sendo a codificação feita *in vivo*, directamente a partir do conteúdo (de acordo com os critérios da homogeneidade, exaustividade, objectividade e pertinência, mas não da exclusividade). Já a análise temática, complementarmente, possibilitou uma abordagem dedutiva, pois permite a identificação, exploração e descrição de padrões/temas informados pela teoria e pela literatura, ao longo das entrevistas.

Resultados

De um total de 751 codificações, emergiram 166 categorias, posteriormente distribuídas entre factores, comportamentos e mecanismos de acção. De uma maneira geral, as categorias com maior número de menções (NM, para 40% da amostra) foram (1) o início da obesidade na infância (NM=29), (2) reganho de peso após uma perda de peso (NM=25), (3) toma de medicação (NM=18), (4) ganho de peso de forma súbita e descontrolada (NM=18), (5) percepção de dificuldade em perder peso (NM=15), e (6) barreiras financeiras (NM=15). As categorias mencionadas por uma maior percentagem de participantes foram o reganho de peso após uma perda de peso e a percepção de dificuldade em perder peso (referidas por 80%). Na Tabela 1 encontram-se todas as categorias mencionadas por pelo menos 40% da amostra (18 categorias), distribuídas entre factores, comportamentos e mecanismos de acção, e organizadas por ordem decrescente de número de menções.

Tabela 1 - Factores, Comportamentos e Mecanismos de Acção Percebidos na Manutenção de Obesidade

Categorias	Exemplo	Número de Menções (NM)	Percentagem (%)[a]
Factores			
Início da obesidade na infância	"Porque isto é uma coisa, a minha gordura vem desde a infância, não é!"	29	60
Reganho de peso	"E o que aconteceu depois foi ter engordado novamente, por isso parecia ter sido de sucesso mas depois voltou tudo."	25	80
Medicação	"E a medicação toda a ajudar ainda a engordar mais."	18	60
Ganho de peso de forma descontrolada	"Foi esses tais 40 quilos num espaço de 3 meses. Foi mesmo horrível. Foi de semana para semana."	18	50
Barreiras financeiras	"Neste momento não tenho dinheiro para fazer uma alimentação."	15	40
Problemas de saúde	"Foi só a partir do momento que eu me lesionei e comecei a engordar novamente."	13	40
Emoção negativa: stress	"Eu acho que é um bocado o stress do dia-a-dia, principalmente."	9	50
Desemprego/ficar em casa	"Depois fiquei sem trabalho, não fazia nada."	8	50
Consequências negativas de uma perda de peso	"Eu já tentei fazer dieta, andei na dietista e tudo, só que pronto, comecei a sentir-me mal e andava tonta."	7	60
Oscilações de peso	"Depois baixava, durante um mês ou dois baixava e depois voltava e depois mantinha, depois de repente voltava a aumentar, depois voltava outra vez a baixar, depois a aumentar, ando sempre assim."	7	50
Características/problemas no trabalho	"E depois tenho, neste momento, uma profissão que não me ajuda na alimentação."	7	40
Tempo de espera para realização de cirurgia bariátrica	"Mas há 4 anos que eu estou à espera. 4 anos."	5	40
Comportamentos			
Comportamento alimentar não saudável	"Como é mal, é esse o problema."	13	40
Não ter dificuldades na realização de actividades e tarefas	"De resto pelo contrário eu faço de tudo, ainda a semana passada estive em cima do escadote a tirar cortinados."	12	40
Não cumprimento das estratégias de perda de peso	"Durante os primeiros 2/3 meses, foi quando eu perdi o peso todo praticamente, depois comecei a não seguir à risca tudo o que ela disse e simplesmente ia mantendo."	6	40
Mecanismos de acção			
Percepção de dificuldade em perder peso	"E depois é muito difícil perder. Depois basicamente é só isso."	15	80

Coping de evitamento centrado na desresponsabilização pelo processo de perda de peso	"- Ah, sem ser com a banda acho que era impossível [perder peso]."	13	50
Conformismo/aceitação da condição de obesidade	"E foi na altura em que eu pensei então se eu sou assim, sou assim, não há nada a fazer"	8	40

Nota. [a] Categorias mencionadas por pelo menos 40% da amostra.

DISCUSSÃO

O presente estudo tem como objectivo a exploração dos factores, comportamentos e mecanismos de acção percebidos na manutenção da obesidade numa amostra de adultos portugueses com esta patologia, tendo sido, preliminarmente, identificadas 166 categorias, das quais foram apresentadas as 18 mais prevalentes (mencionadas por pelo menos 40% dos participantes).

Das categorias com maior número de menções, algumas têm já vindo a ser reportadas na literatura, como é o caso da toma de medicação (Mauro et al., 2008) e das barreiras financeiras à gestão do peso, seja porque não se tem possibilidade de pagar tratamentos (Sinfield, Baker, Pollard, & Tang, 2013) ou porque se percepciona uma dieta saudável e uma inscrição num ginásio como demasiado caro (e.g., Sabinsky et al., 2007; Spörndly-Nees et al., 2014). No estudo de Hammarström et al. (2014), o custo da nova dieta constituiu um dos motivos para abandonar a intervenção, e os tratamentos farmacológicos e cirúrgicos da obesidade, não sendo comparticipados, na maioria das vezes, tornam-se inacessíveis (Westerveld & Yang, 2016) – na presente amostra, 40% dos participantes identificaram o tempo de espera para realização de cirurgia bariátrica como um factor de manutenção da sua condição de obesidade (NM=5).

Mais de metade dos participantes apontaram como factor de manutenção o facto de a sua obesidade ter tido origem na infância (NM=29). Efectivamente, segundo a revisão de literatura de Simmonds, Llewellyn, Owen e Woolacott (2016), comparativamente a crianças e adolescentes sem obesidade, aqueles com obesidade têm cinco vezes mais probabilidade de vir a ter obesidade na idade adulta – mais especificamente, 55% das crianças com obesidade vão manter a obesidade na adolescência, cerca de 80% dos adolescentes com obesidade vão manter a obesidade no início da idade adulta e cerca de 70% mantê-la-ão após os 30 anos de idade. Todavia, os autores acrescentam que aproximadamente 70-80% dos adultos com obesidade não tiveram obesidade na infância ou na adolescência, pelo que intervir precocemente nesta área junto de crianças e jovens poderá não produzir o impacto desejado ou não ser suficiente para prevenir a obesidade mais tarde na vida.

O segundo factor mais mencionado (NM=25) foi reportado por 80% dos participantes e diz respeito ao reganho de peso, subsequentemente a uma perda de peso, podendo este reganho estar relacionado com o facto de os participantes deixarem de cumprir as estratégias de perda de peso (NM=6, 40%) ou experienciarem consequências negativas durante um processo de perda de peso (NM=7, 60%). Vários estudos têm vindo a demonstrar que uma perda de peso moderada (i.e., até 5-10% do peso inicial) pode trazer consequências positivas para a saúde, juntamente com uma melhoria na qualidade de vida (e.g., OMS, 2000; Stevens, Truesdale, McClain, & Cai, 2006). Contudo, mais difícil do que a perda de peso em si, é a manutenção do peso perdido, pelo que a maioria das pessoas o recupera no espaço de 1-5 anos (e.g., Dombrowski, Knittle, Avenell, Araújo-Soares, & Sniehotta, 2014; Hammarström et al., 2014; OMS, 1995; Raman et al., 2013; Seaman, 2013; Stevens et al., 2006; Westerveld & Yang, 2016), o que é congruente com a experiência dos participantes deste estudo. Isto vem novamente reforçar a importância da mudança de estilos de vida, através da adopção de estratégias de controlo do peso diárias e a longo prazo, sendo, por isso, essencial reconhecer a obesidade enquanto uma doença crónica, algo que tanto pacientes quanto profissionais de saúde continuam a ignorar (Mauro et al., 2008). Por outro lado, de acordo com Halali et al. (2018), um IMC elevado está associado a um aumento das tentativas de perda de peso, um processo denominado *weight cycling*, que consiste em realizar dietas constantes que levam a recorrentes perdas e reganhos e que, por si só, se encontra associado a consequências negativas e a dificuldades em futuras tentativas de perda de peso (OMS, 1995, 2000).

A percepção da dificuldade em perder peso (N=15, 80%), ainda que muito pouco explorada na literatura, encontra-se patente em alguns dos estudos revistos. Por exemplo, para as participantes na investigação de Ali et al. (2010), perder peso constituía uma dificuldade permanente, ao longo da vida, e no estudo de Spörndly-Nees et al. (2014), a obesidade era considerada uma condição incontrolável – é de notar, que na presente investigação, o ganho de peso de forma súbita e descontrolada foi um dos factores com maior número de menções (NM=18), sendo referido por metade dos participantes. Esta percepção de dificuldade, associada à percepção de incontrolabilidade e rapidez podem, eventualmente, conduzir ao desenvolvimento de mecanismos de *coping* de evitamento centrados na desresponsabilização pelos comportamentos de controlo do peso (NM=13, 50%) ou ao conformismo/aceitação da condição de obe-sidade (NM=8, 40%), encarando-a como inevitável e inalterável. É ainda de salientar que a percepção de dificuldade em perder peso pode ou não corresponder a uma dificuldade real, contudo, a simples crença de que o controlo do peso é um processo penoso, demorado e que exige grande investimento e dispêndio de tempo e energia pode afectar a motivação para perder peso, perpetuando a condição de obesidade.

Esta investigação apresenta várias limitações: (a) o único critério utilizado para classificação da obesidade foi o IMC, que não diferencia a contribuição da densidade óssea, da massa muscular, da massa gorda e dos fluidos corporais para o peso; (b) o processo de amostragem foi não-probabilístico, limitando a generalização dos resultados; e (c) as entrevistas realizadas por telefone com alguns dos participantes podem ter limitado a recolha de informação e a exploração mais aprofundada do conteúdo, em particular do conteúdo não-verbal.

Concluindo, estes resultados preliminares vêm salientar a importância de se considerar os factores de manutenção da obesidade no desenvolvimento de programas de perda e manutenção do peso, nomeadamente, a história de vida da pessoa, o seu historial de perdas e reganhos de peso, as suas comorbilidades físicas e psicológicas, o seu estatuto socioeconómico, o seu contexto social e laboral, e os mecanismos psicológicos subjacentes à manutenção do excesso de peso (e.g., crenças e mecanismos de *coping*). Espera-se que a futura análise mais aprofundada dos dados de 46 indivíduos venha contribuir para o actual conhecimento sobre a obesidade e traga informação adicional sobre a forma como podem ser aprimoradas as intervenções nesta área, servindo de ponto de partida para o desenvolvimento de programas bem informados e eficazes.

FINANCIAMENTO

Esta investigação é financiada por uma bolsa de investigação FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia (bolsa SFRH/BPD/77799/2011). O William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário é financiado pela FCT (bolsa UID/PSI/04810/2013).

REFERÊNCIAS

Ali, H. I., Baynouna, L. M., & Bernsen, R. M. (2010). Barriers and facilitators of weight management: Perspectives of Arab women at risk for type 2 diabetes. *Health and Social Care in the Community*, 18(2), 219-228. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00896.x

Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo: Edição revista e actualizada*. Lisboa: Edições 70.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

Dombrowski, S. U., Knittle, K., Avenell, A., Araújo-Soares, V., & Sniehotta, F. F. (2014). Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: Systematic review and metaanalyses of randomized controlled trials. *BMJ*, 348(g2646), 1-12. doi: 10.1136/bmj.g2646

Gaio, V., Antunes L., Namorado, S., Barreto, M., Gil, A., Kyslaya, I. … Dias, C. M. (2017). Prevalence of overweight and obesity in Portugal: Results from the first Portuguese Health Examination Survey (INSEF 2015). *Obesity Research & Clinical Practice*, 12(1), 40-50. doi: 10.1016/j.orcp.2017.08.002

Halali, F., Lapveteläinen, A., Karhunen, L., Saarela, A-M., Lappalainen, R., & Kantanen, T. (2018). Motivators, barriers and strategies of weight maintenance: A cross-sectional study among Finnish adults. *Eating Behaviors*, 31, 80-87. doi: 10.1016/j.eatbeh.2018.08.009

Hammarström, A., Wiklund, A. F., Lindahl, B., Larsson, C., & Ahlgren, C. (2014). Experiences of barriers and facilitators to weight-loss in a diet intervention – A qualitative study of women in Northern Sweden. *BMC Women's Health*, 14(59), 1-10. doi: 10.1186/1472-6874-14-59

Horta, C. M., Pimenta, F., Leal, I., & Marôco, J. (2018). Factores de início de manutenção da obesidade/excesso de peso: Uma comparação entre adultos com binge eating e sem binge eating. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12(69), 3-16.

Mauro, M., Taylor, V., Wharton, S., & Sharma, A. M. (2008). Barriers to obesity treatment. *European Journal of Internal Medicine*, 19, 173-180. doi: 10.1016/j.ejim.2007.09.011

Moraes, A. L., Almeida, E. C., & Souza, L. B. (2013). Percepções de obesos deprimidos sobres os factores envolvidos na manutenção da sua obesidade: Investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Colectiva*, 23(2), 553-572.

Munt, A. E., Partridge, S. R., & Allman-Farinelli, M. (2017). The barriers and enablers of healthy eating among young adults: A missing piece of the obesity puzzle: A s*coping* review. *Obesity Reviews*, 18, 1-17. doi: 10.1111/obr.12472

Ogden, J., & Clementi, C. (2010). The experience of being obese and the many consequences of stigma. *Journal of Obesity*, 1-9. doi: 10.1155/2010/429098

Organização Mundial de Saúde (1995). *Physical status: The use and interpretation of anthropometry* (Technical Report 854). Recuperado de: http://www.who.int/childgrowth/pu-blications/physical_status/en/

Organização Mundial de Saúde (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic* (Technical Report 894). Recuperado de: http://www.who.int/nutrition/publicati-ons/obesity/WHO_TRS_894/en/

Raman, J., Smith, E., & Hay P. (2013). The clinical obesity maintenance model: An integration of psychological constructs including mood, emotional regulation, disordered overeating, habitual cluster behaviours, health literacy and cognitive function. *Journal of Obesity*, 1-9. doi: 10.1155/2013/240128

Sabinsky, M. S., Toft, U., Raben, A., & Holm, L. (2007). Overweight men's motivations and perceived barriers towards weight loss. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61, 526-531.

Sand, A-S., Emaus, N., & Lian, O. S. (2017). Motivation and obstacles for weight management among young women – A qualitative study with a public health focus – The Tromso study: Fit Futures. *BMC Public Health*, 17(417), 1-11. doi: 10.1186/s12889-017-4321-9

Seaman, D. R. (2013). Weight gain as a consequence of living a modern lifestyle: A discussion of barriers to effective weight control and how to overcome them. *Journal of Chiropractic Humanities*, 20, 27-35. doi: 10.1016/j.echu.2013.08.001

Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G., & Woolacott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17, 95-107. doi: 10.1111/obr.12334

Sinfield, P., Baker, R., Pollard, L., & Tang, M. Y. (2013). Improving the management of obesity in adults: A pilot of a method to identify important barriers to change and tailor interventions to address them. *Quality in Primary Care*, 21, 237-246.

Spörndly-Nees, S., Igelström, H., Lindberg, E., Martin, C., & Asenlöf, P. (2014). Facilitators and barriers for eating behaviour changes in obstructive sleep apnoea and obesity – A qualitative content analysis. *Disability and Rehabilitation*, 36(1), 74-81. doi: 10.3109/09638288.2013.782354

Stevens, K., Truesdale, K. P., McClain, J. E., & Cai, J. (2006). The definition of weight mainte-nance. *International Journal of Obesity*, 30, 391-399. doi: 10.1038/sj.ijo.0803175

CONSEQUÊNCIAS PERCEBIDAS DA MANUTENÇÃO DA OBESIDADE EM ADULTOS COM ESTA PATOLOGIA - RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO QUALITATIVO

Hélène Lopes
ISPA – Instituto Universitário
(helene.lopes@gmail.com)

Filipa Pimenta
ISPA – Instituto Universitário
William James Center for Research
(filipa_pimenta@ispa.pt)

Isabel Leal ISPA – Instituto Universitário
William James Center for Research
(ileal@ispa.pt)

RESUMO

Introdução: Segundo o Inquérito Nacional de Saúde, em 2014, a prevalência da obesidade nos adultos era igual a 16,2% em Portugal Continental, 18,5% na Madeira, e 22,1% nos Açores. A investigação a nível qualitativo, na área da obesidade, é ainda escassa. Assim, o objetivo do presente estudo é explorar as consequências percebidas da obesidade em adultos com esta patologia (resultados preliminares de uma investigação em curso). Método: A amostra é constituída por 6 mulheres e 4 homens; a idade média é de 42,67 (*DP*=13,77) e o IMC médio é de 38,56 (*DP*=4,32). Foram realizadas entrevistas individuais; de seguida foram transcritas e codificadas de acordo com duas técnicas: a Análise de Conteúdo e a Análise Temática. Resultados: As consequências negativas mais citadas foram a dificuldade na mobilidade (número de menções, NM=9), estigmatização/discriminação a nível social (NM=8), e conflitos envolvendo os familiares acerca do controlo de dieta (NM=7). Alguns participantes identificaram consequências positivas, nomeadamente a manutenção de uma dieta rica em gordura e açúcar (NM=2), e serem alvo de exigências menores a nível académico (NM=4). Discussão: A identificação das consequências positivas, quando existem, é fundamental no contexto da intervenção pois poderão constituir barreiras à perda de peso. Os resultados preliminares mostram que as consequências negativas poderão exceder os aspetos pessoais e estabelecerem-se a outros níveis (e.g., relacional/familiar e profissional). Este estudo pretende contribuir para a forma como os clínicos pensam a intervenção nesta área, esperando caracterizar de forma alargada uma amostra total de 46 adultos portugueses com obesidade.

Palavras-chave: Consequências Percebidas, Obesidade, Adultos.

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma epidemia; entre 1975 e 2016 a sua prevalência triplicou sendo responsável por mais mortes do que a desnutrição. Em 2016, estimava-se que as pessoas com obesidade representavam 13% da população adulta (World Health Organization, 2018).

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde referente a dados de 2014 (Instituto Nacional de Estatística, 2019), a prevalência da obesidade nos adultos era igual a 16,2% em Portugal Continental, 18,5% na Madeira, e 22,1% nos Açores. A taxa é significativamente alta nos idosos, nas categorias socio-económicas mais baixas e nos indivíduos com menor literacia (Direção Geral da Saúde, 2018a); é preocupante nas crianças e nos adolescentes pois a obesidade infantil é um fator de risco de desenvolvimento da obesidade na idade adulta (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel, & Dietz, 1997).

A obesidade pertence ao grupo das doenças crónicas não transmissíveis, corresponde a um excesso de gordura no corpo que pode colocar em risco a saúde dos indivíduos porque está relacionada com complicações metabólicas. O IMC (Índice de Massa Corporal), que explora a relação entre o peso e a altura da pessoa, irá informar sobre a presença de obesidade quando os valores forem superiores a 30kg/m^2, existindo vários graus: classe 1 (30.0-34.9), classe 2 (35.0-39.9), e classe 3 ou obesidade mórbida com um IMC acima dos 40 (Centers for Diseases Control and Prevention, 2018; World Health Organization, 2018).

A obesidade é uma doença de origem multifatorial, resultando principalmente da interação entre predisposições genéticas e comportamentos inadaptados sendo estes os hábitos alimentares não saudáveis e o sedentarismo (Llewellyn & Wardle, 2015). No entanto, uma abordagem terapêutica que vise apenas corrigir o desequilíbrio energético não é eficaz, especialmente a médio e longo prazo (Chambouleyron, 2012). A problemática é mais complexa, existindo também aspetos socioeconómicos, ambientais e psicológicos (Direção Geral da Saúde, 2018b) que devem ser considerados na avaliação e intervenção da obesidade.

Existem vários tipos de intervenção para a perda de peso nomeadamente a Terapia Cognitivo-Comportamental; esta deverá ser combinada com aconselhamento nutricional e exercício físico para uma eficaz mudança de comportamento que conduza a perda de peso; alguns estudos documentam a sua eficácia no tratamento da doença em pessoas motivadas para emagrecer (Ferreira, Bakos, & Habigzang, 2015). Por outro lado, a cirurgia bariátrica é também referida como eficaz no tratamento da obesidade mórbida (Efthymiou et al., 2015), diminuindo a mortalidade e a prevalência das doenças associadas (Sjöström, 2013) e melhorando significativamente a qualidade de vida. No entanto, é essencial que haja uma mudança comportamental no estilo de vida do indivíduo para uma manutenção dos benefícios (Barros, Moreira, de Araújo, & Caetano, 2015), sendo esta indispensável no âmbito de qualquer tipo de intervenção. Todavia, ainda mais difícil do que a perda de peso em si, é a manutenção da mesma a longo prazo (McMahon, Visram, & Connel, 2016).

Existem vários estudos a abordarem as consequências negativas da manutenção da obesidade; Efthymiou et al. (2015) afirmam que impacta a saúde física, psicológica e também sexual. As consequências negativas podem exceder os aspetos pessoais e estabelecerem-se a outros níveis (e.g., familiar, profissional, social).

Os estudos na área não têm explorado as consequências positivas ou os ganhos secundários da manutenção da obesidade. Porém, a sua identificação, quando existem, poderá ser fundamental no contexto da intervenção dado existir a possibilidade de estes constituírem barreiras à perda de peso.

A investigação qualitativa na área da obesidade é ainda escassa e poucos estudos exploram as consequências da obesidade em pessoas com esta patologia. Desta forma, o presente estudo pretende explorar as consequências percebidas (positivas e negativas) da manutenção da obesidade em adultos portugueses com obesidade e apresentar os resultados preliminares de um estudo em curso.

MÉTODO

Este estudo qualitativo é transversal, observacional e descritivo.

Participantes

Trata-se de uma amostra não probabilística e de conveniência. A presente amostra é constituída por 10 indivíduos (6 mulheres e 4 homens), com idade média de 42,67 (DP=13,77) e IMC médio de 38,56 (DP=4,32). No total, 2 indivíduos apresentam obesidade de classe I; 2 com obesidade classe II; e 6 com obesidade mórbida.

Os critérios de inclusão foram: 1) ter 18 anos ou mais; 2) ter um IMC igual ou acima dos 30 e mantido por, pelo menos, 12 meses; 3) não ter realizado uma perda de peso bem-sucedida recentemente (mesmo que tenham ainda assim um IMC acima dos 30); 4) ser alfabetizado; 5) estar disponível para responder a uma entrevista gravada em áudio.

Material

Foi dado um consentimento informado escrito e uma autorização para a gravação da entrevista. Utilizou-se ainda um questionário de triagem para assegurar o cumprimento dos critérios de inclusão de cada participante.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com base num guião elaborado por uma equipa de especialistas; foram colocadas preguntas abertas incluindo as seguintes para exploração das consequências percebidas: 1) "No seu caso pessoal, acha que a manutenção de um peso elevado tem alguma consequência positiva a nível social? Familiar? Pessoal? Íntimo/sexual? Profissional? Se sim, qual/ais?"; 2) "No seu caso particular, que consequências negativas tem esta manutenção de um peso elevado? Tem impacto na sua vida social? Na sua vida familiar? Na sua vida pessoal? Na sua vida íntima/sexual? Na sua vida profissional?".

Por último, era dado a cada participante um questionário sociodemográfico (e.g., idade, sexo, profissão, existência de uma relação afetivo-sexual) e de saúde (e.g., presença de doenças físicas e psicológicas recentes, prática de exercício físico, consumo de álcool).

Procedimento

Este estudo insere-se numa investigação do William James Center for Research (WJCR) que reúne os temas da obesidade e da perda de peso bem-sucedida.

Numa primeira fase, o presente projeto foi apresentado e aprovado pela Comissão de Ética (no âmbito hospitalar) e pelos diretores de clínicas (clínicas de nutrição e clínicas de cirurgia no contexto da obesidade). Numa segunda fase, a equipa de investigação apresentou o projeto aos profissionais de saúde das instituições e esses depois referenciaram as pessoas interessadas em participar.

Os participantes foram também selecionados no âmbito comunitário (associações de pessoas com obesidade e nas redes sociais).

As entrevistas foram realizadas na universidade ou em salas fechadas nas instituições parceiras, por entrevistadores treinados no protocolo e posteriormente supervisionados. Quando não tinham a possibilidade de se deslocar, os participantes eram entrevistados por telefone.

As entrevistas foram transcritas para depois serem analisadas. A metodologia adotada é de tipo qualitativo e alia duas técnicas: a análise de conteúdo (Bardin, 1977) e a análise temática (Braun & Clarke, 2006). Foi constituída uma grelha de codificação introduzindo as categorias e subcategorias constituídas a priori, sendo estas decorrentes das questões do protocolo de entrevista (consequências positivas e negativas a nível pessoal, familiar, social e profissional). Foram de seguida criadas as categorias e subcategorias emergentes, à medida que se iam analisando as entrevistas. A abordagem da análise de conteúdo (Bardin, 1977) é indutiva, baseia-se estreitamente no conteúdo dos dados relatados nas entrevistas; e também quantitativa, considerando a frequência com que as categorias são mencionadas. Neste estudo, foram aplicados os critérios de exaustividade, homogeneidade e pertinência; o critério de exclusividade não foi usado, dado algumas vezes ser admissível codificar simultaneamente um excerto em várias categorias distintas por expressar processos e comportamentos intrincados. Complementarmente, a abordagem da análise temática (Braun & Clarke, 2006) é usada neste estudo de uma forma dedutiva, informada pela literatura (i.e., foram encontrados temas a partir dos dados recolhidos semelhantes a padrões ou constructos existentes, isto é, já apresentados na literatura). A codificação das entrevistas foi feita por duas especialistas na área da psicologia da saúde/obesidade, de forma dependente.

RESULTADOS

A maior parte das categorias encontradas remetem a consequências negativas (96,6%), sendo a categoria mais referida a dificuldade na mobilidade (4,9%), tal como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Consequências percebidas da manutenção da obesidade em adultos com esta patologia

Categorias	Subcategoria	NM	%
Consequências positivas	Académico - Exigências menores	4	2,3
	Pessoal - Manutenção de consumo de gordura/açúcar	2	1,1
Consequências negativas	Familiar (familiares/amigos próximos)		
	Conflitos acerca do controlo de dieta	7	4,0
	Evitamento de refeições com familiares	6	3,4
	Preocupação com a saúde	5	2,9
	Body shaming	4	2,3
	Preocupação/Insatisfação com a aparência	3	1,7
	Pressão para emagrecer	3	1,7
	Parceiro(a)		
	Prejuízo a nível íntimo/sexual	3	1,7
	Preocupação/Insatisfação com a aparência	1	0,6
	Suspeição de vergonha	1	0,6
	Pessoal		
	Dificuldade na mobilidade	9	5,1
	Preocupação/Insatisfação com a aparência	6	3,4
	Dificuldade na aquisição de vestuário nas lojas	6	3,4
	Vestuário apreciado nas lojas não serve	6	3,4
	Articulações	6	3,4
	Mais Cansaço	6	3,4
	Colesterol	4	2,3
	Dores	5	2,9
	Ausência de alternativas satisfatória de vestuário	4	2,3
	Risco de ter problemas de saúde no futuro	4	2,3
	Abandono de atividades desportivas	3	1,7
	Risco de a mobilidade estar afetada no futuro	3	1,7
	Risco cardiovascular	3	1,7
	Corpo Pesado	3	1,7
	Diabetes	3	1,7
	Infertilidade	3	1,7
	Pernas/varizes	3	1,7
	Ter problemas de saúde sem especificação	3	1,7
	Mandar fazer o vestuário	3	1,7
	Baixa autoestima	2	1,1
	Triglicéridos	2	1,1
	Apneia do sono	1	0,6
	Risco no futuro de ter problemas sem especificação	1	0,6
	Vestuário existente deixa de servir	1	0,6
	Vestuário mais caro	1	0,6
	Profissional		
	Dificuldade na mobilidade	3	1,7
	Discriminação	3	1,7
	Desempenho afetado	2	1,1

	Despedimento	1	0,6
	Social		
	Estigmatização/discriminação	8	4,6
	Vergonha/inibição	3	1,7
	Menos convívio	1	0,6
	Consequência negativa sem especificação	2	1,1
Ausência consequências positivas	Em todos os domínios	7	4,0
Ausência consequências negativas	Íntimo - sexual	5	2,9
	Profissional	6	3,4
	Social	1	0,6
	Familiar	3	1,7
Total		175	100

NM= Número de menções; %= Percentagem.

DISCUSSÃO

Os participantes identificaram consequências positivas decorrentes da manutenção da obesidade, nomeadamente, continuar a ter uma dieta rica em gordura e açúcar (NM=2) (e.g., "mantendo, se calhar o estilo de alimentação que tenho, que não me deixa infeliz, não perdi"- Homem, 34 anos), e ser alvo de exigências menores a nível académico (NM=4) (e.g., "ter este peso e ser desta idade (que não sou velha) faz com que não me obriguem a mais"- Mulher, 34 anos). Importa salientar que a pergunta, feita no âmbito da entrevista, suscitou alguma surpresa por parte dos participantes, tendo em conta as dificuldades que a doença pode acarretar. No entanto, a exploração destes conteúdos é importante pois pode dar informação (tal como confirmado nos resultados deste estudo: NM=6) sobre possíveis ganhos secundários ou vantagens que as pessoas com obesidade poderão ter dificuldade em abdicar e que poderão comprometer a eficácia de uma intervenção.

A nível familiar, as consequências negativas que foram mais citadas são os conflitos acerca do controlo de dieta (NM=7) (e.g., "gera discussões se eu vou almoçar com a minha mãe"- Mulher, 34 anos), levando por vezes ao evitamento de refeições com familiares (NM=6) (e.g., "tento não ir comer com eles" - Mulher, 34 anos). Alguns participantes relatam que os familiares manifestam uma preocupação com a aparência (NM=3) (e.g., "a minha família recomenda-me (…) que faça dieta (…) com a preocupação (…) de me ver mais magro" - Homem, 67 anos); e/ou uma preocupação a nível da saúde que também identificam como consequência negativa (NM=5) (e.g., "deve preocupar-se a nível do colesterol,…e essas vertentes todas da saúde, preocupam-se, claro" - Homem, 34 anos). Podem sentir-se pressionados para emagrecer (NM=3) (e.g., "oh pai, tem que perder peso" - Homem, 67 anos), e/ou magoados devido a body shaming, isto é, comentários negativos relacionados com a corpulência, (NM=4) (e.g., "Oh mãe, tu estás gorda" - Mulher, 41 anos).

Estudos demostraram que existem preconceitos e comportamentos negativos acerca das pessoas com obesidade ao nível da própria família (Puhl & Heuer, 2009; Puhl & Latner, 2007). Caso a família manifeste incompreensão, tal pode contribuir para o isolamento psicossocial do indivíduo (Wadden & Stunkard, 1985).

Além do papel da família, estudos abordaram a contribuição do parceiro de forma mais específica para o (in)sucesso das intervenções para a perda de peso; o estudo de Oliveira e Ribeiro (2013), realizado com uma amostra de 5 mulheres com obesidade, evidenciou por exemplo como barreiras percecionadas, a falta de suporte do conjugue para iniciar uma dieta saudável e/ou a manutenção de uma alimentação inadaptada do mesmo.

Entre as consequências negativas da manutenção da obesidade percecionadas no presente estudo, há a preocupação a nível da aparência (NM=1) (e.g., "essas esposas gostam sempre de ter os maridos esbeltos (risos)" - Homem, 67 anos), uma suspeição de vergonha (NM=1) (e.g., "o meu marido poderá ter vergonha em estar comigo" - Mulher, 41 anos). Foi igualmente referida a existência de prejuízos a nível íntimo/sexual (NM=3) (e.g., "é lógico que, que tem impacto…não é, enfim…não é, não é inibidor…mas…" - Homem, 47 anos); mas houveram também menções que referiram uma ausência de consequências a este nível (NM=5) (e.g., "Não, não, isso garanto-lhe que em termos de íntimo não há impacto" - Mulher, 41 anos).

O estudo de Bajos et al. (2010), cujo objetivo era explorar a sexualidade das mulheres com obesidade, não confirmou a hipótese de elas terem relações sexuais menos frequentes; o estudo de Feldman e colegas (2000) chegou à mesma conclusão nos homens. O presente estudo não foca esta variável (frequência de relações sexuais), porém evidencia que a manutenção da obesidade pode, segundo alguns participantes, afetar a libido (e.g., "já não tenho tanto apetite sexual como tinha antes" - Mulher, 31 anos), assim como revelar uma maior dificuldade em termos de agilidade na execução do ato sexual (e.g., há uma data de fatores mesmo a nível da sexualidade, embora fossemos os dois obesos, portanto e isso ajudava-nos a nos encontrarmos, mas havia desencontro a nível da sexualidade, acaba tudo por ser muito complexo- Mulher, 50 anos).

O estudo de Nejmed-Dine, Rafi, El Mghari e El Ansari (2017) tinha como objetivo de identificar o impacto da manutenção da obesidade na sexualidade das pessoas com esta patologia; foi realizado com uma amostra de 20 mulheres e 16 homens com obesidade; os parceiros dos participantes tinham peso normal em 62% dos casos. Uma dificuldade em termos de agilidade na execução do ato sexual foi relatada

em 70,7% dos casos, assim como problemas de disfunção erétil em 62,5% da amostra. Foi igualmente evidenciado uma insatisfação com a imagem corporal em 69,4% dos casos, assim como uma corelação positiva entre a satisfação com a imagem corporal e a satisfação sexual.

No presente estudo, apesar de constatar a existência de uma insatisfação com a imagem corporal na maioria das entrevistas analisadas, não foi citada como consequência negativa a nível íntimo/sexual. A caracterização da amostra total (n=46) irá clarificar esses resultados.

A nível pessoal, a categoria Preocupação com a aparência apresenta um número importante de menções (NM=6) (e.g., "acho que não é bonito (…) ser assim" - Homem, 67 anos), e é por vezes associado a uma autoestima negativa (NM=2) (e.g., "eu tinha um bocado a mania que tinha que aproveitar aquele homem, porque se calhar mais ninguém queria casar comigo, porque eu era gorda" - Mulher, 37 anos).

A manutenção da obesidade pode levar ao abandono de atividades desportivas (NM=3) (e.g., "de vez em quando jogava futebol e (…) comecei a perceber que com este peso não convém jogar futebol" - Homem, 34 anos). A prática desportiva requer algum cuidado nos indivíduos com obesidade, nomeadamente nas crianças e nos adolescentes tornando a estrutura corporal mais vulnerável a lesões (Calvete, 2007).

Há um número de menções importante sobre problemáticas relacionadas com a falta de mobilidade, de agilidade e de equilíbrio (NM=9) (e.g., "eu tenho a dificuldade em me movimentar" - Homem, 67 anos; "eu não consigo sequer pegar minha filha ao colo que eu sinto imensas dores na coluna" - Mulher, 31 anos). Este último excerto poderá chamar a atenção, pois as pessoas com obesidade poderão percecionar que os seus papéis parentais ficam comprometidos. Riscos relacionados com a falta de mobilidade no futuro foram também percecionados (NM=3) (e.g., "ainda consigo tomar banho sozinha, (…) mas se continuar assim, chego a pontos que não consigo" - Mulher, 63 anos).

A nível da saúde foram enumeradas várias consequências negativas entre as quais a apneia do sono (NM=1) (e.g., "a respiração não é a mesma principalmente à noite" - Homem, 34 anos), o cansaço (NM=6) (e.g., "uma pessoa sente-se mais cansada" - Homem, 29 anos), o colesterol (NM=4) (e.g., "deve preocupar-se a nível do colesterol" - Homem, 34 anos), a diabetes (NM=3) (e.g., "as grandes motivações para as dietas têm sido os valores da diabetes estarem a elevar um bocadinho" - Mulher, 35 anos), os triglicéridos (NM=2) (e.g., "não tinha triglicéridos (…) e hoje tenho isso tudo com o excesso de peso" - Mulher, 37 anos), o risco cardiovascular (NM=3) "porque o coração também não aguenta muito mais…Neste momento, tenho que realmente emagrecer" - Homem, 67 anos), problemas nas pernas/varizes (NM=3) (e.g., "sofro de um bocadinho de varizes nas minhas pernas" - Homem, 67 anos), nas articulações (NM=6) (e.g., "eu (…) fiz uma entorse num tornozelo, nunca mais fiquei boa (…) tem tudo a ver com o excesso de peso, porque é diferente uma entorse numa pessoa que pesa 57 quilos ou 60 do que uma que pesa cento e tal" - Mulher, 37 anos); ter um corpo pesado também pode ser constrangedor (NM=3) (e.g., "é sobrecarga sobre o meu joelho"- Homem, 34 anos), e causar dores (NM=5) (e.g., "sinto imensas dores" - Mulher, 31 anos) em várias zonas do corpo. Foi igualmente citada a existência de problemas a nível da saúde sem ter dado qualquer tipo de especificação (NM=3) (e.g., "não me dá saúde nenhuma" - Homem, 67 anos), assim como o receio de ter problemas a nível da saúde no futuro (NM=4) (e.g., "assusta-me eu chegar a este peso e (…) possa ter outros problemas derivado a este peso" - Homem, 34 anos).

Foi demostrado em estudos anteriores que a obesidade aumenta o risco de desenvolver ou agravar outras doenças, o que torna urgente o seu tratamento (Becofsky et al., 2015) e, à medida que o IMC dos indivíduos aumenta, maior é esta probabilidade (de Lima et al., 2016). Segundo a World Health Organization (2018), entre as doenças associadas, confirma-se a diabetes de tipo 2, as doenças cardiovasculares e alguns cancros, sendo estas, as que mais causam mortes prematuras; existe também condições clínicas músculo-esqueléticas que são congruentes com os sintomas de dor referidos pelos participantes no presente estudo. A literatura aponta que existe uma relação entre a obesidade e a artrose do joelho e que uma perda de peso bem-sucedida leva a uma melhoria nos sintomas e na mobilidade (Pera et al., 2016).

No estudo de Vieira et al. (2015) realizado numa amostra de 30 idosos, foram identificadas como consequências percebidas da obesidade, além das doenças associadas (hipertensão, osteoporose, diabetes, etc.), a existência de limitações físicas no dia a dia como dificuldades na mobilidade para realizar atividades diárias, respirar e também dormir; tais resultados são congruentes com os que aparecem no presente estudo, apesar desta amostra ser mais jovem (idade média de 39 anos).

A infertilidade foi também citada como consequência (NM=3) (e.g., "as pessoas com peso a mais não conseguem engravidar" - Mulher, 35 anos). A este propósito refere-se que a literatura menciona que a obesidade é responsável também pelo desenvolvimento de distúrbios de fertilidade em ambos os sexos (Rives-Lange et al., 2017). Em mulheres com IMC superior a 30 kg/m2e em idade fértil, a anovulação pode ser observada na síndrome dos ovários policísticos (De Leo et al., 2016) e o tempo necessário para conceber pode ser mais demorado (Faure et al., 2012). Existem vários estudos que relacionam a disfunção erétil com a obesidade (Esfahani & Pal, 2018), explicado em parte pela diminuição da testosterona (Rives-Lange et al., 2017); por outro lado, vários estudos relataram um aumento do nível de testosterona e uma diminuição paralela do estradiol em pacientes que perderam peso após uma cirurgia bariátrica (Calderón et al., 2014).

A nível de vestuário, vários aspetos foram abordados nas entrevistas: o vestuário existente deixa de servir (NM=1) (e.g., "não consigo desfazer-me das peças que eu gosto, apesar de não me servir de maneira nenhuma" - Mulher, 41 anos), existe uma dificuldade na aquisição de vestuário nas lojas (NM=6) (e.g., "não há roupas para mim" - Mulher, 63 anos), o vestuário apreciado nas lojas não serve (NM=6) (e.g., "aqueles casacos que eu gostava não me serviam" - Homem, 67 anos), existe uma ausência de alternativas satisfatórias de vestuário, pois o indivíduo não se veste como gostaria (NM=4) (e.g., "as roupas que visto não são nada daquilo que eu gosto" - Mulher, 34 anos), tem que se mandar fazer (NM=3) (e.g., "comprar o tecido e mandar fazer"- Mulher, 63 anos), e como consequência, o vestuário fica mais caro (NM=1) (e.g., "ao fim e ao cabo fica-me tudo muito mais caro"- Mulher, 63 anos). No estudo qualitativo de Pera et al. (2016) realizado com uma amostra de 10 indivíduos idosos com obesidade, foi evidenciado pelas mulheres a dificuldade em adquirir peças de vestuário que gostam, a preços razoáveis. Além da dificuldade em arranjar roupa, a literatura aponta que experimentar roupa nas lojas pode ser constrangedor para as pessoas com obesidade, envergonhadas pelo próprio peso (Mensorio & Junior, 2016).

No domínio profissional, foi citado pelos participantes o impacto negativo a nível de desempenho (NM=2; "eu não estou conseguindo desempenhar meu trabalho" - Mulher, 31 anos), dificuldade na mobilidade (NM=3) "na minha vida profissional é a dificuldade em me movimentar com mais ligeireza" - Homem, 67 anos). O despedimento (NM=1) "o patrão me mandou embora" - Mulher, 31 anos) e a discriminação (NM=3; "olham para mim e não me vão contratar" - Mulher, 35 anos) foram também abordados. Alexander, Selwyn, Calitz, Yach e Wang (2016) referem no seu estudo que as pessoas com obesidade poderão ser discriminadas; tal é reforçado pelo estudo de Levrini e Papa (2016) com uma amostra de 231 indivíduos com obesidade que revelaram que se sentem discriminados no trabalho e percecionam

existir um tratamento desigual entre os funcionários.

A nível social, pode existir um impacto a nível do convívio (NM=1) (e.g., "Era sim, [importante jogar futebol] (…) não só pelo desporto, mas pelo convívio pela parte social…o grupo de amigos que são quinze que gostam de jogar futebol de quinze em quinze dias" - Homem, 34 anos). A categoria vergonha/inibição foi citada algumas vezes (NM=3) (e.g., "eu tenho a dificuldade em (…) me apresentar perante as outras pessoas, às vezes há umas chatices, eh pá, eu sou, sou o mais barrigudo" - Homem, 67 anos). A categoria estigmatização/discriminação está entre as que tiveram o maior número de menções (NM=8; e.g., "Eu sei que as pessoas me olham de lado porque eu estou muito forte" - Mulher, 63 anos; "eu já fui um bocadinho discriminada, tipo nos autocarros, tipo no elevador" - Mulher, 37 anos).

A obesidade é percebida como sendo difícil de enfrentar a nível social (European Association for the Study of Obesity, 2015). Parece que esta perceção encontra a sua justificação em estudos anteriores: entre os adjetivos citados por adultos e crianças para designar as pessoas com excesso de peso encontram-se "preguiçoso", "sujo", "estúpido", "feio" e "traidor" (Puhl & Heuer, 2009; Puhl & Latner, 2007). Um estudo longitudinal norte americano (Kenney, Gortmaker, Davison, & Austin, 2015) demonstrou que os professores tinham a perceção que os alunos com obesidade possuíam menos capacidades na matemática e na leitura, em comparação com alunos que não apresentavam este problema e, consequentemente, davam-lhes notas inferiores. Os indivíduos com obesidade poderão ser vítimas de estigmatização, receber comentários negativos incluindo no contexto familiar, representados como 'culpados' por serem obesos, por não terem a força de vontade suficiente; alguns acabam por internalizar o estigma, não conseguindo perder peso, desvalorizando-se e acabando por isolar-se (Levrini et al., 2016). O isolamento social é problemático, tornando-se um ciclo vicioso e a ingestão de comida pode acabar por ser a única forma de ter prazer (de Lima et al., 2016). Os profissionais de saúde também poderão apresentar atitudes negativas face a indivíduos com obesidade: Puhl e Heuer (2009) referem que médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais de saúde poderão apresentar preconceitos e comportamentos negativos, e acreditar que pessoas com obesidade são preguiçosas, indisciplinadas, e com pouca vontade. Estes exemplos dão a entender que consequências negativas percebidas da manutenção da obesidade poderão em certos casos reforçar a mesma e, portanto, serem fatores de manutenção.

No âmbito da intervenção, entende-se a importância de aprofundar e compreender o sentido que cada individuo atribui as consequências percebidas, sejam elas positivas (e.g., manutenção de uma dieta rica em gordura e açúcar) ou negativas (e.g., baixa autoestima), pela possibilidade de constituírem uma barreira à perda de peso bem-sucedida e manterem os indivíduos num estado que compromete o bem-estar físico, psicológico e social. Este estudo tem como limitação o tamanho da amostra; trata-se da apresentação de resultados preliminares que ainda não refletem de forma ampla o que poderá ser a multiplicidade de consequências percebidas pela amostra total (n=46).

FINANCIAMENTO

Esta investigação é financiada por uma bolsa de investigação FCT – Fundação para Ciência e Tecnologia (bolsa SFRH/BPD/77799/2011). O William James Center For Research, ISPA – Instituto Universitário é financiado pela FCT (bolsa UID/PSI/04810/2013).

REFERÊNCIAS

Alexander, E., Selwyn, A., Calitz, C., Yach, D., & Wang, Y.C. (2016). *Obesity: causes and prevalences*. Amsterdam: Elsevier.

Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., & Moreau, C. (2010). Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ*, 340, c2573.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Barros, L. M., Moreira, R. A. N., Frota, N. M., de Araújo, T. M., & Caetano, J. Á. (2015). Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(2), 312-21.

Becofsky, K. M., Sui, X., Lee, D. C., Wilcox, S., Zhang, J., & Blair, S. N. (2015). A prospective study of fitness, fatness, and depressive symptoms. *American journal of epidemiology*, 181(5), 311-320.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Calderón, B., Galdón, A., Calañas, A., Peromingo, R., Galindo, J., García-Moreno, F., ... & Botella-Carretero, J. I. (2014). Effects of bariatric surgery on male obesity-associated secondary hypogonadism: comparison of laparoscopic gastric bypass with restrictive procedures. *Obesity surgery*, 24(10), 1686-1692.

Calvete, S. (2007). A relação entre alteração postural e lesões esportivas em crianças e adolescentes obesos. *Motriz. Revista de Educação Física. UNESP*, 10(2), 67-72.

Centers for diseases control and prevention (2018). *Overweight and obesity*. Retirado de https://www.cdc.gov/obesity/adult/defining.html

Chambouleyron, M., Reiner, M., Gaillard, S., Lagger, G., Moutet, A. L., & Golay, A. (2012). Éducation thérapeutique du patient obèse, une approche de la complexité. Obese patients' education, an approach of complex interactions. *Obésité*, 7(3), 199-204.

Direção-Geral da Saúde (2018a). *A obesidade como doença crónica*. Retirado de https://www.dgs.pt/doencas-cronicas/a-obesidade.aspx

Direção-Geral da Saúde (2018b). *Alimentação saudável, desafios e estratégias 2018*. Retirado de https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alimentacao-saudavel-desafios-e-estrategias-2018.aspx

De Leo, V., Musacchio, M. C., Cappelli, V., Massaro, M. G., Morgante, G., & Petraglia, F. (2016). Genetic, hormonal and metabolic aspects of PCOS: an update. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 14(1), 38.

De Lima, A. C. R., & Oliveira, A. B. (2016). Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. Mudanças-*Psicologia da Saúde*, 24(1), 1-14.

Efthymiou, V., Hyphantis, T., Karaivazoglou, K., Gourzis, P., Alexandrides, T. K., Kalfarentzos, F., & Assimakopoulos, K. (2015). The effect of bariatric surgery on patient HRQOL and sexual health during a 1-year postoperative period. *Obesity surgery*, 25(2), 310-318.

Esfahani, S. B., & Pal, S. (2018). Obesity, mental health, and sexual dysfunction: A critical review. *Health Psychology Open*, 5(2), 1-13.

European Association of Obesity (2018). *2015 Milan declaration: a call to action on obesity*. Retirado de http://easo.org/2015-milan-declaration-a-call-to-action on obesity

Faure, C., Sermondade, N., Benammar, A., Cedrin-Durnerin, I., & Lévy, P. R. (2012). Fausses couches spontanées et obésité. *Diabète*, 7(60), 209.

Feldman, H. A., Johannes, C. B., Derby, C. A., Kleinman, K. P., Mohr, B. A., Araujo, A. B., & McKinlay, J. B. (2000). Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study. *Preventive medicine*, 30(4), 328-338.

Ferreira, M. S. G., Bakos, D. S., & Habigzang, L. F. (2015). A influência das crenças de autoeficácia na manutenção do emagrecimento. *Aletheia*, 46, 202-210.

Instituto Nacional de Estatística (2019). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE Spub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2

Kenney, E. L., Gortmaker, S. L., Davison, K. K., & Austin, S. B. (2015). The academicpenalty for gaining weight: a longitudinal, change-in-change analysis of BMI and perceived academic ability in middle school students. *International journal of obesity*, 39(9), 1408-1413.

Levrini, G. R., & Papa, A. P. (2016). A Obesidade nas organizações: o preconceito não declarado. *Revista Organizações em Contexto*, 12(24), 165-191.

Llewellyn, C., & Wardle, J. (2015). Behavioral susceptibility to obesity: gene environment interplay in the development of weight. *Physiology & Behavior*, 152, 494-501.

McMahon N.E., Visram, S., & Connel, L.A. (2016). Mechanisms of change of a novel weight loss programme provided by a third sector organisation: a qualitative interview study. *BMC Public Health*, 16, 378. doi:10.1186/s12889-016-3063-4.

Mensorio, M. S., & Junior, Á. L. C. (2016). Obesidade e estratégias de enfrentamento: o quê destaca a literatura? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(3), 468-482.

Nejmed-Dine, K., Rafi, S., El Mghari, G., & El Ansari, N. (2017). Obésité et vie sexuelle. *Annales d'Endocrinologie*, 78(4), 437).

Oliveira, A. P. D. S. V., & Ribeiro, M. A. (2013). Fatores conjugais e familiares que dificultam a perda de peso em mulheres obesas. Saúde & Transformação *Social/Health & Social Change*, 4(3), 65-74.

Pera, P. I., Ferrér, M. C. O., Juarez, M. N., Juarez, E. N., Soler, L. M., Matheu, C. L., ... & Marre, D. (2016). Obesity, knee osteoarthritis, and polypathology: factors favoring weight loss in older people. *Patient preference and adherence*, 10, 957-965

Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.

Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological bulletin*, 133(4), 557.

Rives-Lange, C., Boudaoud, A. A., Czernichow, S., Bretault, M., Barsamian, C., Radu, A., ... & Carette, C. (2017). Chirurgie bariatrique et fertilité. Bariatric surgery and fertility. *Obésité*, 12(3), 206-209.

Sjöström, L. (2013). Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial–a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *Journal of internal medicine*, 273(3), 219-234.

Vieira, K. F. L., de Lucena, A. L. R., da Silva Barbosa, K. K., Freitas, F. F. Q., Costa, M. M. L., & da Silva Macena, J. (2015). Risk factors and obesity impacts on the obese elderly lives. *Journal of Nursing UFPE*, 9(1), 8-14.

Wadden, T. A., & Stunkard, A. J. (1985). Social and psychological consequences of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 103(6_Part_2), 1062-1067.

Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D., & Dietz, W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England journal of medicine*, 337(13), 869-873.

World Health Organization (2018). *Obesity*. Retirado de http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

FOODLIT-PRO: DEFINIÇÃO DE LITERACIA ALIMENTAR – ANÁLISE QUALITATIVA DA PERSPETIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PORTUGUESES

Maria João Mota
ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida
(mariammota5@gmail.com)

Raquel Rosas
WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário
(rrosas@ispa.pt)

Filipa Pimenta
WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário
(filipa_pimenta@ispa.pt)

Isabel Leal
WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário
(ileal@ispa.pt)

Ralf Schwarzer
Freie Universität Berlin
(ralf.schwarzer@fu-berlin.de)

RESUMO

Introdução: Mais de metade da população portuguesa sobre de problemáticas relacionadas com o excesso de peso. Literacia alimentar é uma temática em crescimento, surgindo como uma ferramenta à alteração de hábitos alimentares. Considerando a falta de consenso relativamente à sua definição e componentes, o objetivo deste estudo é – através de uma metodologia qualitativa – explorar a perspetiva de profissionais de saúde portugueses sobre a definição de literacia alimentar. Método: Foram entrevistados 6 profissionais de saúde portugueses (4 mulheres e 2 homens) com idades compreendidas entre os 23 e os 39 anos. As entrevistas semiestruturadas foram transcritas e analisadas através de uma análise de conteúdo dirigida, proporcionando uma abordagem simultaneamente indutiva e dedutiva do conteúdo manifesto. Resultados: Os participantes identificaram três domínios pertencentes ao construto de literacia alimentar: i) Aspetos Psicológicos (ex., sentimento de empowerment), ii) Aspetos Alimentares (ex., escolha e decisão) e, iii) Conhecimento (ex., conhecimento declarativo). Discussão: O presente estudo oferece uma definição inicial do construto por profissionais de saúde portugueses. Apesar destes resultados suportarem o estado da arte atual, a dimensão referente a Aspetos Psicológicos emerge como adição à parca literatura existente. Frisa-se a necessidade um modelo teórico e um instrumento de mensuração de literacia alimentar num contexto português.

Palavras-chave: FOODLIT-PRO; literacia alimentar; definição; profissionais de saúde; análise qualitativa.

INTRODUÇÃO

A prevalência de obesidade europeia triplicou desde 1980, continuando a aumentar (World Health Organization, 2019). Em Portugal, a prevalência nacional de obesidade é de 22.3%, com maior expressão nas mulheres (24.3%), e a prevalência de pré-obesidade nacional é de 34.8%, superior nos homens (38.9%) - significando que aproximadamente 57% da população portuguesa tem excesso de peso (Oliveira et al., 2018). De acordo com o estudo *Global Burden of Diseases* de 2015, em Portugal, dos fatores de risco que contribuem para a perda de anos de vida saudável da população portuguesa 15.8% devem-se a hábitos alimentares desadequados (Direção Geral de Saúde, 2017). Estes hábitos alimentares inadequados implicam consequências para a saúde do indivíduo, tais como doenças cardiovasculares, aumento do risco de diabetes e cancro – doenças não-transmissíveis (World Health Organization, 2018).

Nos últimos anos observou-se uma alteração dos hábitos alimentares para uma dieta contendo alimentos de elevado teor calórico, de gordura e/ou açúcar, altamente processados e um estilo de vida sedentário que contribuiu para o aumento da prevalência de obesidade (Colatruglio & Slater, 2016; World Health Organization, 2018). Considerando que muitas das doenças não-transmissíveis e suas consequências são possíveis de prevenir (World Health Organization, 2018), é crucial uma alteração de hábitos alimentares. No entanto, a melhoria de hábitos alimentares é uma tarefa multifacetada que engloba diferentes aspetos do indivíduo - como o contexto em que se insere, as suas capacidades e conhecimentos (Krause, Sommerhalder, Beer-Borst & Abel, 2016). Contudo, investigadores apontam para uma redução de competências relacionadas com a alimentação, tais como o planeamento e preparação (Colatruglio & Slater, 2016; Velardo, 2015). Perante as preocupações relativamente aos hábitos alimentares da população, os investigadores estão a centrar-se no conceito de *literacia de saúde* (Velardo, 2015), particularmente no construto de *literacia alimentar* – frequentemente caracterizado como pertencente ao conceito de literacia da saúde (Krause et al., 2016; Palumbo, 2016, Velardo, 2015). O construto de literacia alimentar surge como um potenciador de conhecimento, capacidades, atitudes e valores relativamente à alimentação (Colatruglio & Slater, 2016). Contudo, ainda não existe um consenso relativamente à sua definição ou em relação aos seus componentes (Colatruglio & Slater, 2016; Desjardins et al., 2016; Howard & Britcha, 2013; Krause et al., 2016; Palumbo, 2016; Perry et al., 2017; Truman, Lane & Elliott, 2017; Velardo, 2015; Vidgen & Gallegos, 2014).

Segundo Krause e colegas (2016), definições de literacia alimentar vão para além da capacidade de adquirir e processar informação teórica incluindo também a capacidade de aplicar estes conhecimentos de forma a conseguir alcançar uma alimentação adequada de modo a melhorar o bem-estar do indivíduo. Palumbo (2016) sublinha que a literacia alimentar abrange para além de aspetos nutricionais ou de dieta, incluindo aspetos sociais, económicos, culturais e políticos.

O primeiro modelo conceptual de literacia alimentar foi desenvolvido por Vidgen e Gallegos (2014). As autoras definiram literacia alimentar como: "conjunto de conhecimento, competências, e comportamentos inter-relacionados necessários para conseguir planear, gerir, selecionar, preparar e comer comida de forma a alcançar uma alimentação adequada". De acordo com as autoras (Vidgen & Gallegos, 2014), a literacia alimentar permite o empoderamento de indivíduos, famílias e comunidades. O modelo conceptual de Vidgen e Gallegos (2014) é constituído por quatro diferentes domínios caracterizantes do construto de literacia alimentar: i) Planeamento e Gestão – refere-se às capacidades do indivíduo para planear e gerir o seu tempo e/ou recursos financeiros de forma a assegurar uma alimentação adequada, ii) Seleção – remete para a possibilidade de acesso a alimentos, capacidade de tomar uma decisão informada na escolha de alimentos,

iii) Preparação – aborda a capacidade do indivíduo de construir uma refeição com os produtos disponíveis e aplicar princípios básicos de higiene e manuseamento dos alimentos, iv) Alimentação – exprime a perceção do impacto da alimentação no bem-estar, manter uma alimentação equilibrada e a capacidade de comer de forma social. Vidgen e Gallegos (2014) frisam que considerando a natureza contextual dos domínios é improvável todos os domínios estarem presentes constantemente e simultaneamente. Contudo, quando um domínio não está presente, a relação que um indivíduo estabelece com a sua alimentação torna-se mais fraca e com menor capacidade de adaptação.

Por sua vez, Desjardins e colegas (2016) apontam que "permite o desenvolvimento de resiliência, considerando que inclui competências alimentares (técnicas, conhecimento e capacidade de planeamento)". O modelo proposto por Desjardins e colaboradores (2016) foi posteriormente reformulado por Perry e colegas (2017) – cuja investigação está a ser financiada por fundos da Saúde Pública de Ontário, Canadá. No seu estudo, Perry e colegas (2017) identificaram 5 temas principais pertencentes à literacia alimentar: i) Conhecimento Alimentar e Nutricional – engloba a informação e conhecimento relativamente à variedade de alimentos, como são produzidos, conhecimentos básicos de nutrição e a função dos nutrientes no corpo, ii) Competências Alimentares – refere-se a competências relacionadas com a preparação, compra, armazenamento e manuseamento dos alimentos, iii) Autoeficácia e Confiança – exprime a capacidade do indivíduo de se adaptar, ultrapassando obstáculos de forma a assegurar uma alimentação adequada, iv) Fatores Ecológicos – remete para aspetos sociais, culturais e económicos que influenciam as escolhas alimentares, v) Decisões Alimentares – afirma a capacidade do indivíduo em aplicar conhecimentos, informações e competências de forma a fazer escolhas alimentares mais saudáveis.

O modelo de Vidgen e Gallegos (2014) e o modelo de Perry e colegas (2017) assemelham-se, principalmente, ao nível dos conhecimentos sobre os alimentos e nutrição, competências alimentares (ex., preparação, manuseamento) e decisões alimentares. Contudo, o modelo de Perry e colaboradores (2017), expande o modelo de literacia alimentar incluindo fatores psicológicos (Autoeficácia e Confiança) e fatores externos (Fatores Ecológicos) atuando como inibidores ou promotores do desenvolvimento de literacia alimentar.

Através de uma revisão de literatura, Truman, Lane e Elliott (2017) identificaram os cinco temas/domínios mais frequentes nas conceptualizações de literacia alimentar: Conhecimento (domínio emerge mais frequentemente – 69%), Decisões alimentares (66%), Competências/Comportamentos (58%), Sistemas alimentares (47%), Cultura (25%), e Emoções (domínio que surge menos frequentemente – 13%).

Assim, considerando a ausência de consenso relativamente à sua definição e à composição dos seus domínios, literacia alimentar é uma temática em crescimento. Os efeitos de intervenções de promoção de literacia alimentar também ainda não estão estudados (Desjardins et al., 2016; Krause et al., 2016; Palumbo, 2016; Perry et al., 2017; Truman, Lane & Elliott, 2017; Velardo, 2015; Vidgen & Gallegos, 2014".

É importante sublinhar que as investigações realizadas no âmbito de literacia alimentar têm sido principalmente na Austrália (ex., Vidgen & Gallegos, 2014) e no Canadá (ex., Perry et al., 2017). Adicionalmente, considerando o aumento da prevalência nacional de doenças não-transmissíveis e de obesidade é crucial a exploração do construto de literacia alimentar num contexto português.

Sendo este um construto frequentemente relacionado com a literacia de saúde (Krause et al., 2016; Velardo, 2015) e considerando os impactos que uma alimentação desadequada pode ter na saúde (Oliveira et al., 2018), o objetivo deste estudo é analisar e compreender - através de uma metodologia qualitativa - a perspetiva de profissionais de saúde portugueses sobre o que é literacia alimentar.

MÉTODO

Desenho do Estudo

De modo a expandir a investigação de literacia alimentar, a partir uma abordagem qualitativa, o presente estudo caracteriza-se como transversal e exploratório, considerando que houve apenas um único momento de recolha de dados sem a manipulação dos mesmos (Pais-Ribeiro, 2010).

Participantes

A amostra não-probabilística de conveniência, é composta por 6 participantes – 2 homens e 4 mulheres – de Portugal e Ilhas (Tabela 1), com idades entre 23 e os 39 anos, sendo a idade média de 31 anos (*DP* = 6). Todos os participantes exercem na área da saúde (ex., médico/a, psicólogo/a, nutricionista).

Tabela 1 - Características Sociodemográficas da Amostra

	Frequências (n)	**Percentagem (%)**
Estado Civil		
Solteira/o	3	50
União de Facto	2	33.3
Casada/o	1	16.7
Relação Afetivo Sexual		
Sim	6	100
Habilitações Literárias Completas		
Licenciatura	4	66.7
Mestrado	1	16.7
Doutoramento	1	16.7
Situação Profissional		

Ativa/o	6	100
Rendimento Anual Familiar		
Até 10.000€	1	16.7
Entre 10.001€ a 20.000€	1	16.7
Entre 20.001€ a 37.500€	3	50
Entre 37.501€ a 70.00€	1	16.7

Material

Os materiais utilizados no presente estudo pertencem a uma investigação sobre literacia alimentar mais alargada em desenvolvimento no William James Center for Research (WJCR) do ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Foi apresentado, no processo de divulgação do estudo, um documento de *informação ao participante* detalhando os objetivos do estudo, a equipa e o procedimento de entrevista. Foi entregue, e posteriormente assinado pelo participante, um *consentimento informado* que detalhava informação sobre o estudo, garantindo a confidencialidade e o carater voluntário da participação no estudo. Era reforçada a possibilidade de desistência a qualquer momento sem prejuízos e o acesso à transcrição da entrevista, caso o participante assim o desejasse. Foi pedida a *autorização para a gravação da entrevista*, reafirmando a confidencialidade dos dados e identidade, a possibilidade de leitura da transcrição e a utilização dos dados recolhidos exclusivamente no âmbito da investigação. Os participantes responderam a um *questionário sociodemográfico* de modo a caracterizar a amostra (ex., sexo, habilitações literárias), os seus hábitos de saúde (ex., consumo de tabaco), comportamentos alimentares (ex., regime alimentar praticado) e a sua atividade física (ex., frequência de prática de atividade física). O presente estudo foca-se exclusivamente na perspetiva dos profissionais sobre o que é literacia alimentar, questionando aos participantes: "O que entende por / O que é para si literacia alimentar?". Esta questão pertence a um guião de entrevista mais alargado elaborado no âmbito de literacia alimentar e, de forma a alcançar uma resposta sem enviesamento, esta questão foi apresentada num primeiro momento da entrevista.

Procedimentos de recolha de dados

Após a receção do parecer favorável da Comissão de Ética do ISPA para a realização do projeto, iniciou-se o processo de divulgação do projeto aos participantes de fevereiro a junho de 2018. Os participantes foram selecionados tendo em consideração à área profissional em que estão inseridos - nomeadamente, na área de saúde - ou a partir da referenciação por parte de outros participantes. No momento de divulgação foi entregue aos potenciais participantes o documento de informação do estudo e agendada uma entrevista com os interessados. O consentimento informado, a autorização de gravação da entrevista e o questionário sociodemográfico eram entregues, preenchidos e assinados (exceto o questionário) pelos participantes antes de dar início da entrevista. Caso a entrevista fosse realizada via chamada telefónica, estes documentos eram enviados por e-mail e devolvidos, excluindo o questionário sociodemográfico que era respondido através da plataforma online Google Forms. Neste momento inicial a investigadora principal elucidava relativamente a qualquer dúvida referente ao projeto. Os participantes eram novamente informados, verbalmente, do direito a puder desistir do projeto a qualquer momento sem prejuízo. Foi garantido o mesmo *setting* para todas as entrevistas (sala vazia com porta fechada), tanto para entrevistada realizadas nas instituições dos participantes como também nas instalações do WJCR (ISPA – Instituto Universitário). O mesmo *setting* também era assegurado para entrevistas através de chamada telefónica. Independentemente do contexto, não era predeterminado um limite de tempo. Posteriormente à realização das entrevistas, o processo de transcrição das gravações áudio (incluindo conteúdo não-verbal como pausas ou risos) foi desenvolvido por colaboradoras voluntárias. Posteriormente, iniciou-se ao processo de análise de dados.

Procedimentos Para a Análise de Dados

Este estudo adotou uma abordagem qualitativa para a análise dos dados, nomeadamente uma análise de conteúdo dirigida, recorrendo ao software MAXQDA (MAXQDA Standard 2018 v.18.1.1.). Embora exista investigação anterior relativamente a literacia alimentar em países como Austrália e Canadá, contudo, em Portugal este tema ainda não foi desenvolvido. Assim, recorreu-se a uma abordagem simultaneamente dedutiva e indutiva (Braun & Clarke, 2006) durante o processo de codificação considerando que esta abordagem permite ao investigador orientar as suas questões e objetivos com base na investigação existente e, simultaneamente, expandir e aprofundar o conhecimento existente sobre o tema (Braun & Clarke, 2006; Hsieh & Shannon, 2005). Consequentemente, o processo de codificação consistiu - após a leitura inicial do conteúdo - na codificação das instâncias com códigos predefinidos de acordo com a teoria existente (abordagem dedutiva); todas as instâncias que não fossem possíveis de categorizar com códigos pré-existentes, eram categorizadas com novos códigos (abordagem indutiva) (Hsieh & Shannon, 2005).

Resultados

Com base em ambas as abordagens dedutiva e indutiva, a análise qualitativa do conteúdo manifesto obteve um total de 59 segmentos codificados, dos quais emergiram 3 domínios e 11 categorias referentes à definição de literacia alimentar na perspetiva de profissionais de saúde. A tabela 2, apresenta as categorias identificadas, a sua definição, um exemplo, número de referências por profissionais (n), menções totais (x) e percentagem de profissionais que referenciaram a categoria (n%).

Tabela 2 - Frequências e Percentagens de Menções Referentes à Definição de Literacia Alimentar

Categorias	Definição	Exemplo	n (x)	n%
Aspetos Psicológicos				
Análise Critica de Informação	Capacidade de fazer uma análise critica à informação disponibilizada de modo a tomar decisões informadas.	"E uma pessoa às vezes vai muito … Tem de ter uma análise crítica das coisas, só que infelizmente os leigos não, não conseguem, portanto, ter isso. Se para nós nutricionistas às vezes é difícil, quanto mais para um leigo. Portanto, eu imagino, com a quantidade de informação que nós hoje em dia temos, é muito difícil as vezes fazer uma boa análise crítica daquilo que nos é dado."	3 (6)	50
Sentimento de *Empowerment*	As pessoas sentirem-se confiantes/capazes nas suas competências de literacia alimentar em situações de tomada de decisão.	"… Mas a pessoa tem que sentir "eu sou capaz", ou seja, tem que se sentir empoderada "eu sou capaz disto" porque isto ahh vai- me dar mais saúde, porque vou viver mais porque…" atualmente, "vou me sentir mais atraente", ou seja…"	2 (3)	33.3
Aspetos Alimentares				
Confeção	É crucial o indivíduo ter competências de confeção de alimentos de forma a ter literacia alimentar.	"A eu penso que tem a ver com a forma como nós aprendemos a confecionar os alimentos, a lidar diretamente com a alimentação. Sim, ou seja, a forma como, olhamos para a alimentação, a confecionamos, alguns truques que possamos ter relativamente a pequenas coisinhas enquanto estamos a cozinhar, eu penso que tem a ver com isso."	3 (9)	50
Tomada de Decisão	O processo de tomada de decisão é essencial às escolhas alimentares.	"…Sem dúvida, eu acho que é a escolha, a escolha do que comer"	2 (2)	33.3
Origem	Conhecimento relativamente à origem do produto (ex., onde é produzido, como é produzido).	"Diria que faz parte da literacia alimentar? Portanto desde o mais básico da produção dos alimentos"	1 (2)	16.7
Planeamento e Gestão	Planear parte (ou cada aspeto) da ingestão diária ou semanal.	"Como a gestão de orçamento igualmente a gestão de refeições."	3 (4)	50
Preparação	Identificação do processo de preparação de um produto específico ou refeição.	"Sem dúvida nenhuma, preciso de dar tempo a nós e à parte confeção, de preparação"	1 (2)	16.7
Tipos, Variedades e alternativas	Ter conhecimento de diferentes tipos, variedades ou alternativas de produtos, como também diferentes tipos do mesmo produto.	"A eu acho que aquilo que custa mais a aprendermos, é o que que pudemos substituir pelo, ou seja, … Sim, daí a dificuldade de… e depois sabermos que aqui, existem outras formas de substituir aquele ingrediente, ou que aquele produto, menos, com menos gordura, menos calórico, mais saudável"	1 (2)	16.7
Conhecimento				
Declarativo	Conhecimento teórico ("*knowing that*") como uma competência essencial de literacia alimentar.	"É o conhecimento, é o conhecimento que em termos alimentares globais que em termos alimentares globais cada um de nós tem…"	5 (23)	83.3
Compreender Porquê	Compreender a razão/motivo por detrás de determinadas escolhas/comportamentos é essencial de forma a melhor a aderência ao mesmo	"Têm de se informar e têm de perceber porque é que aquilo é tão importante. Eu acho que isso também é um trabalho muito nosso, dos nutricionistas e dos profissionais de saúde, promover um estilo de vida saudável, mas explicar o porquê…"	2 (3)	33.3
Procedimental	Conhecimento procedimental ("*know how*") como uma competência essencial de literacia alimentar	"Na prática. Isso é que é literacia. Literacia não é só nós termos essa, a informação, é nós aplicarmos e…"	3 (3)	50

DISCUSSÃO

Tendo em consideração a ausência de consenso quanto à definição de literacia alimentar na investigação existente (Colatruglio & Slater, 2016; Krause et al., 2016; Palumbo, 2016; Perry et al., 2017; Truman, Lane & Elliott, 2017; Velardo, 2015; Vidgen & Gallegos, 2014), o presente estudo teve como objetivo analisar e compreender a perspetiva de profissionais de saúde portugueses sobre o que é literacia alimentar.

Aspetos Psicológicos

A categoria *Sentimento de Empowerment* tem sido incluída nas definições de literacia alimentar (Perry et al., 2017; Vidgen & Gallegos, 2014); contudo, uma diferença que o presente estudo oferece é a conceptualização da categoria de *Análise Crítica de Informação*, que em vários modelos de conceptuais tem sido considerado com pertencente ao domínio do conhecimento.

A categoria *Análise Crítica de Informação*, referida por 50% dos participantes, remete para a capacidade do indivíduo em processar e analisar criticamente a informação disponibilizada. Considerando a facilidade de acesso a informação dos dias de hoje através dos media e redes sociais, é importante as pessoas terem capacidade de analisar e verificar a veracidade da informação disponibilizada (Velardo, 2015). Perry e colaboradores (2017) sublinham a necessidade de uma análise critica da informação disponibilizada, contudo, o seu estudo tem foco principal na capacidade de identificar e analisar informação nutricional.

A categoria *Sentimento de Empowerment*, mencionada por 33.3% da amostra, refere-se às crenças nas capacidades do próprio em tomar decisões alimentares adequadas ao indivíduo. Vidgen e Gallegos (2014) sublinham a literacia alimentar como potenciador de empoderamento nos indivíduos. É possível concluir que este domínio corrobora especialmente com o modelo de Perry e colegas (2017) e de Vidgen e Gallegos (2014) na incorporação de aspetos psicológicos no construto de literacia alimentar. Contudo é necessária uma maior exploração dos fatores psicológicos inerentes ao desenvolvimento de literacia alimentar.

Aspetos Alimentares

Dentro deste domínio, a categoria de *Confeção*, mencionada por 50% dos profissionais, refere-se às capacidades de confeção dos alimentos. O presente estudo corrobora com investigações anteriores, Truman, Lane e Elliott (2017) identificam competências e comportamentos

como um dos cinco temas mais frequentes na literatura. Perry e colegas (2017) descrevem competências culinárias básicas (ex., cortar) como pertencente ao seu modelo de literacia alimentar. Contudo, Colatruglio e Slater (2016) e Velardo (2015) referem um declínio nas competências essenciais, como a confeção dos alimentos.

A categoria *Planeamento e Gestão* também foi referida por 50% dos profissionais, refere-se à capacidade de planeamento da ingestão diária ou semanal do indivíduo. A teoria existente identifica esta capacidade como integral à literacia alimentar. Vidgen e Gallegos (2014) e Desjardins e colaboradores identificam a capacidade de planeamento e gestão de modo a assegurar uma ingestão adequada. Perry e colegas, por sua vez, sublinham a capacidade de adaptação do indivíduo a situações críticas do ciclo de vida.

A categoria *Tomada de Decisão*, referida por 33.3% da amostra, remete para o processo de escolha em relação à ingestão alimentar. Diferentes modelos teóricos, como o de Vidgen e Gallegos (2014), o de Desjardins e colaboradores (2016) e o de Perry e colegas (2017), conceptualizam as competências de tomada de decisão como pertencente ao construto de literacia alimentar.

A categoria *Origem*, mencionada por 16.7% dos profissionais, remete para o conhecimento em relação à origem do alimento – onde é produzido, métodos de produção, entre outras características. Modelos de Vidgen e Gallegos (2014) e de Perry e colaboradores (2017) sublinham a importância do conhecimento sobre a origem e processos de produção do produto de forma a assegurarem uma ingestão adequada.

A categoria *Preparação* refere-se ao processo de preparação de preparação, prato ou refeição, apontada por 16.7% dos participantes. Os modelos de Vidgen e Gallegos (2014) e de Perry e colegas (2017) caracterizam as capacidades de preparação de alimentos bem como a aplicação de técnicas básicas de higiene e segurança alimentar como essenciais à literacia alimentar.

Por último, a categoria *Tipos, Variedades e Alternativas*, mencionada por 16.7% dos profissionais, refere-se ao conhecimento de diferentes variedades do mesmo alimento, como também diferentes tipos e alternativas de produtos como uma estratégia conseguir assegurar uma alimentação adequada. Esta categoria é frequentemente englobada no domínio do conhecimento, como sugerido no modelo de Perry e colegas (2017).

Conhecimento

Considerando o tamanho reduzido da amostra, a categoria mais frequentemente mencionada foi o *Conhecimento Declarativo*, por 83.3% da amostra. Esta categoria remete para o conhecimento teórico que o indivíduo necessita de ter de forma a conseguir alcançar uma alimentação adequada. O conhecimento tem sido predominantemente referido como uma característica integral da literacia alimentar (Desjardins et al., 2016; Perry et al., 2017; Truman, Lane & Elliott, 2017; Vidgen & Gallegos, 2014). Várias investigações (Truman, Lane & Elliott, 2017; Vidgen & Gallegos, 2014) não diferenciam conhecimento teórico (declarativo – de acordo com Velardo, 2015) de conhecimento prático (procedimental – Velardo, 2015). No presente estudo, os profissionais diferenciam entre estes tipos de conhecimento, sendo que 50% da amostra mencionou a categoria de *Conhecimento Procedimental*, corroborando com investigações anteriores. A categoria *Compreender Porquê*, mencionada por 33.3% dos profissionais, refere-se à importância de compreender o motivo, ou razão, por detrás de um comportamento de forma a melhorar a aderência ao mesmo. Velardo (2015) sublinha que o conhecimento teórico (ex., conhecimento dos riscos ou benefícios para a saúde) pode permitir ou inibir o desenvolvimento comportamentos promotores de saúde.

Os resultados obtidos no presente estudo vão ao encontro de investigações anteriores e permitindo alargar o conhecimento sobre literacia alimentar, nomeadamente num contexto português. Considerando o declínio das competências essenciais a assegurar hábitos alimentares adequados, a referência dos profissionais de saúde destas mesmas competências reforça a necessidade de medidas interventivas de modo a colmatar estas falhas nas competências da população geral. A presença de componentes previamente conceptualizados em investigações anteriores corrobora a consistência da definição de literacia, considerando que estes mesmos domínios foram descritos num contexto português. Contudo, diferenças percebidas entre o presente estudo e o estado de arte atual pode relacionar-se com o tamanho da amostra e a especificidade da mesma - constituída por profissionais da área de saúde.

Limitações e Direções Futuras

A principal limitação do estudo prende-se ao facto de ser uma amostra de conveniência (profissionais de saúde) e de tamanho reduzido (n = 6), não permitindo a generalização dos resultados para a população geral. Contudo, o intuito do presente estudo não é possibilitar a generalização dos resultados para a população geral, mas sim informar sobre a perspetiva de profissionais de saúde portugueses em relação à definição de literacia alimentar. Outra limitação relaciona-se com a abordagem analítica utilizada, considerando que Hsieh e Shannon (2005) sublinham que apesar da teoria anterior poder guiar questões de investigação e validar os resultados encontrados pode também conduzir a um maior enviesamento do investigador. Contudo, o recurso a uma abordagem simultaneamente dedutiva (com base na investigação existente) e indutiva (tendo por base conteúdo manifesto) permite conter o risco de enviesamento.

A literacia alimentar é uma área em constante evolução, continuamente aprofundando o conhecimento sobre a área. O presente estudo proporciona uma adição à investigação existente sobre literacia alimentar, contudo é necessária uma maior exploração do construto num contexto português. Investigações anteriores (Desjardins et al., 2016; Krause et al., 2016; Perry et al., 2017; Velardo, 2015; Vidgen & Gallegos, 2014) ressalvam também a necessidade de um instrumento de mensuração de literacia alimentar de forma a melhor informar estratégias de intervenção com o objetivo de melhorar a literacia alimentar da população geral. O presente estudo suporta a afirmação desta carência de um instrumento especificamente aplicável ao contexto português.

FINANCIAMENTO

Esta investigação é financiada pela FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia (grant SFRH/BD/128528/2017). O WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, é também financiado pela FCT (grant UID/PSI/04810/2013).

REFERÊNCIAS

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

Colatruglio, S., & Slater, J. (2016). Challenges to acquiring and using food literacy: Perspectives of young Canadian adults. *Canadian Association for Food Studies*, 3(1), 96-118. doi: 10.15353/cfs-rcea.v3i1.72

Desjardins, E., Azevedo, E., Davidson, L., Samra, R., MacDonald, A., Dunbar, J., Thomas, H., Munoz, M. A., King, B., Maxwell, T., Wong-McGraw, P., Shukla, R., & Traynor, T. (2016). *Food literacy among youth, young pregnant women and young parents who are at risk for poor health*. [A locally driven collaborative project funded by Public Health Ontario; Technical Report]. Retrieved from: https://www.osnpph.on.ca/upload/membership/document/food-literacy-study.ldcpontario.final.dec2013.pdf#upload/membership/document/food-literacy-study.ldcpontario.final.dec2013.pdf

Direção Geral de Saúde, Direção de Serviços de Informação e Análise. (2017). *A saúde dos Portugueses 2016*. ISSN: 2183-5888. [Technical Report]. Retrieved from: http://hdl.handle.net/10400.26/18278

Howard, A., & Britcha, J. (2013). *What's to eat? Improving food literacy in Canada*. The Conference Board of Canada: Canada. [Report]. Retrieved from: https://www.conferenceboard.ca/e-Library/document.aspx?did=5727

Hsieh, H.F., & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15 (9), 1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687

Krause, C., Sommerhalder, K., Beer-Borst, S., & Abel, T. (2016). Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health Promotion International*, 33 (1), 1-12. doi: 10.1093/heapro/daw084

Oliveira A., Araújo J., Severo M., Correia, D., Ramos, E., Torres, D., Lopes, C., & IAN-AF Consortium. (2018). Prevalence of general and abdominal obesity in Portugal: comprehensive results from the National Food, nutrition and physical activity survey 2015–2016. *BMC Public Health*, 18 (1), 1-9. doi: 10.1186/s12889-018-5480-z

Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. (2ª Ed.). Lisboa: Placebo, Editora Lda.

Palumbo, R. (2016). Sustainability of well-being through literacy. The effects of food literacy on sustainability of well-being. *Agriculture and Agricultural Science Procedia*, 8, 99-106. doi: 10.1016/j.aaspro.2016.02.013

Perry, E. A., Thomas, H., Samra, H. R., Edmonstone, S., Davidson, L., Faulkner, A., Petermann, L., Manafò, E., & Kirkpatrick, S. I. (2017). Identifying attributes of food literacy: a scoping review. *Public Health Nutrition*, 20 (13), 2406-2415. doi: 10.1017/S1368980017001276

Truman, E., Lane, D., & Elliott, C. (2017). Defining food literacy: a scoping review. *Appetite*, 116, 365-371. doi: 10.1016/j.appet.2017.05.007

Velardo, S. (2015). The nuances of health literacy, nutrition literacy and food literacy. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 47 (4), 385-389. doi: 10.1016/j.jneb.2015.04.328

Vidgen, H., & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50–59. doi: 10.1016/j.appet.2014.01.010

World Health Organization. (2018). Noncommunicable Diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/

World Health Organization. (2019). Obesity. [Governmental Website]. Retrieved from: http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/obesity

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Claus Stobaus

ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE E BEM-ESTAR NO ENSINO SUPERIOR: UM RELATO SOBRE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Ana Rebeca Medeiros Nunes de Oliveira
Universidade de Fortaleza

Terezinha Teixeira Joca
Universidade de Fortaleza

Marilene Calderaro Munguba
Universidade Federal do Ceará

RESUMO

Este estudo aborda um relato de experiência acerca de atendimentos psicopedagógicos realizados com uma aluna que apresenta Necessidades Educacionais Especiais, discente do curso de Psicologia no Ensino Superior. O contexto do relato está inserido no Programa de Apoio Psicopedagógico, setor vinculado à Vice-Reitoria de Ensino e Graduação da instituição. Portanto, foi elaborado com os recursos da observação participante, do diário de campo e da revisão bibliográfica. Apresenta como objetivo desenvolver conhecimento a partir da experiência dos atendimentos, descrevendo como o psicopedagogo contribui para o bem-estar e saúde do aluno com deficiência intelectual. Os atendimentos ocorreram no período de fevereiro a dezembro de 2018, com o cômputo de 63 sessões. Tanto o estudo, ora apresentado, como a compreensão dos conteúdos dos atendimentos psicopedagógicos encontram-se pautados na Abordagem Centrada na Pessoa. Os atendimentos traziam em sua essência a busca de empoderamento e desenvolvimento de uma aprendizagem significativa, que precisava desconstruir o processo de mecanização para aprender, apresentado pela aluna, com pouca implicação e ausência de autonomia em seu percurso acadêmico. Desse modo, as intervenções tendenciaram para a convocação do sujeito aprendente, possibilitando que a aluna vivenciasse seus próprios sentimentos e descobrisse os significados de suas experiências. Ao que ela respondeu de forma positiva,

tornando-se coparticipe de sua aprendizagem, a partir de um ambiente favorável e empático que revelava aceitação incondicional, onde o foco era a pessoa e não a deficiência. Tal mudança de percepção e forma de agir diante de suas atividades estudantis, leva a concluir que um estudante com deficiência intelectual, que apresenta queixa de aprendizagem, necessita ser compreendido e aceito, a fim de promover o bem-estar e a saúde desse estudante, mesmo diante da diversidade.

Palavras-chave: Bem-estar; Saúde; Deficiência; Ensino Superior.

INTRODUÇÃO

Considerando que o espaço acadêmico universitário se constitui com a missão de colaborar com a construção e desenvolvimento de sujeitos profissionais a partir de conhecimentos científicos e técnicos característicos de cada profissão, a universidade deve comprometer-se em viabilizar a exibição das realidades de forma ampla. Essa explanação acadêmica, que compreende a formação teórica e prática dos estudantes, ocorre a partir da pesquisa, do ensino e da extensão, e compreende as áreas que permeiam concepções, valores, comportamentos, saberes, entre outros aspectos que envolvem o ser o humano e o mundo que o cerca. Como um produto social, a universidade não está desvinculada da sociedade e o objetivo de sua criação advém da necessidade de produção de novos conhecimentos sem desvincular-se dos saberes herdados historicamente. Contudo, como o social, a universidade e o ensino estão vulneráveis às mudanças e às atualizações. Desta forma, é possível perceber, em instituições de ensino superior, alguns desdobramentos a fim de revisitar algumas práxis acerca dos processos de ensino e aprendizagem, principalmente a respeito da inclusão de pessoas com deficiência e, de modo geral, a diversidade humana.

Como fatos importantes para o desenvolvimento da Educação, Bastos (2013) cita que na Tailândia em 1990 aconteceu a Conferência Mundial de Educação para Todos, com a proposta de criação de projetos, feita pelos países presentes, a fim de garantir igualdade de acesso à educação para todos; considerando a educação como um direito fundamental de qualquer cidadão. Entretanto foi percebido que uma educação de igualdade para todos não seria o suficiente devido a existência das diferenças, desta forma, em 1994 na Espanha, ocorreu a Conferência Mundial sobre as Necessidades Educativas Especial (NEE) visando não somente o acesso, mas a qualidade da educação a ser oferecida. Essa conferência convidou os governos a realizarem melhorias no sistema educacional que contemplassem a todos os alunos em sua diversidade. Com o passar do tempo, após as reformulações estabelecidas, houve a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiências, abordando a reflexão que a pessoa com deficiência tem direitos humanos e liberdades fundamentais, inclusive o de não sofrer discriminação devido a sua deficiência. Joca, Munguba, Carvalho, Almeida e Silva (2018, p.20) afirmam que:

> (...) ao pensar nas IES, a realidade torna-se bem mais grave, pois não há preparação das instituições e dos professores para atender a demanda. Prática que precisa ser pensada, urgentemente, para que haja mudança, pois a quantidade de inserção da pessoa com deficiência no ensino superior tem crescido de forma significativa.

O acesso de pessoas com necessidades educacionais especiais é um desafio para as instituições. Magalhães (2006) aponta que por volta dos anos 1980 a população de pessoas com deficiência minimamente tinha acesso ao ensino superior, e esse fator está vinculado a falta de investimento e de acessibilidade desde a educação básica.

> A inserção do aluno com deficiência, assim, está ocorrendo de forma lenta e ainda sem mecanismo que sustentem tanto o acesso, quanto a permanência de tal aluno no contexto das exigências peculiares a educação superior. Ou seja, não se trata apenas de garantir vagas, mas de organizar formas que colaborem com uma permanência com êxito. (Magalhães, 2006, p.46)

Diante deste fato sobre acessibilidade, a Universidade de Fortaleza, com o objetivo de proporcionar uma instituição acessível, constituiu o Programa de Apoio Psicopedagógico (PAP) vinculado à Vice-Reitoria de Ensino e Graduação (VREGRAD). Esse surgiu com o propósito de idealizar e fomentar estratégias de promoção à inclusão e à acessibilidade na instituição de ensino superior. Destarte, para a viabilização deste objetivo, foi constituído a partir do respeito e da valorização acerca das diferenças, um espaço de acolhimento, orientação e atendimento aos alunos com necessidades educacionais específicas e aos seus professores.

A fim de acolher os alunos e proporcionar um ambiente acessível para o seu processo de aprendizagem, o PAP desenvolveu várias modalidades de atendimento as quais englobam Acessibilidade, Psicopedagogia, Psicologia e Pesquisa. Como exemplos dessas atividades é possível citar a adaptação e transformação de materiais impressos, específicos das disciplinas dos cursos, em áudio para tornar acessíveis os conteúdos para os alunos cegos e alunos com queixa de aprendizagem da leitura ou dislexia; mobilidade no campus para alunos com deficiência física ou cegos: uma equipe de intérpretes de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) para acompanhar alunos e professores surdos em atividades curriculares e extracurriculares; psicólogo em formação para atendimento psicopedagógico aos estudantes com dificuldades de aprendizagem; escuta psicológica para aqueles que apresentam demandas emocionais; implementação do grupo de estudo *Papeando (Con)texto* que propõe o desenvolvimento de conhecimento acerca da educação, da inclusão, do sofrimento psíquico, da formação do psicólogo e promoção de saúde e bem-estar.

O foco deste estudo é a pessoa com deficiência intelectual que chega à instituição de ensino superior (IES). "Nos últimos anos, os termos em geral utilizados são retardo mental, deficiência mental e mais recentemente deficiência intelectual" (Schwartzman, Lederman, 2017, p.18). A deficiência intelectual, em seus níveis de leve a profunda, atualmente, é mensurada pelo quociente de inteligência QI) e, também, considera o funcionamento adaptativo. De acordo com o DSM 5, "Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) é um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático" (American Psychiatric Associaciation, 2014, p.33).

Considerando as especificidades da deficiência explanada, o relato a ser apresentado, neste estudo, surgiu a partir da experiência do acompanhamento psicopedagógico realizado por uma psicóloga em formação com uma aluna com deficiência intelectual, a qual galgou os bancos universitários pelo seu próprio esforço e aprovação no concurso de vestibular. Compreende-se que essa conquista se deu por

apresentar um déficit intelectual no limiar da média inferior, caracterizado como um grau leve. Schwartzman e Lederman (2017, p.25) asseguram que

> Aqueles com prejuízos discretos poderão se beneficiar das escolas regulares, desde que sejam levadas em consideração as suas peculiaridades no que se refere ao modo e à velocidade com que aprendem e ao modo como deverão ser avaliados do ponto de vista escolar.

Desse modo, este trabalho dispõe do objetivo de desenvolver conhecimento a partir da experiência dos atendimentos, descrevendo como o psicopedagogo contribui para o bem-estar e saúde do aluno com deficiência intelectual.

O atendimento psicopedagógico, no PAP, pode ser realizado pelos psicólogos em formação com a supervisão da coordenadora, que tem formação em psicologia e psicopedagogia. E, se propõe a acompanhar e a orientar o processo acadêmico do estudante com dificuldades de aprendizagem. Essa modalidade de acompanhamento é flexível e depende da coparticipação do estudante em sua forma de aprender e a estudar com autonomia e comprometimento.

> Para tanto, o PAP, investindo no fomento da cultura inclusiva e amenizando as práticas de preconceito e exclusão, proporciona atendimentos psicopedagógicos à comunidade acadêmica da Unifor para minimizar as dificuldades dos alunos em lidar com a sua própria deficiência ou estigma, e dos professores em lidar com os seus alunos com essa mesma temática e com as diversas demandas existentes no campo acadêmico, que pode ou não incluir alguma deficiência física ou mental propriamente dita, além de incluir o atendimento para a melhora da qualidade da aprendizagem e questões que permeiam o campo emocional advindas dos aspectos familiares e das experiências para além da universidade. (Carvalho, Rosa, 2018, p. 124)

Afim de viabilizar a construção deste relato de experiência, este estudo utiliza como fundamentação teórica a Abordagem Centrada na Pessoa que foi concebida por Carl Rogers. Como alicerce da teoria, Rogers apresenta três atitudes facilitadoras como essenciais para o desenvolvimento da pessoa, aplicáveis a qualquer ambiente, estas são: congruência, aceitação incondicional e compreensão empática. Essa condições permitem o respeito as diferenças e o trabalho com a proposta de inclusão no ensino superior, além do mais, para a ACP "a pessoa é o que existe de mais importante, portanto, esta abordagem defende, fundamentalmente, o respeito ao ser humano" (Moreira, 2007, p. 43).

METODOLOGIA

O presente estudo se constitui como um relato de experiência (Minayo, 2016), de cunho descritivo (Severino, 2016), com abordagem qualitativa (Minayo, 2016). Ainda se realizou uma revisão bibliográfica descritiva (Severino, 2016), utilizada na análise e discussão das informações.

O relato descreve a experiência de um acompanhamento psicopedagógico realizado por uma psicóloga em formação, no Programa de Apoio Psicopedagógico, para com uma aluna universitária com necessidades educacionais especiais decorrentes de uma deficiência intelectual. Esta aluna será nomeada ficticiamente por Eduarda a fim de proteger sua identidade.

Os atendimentos psicopedagógicos a serem relatados, deram início em fevereiro de 2018, e permearam até dezembro do mesmo ano. Os encontros com a aluna ocorriam duas vezes por semana, totalizando 63 encontros, sendo 29 no primeiro semestre e 34 no

segundo semestre. Como os psicólogos em formação, estagiários do PAP, são alunos concludentes da graduação de psicologia, a aluna já participou do programa em outros semestres com outros estagiários.

Para a condução dos encontros, intervenções no atendimento psicopedagógico, e como embasamento teórico deste estudo, foi utilizada a concepção teórica da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) fundamentada por Carl Rogers (Rogers, 1980/2012).

Durante o processo, empregou-se a observação participante (Minayo, 2013) utilizando Diário de Campo (Severino, 2016, Minayo, 2013) para o registro das vivências nos encontros. Adotou-se a forma narrativa para a descrição e análise das informações (Minayo, 2016).

Relato da experiência

O atendimento Psicopedagógico é composto por diferentes formas de atuação. O modo como o facilitador de aprendizagem atua depende do aluno e de sua necessidade específica. Por isso desde o primeiro contato, é necessário perceber qual a real demanda do estudante, as possíveis formas de intervenção para a elaborar um plano de atendimento.

O caso em questão, trata de uma aluna, Eduarda, do Curso de Psicologia, com deficiência intelectual. Eduarda ingressou no curso há cinco anos e meio, correspondente a onze semestres cursados. Desde o início que se inscreve em apenas três ou quatro disciplinas por semestre, a fim de respeita o seu tempo, o que denota um ritmo de aprendizagem mais lento que os demais. Só ao final do quinto ano consecutivo, que apresenta a conclusão da matriz curricular de cinco semestres de sua universidade.

Vale salientar que Eduarda foi acompanhada em seu percurso universitário, desde a sua prova de vestibular, para ingressar na instituição, pois, desde então a aluna indicou em sua inscrição, que necessitava de apoio devido à sua condição de pessoa com deficiência (PcD). Faz parte do atendimento psicopedagógico a montagem de seu semestre, um horário de estudo e a escolha das disciplinas e dos professores, além da orientação sobre os conteúdos, as especificidades de suas disciplinas, orientação de atividades e a elaboração de trabalhos.

A partir do início do ano de 2018, período deste estudo, houve maior ênfase nos atendimentos psicopedagógicos, pois, apesar da implicação de Eduarda acerca de seu processo de aprendizagem desde o início do curso, a aluna ainda se deparava com um currículo permeado de reprovações em disciplinas dos semestres iniciais. Ainda que houvesse o acompanhamento do programa de apoio e do índice de reprovações ter diminuído, semestre a semestre, a aluna ainda demonstrava baixa compreensão dos conteúdos e denotava pouca apreensão em sua aprendizagem acerca dos assuntos abordados no curso. Com a identificação desse pouco rendimento, durante os atendimentos foi realizado, como uma das primeiras intervenções com a indagação à estudante sobre a própria percepção sobre a sua situação acadêmica, convocando-a como uma pessoa capaz de perceber, analisar e atualizar sua forma de aprender. O objetivo

seria compreender suas concepções e significados a respeito de seu processo acadêmico, para poder atuar de forma empática com as necessidades e potencialidades da aluna.

Desde o início do acompanhamento psicopedagógico individual com Eduarda, foi possível perceber uma "mecanização do aprender" da aluna, diante do sistema educacional. A partir da realização de um estudo mecanizado em casa, com leituras rápidas e sem a expressão de sentido, ao mesmo tempo que em sala de aula se distanciava cada vez mais do desejo de aprender. Eduarda, ao ser convocada para refletir sobre o seu processo acadêmico, tomava consciência e expressava que no momento da aula mostrava-se entretida com o seu celular ou com seus pensamentos distante do que acontecia em sala. Comportamento que, inicialmente, durante os atendimentos no PAP, era possível perceber a repetição. A aluna continuava a realizar um estudo corrido sem nenhuma implicação pessoal com o conteúdo e com o material.

Diante desse contexto, a partir da criação de um ambiente favorável e de aceitação incondicional, foi necessário realizar ações que a convocasse a refletir acerca de suas aspirações pessoais e acadêmicas, com o intuito de apresentar o espaço do atendimento como sendo um momento dedicado a ela, onde poderia agir com liberdade em direção a sua espontaneidade. Inferimos que o estudo significativo pleiteia empenho, atenção e, continuadamente, uma reestruturação do processo de aprender. No entanto, Eduarda apresentava esquemas enrijecidos, e era necessário construir essa nova forma de aprender a partir de suas escolhas e para isso foi proposto novas formas de estudo para que a aluna escolhesse as que mais se identificava.

Muitas vezes ao indagá-la sobre alguns conteúdos trabalhados no momento do atendimento Eduarda respondia que não queria falar afirmando "*Eu tenho medo de errar*". Esse tipo de resposta era muito comum surgir e a frase parecia uma música cantada, apresentando a mesma entonação, ritmo e expressão. Diante desse medo advindo de condições vividas anteriormente, foi necessário estabelecer uma relação positiva com Eduarda, a partir das atitudes facilitadoras, denotando a aceitação condicional nos mais diversos momentos, com o intuito de proporcionar um ambiente seguro e propício para construções e desconstruções. E, "por aceitação, quero dizer uma consideração afetuosa por ele [ela] enquanto uma pessoa de autovalia incondicional – de valor, independente de sua condição, de seu comportamento ou de seus sentimentos" (Rogers, 2009, p.38)

Assim, os momentos de autopercepção eram intercalados com ocasiões de estudo juntamente com Eduarda. E para que houvesse segurança nesta troca de ensinar e aprender, fez-se necessário o estudo prévio, da facilitadora, sobre os conteúdos ministrados nas disciplinas para tornar possível um suporte teórico a ser apresentado com propriedade e sentido.

A proposta de apresentar a possibilidade de uma aprendizagem significativa, muitas vezes parecia difícil de ser acreditada pela aluna que se colocava de forma resistente ao responder as perguntas, inclusive questões que não se referiam ao conteúdo, afirmando que esperava ser julgada. Posição que dificultava o seu desenvolvimento diante da alteridade. Eduarda trazia uma carga de sentimento de menos valia, que a impedia de crescer e, durante os encontros, percebia-se a necessidade de quebrar essas barreiras. Havia o conhecimento por parte da psicóloga em formação que "chegar ao autoconhecimento pode ser pesaroso e de difícil acesso ao seu eu mais genuíno, pois esse modelo incoerente de si foi constituído com base nas condições que se impunham para se sentir uma pessoa aceita e amada" (Joca, 2015, p.184).

Nos primeiros momentos de intervenção, diante de uma postura de resistência, buscou-se o recurso de um contrato terapêutico entre facilitadora e aluna. Onde fora acordado a tentativa de suspensão de sua fala automática sobre o medo de responder e a afirmação de que posteriormente haveria uma explanação sobre a experiência e seus sentimentos. Por considerar que "o único aprendizado que influencia significativamente o comportamento é o aprendizado autodescoberto e autoapropriado" (Rogers, 2009, p. 318).

Com isso, a partir da tomada de consciência, foi possível dialogar sobre o sentido do curso, as expectativas, receios e desejos acerca de seu percurso acadêmico. Como assegura Rogers (2001, p. 280):

> A pessoa psicologicamente madura manifesta uma confiança nas direções de seus processos orgânicos internos, os quais, com a consciência participando de uma forma mais coordenada do que competitiva levam-na à frente, num encontro total, unificado, integrado, adaptável e dinâmico, encontro esse com a vida e seus desafios.

Contudo, o transcurso psicopedagógico se difere da psicoterapia, visto que esse atendimento possui um caráter mais pontual e voltado para o processo de aprendizagem da pessoa, mas isso não elimina a possibilidade de uma escuta ativa a fim de oportunizar o encontro de forma empática e transparente. Essa escuta da facilitadora contribuiu para o desenvolvimento da aluna, assim como as atitudes de compreensão empática, congruência e aceitação incondicional foram importantes para todo o processo de descoberta de si e de seu empoderamento, ao perceber os resultados expressos nos resultados de suas atividades acadêmicas e o rendimento de suas notas. Percebe-se que, mesmo não se tratando de um atendimento clínico psicológico, o ambiente propício possibilitou trabalhar questões subjetivas de Eduarda. Em outras palavras, o ambiente favorável e a compreensão empática permitiram que a aluna falasse de suas angústias, medos e ansiedades, afirmando que esses surgiam como entrave para seu bem-estar, tanto na academia, com em seu meio social.

Com a quebra de atitudes defensivas de Eduarda, nos atendimentos, nota-se que,

> Quando conseguimos libertar o indivíduo da sua atitude de defesa, de modo que ele se abra ao vasto campo de suas próprias necessidades bem como ao campo igualmente vasto das exigências do meio e da sociedade, podemos confiar que suas reações serão positivas, progressivas e construtivas (Rogers, 2001, p.222)

A ACP assegura que o processo de aprendizagem não ocorre somente a partir do que se ensina, mas, ocupa o ofício de facilitar o decurso de aprender. Desta forma, uma das intervenções desenvolvidas foi trabalhar seus interesses acerca de seu curso, e como se percebia como psicóloga em formação, convocando-a como responsável para o momento do atendimento, como copartícipe de sua aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudante que revela questões de aprendizagem necessita ser compreendido na totalidade do sujeito que aprende, não o percebendo somente diante de suas dificuldades ou fracasso escolar. Para se colocar como um facilitador do processo de aprender do caso relatado neste estudo, foi necessário percebê-la como uma pessoa que apresenta tendência ao crescimento e aceitá-la com as suas limitações, mas com capacidade de superar o conjunto de fatores diversos e que assume a articulação entre o subjetivo, biológico, histórico e social.

Para além de seu desempenho acadêmico, o atendimento psicopedagógico contribuiu com o seu desenvolvimento emocional e levou-a a tomada de consciência de que o processo de aprendizagem necessita do protagonismo do estudante com o seu comprometimento e sua implicação no processo. Ao que se pode concluir que a pessoa com deficiência, quando aceita com o seu jeito de ser e com o foco na pessoa e não na deficiência, torna-se consciente de suas capacidades e ruma em direção ao crescimento.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: DSM-5. (5a ed.). M. I. C. Nascimento et al.– 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed.

Bastos, M. G. A. (2006). Deficiência: Marco legal e institucional. In M. T. M. Valdés. *Inclusão de Pessoas com Deficiência no Ensino Superior no Brasil*: Caminhos e Desafios. (pp. 57 - 87). Fortaleza: EDUECE.

Carvalho, D. R., Rosa, J. M. S. (2018). Estágio no programa de apoio psicopedagógico: um espaço de desafios e constituição de conhecimentos teóricos e práticos. In T. T. Joca, M. C. Munguba, D. R. Carvalho, N. S. Almeida & E. C. F. Silva. *Nuances da Inclusão no Ensino Superior*. (pp. 173–182). Jundiaí: Paco Editorial.

Joca, T. T (2015). Um estrangeiro em família: ser surdo como uma diferença linguística (Tese Doutorado). Departamento de Psicologia Social, Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa, Lisboa, Portugal.

Joca, T. T., Munguba, M. C., Carvalho, D. R., Almeida, N. S. & Silva, E. C. F. (2018). O PAP e a Acessibilidade na Unifor: estratégias de inclusão no ensino superior. In T. T. Joca, M. C. Munguba, D. R. Carvalho, N. S. Almeida & E. C. F. Silva. *Nuances da Inclusão no Ensino Superior*. (pp. 173–182). Jundiaí: Paco Editorial.

Magalhães, R. C. B. P. (2006). Ensino superior no Brasil e inclusão de alunos com deficiência. In M. T. M. Valdés. *Inclusão de Pessoas com Deficiência no Ensino Superior no Brasil*: Caminhos e Desafios. (pp. 39 -55). Fortaleza: EDUECE.

Minayo, M. C. S (2013). *O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde*. (13a. ed.). São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2016). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. (29a ed.). Petrópoles: Vozes.

Moreira, V. (2007). *De Carl Rogers a Merleau-Ponty: a pessoa mundana em psicoterapia*. São Paulo: Annablume

Rogers, C. R. (2001). Sobre o poder pessoal (4a ed.). (W. A. Penteado, Trad.) São Paulo: Martins Fontes. (Obra Original publicada em 1977).

Rogers, C. R. (2009). Tornar-se pessoa (6a ed.). (M.J. Ferreira e A. Lamparelli, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra Original publicada em 1961).

Schwartzman, J. S., Lederman, V. R. G. (2017). Deficiência intelectual: causas e importância do diagnóstico e intervenção precoces. *Inclusão Social*. 10(2) 17-27

Severino, A. J. (2016). *Metodologia do trabalho científico.* (24. ed. rev. e atual.). São Paulo: Cortez.

A PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA O PÓS-ESCOLAR - ALUNOS COM DEFICIÊNCIA E/OU NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

Ana Cunha
Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
(a63542@ualg.pt)

Daniela Rosa
Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
(a54257@ualg.pt)

Patrícia Parreira
Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
(a52944@ualg.pt)

Maria Helena Venâncio Martins
Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
(mhmartin@ualg.pt)

RESUMO

Nas últimas décadas, consubstanciando as orientações internacionais a temática da Inclusão tem vindo a destacar-se como uma área extremamente relevante nas políticas nacionais. Portugal, acompanhando os normativos europeus tem desenvolvido políticas que respondam com qualidade às necessidades de sucesso educativo, bem-estar e saúde mental da população estudantil.

Atualmente, a diversidade de indivíduos que frequentam o ensino tem aumentado, nomeadamente os alunos com deficiência e/ou necessidades educativas especiais, exigindo a construção de uma sociedade cada vez mais inclusiva, que respeite as necessidades de sucesso académico e social, bem-estar sócio emocional e transição para a vida pós-escolar ou para o Ensino Superior.

Tendo como referencial estes princípios, pretende-se analisar como é realizada a transição destes alunos para a vida pós-escolar. O objetivo do presente estudo é investigar as perceções dos profissionais de educação face a este processo. A amostra é constituída por 17 profissionais de educação (N = 17), com idades compreendias entre os 35 e 60 anos, que exercem a sua atividade em escolas portuguesas.

A metodologia qualitativa e quantitativa consubstanciou-se através de entrevistas online, elaboradas com base na literatura científica, incluindo questões dicotómicas (sim e não), questões de resposta aberta e uma questão de escolha tripartida.

Os resultados obtidos são corroborados, na generalidade na literatura científica. De entre os resultados que refutam a literatura,

destacam-se questões relativas aos esforços realizados pelos estabelecimentos de ensino para facultar a promoção da saúde e bem-estar e assegurar um adequado processo de transição, assim como condições de equidade para todos os alunos.

Palavras-chave: Deficiência e Necessidades Educativas Especiais; Inclusão; Transição pós-escolar; Promoção do bem-estar.

DADOS INTRODUTÓRIOS

Acompanhando as orientações internacionais, o Sistema Educativo Português tem vindo a implementar diversas iniciativas governamentais para a educação dos alunos com deficiência e/ou Necessidades Educativas Especiais (NEE).

O conceito de NEE pode ser considerado recente na medida que surgiu, pela primeira vez, em 1978 no *Warnock Report*, defendendo que não são apenas as crianças com deficiência que apresentam dificuldades de aprendizagem e permitindo a mudança do paradigma médico da deficiência, para o paradigma educacional.

Em 1960 foram criados centros de observação e avaliação para alunos com deficiência e centros de educação especial que adotaram uma abordagem médico-pedagógica, permitindo encaminhar estes alunos para estabelecimentos onde poderiam receber uma educação especial (*European Agency for Special Needs and Inclusive Education*, 2018). No final desta década constatou-se um acréscimo dos esforços para permitir a educação destes alunos nas escolas regulares, iniciando-se o período da *integração* (Rodrigues, 2016).

Assim, no início dos anos 70 o Ministério da Educação começou a criar legislação especifica para responder às questões relacionadas com a Educação Especial. Destaca-se ainda a criação do Instituto Aurélio da Costa Ferreira, responsável pela formação dos professores de Educação Especial (*European Agency for Special Needs and Inclusive Education*, 2018). Após a Revolução dos Cravos a integração do número de alunos aumentou consideravelmente pela implementação de novas políticas cada vez mais integradoras (Rodrigues, 2016).

É, contudo, apenas nos anos 90, que se começa a defender que cada aluno deve usufruir de um currículo adaptado às suas necessidades, sendo a escola responsável por todos os alunos. Consubstanciando as orientações internacionais, em Portugal são promulgados várias normativos, nomeadamente o Decreto-Lei 319/91, de 23 de agosto que pretendia a atualização dos conceitos e práticas na Educação Especial. Neste normativo destaca-se a introdução do conceito de *alunos com necessidades educativas especiais* baseado em critérios pedagógicos, a responsabilização da escola pelos alunos com *deficiência ou dificuldades de aprendizagem* e a abertura de uma *Escola para Todos*.

A Declaração de Salamanca (1994) assinada também por Portugal, vem defender a Inclusão e uma Escola para Todos (UNESCO, 1994) proclamando uma mudança de paradigma que defende que se encontrem no ensino regular respostas personalizadas para todos os alunos (Rodrigues, 2016), aumentando o esfoço para que haja uma verdadeira inclusão de todos o alunos (Colôa, 2014).

O Decreto-Lei n.º 319/91 é revogado e substituído pelo Decreto-Lei nº3/2008, de 7 de janeiro, defendendo-se que o apoio deve ser prestado aos *"(…) alunos com limitações significativas ao nível da actividade e da participação (…) decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, (…)."* (p.155). Não obstante as muitas críticas efetuadas a este diploma, sobretudo pela utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade da OMS (2004), esta legislação esteve em vigor até 2018.

Atualmente, e visando a construção de uma escola cada vez mais inclusiva o Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho, defende que devem ser assistidas as necessidades educativas de *"(…) todas e de cada uma das crianças e jovens ao longo do seu percurso escolar (…)."* (p. 2919).

Decorrente das políticas implementadas, Portugal é dos países com menos percentagem de alunos com deficiência e/ou NEE fora do ensino regular (Rodrigues, 2016), mas subsistem diversas questões que se colocam no dia-a-dia destes estudantes, profissionais e famílias. O que acontece aos alunos com deficiência e/ou NEE que terminam a escolaridade obrigatória e não entram no Ensino Superior? O que acontece aos alunos que, na escolaridade obrigatória tiveram Adaptações Curriculares ou um Currículo Educativo Individual (CEI)?

Segundo os normativos em vigor, é obrigatório a elaboração de um Plano Individual de Transição (PIT) sempre que o aluno apresente NEE de carácter permanente, impedindo-o de adquirir as aprendizagens e competências definidas no currículo. O PIT destina-se a promover a transição para a vida pós-escolar e, sempre que possível, para o exercício de uma atividade profissional com adequada inserção social, familiar ou numa instituição de carácter ocupacional. Procura ainda promover a construção de um projeto de vida que fomente a autonomia, a produtividade, a qualidade de vida e o bem-estar, dos alunos com deficiência e/ou NEE (Ferreira, 2008; Ribeiro, 2009).

A TRANSIÇÃO PARA A VIDA PÓS-ESCOLAR

De acordo com o princípio da Inclusão pretende-se que todos os alunos atinjam o seu potencial máximo, que se tornem membros produtivos da sociedade tornando-se cidadãos de plena responsabilidade. O processo de transição dos alunos com deficiência e/ou NEE não pode ser feito sem orientação, devendo ser planeado, preparando os indivíduos para uma vida autónoma (Costa, 2006, cit. in Mota, 2013).

A transição para a vida pós-escolar deve ocorrer nos últimos três anos da escolaridade obrigatória, sendo ainda que em alguns casos, após o 9º ano ou 12º ano, a educação e formação pode ser prolongada, associando-se a outros projetos como a formação profissional, os Cursos de Educação Formação (CEF) e os Cursos Nacionais de Qualificação (CNQ) (Colôa, 2014).

A transição é uma etapa fulcral para estes estudantes, permitindo que estes venham a ter uma boa qualidade de vida (Flosa & Fernandes, 2017) definindo-se como *"Um processo de orientação social que implica mudança (...) e que é fulcral para a integração na sociedade" (International Labour Office* 1998, cit. in Colôa, 2014, p. 8).

Assinale-se que estes princípios estavam já previstos na Declaração de Salamanca (1994), referindo que os jovens com NEE devem ser apoiados para transitar de forma positiva para a vida ativa, ajudando-os a desenvolver as competências necessárias para a vida diária e oferecer formação adequada. Defendia ainda que o currículo individual deve contemplar programas de transição que deve depender de uma equipa de trabalho e de parcerias (UNESCO, 1994).

Este processo de transição está dependente de três conceitos: *processo* (todo o trabalho desenvolvido e tempo necessário); *transfer* (passagem entre níveis educacionais/estádios de vida) e *mudança* (as situações pessoais e profissionais do sujeito) (Soriano, 2002). De acordo com o Modelo de Planeamento da Transição para Jovens com Necessidades Especiais (*Transition Planning Model for Youth with Special Needs*) o processo de transição deve seguir seis etapas: i) construir uma equipa de planeamento; ii) recolher e colecionar informação; iii) desenvolver um plano de transição; iv) implementar o plano de transição; v) atualizar o plano de transição; vi) realizar uma reunião no

final da transição. Deve ainda adotar seis práticas de otimização: i) realizar um planeamento centrado na pessoa; ii) envolver o jovem no processo; iii) envolver a família no processo; iv) envolver a comunidade no processo; v) identificar um coordenador responsável pela transição; vi) ter colaboração entre agências e corporações). É defendida a aplicação de uma abordagem centrada na pessoa para que sejam criados apoios que fomentem a autonomia (*Ministry of Children and Family Development*, s.d.).

De assinalar um estudo desenvolvido por Landmark, Ju e Zhang (2010) que explorou as práticas de transição mais eficazes destacando: a experiência de trabalho; preparação para o emprego; envolvimento da família; educação inclusiva; treino de competências sociais; treino de competências relativas às atividades da vida diária; treino de competências de autodeterminação e colaboração da comunidade ou agências.

Segundo Baptista (2011, cit. in Lourenço, 2012) para a transição destes alunos importa referir ainda que *"(…) faltam em grande parte os recursos humanos qualificados e os meios financeiros e materiais"* (p. 36), pois a inclusão não depende apenas de receber todos os alunos, importa que a escola disponha de respostas adequadas e especializadas tendo em atenção as necessidades de todos.

O BEM-ESTAR E A QUALIDADE DE VIDA EM ALUNOS COM NEE

A promoção do bem-estar de todas as crianças e adolescentes apresenta-se como uma tarefa complexa que exige uma intervenção multifacetada, em vários contextos, dando grande importância às relações entre Escola, Família e Comunidade (Gaspar, Pais Ribeiro, Matos, & Leal, 2008).

Barnes e Harrison (2017) defendem o bem-estar como uma conceção bifaciada que se divide em: bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico. O bem-estar subjetivo é a medida do nível de satisfação que um sujeito apresenta nas diversas áreas da sua vida (i.e., família, trabalho, escola, aparência, etc.), sendo composto por três grandes domínios: satisfação com a vida, afetos positivos e afetos negativos (Diener, 1984). O bem-estar psicológico centra-se no risco que um sujeito apresenta de vir a ter dificuldades do foro mental, emocionais, de conduta, de relacionamento, entre outras (Barnes & Harrison, 2017). Este conceito compreende seis dimensões: autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio do ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal (Ryff, 1989).

Por sua vez, o conceito de qualidade de vida, definido originalmente pela *World Health Organization* (1997), refere a perceção que um sujeito faz da sua posição na vida, dentro do contexto da sua cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, preocupações e padrões. É concebido como um conceito vasto com implicações em várias áreas da vida do sujeito (saúde física, psicológica, independência, relações sociais, crenças e meio) (WHO, 1997).

Segundo a Direção Geral de Educação (2018) um sistema educativo de sucesso tem de proporcionar aos alunos o desenvolvimento de competências que permitam uma vida ativa e livre e proporcionar o bem-estar, para que os alunos estejam recetivos às aprendizagens e para que estas tenham significado para o seu desenvolvimento (Becker, 2010).

O estudo de Gaspar, Ribeiro, Matos e Leal (2008) procurou investigar quais as estratégias que permitam a promoção da qualidade de vida (relacionada com a saúde) em crianças e adolescentes. Estes autores concluíram que as atividades ocupacionais (dentro e fora da escola), o envolvimento ativo dos pais e a participação competente dos professores na promoção da qualidade de vida são as estratégias a salientar nesta temática.

A importância do processo de transição para a vida pós-escolar na qualidade de vida dos alunos foi referenciada na Resolução do Conselho de Ministros n.º 97/2010 de 14 de dezembro, sendo que o eixo n.º 3 (*Autonomia e qualidade de vida*) se dedica à exploração deste tópico. Este eixo demanda ainda que as medidas aplicadas promovam a continuidade da habilitação e respostas de apoio social às pessoas com *deficiência e incapacidades*, bem como às suas famílias. Uma das estratégias sugerida é que seja reforçado o campo da formação profissional, qualificação ao longo da vida e emprego, uma vez que estas áreas são consideradas estruturantes para estes sujeitos.

Como é defendido por Kelly, Kelly e Macdonald (2016), as relações com os outros, o suporte e envolvimento familiar, o desenvolvimento do potencial pessoal do jovem com necessidade especiais e a promoção das suas competências, a autodeterminação, a autonomia e um propósito de vida são fatores que contribuem para uma melhor perceção de bem-estar.

Um estudo realizado acerca do bem-estar de alunos adolescentes com NEE, em Portugal, concluiu que o facto de um aluno ter deficiência e/ou NEE e/ou retenções no seu currículo académico conduz à diminuição dos níveis subjetivos de bem-estar. (Campos, 2014).

Assinale-se ainda o estudo de Moreira e colaboradores (2015) que mostrou resultados diversos. Por um lado, foi verificado que os estudantes com NEE revelaram níveis mais baixos de bem-estar quando comparados com alunos sem NEE, porém, apresentaram maiores níveis de satisfação associada ao suporte social (Moreira et al, 2015).

Na Inglaterra, Barnes e Harrison (2017) investigaram os níveis de bem-estar (subjetivo e psicológico) em alunos do ensino secundário com deficiência e/ou NEE, tendo concluído que estes tendem a apresentar menos bem-estar subjetivo do que os restantes alunos em algumas áreas como a escola, os trabalhos escolares e amigos. Relativamente ao bem-estar psicológico esta relação intensifica-se, pelo que os níveis de bem-estar psicológico nestes alunos são muito mais baixos do que aqueles sem NEE.

No mesmo sentido, Tough, Siegrist e Fekete (2017) indicaram que as relações sociais dos sujeitos com deficiência e/ou NEE têm um papel fundamental na saúde e mental e bem-estar. Assim, é preciso investir em processos para a promoção das interações sociais da crianças e jovens com *deficiência*, com o propósito de promover a sua inclusão social, assim como o seu bem-estar (Dias, 2011).

A literatura refere que existem fatores que podem influenciar o impacto das deficiências e/ou NEE no bem-estar dos alunos. As características sociais e pessoais do aluno impactam a relação entre a existência de NEE e o bem-estar, ao ponto de esta relação se tornar insignificante. Assim, a promoção e o desenvolvimento de competências sociais e pessoais, o desenvolvimento positivo e a promoção do bem-estar são fundamentais para estes alunos (Gaspar, Bilimória, Albergaria, & Matos, 2016).

A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS FACE À TRANSIÇÃO PARA A VIDA PÓS-ESCOLAR

Um estudo desenvolvido por Bota (2013), investigou as perspetivas dos professores, concluindo que estes consideram que a transição para a vida pós-escolar deve ter início aos 13 anos, incorporando atividades que desenvolvam capacidades na criança e que permitam o seu funcionamento social e comunitário. Defendem ainda que o envolvimento dos pais nesta transição é fundamental e que a realização

de parcerias de estágios deve ser valorizada. Acrescentam que a avaliação do aluno e as suas atividades devem constar do plano individual, revelando que os dois maiores obstáculos ao processo de transição são a falta de locais de estágio e de emprego.

Outro estudo, desenvolvido por Marques (2013) constatou que os profissionais consideram que a transição deve ser feita ao longo da vida escolar do aluno oferecendo estágios e que os parceiros mais importantes são a família/redes de suporte e o Instituto de Emprego e Formação Profissional. A avaliação depende do professor de Educação Especial, sendo que os documentos mais importantes são o Programa Educativo Individual (PEI) e o Plano Individual de Transição (PIT). Os participantes revelaram que as maiores dificuldades são *"(…) a operacionalização, a oferta de emprego, a falta de empresas para receberem os alunos, parcos recursos humanos e parcerias insuficientes"* (Marques, 2013, p. 8).

Segundo, Lopes, Silva, Alves e Paço (2017), os professores tendem a ter visões muito positivas acerca da inclusão destes alunos. A grande maioria (68%) considera imperativo que sejam proporcionadas atividades laborais e 74,3% pensam ser essencial o delinear um *"projeto futuro"* para o aluno. Este estudo conclui ainda que os professores consideram que devem ser desenvolvidas atividades que permitam o conhecimento de várias profissões; ensinadas competências do quotidiano e de integração comunitária; desenvolvidas atividades extracurriculares e desenvolvimento das competências sociais; que deve ser estimulada a comunicação entre alunos com NEE e sem NEE.

No entanto, nem todos os estudos revelam uma realidade positiva do país. O estudo de Lourenço (2012) pretendeu compreender a visão dos técnicos concluindo pela existência de muitas dificuldades, acrescentando que a transição só será possibilitada com o envolvimento ativo de todos os intervenientes (alunos, pais, professores/escola, comunidade e serviços) e com o investimento na formação pré-profissional e profissional destes alunos. A falta de legislação específica, colaboração da comunidade são fatores que, segundo este investigador, interferem no processo de transição.

No mesmo sentido se destaca o estudo de Rocha (2012) que abordou alunos e profissionais concluindo que existem muitas dificuldades e que a legislação é insuficiente. Refere que este é um processo importante e com benefícios, pois o desenvolvimento de estágios/atividades laborais permite aos jovens desenvolverem competências. É assinalado que o PIT, a participação de escola, família, comunidade e do Estado podem contribuir para a formação e empregabilidade. Os professores de Educação Especial são percecionados como as figuras de maior relevância no processo de transição, a nível da avaliação, coordenação e monitorização, sendo ainda defendido o papel fundamental dos alunos, encarregados de educação e técnicos das empresas neste processo.

O estudo de Mota (2013) concluiu que o processo de transição não está a ser realizado da forma mais adequada. São referidas mais barreiras do que facilitadores, indicando que as barreiras existentes se relacionam com a falta de financiamento e parcerias. Destacam-se também a falta de vagas, a diminuição do apoio financeiro, a estruturação do processo de transição, a falta de formação/sensibilidade da equipa, a falta de tempo para reuniões, o contexto familiar, fatores intrínsecos ao aluno, barreiras sociais, barreiras arquitetónicas, parcerias escassas, falta de continuidade do processo pós-escolar e barreiras financeiras e burocráticas. Segundo este estudo, os facilitadores focam as parcerias desenvolvidas entre as escolas e o Centro de Recursos para a Inclusão e a capacidade de proporcionar aos alunos diferentes experiências. Salientaram-se ainda o contacto com o Centro de Formação/Empresas, as várias áreas vocacionais, a implementação de um processo centrado no aluno, os fatores intrínsecos no aluno, o apoio direto ao aluno, a existência de trabalho em equipa, a cooperação entre parceiros, o envolvimento da família e da comunidade e a continuidade no processo pós-escolar (Mota, 2013).

O estudo de Charraz (2017) concluiu que, embora tenha havido tentativas de contornar as dificuldades, a transição não está a ser realizada da melhor forma. Assinala que estes alunos não têm igualdade de oportunidades, encontrando muitos obstáculos e a família não está envolvida e não colabora no processo de transição, no currículo académico e no PIT.

Face aos resultados das investigações apresentadas, parece-nos relevante questionar sobre como se desenvolve o processo de transição dos jovens com NEE, sendo que o presente estudo tem como objetivo geral analisar aas perceções dos profissionais da área educacional face a esta temática. Pretende-se assim compreender como se tem vindo a realizar a transição dos jovens com deficiência e/ou NEE para a vida pós-escolar e analisar quais são os fatores facilitadores e barreiras a esta transição.

METODOLOGIA

Participantes

A amostra é composta por 17 participantes (N = 17; n = 15 do sexo feminino, n = 2 do sexo masculino. As suas idades estão compreendidas entre os 35 e os 60 anos (M = 43 anos; DP = 7.34).

Relativamente à profissão, 4 participantes (n = 4; 23.5%) são Educadores de Infância, 1 é Educador de Infância Especializada (n = 1; 5.9%), 3 são Professores de Educação Especial (n = 3; 17.6%), 1 é Professor de Educação Física (n = 1; 5.9%), 3 são Professores do 1º Ciclo (n = 3; 17.6%), sendo um Professor do 1º Ciclo, a desempenhar funções de Educação Especial há 11 anos (n = 1; 5.9%), 1 é Professor do 1º Ciclo, pertencendo aos quadros do 2º Ciclo e exercendo atividade com alunos com deficiência e/ou NEE há 20 anos (n = 1; 5.9%). Dos restantes, 1 é Professor de 1º Ciclo do Ensino regular (n = 1; 5.9%), 1é Professor do 3º Ciclo/Secundário (n = 1; 5.9%), 1 é Psicólogo (n = 1; 5,9%), e 3 docentes não especificaram a sua formação (n = 3; 17.6%).

Exercem a sua profissão, em média, há 19 anos (DP = 7.39), sendo o mínimo registado 9 anos de atividade, e o máximo 34 anos.

A grande maioria dos participantes são portugueses (94.1%), existindo um participante angolano (5.9%). À exceção de 1 participante, todos exercem a sua atividade na Ilha de São Miguel (94.1%) e todos desempenham funções no sistema público.

Instrumentos

A investigação foi desenvolvida com base numa metodologia mista, qualitativa e quantitativa. A recolha de dados foi efetuada através de inquérito por questionário desenvolvido pelas investigadoras. A opção por esta técnica fundamentou-se na possibilidade de atingir um maior número de inquiridos, garantir o anonimato das respostas, permitir que respondam no momento mais apropriado e não expor os inquiridos à influência do questionador (Almeida & Pinto, 1955). As perguntas basearam-se na análise à literatura científica, tentando abranger os pontos considerados relevantes.

É composto por uma parte constituída por questões de recolha de dados de opinião e perceção e uma segunda parte por dados sociodemográficos. Compreende 41 itens, repartidos por 15 questões dicotómicas, 13 questões de explicitação, 5 questões de resposta aberta, 1 questão de escolha tripartida e 7 questões sociodemográficas.

Procedimentos

A amostra foi recolhida por conveniência, incidindo sobre os profissionais e técnicos que participam no processo de transição para a vida pós-escolar. Foi utilizado o sistema *EU Survey* que permitiu a introdução das questões na plataforma e criação de um *link* que possibilitou o acesso e preenchimento do instrumento. A partilha do *link* foi realizada diretamente para alguns profissionais através de *email* e da plataforma *Facebook* e indiretamente por profissionais que colaboraram partilhando o *link* com colegas de trabalho.

Foram cumpridos os procedimentos éticos e deontológicos, tendo sido apresentado o consentimento informado e o preenchimento do instrumento era impossibilitado se o participante não consentisse.

A análise dos resultados foi realizada através do *software* IMB SPSS - versão 25 e análise de conteúdo (Bardin, 1994).

Resultados

Inicialmente, procurou-se analisar como deveria ser desenvolvido o processo de transição para a vida pós-escolar. A maior parte dos participantes (*n* = 4; 25%) referiu que o processo deve contemplar um estágio extracurricular e/ou a integração no mundo do trabalho. Dos restantes, 3 participantes (18.8%) referiram que deveria ser desenvolvido com acompanhamento de equipa multidisciplinar e/ou da escola, e com encaminhamento empresarial; 1 participante (6.3%) referiu que o processo se deve desenvolver em coligação entre a equipa multidisciplinar e Encarregados de Educação, 3 participantes (18,8%) referiram que deve ser desenvolvido de forma gradual, 3 (18,8%) indicaram que deve ser personalizado e/ou com experimentação de diferentes áreas de interesse do aluno, 1 participante (6,3%) referiu que deve contar com o envolvimento dos professores, família, técnicos, e segundo a lei, e outro participante (6,3%) defende que deve ser operacionalizado permitindo o confronto dos alunos com a realidade da sua área de residência. Um dos participantes não respondeu.

Quando questionados se *consideram que o estabelecimento onde trabalha faculta aos alunos com NEE um bom processo de transição para a vida pós-escolar*, a maioria significativa (*n* = 13; 76,5%) respondeu afirmativamente, justificando pelo facto da *escola facultar estágios, disponibilizar equipas multidisciplinares e/ou parcerias externas, proporcionar o desenvolvimento de competências de autonomia/sociais*. Os participantes (*n* = 4; 23.5%) que responderam negativamente apresentaram justificações diversas, referenciando *falta de oportunidades, de parcerias, dificuldade de operacionalizar as medidas e currículos desajustados* (Tabela 1). Um participante não respondeu, alegando *ter desconhecimento*.

Tabela 1. Estabelecimento de ensino e processo de transição

Estabelecimento faculta um bom processo de transição? Porquê?		*n*	**%**
Faculta um bom processo de transição	Faculta estágios	4	25,0
	Tem equipas multidisciplinares e/ou parceiras externas	3	18,8
	Proporciona desenvolvimento de competências sociais e de autonomia	2	12,5
	Procura respostas orientando o processo e os E.E.	1	6,3
	Os professores são interessados e tem bom desempenho	1	6,3
	A escola encaminha os alunos para os centros de emprego	1	6,3
Não faculta um bom processo de transição	Não são dadas oportunidades ao aluno	1	6,3
	Falta de parcerias	1	6,3
	Não é visível a aplicação de medidas	1	6,3
	Os currículos são desajustados	1	6,3

Á pergunta se considera que o *estabelecimento onde trabalha tem recursos económicos suficientes para facilitar uma transição para a vida pós-escolar, de sucesso aos alunos com NEE*, a maioria (*n* =16; 94.1%,) respondeu negativamente, justificando que as *verbas/orçamentos são insuficientes e/ou não existem* (*n* =10; 66.7%). Dois participantes (13.3%) referiram que a *falta de financiamento conduz a que a transição dependa da "boa vontade" dos empresários*, 1 participante (6.7%) indica que *o governo não apoia este processo* e 2 participantes (13.3%) afirmam que a *transição está dependente de empresas externas à escola*. Refira-se que 2 participantes (13.3%) não responderam.

Questionados se *consideram que o estabelecimento onde trabalham tem um corpo de técnicos suficiente para facultar uma boa transição para a vida pós-escolar*, constatou-se que 12 participantes (70.6%) responderam *não* e 5 inquiridos (29.4%) responderam *sim*. Dos que responderam negativamente, a vasta maioria (*n* =11) referiram que *existe falta de professores e técnicos e/ou rentabilização de recursos*, e 1 participante referiu a *existência de turmas reduzidas*. Um dos participantes não respondeu. Os 2 participantes que responderam afirmativamente referiram que *o estabelecimento onde trabalham é uma escola de referência para alunos com NEE* e outros 3 afirmaram que *o estabelecimento tem uma equipa de técnicos suficiente*.

À questão se *o estabelecimento onde trabalha tem feito esforços no sentido de facilitar e reforçar o processo de transição para a vida pós-escolar*, a maioria dos participantes (*n* = 12; 70.6%) respondeu afirmativamente e os restantes (*n* = 5; 29.4%) responderam negativamente. Aos participantes que responderam afirmativamente, questionou-se sobre os esforços desenvolvidos, sendo que a maioria (*n* = 5; 45.5%) referiu o *desenvolvimento de estágios/protocolos/parcerias com entidades externas e empregabilidade futura* (Tabela 2).

Tabela 2. Esforços desenvolvidos pelos estabelecimentos

Esforços	*n*	**%**
Estágios, protocolos, parcerias com entidades externas e empregabilidade futura	5	45,5
Trabalho em equipa entre docentes e não docentes	1	9,1
Desempenho docente positivo	1	9,1
Encaminhamento para o centro de emprego	1	9,1
Desenvolvimento de ateliers para exploração dos interesses/potencialidades	1	9,1
Desenvolvimento prático dos alunos	1	9,1
Disponibilização de materiais, espaços e equipa docente apropriada	1	9,1

Sobre a questão de resposta tripartida se *as ações tomadas para que os alunos com NEE tenham um bom processo de transição pós-escolar*, 10 participantes (58.8%) responderam que as ações eram *regulares, bem estruturadas e documentadas e com uma boa organização*. Os restantes (*n* = 6; 35.3%) escolheram a opção *pontuais, sem estrutura ou documentação e mal organizadas*. Note-se que 1 participante (5,9%) optou pela alternativa *outro*, referindo que *não sabia responder*.

Questionados sobre se *no estabelecimento onde trabalham há preocupação com o processo de transição para a vida pós-escolar*, a maioria (*n* = 15; 88.2%) referiu que *existe esta preocupação*. Apenas 2 participantes (11.8%) responderam negativamente.

Relativamente à questão sobre a existência de *parcerias com entidades externas que permitam promover a transição para a vida pós-escolar dos alunos com NEE*, a maioria (*n* = 11; 64.7%) respondeu afirmativamente. Apenas 6 participantes (35.3%) referiram que *não existiam parcerias*. Dos indivíduos que responderam afirmativamente procurou-se saber de que forma é que percecionam o envolvimento das parcerias no processo de transição. As respostas mais frequentes associam-se ao facto de as parcerias permitirem *o acolhimento, formação, proteção, informação e responsabilização dos alunos* (*n* = 4; 36.4%) e *facultarem estágios e/ou módulos tecnológicos/pré-profissionais* (*n* = 3; 27.3%). Os restantes referiram que o envolvimento *faculta a inserção do aluno no mundo do trabalho/ocupação* (*n* = 1; 9.1%), *se desenvolve de forma direta e indireta* (*n* = 1; 9.1%), *faculta transporte e acompanhamento dos alunos* (*n* = 1; 9.1%) e *permite a presença dos alunos com NEE* (*n* = 1; 9.1%).

Questionados sobre se *a existência de parcerias com entidades externas é fundamental para a transição para a vida pós-escolar bem-sucedida*, todos os participantes responderam afirmativamente. A maioria (*n* = 6; 35.3%) refere que *as parcerias são fundamentais, na medida que permitem o contacto com a realidade do trabalho e/ou com ocupações diversas*; 4 participantes (23.5%) defendem a importância das parcerias, uma vez que *permitem integrar o aluno*. Ainda 2 participantes (11.8%) sublinham que as parcerias *promovem e consolidam competências, como as competências laborais, autossuficiência, autoestima e competências sociais*. Outros 2 participantes (11.8%) indicam que *as parcerias complementam as carências deixadas pela escola, na medida em que a escola não pode fazer tudo*. Os restantes participantes referem que as parcerias são fundamentais, pois *a escola perde o contacto com o aluno após o limite da idade escolar* (*n* = 1; 5.9%), *os alunos devem ser produtivos trabalhando/ocupando o seu tempo* (*n* = 1; 5.9%), *a parceria é um suporte para alunos com NEE* (*n* = 1; 5.9%).

Relativamente à questão sobre se *no estabelecimento existe algum tipo de avaliação do aluno com NEE*, embora todos os participantes tenham respondido afirmativamente, os seus entendimentos foram diversos. Refira-se que 4 sujeitos (23.5%) apresentaram respostas demasiado genéricas para serem consideradas e 4 indivíduos (23.5%) referiram que a *avaliação é utilizada para desenvolver e/ou adequar estratégias personalizadas* (Tabela 3).

Tabela 3. A Avaliação dos alunos

Para que serve a avaliação?	*n*	**%**
Para desenvolver e/ou adequar estratégias personalizadas	4	23,5
Aferir o aluno mediante o CEI	2	11,8
Averiguar as competências mínimas para obtenção de certificação	1	5,9
Verificar se o PEI está adequado as NEE do aluno	1	5,9
Auxiliar na continuidade escolar	1	5,9
Aferir a evolução do aluno (sem referência ao CEI)	1	5,9
Cumprir a legislação	1	5,9
Fins de diagnóstico e regulação ensino-aprendizagem	1	5,9
Aferir o perfil de funcionalidade do aluno	1	5,9

Considerando que a avaliação dos alunos é importante, ao questionar-se sobre *quem faz essa avaliação*, 4 indivíduos (23.5%) atribuíram esta responsabilidade à *equipa pluridisciplinar (ou pedagógica)*, 4 participantes (23.5%) ao *psicólogo em colaboração com os professores/educadores*, outros 4 sujeitos (23.5%) atribuíram aos *docentes e técnicos*, 3 sujeitos (17.6%) atribuíram a avaliação apenas aos *docentes especializados*. Os restantes responderam que a avaliação é realizada pelos *professores em colaboração com os formadores e os empresários* (*n* = 1; 5.9%) e *pelo docente especializado em colaboração com o Serviço de Psicologia* (*n* = 1; 5.9%).

Relativamente à questão sobre a *importância do desenvolvimento de um projeto futuro para estes alunos*, verificou-se que as perceções foram dispersas, porém, a maioria revelou que *a importância deste projeto se prende ao facto de permitir a inserção destes alunos na vida laboral/ativa e/ou social* (*n* = 6; 35.3%). Assinale-se que 4 participantes (23.5%) afirmam que o projeto é muito importante não justificando as razões. Dos

restantes, são referidos individualmente por cada um dos inquiridos (5.9%) diversas justificativas como por exemplo: *o projeto é muito importante desde que foque a realização pessoal e a proteção social do aluno; o projeto é importante por ser fundamental para o futuro do aluno, a importância depende do projeto em si; é importante no sentido de evitar sentimentos de abandono na vida pós-escolar*; pela *facilitação na consecução dos objetivos*; pelo garantir de *um direito básico ao aluno*; por *permitir que os alunos tomem consciência das suas capacidades/utilidade numa sociedade por vezes injusta*.

Ao abordar a perceção dos profissionais face às diversas NEE, questionando se *consideram que existem NEE nas quais o processo de transição seja mais dificultado*, constatou-se que a maioria significativamente responde afirmativamente (n = 14; 82.4%).

Apenas 3 inquiridos (17.6%) responderam negativamente. De entre os inquiridos 2 (11.8%) abstiveram-se de referir qualquer especificação e 5 sujeitos (41.7%) referiram uma ou mais das seguintes patologias: *autismo, trissomia 21, paralisia cerebral, cegueira, surdez e multideficiência*. De entre os restantes, 3 participantes (25%) referiram que os alunos que apresentam mais dificuldades são os alunos *com limitações graves a nível motor e/ou de saúde*, 3 sujeitos (25%) apontaram os alunos com *défice cognitivo acentuado/deficiência mental* e por fim, 1 participante (8.3%) referiu aqueles com *perfil de funcionalidade/capacidades mais limitadas*.

Pretendendo-se conhecer quais os obstáculos que consideram face ao processo de transição para a vida pós-escolar, foi referida uma vasta multiplicidade, sendo que 3 participantes (18.8%) referiram a *falta de autonomia/capacidade do aluno*, e 2 participantes (12.5%) referiram *a falta de recursos*. Os restantes referiram uma multiplicidade de obstáculos, enquadrando desde a dificuldade do docente em lidar com alguns alunos; às dificuldades e falta de sensibilidade e de parcerias; à desmotivação do aluno; à falta de oferta de emprego/instituições; à dissonância entre as expectativas dos pais e da escola; à falta de aceitação/legislação e falta de apoio na empregabilidade; a adequação do treino funcional do aluno e à falta de equipas, a falta de preparação empresarial, dos alunos e de vontade política (tabela 4).

Tabela 4. Obstáculos no processo de transição pós-escolar

Obstáculos	*n*	**%**
Falta de autonomia/capacidade do aluno	3	18,8
Falta de recursos	2	12,5
Dificuldade do docente lidar com alguns alunos	1	6,3
E.E. e uma sociedade não sensível à integração dos alunos com NEE	1	6,3
Os pais dos alunos e a falta de parcerias	1	6,3
Desmotivação do aluno	1	6,3
Falta de oferta de emprego/instituições	1	6,3
Dificuldade na realização da prevenção do abandono escolar	1	6,3
A dissonância entre as expectativas dos pais e da escola (falta de colaboração)	1	6,3
Falta de aceitação/legislação e falta de apoio na empregabilidade	1	6,3
Adequação do treino funcional do aluno e falta de equipas	1	6,3
Falta de preparação empresarial	1	6,3
Falta de preparação dos alunos e de vontade política	1	6,3

No que diz respeito aos facilitadores, assinala-se que os profissionais também referem diversos, destacando-se a equipa pluridisciplinar (n = 3; 23.1%), a rede de apoio integrado/rede de suporte familiar (n = 2; 15.5%), e a motivação do aluno e da família (n = 2; 15.4%). São ainda referidos como facilitadores a existência de alunos com experiência pré-profissional e boa postura; o trabalho e desempenho dos docentes, nomeadamente a existência de um professor que seja admirado pelos alunos; a cooperação entre os participantes e o desenvolvimento de um bom PEI; o empenho dos profissionais e o envolvimento dos pais (Tabela 5).

Tabela 5. Facilitadores no processo de transição pós-escolar

Facilitadores	*n*	**%**
Equipa pluridisciplinar	3	23,1
Rede de apoio integrado/rede de suporte familiar	2	15,5
Motivação do aluno e da família	2	15,5
Existência de alunos com experiência pré-profissional e boa postura	1	7,7
Trabalho e desempenho dos docentes	1	7,7
Existência de um professor que seja admirado pelos alunos	1	7,7
Cooperação entre os participantes e o desenvolvimento de um bom PEI	1	7,7
Empenho dos profissionais	1	7,7
Envolvimento dos pais	1	7,7

Quando questionados sobre se *o processo de transição para a vida pós-escolar de alunos com NEE é um passo fundamental para o sucesso destes alunos*, todos os participantes responderam afirmativamente. Assim, 4 dos participantes (25%) referem que é fundamental, pois, *permite a integração e/ou o reforço do aluno*. Respetivamente 2 inquiridos (12.5) assinalam que *permite o ganho de autonomia/independência*; que *permite o enfrentamento de uma nova realidade*, e que o *processo tem em conta os interesses/habilidades do aluno*. Dos restantes, 6 participantes individualmente (n = 1; 6,3%) destacaram a importância de *permitir um encaminhamento dos alunos para centros de empregabilidade; permitir aos alunos treinarem para executarem corretamente as tarefas; evitar o abandono; ajudar os alunos; dar perspetivas, dignidade e autoestima aos alunos*.

Pretendendo-se averiguar a idade em que deve ser iniciado o processo de transição para a vida pós-escolar, constatou-se que em média, os participantes defenderam que a *idade ideal para a iniciação deste processo deve ser aproximadamente aos 16 anos*, porém houve variação nas respostas, sendo registado uma resposta que avança a *idade mínima aos 11 anos*, sendo que *a máxima foi aos 25 anos*.

Quando questionados sobre *se o envolvimento dos pais no processo de transição para a vida pós-escolar é importante*, todos os participantes responderam positivamente. Assim, 3 participantes (17.6%) referiram respetivamente que *o envolvimento dos pais é de extrema importância e/ou de obrigatoriedade*, e que *a presença dos pais é fundamental, porque são os pais que passarão a ser os responsáveis pelo acompanhamento dos alunos*. Dos restantes, 2 participantes (11.8%) afirmaram respetivamente que *o apoio parental, ou a falta dele, pode delimitar o sucesso do aluno; que os pais são quem conhece melhor o aluno, podendo facultar informação valiosa sobre o aluno e apoiar o processo*; e que *é importante a presença dos pais, na medida em que, a família é a base/suporte do ser humano/jovem* (Tabela 6).

Tabela 6. Importância do envolvimento dos pais

O envolvimento dos pais é importante porque	*n*	**%**
É importante e/ou obrigatório	3	17,6
Os pais passarão a ser os responsáveis pelo acompanhamento dos alunos	3	17,6
O apoio parental/falta de pode delimitar o sucesso do aluno	2	11,8
Os pais são quem conhece melhor o aluno podendo facultar informação sobre estes e apoiar o processo	2	11,8
A família é a base/suporte do ser humano/jovem	2	11,8
Os pais devem ser os mais interessados no sucesso dos filhos	1	5,9
O envolvimento dos pais inventiva o aluno	1	5,9
Os pais devem conhecer a evolução do percurso do filho	1	5,9
Os pais são o elo de ligação escola-jovem-entidade laboral	1	5,9
A parceria pais escola é fundamental	1	5,9

Ao serem questionados sobre se *o desenvolvimento de um plano individual para cada aluno com NEE é fundamental para o sucesso do processo de transição para a vida pós-escolar*, constata-se que a maioria significativa respondeu afirmativamente (n = 16; 94.1%), sendo que apenas 1 participante respondeu negativamente (n = 1; 5.9%). No que se refere às razões evidenciadas, 8 participantes (47.1%) referiram que *o plano individual é fundamental, pois cada aluno é único*, 5 participantes (29.4%) destacaram que *é este plano que permite orientar o que é feito de forma personalizada*. Os restantes inquiridos referem individualmente respetivamente (n =1; 1 5.9%) que o *plano serve de "motor" para toda a vida do aluno; que estes alunos requerem medidas especiais; que só através de um plano individual se atinge o sucesso*. O único sujeito (5,9%) que respondeu de forma negativa, justificou a sua opinião, referindo que *concorda com a existência de um plano personalizado, porém, defende que a matriz deste plano seja comum a todos os alunos*.

Pretendendo-se analisar se *a fomentação das relações entre alunos com NEE e alunos sem NEE é importante para o processo de transição para a vida pós-escolar* todos os participantes responderam de forma afirmativa, revelando que percecionam a fomentação das relações entre alunos com NEE e alunos sem NEE como relevante.

Questionados sobre se *consideram que no estabelecimento onde trabalham há equidade de oportunidades quer para os alunos com NEE, quer para os alunos sem NEE*, 13 participantes (76.5%) referiram que *existe equidade de oportunidades entre os alunos*, no estabelecimento onde exercem funções, sendo que os restantes (n = 23,5%) afirmaram o contrário.

Discussão

Relativamente ao primeiro tópico abordado procurou analisar as perceções dos profissionais sobre a forma como o processo de transição se deve realizar. Foram obtidas respostas diversas, mas congruentes, dando destaque à importância do acompanhamento da equipa multidisciplinar e da escola, do encaminhamento empresarial, do estágio extracurricular e da integração no mundo do trabalho. Foram salientadas as perceções de que este processo deve ser personalizado e realizado gradualmente. Estes dados corroboram o explicitado na literatura científica, onde é defendido que o processo de transição deve contemplar seis etapas e seis estratégias de onde se salientam o desenvolvimento de uma equipa, a colaboração com corporações/agências e o desenvolvimento de um processo personalizado centrado no aluno (*Ministry of Children and Family Development*, s.d.).

De acordo com os resultados encontrados na presente amostra constata-se que a maioria dos participantes perceciona que o seu estabelecimento de trabalho faculta um adequado processo de transição, justificando que permite a existência de equipas multidisciplinares, parcerias, estágios, desenvolvimento de competências, entre outros. Estes resultados refutam os resultados obtidos por Lourenço (2012), Mota (2013), e Charraz (2017), atendendo a que nestes estudos é afirmado que os participantes referem que o processo de transição para a vida pós-escolar não é realizado de forma positiva.

Relativamente aos recursos existentes, foi possível constatar uma visão geral negativa. Este resultado é corroborado por Baptista (2011,

cit in Lourenço, 2012) uma vez que, este investigador defende que a realidade do processo de transição é deficitária, pois há uma grande carência de recursos humanos, financeiros e materiais. Outro dos estudos que corrobora os resultados encontrados no presente estudo é o realizado por Mota (2013), sendo que uma das barreiras referidas foi a falta de apoio financeiro.

A análise efetuada revela que a maioria dos participantes percecionam que o estabelecimento onde exercem funções tem feito esforços para facilitar o processo de transição, referindo o desenvolvimento de estágios/protocolos/parcerias e de ateliers de exploração de interesses, disponibilização de material e espaços, encaminhamento para o centro de emprego, entre outros. Também a maioria dos profissionais pensa que as ações tomadas são positivas e estruturadas. Estes resultados refutam o estudo de Lourenço (2012) uma vez que, os técnicos consideram que não existe investimento e envolvimento ativo dos intervenientes (incluindo professores e escola).

Grande parte dos participantes revelou que existe uma preocupação com o processo de transição no seu local de trabalho refutando o estudo de Charraz (2017) onde é referido que a própria escola se constituía como um agente responsável pela colocação de entraves no processo de transição.

Procurou compreender-se, também, quais as perceções destes profissionais face ao estabelecimento de parcerias com entidades externas, revelando-se no presente estudo que são geralmente desenvolvidas parceiras, acolhimento, formação, proteção, orientação e responsabilização por estes alunos, disponibilização de estágios e facilitação da integração do aluno em trabalhos/ocupações. De entre os participantes que referiram a existência de parcerias, todos mencionaram que estas são elemento fundamental para o processo de transição, permitindo o contacto com o mundo do trabalho, a integração do aluno e o desenvolvimento de competências.

Estes resultados são validados pelas orientações da UNESCO (1994), que refere que um dos elementos fundamentais do processo de transição são as parcerias organizacionais. Estes resultados são corroborados por Bota (2013), em que é referido que os profissionais valorizam significativamente o desenvolvimento de protocolos. Também os resultados de Marques (2013), vão no mesmo sentido, referindo que algumas parcerias consideradas como fundamentais são as estabelecidas com o Instituto de Emprego e Formação Profissional. Os resultados são ainda corroborados pela investigação de Lopes e colaboradores (2017) em que é considerado imperativo a fomentação de atividades laborais. Salientar por último que os resultados vão ao encontro do que é preconizado na Resolução do Conselho de Ministros n.º 97/2010, de 14 dezembro de 2010, que sublinha que, de entre as medidas para a promoção da qualidade de vida se destaca a transição para a vida pós-escolar e o estabelecimento de parceiras.

Todos os participantes afirmaram a existência de um processo avaliativo nos seus estabelecimentos de trabalho, porém, referem razões diferentes para esta avaliação. De entre os propósitos avaliativos destaca-se a aferição mediante o CEI, a avaliação do perfil de funcionalidade do aluno, a avaliação das competências mínimas para certificação, a verificação/adequação do PEI, diagnóstico e legislação. Destacou-se ainda que, quem faz esta avaliação é a equipa multidisciplinar, o psicólogo e os docentes, os docentes especializados e os docentes juntamente com os representantes das parcerias externas. Estes resultados corroboram os encontrados por Marques (2013) que destaca que os profissionais associaram o processo de avaliação ao desenvolvimento do PEI do aluno, não obstante, associem contrariamente aos resultados do presente estudo que o processo da avaliação é realizado pelo docente de Educação Especial.

De salientar, que não obstante a realidade e o que é defendido pelos profissionais é que estes têm a perceção que existem alguns casos em que o processo de transição ainda é mais difícil destacando-se os alunos com autismo, trissomia 21, paralisia cerebral, cegueira, surdez, multideficiência, défice cognitivo e as limitações motoras e/ou de saúde. Este parece ser um dado interessante ficando por responder a questão de quais serão, no entender destes profissionais, os casos que levantam menos problemas ou dificuldades no processo de transição pós-escolar.

No presente estudo foi ainda possível constatar que os maiores obstáculos ao processo de transição são: a falta de autonomia do aluno, de parcerias, de oferta de emprego, de instituições e de apoio à empregabilidade, os próprios encarregados de educação, a sociedade insensível e a desmotivação do aluno. Estes resultados são corroborados por diversos estudos (Bota, 2013; Lourenço, 2012; Marques, 2013; Mota, 2013; Rocha (2012), em que são enumerados vários obstáculos à transição, como a falta de emprego e locais de estágios (Bota, 2013); a falta de vagas, de financiamento e de sensibilidade, o contexto familiar e as barreiras financeiras (Mota, 2013); a falta de operacionalização, de recursos, de parcerias e empresas que aceitem alunos e de legislação (Lourenço, 2012; Rocha, 2012) e a colaboração dos intervenientes (Lourenço 2012).

No que respeita aos facilitadores, destacam-se: a rede de suporte, a equipa pluridisciplinar, os alunos com experiência, a motivação do aluno/família, o empenho dos profissionais, a cooperação, o desenvolvimento do PEI, o envolvimento dos pais, entre outros. Estes resultados são corroborados na literatura científica e nas recomendações do *Ministry of Children and Family Development* (s.d) que referiu seis estratégias de facilitação da transição de entre as quais existe o desenvolvimento de um plano e o envolvimento do jovem, da comunidade e da família. São ainda congruentes com Marques (2013) que refere que os participantes consideram que a existência de uma rede de suporte é fundamental; com Mota (2013) que defende as parcerias, o abrangimento vocacional, a intervenção centrada no aluno, o papel da família, bem como, o trabalho em equipa; e com Rocha (2012) que assinala o desenvolvimento de competências e a participação da escola, família, comunidade e Estado como imperativos. Para além destes autores, os resultados do presente estudo são corroborados por Dias (2011) e Tough e colaboradores (2017) que reforçam que as relações sociais (rede de suporte) são um aspeto fundamental na saúde mental e bem-estar dos jovens com NEE.

Todos os participantes referiram que o processo de transição é fundamental, pois permite integrar o aluno, a sua autonomia, o enfrentamento de uma nova realidade e centrar-se nos interesses dos alunos. Estas perceções vão ao encontro do mencionado pelo *International Labour Office* (1998, *cit. in* Colôa, 2014) referindo que o processo de transição é fundamental permitindo a integração social do aluno, garantindo uma mudança progressiva e delineada por metas, entre a escola e o mundo ativo. Saliente-se que vão ao encontro do que é preconizado na Resolução do Conselho de Ministros n.º 97/2010, de 14 dezembro de 2010, que refere que a transição para a vida pós-escolar e a integração no mercado de trabalho são fundamentais para a autonomia e qualidade de vida dos alunos destes alunos e com Kelly e colaboradores (2016) que defendem que o desenvolvimento do potencial pessoal do jovem, bem como das suas competências contribuindo para o seu bem-estar subjetivo.

Os participantes referiram que este processo deve ter o seu início aos 16 anos. Este resultado não vai ao encontro do encontrado por Bota (2013) em que os participantes referem que o início do processo se deve dar aos 13 anos. No mesmo sentido, também Marques (2013) refere que este processo não tem uma idade limite, adotando uma perspetiva *lifespan*. Refira-se, contudo que Colôa (2014) destaca

que a transição obrigatória se dá início no 10º ano de escolaridade, coincidindo diretamente com a média de 16 anos, obtida no presente estudo.

Todos os participantes concordaram que a presença dos pais é importante, uma vez que estes são os responsáveis pelo acompanhamento do filho, proporcionando o sucesso da transição, os pais são quem melhor conhece o aluno podendo dar informações de relevo à escola e apoiar o processo. Assim, estes resultados são corroborados na literatura científica, nomeadamente nas orientações veiculadas no *Ministry of Children and Family Development* (s.d), e em outros estudos (Bota, 2013; Landmark, et al., 2010; Lourenço, 2012; Mota, 2013; Rocha 2012), que destacam o envolvimento familiar como uma das estratégias de facilitação da transição. No mesmo sentido se destacam os estudos de Marques (2013) onde é sublinhado que a existência de uma rede de suporte familiar é importante, o de Lopes e colaboradores (2017) onde é referido que a existência de reuniões onde a família esteja envolvida é significativa e o de .Kelly e colaboradores (2016) em que é salientado que o suporte e envolvimento familiar é fulcral para um maior bem-estar.

Quase todos os participantes afirmaram que o PIT é fundamental, defendendo que cada aluno é único e o plano individual orienta tudo o que é feito de forma personalizada servindo de "motor" para auxiliar estes alunos permitindo o seu sucesso. Este resultado é congruente com as orientações veiculados no documento do *Ministry of Children and Family Development* (s.d), que defende que o desenvolvimento de um plano de transição é fundamental, nos estudos de Bota (2013), de Marques (2013). Assinale-se que também Rocha (2012) postula que o desenvolvimento deste tipo de plano é um fator decisivo para a empregabilidade futura.

Os resultados permitiram ainda constatar que todos os participantes percecionam que a relação entre todos os alunos é importante para o desenvolvimento de um processo de transição harmonioso e eficaz, sendo que a maioria acrescenta que o estabelecimento onde trabalha permite condições de equidade. Estes resultados são refutados no estudo de Charraz (2017), que concluiu que não existia uma verdadeira equidade entre alunos com NEE e sem NEE, sendo que a escola dificultaria o processo de transição dos alunos. Assinale-se, contudo que os resultados do presente estudo são corroborados nas conclusões de Lopes e colaboradores (2017), que consideraram que as relações entre alunos com NEE e sem NEE são extremamente importantes. Assinale-se ainda que, segundo Ryff (1989), Dias (2011), Gaspar, et al. (2016), Kelly, et al. (2016), Tough, et al. (2017), a importância das relações sociais na promoção do bem-estar é crucial.

Concluindo, o presente estudo permitiu compreender melhor a realidade de algumas escolas, constando-se a existência de práticas e ideologias distintas não obstante a existência de normativos vigentes, o que nos poderá levantar diversas questões face à operacionalização da legislação nos diversos estabelecimentos de ensino e às diferentes representações e ideologias ainda muito enraizadas, quer nos profissionais quer nas comunidades envolventes.

Relativamente às limitações, salienta-se a limitada representatividade da amostra. Porém, os pontos fortes focam-se na utilização de uma metodologia mista e exploração de uma temática que continua a ser bastante inovadora e necessária. Face aos resultados parece justificar-se a necessidade de continuar a analisar esta temática pela sua relevância no nosso país, justificando-se o desenvolvimento de projetos futuros de forma a poder contribuir para otimizar o processo, permitindo uma mais eficaz inserção na vida laboral/social, focalizando a realização pessoal e a proteção social dos alunos. No futuro considera-se ainda imperativo investigar quais as deficiências e/ou NEE onde o processo de transição seja mais dificultado e o que poderá ser feito para otimizar este processo permitindo assim que o futuro possa ser cada vez mais inclusivo para estes alunos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, J. F. & Pinto, J. M. (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais*. 5ª edição, Lisboa: Editorial Presença.

Bardin, L. (1994). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barnes, M. & Harrison, E. (2017). *The wellbeing of secondary school pupils with special educational needs*., Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/626636/Wellbeing_and_SEN.pdf

Becker, G. F. (2010). *(Re)Pensar a Educação e o Ensino da Literatura*. Universidade de Maringá. Maringá: Editora Universidade. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/download/9316/5245

Bota, L. M. C. P. C. (2013). *A Transição para a Vida Pós-Escolar de Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Escolas Básicas dos 2º e 3º Ciclos e Ensino Secundário no Concelho de Faro* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa: Porto. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/4198

Campos, C. A. (2014). *O bem-estar de adolescentes com e sem Necessidades Educativas Especiais: Um estudo no 2º ciclo do Ensino Básico* (Dissertação de Mestrado). ISCE, Felgueiras. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24855/1/TESE_O%20bem-estar%20dos%20adolescentes_%20CLAUDIA_20%20julho.pdf

Charraz, G. A. C. (2017). *Transição para a vida ativa* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Beja: Beja. Disponível em: http://hdl.handle.net/20.500.12207/4692

Colôa, J. (2014). *A vida pós-escolar: necessita-se livre de transito*. Disponível em: https://pt.slideshare.net/jcoloa/transio-pra-a-vida-ps-escolar-autor-joaquim-cola

Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de janeiro de 2008 do Ministério da Educação. Diário da República n.º 4 - I Série. Lisboa, Portugal: Ministério da Educação. Disponível em: https://data.dre.pt/eli/dec-lei/3/2008/01/07/p/dre/pt/html

Decreto-Lei n.º 319/91 de 23 de agosto de 1991 do Ministério da Educação. Diário da República n.º 193 - I Série. Lisboa, Portugal: Ministério da Educação. Disponível em: https://data.dre.pt/eli/dec-lei/319/1991/08/23/p/dre/pt/html

Decreto-Lei n.º 54/2018 6 de julho de 2018 da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 129 - I Série. Lisboa, Portugal: Ministério da Educação. Acedido a 29 de setembro de 2018. Disponível em: https://data.dre.pt/eli/dec-lei/54/2018/07/06/p/dre/pt/html

Decreto-Lei n.º 6/2001 18 de janeiro de 2001 do Ministério da Educação. Diário da República n.º 15 - I Série - A. Lisboa, Portugal: Ministério da Educação. Acedido a 29 de setembro de 2018. Disponível em: https://data.dre.pt/eli/dec-lei/6/2001/01/18/p/dre/pt/html

DGE (2018). *Para uma educação inclusiva: Manual de Apoio à Prática*. Lisboa, Ministério da Educação/Direção-Geral da Educação. Disponível em https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/manual_de_apoio_a_pratica.pdf

Dias, A. (2011). *Processos de transição para a vida pós-escolar de crianças e jovens com deficiência. Um estudo de caso no conselho da Lourinhã*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação). Disponível em https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/1305/1/Processos%20de%20transi%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20vida%20p%C3%B3s-escolar.pdf

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. Disponível em https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2162125

European Agency for Special Needs and Inclusive Education (2018). *Country information for Portugal - Legislation and policy: Historical Overview*. Disponível em: https://www.european-agency.org/country-information/portugal/legislation-and-policy

Ferreira, S. S. (2008). *Transição para a Vida Pós-Escolar de Alunos com Necessidades Educativas Especiais*. Viseu: Psicosoma.

Flosa, E. R., & Fernandes, S. (2017). Transição para a Vida Pós-Escolar de Jovens com Necessidades Educativas Especiais, na Finlândia. In *Avances en liderazgo y mejora de la educación: Actas del I Congreso Internacional de Liderazgo y Mejora de la Educación*, 282-295. Madrid: Rilme. Disponível em https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/679593/066_transi%C3%A7ao_rodrigues_CILME_2017.pdf?sequence=1

Gaspar, T., Bilimória, H., Albergaria, F., & Matos, M. G. (2016). Children with Special Education Needs and Subjective Well-being: Social and Personal Influence, *International Journal of Disability, Development and Education*, Doi: 10.1080/1034912X.2016.1144873

Gaspar, T., Pais Ribeiro, J. L., Matos, M. G., & Leal, I. (2008). Promoção de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 55-71. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v9n1/v9n1a06.pdf

Kelly, G., Kelly, B., & Macdonald, G. (2016). *Improving the well-being of disabled young people*. Disponível em: http://www.poverty.ac.uk/sites/default/files/attachments/Improving-wellbeing-disabled-young-people-March-2016.pdf

Landmark, L., Ju, S., & Zhang, D. (2010). Substantiated Best Practices in Transition: Fifteen Plus Years Later. *Career Development for Exceptional Individuals,* 33(3),165-176. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0885728810376410

Lopes, M.C. S., Silva, A., Alves, A., & Paço, E. (2017). Percepções dos professores face à transição para a vida ativa de alunos com NEE. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, Disponível em: http://orcid.org/0000-0001-8176-5934

Lourenço, M. M. B. (2012). *Perspetiva dos docentes acerca da transição para a vida pós-escolar de alunos com deficiência mental* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa: Viseu. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8725/1/TESE%20%20Vers%C3%A3o%20ULTIMA.pdf

Marques, M. O. L. (2013). *Transição para a Vida Adulta de Alunos com Necessidades Educativas Especiais - Que Perceções da Escola?* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa: Viseu. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13580/1/OliviaMarques_DissertacaoFinal.pdf

Ministry of Children and Family Development. (s.d.). *Transition Planning For Youth with Special Needs: A comunity Support Guide* [Manual]. British Colombia: Ministry of Children and Family Development. Disponível em: https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/family-and-social-supports/support_guide.pdf

Moreira, P. A. S., Bilimória, H., Alvez, P., Santos, M. A., Macedo, A. C., Maia, A., Figueiredo, F., & Miranda, M. J. (2015). Subjective wellbeing in sudents with special educational needs. Cognition, Brain, Behavior. *An Interdisciplinary Journal*, XIX(1), 75-97. Disponível em https://search.proquest.com/openview/890fd3e0a761aba028625745c52f1e27/1?cbl=29487&pq-origsite=gscholar

Mota, A. P. R. (2013). *O Processo de Transição dos alunos com Necessidades Educativas Especiais para a vida pós-escolar: Um estudo de caso no Centro de Recursos para Inclusão do concelho de Guimarães* (Dissertação de Mestrado). ISEC: Coimbra. Disponível em: http://hdl.handle.net/10400.26/10752

Resolução do Conselho de Ministros n.º 97/2010 de 14 de dezembro. Diário da República n.º 240 - I Série. Lisboa. Disponível em: https://dre.pt/application/conteudo/307186

Ribeiro, S. (2009). *Inclusão Social dos Jovens com Deficiência Mental: O papel da formação profissional.* (Tese de Mestrado). Porto: Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Disponível em: http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/755/4/TMESEPF_SaraRibeiro.pdf

Rocha, F. M. A. (2012). *O processo de transição para a vida pós-escolar de alunos com necessidades educativas especiais* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Educação e Ciências: Coimbra. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10713/1/Tese%20final.pdf

Rodrigues, D. (2016). Um olhar sobre a educação inclusiva em Portugal. Disponível em: https://diversa.org.br/artigos/um-olhar-sobre-a-educacao-inclusiva-em-portugal/#1

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. Disponível em https://diversa.org.br/artigos/um-olhar-sobre-a-educacao-inclusiva-em-portugal/#1

Soriano, V. (Ed.). (2002). Transição da Escola para o Emprego: Principais problemas, questões e opções enfrentadas pelos alunos com necessidades educativas especiais em 16 países Europeus. *Middelfart: European Agency for Development in Special Needs Education*. Disponível em: https://www.european-agency.org/sites/default/files/transition-from-school-to-employment_Transition-pt.pdf

Tough, H., Siegrist, J., & Fekete, C. (2017). Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health*, 17(414), 1-18. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12889-017-4308-6

UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acão na área das necessidades educativas especiais*. Salamanca: UNESCO. Disponível em: http://redeinclusao.pt/media/fl_9.pdf

World Health Organization – WHO (1997). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Genebra: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

AS VOZES DOS PAIS E DOS TÉCNICOS: A COLABORAÇÃO E ENVOLVIMENTO FAMILIAR NA INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA

Marta Cristina Sousa Servo
Universidade do Algarve
(martasousaservo@gmail.com)

Maria Helena Venâncio Martins
Universidade do Algarve
(mhmartin@ualg.pt)

RESUMO

Nas últimas décadas tem-se atribuído uma importância cada vez maior à Intervenção Precoce na Infância (IPI), justificando-se pela ideia de que a neuroplasticidade cerebral no período mais precoce do desenvolvimento infantil é maior, possibilitando alcançar ganhos mais consistentes e duradouros na aquisição de habilidades e competências futuras. O conceito de IPI surge com o objetivo de intervir no desenvolvimento infantil para garantir que este processo ocorra harmoniosamente, especialmente com crianças com perturbações ou em risco. Através da IPI procura-se, numa intervenção centrada na família, minimizar fatores de risco e promover a saúde e bem-estar das crianças e famílias.

Como percecionam e qual a relevância que pais e encarregados de educação de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e os técnicos que trabalham em IPI atribuem à colaboração e envolvimento familiar é a questão orientadora desta investigação. Através de um estudo descritivo e interpretativo, com inquéritos por questionários, numa amostra não-probabilística a familiares e/ou encarregados de educação de crianças com PEA ou com características desta patologia (n = 30) e profissionais de IPI (n = 30) pretendeu-se analisar como percecionam esta colaboração. Da análise aos resultados conclui-se que o envolvimento da família é imprescendível para o desenvolvimento e bem-estar da criança num todo e da família, pretendendo-se favorecer a deteção precoce dos problemas de desenvolvimento em tempo oportuno que possibilite a adoção de ações eficazes de diagnóstico e intervenção, de habilitação e reabilitação e de promoção de saúde para minimizar as consequências da deficiência.

Palavras-chave: Colaboração e Envolvimento; Família; Técnicos; Intervenção Precoce na Infância; Perturbação do Espectro do Autismo.

BREVE INTRODUÇÃO

As Perturbações do Espetro do Autismo (PEA), são atualmente consideradas perturbações do neurodesenvolvimento afetando os indivíduos em diversos níveis, nomeadamente comportamental, linguístico e social, justificando-se uma especial articulação a nível da Intervenção Precoce, com a Família. Esta deverá ter por base a minimização dos atrasos desenvolvimentais, otimizar as capacidades existentes, prevenir a deterioração funcional e promover um funcionamento parental e familiar adaptativo.

Concetualizando-se a importância da Intervenção Precoce na Infância (IPI) com crianças com PEA parece ser relevante conhecer as perceções da família sobre as manifestações / características desta perturbação e como é que os familiares intervêm e colaboram com os Educadores de Infância e outros Técnicos de Intervenção Precoce.

Como questão inicial pretende-se conhecer: "Como percecionam e qual a relevância que Pais e Encarregados de Educação de crianças com PEA e os Técnicos que trabalham em Intervenção Precoce atribuem à colaboração e envolvimento familiar".

1. PERCURSO HISTÓRICO DA INTERVENÇÃO PRECOCE

As crianças são consideradas o alicerce de uma sociedade saudável e sólida, uma vez que, a maneira como uma cultura ou sociedade trata os seus filiados mais jovens, tem uma influência enorme na forma como estes irão crescer, prosperar e ser percecionados pelos outros (Shonkof & Meisels, 2000, citados por Carvalho, 2011a). Assim, é fundamental apostar no desenvolvimento de cada criança em geral e das crianças com problemas de desenvolvimento em especial, de modo, a que estas sejam apoiadas desde cedo.

É fundamentalmente a partir do século XVIII, com Iluminismo e Protestantismo que a infância assume o papel de etapa diferenciada da idade adulta. A partir daí passa a ser vista e acarinhada como fruto do amor dos pais, sendo a escola a ser considerada um lugar de socialização específico. Para além de instruir, espera-se ainda que promova o desenvolvimento de competências sociais e morais, visando a integração no mundo dos adultos (Carvalho, 2011b).

Em 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas e ratificada por Portugal em 1990, reforça a necessidade de garantir a proteção especial à criança. Saliente-se que, Portugal foi um dos primeiros na adesão à esta Convenção, olhando para a criança como um ser de direitos e de responsabilidades, defendendo os seus direitos: (i) ser amada; (ii) ser

cuidada pela família ou sua substituta, tal como, pelos professores e educadores; (iii) ser estimulada pelo ambiente e pela comunidade que a rodeia e, (iv) por último ser ouvida.

Como suportes legislativos mais atuais importa referenciar o Decreto-Lei n.º 314/78 de outubro ao definir um quadro orientador de intervenção da sociedade e do Estado, no âmbito dos menores, com especial responsabilidade relativamente às crianças que se encontrem em situações de perigo quanto à saúde, formação moral ou quando a educação do menor ou o seu interesse não estiverem assegurados.

Neste contexto, os serviços de Intervenção Precoce têm vindo a ser valorizados, influenciando de forma significativa, a história da educação das crianças. Atualmente, os aspetos centrais dos primeiros programas de IPI baseiam-se num currículo centrado na criança, com enfâse no início da socialização da criança fora da família, num aumento da compreensão do desenvolvimento, reforçando a importância dos primeiros anos para a evolução de competências sociais, emocionais e intelectuais. Este modelo concetual, juntamente com a multiplicidade de recursos, de técnicas e de materiais, encontra-se na base das atividades dos programas contemporâneos da IPI (Carvalho, 2011a).

1.1. O Sistema Nacional de Intervenção Precoce

Com a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI) define-se de forma clara a preocupação de intervir precocemente. com o objetivo de contribuir e apoiar crianças e famílias.

O Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro refere que se deve abranger as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou, com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias. No contexto legislativo português a IPI é concetualizada como o conjunto de medidas de apoio que deve ser integrado, centrado na criança e na família, e que desenvolve ações de natureza preventiva e reabilitativa, quer na educação, na saúde, quer na ação social.

Ao longo das décadas muitas têm sido as definições propostas para o conceito Intervenção Precoce, sendo que atualmente esta é definida de uma forma bastante consensual como "…todas as atividades de estimulação dirigidas à criança e de orientação aos pais, que são implementados como consequência direta de um problema de desenvolvimento" (Carvalho, 2011b, p. 46).

O SNIPI funciona por articulação das estruturas representativas de diversos Ministérios, nomeadamente: (i) Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Área da Ação Social; (ii) Ministério da Saúde, Área da Saúde e, por último; (iii) Ministério da Educação, Área da Educação, que inclui o Apoio Pedagógico Especializado, em colaboração direta com as famílias, coordenado pela Comissão de Coordenação do SNIPI (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro).

De acordo com o Artigo 4.º, o SNIPI tem de forma geral como principais objetivos: a)Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades; b) Detetar e sinalizar as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso e de desenvolvimento; c) Intervir, após a deteção e sinalização de acordo com as necessidades do contexto familiar de cada criança, prevenindo ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento; d) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação; e) Envolver a comunidade através da mecanismos articulados de suporte social (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro).

1.2. A importância da Intervenção Precoce e a colaboração e o envolvimento dos diversos intervenientes

Quanto mais cedo a intervenção precoce, mais otimizado será o desenvolvimento da criança (Breia, Almeida, & Colôa, 2004), princípio este alicerçado na Convenção dos Direitos da Criança (1989). A Intervenção Precoce deve intervir no envolvimento da família e na sua participação ativa no processo de intervenção, respeitando-a nas tomadas de decisão sobre as suas crianças, trabalhando em equipas, integradas por profissionais de formação diferenciada, vocacionadas para o desenvolvimento da criança / família.

Os profissionais devem estar dispostos para trabalhar em três áreas, nomeadamente, no serviço à criança, no apoio à família e na consultadoria. Assim, no serviço à criança, há que avaliar as habilidades e necessidades da criança, bem como, desenvolver planos individuais que estimulem o seu desenvolvimento, delinear experiências adequadas e avaliar as estratégias de intervenção. Os técnicos devem ainda, criar ambientes adequados para a evolução progressiva da criança e como adaptá-los para ir ao encontro de crianças com NEE. No serviço de apoio à família, os profissionais devem ser preparados para compreender a natureza ecológica da família, avaliando as necessidades e recursos das mesmas, utilizando técnicas eficazes que permitam ouvir, entrevistar e negociar valores e prioridades. Esta constatação vai ao encontro de autores como Bailey e Worley (1992), promovendo a autoconfiança e os sentimentos de autocontrolo da família (Cooley & Cooley, 1994).

2. A PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO

As Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) são perturbações do neurodesenvolvimento que afetam indivíduos em diferentes níveis – comportamental, linguístico e social – e em diferentes magnitudes (APA, 2014). Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, *American Psychiatric Association*, 2014), as manifestações comportamentais que definem a PEA são défices na comunicação e interação e na reciprocidade social. Observa-se ainda um padrão de comportamentos e um conjunto de interesses e atividades restritos, sendo que os sintomas, devem dificultar ou limitar o funcionamento normal do indivíduo (APA, 2014).

Relativamente à sua etiologia, Filipe (2015) refere que esta é muito diversificada, e que pode ter origem pré-natal e resultar de transtornos na maturação cerebral; não são estáticas, ou seja, evoluem ao longo da vida, de acordo com a maturação do SNC. Alguns estudos referem a origem genética, embora modulada por fatores ambientais, levando a que o grau de perturbação que determinam seja muito variável (de gravemente incapacitantes a moderadas ou ligeiras), Assinala ainda que os limites entre a perturbação e a normalidade são imprecisos e dependem do contexto em que a situação é avaliada, que não existem marcadores biológicos para as PEA e ainda que surgem frequentemente associadas entre si e com outras perturbações neurológicas e psiquiátricas.

As PEA são perturbações com início no período de desenvolvimento, sendo que como referem Rogers e Dawson (2010) os primeiros sintomas do autismo sugerem que os sintomas cerebrais suportam o desenvolvimento social e da linguagem, sendo estes, afetados.

Caracteristicamente, estas perturbações no desenvolvimento manifestam-se cedo, na maior parte das vezes, antes da entrada para o

1.º Ciclo do Ensino Básico. São caracterizadas por défices no desenvolvimento, condicionando dificuldades a nível pessoal, escolar e ocupacional e provocam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou controlo de funções executivas, até défices globais de inteligência ou das capacidades sociais.

Os avanços na compreensão e conhecimento desta perturbação têm vindo a conduzir a uma nova perspetiva no âmbito da Neurociências mas também da Psicologia e da Educação, que pretende como principal objetivo otimizar a qualidade de vida, quer destas crianças, quer das suas famílias (Filipe, 2015).

2.1. Sinais e sintomas de alerta

Rogers e Dawson (2010) referem que os primeiros sintomas do autismo sugerem que o sistema cerebral que apoia a aprendizagem de competências sociais e linguísticas não se desenvolve naturalmente. Investigadores como William e Minshew (2007) Kennedy e Courchesne (2008), defendem que esta problemática reflete um problema mais geral no desenvolvimento dos sistemas cerebrais apoiando os comportamentos mais complexos, particularmente, os que envolvem a coordenação de várias regiões importantes do cérebro.

A Associação Médica Americana, refere que em cada 10 000 nascimentos dois a quatro sujeitos registarão autismo, além disso é três vezes mais comum no sexo masculino do que no feminino. Relativamente aos primeiros meses de vida, uma criança autista parece ter comportamentos dentro do esperado, tornando-se, contudo, mais evidente por volta dos 30 meses, quando se denotam défices no desenvolvimento da comunicação adequadas para a sua (Nielsen, 1999).

De acordo com Filipe (2015) os tipos característicos de perturbação da interação social podem ser caracterizados de acordo com a seguinte divisão: (i) o grupo dos que se isolam; (ii) o grupo dos que se comportam de forma passiva; (iii) o grupo dos que são ativos, mas com um comportamento peculiar ou bizarro e, por último, (iv) o grupo dos que assumem uma postura demasiado formal e rígida.

A PEA, tende a ocorrer com maior frequência em certas condições genéticas ou cromossómicas, uma vez que, cerca de 10% das crianças autistas também são identificadas como tendo Síndrome de Down, Síndrome do X Frágil, Esclerose Tuberosa, ou outros distúrbios genéticos e cromossómicos. No caso de gémeos idênticos, se um filho tiver PEA, a outra criança terá uma probabilidade de ser afetada entre 36 a 95%. De facto, quando os pais já têm uma criança com esta perturbação, existe uma probabilidade de 2 a 18% de virem a ter uma segunda criança também afetada com a mesma perturbação. É de salientar que cerca de 44% das crianças afetadas com PEA têm uma capacidade intelectual acima da média (Schuchat, 2012).

2.2. Como diagnosticar

O diagnóstico das Perturbações do Espectro do Autismo é clínico; consiste na entrevista clínica, na avaliação do desenvolvimento, assim como, na avaliação do comportamento. Não carece de quaisquer exames laboratoriais, quer sejam bioquímicos, genéticos, eletrofisiológicos, de imagens ou outros, uma vez que na maioria das perturbações não se observam alterações nos exames complementares (Filipe, 2015).

O diagnóstico é iniciado pela observação do comportamento nomeadamente, através do balanceio do corpo, dos gestos e sons repetitivos, da rigidez na expressão da mímica corporal, das peculiaridades da comunicação verbal, assim como através do desajuste da entoação, da altura e densidade da voz e, da comunicação não-verbal, em que o olhar é desviado e se dá a desadequação dos gestos e da mímica. Deve ter-se ainda atenção às posturas corporais invulgares, às particularidades da marcha, podendo ser rígida, sem balanceio dos braços e em bicos de pé e, ainda, a maneira de cumprimentar, desviando o olhar assim como a falta de naturalidade do aperto de mão (Filipe, 2015).

Para diagnosticar é extremamente importante e indispensável conhecer bem o desenvolvimento normal, as suas etapas e variantes. Quanto aos critérios a utilizar para fazer o diagnóstico da PEA, as classificações internacionais, nomeadamente o DSM-5 recomendam a identificação tendo em atenção a existência de um conjunto de sintomas e sinais, traduzindo défices neuropsicológicos e comportamentais, normalmente agrupados em duas ou três áreas, sendo estas: os défices nas competências de comunicação, nas competências sociais, nos padrões de comportamento, nos interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados (DSM-5, 2014).

Atualmente com o DSM-5, foram definidos dois grupos sintomáticos, nomeadamente os Défices da Interação Social e os Défices da Comunicação englobados num único critério a designar como "défices na comunicação e na interação social" (DSM-5, 2014).

De acordo com o DSM-5 (2014), os critérios de diagnóstico são específicos e podem variar de grau. De assinalar que os níveis de gravidade da PEA, vão desde o nível 3 ao nível 1, sendo que, no nível 3 o indivíduo requer suporte muito substancial; no nível 2, requer suporte não substancial e, por fim, no nível 1, o indivíduo requer suporte, passando para a comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos nos três níveis de gravidade para a perturbação do espetro do autismo.

De acordo com pesquisas DSM-5(2014) é revelado que os pais das crianças com PEA começam a notar um problema de desenvolvimento antes do primeiro aniversário do filho. As diferenças nas habilidades sociais, de comunicação e motoras finas são mais evidentes a partir dos 6 anos de idade. No entanto, e apesar do diagnóstico de autismo poder ser confiável, válido e estável já aos 2 anos, a maioria das crianças não é diagnosticada até aos 4 anos.

Assim sendo, é fundamental que as crianças com PEA sejam avaliadas o quanto antes, logo que as preocupações do desenvolvimento sejam reconhecidas, de forma a poder efetuar-se uma intervenção o mais cedo possível.

2.3. A importância da família

A família é fundamental para o desenvolvimento de qualquer criança. De acordo com Filho, Nogueira, Silva e Santiago (2016), a criança depende dos familiares, enquanto membros sociais mais competentes e fornecedores de cuidados básicos necessários à satisfação de suas necessidades, exercendo uma enorme influência no seu desenvolvimento.

Atualmente, os profissionais reconhecem e salientam o papel dos pais enquanto cuidadores da criança. Esta perspetiva baseia-se na premissa de que uma vida familiar de sucesso requer que todas as necessidades da família, envolvendo as dos pais, sejam reconhecidas e resolvidas.

Corrêa e Queiroz (2017) referem que, no caso das crianças com PEA, superar as suas limitações pode ser conseguido por meio do ajuste dos seus parceiros sociais, requerendo não só persistência, mas também a compreensão das dificuldades que caracterizam esta

perturbação. Programas de intervenção precoce serão tão mais efetivos se a inclusão dos pais for feita por meio da oferta de espaços sistematizados para informação, orientação e acolhimento, de forma a permitir-lhes entender a singularidade das suas crianças e as suas próprias limitações, medos e dificuldades. Ao compreendermos a origem dos processos será mais benéfico, quer para a criança quer para os pais.

Em suma, na intervenção educativa deverá considerar-se sempre a família nas decisões mais importantes respeitantes à criança.

2.4. O envolvimento da família na Intervenção Precoce na Infância

O envolvimento da família constitui o elemento fundamental das práticas atuais de Intervenção Precoce na Infância.

Também Oono, Honey e McConachie (2013), consideram que os programas de Intervenção Precoce que colocam ênfase na formação e informação dos pais refletem-se de maneira mais significativa no contexto familiar e desenvolvimento da criança, possibilitando assim: (i) antecipar o início da intervenção; (ii) aumentar a confiança dos pais no que se refere às suas competências parentais; (iii) melhorar a qualidade da intervenção; (iv) minimizar a frustração da criança; e, por fim; (v) proporcionar à criança mais oportunidades de aprendizagens em ambiente natural, promovendo a generalização das suas competências.

Hume, Bellini e Pratt (2005) sondaram a eficácia dos serviços de IPI no desenvolvimento de crianças com PEA, na ótica de 586 pais. Os resultados mostraram que, quando os pais são capacitados para participar, sentem que o serviço é mais eficaz, contribuindo para o desenvolvimento do filho. Esta pesquisa comprova as conclusões de Dunst, Trivette e Hamby (2007), que realizaram uma meta análise de 47 artigos, onde investigaram a influência das práticas centradas na família nos diferentes domínios de vida da criança com Necessidades Educativas Especiais e da sua família. Neste estudo foi possível perceber o aumento da satisfação dos pais que, quando incluídos nos processos de Intervenção Precoce, melhoram, naturalmente, a sua confiança, competência e controlo sobre as decisões. Estes resultados mostraram a importância da participação e envolvimento dos pais para a obtenção de resultados positivos, não só na aprendizagem das crianças, mas também no funcionamento das famílias.

Consubstanciando o que atrás é explicitado pretende-se como finalidade tentar compreender a importância da Intervenção Precoce junto das crianças com Perturbação do Espetro do Autismo, conhecer as perceções dos pais / família e / ou encarregados de educação sobre as manifestações / características do Autismo e como é que os familiares de crianças com esta perturbação intervêm.

3. METODOLOGIA, *DESIGN* DO ESTUDO E INSTRUMENTOS

Para a presente pesquisa, optou-se por realizar uma investigação qualitativa e quantitativa, de carácter descritivo e interpretativo. Optou-se pela elaboração de inquérito por questionários (Ghiglione & Matalon, 1993), destinados a Pais, Familiares e/ou Encarregados de Educação e a Educadores e Técnicos de Intervenção Precoce.

Para a construção dos inquéritos por questionários e definição das respetivas questões, começou-se por fazer uma reflexão, a partir dos objetivos do estudo, interrogando-nos sobre a forma como se poderiam produzir conclusões que respondessem à nossa problemática (Quivy & Campenhoudt, 2003). A análise dos questionários foi efetuada com o programa *IBM SPSS Statistics 25*.

3.1. Objetivos

O estudo visa responder à seguinte questão: Como percecionam e qual a relevância dos Pais e Encarregados de Educação de crianças com PEA e os Técnicos que trabalham em Intervenção Precoce atribuem à colaboração e envolvimento familiar?. Pretende-se, especificamente, analisar como se processa e desenvolve a colaboração entre pais e outros familiares e / ou Encarregados de Educação e os Educadores de Infância e outros Técnicos de Intervenção Precoce. Os objetivos específicos são: (i) compreender a importância da Intervenção Precoce junto das crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo e (ii) conhecer as perceções dos pais / família e / ou encarregados de educação sobre as manifestações / características do Autismo e como é que os familiares de crianças com esta patologia intervêm.

4. AMOSTRA

A amostra é não probabilística, ou seja, por conveniência constituída por 30 familiares e / ou Encarregados de Educação de crianças até aos seis anos, diagnosticadas com PEA ou com características dessa perturbação (n = 30) e de 30 profissionais de Intervenção Precoce (n = 30).

A seleção foi efetuada tendo em atenção os casos disponíveis e utilizando a abordagem "tipo bola de neve" (Hill & Hill, 2005), tendo como critérios de inclusão: pais, familiares e / ou encarregados de educação de crianças com PEA ou com características desta perturbação e técnicos a trabalhar com crianças e famílias nas regiões do Alentejo e Algarve.

Este método, tem como vantagens a sua rapidez, custo e facilidade, porém, os seus resultados e conclusões apenas se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o Universo (Hill & Hill, 2005).

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No que se refere aos Pais e outros familiares e / ou Encarregados de Educação / Encarregados de Educação, dos 30 sujeitos (N = 30) , 12 são do sexo masculino (40%) e 18 do sexo feminino (60%) com idades compreendidas entre os 22 e os 50 anos.

Assinale-se que dos respondentes 33,3%, (n = 10) são os pais de crianças diagnosticadas ou não com a PEA, 53,3% (n = 16) são mães, 3,3% são tio (n =1), 6,7% tias (n = 2) e 3,3% (n = 1) são avô.

No que se refere às profissões, constata-se uma enorme diversidade, sendo que 20% estão desempregados (n = 6); 10% são professores (n = 3); 3,3% educadora de infância (n = 1); 3,3% canalizador (n = 1), 3,3% advogado (n = 1), 3,3% secretária (n = 1); 3,3% operador de caixa (n = 1); 3,3% auxiliar de ação médica (n = 1); 3,3% bombeiro (n = 1); (6,7%) eletricista (n = 2); 3,3% enfermeira (n = 1); 6,7% assistente social (n = 2); 3,3% jurista (n = 1); 3,3% informático (n = 1); 3,3% motorista (n = 1); 3,3% decoradora (n = 1); 3,3% polícia (n = 1); 3,3% empresário (n = 1); 3,3% formadora (n = 1); 3,3% gestor (n = 1) e, por fim; 3,3% médica (n = 1). Com estes dados, pode-se

constatar que as mães estão mais presentes na vida destas crianças, seguindo-se os pais, as tias, o tio e o avô. Além disso, as respetivas profissões são prestigiadas onde se deduz que as suas qualificações académicas e profissionais são relevantes.

Relativamente à situação familiar, 70% encontram-se casados ou a viver em união de facto (*n* = 21), 6,7% pertencem a uma família reconstituída (*n* = 2) e 23,3% a uma família monoparental (*n* = 7). Dos resultados pode inferir-se que o conceito de família é valorizado pelos inquiridos, sendo que, apenas 7 pertencem a uma família monoparental.

Das crianças pertencentes às famílias inquiridas, 70% são do sexo masculino (*n* = 21) e 30% do sexo feminino (*n* = 9), sendo que, 50% dessas crianças estão diagnosticadas com PEA (*n* = 15). No que se refere às suas idades 10% (*n* = 3) têm 1 ano de idade; 13,3%, (*n* = 4) têm 2 anos; 36,7%, (*n* = 11) têm 3 anos, sendo estas as mais frequentes; 13,3%, (*n* = 4) têm 4 anos; 20%, *(n* = 6) têm 5 anos e, por fim; 6,7%, (*n* = 2) têm 6 anos. Ainda, 17 destas crianças têm irmãos e 13 não têm. Também, se pode verificar que o autismo é mais incidente no sexo masculino e que a maioria dos casos não diagnosticados incidem sobre crianças mais novas.

Perante as questões respondidas pelos Pais, familiares e / ou Encarregados de Educação constatámos que as principais preocupações são as dificuldades na linguagem (26,4% ; *n* = 29), as dificuldades motoras (22,7%; *n* = 25), os balanciamentos do corpo (20,0%; *n* = 22), as dificuldades múltiplas (17,3%; *n* = 19), as dificuldades auditivas (8,2%; *n* =9), as dificuldades visuais (4,5%; *n* = 5) e por último a socialização (0,9%; *n* =1).

Todos os inquiridos referiram que colaboraram no Plano Educativo Individual e no Programa Educativo, juntamente com a Educadora e com a Equipa de Intervenção Precoce.

Quanto ao "apoio sentido por parte da Equipa", 90% das crianças (*n* = 27) são acompanhadas por um(a) Educador(a) de Apoio, sentindo-se na maior parte dos inquiridos apoiados. Na sua opinião apenas 10% (*n* = 3), reivindicam que deveria haver mais horas de Intervenção Precoce e mais profissionais no terreno. Além disso, 50% (*n* = 15) referem também que a existência de diagnóstico seria fundamental, para que a intervenção com a criança fosse mais eficaz. O inquirido que respondeu que não se sente apoiado refere que *precisa de mais informação e maiores esclarecimentos para poder lidar da melhor forma com a criança*. De entre os inquiridos, a maior parte (*n* = 29) mencionaram que são ouvidas as suas sugestões / necessidades da família e em relação à satisfação com o acompanhamento prestado à criança, 90% dos inquiridos (*n* = 27) responderam que sim, sendo que 10% dos inquiridos (*n* = 3) responderam que não. Estes sugerem mais sessões de consecutivas, referindo que se sentem um pouco desamparados.

Em relação às terapias, todos os inquiridos (*n* = 30), mencionaram que têm terapias, nomeadamente, 35% têm "terapia da fala" (*n* = 21), 40% "terapia ocupacional" (*n* = 24) e 25% "fisioterapia" (*n* = 15). Embora, apenas 15 destas crianças se encontrem diagnosticadas com PEA, as restantes crianças têm já algumas terapias, o que parece ser fundamental para o apoio precoce nas dificuldades mais evidentes.

Relativamente às relações com a Escola e com a Educadora titular, 86,7% dos inquiridos (*n* = 26) responderam que a relação com a escola é boa e 13,3% inquiridos responderam que a relação com a Escola é muito boa (*n* = 4); 86,7% (*n* = 26) referiram que a relação com a Educadora é boa, 3,3% (*n* = 1) que é menos boa e 10% (*n* = 3) que a relação é muito boa. De facto é imprescindível que haja uma boa relação com a Escola, nomeadamente com a Educadora, para propiciar o sucesso da criança.

Quanto à participação nas atividades escolares quando são solicitados, 96,7% dos indivíduos questionados (*n* = 29) responderam que participam e apenas 3,3% não participam (*n* = 1). A análise revela que os responsáveis por estas crianças são interessadas e gostam de participar nas atividades escolares quando solicitadas, conscientes da importância desta interação enriquecedora. Dos pais, familiares e / ou encarregados de educação inquiridos, 27,3% referiram que veem a escola como "um local de aprendizagens" (*n* = 30); 20,9% como "apoio à família" (*n* = 23); 26,4% como "socialização da criança" (*n* = 29) e 25,5% como "aumento da autonomia" (*n* = 28).

Em suma, dos resultados ressalta que a escola é fundamental para estas crianças, sendo percecionada como um local de aprendizagens (100%), mas também, quase em simultâneo como fator de socialização da criança (96,7%) e incentivo para promover a sua autonomia (93,3%), ao mesmo tempo que apoia as famílias na sua missão.

No que diz respeito aos questionários aos Educadores e Técnicos que trabalham em Intervenção Precoce também foi utilizada uma amostra de 30 sujeitos (*N* = 30), 70% do género feminino (*n* = 21) e 30% do género masculino (*n* = 9). As suas profissões são também distintas nomeadamente: 13,3% terapeutas da fala (*n* = 4); 13,3% terapeutas ocupacionais (*n* = 4); 23,3% psicólogas (os) (*n* = 7); 13,3% fisioterapeutas (*n* = 4) e; 36,7% educadoras (es) (*n* = 11).

De acordo com os inquéritos, 46,7% dos profissionais são licenciados (as) (*n* = 14); 50% têm o grau de mestre (*n* = 15) e; 3,3 o doutoramento (*n* = 1). Destes profissionais 96,7% têm especialização em Educação Especial (*n* = 29).

À exceção de um profissional, todos têm experiência com crianças com PEA. Assinale-se que a grande maioria destes profissionais parecem possuir competência profissional para trabalhar com crianças com PEA, apresentando bastantes anos de experiência nesta área. A experiência profissional dos profissionais inquiridos varia dos 5 aos 43 anos de serviço e 16,7% dos inquiridos exercem funções no privado (*n* = 5); 76,7% trabalham na função pública (*n* = 23) e 6,7% trabalham em Instituições Particulares de Solidariedade Social (*n* = 2).

Dos profissionais inquiridos, 80% (*n* =24) consideram que existe colaboração por parte dos Pais / Encarregados de Educação e 20% (*n* = 6) acham que não existe colaboração, considerando que estes deveriam ajudar as crianças na realização das suas tarefas, estar mais presentes na vida do(a) filho(a) e fazer o que lhes é solicitado por parte da Educadora / Equipa de IPI.

Os contactos entre a Escola e a Família são feitos pessoalmente ou por telemóvel por parte dos pais, de modo, a perceberem como está o desenvolvimento e comportamento do(a) seu(sua) educando(a), ou apenas como decorre o seu desenvolvimento.

Constatou-se, também que, 26,7% das Mães (*n* = 8) contactam a Educadora ou a Equipa de IPI, 3,3% Pai (*n* = 1) e 70% Mães e Pais juntos (*n* = 21).

Verificou-se também que, de acordo com os profissionais, 16,7% Encarregados de Educação (*n* = 5) não seguem as orientações sugeridas pela Educadora / Equipa de IPI o que parece ser contraproducente.

Em relação às atividades escolares, 73,3% (*n* = 22) dos pais envolvem-se nas atividades e 26,7% (*n* = 8) não se envolvem. Uma das constatações é que, apesar das dificuldades das famílias, relacionadas com a vida pessoal e profissional, seria desejável que, houvesse uma maior colaboração.

As maiores dificuldades das crianças com PEA, de acordo com a opinião dos Educadores e Técnicos de Intervenção são as seguintes: (i) dificuldades motoras (23,4%); (ii) balanceamento do corpo (23,4%); (iii) dificuldades visuais (0,8%); (iv) dificuldades auditivas (13,7%) (v) dificuldades na linguagem (14,5%), e, ainda; (vi) dificuldades múltiplas (24,2%).

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Procurando dar resposta aos objetivos delineados, através da análise dos resultados é possível efetuar algumas conclusões. Assim, constata-se que, atualmente, a infância tem vindo a ganhar uma importância crucial como nunca teve ao longo da história.

No que respeita aos resultados obtidos através à nossa amostra dos Pais, Familiares e / ou Encarregados de Educação, é possível comprovar, tal como é referenciado na literatura, que a PEA tem maior incidência no sexo masculino e menor incidência no sexo feminino.

Os dados do nosso estudo revelam ainda que o maior número de casos incidiu nas seguintes faixas etárias: em primeiro lugar nos 3 anos, seguindo-se os 5 anos, de seguida, os 2 e os 4 anos, depois 1 ano e, por fim, os seis anos. Assinale-se, contudo, que, apenas 15 casos estejam diagnosticados como PEA e os restantes não tenham ainda qualquer diagnóstico. Os dados recolhidos vão ao encontro de outros resultados (Filipe, 2015), confirmando que, na maior parte dos casos o diagnóstico é tardio. Saliente-se como positivo, o facto de bastantes casos usufruírem já de alguns apoios, apesar de não terem ainda um diagnóstico definitivo.

Decorrente da nossa investigação parece-nos importante referir a importância crucial de que que o diagnóstico seja o mais precoce possível, sendo que, de acordo com Filipe (2015), o diagnóstico da PEA deve ser iniciado logo pela observação do comportamento, nomeadamente, através do balanceio do corpo, dos gestos e sons repetitivos, da rigidez na expressão da mímica corporal, das peculiaridades da comunicação verbal, assim como através do desajuste da entoação, da altura e densidade da voz e, da comunicação não-verbal, quando o olhar é desviado e se dá a desadequação dos gestos e da mímica, as posturas corporais invulgares, as particularidades da marcha, podendo ser rígida, sem balanceio dos braços e em bicos de pé e, ainda, através da maneira de cumprimentar, desviando o olhar assim como a falta de naturalidade do aperto de mão. Assinale-se que muitas vezes a maior parte destas dificuldades são sinalizadas pelos pais, familiares e / ou encarregados de educação e por educadores e técnicos que trabalham em IPI, mas depois acabam por ser desvalorizados aquando da realização dos diagnósticos.

Por outro lado, e tendo a PEA uma componente fortemente *genética* importante, sendo provavelmente uma situação com hereditariedade complexa, é muito importante continuar-se a trabalhar nesta área. De acordo com pesquisas já referidas anteriormente foram divulgadas conclusões que revelam que os pais das crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo começam a notar um problema de desenvolvimento antes do primeiro aniversário do filho, isto confirma-se, uma vez que, nos casos que estudámos, as preocupações com a visão e a audição foram relatadas com mais frequência. Já as diferenças nas habilidades sociais, de comunicação e motoras finas são mais evidentes a partir dos 6 anos de idade, dificultando o diagnóstico mais precoce. No entanto, e apesar do diagnóstico de autismo poder ser confiável, válido e estável já aos 2 anos, a maioria das crianças não é diagnosticada com PEA até aos 4 anos. Assim sendo, é fundamental que as crianças com PEA sejam avaliadas o quanto antes, logo que as preocupações do desenvolvimento sejam reconhecidas, de forma a poder efetuar-se uma intervenção o mais cedo possível.

Em relação às principais dificuldades assinaladas pelos Pais as que têm maior incidência são as seguintes: (i) dificuldades na linguagem (ii) dificuldades motoras; (iii) balanceamento do corpo; (iv) dificuldades múltiplas; (v) dificuldades auditivas seguindo-se as dificuldades menos assinaladas, como as dificuldades visuais, as que foram assinaladas apenas por um inquirido, sendo esta, a dificuldade na socialização e, ainda, a opção não tem dificuldades, que não foi assinalada por nenhum inquirido.

Sendo a família a base fundamental para o desenvolvimento de qualquer criança, é natural que daí parta o primeiro alerta para despoletar a existência de algum sinal desta perturbação. No que diz respeito à audição, muitas vezes, as crianças com PEA, parecem surdas, dificultando o disgnóstico. Estudos de Osterling e Dawson (1994), Palomo, Belicnchon e Ozonoff (2006) revelam que estas crianças ficavam menos tempo a olhar para outras pessoas, que eram menos sensíveis quando alguém chamava pelos seus nomes e, não desenvolviam gestos básicos, como por exemplo, apontar, com frequência, sendo estes gestos fundamentais para definir a fase de desenvolvimento da linguagem (Rogers & Dawson, 2010).

Segundo Cossio, Pereira e Rodriguez (2018) quanto mais cedo for iniciada a Intervenção Precoce na PEA, maiores serão as possibilidades da criança se desenvolver, sendo necessário que esse apoio coloque o enfoque no desenvolvimento, no contexto e se sustente nas práticas centradas na família Cardoso e Françoso (2015, citados por Cossio, Pereira, & Rodriguez, 2018).

Além disso, se houver um diagnóstico, com maior facilidade os pais aceitam e compreendem as dificuldades dos seus filhos, ajudando-os nesse sentido porque o tempo no autismo é fundamental, e a neuroplasticidade é um motivo impulsionador para que os profissionais da saúde e educação invistam na identificação de sinais precoces de desenvolvimento e de intervenção precoce.

Assinalem-se ainda os importantes sinais de alerta no desenvolvimento da linguagem segundo Rombert (2013), em idades compreendidas entre os 12 meses e os 5 anos, de acordo com as respetivas faixas etárias. São apenas referidos os sinais de alerta, relativamente ao desenvolvimento da linguagem até aos 6 anos, atendendo a que a presente investigação se focaliza na Intervenção Precoce que abrange a faixa etária dos 0 aos 6 anos.

Quanto à perturbação da interação social, nos sujeitos com PEA, esta é normalmente restrita a um reduzido número de contactos ou, por vezes a contactos quase inexistentes. Sendo que, no questionário destinado aos Educadores e Técnicos de Intervenção Precoce, pode-se verificar que os inquiridos, possuidores de bastante experiência nesta área, vão ao encontro da opinião dos especialistas e dos Pais, familiares e / ou Encarregado de Educação, podendo-se concluir que quanto mais cedo houver Intervenção Precoce, melhores resultados se obterão, principalmente se também houver participação da família.

Na opinião de Caraças (2016) as equipas de IPI deverão ser transdisciplinares e deverão realizar um trabalho junto da família, já que esta constitui um elemento fundamental no apoio que é prestado à criança. Também que a satisfação das famílias cria um notável indicador do trabalho desenvolvido pelos serviços IPI reconhecem os pontos fortes e fracos do apoio prestado à família, ferramentas essenciais para técnicos e responsáveis de qualquer serviço de IPI (Caraças, 2016).

É atualmente consensual também, que o envolvimento entre Escola / Casa e Casa / Escola é imprescindível para o desenvolvimento global das crianças, nomeadamente das que apresentem a patologia da PEA ou características da mesma. Para além disso, a precocidade da intervenção prende-se com a deteção e diagnóstico das situações e sinalização correspondente para os programas, de acordo com Breia, Chaves e Colôa, (2004). Daí, também haver a preocupação por parte da Escola ou da família no que diz respeito à procura de intervenção, independentemente da sua área.

Para finalizar, tendo em atenção os objetivos delineados, constatou-se que não se pode deixar de destacar e reforçar a importância da interação e colaboração constante entre as famílias e as Equipas Técnicas, de modo que o mútuo conhecimento da história da família,

das suas dificuldades, das suas potencialidades, dos seus problemas e da sua envolvência sociocultural possam ajudar a desbloquear mais rapidamente algumas dessas dificuldades, acelerar o processo de diagnóstico e facilitar a integração e progressão da criança.

Outro aspeto importante a destacar é a necessidade de dar às famílias mais informação e procurar esclarecer melhor os familiares sobre a perturbação da sua criança e sobre a melhor forma de atuar, incrementando situações de comunicação a fim de esclarecer as famílias que o desejarem. Pela análise dos questionários, verifica-se que todas as famílias inquiridas consideram positiva a sua relação com a escola, mantém uma boa ou muito boa relação com a Educadora, fatores de extrema importância para minorar as inibições e dificuldades das crianças e promover a sua evolução e sucesso educativo.

Em jeito de conclusão…

De um modo geral, conclui-se que, quer o envolvimento da família na IPI, são essenciais e imprescindíveis para o desenvolvimento da criança num todo. A partir dos dados analisados, pode-se verificar a importância do acompanhamento tanto por parte dos pais e familiares inquiridos, como por parte da escola e da equipa de Intervenção Precoce.

A família é o núcleo fundamental para o desenvolvimento de qualquer criança. Para Cunha (2010, citado por Filho, Nogueira, Silva, & Santiago, 2016), a criança depende dos familiares, enquanto membros sociais mais competentes e fornecedores de cuidados básicos necessários à satisfação de suas necessidades, exercendo uma enorme influência no seu desenvolvimento. Brewer et al. (1989, p. 1055, citados por Correia & Serrano, 2000) mencionam que:

> (…) o atendimento centrado na família assenta numa filosofia de atendimento, onde o papel fundamental da família é reconhecido e respeitado nas vidas das crianças com cuidados especiais de saúde. Esta filosofia partilha a ideia de que as famílias devem ser apoiadas nos seus ambientes naturais e nos seus papéis de decisão, através do reforço das capacidades únicas que possuem como pessoas e comunidade; pais e profissionais são tidos como parceiros iguais no compromisso de desenvolver uma ótima qualidade na prestação de serviços de saúde a todos os níveis. Para atingir estes aspetos, os atendimentos centrados na família e centrados na comunidade devem ser cuidadosamente interligados num completa e eficaz coordenação dos cuidados para todas as crianças com cuidados especiais de saúde.

Assim, do presente estudo importa destacar, nomeadamente: (i) que é fundamental estar atento aos sinais de alerta; (ii) que os técnicos devem conhecer bem o desenvolvimento normal da criança nas diferentes etapas e variantes; (iii) que os profissionais de educação devem tentar conhecer a história de família das suas crianças; (iv) que é imprescindível uma Intervenção Precoce; (v) que o diagnóstico é essencial para que haja uma intervenção mais adequada; (vi) que existe satisfação por parte dos pais em relação à escola e profissionais que trabalham em IPI; (vii) que as principais dificuldades destas crianças são as motoras, balanceamento do corpo e dificuldades de linguagem; (viii) que os pais parecem ser mais condescendentes e menos capazes de detetar as múltiplas dificuldades dos filhos, que os técnicos; (iv) que os pais valorizam essencialmente a boa relação com a Educadora, coincidindo esta com a boa relação com a Escola; (x) que pai e mãe juntos dão mais apoio e seguem mais as orientações dos profissionais de educação e, por fim; (xi) que as famílias monoparentais e reconstituídas parecem dar menos apoio aos filhos.

Acredita-se que este trabalho possa contribuir de forma significativa para a investigação educacional, permitindo aumentar o corpo da investigação que visa analisar como se processa e desenvolve a colaboração entre pais e outros familiares e / ou encarregados de educação e os educadores de infância e outros técnicos de Intervenção Precoce. Pensa-se que os dados obtidos possam dar um contributo para uma maior consciencialização da importância de intervir o mais cedo possível atuando juntamente com a família, possibilitando assim, uma evolução da criança num todo.

Das limitações advindas da amostra e da metodologia utilizada, estamos conscientes de que as conclusões apenas se aplicam à amostra em estudo, não podendo ser extrapolados com confiança para o Universo, pois, não existe garantia de que a amostra seja de modo razoável representativa do Universo, pelo que seria então aconselhável alargar o estudo a uma população maior.

No que concerne, a futuras investigações desta natureza, seria interessante e pertinente aprofundar esta temática, dando maior ênfase à importância da IPI , assim como, à colaboração dos familiares e dos técnicos, pois, quanto mais cedo for diagnosticada a criança e iniciada a forma de intervenção mais adequada, melhores resultados se obterão no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 5.ª edição (DSM-V). Lisboa: Climepsi Editores.

Bailey, D. B. & Worley, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities*. New York, Maxwell Macmillan International.

Breia, G., Almeida, I. C. de, & Colôa J. (2004). *Conceitos e práticas em intervenção precoce*. Edição: Ministério da Educação.

Caraças, M. G. (2016). *Práticas de intervenção precoce e satisfação das famílias*. Tese de Mestrado. Évora; Escola de Ciências Sociais. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1549/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20qualidade%20em%20interven%C3%A7%C3%A3o%20precoce.pdf

Carvalho, M. L. B. (2011a). *Avaliação da satisfação das famílias com as respostas de Intervenção Precoce na região Oeste*. Tese de Mestrado, Lisboa; Instituto Superior de Educação e Ciências. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10740/1/Tese%20Leonor%20%20PDF.pdf

Carvalho, O. de (2011b). *De pequenino se torce o destino – o valor da intervenção precoce*. Porto: Legis Editora.

Cooley, N., & Cooley, J. (1994). Great Expectations: Using an Early Childhood Whole Language Curriculum to Teach 6- Through 11-Year-Old Students in a TMI Classroom. *Focus on Autistic Behavior*, 9(1), 1-18. Disponível em. https://doi.org/10.1177/108835769400900101

Corrêa, M. C. C. B. & Queiroz, S. S. de (2017). A família é o melhor recurso da criança: análise das trocas sociais entre mães e crianças com transtorno do espectro do autismo. *Ciências & Cognição*, 22(1), 41-62., Disponível em: https://www.escavador.com/sobre/2644190/monica-cola-cariello-brotas-correa

Correia, L. de M. (1997a). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. M. & Serrano A. M. (2000b). *Envolvimento parental em intervenção precoce*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. de M. (2008c). *A escola contemporânea e a inclusão com alunos com NEE – Considerações para uma educação com sucesso*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. de M. (2013d). *Inclusão e necessidades educativas especiais. Um guia para educadores e professores*. Porto: Porto editora. 2.ª Edição.

Cossio A. do P., Pereira, A. P. da S., & Rodriguez, R. de C. (2018). *Educação Especial*. 31(60), 9-20., Doi: 10.1590/s1413-65382317000400003

Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. *Mental Retardion Development Disability Research Revew*. 13(4), 370-8. doi: 10.1002/mrdd.20176

Filipe, C. N. (2015). *Crescer e viver diferente*. Lisboa: Verso de kapa.

Filho, A. L. M. N.; Nogueira, L. A. N. M.; Silva, K. C. de O.; & Santiago, R. F. (2016). The importance of the family in the care of autist children. *Revista Saúde em foco* 3(1), 66-83, Disponível: www4.fsanet.com.br/revista.

Kennedya, D. P. & Courchesneab, E. (2008). The intrinsic functional organization of the brain is altered in autismo. *NeuroImage*, 39(4), 1877-1885. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.10.052

Ghiglione, R. & Matalon B. (1993). *O inquérito*. Lisboa: Celta Editora. 2.ªEdição.

Hill, M. M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo. 2.º Edição.

Hume, K., Bellini, S., & Pratt, C. (2005). The Usage and Perceived Outcomes of Early Intervention and Early Childhood Programs for Young Children With Autism Spectrum Disorder. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25(4), 195–207. https://doi.org/10.1177/02711214050250040101

Ministério da Educação (1978). *Decreto-Lei* n.º 314/78. Disponível em: https://dre.pt/application/conteudo/327823

Ministério da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (1999). Despacho Conjunto nº 891/99 de 19 de Outubro. Diário da República nº 244 -, 2ª Série. Lisboa., Disponível em: https://dre.tretas.org/dre/107061/despacho-conjunto-891-99-de-19-de-outubro

Ministério da Educação (2009). Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro. Disponível em: https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2009/10/06/p/dre/pt/html

Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades educativas especiais na sala de aula*. Porto: Porto Editora.

Oono, I. P, Honey. E.J., McConachie, H. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4, CD009774. DOI: 10.1002/14651858.CD009774.pub2.

Osterling, J. &, Dawson, G. (1994). Early recognition of children with autism: a study of first birthday home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24 (3): 247-257, doi:10.1007/BF02172225

Palomo, R., Belinchón, M., & Ozonoff, S. (2006). Autism and family home movies: a comprehensive review. *Journal of Develeopment Behaviour Pediatric*. 27(2), 59-68, Disponíbvel em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16685187

Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Rogers S. J. & Dawson, G. (2010). *Intervenção precoce em crianças com autismo: modelo denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização*. Lisboa: Lidel.

Schuchat, A. (2012). *Centers for disease control and prevention*. Disponível em: https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html.

UNICEF (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf

Williams, D. L., & Minshew, N. J. (2007). Understanding autism and related disorders: what has imaging taught us?. *Neuroimaging clinics of North America*, 17(4), 495–ix. doi:10.1016/j.nic.2007.07.007

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Roberto Chiodelli

UM IMPERATIVO DA EDUCAÇÃO: BEM-ESTAR INDIVIDUAL DOS UNIVERSITÁRIOS: UM ESTUDO COMPARATIVO PORTUGAL-BRASIL

Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim
UMA, CAPES/FUNCAP – UNIFOR
(hjardim@staff.uma.pt)

Maria Regina Teixeira Ferreira Capelo
SRE/CLEPUL – UNIFOR
(m.regina.capelo@gmail.com)

Christina César Praça Brasil
UNIFOR
(cpraca@unifor.br)

Ana Fontenelle Catrib
UNIFOR
(catrib@unifor.br)

Geraldo Bezerra da Silva Júnior
UNIFOR
(geraldobezerrajr@yahoo.com.br)

John Miguel Costa Varela
SRE/CLEPUL
(jmcvarela@gmail.com)

Noemí Serrano-Diaz
UCA
(noemi.serrano@uca.es)

RESUMO

Este estudo pretende identificar os valores da dimensão Bem-Estar Individual, defendidos pelos estudantes da Universidade da Madeira (UMa) e da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Participaram 605 universitários (225 da UMa e 380 da UNIFOR), com idades compreendidas entre 18 e 24 anos de cursos de graduação/licenciatura que responderam ao Questionário Estruturado sobre os Valores (adaptado do *European Values Survey*). Os resultados indicam que a maioria dos participantes é do sexo feminino (65.3% UMa e 74.2% UNIFOR) e solteira (96.0% UMa e 96.3% UNIFOR). No concernente ao bem-estar individual, grande parte da população sente-se instável (53.8% UMa e 53.2% UNIFOR) e ansiosa (36.1% UMa e 41.6% UNIFOR), pouco/nada satisfeitos com a sorte (UMa 48.8% e UNIFOR 38.4%), com a saúde (UMa 47.6% e UNIFOR 23.4%), com o trabalho (UMa 42.6% e UNIFO 42.4%) e com a posição social (UM 37.4% e UNIFOR 24.8%), sendo os aspetos de satisfação mais valorizados a família (UMa 92.4% e UNIFOR 93.4%), a saúde (UMa 92% e UNIFOR 76.6%) e ter um bom emprego (UMa 91.6% e UNIFOR 96.8%). A maioria se considera pessoas com *sucesso na vida* (UMa 57.8% e UNIFOR 85.8%), entendem que ter sucesso na vida se deve a integrar uma família feliz (UMa 72.4%) e ser uma pessoa de bem (UMa 57.8%). Acreditamos que o conhecimento do Bem-Estar Individual de estudantes universitários possibilita o estabelecimento de programas direcionados à saúde mental, com intervenções de promoção e prevenção da saúde que objetivem a melhora da qualidade de vida e o aumento do bem-estar.

Palavras-Passe: valores, estudantes universitários, bem-estar individual, sucesso na vida, satisfação pessoal.

INTRODUÇÃO

A educação superior é alvo de reflexão e debates particularmente pelo incremento das oportunidades de ingresso dos jovens neste nível de ensino. Na década de 50, do século XX, havia cerca de sete milhões de estudantes universitários no mundo, passando para 64 milhões na década de 90, o que demonstra um crescimento notável (Joly, Santos & Sisto, 2005). Esse crescimento suscita reflexões sobre as demandas que acarretam, seja pela maior heterogeneidade quanto às características dos estudantes (classe social, gênero, idade, situação de trabalho, objetivos e expectativas), como, também, pelas necessidades apresentadas pelos estudantes, sejam elas de ordem acadêmica ou psicossociais (Joly, Santos & Sisto, 2005; Schleich, 2006). Os estudantes universitários representam o futuro das famílias, comunidades e países. Diariamente enfrentam as tensões de alcançar o sucesso em seus objetivos acadêmicos, (El Ansari, Stock, 2010) e é-lhes exigida maior competitividade que lhes imprime níveis elevados de estresse (Eisenberg , Gollust, Golberstein & Hefner, 2007).

A Universidade é um período de responsabilidade pelas escolhas e práticas de estilo de vida, (Colic, Satalic& Lukesic, 2003) onde os estudantes são expostos aos desafios da vida adulta jovem (Arnett, 2000). Logo, as instituições de ensino devem estar preparadas para promover durante o processo de formação acadêmica, além do desenvolvimento cognitivo e profissional, o desenvolvimento pessoal, afetivo e social dos estudantes (Schleich, 2006). Passar a ser um estudante universitário representa uma nova fase na vida de muitos estudantes que ingressam na educação superior. Esta nova fase implica mudanças nas condições de vida e exige uma adaptação a uma nova realidade (Roberts, Golding, Towell, Reid & Woodford, 2000) que pode gerar ansiedades e, até mesmo, interferir no desempenho acadêmico (Ferraz & Pereira, 2002; Schleich, 2006). As quatros principais mudanças pelas quais os universitários têm que lidar após ingressarem em uma universidade (Santos, Noronha, Amaro & Villar, 2005) são, nomeadamente, as académicas, sociais, pessoais e vocacionais.

Além disso, salienta-se que o estilo de vida dos estudantes universitários envolve comportamentos de risco, pouco saudáveis que podem comprometer a saúde e a qualidade de vida. Muitas vezes, os estudantes universitários vivem longe de casa lidando, frequentemente, com questões em torno de constrangimentos financeiros, interação social e solidão. (von Bothmer, Fridlund, 2005; Lee, Loke, 2005), aumentando assim a suscetibilidade à mudança no estilo de vida nomeadamente, nos aspetos relacionados com hábitos alimentares, de sono, práticas de exercícios físicos, consumo excessivo de álcool, tabaco e até mesmo de outras substancias aditivas. (Finkelstein, Kubzansky, Goodman, 2006; Martins, Pacheco & Jesus, 2008). Estas características ressaltam a importância do bem-estar individual (físico e psicológico/mental) dos estudantes universitários (Mikolajczyk et al., 2008; Stock et al., 2003) em relação ao da população geral.

O interesse por estudos com estudantes universitários e suas experiências na universidade tem aumentado no âmbito do bem-estar individual. (Teixeira et al., 2007). Passou a ser essencial conhecer melhor a realidade vivenciada pelos estudantes universitários como uma

forma de identificar, não apenas fatores que podem gerar evasão escolar ou dificuldades durante o curso, mas também aspetos relacionados ao desenvolvimento psicossocial do estudante (Teixeira et al., 2007). Conforme evidências científicas os estudantes universitários tendem a aumentar o risco de fumar, comparando com os colegas de mesma idade que não frequentam a faculdade (Gilpin, White & Pierce, 2005). Do mesmo modo, os estudantes da Suécia e do Reino Unido parecem ter uma qualidade de vida mais baixa do que a dos jovens trabalhadores da mesma idade (Stewart-Brown, 2000; Vaez, Kristenson, Laflamme, 2007). Acresce que referem mais queixas de saúde, todavia não procuram ajuda para estes problemas (Boot, Donders, Vonk & Meijman, 2009; Stewart-Brown, 2000; Vaez, Kristenson, Laflamme, 2007). Na Alemanha, os universitários evidenciaram problemas de saúde mental (idade entre 21-30 anos) (Kurré, Scholl, Bullinger & Petersen-Ewert, 2011), assim como queixas psicossomáticas ocorreram em estudantes universitários de diferentes países europeus (Stock et.al, 2003; Stock et.al, 2008). Apesar das descobertas preocupantes de muitos países em todo o mundo e a subsequente implementação de programas de promoção de saúde nas Universidades realçando-se o bem-estar individual, constata-se que estes não têm surtido o efeito desejado, nem a devida atenção.

Revelamos que uma das mudanças sofridas pelos estudantes que ingressam no ensino superior se relaciona com a aquisição de novos relacionamentos interpessoais. Teixeira et al. (2007), a necessidade de estabelecer uma rede de amizades e de apoio para que se possa integrar e adaptar melhor ao contexto universitário. Os pesquisadores observaram alterações nos padrões de sono e da força anímica para o dia-a-dia. Esses dados são preocupantes, tendo em vista que é importante para o bem-estar individual que o estudante tenha momentos de lazer, se sinta protegido e tenha um ambiente físico saudável, o que parece pouco presente na vida dos estudantes. Em consonância, Eurich e Kluthcovsky (2008) afirmam que o lazer está associado a um cuidar de si, o que gera conforto, alívio, alegria e tranquilidade, sendo essencial para a melhoria do bem-estar. Do mesmo modo, explicam que quando não ocorre uma adaptação eficaz, originam-se problemas emocionais que interferem no desempenho acadêmico, ocasionando situações de isolamento, evasão escolar, desânimo, dificuldades na aprendizagem e nos relacionamentos interpessoais.

As emoções negativas estão relacionadas com sentimentos desagradáveis, como angústia, ansiedade, aborrecimento, estresse, tensão, pessimismo, medo e tristeza, o que parece estar bastante presente na perceção afetiva desses estudantes (Albuquerque & Tróccoli, 2004). Torna-se imperioso incrementar a frequência de sentimentos agradáveis, de bem-estar e felicidade no meio universitário, como por exemplo a prática de atividade física e a utilização de estratégias com os estudantes que proporcionem a capacidade de se adaptarem a novas situações, o que reforça a teoria de Marinho et al. (2012), onde refere que os comportamentos positivos frente à saúde influenciam o bem-estar individual e a qualidade de vida. Muitos estudantes têm um cotidiano agitado, com inseguranças e incertezas vivenciadas na contemporaneidade, sendo primordial que advenham melhorias no meio em que o estudante vive, com equipamentos básicos e redes de apoio que possibilitem o desenvolvimento de hábitos psicossociais saudáveis e adequados.

O bem-estar individual é um tema amplo, que inclui várias vertentes, tais como as respostas emocionais dos indivíduos, a satisfação com domínios de vida e apreciações globais de sucesso na vida (Ribeiro, 2005). O ter sucesso na vida é considerado um dos principais indicadores de bem-estar individual, estando incluído na dimensão cognitiva (Oliveira et al., 2008). O conceito de bem-estar é subjetivo e apareceu por volta dos anos sessenta, sendo um conceito complexo que abrange uma dimensão cognitiva e uma afetiva, juntando outros conceitos e dimensões de estudo como a qualidade de vida, emoções negativas e emoções positivas (Ribeiro & Galinha, 2005). A componente cognitiva do bem-estar individual seria a satisfação vital, que corresponde a domínios específicos, enquanto a componente afetiva se refere à presença de sentimentos positivos, denominados por alguns de felicidade (Morales et al., 2011).

O bem-estar individual pode ser considerado como uma medida que inclui a presença de emoções positivas, com ausência de emoções negativas e a presença de sentimentos de sucesso na vida (Diener, Suh & Oishi, 1997). É um aspeto que pode favorecer a maneira como nos vemos a nós próprios e as outras pessoas, o que pode resultar no sentir maior prazer em vivenciar as situações do quotidiano.

O bem-estar por ser subjetivo é considerado um campo de estudo da psicologia positiva que busca entender a avaliação que o indivíduos faz da sua existência, sendo que essa avaliação relaciona-se com aspetos como a felicidade, a perceção de satisfação ou insatisfação com a vida e a frequência com que experimentam as emoções (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener et al., 1997). Considera-se cada vez mais importante entender os aspetos relacionados com este tema (Passareli & Silva, 2012), pois, a estimativa do bem-estar permite investigar a experiência individual de avaliação da vida e essa compreensão permite buscar contribuições para a melhoria da proficiência de vida e do bem-estar dos indivíduos (Giacomoni, 2004). Embora não exista unanimidade sobre a sua definição, muitos pesquisadores concordam quanto às dimensões, nomeadamente, a satisfação com a vida, os afetos positivos e os afetos negativos (Albuquerque & Tróccoli, 2004). É consensual que a perceção de "ter sucesso na vida" se reveste como o indicador principal de bem-estar individual, mas esta dimensão consta de um julgamento cognitivo de avaliação geral da própria vida, muito diversificado no que se refere às características dos estudantes (WHO, 2013).

O conceito de satisfação ou ter sucesso na vida foi definido como a valorização positiva que a pessoa faz da sua vida em geral e que envolve aspetos concretos desta, como sejam, a família, o percurso académico e profissional, a saúde, os amigos e os tempos de lazer (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; García-Viniegras & González, 2000, citados por Morales et al., 2011). A satisfação com a vida é um processo cognitivo de avaliação da própria vida, segundo um critério próprio, relacionado com aspetos específicos como por exemplo as relações sociais, a saúde e o trabalho (Joia & Donalisio, 2007).

As pesquisas sobre vivência académica revelam um processo que ocorre ao longo dos anos de graduação, marcante face às inúmeras transformações que têm atingido a sociedade em geral e a universidade em particular, assim como a organização económica, social, cultural e política. Cada vez mais, a informação e o conhecimento ocupam um papel essencial e o acesso à educação transformou-se num objetivo valorizado tanto pelos indivíduos, em busca de melhores condições de vida e de trabalho, como pelas nações que visam o aumento de sua capacidade de produzir inovação, criatividade e de excelência na resolução de problemas (Reason, 2009; Pascarella & Terenzini, 1998).

Atualmente, o usufruir de um curso superior é a opção natural e a esperada pela sociedade, após a conclusão do ensino secundário. Serve de elo de ligação entre a vida escolar e a inserção laboral, sendo visto pela maior parte dos estudantes universitários como uma forma privilegiada de realização pessoal e profissional (Bardagi & Boff, 2010; Magalhães & Redivo, 1998; Pachane, 2004).

A satisfação com a vida académica abarca três componentes: o curso, as oportunidades de aprendizagem/desenvolvimento e a instituição (Schleich, Polydoro & Santos, 2006). É considerada multidimensional por incluir várias áreas académicas como a qualidade do

ensino, o currículo, o relacionamento com os professores e colegas, a administração, as instalações e os recursos da universidade, além da perceção do estudante sobre o ambiente académico e intelectual da instituição.

Com o aumento de uma população académica cada vez mais heterogénea, surgiu a necessidade de se aumentar paralelamente a expansão dos estabelecimentos de ensino.

No entanto em Portugal, segundo Schleich et al. (2006), embora não exista grande acessibilidade ao ensino superior, constata-se pouca preocupação com as condições do ensino. As instalações resumem-se a salas de aula, com métodos de ensino ineficazes que podem dar origem a um currículo rígido, sem considerar a colossal diversidade de estudantes e suas características peculiares. O sucesso do estudante não se restringe às notas finais, engloba de sobremaneira o seu desempenho cognitivo, afetivo e social. A literatura demonstra que a educação superior provoca grandes mudanças nos alunos, a todos os níveis, quer por atividades académicas como não académicas (Pascarella & Terenzini, 2005).

Estudos realizados ao longo do tempo acerca desta temática evidenciam que o desenvolvimento do estudante é influenciado pelas oportunidades que tem para partilhar experiências e ideias na interação com outras pessoas e o seu sucesso está dependente do seu envolvimento com os recursos disponibilizados pelo estabelecimento de ensino (Schleich, Polydoro & Santos, 2006). A pesquisa em estudantes universitários, realizada por Bardagi e Boff, (2010), revela que a satisfação com a vida em geral e a satisfação com a vida académica estão intimamente relacionadas com a escolha de carreira, personalidade, otimismo, senso de identidade e orientação para a profissão, assim como com o êxito académico e satisfação com as atividades académicas. Nos alunos de educação física, Oliveira (1999), demonstra que o fato de trabalhar na área, demorar pouco tempo a chegar à universidade e ter mais idade, são aspetos que estão associados ao bem-estar individual. Face aos considerandos supramencionados, este estudo tem como objetivo geral identificar os valores da dimensão Bem-Estar Individual, defendidos pelos estudantes da Universidade da Madeira (UMa) e da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

METODOLOGIA

Na sequência da literatura exposta o presente estudo pretende identificar os valores da dimensão Bem-estar Individual, defendidos pelos estudantes da Universidade da Madeira (UMa), Portugal e da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Brasil. O estudo é descritivo e comparativo. A amostra é constituída por uma população representativa de universitários (n=605), sendo 225 da Universidade da Madeira (UMa) e 380 da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Os dados foram colhidos antes e depois das sessões letivas nos diferentes cursos, selecionados aleatoriamente em todos os centros das universidades. Como critérios de inclusão temos os jovens que frequentam os cursos de graduação/licenciatura, com idades entre 18 e 24 anos, sendo excluídos os que não se incluem na faixa etária estabelecida, os que frequentam cursos de pós-graduação e os que não preencham corretamente o questionário. Utilizou-se o Questionário Estruturado sobre os Valores (Lages, 1987, adaptado do *European Values Survey*), constituído por 30 questões compostas, agrupadas por 6 dimensões de valores e que são: Bem-estar Individual; Relações Interpessoais; Participação e Intervenção Social; Ética e Sentido da Vida; Família e os Valores Sociopolíticos. A recolha de dados decorreu no ano 2017, após aprovação pelo comitê de ética, e os participantes foram elucidados da confidencialidade e anonimato dos resultados, dos objetivos do estudo e da previsão de divulgação consequente, dando o seu consentimento informado no momento do preenchimento dos questionários. Foram, também, elucidados que podiam desistir a qualquer momento durante a participação, sem qualquer dano. Utilizou-se estatística descritiva mediante o cálculo de frequências, médias, moda, desvio padrão e valores mínimos e máximos.

O foco do estudo incide na dimensão BEM-ESTAR INDIVIDUAL que engloba questões tais como, satisfação pessoal, bem-estar físico e psicológico, conceção de Sucesso na Vida e o ter sucesso na vida e suas causas.

Resultados

A distribuição média por idades dos estudantes da UMa é 21.38 e da UNIFOR é de 20.94, com um desvio padrão de 2.00 e 1.95 respetivamente. O valor mínimo situa-se nos 18 anos de idade e o valor máximo nos 24 anos (Tabela 1). A maioria são do sexo feminino (65.30% na UMa e 74.20% na UNIFOR) e solteira (96% na UMa e 96.30% na UNIFOR). No que respeita à naturalidade na UMa a maioria é Portuguesa (96%) e na UNIFOR Brasileira (94.20%). No que respeita ao grupo étnico a maioria é de raça branca (96%) e parda (55%), respetivamente na UMa e na UNIFOR.

Tabela 1. Estatística descritiva da idade dos jovens por universidade

	Nº	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
UMa	225	18	24	21.38	2.00
UNIFOR	380	18	24	20.94	1.95

No que concerne ao bem-estar individual a maioria da população refere sentimentos de instabilidade (53.80% na UMa; 53.20% na UNIFOR) que se sente agitada e ansiosa (36.10% na UMa; 41.60% na UNIFOR), solitária (7.10% na UMa e 5.80% na UNIFOR), aborrecido/infeliz (UMa=5.30%e UNIFOR=3.90%) e doente (5.30%). Todavia, constatamos que uma parte significativa dos estudantes (46.20% na UMa; 46.80% da UNIFOR) refere sentir-se feliz (Tabela 2).

Tabela 2. Como se sentem os universitários (P3) por estabelecimento de ensino

Sentimento	UMa		UNIFOR	
	n	%	n	%
Aborrecido e infeliz	12	5.30	15	3.90
Solitário, pouco comunicativo	16	7.10	22	5.80
Feliz e satisfeito	104	46.20	178	46.80
Agitado ou ansioso	81	36.10	156	41.60
Doente	12	5.30	7	1.80
Total	225	100	380	100

No que concerne à *satisfação pessoal* constatamos que a maioria da população, alega estar muito satisfeita com as amizades (UMa=86,40% e UNIFOR=83.60%), a família que tem (UMa=76% e UNIFOR=84.80%), as habilitações que possuem (UMa=73.80% e UNIFOR=87.30%), a sua vida em geral (UMa=72.90% e UNIFOR=79.50%), as suas capacidades (UMa=71.50% e UNIFOR=77.10%), os seus bens (UMa=67.10% e UNIFOR=71.60%), a sua posição social (UMa=62.60% e UNIFOR=75.30), o seu trabalho (UMa=57.40% e UNIFOR=57.60%), a sua saúde (UMa=52.40% e UNIFOR=76.60%) e com a sua sorte (UMa=51.20% e UNIFOR=61.60%).

Em contrapartida, uma percentagem significativa dos estudantes, referem estar pouco ou nada satisfeitos com a sua sorte (UMa=48.80% e UNIFOR=38.40%), a sua saúde (UMa=47.60% e UNIFOR=23.40%), o seu trabalho (UMa=42.60% e UNIFOR=42.40%) e a sua posição social (UMa=37.40% e UNIFOR=24.80%) (Tabela 3).

Tabela 3. Satisfação Individual (P4) dos jovens por Instituição

Satisfação com:	UMa				UNIFOR			
	Muitíssimo/ Muito		Pouco/ Nada		Muitíssimo/ Muito		Pouco/ Nada	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sorte	115	51.10	110	48.90	234	61.00	146	38.40
Posição social	141	62.60	84	37.40	286	75.30	94	24.70
Capacidades	161	71.60	64	28.40	293	77.10	87	22.90
Saúde	163	72.40	87	28.60	291	76.60	89	23.40
Família	171	76	54	24	222	84.80	58	15.20
Amizades	181	80.4	44	19.6	318	83.70	62	16.30
Instrução	166	73.8	59	26.2	332	87.40	48	12.60
Bens	151	67.1	74	32.9	277	71.60	108	28.40
Trabalho	129	57.4	96	42.6	219	57.60	161	42.40
Vida	164	72.9	61	27.1	302	79.50	78	20.50

Relativamente ao *bem-estar físico e psicológico* quanto à importância atribuída às atitudes que se seguem todas são valorizadas, nomeadamente e por ordem decrescente: ter uma família feliz (UMa=92.40% e UNIFOR=93.40%), ter boa saúde (UMa=92% e UNIFOR=96.80%), ter um bom emprego, sucesso profissional (UMa=91.60% e UNIFOR=96.80%), gozar a vida (UMa=90.20% e UNIFOR=92.80%), direitos humanos (UMa=88.40% e UNIFOR=91.30%), progresso (UMa=88% e UNIFOR=93.70%), solidariedade (UMa=87.50% e UNIFOR=96%), fraternidade (UMa=87.10% e UNIFOR=94.20%), viver um grande amor (UMa=84.93% e UNIFOR=89.30%) e ganhar bem, ter dinheiro (UMa=80% e UNIFOR=90%) Contrariamente no que toca ao ter influência e poder os inquiridos maioritariamente (UMa=52.50% e UNIFOR=42.10%) atribuem pouca ou nenhuma importância (Tabela 4). Mais uma vez constatamos que os aspetos mais valorizados na satisfação pessoal são a instituição familiar e a saúde o que corrobora o anteriormente comentado.

Tabela 4. Importância das atitudes (P7) dos jovens por Instituição

Importância de atitudes como:	UMa				UNIFOR			
	Muitíssimo/ /Muito		Pouco/ Nada		Muitíssimo//Muito		Pouco/Nada	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gozar a vida	203	90.20	22	9.80	353	92.80	27	7.20
Ter dinheiro	180	80	45	20	342	90	38	10
Ter influência e poder	107	47.50	118	52.50	220	57.90	160	42.10
Ter sucesso profissional	206	91.60	119	8.40	368	96.80	12	3.20
Ter boa saúde	207	92	18	8	368	96.80	12	3.20
Viver um grande amor	191	84.90	34	15.10	339	89.30	41	10.70
Ter uma família feliz	208	92.40	17	7.50	355	93.40	25	6.60
Solidariedade	197	87.50	28	12.40	365	96	15	4
Progresso	198	88	27	12	356	93.70	26	6.30
Direitos Humanos	199	88.40	26	11.60	347	91.30	33	8.70
Fraternidade	196	87.10	29	12.90	358	94.20	22	5.80

No que respeita ao entendimento dos estudantes no que consiste o ter *Sucesso na Vida* a maioria alega que se deve ao ter uma família feliz (UMa=72.40%; UNIFOR=73.40%) e ao ser uma pessoa de bem (UMa=57.80%; UNIFOR=65.80%) (Tabela 5).

Em compensação, a maioria dos universitários entende que o ter *Sucesso na Vida* não implica obrigatoriamente ter muito poder e influência (UMa=92.90%; UNIFOR=91.30%), ter um bom automóvel, uma boa casa (UMa=92.40%; UNIFOR=93.70%), ter muito prestígio, ser muito considerado (UMA=90.20%; UNIFOR=85.80%), ser rico, ter muito dinheiro (UMA=85.80%; UNIFOR=88.40%), ter uma boa posição social (UMA=87.60%; UNIFOR=85.30%), ter uma empresa ou um negócio próspero (UMA=80.40%; UNIFOR=77.40%) e o ter a estima de quem o conhece (UMA=74.70%; UNIFOR=87.60%).

Tabela 5. Conceção do Sucesso na Vida (P10) dos jovens por Instituição

Em que consiste o sucesso na vida:	UMa				UNIFOR			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ter estima de quem o conhece	57	25.30	168	74.70	47	12.40	333	87.60
Ter muito poder e influência	16	7.10	209	92.90	33	8.70	347	91.30
Ter uma família feliz	163	72.40	62	27.60	279	73.40	101	26.60
Ter empresa/negócio próspero	44	19.60	181	80.40	86	22.60	294	77.40
Ter prestígio/ser considerado	22	9.80	203	90.20	54	14.20	326	85.80
Ser rico, ter muito dinheiro	32	14.20	193	85.80	44	11.60	336	88.40
Ter bom automóvel/ boa casa	17	7.60	208	92.40	24	6.30	356	93.70
Ser uma pessoa de bem	130	57.80	95	42.20	250	65.80	130	34.20
Ter uma boa posição social	28	12.40	197	87.60	56	14.70	324	85.30
Ajudar felicidade dos outros	102	45.30	123	54.70	159	41.80	221	58.20

Analogamente quanto ao considerarem serem pessoas com *sucesso na vida* a maioria respondeu afirmativamente (UMA=57.80% e UNIFOR=85.80%), destes a maioria (UMA=52.40% e UNIFOR=71.10%) alega ser devido ao apoio da família, 36.40% na UMa e na UNIFOR= 43.70% ao seu trabalho e esforço e 32.40% na UMa e na UNIFOR=40.5% atribui às suas capacidades. Salientamos, no entanto, que um grande percentual dos estudantes da Universidade da Madeira 42,20 % refere não ter sucesso na vida, o que nos preocupa pois representa um quinhão simbólico da população em estudo. Em contrapartida na UNIFOR apenas 14.20% se considera sem sucesso na vida (Tabelas 6 e 7).

Tabela 6. Considera-se uma pessoa com sucesso na vida(P11) dos jovens por Instituição

Opinião	UMa		UNIFOR	
	n	%	n	%
Sim	131	57.80	326	85.80
Não	94	42.20	54	14.20
Total	**225**	**100**	**380**	**100**

Tabela 7. Causas de ter Sucesso na Vida (P12) do jovem por instituição

A que atribui o seu sucesso na vida:	UMa				UNIFOR			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Apoio de amigos e conhecidos influentes	49	21.80	82	36.40	79	20.80	247	65
Apoio da sua família	118	52.40	13	5.30	270	71.10	56	14.70
À sorte, ao destino	9	4	122	53.80	29	7.60	297	78.20
Às suas capacidades	73	32.40	58	25.30	154	40.50	172	45.30
À sua instrução	18	8	113	50.20	92	24.20	234	61.60
Ao seu trabalho e esforço	82	36.40	49	21.80	166	43.70	160	42.10

Discussão

Os resultados apresentados demostram que a maioria da população pertence ao género feminino e é solteira. Segundo os dados publicados no livro "Portugal, valores europeus, identidade cultural", a diminuição do sentimento de felicidade e satisfação com a vida está significativamente relacionada com as condições de vida e com problemas de desenvolvimento e/ou de isolamento (Almeida & França, 1993). Os resultados de uma pesquisa em universitários (n=163), numa Universidade Australiana, demonstraram que o contexto ambiental, a perceção de segurança física e a personalidade do estudante são fatores que influenciam significativamente o bem-estar individual, sendo aspetos a ter em atenção nas universidades. Complementarmente, autores como Mazzucchelli e Purcell (2015), entre os anos de 2003 a 2013, efetuaram uma revisão sistemática de literatura sobre adaptação acadêmica e estratégias de enfrentamento em universitários brasileiros, tendo concluído que as estratégias focadas no problema e no suporte social correlacionam-se positivamente com o processo de adaptação acadêmica e, consequente, bem-estar do individual do estudante. Por outro lado, as estratégias focadas na emoção indiciaram estar relacionadas negativamente com o processo de ajustamento ao ensino superior. Na mesma linha de pensamento e para avaliar as vivências acadêmicas, Cunha e Carrilho (2005), numa pesquisa em alunos (n=100) na faixa etária dos 16 aos 24 anos, do curso de engenharia militar, verificaram que os resultados sugerem que o rendimento acadêmico pode ser afetado pelas vivências dos estudantes tanto a nível pessoal como de realizações acadêmicas experimentadas no 1.º ano do curso superior. Numa revisão multidisciplinar sobre o conceito de bem-estar, Dodge, Daly, Huyton e Sanders (2012), apontam a necessidade de uma nova definição de bem-estar como um estado de equilíbrio dinâmico que pode ser afetado por eventos de vida ou desafios, propondo uma nova definição, que transmita a natureza multifacetada do bem-estar e ajude decisores e políticos a prosseguirem na compreensão deste termo popular. Outra pesquisa efetuada sobre o Bem-estar físico e psicológico, em universitários (n=3271) de onze faculdades no Egipto (El Ansari et al.,2013), mostrou que a maioria relata problemas de fadiga, dificuldades de concentração e cefaleias, sendo o género feminino mais propenso a cefaleias, dor nas costas, pescoço, ombro, mais carga de estudos, exames, trabalhos e apresentações, bem como problemas financeiros. Ambos os sexos sentiram problemas de saúde psicossomática, embora as mulheres tenham experimentado taxas mais elevadas de nervosismo/ansiedade, humor depressivo e fadiga.

Passareli-Carrazzoni e Silva (2012), numa pesquisa acerca da autoavaliação do Bem-estar subjetivo em universitários (n=524) concluíram que deve ser dada uma atenção especial às correlações do bem-estar subjetivo envolvendo condições de saúde/doença, renda, escolaridade, diferenças culturais, entre outros, por trazerem importantes contribuições para a psicologia e, consequentemente, para a saúde coletiva. Outra pesquisa relacionando a satisfação com a vida e bem-estar espiritual realizada em universitários de Psicologia (n=136), da Universidade Católica do Rio Grande do Sul, demonstrou a existência de uma correlação positiva entre os domínios físico, psicológico, social e ambiental com o bem-estar existencial nesses universitários, tendo obtido a pontuação mais elevada o domínio psicológico e bem-estar existencial. Deste modo, salienta-se a importância da inserção do tema da espiritualidade como discussão no campo científico. Paralelamente, Silva e Heleno (2012), demonstraram que as relações sociais interferem mais positivamente na satisfação com a vida e contrariamente o domínio menos favorável está relacionado com o meio ambiente. Referem ainda que, em relação ao bem-estar individual, este é afetado por emoções negativas, por conseguinte constata-se que é necessário pensar em ações de prevenção/promoção da saúde e em ampliar a política de assistência ao estudante, com intervenções psicossociais que reflitam satisfatoriamente no bem-estar subjetivo e no sucesso de vida dos mesmos. Os autores supramencionados, tendem a reforçar os achados do nosso estudo, pois, no que concerne ao bem-estar individual, a maioria da população estudada sente-se instável, revelando-se a população brasileira mais ansiosa que a portuguesa e uma percentagem significativa dos estudantes, referem estar pouco/nada satisfeitos com a sorte, sendo a saúde

mais valorizada pelos portugueses. No que diz respeito ao trabalho e à posição social a opinião é uniforme nos dois grupos. Os aspetos de satisfação mais valorizados nos dois grupos são a família, a saúde e o ter um bom emprego. No entanto as dimensões menos valorizadas, nos dois grupos são o ter influência e poder, contudo o sucesso na vida é muito mais valorizado na população brasileira.

CONCLUSÃO

O estudo do bem-estar individual em estudantes universitários torna-se significativo para o conhecimento das condições de vida, estilo de vida e necessidades, visando à implantação de ações de prevenção e promoção da saúde aos mesmos (Oliveira, 2006; Benjamin, 1994).

Em sintonia, o conceito de sucesso na vida é um processo cognitivo individual de avaliação da própria vida que, sendo um dos constructos mais utilizados para o entendimento do termo qualidade de vida por reunir vários aspetos relacionados à qualidade de vida, como a Inter-relação entre aspetos ambientais, relacionais, psicológicos, físicos e de nível de independência (WHO, 2013). Compreendemos também o bem-estar como um termo subjetivo, fortemente relacionado com a qualidade de vida. A compreensão das variáveis que influenciam a satisfação/sucesso com a vida revela-se essencial para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, segundo a perspetiva teórica da Psicologia.

Os resultados obtidos são pertinentes para o conhecimento mais acurado da população estudantil universitária. Logo, as instituições de ensino superior não podem subavaliar o seu papel fundamental de formação do bem-estar biopsicossocial dos estudantes, tais como: mudanças profundas nos estilos de vida, no comportamento irresponsável na preservação da natureza, nos modelos de produção/consumo e nas estruturas consolidadas de poder que hoje regem a nossa coletividade.

O ingresso no ensino superior é uma altura de grandes mudanças e de criação de expectativas que influenciam positiva ou negativamente a satisfação com a vida do estudante, dependendo de múltiplos fatores. É fato que os acontecimentos vivenciados durante a transição para o ensino superior, bem como as estratégias de enfrentamento para situações inesperadas, utilizadas ao longo desse período serão determinantes para a adaptação do estudante na universidade, para o planeamento e desenvolvimento de medidas educacionais que visem a integração integral de estudantes no ensino superior, o que pode ser realizado por serviços e profissionais que auxiliem o estudante no seu autoconhecimento e no enfrentamento de suas dificuldades, sendo favorável para seu fortalecimento individual e equilíbrio emocional, aumentando assim, a sua capacidade de responder mais satisfatoriamente aos desafios enfrentados nessa fase fulcral da vida.

Em síntese, espera-se que este estudo subsidie a realização de novas pesquisas neste campo, pois o conhecimento sobre o ter sucesso na vida e o bem-estar individual de estudantes universitários possibilita o estabelecimento de programas direcionados à saúde mental, com intervenções de promoção e prevenção da saúde que objetivem a melhora da qualidade de vida e o aumento do bem-estar.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20 (2), 153-164.

Almeida, A. N. & França, L. (1993). *Portugal, valores europeus, identidade cultural*. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento. ISSN: 9729219567, 9789729219566

Arnett J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*, 55, 469–80.

Bardagi, M. P. & Boff, R. M. (2010). Autoconceito, autoeficácia profissional e comportamento exploratório em universitários concluintes. Avaliação: *Revista da Avaliação da Educação Superior* (Campinas), 15(1), 41-56.

Benjamin, M. (1994). The quality student life: toward a coherent conceptualization. *Social Indicators Research*, 31(3), 205- 264.

Boot, C. R., Donders, N. C., Vonk, P. & Meijman, F. J. (2009). Development of a student health questionnaire: The necessity of a symbiosis of science and practice. *Glob Health Promot.*,16, 35–44.

Colic Baric I., Satalic Z., & Lukesic Z. (2003). Nutritive value of meals, dietary habits and nutritive status in Croatian university students according to gender. *Int J Food Sci Nutr.*, 54, 473–84.

Cunha, S. M. & Carrilho, D. M (2005). O processo de adaptação ao ensino superior e o rendimento acadêmico. *Psicologia escolar e educacional*, 9(2), 215-224

Diener, E., Suh, E. M., Richard E. Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.

Diner, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective Well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24 (1), 25-41.

Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222-235.

Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E. & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *Am J Orthopsychiatry*, 77, 534–42.

El Ansari, W & Stock, C. (2010). Is the health and wellbeing of university students associated with their academic performance? Cross sectional findings from the United Kingdom. *Int J Environ Res Public Health.*, 7, 509–27.

El Ansari, W., Labeeb, S., Moseley, L., Kotb, S., & El-Houfy, A. (2013). Physical and Psychological Well-being of University Students: Survey of Eleven Faculties in Egypt. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(3), 293–310.

Eurich, R. B., & Kluthcovsky, A. C. (2008). Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em enfermagem do primeiro e quartos anos: influência das variáveis sociodemográficas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(3), 211-220.

Ferraz, M. F., & Pereira, A. S. (2002). A dinâmica da personalidade e o Homisickness (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários. *Psicologia, Saúde e Doença*, 3, 149-164.

Finkelstein, D. M. & Kubzansky, L. D. (2006). Goodman E. Social status, stress, and adolescent smoking. *J Adolesc Health.*, 39, 678–85.

García-Viniegras, C. & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 16(6), 586-592.

Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia*, 12(1), 43-50.

Gilpin, E. A., White V. M., Pierce, J. P. (2005). What fraction of young adults are at risk for future smoking, and who are they? *Nicotine Tob Res.*,7, 747–59.

Joia, L., Ruiz, T., & Donalisio, M. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 131-138.

Joly, M. C., Santos, A. A. A., & Sisto, F. F. (2005). *Questões do cotidiano universitário*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kurré, J., Scholl, J., Bullinger M. & Petersen-Ewert C. (2011). Integration and health-related quality of life of undergraduate medical students with migration backgrounds – Results of a survey. *Psychosoc Med.*, 8(7), 1-14.

Lee, R. L. & Loke A. J. (2005). Health-Promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nurs.*, 2, 209–20.

Magalhães, M. O. & Redivo, A. (1998). Re-opção de curso e maturidade vocacional. *Revista da ABOP*, 2, 7-28.

Marinho, N. B. P., Vasconcelos, H., C. A., Alencar, A. P. G., Almeida, P. C., & Damasceno, M. M. C.. (2012). Diabetes mellitus: fatores associados entre usuários da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 595-600.

Martins, A., Pacheco, A. & Jesus, S. N. (2008). Estilos de vida de estudantes do ensino superior. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, 16 (2), 100-108.

Mazzucchelli & Purcell (2015). Psychological and Environmental Correlates of Wellbeing Among Undergraduate University Students. *Psych Well-Being*, 5(6), 1-18.

Mikolajczyk, R., T., Maxwell, A. E., El Ansari, W., Naydenova, V., Stock, C. & Ilieva S. (2008). Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43, 105–12.

Morales P., Bustamante D., Espina-Marchant P., Neira T., Gutierrez M. & Allende C. (2011). *Pathophysiology of perinatal asphyxia: can we predict and improve individual outcomes?* EMPA J. 2, 211–230.

Oliveira, A. A. B. (1999). *Educação Física no Ensino Médio – período noturno: um estudo participante*. Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas – UNICAMP.

Oliveira, G., Costa, J. & Rodrigues, G. (2008). Satisfação com a Vida em Portadores de Necessidades Especiais. *Saúde Coletiva*: Coletânea,2.

Schleich, A. L., Polydoro, S. A. & Santos, A. A. (2006). Escala de satisfação com a experiência académica de estudantes do ensino superior. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 11-20.

Oliveira, J. A. (2012). Qualidade de vida e desempenho acadêmico de graduandos. *Revista Psicologia e Saúde Revista Psicologia e Saúde*, 4(1), 69-76.

Pachane, G. G. (2004). A experiência universitária e sua contribuição ao desenvolvimento pessoal do aluno. In: Mercuri E. & Polydoro. S. A. J. (Orgs.), *Estudante universitário: Características e experiências de formação*, 155-186. Taubaté: Cabral.

Pascarella, E. T., & Terenzini, P. T. (1998). Studying college students in the 21st century: Meeting new challenges. *The Review of Higher Education*, 21, 151–165.

Passareli-Carrazzoni, P. & Silva, J. A. (2012). Subjective well-being: self-assesment in college students. *Estudos de Psicologia*, 29(3), 415-425.

Reason, R.D. (2009). An Examination of Persistence Research through the Lens of a Comprehensive Conceptual Framework. *Journal of College Student Development*, 50(6), 659-682.

Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Portugal: Quarteto.

Ribeiro, J. L., & Galinha, I. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.

Roberts, R., Golding, J., Towell, T., Reid, S. & Woodford, S. (2000). Mental and Physical Health in Students: The Role of Economic Circumstances. *British Journal of Health Psychology*, 5(3), 289 – 297.

Santos, A. A., Noronha, A. P., Amaro, C. B., & Villar, J. (2005). Questionário de Vivência Acadêmica: estudo da consistência interna do instrumento no contexto brasileiro. In: Joly, M. C., Santos, A. A., & Sisto, F. F (Orgs.). *Questões do cotidiano universitário*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Schleich, A. L. (2006). *Integração na educação superior e satisfação acadêmica de estudantes ingressantes e concluintes*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas: Campinas.

Silva, E. C. & Heleno, M. G. V. (2012). Quality of Life and Subjective Well-Being of College Students. *Revista Psicologia e Saúde*, 4 (1), 69-76

Stewart-Brown, S., Evans, J., Patterson, J., Petersen, S., Doll H, Balding. J. (2000). The health of students in institutes of higher education: An important and neglected public health problem? *J Public Health Med.*, 22, 492–9.

Stock C., Kücük N., Miseviciene I., Guillén-Grima F., Petkeviciene .J, & Aguinaga-Ontoso I. (2003). Differences in health complaints between university students from three European countries. *Prev Med.*,37, 535–43.

Stock C., Mikolajczyk R.T., Bilir N., Petkeviciene J., Naydenova V. & Dudziak U. (2008). Gender differences in health complaints among students: Results from a survey in seven countries. *J Public Health*, 16, 353–60.

Teixeira, M. A., Castro, G. D., & Piccollo, L. R. (2007). Adaptação à universidade em estudantes universitários: um estudo correlacional. *Interação em Psicologia*, 11(2), 211-220.

Vaez M, Kristenson, M. & Laflamme L. (2004). Perceived quality of life and self-rated health among first-year university students; a comparison with their working peers. *Soc Indic Res.*, 68, 221–34.

Bothmer M. I. & Fridlund B. (2005). Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nurs Health Sci.* ,7, 107–118.

WHO (2013). *Joint meeting of experts on targets and indicators for health and well-being in Health 2020*. Copenhagen.

SESSÕES PARALELAS IV

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Roberto Chiodelli

OFICINA DE DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES EMOCIONAIS COMO ENFRENTAMENTO DE ENTRAVES ACADÊMICOS DO MEDO DE AVALIAÇÃO – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Rebeca Medeiros Nunes de Oliveira
Universidade de Fortaleza

Katherine Lopes de Souza Abreu
Universidade de Fortaleza

Terezinha Teixeira Joca
Universidade de Fortaleza

Marilene Calderaro Munguba
Universidade Federal do Ceará

RESUMO

Este estudo tem como objetivo descrever a experiência vivenciada mediante a realização da Oficina de Habilidades Emocionais como estratégia de enfrentamento de entraves acadêmicos causados pelo medo de avaliação no Ensino Superior. Trata-se de relato de experiência, com natureza descritiva, da prática de atividade grupal proposta pelo Programa de Apoio Psicopedagógico, que se constitui um setor ligado à Vice-Reitoria de Ensino e Graduação de uma universidade do nordeste brasileiro. Atividade idealizada para acolher os alunos devido a demanda progressiva na procura de atendimento psicológico abordando suas dificuldades acadêmicas e avaliativas que influenciavam seu estado emocional. O estudo contempla experiências sucedidas quinzenalmente, com o recorte de março a junho e de setembro a novembro de 2018, somando 10 encontros, sob a facilitação das autoras. Durante as oficinas adotou-se a observação participante pelas facilitadoras, associada a utilização de diário de campo. Como embasamento teórico, foi utilizada a Abordagem Centrada na Pessoa. Durante a oficina foi percebido como demanda apresentada pelos alunos, a dificuldade perante as avaliações, tanto em apresentações orais, como escritas. Desta forma, baseada nas atitudes facilitadoras, tais como congruência, empatia e aceitação incondicional, a oficina propôs intervenções que facilitassem ao aluno o autoconhecimento e autocuidado. Diante disso, foi percebida a elaboração de recursos subjetivos pelos alunos em direção à auto compreensão, possibilitando reflexão a respeito de suas atitudes e autoconceitos. Portanto, concluímos que a oficina se caracteriza como uma opção para o enfrentamento de situações de bloqueio no processo de aprendizagem, e tem cooperado com o bem-estar e saúde dos estudantes.

Palavras-chave: Ensino Superior; Habilidades emocionais; Avaliação; Enfrentamento.

INTRODUÇÃO

Diante de um cenário de construção de novos saberes acerca da educação aliada à inclusão, a experiência no ensino superior tem sofrido modulações a fim de proporcionar um processo de ensino e aprendizagem de maneira efetiva. Em vista disso, a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) partiu à frente, criando um espaço para atender e acolher os estudantes com deficiência, instituindo o Programa de Apoio Psicopedagógico (PAP).

O programa citado conta mais de uma década e é vinculado a Vice-Reitoria de Ensino de Graduação (VREGRAD), apresentando como princípio o respeito à diversidade e às diferenças. O PAP apresenta como práxis a efetivação da prática da educação inclusiva e promove espaços apropriados para atendimento e orientação às necessidades específicas do aluno em sua vida acadêmica. Tem como objetivo acolher e orientar estudantes e professores quanto às suas necessidades de ensino e aprendizagem, relacionamento intra e interpessoal, metodologia de estudo e recursos técnicos nas diversas dimensões da acessibilidade, além do apoio àquele em sofrimento psíquico. (Unifor, 2018).

As atividades realizadas pelo programa abrangem quatro dimensões: Acessibilidade, Psicopedagogia, Psicologia e Pesquisa. A acessibilidade envolve ações de acesso a fim de romper barreiras nos âmbitos arquitetônico, comunicacional, metodológico e atitudinal. A prática psicopedagógica disponibiliza atenção ao aluno com necessidades educacionais específicas e mediação com o professor. O serviço da psicologia desempenha apoio psicológico às questões emocionais dos estudantes da universidade e em situação de crise. Enquanto que a prática da pesquisa envolve a implantação do grupo de estudo *Papeando (Con)texto*, espaço de discussão, reflexão e pesquisa sobre as temáticas: acessibilidade, educação, inclusão, psicologia, psicopedagogia, ensino superior.

Acresce que, o programa busca orientar sobre estratégias para promover a acessibilidade dos alunos que apresentam deficiência ou Necessidades Educacionais Específicas (NEE), a qual envolve os transtornos diversos de aprendizagem. Como Rossato e Martinez (2011, p. 72) assinalam:

> Consideramos que um estudante que apresenta problema de aprendizagem necessita ser compreendido na integralidade do sujeito que aprende. A compreensão de desenvolvimento integral do sujeito que defendemos supera o somatório linear de fatores diversos e assume a articulação entre o biológico, subjetivo, social e histórico.

Percebe-se que este estudo se torna relevante devido a necessidade de diálogos acerca do processo acadêmico e o desempenho do estudante. À vista disso, o objetivo geral deste trabalho visa descrever a experiência vivenciada mediante a realização da Oficina de Habilidades Emocionais como estratégia de enfrentamento de entraves acadêmicos que geram medo de avaliação no Ensino Superior.

O PAP com o intuito de contribuir com a inclusão social e acessibilidade dos alunos em suas atividades acadêmicas e por considera as possíveis tensões que possam influenciar o desempenho destes alunos, disponibilizou aos estudantes a Oficina de Habilidades Emocionais que está em vigor desde 2016, sendo planejada pela coordenadora do programa juntamente com os psicólogos em formação, os quais facilitam a oficina. Caracterizando-se como uma atividade grupal, sua aspiração é possibilitar que os alunos experienciem o processo de autoconhecimento para que possam enfrentar as barreiras do mundo acadêmico. Uma vez que foi auferido a grande quantidade

de estudantes que buscavam apoio psicológico ou psicopedagógico, no setor, por questões emocionais que os paralisavam diante das avaliações. O fato de sentir medo ou ansiedade perante os processos avaliativos pode propiciar ao aluno comportamentos que lhe direcionem ao fracasso.

O aumento de demanda psicopedagógica, trazida pelos alunos dos diversos cursos de graduação, e a expectativa de resultado exigido pelo mundo acadêmico e laboral, tendo em vista a realidade competitiva atual, suscitou o surgimento da Oficina a ser pensada com o intuito promover bem-estar para os estudantes durante a sua trajetória acadêmica. Para que fosse viável a elaboração da oficina, foi necessário a atuação das estagiárias do PAP como facilitadoras do grupo na Oficina de Habilidades Emocionais, considerando que,

> A Oficina é aberta para estudantes de graduação de todos os cursos da UNIFOR, sem rigidez de frequência, já que o intuito é de não ser mais um fator de tensão para os participantes, contudo, ao final de cada semestre a pessoa recebe um certificado, onde consta a quantidade de horas que esteve presente (Oliveira, Silva, Joca & Munguba, 2018, p. 44)

É necessário considerar que, de acordo com Silva et al. (2018), a oficina não se categoriza como um grupo terapêutico se referindo à um processo de psicoterapia, porém revela implicações terapêuticas, convidando o aluno a pensar sobre si.

O presente estudo objetivou descrever a experiência vivenciada mediante a realização da Oficina de Habilidades Emocionais como estratégia de enfrentamento de entraves acadêmicos causados pelo medo de avaliação no Ensino Superior.

METODOLOGIA

Este estudo se constitui como um relato de experiência de cunho descritivo. A partir de uma perspectiva qualitativa, que em conformidade com Minayo (2016) este modo de pesquisa menciona características que ressaltam aspectos da realidade, produzindo o objetivo de estudar os significados da experiência e explorar o conjunto de opiniões. Portanto, o método qualitativo concentra-se na dinâmica da experiência e relações sociais.

Para tanto, será relatada a vivência da Oficina de Habilidades Emocionais pelas facilitadoras da oficina. Assim, o relato da experiência será constituído a partir do contexto prático vinculado à compreensão teórica embasada na Atenção Centrada na Pessoa (ACP). Com a finalidade de compor uma fundamentação para o estudo, foi desenvolvido a revisão bibliográfica sobre as temáticas ensino e aprendizagem, qualidade de vida de universitários e escuta grupal. Empregou-se a observação participante (Minayo, 2013) utilizando o registro das vivências nos encontros, em Diário de Campo (Severino, 2016; Minayo, 2013).

A Oficina de Habilidades Emocionais acontece desde o segundo semestre de 2016 e apresentou em seu cômputo geral 161 participantes de variados cursos da graduação, na somatória dos 31 encontros. Anualmente há rotatividade nos facilitadores responsáveis pela Oficina, visto que estes são provenientes do estágio extracurricular de psicologia do programa.

O recorte relatado neste estudo, refere-se às atividades realizadas na oficina durante o período de março a junho e setembro a novembro de 2018, quando as autoras deste estudo passaram ao papel de facilitadoras da oficina Foram resgatas observações elaboradas neste período para a realização do estudo. Em ambos os semestres foram realizados 5 encontros de duração de 90 minutos, totalizando 10 encontros em 2018. Para melhor acompanhamento por parte das autoras, foram realizadas a transcrições das oficinas a fim de obter registro como diário de campo. Desta forma, foi possível descrever o processo grupal a partir da experiência da oficina de habilidade emocionais apresentando-a como uma estratégia de bem-estar e saúde dos estudantes no Ensino Superior.

ACP COMO BASE PARA DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES EMOCIONAIS

Este estudo se utiliza como base principal a teoria humanista Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), fundamentada por Carl Rogers. Para tanto, com o intuito de vinculação com a experiência a ser relatada, será elucidado alguns conceitos específicos desta abordagem.

Carl Rogers foi um psicólogo nascido em Chicago no ano de 1902. Construiu seus pensamentos a partir da atenção centrada na pessoa. O autor afirma que os indivíduos possuem, de forma subjetiva, recursos facilitadores de autocompreensão, transformação de seus autoconceitos, comportamentos autênticos e ações. A fomentação destes recursos ocorre com a disposição de um clima passível de atitudes psicológicas facilitadoras. De acordo com Rogers 2012, p. 38) "Há três condições que devem estar presentes para que se crie um clima facilitador de crescimento [...] Estas condições se aplicam, na realidade, a qualquer situação na qual o objetivo seja o desenvolvimento da pessoa". As três atitudes citadas pelo autor são: *congruência, aceitação incondicional e compreensão empática.*

Também chamada de sinceridade ou autenticidade, a congruência refere-se a ser transparente na relação, deste modo, quanto mais o sujeito profissional for integro e atingir a remoção de barreiras profissionais e pessoais, haverá mais possibilidades para que o cliente construa um processo de crescimento de forma instrutiva. De acordo com a ACP, a pessoa tem capacidade de compreender a forma que o profissional se coloca na relação terapêutica. Destarte, Rogers (2012, p. 38) afirma:

> O cliente pode ver claramente o que o terapeuta ou a terapeuta se faz transparente para o cliente. O cliente pode ver claramente o que o terapeuta é na relação: o cliente não se defronta com qualquer resistência por parte do terapeuta. Do mesmo modo que para o terapeuta, o cliente ou a cliente vive pode se tornar consciente, poder vivido na relação e pode ser comunicado se for conveniente. Portanto, dá-se uma grande correspondência, ou congruência, entre o que está sendo vivido em nível profundo, o que está presente na consciência e o que está sendo expresso pelo cliente.

Em continuidade, a fim de proporcionar um clima facilitador de crescimento pessoal e construtivo, a aceitação incondicional emerge com o intuito de proporcionar, a partir do terapeuta, uma postura propícia de aceitação diante do cliente, acolhendo quem ele é naquele momento. Livre de julgamentos, a aceitação incondicional incentiva o profissional a convidar o sujeito a exteriorizar seus sentimentos da real forma que estes aparecem, para ele, no momento terapêutico. Porém, Rogers (2012) alega que o terapeuta deseja que o participante, do grupo, expresse o sentimento que está ocorrendo no momento, mas sem nenhuma imposição. Isso porque o terapeuta deve ter uma consideração incondicional, pelo cliente.

A terceira atitude facilitadora perpassa o âmbito da compreensão. Envolvendo a captação do que o cliente traz a partir de seus sentimentos, a compreensão empática propõe que o profissional compreenda de forma precisa aquilo que o sujeito expõe considerando

respectivamente os significados das coisas para ele. Com isso, é possível a construção de uma relação terapêutica que viabiliza o contato do paciente com as significações conscientes de sua experiência, mas também o contato com o que está para além da consciência, e diante disto, novas transformações. A compreensão empática facilita a elevação das considerações de si mesmo, assim, possibilitando que o cliente também se permita considerar-se, promovendo uma escuta própria dos fluxos de suas experiências internas. Trata-se de uma escuta ativa e sensível, desta forma Rogers (2012, p. 39) constata: "Este modo tão especial de ouvir, é uma das forças motrizes mais poderosas que eu conheço"

Diante das atitudes facilitadoras, estas possibilitam um clima favorável para o desenvolvimento da pessoa. Para a ACP, quando há a presença dessas atitudes, é possível mudanças de forma efetiva no comportamento e personalidade do sujeito. Nomeada como Tendência Atualizante ou Tendência Realizadora, a qual se qualifica como um fluxo latente que está presente em organismos de qualquer ordem que se movimenta em direção à auto realização. Desta forma, de acordo com Rogers (2012) o comportamento dos indivíduos inclinam-se em direção à manutenção de crescimento do mesmo. Assim, a Tendência Atualizante se destaca como alicerce na Abordagem Centrada na Pessoa.

Percebe-se a importância de uma postura que se utilize das atitudes facilitadoras para a condução da oficina de habilidades emocionais, visto que de acordo com ACP estas são importantes para a autorregulação do sujeito. Deste modo, a escolha desta abordagem foi relevante pois agrega o intuito de facilitar o acesso dos alunos participantes aos seus recursos pessoais tornando possível a modificação de seu autoconceito, portanto favorecendo o desenvolvimento de habilidades e potencialidades para atualização de modo direto ao crescimento.

OS ENCONTROS E SEUS RESULTADOS

No início dos atendimentos houve uma surpresa diante da quantidade de estudantes que compareceram ao primeiro encontro e, que em sua maioria, eram matriculados no curso de psicologia. Esse dado incide com os dados do setor PAP, que traz em seu cômputo como o curso de maior procura pelo setor, juntamente com o Curso de Direito, que correspondem aos cursos de maior número de estudantes matriculados. Além do mais, foi percebido que são os cursos que há maior divulgação e incentivo à participação, por parte do Programa Tutorial Acadêmico (PTA) e pelas coordenações de ambos os cursos de graduação.

Diante das mudanças ocorridas no sistema avaliativo acadêmico, iniciado no segundo semestre do ano de 2018, foi percebido que a temática em questão repercutiu de forma negativa no campus e passou a gerar sofrimento nos alunos, visto que foi aferido um aumento significativo na quantidade de estudantes que procuravam acompanhamento psicológico e psicopedagógico no PAP, a partir da demanda acadêmica avaliativa. Portanto, buscou-se compreender a percepção dos participantes sobre o tema a fim de proporcionar um espaço de exposição de suas experiências e os seus significados. Desse modo, compreende-se que este espaço se caracterizou como um lugar seguro e acolhedor, onde os participantes pudessem explanar suas percepções sem o receio de ser julgado. Considerando. Também. Além de prova, a avaliação envolvia seminários e trabalhos em grupo, percebeu-se que o interesse apresentado em participar da oficina poderia decorria igualmente da dificuldade de falar em público.

Diante da exposição das queixas e dores dos participantes, ao se pensar na ética e no sigilo, no decorrer da oficina buscamos realizar a cada encontro um momento de contrato com grupo, visto que, por ser um grupo aberto, havia rotatividade dos participantes. Neste contrato, foi acordado com os integrantes que tudo o que fosse compartilhado na conjuntura da oficina deveria ser mantido naquele espaço, incluindo falas de colegas, momentos emotivos ou discussões. Nesse cenário, o contrato surgiu com o intuito de facilitar a criação de vínculo entre os participantes e facilitadoras da oficina, demonstrando um lugar seguro para compartilhar os sentimentos. Isso permitiu, inicialmente, um momento de *quebrar o gelo*[1], visto que os estudantes ao decorrer dos encontros relatavam a sensação de leveza após compartilhar suas experiências diante de um olhar livre de julgamentos.

> A cada novo encontro, a facilitadora e a cofacilitadora expressam atitudes de acolhimento e aceitação para com os estudantes. Sendo assim, tornando-as como referencial para o grupo, as facilitadoras também se apresentam e participam das atividades, com o fito de, com tais atitudes, estabelecer uma conexão com os participantes e gerar um sentimento de pertença (Silva, Carvalho, Joca & Munguba, 2018, p.179)

Para além da questão de sigilo entre os participantes, foi a partir do contrato que as facilitadoras do grupo iniciaram a condução da oficina com base nas atitudes facilitadoras, retratando aquele espaço como transpassado pela aceitação incondicional. Deste modo, foi promovido o compartilhamento de sentimentos e significados pelos sujeitos da forma que estes apareciam para cada um, desconsiderando a possibilidade de juízo diante de sua fala. Como exemplificação da utilização desta atitude, como acolhimento ao aluno, podemos citar um relato sobre a percepção das avaliações por uma estudante, a qual descreveu as avaliações como um bicho-papão[2] e contou que, quando era criança, mesmo que seus pais dissessem que não existia um bicho-papão em baixo da cama, ainda assim ela não tinha coragem de olhar embaixo da cama mesmo sabendo que não era real, afirmando que o mesmo ocorre ao falarem que não haverá julgamentos da parte de seus colegas em uma apresentação de trabalho, pois ainda que ela acredite no que lhe falam, não tem coragem de encarar e verificar se é real ou não. Diante dessas colocações, procurávamos ouvir com atenção e permitir que outros participantes trouxessem, também, os seus sentimentos diante do que havia sido exposto.

Em relação ao que foi dito, de acordo com Silva et al. (2018, p. 180), convidar o sujeito a expor os significados de suas experiências acerca de suas percepções sobre avaliação

> [...] leva o aluno a elaborar sobre o que gera os sentimentos negativos em relação às atividades avaliativas, pois, é a partir da troca de experiências e relatos sobre suas dores e medos, que cada um se percebe único e, ao mesmo tempo, percebe que não está sozinho, além de tomar consciência que pode resgatar como isso começou e perceber a singularidade da sua própria história.

A relação com o corpo docente também foi um assunto abordado pelos participantes na oficina. Alguns estudantes afirmaram que uma questão que se torna um entrave no processo acadêmico é a incompreensão de alguns professores acerca de suas tensões ou crises e citam

[1] Expressão utilizada no Brasil como a quebra do silêncio e início de uma conversa ou de um encontro.
[2] Lenda contada entre as crianças para provocar medo.

que a exposição desses alunos pelo professor perante a turma afirmando que ele não fez uma apresentação satisfatória e não conseguiu explicar o que foi solicitado, por exemplo, dificulta um melhor desempenho ou permanência deste aluno na disciplina em questão. Os alunos complementam que estudam a temática a ser abordada e sabem o conteúdo, mas a situação em que eles são colocados em sala de aula faz com que não consigam expor o conteúdo que pensam ter dominado.

Destarte, é possível perceber o quanto que as atitudes facilitadoras são importantes para a promoção de um ambiente acolhedor e de crescimento do sujeito. Estar em um espaço de julgamento e não aceitação da pessoa pode inviabilizar o seu desenvolvimento, considerando que, ainda, na experiência da oficina no exemplo em questão, os mesmos alunos afirmaram que em dias de avaliações orais diante da turma, é comum ocorrer crises de ansiedade e mal-estar. Portanto, trabalhar os significados e a relação professor-aluno também foi um aspecto desenvolvido ao logo dos encontros, visto que

> A oficina de habilidades emocionais oxigena as práticas educacionais, oferece subsídios para a superação de uma relação desigual, não apenas entre professores e alunos, mas traz um incentivo a práticas de cuidado e colaboração entre instituição de ensino, professores e aluno. De modo a exemplificar que as práticas tradicionais têm trazido frustrações e incômodos que vão além da relação da sala de aula, chamando a atenção para um diálogo entre todos os atores envolvidos no processo de aprendizagem. (Oliveira et al. 2018, p. 50)

Ao longo da oficina, foram realizadas atividades, dinâmicas e leituras que promovessem o autoconhecimento. Uma dessas atividades solicitava aos participantes a expressão de seu sentimento a partir de algo produzido por ele mesmo, e então foi percebido que os estudantes têm muitas habilidades, mas que nem sempre são exploradas no cotidiano acadêmico, como desenho, canto, piada. Um dos participantes com facilidade para a escrita poética fez uma metáfora sobre amor e liberdade e declamou *"se você colocar um gelo na mão e segurá-lo, irá derreter, o mesmo acontece no relacionamento quando não é dado espaço para o outro fazer o que gosta e quer"*. Esta posição permitiu que os demais participantes falassem sobre seus reais desejos posto que até então só falavam *"quero fazer meu trabalho bem feito e ser reconhecido por isto"*.

Assim, o uso da arte de maneira geral, pode ser utilizada no meio acadêmico a fim de possibilitar e incentivar a criatividade e a inovação que o mercado de trabalho preza. Com a proposta de "não deixar por explorar nenhum dos talentos que constituem como que tesouros escondidos no interior de cada ser humano" (Delors, 2012, p. 20). Isso porque à educação do século XXI é proposto ampliar os horizontes e não focar apenas as enteléquias, os conteúdos. É preciso considera a proposta de Gardner (1995) com as inteligências múltiplas, a qual compreende várias formas de manifestação da inteligência, não existindo somente o conhecimento lógico-matemático e linguístico tão valorizado no sistema sócio educacional. Existem, nesta teoria, mais cinco formas de inteligência: intra e interpessoal, musical, estético-corporal e espacial.

Contrariamente, ao que se esperava, com o início do período de avaliação e, consequentemente, de tensão ocorre uma diminuição no número de participantes nos encontros. Ao qual se atrela a intensão de "não perder tempo" para que possa dar conta de todo o conteúdo. Mas essa tomada de decisão de não ir ao grupo, desemboca em mais atendimentos individuais, no setor, após os resultados não satisfatórios das avaliações. Entretanto, mesmo que haja evasão do grupo, ele acontece com o número de estudantes que permanecem.

Em um dos encontros, foi proposto a reflexão sobre o texto de Rubem Alves "Viagem longa, destino incerto" (Alves, 2007), que aborda o ingresso no ensino superior e das dúvidas que surgem durante o processo. O texto suscitou diversos questionamentos entre os participante, como: "Será que isso é o que realmente quero?" "Será que todo o investimento que meus pais estão fazendo vai valer a pena?" Ou será que estou jogando dinheiro no lixo?" Essas questões demonstram a dificuldade ao ter que decidir todo o futuro numa idade tão precoce. Mas, é nessas incertezas que o ensino superior apresenta, que os estudantes descobrem as suas habilidades, os seus desejos e qual a profissão que realmente querem. A discussão, sobre tais questionamento, levam o estudante a entrar em contato com os seus medos e dúvidas, que muitas vezes estão camuflados e impedem que façam as suas escolhas de forma mais congruente, durante o percurso acadêmico. E, reforça sobre a necessidade de espaços de escuta para que saiam das salas de aula e reflitam sobre as suas escolhas e o seu percurso.

Acres que, o processo de escuta do sofrimento relatado pelos alunos que frequentaram a Oficina comprovou a importância desse espaço, que possibilita uma fala autêntica (Amatuzzi, 2015) para que os alunos possam expressa as suas dificuldades, sem medo de julgamento.

CONCLUSÕES

A troca de experiências durante os encontros na oficina de habilidade emocionais tornou-se enriquecedora tanto para os participantes como para as facilitadoras do grupo. Com o desenvolver da oficina, foi percebido o envolvimento dos integrantes entre si, como um grupo. A partir da troca de experiências em momentos de compartilhar, entrando em contato com a fala do outro, os próprios integrantes se identificavam nas histórias contadas. Desta forma, eles assumiam um lugar empático com a experiência de seus colegas, permitindo-se praticar a empatia consigo, também, visto que haviam histórias e sentimentos em comum com os demais. Além de compreender as suas limitações, passavam a construir, juntos, possibilidades de resiliência e atualização diante dos entraves e dificuldades enfrentadas pelos próprios alunos no ambiente acadêmico.

O clima compreensivo construído ao longo dos encontros colaborou com a aceitação de si mesmo pela pessoa do estudante, para que assim levasse a amenizar o sentimento de inadequação ou deficiência e ao quebrar as suas barreiras pessoais, passassem a sentir o bem-estar no campus. Para além desta questão, o grupo como um ambiente facilitador de bem-estar, possibilitou que alguns participantes construíssem vínculos de amizade que deram continuidade ao final da oficina, ampliando a socialização dos estudantes.

Além de aspectos relacionais, percebemos que durante as intervenções grupais, seja música, ou dinâmica ou fala significativa, os participantes tiveram a oportunidade de se implicarem com um processo de autoconhecimento, visto que, a pessoa disponível ao atravessamento da experiência toma consciência de forma progressiva diante de seus sentimentos e decisões. Assim, a oficina surgiu como facilitadora de um contato subjetivo com anseios e angústias diante do percurso acadêmico e profissional. Considerando as atitudes facilitadoras, em momentos de expressão de sofrimento a partir das temáticas abordadas nos encontros, é importante evidenciar a postura acolhedora vivenciada pelas facilitadoras, assegurando o não julgamento do participante, a se apresentar como um lugar resguardado para alivio de sofrimento e progressão de saúde do aluno.

Diante do contexto da formação profissional do facilitador do grupo, é possível considerar a oficina como uma atividade colaborativa para a construção de seus saberes práticos. Compreendendo que os encontros incentivam o profissional em formação a realizar um planejamento antecipado, desenvolver a capacidade de escuta e o exercício das condições facilitadoras, como forma de criar um ambiente favorável ao crescimento. Por fim, pode-se afirmar que os objetivos propostos foram alcançados no decorrer dos encontros e percebeu-se como espaço de saúde e bem-estar no ensino superior.

REFERÊNCIAS

Alves, R. (2007. Estórias de quem gosta de ensinar – o fim dos vestibulares. (11a ed,) Campinas: Papirus.

Amatuzzi, M. M. (2015). O resgate da fala autêntica: na psicoterapia e na educação. Campinas: Alínea.

Delors, J (Org) (2012). *Educação: um tesouro a descobrir.* (10a ed.) São Paulo: Cortez.

Gardner, H. (1995). *Inteligências Múltiplas:* a teoria na prática. (M. A.V. Verenesse, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Minayo, M. C. S (2013). *O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde.* 12. ed. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2016). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. 29. Ed. Petrópoles: Vozes.

Oliveira, A. R. M., Silva, R. N., Joca, T. T. & Munguba, M. C. (2018) Oficina de Habilidades Emocionais como estratégia de prevenção do fracasso escolar no ensino superior, um relato de experiência. In A. Kaplan & E. Ostrovsky (Colab). *Actas Digitales del IV Congreso Internacional sobre problemáticas en educación y salud.* (pp. 44–51). Buenos Aires: Sociedades Complejas.

Rogers, C. R. (2012). *Um jeito de ser* (6ª ed). (M. C. M. Kupfer, H. Lebrão & Y. S. Patto, Trad.) (M. H. Patto Rev Trad). São Paulo: EPU

Rossato, M & Martinez, A. M. (2011). A superação das dificuldades de aprendizagem e as mudanças na subjetividade. In: A. M. Martinez & M. C. V. R. Tacca. *Possibilidades de aprendizagem: ações pedagógicas para alunos com dificuldade e deficiência* (pp. 71-107). Campinas: Alínea.

Severino, A. J. (2016). *Metodologia do trabalho científico.* 24. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez.

Silva, R. N., Carvalho, D. R., Joca, T. T. & Munguba, M. C. (2018). Do medo de avaliação à quebra das barreiras internas intermediadas pelos encontros da oficina (PRE)Tensão. In T. T. Joca, M. C. Munguba, D. R. Carvalho, N. S. Almeida & E. C. F. Silva. *Nuances da Inclusão no Ensino Superior.* (pp. 173–182). Jundiaí: Paco Editorial.

Universidade de Fortaleza – Unifor. (2018). Acessibilidade: universidade de todos. *Programa de Apoio Psicopedagógico.* Disponível em: https://www.unifor.br/web/graduacao/acessibilidade. Acesso em 18 dez. 2018

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL NO CONTEXTO UNIVERSITÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE NOVAS PERSPECTIVAS PARA FORMAÇÃO E ATUAÇÃO NA SAÚDE MENTAL

Giuliana Mazota
Universidade Federal de São Carlos

Rafaela Pereira
Universidade Federal de São Carlos

Maria Eduarda Trento Vieira
Universidade Federal de São Carlos

Taís Bleicher
Universidade Federal de São Carlos

RESUMO

O Programa Nacional de Assistência Estudantil foi a primeira tentativa de regulamentar a Assistência Estudantil como uma política pública no Brasil, incluindo a saúde como um de seus eixos. Este trabalho articula a construção teórica e prática sobre a formação em Saúde Mental no contexto da Assistência Estudantil, na diretriz do cuidado integral (promoção, prevenção e tratamento). A metodologia utilizada foi o estudo de caso do modelo de formação do departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, a partir do relato de experiência de três participantes do estágio obrigatório do curso de Psicologia. A experiência de estágio do segundo ano do curso de Psicologia foi dividida em dois momentos: no primeiro semestre letivo, foram realizados dois grupos, cujos integrantes eram os próprios estagiários, um vivencial, e um teórico, com duplo objetivo: aprendizado do campo e cuidado dos próprios integrantes. No segundo semestre, os estagiários fizeram observação de grupos operacionais facilitados por estagiária do quinto ano, com os alunos e funcionários do Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação da Universidade de São Paulo. Os grupos operacionais mostraram ser fator protetivo para a saúde mental dos participantes, uma vez que possibilitaram catarse, protagonismo, reflexão e apropriação dos temas próprios à vivência universitária, acarretando articulações para a elaboração de material educativo e propostas à coordenação dos cursos visando a melhoria da qualidade de vida na universidade. Por esta razão, defende-se a necessidade de constituição do campo da saúde mental na universidade no marco das políticas públicas sanitárias eeducacionais.

Palavras-chave: Saúde Mental. Assistência Estudantil. Grupos Operativos.

INTRODUÇÃO

A realidade universitária no Brasil remonta já ao Brasil Colônia. Devido à vinda da família real ao Brasil e as pressões das elites da sociedade da época, no ano de 1808, teve início o ensino superior brasileiro (Silveira, 2012), e, por muitos anos, a criação de novas

universidades esteve ligada ao interesse das economias locais controladas por uma parcela pequena da sociedade. Nesse contexto, por exemplo, foram criadas as Universidades de Manaus e do Paraná, devido, respectivamente, às indústrias da borracha e do café (Colossi, 2001 como citado em Silveira, 2012). Contudo, somente em 1931, no governo de Getúlio Vargas, foi criado o Estatuto das Universidades Brasileiras, que vigorou até 1961, e afirmava a oficialidade das universidades tanto públicas como particulares (Soares, 2002 como citado em Silveira, 2012), tendo como finalidade:

> elevar o nível da cultura geral, estimular a investigação científica em quaisquer domínios dos conhecimentos humanos; habilitar ao exercício de atividades que requerem preparo técnico e cientifico superior; concorrer, enfim, pela educação do indivíduo e da coletividade, pela harmonia de objetivos entre professores e estudantes e pelo aproveitamento de todas as atividades universitárias, para a grandeza da Nação e para o aperfeiçoamento da Humanidade" (BRASIL, 1931 como citado em Silveira, 2012, p. 30).

Entretanto, a forma de ingresso e a parcela da sociedade que obtinha o direito ao acesso a esse nível de escolaridade ainda não eram levadas em consideração. O direito à Educação, e, portanto, ao ensino superior, foi uma das bandeiras dos movimentos políticos sociais no processo de redemocratização do país.

Para Aranha,

> a Constituição de 88 marcou a história da educação brasileira por garantir importantes conquistas oriundas de lutas dos movimentos sociais, dos professores e dos estudantes, podendo destacar-se, dentre eles: a gratuidade do ensino público, a autonomia universitária, o atendimento em creches e pré-escolas às crianças de zero a seis anos; a aplicação de mais recursos pela União, estados e municípios à educação, entre outros pontos importantes (Aranha, 2006 como citado em Silveira 2012, p. 27).

A Educação passou a ser pensada como política pública de Estado, em um importante momento histórico, em que se instituía, oficialmente, o sistema de seguridade social, baseado no tripé Previdência, Saúde e Assistência Social (Bleicher & Oliveira, 2016). Nesse movimento amplo, era necessário pensar as políticas públicas brasileiras também do ponto de vista intersetorial.

Logo, a influência das mudanças da sociedade no processo de constituição das políticas públicas de educação superior propiciou a expansão da educação superior com a visão de ampliação ao acesso e permanência na educação superior, acarretando na criação do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), ação integrada ao Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) da gestão do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, em 2003 (Ministério da Educação, 2019). O Reuni, instituído pelo Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007 (Brasil, 2007), adotou medidas que proporcionaram o crescimento e expansão das universidades nos quesitos físicos, acadêmicos e pedagógicos, visando a diminuição da desigualdade no país. Entre os anos de 2003 e 2012, as consequências dessas ações foram o aumento de vagas nos cursos de graduação, a ampliação da oferta de cursos noturnos, promoção de inovação pedagógica e o combate à evasão (Ministério da Educação, 2019). Nesse sentido, segundo Assis e colaboradores(2013):

> A expansão das universidades brasileiras, ao longo dos anos, fez com que a oferta de vagas aumentasse substancialmente no ensino superior. Com a expansão do número de vagas e aumento das oportunidades de ingresso no nível superior, principalmente em razão das políticas de acesso e inclusão social em curso, nos últimos anos, a questão da permanência dos estudantes nas universidades tornou-se um tema de grande relevância, já que a democratização do acesso . . . contribuiu para que alunos com condições socioeconômicas desfavoráveis e distintas trajetórias educacionais fossem incorporadas a este nível de ensino (Assis et al., 2013, p. 127).

Nesse cenário, a Assistência Estudantil, inserida no campo das Políticas Públicas de educação superior, mostra-se como uma ação assistencial visando atender as necessidades sociais básicas da população estudantil, respondendo às demandas de vulnerabilidade socioeconômica, na perspectiva da inclusão social, produção de conhecimento, melhoria no desempenho acadêmico e qualidade de vida (Fonaprace, 2011 como citado em Assis *et al.*, 2013). Nesse sentido, desde 2008, o Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES - está em vigor, a partir da Portaria Normativa n. 39, de 12 de dezembro de 2007 (Brasil, 2007), do Ministério da Educação – MEC, e em 2010, tal instrumento legal é transformado no Decreto nº 7.234 (Brasil, 2010).

O PNAES (Brasil, 2010) busca: a democratização das condições de permanência na educação superior pública federal, a minimização dos efeitos das desigualdades sociais e regionais na permanência estudantil, a redução da retenção e evasão, e a promoção da inclusão social pela Educação.

A execução do PNAES necessita, portanto, dar-se de forma articulada com o ensino, a pesquisa e a extensão realizadas em uma universidade, a partir dos seguintes eixos: moradia estudantil; alimentação; transporte; atenção à saúde; inclusão digital; cultura; esporte; creche; apoio pedagógico; acesso, participação e aprendizagem de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades e superdotação (Brasil, 2010). Assim, o PNAES elegeu eixos obrigatórios de atuação, buscando uniformizar o que é oferecido na Assistência Estudantil, em universidades e institutos federais brasileiros, além de impulsionar a reflexão sobre as práticas até então desenvolvidas nas instituições e a necessidade de renová-las.

Com a estruturação das políticas públicas estudantis, era necessário realizar os princípios de uma reforma sanitária nos institutos e universidades federais, levando em consideração o cuidado entendido de forma integral, perpassando promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, vigilância sanitária e epidemiológica, em continuidade com o sistema público e universal brasileiro, o Sistema Único de Saúde – SUS. Contudo, devido à forma como se dá a gestão entre os diferentes ministérios brasileiros, os equipamentos de saúde dos institutos e universidades federais continuaram desintegrados da rede sanitária, com foco em perícias, tratamentos individuais sem abrangência institucional e pouco investimento em promoção e prevenção em saúde (Bleicher & Oliveira, 2016).

A respeito da Saúde Mental dos estudantes, campo de interesse do presente artigo, a revisão realizada por Cerchiari, Caetano e Faccenda (2005), em estudo com graduandos das Universidades Estadual e Federal de Mato Grosso do Sul, apontam uma prevalência maior de transtornos mentais menores (TMM) em populações universitárias que na população brasileira em geral. Outros estudos apontam para o fato de que as relações institucionais no ambiente educacional são determinantes para o estabelecimento do processo de ensino e

aprendizagem, além de também serem determinantes para a formação ampla do estudante, com impacto sobre a saúde mental do público universitário (Bacchereti & Molina 2012 como citado em Bleicher & Oliveira, 2016). Outros fatores influenciam na saúde dos estudantes e na permanência estudantil, como os problemas advindo da necessidade de mudança de cidade para conquistar o direito de uma educação pública e de qualidade, a falta de rede de apoio nesta nova cidade (Teixeira *et al.*, 2008).

Contudo, embora a saúde seja um dos eixos do PNAES, medidas referentes à saúde mental não têm sido guiadas a partir de estudos epidemiológicos sobre os determinantes do sofrimento psíquico. Não há dados suficientes para subsidiar ações efetivas direcionadas às necessidades particulares do público estudantil, assim como não há um sistema nacional de acompanhamento e avaliação da resolutividade desta política (Bleicher & Oliveira, 2016).

Embora o PNAES tenha surgido em decorrência do processo de redemocratização brasileiro e construção de políticas sociais amplas, o término do último período democrático brasileiro veio acompanhado da destruição das conquistas da Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã. No campo da Saúde, os ataques se iniciaram com o subfinanciamento do SUS, e, mais recentemente, com a própria destruição de sua lógica de funcionamento, diretrizes, princípios e organização. Nesse cenário, os estudantes universitários são duplamente negligenciados, sofrendo com a falta ou ineficiência de políticas públicas feitas pela própria universidade e, também, pelas condições precárias de saúde ofertadas no sistema público.

Para que haja a modificação desse quadro, é necessário formar profissionais competentes para a criação, execução, acompanhamento e avaliação de políticas públicas de Assistência Estudantil, em consonância e continuidade com as demais políticas públicas existentes na sociedade. Nesse sentido, o presente artigo traz um estudo de caso sobre a formação para o campo das políticas públicas de Assistência Estudantil e, especificamente, de saúde mental coletiva, através de estágio anual oferecido para estudantes do curso de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos - campus São Carlos, Brasil. O estágio possuiu duplo objetivo: aprendizado do campo e cuidado dos próprios integrantes, uma vez que eles também formam o público-alvo da política.

É sabido, que, no âmbito da promoção em saúde, para que sejam garantidas as liberdades fundamentais e para que as leis, de fato, sejam aplicadas, é importante a presença de atores sociais conscientes de seu papel e que sejam politizados e informados sobre a realidade local e mundial. Sendo os participantes do estágio atores que podem agir de maneira individual ou coletiva, é necessário que eles saibam diagnosticar e analisar a realidade social, econômica e política, além de interagir e negociar de forma democrática com outros atores (Rodrigues, 2010).

No caso das universidades, os diagnósticos devem ser feitos em diversos níveis: tanto institucionais, como coletivos de grupos maiores e, ainda, individuais. Entende-se que somente a partir de um diagnóstico pode-se traçar as estratégias mais adequadas de enfrentamento dos problemas (Pereira, 1995). No caso dos estagiários em questão, este diagnóstico se dava desde uma dupla posição: como estudantes de Psicologia, mas, ao mesmo tempo, como público especialmente vulnerável da política. De acordo com essa especificidade, o estágio foi montado da seguinte maneira: no primeiro semestre letivo, foram realizados dois grupos, um vivencial, e um teórico. Os objetivos eram: aprendizado do campo e cuidado dos próprios integrantes. No segundo semestre, os estagiários fizeram observação de grupos operativos facilitados por estagiária do quinto ano, com os alunos e funcionários do Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação da Universidade de São Paulo – USP, na cidade de São Carlos. A metodologia do estágio será detalhada na seção seguinte.

METODOLOGIA DO TRABALHO

No atual contexto de desmanche do Sistema Único de Saúde (SUS), a formação em Saúde tem sido uma das grandes questões a serem enfrentadas pelas instituições de ensino superior. Tradicionalmente, o campo da Saúde tem sido constituído a partir do âmbito individual e privatista, o que constitui uma inadequação das práticas dos profissionais dessa área, especialmente ao lidar com o campo da saúde pública (Pitombeira *et al.*, 2016). Nesse sentido, há um intenso debate entre os profissionais do campo, tendo em vista os valores centrados na universalidade, integralidade, a fim de trazer a atuação para além das concepções dos processos saúde-doença-cuidado, e levando em consideração as dimensões sociais e psicológicas/subjetivas (Pitombeira *et al.*, 2016).

Durante esse processo são encontrados desafios quanto à necessidade da aproximação dos serviços e das comunidades, a fim de compreender as reais demandas da população. Visa-se repensar as práticas formativas na Saúde, as quais muitas vezes não correspondem à real necessidade do cotidiano vivenciado pelos usuários (Pitombeira *et al.*, 2016).

Assim, visando trabalhar a articulação e construção teórica e prática na formação em Saúde Mental no contexto da Assistência Estudantil, com base na diretriz do cuidado integral - promoção, prevenção e tratamento, o presente estágio foi proposto com o intuito de proporcionar aos estagiários da graduação em Psicologia da UFSCar, o contato com a realidade e as necessidades do público universitário.

Os grupos realizados no estágio possuem respaldo nas teorias psicanalíticas e na Psicologia Social, especialmente, inspirados no modelo sistematizado por pelo psiquiatra Pichon-Rivière.

Pichon-Rivière, a partir da experiência de greve das enfermeiras que inviabilizou o atendimento aos pacientes com transtornos mentais no hospital *Las Mercedes*, em Buenos Aires, propôs que os pacientes "menos comprometidos" assistissem os pacientes "mais comprometidos", o que resultou em uma experiência produtiva, e de promoção de maior identificação entre os pacientes e o estabelecimento de uma parceria de trabalho entre eles (Bastos, 2010). Sistematizou sua forma de trabalho sob a alcunha de grupo operativo, como uma técnica de trabalho que busca promover um processo de aprendizagem entre os sujeitos envolvidos. No caso dos grupos realizados no primeiro semestre do estágio, tinham como tarefa principal a aprendizagem da atuação psicológica no campo da Saúde Mental na Universidade.

Aprender em grupo acarreta uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações, destacando a importância dos grupos operativos para a evolução psíquica do sujeito e a sua relevância no processo de construção pessoal e diferenciação do que sou "eu"e o que é o outro através da elaboração do conhecimento pela significação social (Gayoto, 1992 como citado em Bastos, 2010). Objetivava-se que os estagiários fossem instrumentalizados para uma prática de transformação de si, dos outros e do contexto em que estão inseridos, visando a aprendizagem dialética entre o sujeito e objeto capaz de provocar mudanças na vida pessoal dos sujeitos (Bastos, 2010). Em linhas gerais, a técnica de grupos operativo propõe:

> presença e intervenção de um coordenador, que indaga e problematiza, estabelecendo algumas articulações entre as falas e os integrantes, sempre direcionando o grupo para a tarefa comum; e um observador que registra o que ocorre na reunião, resgata a história do grupo e depois analisa com o coordenador os pontos emergentes, o movimento do grupo em torno da tarefa e os papéis desempenhados pelos integrantes (Bastos, 2010, p. 166).

O papel das estagiárias no grupo seriam o de auxiliar na produção de questionamentos capazes de promover a reflexão e mudança, colaborando para que o grupo fosse um espaço de escuta acolhedor a fim de desenvolver o caráter terapêutico dessa experiência. Neste sentido, podemos dizer que os grupos operativos têm um caráter terapêutico, apesar de que nem todos os grupos terapêuticos podem denominar-se de grupos operativos.

Tendo essa ideia em perspectiva, as práticas do estágio em Políticas Públicas de Assistência Estudantil na Universidade Federal de São Carlos se dividiram em dois momentos ao longo do ano de 2018. Durante o primeiro semestre, os participantes do estágio foram os próprios estagiários, uma vez que se enquadravam na população-alvo, "estudantes universitários". Tal configuração possibilitou que os alunos aplicassem no grupo formado por eles próprios os conceitos teóricos vistos durante a supervisão. Em momentos subsequentes, com ajuda da supervisora, o grupo discutia os resultados das atividades práticas e suas conclusões. Ou seja, durante esse período, a atuação foi exercida pelos estudantes para os próprios estudantes, de modo que eles pudessem não só desenvolver habilidades de mediação de grupo, como também se beneficiarem das práticas realizadas, a serem descritas na próxima seção.

As atividades do primeiro semestre foram realizadas em salas no Serviço-Escola em Psicologia (SEPsi), na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), em espaços abertos da mesma universidade e na cidade de São Carlos, de acordo com cada tema a ser trabalho.

Durante o segundo semestre, os estagiários de Psicologia se dividiram em duplas e as atividades práticas ganharam outro foco: o acompanhamento de grupos operativos formados por estudantes do Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação (ICMC) da Universidade de São Paulo (USP - São Carlos). Nesses grupos, as duplas atuaram, predominantemente, como observadoras, acompanhadas por uma estagiária do quinto ano de Psicologia, cuja atuação principal era como coordenadora.

Examinando com mais atenção as atividades realizadas no primeiro semestre, é imprescindível caracterizar alguns aspectos da população-alvo, uma vez que foram norteadores para algumas discussões durante esse período. Além disso, tais características estiveram presentes também nos bastidores da vivência de cada estagiário do grupo, mesmo não tendo sido abordados diretamente durante os encontros. Ou seja, é importante levar em consideração alguns dados sociais dos estagiários, visto que tais fatores influenciaram os assuntos e os pontos de vista adotados durante as discussões emgrupo.

Desse modo, a equipe do estágio foi formada, até julho de 2018, por seis estudantes do 3º ano do curso de Psicologia, de 18 a 45 anos, sendo cinco do gênero feminino e um, masculino, e a facilitadora do grupo, que também era a professora responsável pela supervisão do estágio. Em relação à nacionalidade, um dos estudantes era imigrante e os outros, brasileiros. Três estudantes do gênero feminino se identificavam como brancas e duas delas como pardas. O estudante do gênero masculino se identificava como branco.

Esse grupo se manteve quinzenalmente ao longo do segundo semestre de 2018. Contudo, devido a problemas de ordem pessoal, um dos estagiários precisou se ausentar do curso, fazendo que o grupo do segundo semestre tivesse apenas 5 estudantes. Nas atividades realizadas a partir de julho de 2018, uma estagiária, aluna do 5º ano do curso de Psicologia da UFSCar, passou a compor a equipe. A metodologia de cada encontro será explicitada a seguir.

METODOLOGIA DE FORMAÇÃO PARA A PROMOÇÃO EM SAÚDE MENTAL ENTRE ESTUDANTES

Como proposta para o início de um trabalho de promoção de Saúde Mental na universidade, o primeiro encontro tinha como objetivo o acolhimento e a criação de vínculos entre os participantes.

Utilizou-se do desenho, como técnica projetiva, para que os alunos se apresentassem. Foi solicitado a cada um dos integrantes que desenhassem algo que os representasse e, após o desenho, eles foram encorajados a falar sobre o desenho, e, portanto, sobre si. Essa técnica pode ser usada como meio de "acesso às vivências internas, aos conflitos e desejos do sujeito" (Pinto, 2014).

Embora o grupo não fosse terapêutico, sua temática, própria à realidade vivenciada pelos próprios estudantes poderia favorecer o surgimento de conteúdos e afetos que necessitassem de um manejo similar ao terapêutico, como em relação à questão do sigilo. Desta maneira, foi elaborado um acordo de trabalho grupal. Tais regras foram criadas para que a confiança pudesse ser estabelecida entre os participantes, criando-se assim um vínculo entre os mesmos, tal como defendido por Pereira(1995).

Os encontros seguintes seguiriam, novamente, com dinâmicas e técnicas projetivas. No entanto, a ausência de um integrante por motivo de doença levou à discussão sobre a perícia estudantil da universidade e sua necessária vinculação à dimensão de uma continuidade de cuidados em saúde, com banco de dados computadorizado com o perfil epidemiológico da comunidade universitária, ainda inexistente.

Segundo a Associação Internacional de Epidemiologia (IEA), em 1973, a Epidemiologia é definida como:

> o estudo dos fatores que determinam a freqüência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas. Enquanto a clínica dedica-se ao estudo da doença no indivíduo, analisando caso a caso, a epidemiologia debruça-se sobre os problemas de saúde em grupos de pessoas, às vezes grupos pequenos, na maioria das vezes envolvendo populações numerosas. (Organización Mundial de la Salud, 1973 como citado em Borges & Coimbra, 2008, p. 135).

Esse sistema possibilitaria proteger legalmente o aluno, em caso de necessidades especiais. Hoje, a ausência de um sistema integrado faz com que a relação de poder entre aluno e professor esteja desequilibrada, e o aluno tanto possa ter problemas de sofrer persecução por parte do professor quando enfrenta algum problema de saúde, quanto a maioria dos professores não executa um plano adaptado de ensino às suas necessidades especiais, inclusive no tocante ao sofrimento psíquico.

Além da dinâmica realizada pela professora, os estudantes também foram estimulados a eles mesmos, em uma situação protegida, iniciarem a atuação de facilitação de grupos. O terceiro encontro foi, portanto, uma dinâmica de grupo facilitada por uma das integrantes do grupo A atividade exigiu que os participantes ficassem em pé, dispostos em um círculo. Em seguida, foi entregue para cada um dos participantes uma bexiga vazia. Com os balões em mãos, foi pedido para que os sujeitos os enchessem, imaginando que, ao soprarem, estavam colocando dentro do balão um determinado problema pessoal ou estresse (vivido dentro da universidade, por exemplo).

Posteriormente, todos jogaram os balões ao ar, tentando fazer o máximo possível para que nenhum deles caísse no chão. Aos poucos, uma pessoa de cada vez deveria se retirar da atividade, de modo que o número de balões no ar continuava o mesmo, mas o número de pessoas para sustentá-los ia diminuindo. Após um tempo, a situação de manter os balões no ar foi se tornando inviável e a atividade foi encerrada.

Ao final da atividade, o grupo fez uma discussão guiada pelas seguintes perguntas:

"Como é trabalhar numa equipe onde todos participam e todos ajudam?" e "Como fica quando os demais membros da nossa equipe, simplesmente resolvem não cooperar mais? Conseguimos facilmente dar conta de nossos problemas?".

Além da carga e distribuição do trabalho, outro fator que costuma afetar a saúde mental dos estudantes é a saída do estudante, pela primeira vez, de sua cidade de origem. A UFSCar, assim como diversas universidades no mundo, possui a realidade de estudantes que veem de todo o Brasil e de outros países, carregando, consigo, lembranças, costumes e culturas de outras regiões. Por esse motivo, o encontro seguinte foi destinado à construção de mapas afetivos, os quais

> demonstraram ser uma importante ferramenta metodológica capaz de captar as subjetivas dimensões espaciais e temporais dos agentes entrevistados. . . . Com os mapas afetivos, vimos como os próprios entrevistados veem a si mesmos e aos outros frente às muitas e negociadas identidades. (Vettorassi, 2014, p. 173).

Os mapas afetivos têm como objetivo, portanto, representar lembranças de um indivíduo sobre determinado local. Com essa técnica, é possível perceber quais fatores são evidenciados pelo sujeito por terem marcado sua memória. Os estagiários haviam sido previamente convidados a fazerem um desenho de sua cidade ou local de origem, o qual explicariam posteriormente. Em momento posterior, também foram convidados a desenhar um mapa afetivo da própria UFSCar. O mapa afetivo da UFSCar serviu, além da discussão sobre o ambiente universitário em si, para escolher espaços para uma atividades aberta de promoção de Saúde. Foi proposto um piquenique entre os participantes, o que se constituiu como uma oportunidade para o maior entrosamento do grupo, além de também ajudar na ressignificação do ambiente já utilizados pelos alunos como local de fuga para o estresse promovido pela grade curricular por alguns dosparticipantes.

Em outro encontro aberto, os estagiários realizaram um exercício cuja proposta era avaliar os sentimentos dos estudantes em relação aos espaços que eles frequentam. Sendo assim, o objetivo foi discutir sobre a percepção dos participantes dos espaços dentro da Universidade e qual é a sua relação com os mesmos. Foi pedido para que os participantes que já tivessem algum sentimento ruim por aquele lugar compartilhassem com o grupo essa experiência na tentativa de ressignificação daquele espaço com o contraponto de outros pontos devista.

Além disso, os participantes procuraram pensar em como tais espaços poderiam servir como promotores de saúde. A discussão evoluiu para dificuldades encontradas no sistema acadêmico e também na infraestrutura do *campus*, tais como obstáculos em acesso a determinadas informações, hierarquias institucionais, organização curricular de curso e mobilidade dentro do *campus* (calçadas acessíveis, presença do ônibus circular exclusivo da Universidade). Posteriormente, foi proposta uma caminhada pela cidade de São Carlos. O propósito da atividade era conhecer ambientes que pudessem ser promotores de saúde e visitados por universitários, levando em consideração acontecimento ocasional de eventos, mobilidade, acesso e custos.

Em outro encontro aberto, uma das estagiárias trouxe uma atividade que consistia em escrever cinco adjetivos, em papéis diferentes, que caracterizassem os sentimentos diários que cada um sentia na Universidade, colocá-los em um recipiente e em seguida sortear um dos papéis. Assim, a palavra sorteada por um dos participantes, era lida para os outros do grupo e em seguida era relatado como cada indivíduo se sentia sobre aquela palavra/sentimento específico, também respeitando os participantes que escolhiam se abster de dar um depoimento.

As atividades, inicialmente voltadas para a constituição do próprio grupo, para as questões identitárias e universitárias, evoluíram para a reflexão sobre políticas públicas sociais brasileiras, com ênfase na de Saúde, com o objetivo de repensar o modelo de cuidado em Saúde na Universidade. Por esse motivo, os estudantes precisaram aprender sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, sistema universal de saúde brasileiro, para compreender como seria a implantação de serviços que seguissem a sua lógica, em uma universidade. Estudaram e discutiram sobre o Plano Terapêutico Singular (PTS).

O PTS consiste em um trabalho multidisciplinar de acordo com a história de vida de cada pessoa, sem que haja a fragmentação do sujeito em diversos procedimentos técnicos. Assim, o modo de cuidar deixa de ser centrado no procedimento e passa a ser no sujeito, reconhecendo o usuário/paciente como um sujeito de desejos e que tem papel ativo na construção de seu projeto terapêutico (Mângia & Muramoto, 2008). Ademais, o PTS permite a possibilidade da formação de vínculos entre o paciente e a equipe de saúde, o que pode acarretar na promoção do suporte emocional para o indivíduo.

Entendendo o estágio como uma forma de metodologia ativa de aprendizagem, o primeiro semestre acabou com uma avaliação global dos aprendizados teóricos e das atividades grupais fornecidos pelo estágio feito através de um breve depoimento dos estagiários.

As cinco estudantes que concluíram as atividades desse primeiro semestre passaram a acompanhar as atividades em andamento no Instituto de Ciências Matemáticas e da Computação – ICMC, da Universidade de São Paulo – USP.

As atividades realizadas pela estagiária de 5º ano no Instituto de Ciências Matemáticas e da Computação iniciaram-se em abril de 2018 e consistiram em palestras sobre saúde mental na universidade, acolhimentos (individuais ou em grupo) por demanda espontânea ou encaminhamento de professores, rodas de conversa. Quanto aos acolhimentos, se a demanda do estudante envolvesse questões relacionadas à instituição, havia o direcionamento para os grupos operativos ou a mediação para sua resolução; se a demanda envolvesse questões individuais (não relacionadas à instituição) eram encaminhados para serviços externos. Foram oferecidos os seguintes temas para trabalho em grupo: sofrimento psíquico, suicídio/ideações suicidas, violência institucional, assédio/abuso sexual, sexualidade/gênero, raça/etnia, produtividade/organização, evasão (abandono do curso/disciplinas), empoderamento, redução de danos e dependência em mídias digitais. Os indivíduos que assinalaram a opção suicídio/ideações suicidas eram convidados para uma entrevista (para constatar se havia o risco e realizar os devidos encaminhamentos).

No total foram ofertados pelo GAPsi cinco grupos. Um dos grupos foi extinto logo na primeira semana, por falta de adesão dos participantes, os demais permaneceram até o final do segundo semestre de 2018. As estagiárias de segundo ano dividiram-se para acompanhar as experiências com os quatro grupos remanescentes.

Dentro deste panorama, será escolhida uma das atividades desenvolvidas para ilustrar possibilidades de atuação junto ao Instituto de Ciências Matemáticas e da Computação – ICMC, da Universidade de São Paulo – USP.

A atividade teve origem com um convite para uma roda de conversa chamada: "Sofrimento Psíquico e Universidade: Vamos Falar Sobre Isso?". Estavam presentes nessa atividade a professora e orientadora/supervisora do estágio, a estagiária de quinto ano da Psicologia, uma professora do ICMC e três estudantes (dois do curso de matemática e uma de engenharia ambiental). Nesse primeiro encontro, os participantes da roda de conversa estavam bastante fragilizados emocionalmente, descrevendo diversas situações acadêmicas que contribuíram para o aumento de seu sofrimento.

Indagados sobre como poderiam resolver ou minimizar essas situações, começaram a propor diversas alternativas. Foi realizado um acordo no sentido da realização de encontros semanais para se buscar soluções para as questões apresentadas, que se configuraram como próximos ao modelo de grupos operativos. Os dados relativos a este grupo operativos serão apresentados na seção seguinte.

O Processo Grupal, a Criação de Vínculos, as Questões Identitárias, o Cuidado no Processo Saúde-Doença Mental Dentro da Universidade: Resultados

Embora os participantes fossem todos da mesma turma de graduação, algumas pessoas possuíam laços afetivos maiores que outras. A situação de grupo possibilitou a aproximação entre integrantes que ainda não eram tão íntimos e a formação de um ambiente de confiança e um grupo coeso. Um dos integrantes, no entanto, não esteve presente durante o primeiro mês de atividades devido a um afastamento por motivo de saúde. Embora tenha sido bem acolhido pelo grupo, seu processo mostrou-se diferenciado e, no meio do processo, ainda por motivo de saúde, não pôde concluir as atividades de estágio, provocando a discussão sobre a importância da adaptação das atividades acadêmicas, inclusive esta, segundo as discussões do campo das necessidades especiais.

Os integrantes foram iniciados nas questões próprias do manejo psicológico: os acordos de trabalho, a ética e o sigilo, a criação de um ambiente terapêutico, o uso de diferentes técnicas em um processo grupal de promoção de saúde mental (dinâmicas de grupo, desenhos, mapas afetivos, caminhadas, produção de narrativas escritas, entre outras), o respeito às individualidades e diferenças dentro de um grupo, sem, entretanto, fomentar a cristalização de posições.

No que tange às questões próprias ao processo saúde-doença mental de estudantes universitários, especificamente, a dinâmica da bexiga possibilitou a emersão da discussão sobre como a falha na interação e divisão de responsabilidades entre os colegas de graduação pode ser visto como um problema que afeta a permanência estudantil dentro da universidade, visto que a sobrecarga de trabalhos e afazeres podem causar estresse nos alunos e levar a problemas de ordem psíquica e física. Foi possível falar sobre o sentimento de culpa em não conseguir realizar aquilo que se espera; o sentimento de liberdade após a realização de uma tarefa; a importância da confiança em que o colega auxiliará na execução da tarefa e a desmotivação quanto à própria capacidade de executar uma alta carga de tarefas sem apoio dos demais.

Além disso, também foi evidenciado a importância dos laços afetivos entre os alunos na Academia como um fator preventivo/protetivo para a permanência estudantil. Os relatos apontaram para falhas básicas de convivência entre os estudantes, mostrando a necessidade do mapeamento dos problemas universitários, na visão dos alunos, para que se possa propor métodos para a resolução desses problemas de forma integrada entre os alunos e os dirigentes da instituição.

Baseando-se na leitura do texto "Da linguagem da deficiência às escolas inclusivas" (Coll *et al.*, 2010) e no próprio desenvolvimento da dinâmica, os participantes também discutiram sobre as falhas apresentadas pela universidade quanto às pessoas com necessidades especiais e aos alunos estrangeiros, no quesito da falta de apoio à adaptação e dos preconceitos ainda presentes no meio acadêmico quanto a esses públicos.

Os mapas afetivos relativos às cidades de origem deflagraram sentimentos ambivalentes em relação à cidade/condição de origem e à cidade/condição atual. Pôde-se observar a ressignificação que os integrantes fizeram, durante toda a vida, sobre os lugares por onde passaram, além das dificuldades advindas da mudança de cidade para a realização da graduação na construção de um novo sentido (Eu x mundo) da própria existência. De modo geral, os mapas afetivos serviram para discutir a relação ambiente-indivíduo, as diferenças e semelhanças ao que cada um atribui ao mesmo espaço. No caso dos mapas afetivos relativos à própria UFSCar, apresentaram tanto relações mais utilitárias com o espaço, quanto aspectos subjetivos. Uma das estagiárias demonstrou sentimentos próprios da vivência universitária, como cansaço físico e mental, que acabavam por se relacionar a como vivia os espaços acadêmicos. Neste encontro, as falas também apontaram para as questões relativas ao uso de substâncias psicoativas no ambiente universitário, o que coincide com a literatura sobre o assunto. O uso dessas substâncias pode estar associado tanto à recreação, aos comportamentos compulsivos ou, ainda, de fuga da realidade acadêmica.

A referência ao cansaço, à desmotivação, e à falta de concentração também apareceu na dinâmica em que foi pedido que os integrantes do grupo caracterizassem os sentimentos diários relativos à Universidade.

As atividades de introdução ao SUS, e, em especial, do Projeto Terapêutico Singular, foi uma forma de apontar para a necessidade de que também a universidade utilizasse a mesma lógica, potencializando redes de apoio ao estudante e descentralizando o cuidado, que, na UFSCar, ainda se mostra ineficaz e incapaz de atender as demandas dos alunos. O cuidado ainda era, à época, restrito ao tratamento individual, oferecido por um número pequeno de profissionais, sem atuação em promoção e prevenção em saúde, ocasionando longas filas de espera. Além disso, esse formato de atuação deixava de lado a relação entre como se dá a atuação das instituições superiores e seu impacto sobre a saúde mental de estudantes universitários.

Nessa discussão, alguns tópicos abordados foram sobre as manobras governamentais de controle de massas — uma consequência da ditadura militar (1964-1985) sobre o sistema das universidades públicas. Os estagiários abordaram tópicos como violência institucional; hierarquias dentro da universidade (como, por exemplo, em algumas relações professor x aluno) e como essa forma de organização se relaciona ao sofrimento psíquico e à propagação de comportamentos violentos em situações de conflito. Estruturas inacessíveis, ausência de possibilidade de diálogo entre alunos e gestão também foram relacionados ao sofrimento psíquico. Também foi discutida a necessidade de um papel mais ativo do universitário pela luta de seus direitos, tanto em uma perspectiva de macrogestão, no enfrentamento aos ataques do governo federal; quanto nas discussões de mesogestão, como na reestruturação curricular do curso de Psicologia da UFSCar. Os estudantes concluíram que não só contexto acadêmico, mas também o político nacional e o regional influenciam na qualidade de vida e saúde mental dos universitários, além de sua permanência na instituição.

A experiência de caminhada e visitação dos lugares públicos de São Carlos gerou, nos estudantes, a discussão sobre quais medidas poderiam ser tomadas para facilitar o acesso do estudante às opções de cultura e lazer da cidade, como forma de criação de uma estratégia de promoção de saúde mental do estudante, articulando a universidade à cidade.

A caminhada também deu a conhecer problemas estruturais da cidade, como as calçadas quebradas que dificultavam o deslocamento, além do mau funcionamento do sistema de transporte público para o acesso do público universitário a esses locais, visto que esses pontos culturais são muito afastados dos bairros majoritariamente ocupados por estudantes. Essa conversa evidenciou a diferença do acesso aos bens culturais da cidade entre moradores oriundos da própria cidade e de universitários.

O acesso aos serviços públicos de saúde também apareceu com destaque nas atividades do primeiro semestre, especialmente, quando se discutiu os itinerários terapêuticos dos universitários. Percebeu-se que apenas uma pequena quantidade deles usavam os serviços públicos e sequer conheciam os trâmites necessários para serem atendidos pelo SUS. Uma das atividades consistiu, portanto, em ir à sua unidade básica de saúde para conhecer a forma de entrada no sistema público. A ideia era que, além de aprenderem para seu próprio uso, pudessem orientar outros estudantes sobre os processos necessários para se obter atendimento na área de saúde mental. Também se discutiu sobre a necessidade de reorganização do serviço de saúde da universidade, com vistas à ação continuada sobre toda a comunidade universitária, com enfoque na promoção e na prevenção em saúde mental, em continuidade de cuidados com o tratamento oferecido pelo SUS.

Esses foram os dados relativos às vivências dos próprios estudantes de Psicologia do segundo ano, no grupo facilitado pela professora responsável, no primeiro semestre de 2018.

No segundo semestre, as integrantes que concluíram essas atividades, foram acompanhar uma estudante de quinto ano, em seu estágio junto ao Instituto de Ciências Matemáticas e da Computação – ICMC, da Universidade de São Paulo – USP. Distribuíram-se em diversas atividades, mas, para efeito de análise neste artigo, focar-se-á nos dados referentes ao grupo operativo citado anteriormente.

Uma mudança na formação do grupo acabou contribuindo para a mudança de seu enfoque. Uma das participantes, aluna de engenharia ambiental, abandonou o grupo, o que centralizou as discussões nas questões do curso de matemática. Analisando o que causava sofrimento ao longo da graduação em Matemática, os alunos e a professora do curso passaram a trabalhar na criação de um documento para ser apresentado à comissão de graduação com sugestões que visavam à prevenção de situações ansiogênicas nos estudantes, inclusive diretrizes mínimas para o relacionamento entre professores e alunos.

As queixas trazidas por eles envolviam tanto questões institucionais - como faltas excessivas de docentes que prejudicavam o andamento da disciplina, adoção de uma bibliografia mais clara e de métodos avaliativos diversos (não só provas) - como questões dos próprios estudantes, como dificuldade para trabalhar em grupo. Os estudantes relataram sentir que não faziam parte dos processos acadêmicos que influenciavam diretamente suas vidas, o que proporcionava grande sofrimento.

Nesse aspecto, a presença de uma docente do curso de matemática no grupo foi extremamente enriquecedora. Ela pôde compreender as dificuldades apresentadas pelos estudantes e colocar para o grupo os problemas enfrentados pelos docentes. Além disso, por conhecer o funcionamento da instituição, ela compartilhou com o grupo aspectos bastante relevantes, como a formalização de denúncias através do livro de ocorrências da coordenação e da ouvidoria do instituto.

Os alunos também se dividiram para levar aos demais estudantes que não participaram do grupo as questões apresentadas. Eles se comprometeram a pesquisar formas de operacionalizar as propostas, sensibilizar os pares e eleger (democraticamente) quais seriam as prioridades a serem apresentadas na comissão de graduação e nos conselhos de departamento.

As sugestões dos estudantes, no que diz respeito aos aspectos pedagógicos, foram no sentido de indicação de bibliografia clara do que será trabalhado pelo professor; disponibilizar online (se possível) as apostilas da disciplina, não só para os alunos da USP, mas aberta para todos que se interessarem; disponibilização de demonstrações matemáticas previamente filmadas, pois assim, os alunos teriam como acessá-las em casa; criação de *sites* com o conteúdo das disciplinas, aberto, com metodologias ativas de aprendizagem; formulação de listas de exercícios para os alunos realizarem em casa; aumento das estratégias de aprendizagem cooperativa fossem presenciais ou virtuais, entre os próprios alunos.

Os métodos de avaliação mereceram especial atenção do grupo. Foi sugerido que se aumentasse o número de avaliações e se incluíssem métodos avaliativos alternativos à prova; que as avaliações coerentes com os subsídios fornecidos durante a disciplina e que os critérios de avaliação claros para os estudantes. Os professores também precisariam ter u prazo limite para a correção das avaliações, pois, por vezes, eles seguiam para a avaliação seguinte sem terem recebido ainda o retorno sobre como foi a avaliação anterior, dificultando a possibilidade de aprendizado. A correção das provas deveria se dar de maneira imparcial, sem a identificação do aluno, assim como a divulgação das notas.

No sentido de diminuir a arbitrariedade das ações entre professores e alunos, seria importante que também os professores pudessem ser sistematicamente avaliados pelos alunos e que os professores fossem acompanhados no sentido de manterem-se fiéis às ementas das disciplinas.

Alguns estudantes entraram posteriormente ao primeiro encontro, totalizando doze participantes na avaliação final do trabalho. Todos os participantes avaliaram positivamente a atividade, relatando bastante entusiasmo na mudança da situação cotidiana vivenciada. A reflexão sobre a produção de saúde em um ambiente adoecedor conduziu a uma (inevitável) proposta de modificação.

A participação dos indivíduos na produção do regimento provocou alterações visíveis em seus estados psíquicos. Eles mesmos descreveram-se como mais confiantes e felizes ao final da atividade. A possibilidade de emersão das falas dos sujeitos atuou como uma espécie de rachadura na cristalização da instituição, que tendia a permanecer imutável. Na medida em que os participantes se apropriaram ativamente de sua realidade e propuseram alterações, eles experienciaram uma nova forma de existir na instituição, com consequente efeito positivo sobre sua saúde psíquica.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio em questão propiciou o encontro teórico com a prática no campo da Saúde Mental dos estudantes. Compreendeu-se que era necessário repensar a formação dos profissionais na área da Saúde acerca dos valores centrados na universalidade e na integralidade, de modo que abranjam as dimensões sociais e psicológicas/subjetivas dos usuários (Pitombeira *et al.*, 2016).

Ou seja, é necessária a formação de profissionais capacitados para o levantamento diagnóstico, desenvolvimento, execução, supervisão

e avaliação de políticas públicas de Assistência Estudantil, em conjunto com as existentes na comunidade. Ademais, a capacitação de atores sociais, conscientes de seu papel, politizados e informados sobre a realidade, também se faz essencial, já que podem agir como multiplicadores de políticas de cuidado.

A produção de cuidado, a minimização do sofrimento e a promoção de saúde devem ser sempre feitas valorizando e envolvendo os diferentes sujeitos, implicados no processo. Essa valorização dialoga com a humanização da saúde. A escolha por esse cuidado humanizado em saúde mental (no ambiente universitário) proporcionou o fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos envolvidos, aumento da corresponsabilização na produção de saúde, estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva nos processos institucionais e materialização das demandas dos estudantes, tanto no caso dos próprios estagiários quanto no caso dos estudantes do ICMC. Nesse modelo, ética e a cidadania são as diretrizes da atuação. É justamente por esse motivo que os sujeitos devem ser ativos no processo. A socialização, a criação de vínculos afetivos e o reconhecimento social funcionam como pilares para a construção de uma nova identidade (Bleicher & Bleicher, 2015).

Quando a relação estabelecida é vertical e hierarquizada, a centralidade das ações é na doença e não no sujeito (Amarante, 2007). O deslocamento dessa concepção para uma forma de maior protagonismo e participação dos sujeitos é fundamental para que se transforme um universo repressor em um local que seja possível distinguir as possibilidades de cura, tratamento e cuidado (Desviat, 2015).

As diretrizes desta atuação, portanto, aproximam-se do que roga a **Declaração de Alicante sobre a Promoção da Saúde e Universidade, construindo entornos sociais e educativos saudáveis** (Declaración, 2017), segundo as quais as universidades, para se caracterizarem como promotoras de saúde, precisam ser construídas através da responsabilidade coletiva, ativa, real e dinâmica de toda a sua comunidade, com especial protagonismo dos estudantes. Espera-se que o detalhamento desta experiência sirva como modelo de boas práticas em formação para a atuação no campo da Saúde Mental no contexto das políticas públicas de Assistência Estudantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Assis, A.C.L., Sanabio, M.T., Magalsi, C.A., & Machado, C.S. (2013). AS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL: EXPERIÊNCIAS COMPARADAS EM UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS. *Revista G.U.A.L*, Florianópolis, 6(4), 125-146. Recuperado de https://periodicos.ufsc.br/index.php/gual/article/view/1983-4535.2013v6n4p125/26220. doi:https://doi.org/10.5007/1983-4535.2013v6n4p125

Bastos, A. B. B. I. (2010). A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicologo informacao*,*14*(14), 160-169. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010&lng=pt&tlng=pt

Borges, A. P. A. e Coimbra, A. M. C. (Orgs.) (2008). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: EAD/Ensp. ISBN 978-85-61445-09-6

Bleicher, L. & Bleicher, T. (2015). Saúde para todos, já!. Salvador: Edufba.

Bleicher, T. & Oliveira, R. C. M. (2016). Políticas de assistência estudantil em saúde nos institutos e universidades federais. *Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, 20(3), 543-549. Recuperado de https://dx.doi.org/10.1590/2175-3539201502031040.

Brasil. Decreto N^{0} 7234, de 19 de julho de 2010. Institui o Programa Nacional de Assistência Estudantil- PNAES. Recuperado de http://www.planalto.gov.br

Brasil. Projeto de Lei N^{0} 8035. Plano Nacional de Educação (PNE) 2011- 2020. Brasília, DF. Recuperado dehttp://www.camara.gov.br.

Brasil. Ministério da Educação (2019). O que é o REUNI. Recuperado de http://reuni.mec.gov.br/o-que-e-o-reuni.

Cerchiari, E. A. N., Caetano, D., & Faccenda, Od. (2005). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *10*(3), 413-420. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000300010&script=sci_abstract&tlng=pt. https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2005000300010

Declaración de Alicante. Recuperado em 29 de abril, 2019, de https://www.um.es/documents/4856678/5231793/DeclaracionAlicante2017.pdf/598e0885-0ffa-48c8-a3da-3963d5c8798f

Desviat, M. (2015). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Pereira, A. L. F. (1995). O Contrato Terapêutico. *Revista de Gestalt*, 4, 75-86. Recuperado de itgt.com.br/wp-content/uploads/.../O_CONTRATO_TERAPÊUTICO-LimaFilho1.rtf

Pinto, E. R. (2014). Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(1), 135-153. https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982014000100009

Pitombeira, D. F., Xavier, A. S., Barroso, R. E. C., & Oliveira, P. R. S. (2016). Psicologia e a Formação para a Saúde: Experiências Formativas e Transformações Curriculares em Debate. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *36*(2), 280-291. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932016000200280&script=sci_abstract&tlng=es. https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001722014

Rodrigues, M. M. A. (2010). *Políticas Públicas*. São Paulo: Publifolha.

Silveira, M. M. (2012). *A Assistência Estudantil no Ensino Superior: uma análise sobre as políticas de permanência das universidades federais brasileiras* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Pelotas – UCPEL, Pelotas, SP, Brasil. Recuperado de http://pos.ucpel.edu.br/ppgps/wp-content/uploads/sites/5/2018/03/MIRIAM.SILVEIRA_A-Assist%C3%AAncia-Estudantil-no-Ensino-Superior-%E2%80%93-uma-a-n%C3%A1lise-sobre-as-pol%C3%ADticas-de-perman%C3%AAncia-das-universidades-federais-brasileiras.pdf.

Teixeira, M. A. P., Dias, A. C. G., Wottrich, S. H., & Oliveira, A. M. (2008). Adaptação à universidade em jovens calouros. *Psicologia Escolar e Educacional*, *12*(1), 185-202. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-85572008000100013&script=sci_abstract&tlng=pt. https://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572008000100013

Vettorassi, A. (2014). Mapas afetivos: recursos metodológicos baseados na História Oral e reflexões sobre identidades espaciais e temporais em estudo sociológico. *História e Cultura*, Franca, v.3, n.3 (Especial), p. 155-176, dez. 2014.

REUNIÃO DE EQUIPE EM CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL: TERRITÓRIO DE CONSTITUIÇÃO IDENTITÁRIA

Gerfson Moreira Oliveira
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
(gerfsonoliveira@bahiana.edu.br)

Mônica Ramos Daltro
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
(monicadaltro@bahiana.edu.br)

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) são serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de cuidar das pessoas em sofrimento psicossocial decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas. No contexto do CAPSad, objeto desse estudo, estas reuniões têm perspectivas ampliadas como o compartilhar experiências, planejamento de processos de trabalho e cuidado. Esse estudo investiga as reuniões de equipe interprofissional como expressão do processo de trabalho e cuidado às pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas de um CAPSad da cidade de Salvador-Bahia. Pesquisa documental que analisa atas das reuniões de uma equipe entre janeiro de 2013 a julho de 2017. As atas elaboradas a partir das reuniões técnicas da equipe, são encaradas como rica fonte de informação sobre a história de grupos. A Análise de Conteúdo identificou quatro categorias analítica, identificando a reunião de equipe como território estratégico de informação e comunicação; território de diversidade entre o trabalho e o cuidado; território de apoio ao sofrimento do trabalhador, território de educação permanente em saúde mental e redução de danos. As reuniões de equipe circunscreveram a realidade identitária de um CAPSad e sua singularidade, constitui-se como território de expressão da comunicação interprofissional, da diversidade nos modos de fazer o trabalho e do apoio e aprendizagem dos trabalhadores.

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica, gestada e implantada no final da década de 70, integrada ao processo de redemocratização vivido pelo país trouxe grandes mudanças para o cenário da saúde mental no Brasil. Configurado como um movimento de grande complexidade política e social e tem como precedentes as experiências mundiais de desistitucionalização da psiquiatria e o movimento dos trabalhos de saúde mental no país (Brasil, 2005).

Esse último movimento surgiu no ano de 1978, organizado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, membros de associações de profissionais e pacientes que clamavam por práticas de cuidado mais éticas e humanizadas. Inicia-se um processo de reflexão crítica sobre o circulante saber psiquiátrico, sua função social repressora revestida de um modelo de cuidado hospitalocêntrico e asilar, historicamente marcado por práticas de violências, abusos e violações de direitos humanos.

A Reforma Psiquiátrica, legitima mudanças nas estruturas de atenção à saúde mental, mostrando possibilidade de substituir os modelos de descuido e violações por serviços e estratégias terapêuticas mais amplas, pautadas na lógica do território e em práticas interdisciplinares e humanizadas, proporcionando sua reinserção na sociedade e uma melhor qualidade de vida. Ademais, possibilitou a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil e criação de novos dispositivos de atenção à saúde mental (Fonte,2013).

Pitta (2011) realizou um balanço sobre a Reforma e já colocava em questão as especificidades e desafios de uma prática profissional de natureza tão coletiva necessariamente sustentada na interdisciplinaridade e voltada para o desenvolvimento da potência das equipes nos territórios. Destaca que as práticas de cuidado propostas - sustentadas numa ética de corresponsabilidade como forma de ampliar o alcance das intervenções – dependem significativamente do funcionamento das equipes e de sua possibilidade de perceber a importância da contribuição de cada um dos seus integrantes no enfrentamento do lugar simbólico do medicamento e do modelo médico hegemônico.

A Reforma Psiquiatrica brasileira, ainda em curso, coloca em relevo uma identidade de profissional da saúde mental que retoma os discursos da década de 1960, na qual emergiram políticas de identidade atreladas aos movimentos sociais. Tais políticas concentraram-se em afirmar a identidade cultural das pessoas a partir da ideia do pertecimento.

Esse estudo investiga as reuniões de equipe interprofissional como expressão do processo de trabalho e cuidado às pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Discute e analisa as reuniões como território de constituição de identidades coletivas que podem dar suporte a um fazer clínico interprofissional e sintônico às demandas da Reforma Psiquiatrica. Elege como campo de análise um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) cuja a finalidade é cuidar das pessoas em sofrimento psicossocial decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativasde na cidade de Salvador-Bahia.

A Reunião de Equipe (RE) interprofissional em saúde é, reconhecidamente, uma estratégia de trabalho que envolve processos de convivência, comunicação e tomada de decisão no espaço comum entre diferentes profissões e visam qualificar a produção do cuidado em saúde (D´ Amour, D. , Ferrada-Videla M., San Martin Rodrigues L., Beaulieu M. D., 2005). No contexto específico da saúde mental no Brasil, estas reuniões são frequentemente realizadas nos CAPSad. Nesses, as RE têm perspectivas ampliadas como o compartilhar experiências de cuidado entre os profissionais; planejar e nortear condutas no processo de trabalho; discutir casos clínicos numa visão interdisciplinar; estabelecer parcerias com as redes de atenção à saúde e proteção social e avaliar, continuamente, o processo de trabalho e cuidado (Brasil, 2004).

Apesar de abrigarem um conjunto de elementos materiais e simbólicos, nem tudo é visível nas reuniões de equipe. Elas comportam dentro de si, não lugares, virtualidades, disputas, construções, desconstruções e afetos, configurando um dinâmico processo de constituição

identitária da equipe (Ribeiro, 2002). Na perspectiva dos Estudos Culturais, a concepção de identidade individual e grupal emerge atrelado a dimensão relacional, marcada pela difrença simbólica relativo a outras identidades (Silva, 2014).

Nesse estudo, destaca-se como a reunião de equipe ultrapassa a dimensão de estratégia, na sua dimensão metodológica, para estar afirmada como um territitório de produçãoes identitárias, na medida em que apresenta dimensões simbólicas, cultural e psíquica que promovem e se organizam a partir de constantes transformações.

Com essa perspectiva esse artigo elege a reunião de equipe como fenômeno de investigação cientifica, propondo trazer elementos de elucidação, uma vez que, apesar de invisíveis, algumas dimensões podem ser localizadas na composição dos discursos e relações que os trabalhadores estabelecem entre si, na relação dos mesmos com os usuários, com a cultura, com a dinâmica das instituições de saúde e suas práticas cotidianas. No processo de composição desses discursos pode-se também investigar as posições epstemológicas produzidas por uma equipe interprofissional e suas aproximações com os princípios da Reforma Psiquiátrica, ainda em processo de amadurecimento no território brasileiro.

A pesquisa é parte integrante de uma tese de doutorado que investiga as práticas clínicas de cuidado e o processo de trabalho da equipe interprofissional de um CAPSad, à luz dos pressupostos das políticas nacionais de saúde mental e álcool, crack e outras drogas vigentes no país até o ano de 2017. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Escola Bahiana de Medicina Saúde Pública sob parecer nº 2809.812; CAAE 90497418.0000.5544.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, configurado como pesquisa documental que analisa atas das reuniões de uma equipe interprofissional de um CAPSad docente assistencial localizado no município de Salvador-Bahia. A análise documental é uma técnica de pesquisa que tem como fonte documentos diversos que são analisados em profundidade para que deles sejam extraídas informações e indicações relativas ao objetivo do estudo (Moreira, 2005).

Optou-se por selecionar um conjunto de atas dos últimos cinco anos de funcionamento da instituição (janeiro 2013 a julho de 2017), período em que o pesquisador atuou como coordenador técnico-pedagógico do Serviço. O processo de análise se deu na perspectiva da análise de conteúdo e interpretação de sentidos proposta por Minayo (2014).

A escolha das técnicas justifica-se pelo reconhecimento da valorização dos documentos e seus conteúdos, enunciados por um grupo de trabalhadores da saúde mental, e da tentativa de sistematiza-las, a partir dos conteúdos documentais, categorias passíveis de reflexão e análise (Bardin, 1997). Procedeu-se com o agrupamento de dados para construção de categoria de análise, observando-se primeiramente cada ata, e, posteriormente, as atas por ano e em seu conjunto em geral. Este procedimento permitiu uma produção de categorias, que foram apresentadas ao longo do texto, articuladas aos princípios teóricos conceituais que fundamentaram o estudo.

A Análise de conteúdo identificou quatro categorias analítica, identificando a reunião de equipe como território estratégico de informação e comunicação; território de diversidade entre o trabalho e o cuidado; território de apoio ao sofrimento do trabalhador, território de educação permanente em saúde mental e redução de danos.

Neste artigo, analisaremos a categoria reunião de equipe como território de diversidade entre o trabalho e o cuidado, enfatizando o processo de formação identitária da equipe.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

De modo geral, alguns aspectos se destacam em relação às reuniões de equipe no processo de cuidado dos serviços públicos de saúde mental no Brasil: 1) caracteriza-se como um espaço de construção coletiva de saberes e práticas; 2) serve como palco de discussões e decisões sobre modos de trabalhar e relacionar-se e 3) constituem-se em um princípio da reforma psiquiatrica brasileira por que valoriza o coletivo, não só como um recurso terapêutico para os usuários, mas como proposta de organização democrática dos Serviços (Barros, 2000).

Nesse estudo, essa caracterização apresentada por Barros (2000) é também identificada. Enquanto espaço de construção coletiva, nas RE emergiram conteúdos que referenciavam como as identidades individuais circulavam em permanente confronto com as identidades coletivas:

> *D. expressa que parte da equipe do CAPS ainda esta presa à clínica tradicional....Afirma que não é o lugar, mas a atitude e o comportamento do profissional.... As práticas manicomiais estão dentro da gente (25/2016)*

A capacidade criativa, de pactuação e flexibilidade organizacional emergem como estratégias de enfrentamento alternativas para construção de cultura de trabalho coletivo:

> *(...) As práticas manicomiais estão dentre da gente... e o nosso exercício é criar um novo modelo (25/2016)*

> *U. acha que precisa haver coesão da equipe no que se quer....Precisa pactuar melhor com os usuários os planos terapêuticos singulares (PTS)... PTS é uma troca de ideias, todos aqui fazem parte....Atividades e organização do CAPS não se definem em um único fluxo (6/2016).*

A análise deste campo social nos permite perceber a diferença entre as pessoas e como cada uma delas se posiciona diferentemente, de acordo com o papel social que esta protagonizando. Nessa perpectiva, os Estudos Culturais consideram que, em diferentes contextos sociais, diferentes identidades se precipitam (Hall, 1997).

Reunião de equipe como território de diversidade entre o trabalho e o cuidado é afirmada pelos documentos também a partir da multiplicidade: *existem muitos CAPS em um só CAPS*. A operacionalização do processo de trabalho e cuidado e formação identitária da equipe deste CAPSad, esteve constantemente atravessada por um conjunto de crenças e saberes (individuais e compartilhados). Em diversos registros, as visões, versões e soluções diferentes sobre determinadas situações cotidianas emergiram na narrativa dos técnicos do serviço, assim como os tensionamentos diante das exigências de condutas comuns entre os profissionais e disputas no processo de trabalho e cuidado.

F. diz que a coordenação precisa analisar a quantidade de Caps que tem dentro de um só Caps a ponto da equipe não conseguir atuar de uma só maneira, não dá pra fazer tudo igual, cada usuário tem a sua necessidade e cada profissional tem seu jeito de trabalhar e essa é a maior riqueza dessa clínica (28/ 2016)

B. acha a reunião uma agonia...Fala das suas dificuldades em trabalhar com tantas demandas, pensamentos, clínicas e políticas (25/2014)

Essa diversidade nas formas de operar a prática de cuidado trás novos desafios a perspectiva identitária que circunscreve esses fazeres. O CAPSad é uma instituição, cujo os princípios, oferecem ao trabalhador a possibilidade de exercer graus distintos e variados de escolha e com autonomia para manejar de um variado repertório de recursos simbólicos. Pode-se afirmar que todo contexto profissional, em sua natureza, regras, serviços e bases epistemológicas, produz determinados tipos de identidades profissionais.

Nos grupos e coletivos, podemos identificar a circulação de duas concepções de identidade: a essencialista, que trata de representar a unidade comum de uma história construida no tempo e no interior de um territorio, com por exemplo, ser médico, psicólogo ou redutor de danos; identidades construídas no filtro de representações hegemonicamente pactuadas a partir de referênciais gerais de uma cultura, que diferencia uma identidade de outra. A segunda concepção, a não-essencialista, focaliza as diferenças o o movimento de *tornar-se*, afirmando posições de sujeitos e identidades que não se produzem por sistemas unificados mas a cada contexto e em cada tempo (Woodward, 2014).

Nas narrativas encontradas a RE coloca-se como campo de sustenção desse *tornar-se,* revelando um permanente movimento de deslocamento que é ora gestado, ora acolhido no âmbito da RE :

M. acredita que é constitutivo no trabalho no CAPS os improvisos e, às vezes, não saber mesmo o que fazer.... Avançamos e retrocedemos... Por isso essas reuniões são tão importantes para que se possa compartilhar as dúvidas e tropeços e construir caminhos (19/2016)

Y reconhce que a principal patologia assistida pelo CAPSad é a exclusão social...É uma ciranda da mitos. Fracassos e acertos são matéria prima do trabalho... Vamos nos reiventando...Faz parte! (25/2016).

Assim, ser um profissional da saude mental que atua em um CAPSad, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, é estar desafiado como sujeitos que formados na lógica da especialização deparam-se com a necessidade de mover-se na direção da construção de uma identidade coletiva, que vai incluir suas histórias e especializações, mas estas colocadas como insuficientes para dar conta da complexidade que envolve o universo das pessoas que fazem uso abusivo de drogas e que orbitam o CAPSad de uma cidade turística no nordeste do Brasil. Para isso novas construções identitárias se fazem necessárias.

As reuniões de equipe se colocam como um território que produz representação do sentido do trabalho a ser desenvolvido. Neste processo, diferentes significações são produzidas por diferentes sistemas simbólicos, seus discursos e representações contestadas e conflitantes, constroem os lugares nos quais sujeitos podem se posicionar e falar (Woodward, 2014). Na perspectiva de tornar-se, de reinventar-se como profissional, criando, inventando, o profissional abre-se ao novo, à novas – e muitas vezes simples – estratégias de cuidar, com vistas a alcançar sujeitos, cuja a dificuldade está justo em adaptar-se à lógicas hegemônicas de existir e tratar:

Quanto ao uso de drogas no espaço da convivência, situação que chama muito a atenção da equipe, é preciso criar uma estratégia que haja no mínimo a redução deste uso. J afirma que está pensando em colocar um som ambiente no belvedere, fazer um som, uma espécie de rádio comunitária onde eles possam ser locutores, pedir música, fazer a sua programação. Precisamos investir energia para ocupar esses espaços sem funcionalidade (ata 22/2016)

M relata que quando o usuário chega no CAPS sob efeito de substâncias e sem condições de realizar as atividades previstas em seu PTS ou mesmo permanecer no serviço, as ações [intervenções dos profissionais] *podem ser dissolvidas em outras coisas, como sair para tomar um café ou dar uma volta no território, por exemplo. A escuta faz toda a diferença e pode dissolver a crise (21/2016)*

A vida contemporânea demanda uma diversidade de papéis e posições, o que implica dizer que distintas representações identitárias podem entrar em conflito. No trabalho em equipes de saúde, uma prática social marcadamente simbólica, um conjunto inumerável de identidades se expressam de maneira diversa e vacilante. E no conjunto da experiência relatadas nos documentos, as reuniões de equipe produzem significações que envolvem relações de poder moduladoras das identidades e dão sentido singular as experiências:

V relata que os redutores de danos [profissionais de nível médio] *se sentiram excluidos durante o seminário. Só os técnicos foram contemplados* [profissionais graduados] *pois não tiveram a oportunidade de falar sobre o trabalho que realizam no campo (27/2015).*

M acha que a equipe técnica [profissionais graduados] *transfere certas medidas e manejos para os redutores de danos* [profissionais de nível médio] *(como banhos, alimentação, atividades da convivência), sendo que estas atividades devem ser manejadas por toda a equipe (8/2014)*

Nesse contexto de transitoriedade e deslocamento precipitam-se divergências e crises de identidade, especialmente pelo encontro de identidades que foram marcadas e localizadas em diferentes lugares e por diferentes lugares e essas são tomadas numa perspectiva positiva, na medida em que fomentam mudanças na dimensão do *tornar-se*. As identidiades em conflito estão no bojo dos processos de mudanças políticas e socioculturais e provocam rupturas nos saberes instituídos, produzindo novos formas de poscionamentos. Para Woodward (2014), contestação e disputa é uma caracteristica da construção cultural das identidades no mundo contemporâneo.

Fazendo uma apropriação metafórica da lógica da identidade cultural proposta por Stuart Hall (2006), que fala do processo pelo qual se busca autenticar uma determinada identidade por meio de um passado supostamente comum, poderiamos afirmar que nas reuniões de equipe, pode-se observar como os trabalhadores falavam sempre a partir de uma posição histórica e cultural específica: sua profissão, sua função no CAPSad, suas experiências, sua etnia e seu gênero.

J questiona porque se permite o acesso de usuários alcoolizados sem a mínima condição de se realizar qualquer atividade terapêutica no CAPS (10/2016)

V afirma que, alguns usuários, devido a vivência na rua, sofrendo violências, preconceitos e marginalização, só entende a abordagem autocrática (4/2017)

H concorda com D que acha que em muitas situações a equipe desperdiça o seu tempo sendo babá...misturamos o social com a função terapêutica... estamos andando em círculo...precisamos dar o melhor de nós com o tratamento e não com o social (8/2016).

Assim, ora os trabalhadores respondem discursivamente a partir de uma posição/verdade herdada de um sistema cultural específico para reafirmar a sua identidade profissional, ora colocam-se em identidade compartilhada, sem negar o passado, mas reivindicando-se como outra identidade. Esta última perspetiva, desafia o territorio da reunião a desconstruir identidades fixas e binárias, provocando deslizamentos e fluidez de identidades.

> Ao ver a identidade como uma questão de "tornar-se" aqueles que vivenciam a identidade não se limitariam a ser posicionados pela identidade: eles seriam capazes de posicionar a si próprios e de reconstruir e transformar as identidades históricas, herdade de um suposto passado comum (Woodward, 2014)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No conjunto da análise de conteúdo das Atas, a reunião de equipe ultrapassa a concepção de estratégia, técnica e método e se coloca numa dimensão mais ampla de território que envolve relações e espaços de poder, portanto um dispositivo produtor de subjetividades.

A RE está apresentada como dispositivo que produz novas e distintas possibilidades de operar o campo de prática. Na perspectiva foucaultiana, um dispositivo produzido a partir de práticas discursivas ou não discursivas, um território operatório multilinear, alicerçado nas dimensões do saber, no poder e nos modos de subjetivação. O que significa dizer que a RE configura-se como uma estrutura aberta que implica o imprevisto e a criação mas também singularidades, como propostos pela Reforma Psiquiatrica e pelos movimentos de luta antimanicomiais.

Nesse sentido, além de informações, comunicados, organização do processo de trabalho e pactuações a RE envolve sentimentos e pensamentos dos trabalhadores que, imersos na linguagem e na cultura, dão significado as experiências que proporcionam a emergência de uma identidade. Aspectos psicológicos estão envolvidos no processo de produção da identidade e do investimento pessoal que fazemos em posições específicas de identidade. Eles nos permitem explicar as razões pelas quais nós nos apegamos a identidades fixas (Woodward, 2014). Fixar-se a uma determinada identidade como a norma é uma das formas privilegiadas de hierarquização das identidade e das diferenças. A normalização é um dos processos mais sutis pelos quais o poder se manifesta. Normalizar significa eleger de modo arbitrário uma identidade específica como o parâmetro em reação ao qual as outras identidades são avaliadas e hierarquizadas.

O processo de produção da identidade é semelhante ao que ocorre com os mecanismos discursivos e linguisticos nos quais se sustenta a produção de identidade. Tal como a linguagem, a tendência da identidade é para a fixação. Entretanto, a identidade esta sempre escapando. A fixação é uma tendência e, ao mesmo tempo, uma impossibilidade. As identidades organizam-se na dimensão da hibridização, entre identidades situadas assimetricamente em relação ao poder (Woodward, 2014).

Na perspetiva dos estudos culturais, adotada para a análise das atas, o hibridismo está colocado como fenômeno de construção de identidades, afirmado a partir de processo que tendem a conceber as identidades como fundamentalmente segregadas. O processo de hibridização confunde a suposta pureza e solubilidade dos grupos que se reunem sob as diferentes identidades, mas está em acordo com os princípios da Reforma Psiquiatrica.

Na medida em que pressupõe-se práticas de cuidado voltada para a despatologização dos sujeitos e, portanto, ancorada no reconhecimento de coletividades-sigulares, demandam identidades formadas a partir desse hibridismo, que não estão pautadas integralmente em nenhuma das identidades originais, embora guarde traço delas.

As dimensões políticas das identidades colocadas em conflito nas reuniões estão fortemente baseadas na construção de diferenças e não de igualdades. A marcação da diferença é crucial no processo de conhecimento das posições identitárias que possam se opor ao binarismo em modelo positivo assistencial. Não se trata de identidades profissionais numa lógica disciplinar e sim, de uma identidade múltipla, fluida, diversa e cambiante que compõe os diversos núcleos profissionais.

E porque falar de identidades importa? Porque, como nos ensina Woodward (2014) existe uma profunda crise de identidade no mundo contemporâneo. No específico contexto da saúde mental, o modelo biomédico que sustentava a fixação de certas identidades, já há muito, não serve para assistir a essa população de brasileiros em sofrimento psíquico, usuários de substâncias psicoativas, pessoas em situação de rua que, em seu cotidiano, estão privados de quase todos os direitos civis. Essa população de sujeitos, verdadeiramente expatriados, que abrem mão, voluntariamente ou não, de suas identidades de origem fixas e como caminhantes que são, desafiam as equipes de cuidado a também forjarem novas identidades sobre si e sobre o fazer e o cuidar, no âmbito da saúde mental.

5. REFERÊNCIAS

Brasil (2005). Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília.

Brasil (2004) Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde.

Bardin, L.(2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 229

Barros R B.(2000) O dispositivo grupal no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: Amarante P, organizador. A loucura da história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 277-83.

D´ amour D, Ferrada-Videla M, San Martin R. L, Beaulieu M D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theorical framework. J Interprof Care. 2005; 19 Supl 1:116-31.

Hall S.(2014) Quem Precisa de Identidade? In: Identidade e Diferença: A perspectiva dos Estudos Culturais SILVA T T (Org.). Ed Vozes. 15ª Ed. Petrópolis – RJ

_____ (2006). Da diáspora: identidades e mediações culturais. (1a impressão revista) Belo Horizonte/Brasília: Editora UFMG/ Unesco.

Moreira, S.V.(2005) Análise documental como método e como técnica. In: Duarte, Jorge; Barros, Antonio (Org.). Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas, 269-279.

Minayo M.C.S (2014). O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. São Paulo: Hucitec

Pitta AMF.(2011) Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Cien Saude Colet;16(12):4579-4589.

Ribeiro, C.J.S.(2002) Plano Grupal Transdisciplinar: Cartografando uma equipe de saúde mental.[dissertação]. Univesidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituo de Psicologia. Programa de Pos Graduação em Psicologia Social e Institucional.

Ramminger, T; Brito, J C. (2011)"Cada Caps é um Caps": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. Psicol. Soc. [online].vol.23, n.spe [cited 2019-01-27], pp.150-160. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400018&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-7182. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400018. Acesso em 20/01/19

Silva T T. Identidade e Diferença: A perspectiva dos Estudos Culturais. Ed Vozes. 15ª Ed. Petropolis – RJ, 2014

Woodward K.(2014) Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Identidade e Diferença: A perspectiva dos Estudos Culturais SILVA T T (Org.). Ed Vozes. 15ª Ed. Petrópolis, 75.

SIMPÓSIO
Moderador: Teresa Medeiros

ATIVIDADES DE TURISMO SÉNIOR, SATISFAÇÃO E BEM-ESTAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Teresa Medeiros
Universidade dos Açores; Universidade de Coimbra
(maria.tp.medeiros@uac.pt)

Osvaldo Silva
Universidade dos Açores, CICS.UAc/CICS.NOVA.UAC

Ana Isabel Moniz
Universidade dos Açores, CEEAplA

Joaquim Ferreira
Universidade de Coimbra

Carlos Santos
Observatório de Turismo dos Açores, Universidade dos Açores

Virgílio Vieira
Universidade dos Açores, GBA/cE3c

Licínio Tomás
Universidade dos Açores, CICS.UAc/CICS.NOVA.UAC

Sheila Furtado
Universidade dos Açores

RESUMO

O turismo tornou-se um fenómeno mundial e o setor do turismo sénior está em franca expansão. O lugar do turismo e das práticas de lazer, para além do impacto económico incontornável que contêm, carece de ser reintegrado e perspetivado nas suas valências funcionais, psicossociais e culturais. Porém, dado que as preocupações relativas ao bem-estar e à satisfação com a vida se configuram enquanto dominantes efetivas das temáticas de maior atualidade na investigação aplicada, somos confrontados com a necessidade de equacionar o contributo das atividades culturais e das experiências turísticas para a experiência pessoal no processo de envelhecimento. Na presente investigação procura-se: i) conhecer um conjunto restrito de relações entre práticas de lazer dos turistas seniores e as variáveis sociodemográficas e o estado de saúde percebido pelos mesmos, aferindo-se os níveis de importância atribuídos a um conjunto de aspetos motivacionais para visitar os Açores; ii) analisar a relação entre os motivos referidos e a promoção do bem-estar individual; e iii) verificar a relação entre a satisfação com a vida e as variáveis sociodemográficas. A amostra que sustenta o estudo é composta por 553 turistas que visitaram os Açores, com idades situados entre os 55 e os 94 anos (M=65; DP=7,4). Em termos de procedimentos metodológicos analíticos, foram sobretudo efetuados testes não paramétricos (e.g., teste de independência do qui-quadrado) e a Análise de Correspondências Múltiplas. Constatou-se a existência uma associação estatisticamente significativa entre algumas variáveis sociodemográficas dos turistas seniores, assim como entre a perceção sobre o seu estado de saúde, e: i) algumas das variáveis associadas às atividades de lazer propostas no destino Açores; ii) a sua satisfação com a vida.

Palavras-Chave: Bem-estar; Satisfação com a vida; Envelhecimento ativo, Turismo sénior; Atividades de lazer.

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2017; 2018), Portugal depara-se com um agravamento do envelhecimento demográfico até 2080. Prevê-se uma perda de 2,8 milhões de pessoas, uma diminuição no número de jovens, na orden dos 600.000, e um aumento de 700.000 de pessoas idosas, bem como do índice de envelhecimento, e seguindo, aliás, a tendência a nível mundial de aumento de envelhecimento demográfico, nas próximas décadas. Por outro lado, as pessoas idosas têm vindo a melhorar a sua condição e o seu estado

de saúde, permitindo maior atividade e aspirações para viajar, experienciar e conhecer. O turismo sénior tornou-se um setor em franca expansão. Viajar, ter experiências novas parece ser uma necessidade que configura bem-estar e felicidade.

Portugal, e mais especificamente a Região Autónoma dos Açores, tem sido reconhecido a nível mundial como um destino turístico de referência, o que atrai cada vez mais turistas de faixas etárias distintas, sobretudo o turismo sénior, cujas características específicas o tornam um mercado em ascensão e de grande importância para a economia local – as pessoas na reforma têm maior disponibilidade de tempo e condições económicas para viajar mais vezes e durante mais tempo, com preferência pela época baixa (Ashton, Cabral, Santos, & Kroetz, 2015; Lisbon, 2015; Santos, Medeiros, Moniz, Tomás, Silva, Vieira, Furtado, & Ferreira, 2018a).

O facto de se viajar cada vez mais para ilhas, enquanto destino turístico, pressupõe reconhecer-se que o turismo nelas desempenha um papel de extrema importância na economia local, uma vez que esses destinos são conhecidos por ter poucos produtos para exportar e promover a sua economia e que, por isso, têm dificuldade em competir nos mercados globais de exportação (García-Almeida & Hormiga, 2017; Moniz, Medeiros, Silva, & Furtado, 2018). Neste enquadramento, as ilhas recorrem ao turismo sustentável para preservar a sua natureza e o seu património cultural - duas das principais razões que levam as pessoas idosos a escolher esse tipo de destino para viajar (Nascimento & Santos, 2016; Rodrigues & Mallou, 2014; Seyamont, 2017). Locais esses muito vocacionados para facultar experiências mais pessoais, tais como o contacto com a natureza (com a mínima intervenção do Homem), experiências termais, património edificado e cultural e festas (Chen & Shoemaker, 2014; Spasojevic & Bozic, 2016; Medeiros, Moniz, Tomás, Silva, Furtado, Vieira, Santos, & Ferreira, 2018a), experiêncas de bem-estar geral que contribuem para a promoção da saúde.

Os Açores são considerados um dos destinos mais competitivos e sustentáveis, pautados pela inovação e reconhecidos como referência na criação de produtos e serviços turísticos (Araújo, 2017; Henriques, 2017; Portugal Global, 2017) e considerado o local mais belo do mundo (National Geographic Traveler, 2016).

É neste sentido que surge o interesse em estudar o turismo sénior na Região Autónoma dos Açores, uma vez que ao longo dos anos se tem vindo a registar um aumento significativo da população sénior mundial, surgindo assim a necessidade de uma análise mais aprofundada das características dos turistas com idade avançada, a fim de promover experiências flexíveis e adaptáveis, com impacto na sua qualidade de vida (Lisbon, 2015; Nascimento & Santos, 2016), em suma experiências positivas de bem-estar psicológico, nas aceções cognitiva e emocional.

O estudo desenvolvido enquadra-se num projeto de investigação mais alargado, intitulado TuSénior 55+ - Turismo Sénior e Bem-Estar no Destino Açores: Criação de um Produto Cultural. Está a ser desenvolvido na Universidade dos Açores, por uma equipa multidisciplinar de docentes. Com o apoio do programa PO2020 Açores, esse projeto tem como objetivos: (i) compreender as motivações, as expetativas, os desejos e as necessidades dos seniores de vários locais (ilhas dos Açores, continente português, EUA e Canadá) sobre o consumo de um produto cultural e de otimização da saúde e bem-estar; (ii) verificar as necessidades de mobilidade motora e outras peculiaridades de alimentação, segurança e saúde dos seniores em viagem, face à oferta presente na ilha de São Miguel; (iii) compreender as formas de bem-estar psicológico e social dos seniores, prevendo a situação de deslocação; (iv) criar formas de memória significativa e experiências de flow; (v) construir um programa de turismo sénior para um espaço temporal desejado, fundamentado nas solicitações e motivações dos seniores para o destino Açores e respeitando as suas especificidades em termos de limitações funcionais, mobilidades, experiências gastronómicas saudáveis, experiências de termalismo e aquisição de conhecimentos acerca do património cultural e natural açoriano, tendente à otimização do bem-estar global e da promoção do envelhecimento ativo; (vi) promover os Açores como um destino sénior por excelência.

TURISMO SÉNIOR, SAÚDE E BEM-ESTAR

O turismo sénior encontra-se em franca expansão e constitui um nicho de mercado que representa as pessoas idosas com maior poder de compra e tempo livre, que procuram informações na internet sobre os destinos a visitar e que pretendem sobretudo o turismo de saúde, turismo de bem-estar físico e mental e turismo de aprendizagem e cultura. Assim, o turismo sénior representa um setor de novas oportunidades e de grande impacto socioeconómico, devendo por isso ser alvo de atenção por parte da indústria turística (Ashton et al., 2015; Lisbon, 2015; Medeiros et al., 2018a; Medeiros, Ferreira, Tomás, Moniz, Silva, Vieira, Furtado, & Santos, 2018b).

O turismo é considerado uma fonte produtora de bem-estar, uma vez que implica novidade, alegria, descontração, autodeterminação, ocupação de tempo livre e momentos de interação com o meio e com os outros, constituindo-se como um veículo de acesso à cultura, ao conhecimento, à comunicação e à interação social (Ashton et al., 2015; Lisbon, 2015; Medeiros et al. 2018a, b). Ademais, o ato de viajar tem um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas, pelo seu valor sociocultural e psicossocial e ao promover sonhos, realizações, conhecimento e troca de experiências, o que contribui para o envelhecimento ativo (Rodrigues & Mallou, 2014; Medeiros et al., 2018b).

O bem-estar subjetivo corresponde à avaliação que a pessoa faz da sua qualidade de vida e da satisfação que experimenta no dia-a-dia, pelo que é composto por uma dimensão cognitiva – satisfação com a vida – e uma dimensão afetiva – afetos positivos e negativos (Diener, 1984). Neste sentido, a satisfação com a vida adquire uma importância acrescida no âmbito do turismo sénior, uma vez que as experiências positivas que a pessoa adquire ao longo da sua viagem podem contribuir para uma avaliação mais positiva das suas condições de vida e ajudar a pessoa idosa a equilibrar os ganhos e as perdas do seu próprio processo de envelhecimento, de uma forma mais positiva (Cf. modelo interativo e multicausal de Baltes, Reese, & Lipsitt, 1980). Além disso, tenha-se presente que a satisfação com a vida é atribuída ao acumular de experiências positivas que promovem emoções agradáveis, pelo que o quotidiano da pessoa é influenciado pelas experiências de vida e pela perceção do mundo externo (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Freire, Zenhas, Tavares, & Iglésias, 2013; Granjo, 2015), o que vai ao encontro da literatura no âmbito do turismo sénior, segundo a qual o ato de viajar é promotor de experiências positivas e de bem-estar (e.g., Ashton et al., 2015; Rodrigues & Mallou, 2014; Wijaya et al., 2018; Medeiros et al., 2018a, b). A este respeito, julga-se pertinente refletir sobre a satisfação da pessoa idosa relativamente à sua viagem, uma vez que o turismo nessa faixa etária pode ser considerado uma estratégia de envelhecimento ativo e, consequentemente, uma forma de promover a qualidade de vida (Lisbon, 2015; Wijaya, Wahyudi, Kusuma, & Sugianto, 2018; Moniz, Medeiros, Silva, & Furtado, 2018).

Sabe-se que a satisfação das necessidades turísticas é o objetivo primordial da atividade de marketing e que a acessibilidade é considerada um parâmetro de qualidade e um fator importante para a satisfação com a viagem, juntamente com o conjunto de experiências que o turista adquire no destino, pelo que se torna premente o estudo dessas variáveis (Alén, Domínguez, & Losada, 2016, Moniz et al, 2018,

Noo-urai & Jaroenwisan, 2017, Sheresheva & Buzulukova, 2014, Yodmongkol, Sangkakorn, & Reeveerakul, 2015; Zsarnoczky, 2017). De acordo com Bagus (2014), as pessoas idosas sentem-se mais satisfeitas quando estão interessadas em destinos que nunca visitaram antes, quando podem adquirir novos conhecimentos e experiências, quando o destino oferece boas condições em termos de infraestruturas de saúde, qualidade dos serviços de agências de viagem e bons guias turísticos. Vigolo, Simeoni, Cassia e Ugolini (2017) estudaram a satisfação dos turistas seniores que visitaram Sirmione (Itália) e concluíram que a grande motivação dos turistas seniores para visitar esta região era o relaxamento, atividade que promove a satisfação com o destino. Huber, Milne e Hyde (2018) argumentam que os fatores facilitadores de uma jornada - atributos de destino e variáveis interpessoais - são preditores de satisfação do turista, destacando a importância do clima, gastronomia, condições financeiras, oportunidades de relaxamento e diversão. Um estudo realizado pelo Observatório de Turismo dos Açores (2017) mostra que os turistas que visitam a região estão satisfeitos com o destino e valorizam as paisagens, a natureza, a segurança e a qualidade da água do mar e preferem atividades de contemplação, visitas a jardins, atividades desportivas e passeios de jipe.

Neste sentido, torna-se premente estudar a satisfação dos turistas seniores que visitam os Açores, assim como as atividades que desenvolvem no destino, tendo em conta que um bom destino turístico para as pessoas idosas deve proporcionar experiências consistentes ao longo do tempo e que promovam o seu bem-estar (Tiago, Couto, Tiago, & Faria, 2016) e a sua saúde em geral.

Incindindo na perceção de saúde, nas atividades desenvolvidas e na satisfação do turista sénior que visita os Açores, neste estudo adotou-se uma abordagem quantitativa que teve como objetivos: i) conhecer um conjunto restrito de relações entre práticas de lazer dos turistas seniores e as variáveis sociodemográficas e o estado de saúde percebido pelos mesmos, aferindo-se os níveis de importância atribuídos a um conjunto de aspetos motivacionais para visitar os Açores; ii) analisar a relação entre os motivos referidos e a promoção do bem-estar individual; e iii) verificar a relação entre a satisfação com a vida e as variáveis sociodemográficas.

METODOLOGIA

A amostra é constituída por 553 turistas seniores, com idades compreendidas entre os 55 e os 94 anos (M= 65; DP= 7,4), dos quais 295 são do sexo feminino (54,6%) e 245 do sexo masculino (45,4%). Quanto à origem, 306 turistas são de Portugal continental ou Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira (55,3%) e 245 são turistas estrangeiros (44,5%), verificando-se que 396 pessoas são da Europa (71,9%) e 155 são da América ou da Ásia (28,1%). Na sua maioria reformados (63,2%) e com habilitações ao nível do ensino superior (45,2%), os turistas seniores da amostra consideram que a sua saúde é boa (43,4%) ou excelente (26,8%). Ao analisar a presença de limitações físicas e/ou restrições alimentares, verifica-se que apenas 12,3% dos turistas seniores tem limitações físicas, sobretudo dificuldades motoras ou problemas de articulação (52,5%) e que apenas 12,8% tem restrições alimentares, sobretudo alergia ou intolerância (59,7%).

O instrumento de recolha de dados consistiu num questionário construído para o efeito (bilingue Português e Inglês), direcionado a turistas com idade igual ou superior a 55 anos, que visitaram os Açores entre maio de 2017 e janeiro de 2018. A primeira parte do questionário permite efetuar uma caraterização sociodemográfica dos inquiridos e inclui questões sobre idade, sexo, nacionalidade e habilitações literárias. A segunda parte do instrumento incide sobre a perceção que a pessoa tem relativamente ao seu estado de saúde, avaliado através de uma escala de *Likert* de 5 pontos (1 = nível mais baixo e 5 = nível mais alto). A terceira parte do questionário incide sobre as atividades desenvolvidas no destino e a satisfação do turista com as mesmas, através de uma escala de *Likert* de 5 pontos (1 = fiz e fiquei muito satisfeito, 2 = fiz, mas não fiquei satisfeito, 3 = não fiz, mas tenho interesse, 4 = não fiz e não tenho interesse e 5 = não se aplica à minha situação). Aplicou-se, igualmente, a Escala de Satisfação com a Vida, validada para a população portuguesa por Simões (1992), da original Satisfaction With Life Scale (SWLS) criada por Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985).

A recolha de dados foi efetuada de modo presencial, a uma amostra selecionada por conglomerados (hotéis, alojamentos locais, alojamentos rurais, espaços culturais e espaços de rua, nas ilhas dos Açores, no continente português e nos Estados Unidos da América) e o limiar da idade foi estabelecido com base em estudos prévios sobre turismo sénior. Na seleção da amostra, foram ainda atendidos os argumentos de Plog (2005), de Prideaux, Wei e Ruys (2001) e de Ramos (2005) (como referidos em Losada et al., 2016) sobre a geração *baby boom* – a qual tem hoje aproximadamente 55 anos de idade e que se acredita ser responsável por mudanças no mercado. A análise dos dados foi efetuada com recurso ao programa estatístico IBM SPSS Statistics (Versão 25), onde foram utilizados testes não-paramétricos (teste de kruskal-Wallis e teste de independência do Qui-Quadrado) e a Análise de Correspondências Múltiplas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao nível das atividades desenvolvidas no destino, e considerando todas as atividades propostas aos turistas seniores que visitam os Açores, constatou-se que a maioria (61.6%) fez essas atividades e ficou satisfeita, conforme é ilustrado na Figura 1. De notar que 17.4% dos inquiridos referiram que não fizeram as atividades propostas, mas manifestaram interesse em as desenvolver futuramente e, por outro lado, apurou-se que 2,5% fizeram as atividades propostas, mas não ficaram satisfeitos com as mesmas.

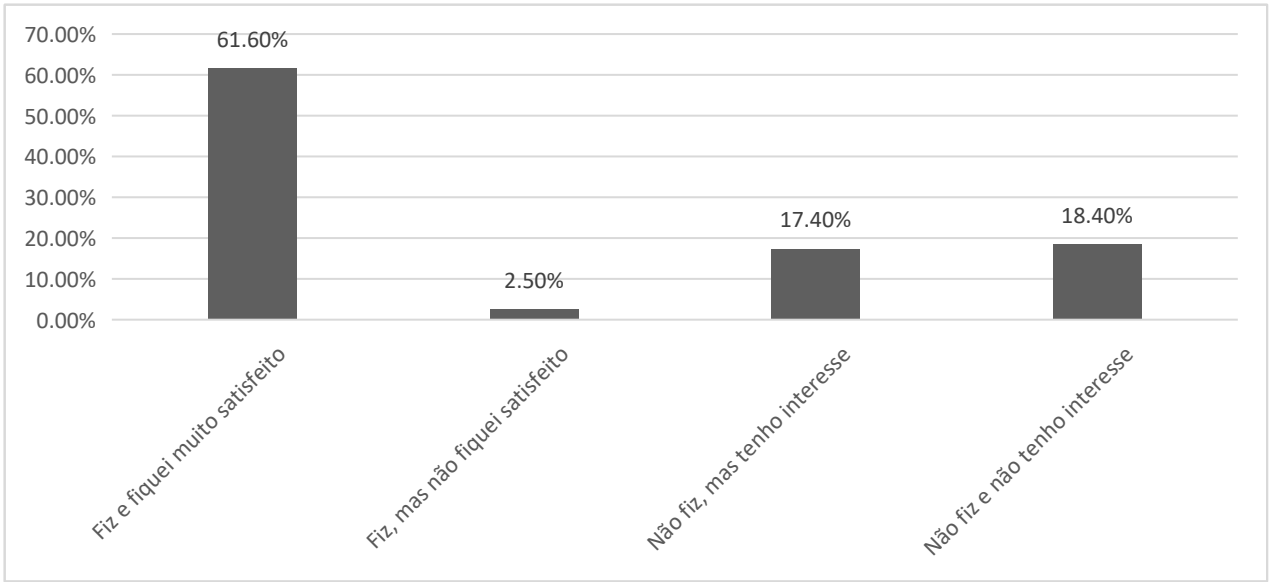


Figura 1. Avaliação global das atividades propostas aos turistas seniores

As atividades consideradas como potencialmente escolhidas pelos turistas seniores foram analisadas, tendo em atenção a sua execução ou não e se estes ficaram satisfeitos com a sua realização. Assim, as atividades desenvolvidas no destino foram agregadas em cinco áreas temáticas:

1. **Contacto com a natureza**: passear por jardins, visitar paisagens, fazer caminhadas e trilhos e contemplar e sentir a natureza;
2. **Experienciar o mar**: mergulhar, ir às praias, pescar, passear de barco e fazer Whale Watching;
3. **Experiências termais**: Desenvolver experiências termais;
4. **Conhecer o património edificado e cultural**: visitar igrejas, visitar museus, conhecer as culturas tradicionais e visitar locais com artesanato;
5. **Festas/diversão**: festas, festivais e animação noturna.

Os turistas seniores ficaram muito satisfeitos com as seguintes atividades: contacto com a natureza (83,1%), conhecer o património edificado e cultural (79,2%) e experiências termais (66,5%), conforme é ilustrado na Figura 2. As percentagens de inquiridos que não participaram nem manifestaram interesse em participar foram mais elevadas no caso das atividades experienciar o mar (35,5%) e festas/diversão (30,4%).

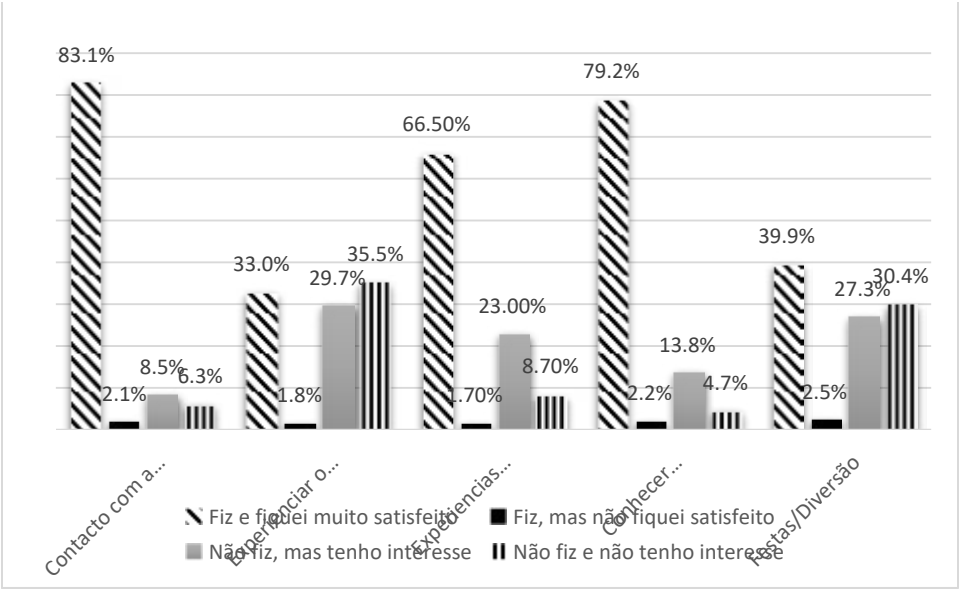


Figura 2. Áreas temáticas das atividades desenvolvidas pelos turistas seniores

Estes resultados vão ao encontro da literatura sobre o turismo sénior, segundo a qual as pessoas idosas preferem o turismo de bem-estar físico e mental (como experiências termais) e turismo de aprendizagem e cultura (como património edificado e cultural) (Ashton et al., 2015; Lisbon, 2015). Ademais, tenha-se presente o estudo de Vigolo, Simeoni, Cassia e Ugolini (2017), cujos resultados indicam que a grande motivação dos turistas seniores para visitar Itália recaem sobre o relaxamento, atividade que promove a satisfação com o destino. Também Huber et al. (2018) argumentam que o relaxamento é um fator de satisfação do turista. Um outro dado de relevo é o facto de os turistas seniores se caracterizarem pelo interesse em visitar destinos com muita natureza, preferencialmente com a menor intervenção do Homem (Chen & Shoemaker, 2014; Spasojevic & Bozic, 2016; Medeiros et al, 2018a,b).

Com o intuito de avaliar as possíveis associações entre as práticas de lazer dos turistas seniores, as variáveis sociodemográficas e a perceção do estado de saúde, foi utilizado o teste de independência do qui-quadrado, constando os resultados obtidos na Tabela 1.

Tabela 1. Resultados do Teste de independência do qui-quadrado

	Sexo	Faixa etária	Habilitações literárias	Tipo turista	Estado saúde
Contacto com a natureza	não	não	não	$\chi2$=10,572, p=0,001	não
Experienciar o mar	não	não	não	não	não
Experiências termais	não	$\chi2$=11,632, p=0,003	não	não	não
Conhecer património edificado e cultural	não	$\chi2$=11,349, p=0,023	não	$\chi2$=21,911, p=0,000	$\chi2$=9,607, p=0,004
Festas/Diversão	não	não	não	não	não

Houve somente associações estatisticamente significativas entre a faixa etária e as atividades desenvolvidas (experiências termais e conhecer o património edificado e cultural), entre a nacionalidade e a atividade de contacto com a natureza e entre a perceção do estado de saúde e a atividade conhecer o património edificado e cultural. A partir da análise de resíduos, verifica-se que os turistas mais jovens (55-64 anos) ficaram mais satisfeitos com as experiências termais e em conhecer o património edificado e cultural, esta última também referida pelos turistas nacionais e que percecionam a sua saúde como boa a excelente. Já os turistas estrangeiros ficaram mais satisfeitos com o contacto com a natureza.

Com o propósito de realizar uma abordagem relacional sobre as categorias das múltiplas variáveis apresentadas na Tabela 1, entre as que apresentaram associações estatisticamente significativas, foi efetuada uma Análise de Correspondências Múltiplas (ACM). Essa técnica multivariada permite a identificação da especificidade das associações entre as categorias das múltiplas variáveis em análise, permitindo assim detetar a existência de relações de associação ou de oposição entre os grupos. A partir de um mapa percetual podemos representar graficamente as correspondências múltiplas, possibilitando assim aferir da existência de relações de associação ou de oposição. A partir da Figura 3, relativo **à**s medidas de discriminação, constata-se que a dimensão 1 está relacionada com as variáveis ligadas às atividades "Experiências termais" e "Conhecer o património edificado e cultural" e à idade (faixa etária) dos turistas seniores que visitam os Açores, enquanto que a dimensão 2 está relacionada com o tipo de turista (se é nacional ou estrangeiro), à perceção do seu estado de saúde e à atividade "Contacto com a natureza".

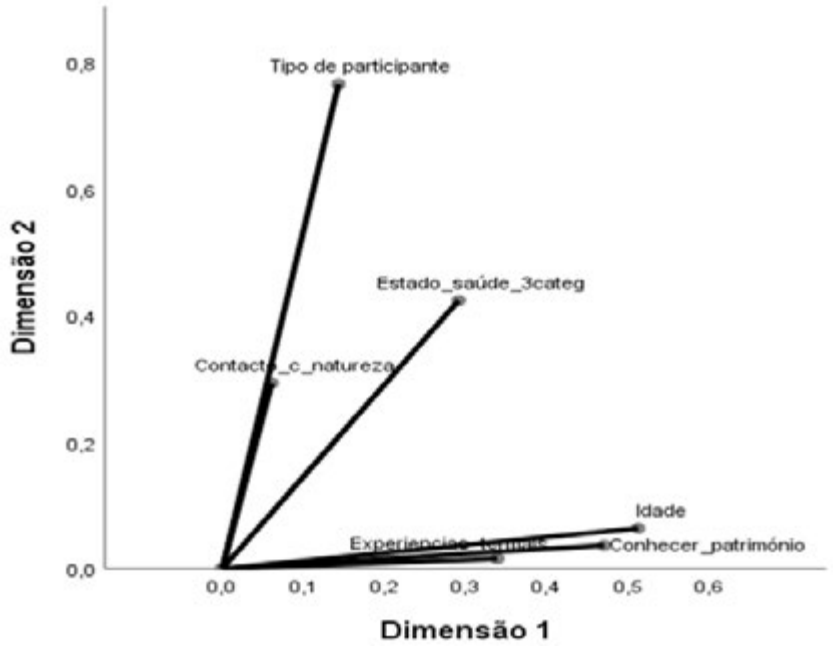


Figura 3. Medidas de discriminação

A partir do mapa percentual, apresentado na Figura 4, é possível analisar cada dimensão, onde se verifica o seguinte:

Dimensão 1: há oposição entre os turistas mais novos (55-64 anos), que ficaram muito satisfeitos em conhecer o património edificado e cultural e em experienciar as atividades termais e os turistas com mais idade (75+ anos), que não fizeram a atividade de conhecer o património edificado e cultural, mas que têm interesse em fazê-lo numa próxima visita e que não experimentaram as atividades termais;

Dimensão 2: observa-se a oposição entre os turistas nacionais, com uma perceção do seu estado de saúde satisfatório e que fizeram atividades associadas ao contacto com a natureza, mas que não ficaram completamente satisfeitos e aos turistas estrangeiros, com um estado de saúde percebido de excelente e que fizeram e ficaram muito satisfeitos com a atividade de contacto com a natureza.

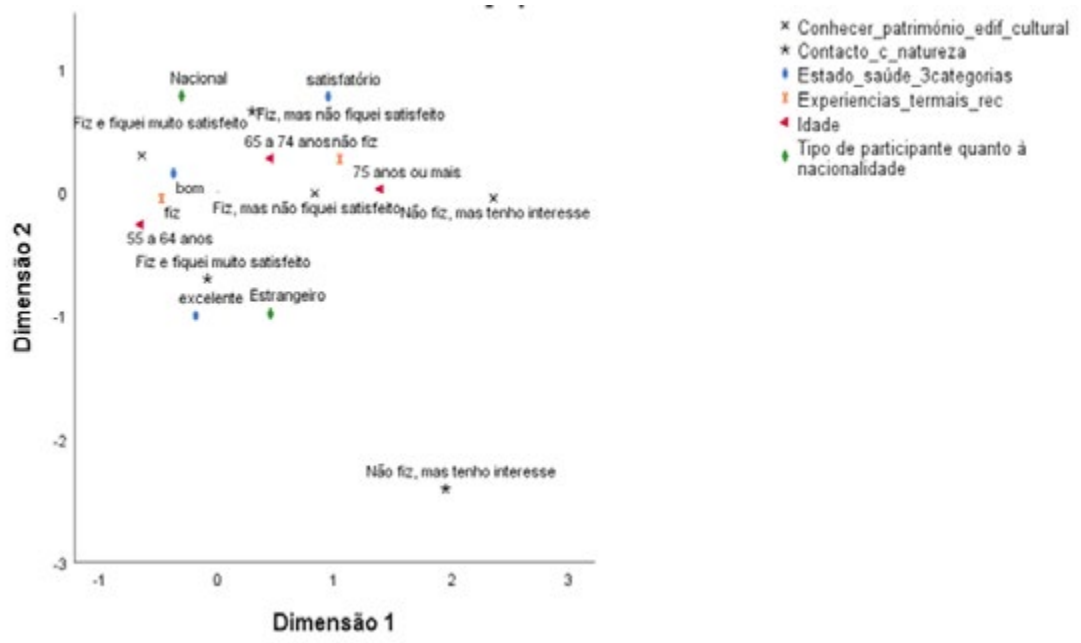


Figura 4. Mapa percetual

No que diz respeito à associação entre satisfação com a vida e variáveis sociodemográficas. Verifica-se que apenas houve associações estatisticamente significativas entre a satisfação com a vida e as habilitações literárias ($\chi 2=17{,}315$, $p=0{,}002$), o tipo de turista ($\chi 2=25{,}239$, $p=0{,}000$) e a perceção do estado de saúde ($\chi 2=37{,}255$, $p=0{,}000$), como é apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Resultados do Teste de independência do qui-quadrado

	sexo	**Faixa etária**	**Hab. literárias**	**Tipo turista**	**Estado saúde**
Satisfação com a vida	não	não	$\chi 2=17{,}315$, $p=0{,}002$	$\chi 2=25{,}239$, $p=0{,}000$	$\chi 2=37{,}255$, $p=0{,}000$

A partir da análise de resíduos verifica-se que a satisfação com a vida é mais elevada entre os turistas estrangeiros, com habilitações académicas de nível superior e com a perceção que o seu estado de saúde é excelente.

CONCLUSÃO

O turismo sénior é um mercado em expansão, caracterizado sobretudo pela disponibilidade de viajar em época baixa (o que tem um impacto positivo na redução da sazonalidade) e pelo poder de compra, de tal modo que tem sido reconhecido como um mercado de oportunidades e desafios.

Com a realização deste estudo, conclui-se que os turistas se envolvem sobretudo em atividades ligadas à natureza, ao património edificado e cultural e em experiências termais, expressando muita satisfação na sua realização. A faixa etária influencia as atividades desenvolvidas, sendo que os turistas mais novos preferem desenvolver experiências termais e conhecer o património edificado e cultural. Também a nacionalidade e a perceção do estado de saúde exercem influência sobre as atividades desenvolvidas, de tal modo que os turistas nacionais e que percecionam a sua saúde como satisfatória preferem o contacto com a natureza. Verifica-se ainda que a satisfação com a vida é mais elevada entre os turistas estrangeiros, com habilitações académicas de nível superior e com a perceção de que o seu estado de saúde é excelente.

Ao ter presente a preferência dos turistas seniores pelo contacto com a natureza, julga-se pertinente a adoção de políticas sólidas de turismo ambientalmente sustentável, tais como a gestão de locais naturais com elevada sobrecarga de turistas e o controlo dos fluxos de turismo (i.e., para evitar o impacto negativo do turismo nos ecossistemas das ilhas), numa intervenção coordenada entre todos os atores do turismo e a redução de barreiras à mobilidade, para oferecer uma experiência mais inclusiva. Ademais, o conhecimento de que alguns turistas apresentam dificuldades motoras e/ou restrições alimentares aponta para a importância de um olhar atento às necessidades do turismo sénior, a fim de proporcionar experiências prazerosas e adequadas às suas características, com vista ao seu bem-estar e satisfação com o destino. A este respeito, o acesso aos serviços regionais de saúde, as barreiras físicas existentes, os níveis de segurança, a alimentação, os transportes públicos e os recursos naturais e patrimoniais devem ocupar um lugar de destaque nas preocupações dos agentes turísticos, de modo a promover o turismo de saúde e bem-estar.

Ter conhecimento das atividades desenvolvidas pelos turistas, assim como das suas preferências nesse aspeto, representa um ponto de partida para o aprimoramento e/ou desenvolvimento de produtos turísticos para esse nicho de mercado, evidenciando a sua diversidade e ressalvando a necessidade de um olhar atento sobre as suas necessidades. Assim, será possível adequar as políticas de turismo a esse nicho de mercado, melhorar os produtos existentes ou criar novas ofertas culturais, aproximar os turistas à população local, desenvolver que envolvam os próprios turistas nas atividades *in loco* (i.e., experienciar as tradições e desenvolver atividades num ambiente único de vivências do povo açoriano), potenciar o envolvimento em atividades típicas do destino, como a apanha do chá, cultivo das terras e produção artesanal. Desta forma, estaremos a oferecer experiências de turismo sénior de qualidade, adaptadas às necessidades e aos interesses desse público e que promovam o seu bem-estar.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento deste estudo foi financiado no âmbito do projeto de investigação Turismo sénior e bem-estar no destino Açores: Criação de um produto cultural "TuSénior 55+", pelo programa PO2020 Açores e Governo Regional dos Açores, com a referência ACORES-01-0145-FEDER-00002 TuSénior 55+. Agradecemos aos voluntários que colaboraram na recolha de dados, nomeadamente: Antonieta Menezes, Fernanda Lezaola, Ilda Magalhães, Joana Maia, Leonor Garcia, Margarida Viveiros, Marina Ferreira e Mónica Sousa.

REFERÊNCIAS

Alén, E., Domínguez, T., & Losada, N. (2016). New opportunities for the tourism market: Senior tourism and accessible tourism. In M. Kasimoglu (Ed.), *Visions for Global Tourism Industry – Creating and Sustaining 140 Competitive Strategies* (pp. 139-166). Croatia: InTech. ISBN: 978-953-51-0520-6.

Araújo, L. (2017). Portugal, uma marca de excelência. *Revista Portugalglobal*, *103*, 9-18.

Ashton, S. G. M., Cabral, S., Santos, G. A. D., & Kroetz, J. (2015). A relação do turismo e da qualidade de vida no processo de envelhecimento. *Revista Hospitalidade*, *12*(2), 547-566. ISSN: 2179-9164.

Bagus, R. U. I. G. (2014). The motivations and satisfaction of elderly tourists visiting Bali tourism destination Indonesia. *Journal of Economics and Sustainable Development*, *5*(18), 10-16. ISSN: 2222-1700.

Chen, S. C. & Shoemaker S. (2014). Age and cohort effects: The American senior tourism market. *Annals of Tourism Research*, *48*, 58-75. doi: 10.22080/JTPD.2017.1708.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *95*(3), 542-575. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffins, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49* (1), 71-75.

Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*(2), 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276.

Enkvist, A., Ekström, H., & Elmståhl, S. (2012). What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old? *Arch Gerontol Geriatr*, *5*4(1), 140-145. DOI: 10.1016/j.archger.2011.03.013.

Freire, T., Zenhas, F., Tavares, D., & Iglésias, C. (2013). Felicidade hedónica e eudaimónica: Um estudo com adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, *4*(31), 329-342. DOI: 10.14417/ap.595.

García-Almeida, D. J., & Hormiga, E. (2017). Immigration and the competitiveness of an island tourism destination: A knowledge based reputation analysis of Lanzarote, Canary Islands. *Island Studies Journal*, *12*(1), 207-222. doi: https://doi.org/10.24043/isj.13.

Granjo, M. R. (2015). *Contributo para o estudo da identidade docente*. Dissertação de Doutoramento (não publicada). Instituto Universitário de Lisboa: Lisboa.

Henriques, L. C. (2017). Uma estratégia para o futuro. Revista Portugalglobal, 103, 4. Henriques, L. C. (2017). Uma estratégia para o futuro. *Revista Portugalglobal*, *103*, 4.

Huber, D., Milne, S., & Hyde, K. F. (2018). Constraints and facilitators for senior tourism. *Tourism Management Perspectives*, *27*, 55–67. doi: https://doi.org/10.1016/j.tmp.2018.04.003.

Instituto Nacional de Estatística (2018). *As pessoas 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.

Lisbon, P. M. V. E. de M. (2015). *Turismo sé*nior: *Contributo para o envelhecimento ativo e saudável*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Universidade de Lisboa, Portugal.

Maia, J. C. A. (2015). *Bem-estar psicológico e satisfação com a vida em pessoas adultas e idosas*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Universidade dos Açores, Ponta Delgada.

Medeiros, T. (2013). Desafios do(s) envelhecimento(s). In T. Medeiros, C. Ribeiro, B. P. Miúdo & A. Fialho (Coord.), *Envelhecer e Conviver* (pp. 29-45). Ponta Delgada: Letras Lavadas.

Medeiros, T. (2016) (Coord.). *(Re)Pensar as pessoas idosas no século XXI*. Coleção Psicologia e Educação. Ponta Delgada: Letras Lavadas Edições. ISBN: 978-989-735-120-4.

Medeiros, C., Ferreira, J., & Medeiros, T. (2013). Inteligência espiritual e sentido de vida na idade adulta avançada. In T. Medeiros, C. Ribeiro, B. P. Miúdo & A. Fialho (Coord.), *Envelhecer e Conviver* (pp. 129-145). Ponta Delgada; Letras Lavadas.

Medeiros, T., Moniz, A. I., Tomás, L., Silva, O., Furtado, S., Vieira, V., Santos, C., & Ferreira, J. (2018a). Motivações e atividades dos turistas seniores: Desafio da sustentabilidade em ilhas. Comunicação apresentada no *II Congresso Iberoamericano de Turismo y Responsabilidad Social*, Coruña, 22-23 outubro 2018.

Medeiros, T., Ferreira, J., Tomás L., Moniz, A. I., Silva, O., Vieira, V., Furtado, S., & Santos, C. (2018b). Senior tourism: The perception of health and the pursuit of well-being in the Azores as a destination. Comunicação apresentada no *I World Health and Wellness Tourism Congress*, Portugal, 1-4 outubro 2018.

Moniz, A. I., Medeiros, T., Silva, O., & Furtado, S. (2018). The effects of senior tourists' characteristics on travel motivation and satisfaction. In N. Dreškovic, I. Stamenković, T. P. Üzümcü, A. Korjenić, E. Hrelja, A. Banda, B. Avdić, A. Sivac, J. Péterfi, K. Szeidl, B. Závodi, A. Horváth, M. Kose, I. Uzun, A. Ligata, & M. Čaušević (Orgs.), *4th International Tourism and Hospitality Management Congress: Book of abstracts* (p.11). Saravejo: ITHMC.

Nascimento, F. S. d., & Santos, A. C. C. de (2016). Os fatores motivacionais na prática da atividade turística na terceira idade: Um estudo a partir de um centro de convivência de idosos na cidade de Manaus. *Revista de Turismo Contemporâneo*, *4*(1), 1-22. ISSN: 2357-8211.

National Geographic Traveler (2016). *20 ultieme bestemmingen voor 2016*. Disponível em: http://www.natgeotraveler.nl/galerij/20-ultieme-bestemmingen-voor-2016/de-azoren.

Noo-urai, N., & Jaroenwisan, K. (2017). The sustainability marketing mix for Thai senior tourism. International Journal of Social Sciences and management, *4*(2), 80-89. doi: 10.3126/ijssm.

Observatório de Turismo dos Açores (2017). *Ano 2017*: *Satisfação do Turista que Visita os Açores*. Disponível em: https://otacores.com/inquerito/ano-2017/#1516984027378-9192f79c-8a44.

Portugal Global (2017). Turismo: Liderar o futuro para desenvolver Portugal. *Revista Portugalglobal*, *103*, 6-8.

Rodrigues, A., & Mallou, J. (2014). A influência da motivação na intenção de escolha de um destino turístico em tempo de crise económica. *International Journal of Marketing, Communication and New Media*, *2*(2), 5-42. ISSN: 2182-9306.

Santos, C., Medeiros, T., Moniz, A., Tomás, L., Silva, O., Vieira, V., Furtado, S., & Ferreira, J. (2018). Characterization of senior tourists visiting the islands of the Azores: A pilot case study. In P. Calò & G. Ruggieri (Eds.), *Book of Full Papers-OTIE_ICIT 2018*, 246-259. University of Palermo. ISBN: 978-88-943724-1-0.

Seymont, A. (2017). Travel motivation and intention to revisit of european senior tourists to Thailand. *Universal Journal of Management*, *5*(8), 365-372. doi: 10.13189/ujm.2017.050801.

Sheresheva, M., & Buzulukova, E. (2014). Senior sport tourism consumers in Russia. *Papers of the EMAC 2014 Conference – European Marketing Academy*. Valencia: Universitat de València.

Sousa, E. M. (2013). *Satisfação com a vida, afetos positivos e negativos: Evidências de validade e precisão de escalas propostas por Diener*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Universidade Federal do Ceará: Brasil.

Spasojevic, B., & Bozic, S. (2016). Senior tourists' preferences in the developing countries: Measuring perceptions of Serbian potential senior market. *EJTHR*, *7*(2), 74-83.

Tiago, M. T. P. M. B., Couto, J. P. d. A., Tiago, F. G. B. T., Faria, S. M. C. D. (2016). *Baby boomers turning grey: European profiles. Tourism Management*, 54, 13-22. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.tourman.2015.10.017.

Vigolo, V., Simeoni, F., Cassia, F., & Ugolini, M. (2017). Older tourists' travel motivations and overall satisfaction at the destination: The case of Sirmione. *Atas da 20th Excellence in Services International Conference (817-824)*. Itália: Universidade de Verona. ISBN: 9788890432774.

Wijaya, S., Wahyudi, W., Kusuma, C. B., & Sugianto, E. (2018). Travel motivation of Indonesian seniors in choosing destination overseas. *International Journal of Culture, Tourism and Hospitality Research*, 12 (2), 185-197. doi: https://doi.org/10.1108/IJCTHR-09-2017-

Yodmongkol, P., Sangkakorn, K., & Reeveerakul, N. (2015). Knowledge audit for senior tourism standards in Northern Thailand. *Asian Social Science*, 11 (28), 248-255. doi:10.5539/ass.v11n28p248.

Zsarnoczky, M. (2017). Developing senior tourism in the Europe. *Pannon Management Review*, 6 (4).

PERCEÇÃO DE SAÚDE, ATIVIDADES PREFERIDAS E SATISFAÇÃO COM A VIDA EM TURISTAS SENIORES NO DESTINO AÇORES

Osvaldo Silva
Universidade dos Açores, CICS.UAc/CICS.NOVA.UAC
(osvaldo.dl.silva@uac.pt)

Sheila Furtado
Universidade dos Açores
(furtado.sheila92@gmail.com)

Licínio Tomás
Universidade dos Açores, CICS.UAc/CICS.NOVA.UAC
(lmvtomas@gmail.com)

Ana Moniz
Universidade dos Açores
(ana.id.moniz@uac.pt)

Virgílio Vieira
Universidade dos Açores, GBA/cE3c
(virgilio.ff.vieira@uac.pt)

Joaquim Ferreira
Faculdade de Psicologia, IPCDSH da Fac. de Psicologia e C.s da Educação da Universidade de Coimbra
(jferreira@fpce.uc.pt)

Carlos Santos
Universidade dos Açores
(csantosort@gmail.com)

Teresa Medeiros
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Departamento de Psicologia, Universidade dos Açores; IPCDSH da Fac. de Psicologia e C.s da Educação da Universidade de Coimbra
(maria.tp.medeiros@uac.pt)

RESUMO

Na contemporaneidade, assiste-se a uma mudança de paradigma nas dinâmicas, hábitos e estilos de vida das pessoas idosas, que investem em benefício próprio, lazer e viagens. Há autores que falam em "Novos Idosos". Esta mudança permite-nos refletir sobre o envelhecimento ativo ligado a um turismo sénior que promova a saúde, em geral, e o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida, em particular, no caso de turistas que visitaram os Açores nos últimos dois anos (n=697; idades: 55-94 anos). Com este estudo pretende-se compreender as atividades desenvolvidas pelos turistas seniores (entenda-se 55+ anos) que promovem o seu bem-estar; analisar a relação entre a perceção

do estado de saúde e as atividades preferidas pelos turistas; cotejar a perceção entre o estado de saúde e variáveis sociodemográficas; e verificar a relação entre Satisfação com a Vida (SV) e: i) variáveis sociodemográficas; ii) perceção do estado de saúde. Aplicou-se um Questionário de Turismo Sénior e a Escala de Satisfação com a Vida (versão portuguesa da Satisfaction With Life Scale de Diener et al., 1985, validada por Simões, 1992). Com recurso a testes não paramétricos, foi possível concluir que as atividades ligadas ao mar e a experiências termais variam em função da faixa etária (os mais velhos procuram o contacto com o mar e os mais novos as experiências termais); estas atividades variam em função da SV (os menos satisfeitos procuram mais o mar, e os mais satisfeitos as termas); as atividades associadas a festas e diversão, assim como a SV, variam em função das habilitações académicas (até ao ensino básico procuram mais as festas populares, embora tenham uma menor SV, relativamente aos restantes turistas seniores da amostra); a perceção do estado de saúde varia em função da SV (os que percebem a saúde como excelente apresentam níveis superiores de SV).

Palavras-Chave: Perceção de saúde; turistas seniores e bem-estar; satisfação com a vida, atividades preferidas.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas do século XX e no início do século XXI, para além de uma crescente diversidade dos destinos e produtos turísticos, tem-se constatado um crescimento acentuado do turismo sénior a nível mundial (Lisbon, 2015; Patterson, 2007; Pereira, 2016; Silva, Medeiros, Moniz, Tomás, Ferreira, Vieira, Furtado, & Santos, 2018; Tomka, Holodkov, & Andjelković, 2015), prevendo-se ainda uma grande expansão do mesmo.

Urry (2002) referiu que o turismo está muito interligado ao lazer, atribuindo-lhe a desvinculação do trabalho e da atividade remunerada, permitindo que os indivíduos tenham mais autonomia nas suas escolhas e na gestão do seu tempo. Também Lisbon (2015) e Silva, Medeiros, Vieira e Furtado (2018) referem que o ato de viajar promove o bem-estar e a satisfação do turista, pelas experiências prazerosas em se envolve. As atividades ligadas ao lazer desdobram-se em múltiplas experiências, práticas e vivências, possibilitando ao turista e, em particular, ao turista sénior, a adesão a experiências e visitas culturais, a valorização pessoal, o entretenimento e a ocupação ativa e saudável do tempo livre. Os hábitos comportamentais dos turistas são fortemente influenciados pelos seus contextos sociodemográficos, fatores biológicos, interpessoais e estruturais, estado de saúde, entre outros fatores (e.g., Fleischer & Pizam, 2002, Huber, Milne & e Hyde, 2018; Moniz, Silva, Medeiros, & Furtado, 2018; Nascimento & Santos, 2016, Sellick, 2004), pelo que é de relevante importância conhecer as preferências relativamente às atividades que os turistas possam desenvolver no destino e a satisfação revelada com as mesmas.

Tem-se verificado uma alteração de dinâmicas, mentalidades, hábitos e estilos de vida nos seniores, os quais tradicionalmente gastavam os seus rendimentos com os filhos e netos e que passaram a gastar em proveito próprio, nomeadamente em atividades de lazer (Ashton, Cabral, Santos, & Kroetz, 2015; Huang & Tsai, 2003; Vigolo, Simeoni, Cassia, & Ugolini, 2017), como seja viajar.

O destino Açores, arquipélago constituído por nove ilhas, no meio do Oceano Atlântico, tem despertado o interesse do turismo em geral e, de forma particular, o segmento do turismo sénior, nos últimos anos (Araújo, 2017; Henriques, 2017; Medeiros, Moniz, Tomás, Silva, Furtado, Vieira, Santos, & Ferreira, 2018; Medeiros, Ferreira, Tomás, Moniz, Silva, Vieira, Furtado, & Santos, 2018; Observatório de Turismo dos Açores, 2017a,b; Portugal Global, 2017; Santos, Medeiros, Moniz, Tomás, Silva, Vieira, Furtado, & Ferreira, 2018; Turismo de Portugal, 2017). Assim, viajando os turistas seniores cada vez mais e em maior número para os Açores, pretende-se conhecer de forma

pormenorizada quais as atividades que preferem desenvolver durante a sua estadia e o grau de satisfação com as mesmas, com o propósito de ajudar no seu planeamento, mas mantendo a sustentabilidade do próprio turismo e preservando a qualidade do ambiente das ilhas e seus ecossistemas. Perceber as representações que os turistas seniores têm sobre o destino Açores com base nas atividades que lhes podem ser disponibilizadas aquando da sua deslocação para o destino, bem como a identificação das atividades turísticas que as pessoas ambicionam fazer, são aspetos fundamentais para o sucesso e desenvolvimento de produtos e serviços turísticos nesta região portuguesa. Este estudo empírico procura responder a estas inquietações, quer analisando o grau de satisfação relativa às atividades preferidas e realizadas no destino Açores, por parte dos turistas seniores, quer averiguando as motivações e as características pessoais que possam ter alguma influência nas suas escolhas aquando da visita à região.

Em termos de estrutura, procede-se a uma breve revisão da literatura sobre a temática em estudo, descreve-se a metodologia, relatam-se os resultados do estudo e respetiva discussão, e apresentam-se as principais conclusões.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O Turismo é um fenómeno essencialmente económico, social, cultural e geográfico, definido como o conjunto de experiências que as pessoas adquirem aquando de uma viagem e/ou estadia em locais que não os da sua residência, estando associado à procura de lazer, recreação, entretenimento e participação em eventos (Ashton, Cabral, Santos e Kroetz, 2015; Lisbon, 2015; Silva, Medeiros, Moniz, Tomás, Vieira, Furtado, Santos, & Ferreira, 2018). Trata-se de uma atividade em plena e contínua progressão, promotora de bem-estar, uma vez que implica novidades, alegria, descontração, autodeterminação, ocupação de tempo livre e momentos de interação com o meio e

com os outros, constituindo-se como um veículo de acesso à cultura, ao conhecimento, à comunicação e à interação social (Ashton et al., 2015; Lisbon, 2015; Silva, Medeiros, Vieira e Furtado, 2018), pelo que a atividade turística proporciona um conjunto de experiências, memórias e emoções relacionadas com o(s) destino(s) que os turistas visitam.

Um e Crompton (1990) referem que as motivações para viajar encontram-se diretamente relacionadas com os benefícios que os turistas podem encontrar nos destinos que procuram. O processo de decisão de viajar envolve motivos e intenções do turista, bem como

os estímulos que transformam a intenção na escolha de um produto ou destino (Moutinho, 1987). Há uma grande parte da motivação humana que é em função de variáveis socioculturais que influenciam não só o que as pessoas fazem, mas também o modo como se sentem quando agem, assim como com as consequências dos seus atos (Deci & Ryan, 2008).

A experiência turística é vista por Ryan (2002) como uma atividade de lazer multifuncional que envolve o indivíduo em atividades de entretenimento ou em atividades de aprendizagem. A experiência turística pode ser afetada por uma grande variedade de fatores, alguns dos quais não estão necessariamente ligados ao destino por si só, mas que dependem do clima e das condições pessoais do visitante (Page & Connell, 2009; Moniz, Silva, Medeiros, & Furtado, 2018), ou seja, a experiência do turista pode ser afetada pelo ambiente individual, pelos fatores relacionados com a personalidade, pelo contexto de vida e pelo grau de comunicação com os outros. Investigações no âmbito do turismo ressalvam o seu impacto na qualidade de vida das pessoas, uma vez que promove realizações pessoais e experiências prazerosas realizações, assim como conhecimento e troca de experiências (Medeiros et al., 2018; Rodrigues & Mallou, 2014). Ashton et al. (2015) referem que o turismo contribui para o desenvolvimento de experiências positivas e valorização das habilidades das pessoas idosas, facilitando a sua integração social e a superação de dificuldades associadas ao processo de envelhecimento, sobretudo se os turistas seniores se envolverem em atividades de lazer, recreação e animação. A população sénior (com idade igual ou superior a 55 anos) é cada vez mais exigente no que respeita ao turismo, daí tornar-se imperativo conhecer as suas motivações e os seus interesses, a fim de adequar os serviços disponíveis e/ou criar respostas turísticas adaptadas a esse nicho do mercado (Moniz, Medeiros, Silva, & Furtado, 2018; Nascimento & Santos, 2016; Santos et al., 2018). Diferentes fatores podem ter influência na escolha do destino, por exemplo, a idade do turista, o seu rendimento económico, a sua personalidade e motivação, o custo, a distância e o risco da viagem (Kozak, 2002; Spasojevic & Bozic, 201). De modo a ser possível compreender o comportamento dos turistas, o estudo das suas motivações e dos interesses ou *hobbies* surge com enorme importância para perceber o que leva um indivíduo ao processo de decisão da escolha de um destino ou de experiência(s) turística(s) (Albayrak, Caber, & Bideci, 2016). Nos Açores, o turismo teve recentemente um incremento com a liberalização do espaço aéreo e a entrada das companhias *low cost*, tendo-se verificado nos últimos anos (2016 e 2017) aumentos superiores a 20% (Moniz, Medeiros, Silva, & Furtado, 2018; Observatório de Turismo dos Açores, 2017a, b; Santos et al., 2018). Com este *boom* do turismo é expectável que os turistas tenham motivações, expectativas e necessidades diferentes e que possam desejar usufruir de experiências distintas ao longo da estada. É imprescindível que nos Açores, relativamente ao turismo sénior, sejam desenvolvidas estratégias de diferenciação e diversificação da oferta turística com produtos e serviços direcionados a este público adulto e idoso, tendo em atenção as peculiaridades da região, relevando a sua natureza paradisíaca, associada às próprias características culturais e antropológicas da vida nas ilhas.

O presente estudo empírico, de natureza quantitativa, realizado no âmbito do projeto "Turismo sénior e bem-estar no destino Açores: criação de um produto cultural "TuSénior 55+", tem por objetivos fundamentais: (i) conhecer as atividades desenvolvidas pelos turistas seniores, com idade igual ou superior a 55 anos, que visitaram a Região Açores nos últimos dois anos e o grau de satisfação com as mesmas; (ii) averiguar se existe relação entre a perceção do estado de saúde e as atividades que promovam o bem-estar; e (iii) aferir eventuais diferenças entre grupos de turistas definidos pelas categorias de algumas variáveis sociodemográficas e da sua perceção em relação ao seu estado de saúde e da sua satisfação com a vida, no que respeita às atividades disponíveis no destino.

2. METODOLOGIA

Amostra

A amostra do presente estudo inclui 697 turistas que visitaram os Açores, sendo 47.1 % nacionais e 52.9% estrangeiros, com predomínio do género feminino em ambos os casos. A Tabela 1 mostra que a maior parte dos participantes se situa maioritariamente na faixa etária dos 55-64 anos, vive com companheiro(a), tem habilitações literárias de nível superior e que se encontra na situação de reforma.

Tabela 1 - Constituição da amostra

		Tipo de turistas (%)		
Variáveis	**Categorias**	**Total**	**Nacionais**	**Estrangeiros**
Sexo	Masculino	45.9	46.9	44.9
	Feminino	54.1	53.1	55.1
Faixa etária	55 - 64 anos	49.4	49.1	49.9
	65 - 74 anos	38.4	40.9	36.0
	≥ 75 anos	12.2	10.1	14.2
Estado civil	Vive com companheiro(a)	73.7	68.2	78.4
	Vive sem companheiro(a)	26.3	31.8	21.6
Nível_Escolaridade	Ensino Básico	34.9	34.9	34.8
	Ensino Secundário	25.9	22.6	29.0
	Ensino Superior	39.2	42.5	36.2
Reformado	Sim	65.7	60.5	70.4
	Não	34.3	39.5	29.6

Perceção do estado de saúde	Má ou Satisfatória	28.4	30.7	26.0
	Boa	46.2	47.9	44.9
	Excelente	25.4	21.5	29.0
Satisfação com a viagem	Muito satisfeito	59.0	58.3	59.9
	Bastante satisfeito	26.5	31.7	21.8
	Satisfeito a pouco satisfeito	14.5	10.0	18.3
Satisfação com a vida	Baixa	3.9	3.7	4.0
	Média	29.3	34.6	24.9
	Elevada	66.8	61.7	71.1

Os turistas seniores da amostra manifestaram ter uma perceção de saúde relativamente boa e referiram estar muito satisfeitos (59 %) ou bastante satisfeitos (26.5 %) com a viagem aos Açores, havendo apenas 14.5% que se mostraram satisfeitos a pouco satisfeitos, valores estes que não variam muito relativamente ao tipo de turista (Tabela 1).

Relativamente à satisfação com a vida, após a recodificação dessa variável em três categorias (baixa. média e elevada), os turistas referiram que a mesma é elevada, sendo contudo mais frequente nos turistas estrangeiros comparativamente aos turistas nacionais.

Instrumentos

Para atingir os objetivos delineados para este estudo foram utilizados dois instrumentos: um Questionário para os Turistas Seniores que já visitaram os Açores e a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS).

O Questionário para os Turistas Seniores compreende três grupos de questões: i) sociodemográficas, ii) relacionadas com a saúde e o bem-estar, e iii) relacionadas com as principais atividades realizadas durante a visita e o grau de satisfação com as mesmas. Relativamente à Escala de Satisfação com a Vida (SWLS – Satisfaction with Life Scale), construída por Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985), utilizou-se a versão portuguesa dos instrumentos da escala validada por Simões (1992).

Trata-se de uma escala unifatorial de autoavaliação global da vida, de formato tipo *Likert* composta por cinco itens que avalia a satisfação do sujeito com a vida, de uma forma global, permitindo uma avaliação cognitiva da sua satisfação com a vida. Cada um dos itens referentes à satisfação com a vida é avaliada numa escala de cinco pontos, sendo 1- Discordo muito, 2- Discordo um pouco, 3- Não concordo nem discordo, 4- Concordo um pouco e 5- Concordo muito.

Procedimentos

O inquérito por questionário foi aplicado nas unidades hoteleiras, alojamentos locais, alojamento rural, em espaços culturais ou em espaço de rua, sendo apresentado em duas versões (uma em língua portuguesa e outra em língua inglesa), após os devidos reajustes para uma melhor compreensão dos seus conteúdos. A cada um dos inquiridos foram devidamente explicitados os objetivos do projeto e efetuado

o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com as normas éticas do estudo. A recolha de dados foi efetuada entre janeiro de 2017 e março de 2019, utilizando a amostragem por conglomerados, em diversos locais, designadamente ilhas dos Açores, Portugal continental e nos Estados Unidos da América. Foram somente incluídos na amostra os turistas com 55 anos ou mais, que se encontravam a visitar os Açores ou que já tinham visitado esta região nestes dois últimos anos (inquéritos recolhidos nos Estados Unidos da América e Portugal continental).

O tratamento dos dados fez-se com o recurso ao *IBM SPSS Statistics* (Versão 25), utilizando diversos métodos estatísticos, nomeadamente, o coeficiente de correlação de Spearman e a alguns testes não paramétricos (e.g., teste de Kruskal-Wallis, ANOVA two-way não paramétrica e teste de independência do qui-quadrado).

4. RESULTADOS

A Figura 1 mostra as principais atividades disponibilizadas aos turistas seniores que visitaram os Açores. Ficaram muito satisfeitos em visitar paisagens (97.4%), contemplar e sentir a natureza (94.7%), experimentar a gastronomia típica local (92.9%) e passear por jardins (92%).

Os turistas manifestaram um grau de satisfação elevado com as atividades ligadas à cultura (e.g., visitar museus, centros culturais e observatórios) e a visitar amigos e familires. Fazer compras foi uma das atividades que eles fizeram e não ficaram satisfeitos (10.7%).

Por outro lado, das atividades que os turistas não fizeram, mas manifestaram interesse em desenvolver no futuro, relevam o mergulho (65.1%), a prática do golfe (64.4%) e ir pescar (53.4%).

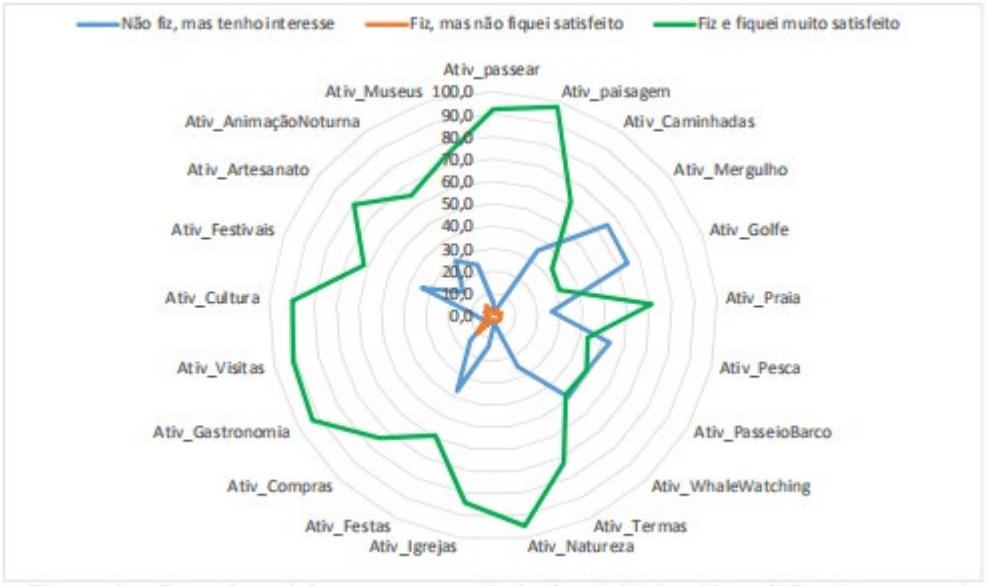


Figura 1 - Grau de satisfação com as principais atividades disponibilizadas aos turistas seniores que visitaram os Açores (valores em percentagem)

As atividades consideradas e disponibilizadas aos turistas seniores também foram analisadas, independentemente da sua prática e grau de satisfação obtido, depois de terem sido agregadas em função dos seus conteúdos, constituindo-se assim cinco áreas temáticas: *Contacto com a natureza* (exemplo: "Passear por jardins", "Visitar paisagens", "Caminhadas e trilhos", "Contemplar e sentir a natureza"); *Experienciar o mar* (do tipo: "Mergulho", "Ir às praias", "Pescar", "Passeio de barco", "Wale/Watching"); *Experiências termais; Conhecer património edificado e cultural* (e.g., "Visitar igrejas", " Visitar museus", "Conhecer as culturas tradicionais", "Visitar locais com artesanato"); e *Festas/diversão* (e.g., " Festas", "Festivais", "Animação Noturna").

As percentagens de turistas seniores que ficaram muito satisfeitos em relação às atividades em que participaram dizem respeito ao contacto com a natureza (92.1%), conhecer o património edificado e cultural (81%) e as experiências termais (72.7%), conforme é ilustrado na Figura 2.

As percentagens de participantes que não fizeram, mas manifestaram interesse em participar futuramente, foram mais elevadas no caso das atividades como experienciar o mar (26%), experiências termais (25%) e festas/diversão (20.3%).

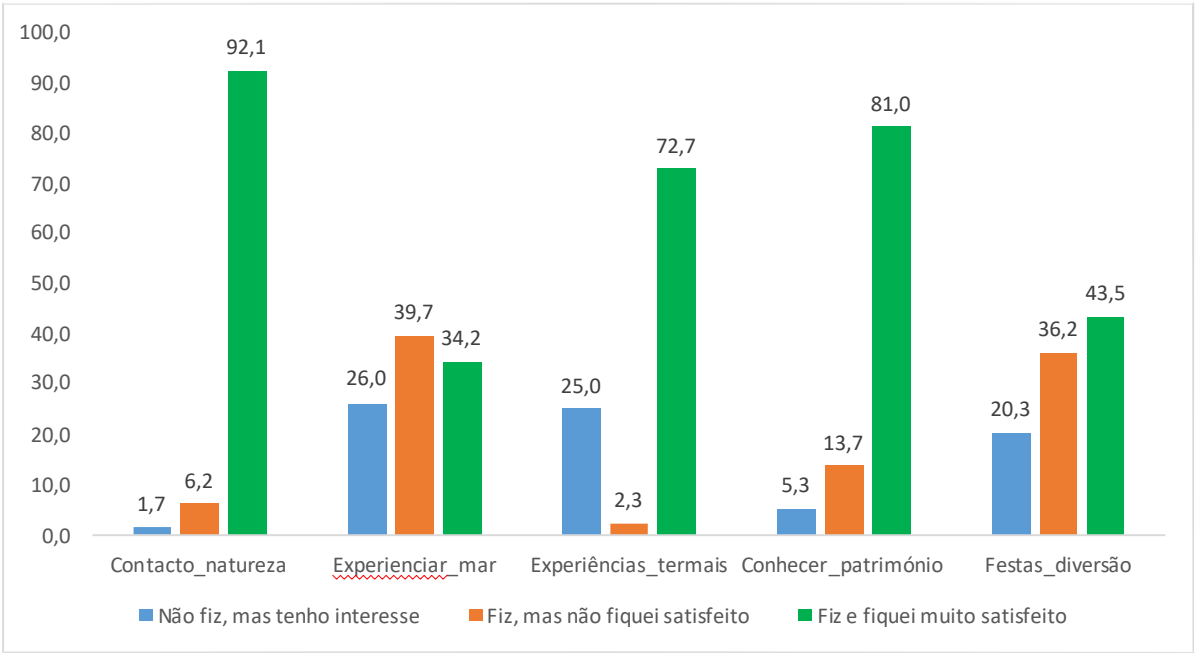


Figura 2 - Áreas temáticas das atividades desenvolvidas pelos turistas seniores (valores em percentagem)

O teste de independência do qui-quadrado não mostrou qualquer associação estatisticamente significativa ($p \geq 0.05$) entre a perceção do estado de saúde e as atividades preferidas pelos turistas, sendo estes resultados plausíveis, dado que a maioria dos turistas manifestou ter a perceção de um bom estado de saúde e, assim, não tendo reflexo no desenvolvimento das atividades.

Com o intuito de averiguar o grau de satisfação atribuído a cada uma das atividades disponibilizadas aquando da visita ao destino Açores, e se existem diferenças estatisticamente significativas entre os turistas tendo em atenção a sua faixa etária, foi aplicado o teste de Kruskal Wallis, cujos resultados constam da Tabela 2. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre pelo menos dois dos grupos de turistas, tendo em consideração a sua faixa etária ao nível das áreas temáticas "Experienciar o mar" e "Experiências termais", considerando um nível de significância de 0.05 (Tabela 2).

Tabela 2 – Teste de Kruskal Wallis para as atividades disponibilizadas no destino Açores, em função da faixa etária dos turistas

	Faixa etária	Média das ordens	Valor de H	*p*-value
Contacto com natureza	55-64	181.91	2.731	0.255
	65-74	168.12		
	≥75	193.22		
Experienciar o mar	55-64	160.08	11.257	0.004
	65-74	188.29		
	≥75	219.65		
Termas	55-64	275.06	8.567	0.014
	65-74	248.77		
	≥75	234.33		
Conhecer património	55-64	217.17	3.628	0.163
	65-74	197.46		
	≥75	199.44		
Festas/Diversão	55-64	93.09	2.218	0.330
	65-74	82.08		
	≥75	95.36		

Em particular, contatou-se que na atividade "Experienciar o mar", as médias das ordens são mais elevadas no caso dos turistas com idade ≥75 anos, ou seja, estes ficaram mais satisfeitos com essa atividade comparativamente aos turistas das outras faixas etárias, enquanto que na atividade "Experiências termais" revelou que são os turistas mais novos (na faixa etária dos 55 - 64 anos) aqueles que ficaram mais satisfeitos com essa atividade. Podemos então afirmar que as atividades ligadas ao mar e as experiências termais variam em função da faixa etária, com os mais velhos a procurar mais o contacto com o mar e os mais novos as experiências termais.

Segundo a análise do teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que a Satisfação com a Vida não difere significativamente entre os turistas de acordo com a sua faixa etária (H=2.925, p=0.231). No entanto, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com um nível de satisfação com a vida "baixo", "médio" e "elevado", relativamente às atividades ligadas ao "Experienciar o mar" (H=7.137; p=0.028) e às "Experiências termais" (H=10.782; p=0.005).

As médias das ordens, no caso das atividades relativas ao "Experienciar as termas", são mais elevadas no caso dos turistas que se manifestaram mais satisfeitos com a vida, comparativamente aos turistas que manifestaram outros níveis de satisfação com a vida. No caso das atividades ligadas ao mar, as médias das ordens foram mais elevadas no caso dos turistas que apresentaram os níveis de satisfação com a vida mais baixos, comparativamente aos turistas que revelaram outros níveis de satisfação com a vida.

Em síntese, podemos referir que estas atividades variam em função da Satisfação com a Vida, com os turistas menos satisfeitos com a vida procurando mais experiências relacionadas com o mar enquanto que os mais satisfeitos procuram as experiências termais.

Foi observada uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a Satisfação com a Vida e as habilitações literárias (r_s=0.200, p=0.000) e a perceção com o estado de saúde (r_s=0.275, p=0.000); isto é, quanto mais elevadas forem quer as habilitações literárias do turista sénior, quer a perceção do seu estado de saúde, mais elevada será a sua satisfação com a vida.

A Satisfação com a Vida difere de acordo com as habilitações literárias (H=27.01, p=0.000), com os turistas com o ensino superior a apresentarem os valores médios mais elevados na satisfação com a vida, enquanto que aqueles de mais baixas qualificações académicas (ensino básico) referem sentir os valores mais baixos na satisfação com a vida. O teste de comparações múltiplas (teste de Dunn) mostrou que as diferenças em relação à satisfação com a vida são significativas entre os turistas com habilitações até ao ensino básico e os turistas detentores quer do ensino secundário e quer os do ensino superior.

A Satisfação com a Vida difere de acordo com a perceção do estado de saúde (H=48.446, p=0.000), com os turistas com uma perceção do estado de saúde como excelente a apresentarem os valores médios mais elevados na satisfação com a vida, enquanto que aqueles que apresentam a perceção do seu estado de saúde como satisfatório ou pouco satisfatório a referirem sentir os valores mais baixos na satisfação com a vida. O teste de comparações múltiplas demostrou que as diferenças em relação à Satisfação com a Vida são significativas entre todas as categorias da perceção do estado de saúde.

Constatou-se, ainda, que a Satisfação com a Vida é influenciada pelas habilitações literárias, assim como a perceção do estado de saúde tem um efeito significativo sobre a satisfação com a vida. Com recurso a uma ANOVA Two-Way não paramétrica (que é uma extensão do teste de Kruskal-Wallis para o caso de dois fatores), podemos averiguar se existe ou não interação entre os fatores "habilitações literárias" e "perceção do estado de saúde percebido". Concluiu-se que cada um dos fatores tem um efeito significativo na Satisfação com a Vida, mas que não existe uma interação entre os fatores habilitações literárias e a perceção do estado de saúde percebido (p=0.829).

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo mostra que os turistas que visitam os Açores se sentem satisfeitos com a sua viagem, o que vai no mesmo sentido de estudos desenvolvidos pelo Observatório de Turismo dos Açores, em anos anteriores (Observatório de Turismo dos Açores, 2017c). Estes resultados vão também no sentido de outros estudos desenvolvidos neste âmbito, segundo os quais as pessoas idosas viajam para terem novas experiências de vida, para socializar com outras pessoas, para descansar e para fazer atividade física (Seymont, 2017; Vigolo

et al., 2017). Além disso, os resultados obtidos mostram a importância do turismo para a qualidade de vida da pessoa idosa, uma vez que promove o envelhecimento ativo, pelo conhecimento e enriquecimento pessoal, pela socialização e momentos de lazer e pela exploração identitária e procura de bem-estar, variáveis de grande relevo para a sua qualidade de vida. A este respeito, tenha-se presente que o turismo contribui para o desenvolvimento de experiências positivas e a valorização das habilidades das pessoas idosas, facilitando a sua integração social e a superação de dificuldades associadas ao processo de envelhecimento, sobretudo se os turistas seniores se envolverem em atividades de lazer, recreação e animação (Ashton et al., 2015).

No que se refere às atividades desenvolvidas durante a visita aos Açores, é de realçar que os turistas seniores se manifestaram mais satisfeitos com atividades de lazer associadas à natureza e à cultura, tais como o conhecimento do património paisagístico e cultural da Região, à visitação de amigos e familiares, atividades que proporcionam um bem-estar psicológico e social, com potenciais benefícios para sua saúde cognitiva. É de referir, ainda, que foram encontradas correlações positiva e estatisticamente significativas entre a satisfação com vida, revelada pelos turistas seniores, e a perceção com o seu estado de saúde, bem como as suas habilitações literárias. O desenvolvimento de atividades em grupo possibilita a aquisição de conhecimentos e a interação social, ajudando a fomentar a qualidade de vida e a melhorar a sua perceção acerca do seu estado de saúde.

Os resultados indicam que os turistas seniores poderão ser segmentados de acordo com as suas características sociodemográficas (e.g., faixa etária) e com as suas expetativas, necessidades e perceções, fatores que os agentes turísticos poderão potenciar por via da adequação, redesenho e promoção de produtos e serviços que proporcionem experiências profundas de bem-estar, a prolongar no tempo.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento deste estudo foi financiado no âmbito do projeto de investigação Turismo sénior e bem-estar no destino Açores: Criação de um produto cultural "TuSénior 55+", pelo programa PO2020 Açores e Governo Regional dos Açores, com a referência ACORES-01-0145-FEDER-00002 TuSénior 55+. Agradecemos aos voluntários que colaboraram na recolha de dados, nomeadamente: Antonieta Menezes, Fernanda Lezaola, Ilda Magalhães, Joana Maia, Leonor Garcia, Margarida Viveiros, Marina Ferreira e Mónica Sousa.

REFERÊNCIAS

Albayrak, T., Caber, M., & Bideci, M. (2016). Identification of hotel attributes for senior tourists by using Vavra's importance grid. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 29, 17-23. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jhtm.2016.05.004.

Araújo, L. (2017). Portugal, uma marca de excelência. *Revista Portugalglobal*, 103, 9-18.

Ashton, S., Cabral, S., Santos, G., & Kroetz, J. (2015). A relação do turismo e da qualidade de vida no processo de envelhecimento. *Revista Hospitalidade*, 12(2), 547-566. ISSN: 2179-9164.

Deci, E., & Ryan, R. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology,* 49, 186–193.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.

Fleischer, A., & Pizam, A. (2002). Tourism constraints among Israeli seniors. *Annals of Tourism Research*, 29(1), 106-123.

Henriques, L. C. (2017). Uma estratégia para o futuro. *Revista Portugalglobal*, 103, 4.

Huang, L., & Tsai, H. (2003). The study of senior travel behaviour in Taiwan. *Tourism Management*, 24(5), 561-574. doi: 10.1016/S0261-5177.

Huber, D., Milne, S., & Hyde, K. F. (2018). Constraints and facilitators for senior tourism. *Tourism Management Perspectives*, 27, 55–67.

Kozak, M. (2002). Comparative analysis of tourist motivations by nationality and destinations. *Tourism Management*, 23, 221-232.

Lisbon, P. M. (2015). *Turismo sénior: Contributo para o envelhecimento ativo e saudável* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Portugal.

Medeiros, T., Ferreira, J., Tomás L., Moniz, A. I., Silva, O., Vieira, V., Furtado, S., & Santos, C. (2018). Senior tourism: The perception of health and the pursuit of well-being in the Azores as a destination. Comunicação apresentada no *I World Health and Wellness Tourism Congress*, Funchal, 1-4 outubro 2018.

Medeiros, T., Moniz, A. I., Tomás, L., Silva, O., Furtado, S., Vieira, V., Santos C., & Ferreira, J. (2018). Motivações e atividades dos turistas seniores: Desafio da sustentabilidade em ilhas. Comunicação apresentada no *II Congresso Iberoamericano de Turismo y Responsabilidad Social*, Coruña, 22-23 outubro 2018.

Moniz, A. I., Medeiros, T., Silva, O., & Furtado, S. (2018). The effects of senior tourists' characteristics on travel motivation and satisfaction. In N. Dreško vić, I. Stamenković, T. P. Üzümcü, A. Korjenić, E. Hrelja, A. Banda, B. Avdić, A. Sivac, J. Péterfi, K. Szeidl, B. Závodi, A. Horváth, M. Kose, I. Uzun, A. Ligata, & M. Čaušević (Orgs.), *4th International Tourism and Hospitality Management Congress: Book of abstracts* (p.11). Saravejo: ITHMC.

Moniz, A. I., Silva, O., Medeiros, T., & Furtado, S. (2018). Está na hora de planear uma viagem: Preocupações dos turistas seniores no planeamento de viagens de lazer aos Açores. In J. A. C. Santos, M. C. Santos, M. B. Correia, & C. Ramos (Eds.), *Tourism & Management Studies International Conference: Book of Abstracts* (p. 14). Faro: Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo da Universidade do Algarve. ISBN: 978-989-8859-53-2.

Moutinho, L. (1987). Consumer behaviour in tourism. *European Journal of Marketing*, 21(10), 5-44.

Nascimento, F. S., & Santos, A. C. (2016). Os fatores motivacionais na prática da atividade turística na terceira idade: Um estudo a partir de um centro de convivência de idosos na cidade de Manaus. *Revista de Turismo Contemporâneo*, 4 (1), 1-22. ISSN: 2357-8211.

Observatório de Turismo dos Açores (2017a). *Hotelaria tradicional nos Açores*. Disponível em: https://otacores.com/estatistica/hotelaria-tradicional-nos-acores/.

Observatório de Turismo dos Açores (2017b). *Alojamento local*. Disponível em: https://otacores.com/estatistica/alojamento-local/.

Observatório de Turismo dos Açores (2017c). *Ano 2017: Satisfação do turista que visita os Açores*. Disponível em: https://otacores.com/inquerito/ano-2017/#1516984027378-9192f79c-8a44.

Page, S., & Connell, J. (2009). *Tourism: A modern synthesis* (3.ª ed.). South-Western: Cengage Learning.

Patterson, I. R. (2007). *Growing older: Tourism and leisure behaviour of older adults*. Cambridge, MA: CABI Pub.

Pereira, J. I. A. (2016). *O turismo de saúde nos Açores: Um estudo sobre o seu potencial e competitividade*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril, Estoril, Portugal.

Portugal Global (2017). Turismo: Liderar o futuro para desenvolver Portugal. *Revista Portugalglobal*, 103, 6-8.

Rodrigues, A., & Mallou, J. (2014). A Influência da motivação na intenção de escolha de um destino turístico em tempo de crise económica. *International Journal of Marketing, Communication and New Media*, 2(2), 5-42. ISSN: 2182-9306.

Santos, C., Medeiros, T., Moniz, A., Tomás, L., Silva, O., Vieira, V., Furtado, S., & Ferreira, J. (2018). Characterization of Senior Tourists Visiting the Islands of the Azores: A Pilot Case Study. In P. Calò & G. Ruggieri (Eds.), *Book of Full Papers-OTIE_ICIT 2018*, 246-259. University of Palermo. ISBN: 978-88-943724-1-0.

Silva, O., Medeiros, T., Moniz, A., Tomás, L., Ferreira, J., Vieira, V., Furtado, S., & Santos, C. (2018). Motivações para os turistas seniores visitarem os Açores. *In 25th APDR Congress: Abstracts book and program* (p. 40). Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Regional.

Silva, O., Medeiros, T., Moniz, A., Tomás, L., Vieira, V., Furtado, S., Santos, C., & Ferreira, J. (2018). Escala de Motivações dos Turistas Seniores. In *Proceedings of the 25th APDR Congress: Circular Economy, Urban Metabolism and Regional Development: Challenges for a Sustainable Future*, pp. 368-374. July 5-6, Lisboa (Portugal). ISBN: 978-989-8780-06-5.

Silva, O., Medeiros, T., Vieira, V. F. F., & Furtado, S. C. O. (2018). Destino Açores: Motivações dos turistas seniores. In J. A. C. Santos, M. C. Santos, M. B. Correia, & C. Ramos (Eds.), In J. A. C. Santos, M. C. Santos, M. B. Correia, & C. Ramos (Eds.), *Tourism & Management Studies International Conference: Book of Abstracts* (p. 179). Faro: Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo da Universidade do Algarve. ISBN: 978-989-8859-53-2.

Seymont, A. (2017). Travel motivation and intention to revisit of european senior tourists to Thailand. *Universal Journal of Management*, 5(8), 365-372. doi: 10.13189/ujm.2017.050801.

Ryan, C. (2002). Stages, gazes and constructions of tourism. In Ryan, C. (Ed.), *The tourist experience* (2.ª ed., pp. 1-26.). Australia: Thomson.

Sellick, M. C. (2004). Discovery, connection, nostalgia key travel motives within the senior market. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 17(1), 51-70.

Spasojevic, B., & Bozic, S. (2016). Senior tourists' preferences in the developing countries – measuring perceptions of Serbian potential senior market. *EJTHR*, 7(2), 74-83. doi: 10.1515/ejthr-2016-0009.

Tomka, D., Holodkov, V., & Andjelković, I. (2015). Quality of life as a travel motivational factors of senior tourists – results of research in novi sad. *Informatol*, 48, 62-70.

Turismo de Portugal (2017). *Portugal vence prémio de Melhor Destino Turístico do Mundo nos World Travel Awards*. Disponível em: http://www.turismodeportugal.pt/pt/Noticias/Paginas/Portugal-vence-premio-de-Melhor-Destino-Tur%C3%ADstico-do-Mundo-nos-World-Travel-Awards.aspx.

Vigolo, V., Simeoni, F., Cassia, F., & Ugolini, M. (2017). Older tourists' travel motivations and overall satisfaction at the destination: The case of Sirmione. *Atas da 20th Excellence in Services International Conference* (817-824). Itália: Universidade de Verona. ISBN: 9788890432774.

Um, S., & Crompton, J. (1990). Attitude determinants in tourism destination choice. *Annals of Tourism Research*, 17, 432-448.

Urry, J. (2002). *The Tourist Gaze. Leisure and Travel in Contemporary Societies*. Sage Publications, 1-19.

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Jorge Malveiro

PROJETO EDUCAÇÃO PELOS PARES DA ESTESC - NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E NA PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO

Cristina Santos
Instituto Politécnico de Coimbra, ESTeSC- Coimbra Health School

Ana Valado
Instituto Politécnico de Coimbra, ESTeSC- Coimbra Health School

Fernando Mendes
Instituto Politécnico de Coimbra, ESTeSC- Coimbra Health School

Ana Paula Amaral
Instituto Politécnico de Coimbra, ESTeSC- Coimbra Health School

RESUMO

A educação pelos pares é um processo através do qual um grupo de pares (minoria) tenta informar e levar a que a maioria altere os seus comportamentos e atitudes com o objetivo de incutir a mudança para estilos de vida saudável.

Várias evidências apoiam a eficácia da promoção da saúde entre jovens, especialmente nas áreas da saúde sexual, da cessação tabágica, do uso de álcool e consumo de drogas, na prevenção da violência e planeamento familiar, sempre que os pares são envolvidos nos programas educativos.

O "Projeto Educação pelos Pares da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra", que integra discentes, docentes e não docentes, inclui o Grupo de Trabalho "Comportamentos de Risco" que tem com o objetivo de proporcionar um ambiente promotor de saúde emocional e do bem-estar dos alunos através da implementação de estratégias que envolvam os pares.

Este projeto realiza diversas atividades de sensibilização designadamente nas semanas que antecedem as festividades académicas como a Festa das Latas e Queima das Fitas através da distribuição de material anticoncecional e realização de diversos *workshops* sobre sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, consumo de álcool e droga, violência no namoro, entre outras atividades. Constata-se uma influência positiva entre os jovens não só na partilha de ideias, atitudes e comportamentos, como ao nível dos interesses, da linguagem e das vivências em comum. A escola é o local, por excelência, para a promoção da saúde pelo que atividades desta natureza devem ser encaradas, pelas instituições de ensino, como uma prioridade.

Palavras-chave: promoção da saúde; estudantes; ensino superior

A Educação pelos Pares é uma metodologia bastante utilizada a nível mundial, sendo uma estratégia usada para responder a questões relacionadas com a promoção da saúde, prevenção da doença e de comportamentos de risco (Dias, 2006).

A estratégia de Educação pelos Pares tem como finalidade mudar ou influenciar afirmativamente a saúde, adequando processos, experiências de aprendizagem e de desenvolvimento, que podem combinar os diferentes níveis de intervenção educativa em saúde: facultar informação, sensibilizar para um determinado problema, desenvolver formação para manter e/ou mudar atitudes e comportamentos (Brito, 2009). Contudo, para se alcançar o papel de educador (de pares) é necessário desenvolver um conjunto de competências pedagógicas que incluem os quatro pilares da educação: saber, saber fazer, saber estar, saber ser (UNESC, 2003).

Os comportamentos de risco são definidos como comportamentos que são prejudiciais à saúde, como por exemplo o uso de substâncias psicoativas e que manifestam-se em idades mais jovens, podendo ser percecionados pelo indivíduo como normais, refletindo-se como uma atitude exploratória saudável e um percurso de aprendizagem construtivo (Ogden, 2004; Schwarzer, Luszezynska, 2006). Na transição para o ensino superior com as mudanças individuais e académicas podem tornar-se fatores de risco impeditivos da adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis (Matos, 2005).

Assim, a Educação pelos Pares assume um papel fulcral por ser desenvolvida e difundida em programas de educação sexual, de prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, de violência e do uso ou abuso de substâncias psicoativas, entre outras áreas de intervenção ou seja de comportamentos de risco (Brito, 2009; Dias, 2006), sendo que na educação dos jovens, os educadores de pares são mais bem aceites do que os adultos, por serem percebidos como membros do grupo (McDonald et al, 2003).

O Projeto Educação pelos Pares da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra" foi criado, em 2009 e tem como objetivo promover o bem-estar e a saúde (física e mental) dos estudantes, bem como intervir na comunidade académica em áreas fundamentais para o desenvolvimento de competências pessoais e académicas, afirmando-se enquanto Escola promotora de saúde.

Este Projeto estabelece parcerias e protocolos com instituições cuja missão se relaciona com a educação e promoção da saúde. De forma a atingir estes objetivos desenvolve a sua ação nas seguintes áreas de intervenção: I – INTEGRAÇÃO ACADÉMICA E GESTÃO DE STRESSE; II – SAÚDE E BEM-ESTAR; III – COMPORTAMENTOS DE RISCO. Este Projeto é desenvolvido por voluntários, sendo constituído maioritariamente por estudantes, mas integrando igualmente pessoal docente e não docente.

São objetivos da área de intervenção dos *Comportamentos de Risco*: promover uma política de promoção da saúde e de prevenção de comportamentos de risco; desenvolver comportamentos de autoestima e de autoproteção; sensibilizar e consciencializar para a adoção de comportamentos seguros e saudáveis; desenvolver competências pessoais e sociais; formar promotores de comportamentos assertivos; promover a partilha de conhecimentos e incentivar ao debate e à reflexão sobre comportamentos de risco; perceber a importância do voluntariado e da educação pelos pares no âmbito da educação em sexualidade, prevenção do consumo excessivo de bebidas alcoólicas e

prevenção do consumo de drogas e outras dependências e criar dinâmicas de grupo com a participação ativa dos estudantes, informando-os e formando para esta problemática.

Neste sentido, são desenvolvidas e implementadas estratégias de intervenção junto da comunidade escolar através da realização de diversas atividades designadamente ações de sensibilização e informação desenvolvidas pelos alunos e supervisionadas pelos docentes. Das atividades desenvolvidas indicam-se as ações de sensibilização nas semanas que antecedem as festividades académicas como a Festa das Latas e Queima das Fitas ("Na Latada – diz não aos comportamentos de risco!"; "Queima das Fitas-Coimbra tem mais Encanto, quando

Tu não estás a um Canto!!!!"), ações de Comemoração do Dia Mundial da Luta Contra a Sida e de Comemoração do Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra as Mulheres e a realização de diversos workshops: "Sex(Act)uality: não precisas de média, precisas de conhecimento!"; "Domina as DSTs: Protege-te!"; "Debate - Prevenção: Consumo de Álcool e Comportamentos de Risco"; "Prevenção do Consumo de Álcool - sabes quanto bebeste, hoje?"; "Workshop sobre Sexualidade Segura, alinhas? e Violência no namoro.

A importância desta estratégia de intervenção é tanto maior quanto se sabe existir uma correlação forte entre estilos de vida saudáveis e sucesso escolar. As atividades desenvolvidas neste âmbito pretendem promover a aquisição de saberes e a adoção de estratégias a implementar junto dos seus pares.

Acreditamos que a escola é o local, por excelência, para a promoção da saúde pelo que atividades desta natureza devem ser encaradas, pelas instituições de ensino, como uma prioridade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ashwarzer, R.; Luszezynska, A. (2006). Self- efficacy, adolescents risk-taking behaviors, and health. In F. Pajares; T.C. Urdan (Eds), Self-efficacy beliefs of adolescents (pp. 139-159). USA: Information Age Publishing.

Brito, I. (2009). Promoção da saúde os jovens utilizando a educação pelos pares – intervenção com estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros. Enfermagem e o cidadão, Jornal da secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros, ano 7, nº 19, pp. 6-9.

Dias, S. F. (2006). Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saude. Universidade Nova de Lisboa. Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Unidade de Saúde e Desenvolvimento, Centro de Malária e outras Doenças Tropicais.

Matos, M. G. (2005). Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola (3º ed.). Lisboa: FMH. Edições.

McDonald, J. et al. (2000). Youth for youth: a project to develop skills and resources for peer education final report.

Ogden. J. (2004). Psicologia da saúde (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

UNESCO (2003). Peer approaches in adolescent reproductive health education: some lessons learned. Bangkok, Thailand.

FATORES PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO, SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES E APOSENTADOS EM PORTUGAL

Tânia Gaspar
Universidade Lusíada de Lisboa/CLISSIS
Universidade de Lisboa/FM/ISAMB
(tania.gaspar@edu.ulusiada.pt)

Diego Baya
Universidade de Huelva
(diego.gomez@dpee.uhu.es)

Isabel Torres
Universidade Lusíada do Porto/CLISSIS
Universidade Lusíada de Lisboa/COMEGI
(isabeltorres@por.ulusiada.pt)

Ana Cerqueira
Universidade Lusíada de Lisboa/CLISSIS
(cerqueira.apm@gmail.com)

Manuela Faia Correia
Universidade Lusíada de Lisboa/COMEGI
(mcorreia@lis.ulusiada.pt)

Este trabalho é financiado por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do Projeto **UID/SOC/04624/2019**.

RESUMO

São conhecidos os efeitos que as condições a que os trabalhadores estão submetidos no seu contexto profissional, bem como a sua satisfação com o suporte social, possuem sobre a qualidade de vida. Este estudo tem por objetivo compreender e caraterizar a relação entre os fatores psicossociais no trabalho, o suporte social e a qualidade de vida de adultos trabalhadores e aposentados, com idades compreendidas entre os 55 e os 75 anos, numa amostra à escala nacional, constituída por 1330 sujeitos. Através de testes T e de correlações de *Pearson*, foi possível identificar diferenças entre os grupos desujeitos, nomeadamente em relação à sua situação face ao trabalho, aferir as relações entre as condições psicossociais a que os sujeitos estão expostos, o suporte social e a qualidade de vida. A condições psicossociais no trabalho mais favoráveis, está associado mais suporte social e maior qualidade de vida. Através de análises de regressão *Stepwise*, os resultados mostram que certas variáveis demográficas (como mais habilitações literárias, morar em casa própria, ter mais idade e ser

profissionalmente ativo), determinadas condições psicossociais do trabalho (carga de trabalho, autonomia, clareza de papéis e *stress*), bem como o suporte social, interferem sobre a qualidade de vida.

Palavras-Chave: Fatores psicossociais no trabalho, suporte social e qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população ativa, constitui-se um dos maiores desafios a enfrentar nas próximas décadas, particularmente em Portugal, considerando nomeadamente as projeções para 2050, apontando para 69.5% de trabalhadores com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos (Comissão Europeia, 2017). A tendência que se tem vindo a verificar relativamente ao aumento da esperança de vida e da idade da reforma, torna imperioso um debate sobre as condições de saúde e bem-estar das pessoas mais velhas, bem como dos fatores que podem contribuir para a sua qualidade de vida, sabendo que a satisfação com a vida dos portugueses se encontra abaixo da média da Europa dos 28 (Eurofound, 2017a). A pertinência de estudos nesta área, espelha-se na necessidade de dar *imputs* válidos a considerar não apenas por parte dos decisores aquando da definição de políticas públicas (Mari, Alves, Aerts & Camara, 2016; Wang, 2016), mas também pelos decisores organizacionais relativamente às condições de trabalho que promovem junto do seu capital humano.

O processo de envelhecimento tem vindo a ser estudado sob múltiplas perspetivas, sendo que a sua análise se torna mais exigente quando a inserimos na problemática das relações entre saúde e trabalho, relações estas que possuem um caráter multidimensional (Volkoff, 2005) e complexo (Davezies,1998).

Uma questão a considerar no estudo do envelhecimento prende-se com o facto deste ser compósito e arbitrário (Marquié, 1995), respetivamente, cada indivíduo não assiste a um processo global de deterioração das suas diferentes capacidades (diferenças intra-individuais) e indivíduos com a mesma idade, são alvo de diferenças significativas relativamente às suas capacidades (diferenças inter-individuais). Apesar destas evidências, assistimos ao uso da idade cronológica como um critério de afetação do trabalho, expondo assim quem trabalha a diferentes fatores e riscos de natureza psicossocial, com consequências sobre a saúde e bem-estar (Torres, 2006).

Múltiplas pesquisas têm procurado compreender as relações entre o trabalho e a saúde, principalmente pelo facto das estatísticas, nomeadamente as que resultam dos inquéritos que regularmente o Eurofound (2017b) leva a cabo, revelarem que 25% dos trabalhadores europeus reconhece que o trabalho afeta negativamente a sua saúde. Na verdade, o desenvolvimento de atividade profissional sob condições nefastas, como ritmos acelerados, desafios de natureza emocional, exposição a longos períodos de trabalho e a horários atípicos, insegurança no trabalho, bem como condições físicas e de remuneração desiguais (quando consideramos por exemplo o setor de atividade e o género), não pode deixar de influenciar a saúde e bem-estar.

Por outro lado, o papel que o trabalho tem sobre o processo de envelhecimento e na esperança de vida, promovendo ou despromovendo o seu desenvolvimento, tem vindo a ser destacado, nomeadamente por Teiger (1989), referindo-se ao *envelhecimento induzido* e ainda por Thébaud-Mony, Davezies, Vogel e Volkoff (2015), quando abordam os *efeitos em diferido* que o trabalho tem sobre a saúde e a redução da esperança de vida.

Perante o referido, somos levados a questionar as opções associadas, não apenas à forma como o trabalho é afetado, mas também a entrada na reforma, uma vez que esta não se carateriza apenas pela idade cronológica (Byles et al., 2013). Por um lado, a perspetiva de abandono da vida ativa pode ser encarada de forma favorável, nomeadamente pelo facto de permitir uma disponibilidade de tempo compatível com atividades percecionadas como prazerosas. Por outro lado, dado o papel determinante do trabalho, não apenas pela sua função de subsistência e de inclusão social, mas também na preservação da saúde, permitindo ao homem (re) descobrir-se e superar-se a si mesmo (Davezies, 1998), a entrada na reforma poderá conduzir a sentimentos de inutilidade, de redução da autoestima, depressão, doença crónica (Behncke, 2012), entre outros.

Sabemos que o suporte social poderá, contudo, alterar a forma como estes acontecimentos, nomeadamente as transições, são percecionadas. O suporte social da família, dos amigos e o envolvimento social ativo são fatores ligados à proteção face aos desafios e alterações que ocorrem no processo de reforma e envelhecimento. Uma vez que no processo de reforma e envelhecimento está aumentado o risco de perda de familiares (Aboim, 2003), colegas e outras fontes de suporte social e, consequentemente, aumenta a vulnerabilidade para o isolamento e enfraquecimento da rede de suporte social (Gaspar, Cabrita, Rebelo, & Matos, 2017; WHO, 2012), torna-se fundamental reforçar e promover na população competências sociais e relacionais para criar redes de suporte social alternativas e/ou fortalecer as já existentes (Comissão Europeia, 2015; 2018; Van den Bogaard, Henkens & Kalmijn, 2014).

Assim se concluiu que deixar a vida ativa pela reforma terá necessariamente impacto na satisfação com a vida e na qualidade de vida (Davies & Cartwright, 2011; Hershey & Henkens, 2013). Na verdade, alguns autores destacam a importância de se levarem a cabo estudos que relacionem o processo de envelhecimento, a transição para a reforma e a qualidade de vida (Halvorsrud & Kalfoss, 2007; Marques, Sánchez & Vicario, 2014).

Numa sociedade onde os mais velhos ocuparão progressivamente mais espaço, dentro e fora do trabalho, e como corolário do exposto, torna-se imperioso definir as modalidades de participação ativa dos mesmos (Amado, São José & Santos, 2016; OMS, 2015), considerando a necessidade de garantir saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Esta pesquisa teve como objetivo compreender e caraterizar a relação entre fatores psicossociais relacionados com o trabalho, o suporte social e a qualidade de vida de adultos trabalhadores e aposentados.

MÉTODO

Participantes

Os dados foram recolhidos a nível nacional, com uma amostra de 1.330 sujeitos, sendo 62% do género feminino e 38% do masculino e com idades compreendidas entre 55 a 75 anos. Do total da amostra, 47% mantêm uma atividade profissional e 46% encontram-se na reforma. Relativamente à saúde, 48,2% dos inquiridos refere ter uma doença crónica.

Instrumento

O instrumento integrou questões de natureza sociodemográfica e três questionários que visaram avaliar 1) os fatores psicossociais ligados ao trabalho 2) o suporte social e 3) a qualidade de vida.

1) Fatores Psicossociais do Trabalho (COPSOQII)

O instrumento que foi utilizado para medir os fatores psicossociais no trabalho (COPSOQ - Copenhagen Psychosocial Psychosocial Questionnaire) foi desenvolvido e validado por Kristensen, Hannerz, Hogh e Vilhelm (2005) em colaboração com o Instituto Nacional Dinamarquês de Saúde Ocupacional em Copenhaga. O seu objetivo principal é avaliar os fatores psicossociais no trabalho. As subescalas do COPSOQ apresentam uma consistência interna (alfa de Cronbach) entre 0,60 e 0,90 (com exceção de 2 subescalas). O COPSOQ II segue um conceito multidimensional e destina-se a incluir as necessidades gerais envolvidas na base do conceito de "stress no trabalho". Pretende explicar os fatores de risco psicossocial no trabalho, como resultado de altas exigências de trabalho e baixo suporte social. A versão resumida inclui as dimensões psicossociais com evidências epidemiológicas relacionadas com a saúde. Todas as versões avaliam indicadores de exposição (riscos psicossociais) e indicadores dos seus efeitos (saúde, satisfação, stress). Todos os itens das três versões são avaliados em uma escala do tipo Likert de 5 pontos: 1- Nunca / quase nunca; 2- Raramente; 3- Às vezes; 4- Frequentemente; 5- Sempre; ou 1- Nada / quase nada; 2- Um pouco; 3- Moderadamente; 4- Muito; 5 - Extremamente.

Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa (Silva, et al, 2011), incluindo apenas 22 items, organizados em 6 dimensões: carga de trabalho, autonomia, clareza de papel laboral, apoio social dos superiores, confiança vertical e justiça e *stress*.

2) Escala de Satisfação com Suporte Social (Ribeiro -ESSS)

A Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS), foi desenvolvida e validada por Ribeiro (1999) e permite extrair quatro dimensões: Satisfação com Amigos / conhecidos (SA); Intimidade (IN); Satisfação com a Família (SF) e Atividades Sociais (AS). A escala também permite obter uma pontuação global (ESSS), representando os valores mais elevados uma perceção de maior satisfação com o apoio social.

3) Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)

O nome do instrumento é WHOQOL-BREF, cuja versão original é do Grupo WHOQOL, 1994 (Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde). Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa (Canavarro, et al, 2007). Trata-se de uma medida genérica, multidimensional e multicultural para avaliar a qualidade de vida subjetiva e pode ser usada em uma ampla gama de perturbações psicológicas e doenças físicas, bem como em indivíduos saudáveis. É composto por 26 itens e inclui quatro domínios de qualidade de vida: Físico, Psicológico, Social e Ambiental. Cada um desses domínios consiste em facetas de qualidade de vida que resumem o domínio particular da qualidade de vida a que pertencem. Esta medida, também, permite o cálculo de um indicador global, em particular faceta da qualidade de vida global. Os itens são avaliados em uma escala do tipo Likert de 5 pontos: 1 - Muito mau / muito insatisfeito; 2- Mau / insatisfeito; 3- Nem bom, nem mau / nem satisfeito nem insatisfeito; 4 - Bom / satisfeito; 5- Muito bom / muito satisfeito; ou 1 - Nada / quase nada; 2. Um pouco; 3- Moderadamente; 4- Muito; 5 -Extremamente.

A consistência interna, medida pelo alfa de Cronbach, mostra valores aceitáveis, seja analisando os quatro domínios (0,90) ou cada domínio individual [variando de 0,86 (Ambiental) e 0,95 (Psicológico).

Procedimento

Foram contactadas diversas organizações, como sindicatos, empresas, municípios, universidades seniores, e IPSS que incluíam pessoas na faixa etária alvo do estudo. A recolha de dados foi realizada com as instituições que concordaram em cooperar e com as pessoas que concordaram em preencher o questionário. O questionário foi de autopreenchimento, anónimo e confidencial. O projeto foi aprovado pela comissão de ética da ARSLVT / Ministério da Saúde Pro. 023 / CES / INV / 2014.

RESULTADOS

Após estatísticas descritivas, foram realizados testes T com o objetivo de analisar eventuais diferenças entre grupos, nomeadamente entre os inquiridos no ativo e os aposentados. Seguidamente foram realizadas correlações de *Pearson*, visando estudar as relações entre fatores psicossociais do trabalho, suporte social e qualidade de vida. Em terceiro lugar, análises de regressão *Stepwise* foram realizadas na amostra total, bem como considerando a situação face ao trabalho. Nessas análises, a qualidade de vida geral foi utilizada como variável de critério e foram exploradas as seguintes etapas a) efeitos demográficos (idade, género, estado civil, parentalidade, nível de escolaridade e habitação) b) efeitos dos fatores psicossociais do trabalho (carga de trabalho, autonomia, clareza de papel laboral, apoio social dos superiores, confiança vertical e justiça e *stress*) c) efeitos das dimensões de suporte social (amigos, intimidade, família e atividades).

Estas análises foram realizadas através de SPSS, versão 21.0.

Estatísticas descritivas e diferenças por situação de trabalho

A Tabela 1 mostra a estatística descritiva na amostra total e considerando a situação face ao trabalho. Em relação aos fatores psicossociais relacionados com o trabalho, maiores scores médios foram observados relativamente ao *stress* e à carga de trabalho, enquanto os menores foram encontrados relativamente à clareza de papel e à confiança vertical. Observaram-se bons scores na qualidade de vida, com médias superiores na qualidade de vida psicológica e social e menores na dimensão ambiental. Em relação ao suporte social, foram observadas médias elevadas, principalmente na dimensão familiar, com menor média na dimensão das atividades. Algumas diferenças por situação de trabalho foram detetadas, nomeadamente mais carga de trabalho e *stress* foram relatados pelos participantes a desenvolver trabalho, bem como mais qualidade de vida física, psicológica e social. Além disso, foi observado maior suporte por intimidade nos participantes a trabalhar, enquanto maior suporte da família foi relatado pelos participantes aposentados.

- Tabela 1-

Correlações e análises de regressão por situação face ao trabalho

A Tabela 2 apresenta correlações de ordem zero entre fatores psicossociais do trabalho, suporte social e qualidade de vida, comparando os participantes a trabalhar com os participantes aposentados. Os resultados mostraram relações positivas entre os respetivos indicadores de condições psicossociais relacionadas com o trabalho, apoio social e qualidade de vida. Em geral, condições psicossociais relacionadas com o trabalho mais favoráveis foram associadas a maior suporte social e maior qualidade de vida. Além disso, elevado suporte social surge associado a alta qualidade de vida. Algumas diferenças foram encontradas considerando a situação face ao trabalho. Nos participantes aposentados, a carga de trabalho foi negativamente associada à autonomia, qualidade de vida psicológica e social e suporte social por intimidade e positivamente associada à clareza do papel, enquanto não foram observadas associações significativas nos sujeitos ativos. Nestes últimos, a qualidade de vida física foi inversamente relacionada com a carga de trabalho, enquanto não houve correlação entre os aposentados. Também nos trabalhadores, a autonomia mostrou-se negativamente correlacionada com a qualidade de vida social e ambiental e com o suporte social de amigos e atividades. Além disso, o suporte social familiar e a autonomia apresentaram uma correlação negativa apenas nos participantes aposentados. Finalmente, o suporte social pelas atividades revelou-se negativamente correlacionado com a clareza de papéis e com o apoio social dos superiores apenas nos participantes em atividade, enquanto a qualidade de vida física se mostrou negativamente correlacionada com o apoio dos superiores em participantes aposentados.

-Tabela 2-

A Tabela 3 mostra os resultados das análises de regressão passo a passo, explicando assim as pontuações na qualidade de vida geral. Na primeira etapa, mais conquistas académicas e morar na própria casa foram relacionadas com maior qualidade de vida, tanto nos participantes aposentados como nos ativos, enquanto a idade apresentou um efeito positivo apenas nos participantes a trabalhar. Na segunda etapa, carga de trabalho, autonomia, clareza de papéis e stress afetam a qualidade de vida dos trabalhadores, enquanto apenas a clareza de papéis e o stress permaneceram significativos para os aposentados. A variância explicada da demografia e os fatores psicossociais relacionados com o trabalho atingiu 31% na amostra total. Finalmente, o suporte social por intimidade apresentou um efeito positivo na qualidade de vida geral, especialmente nos participantes que trabalham. R2 alcançou um valor de 0,37 na subamostra de trabalho, em comparação com 0,34 na subamostra aposentada.

- Tabela 3-

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo compreender e caraterizar as relações entre as condições psicossociais relacionadas com o trabalho, o suporte social e a qualidade de vida de adultos ativos e aposentados.

Em geral, condições psicossociais relacionadas com o trabalho mais favoráveis foram associadas a maior suporte social e a maior qualidade de vida. Além disso, alto suporte social esteve associado a alta qualidade de vida. Nesse sentido, tem sido possível observar uma preocupação crescente com a implementação de estratégias que promovam a qualidade de vida dos indivíduos e que visem garantir uma vida ativa no processo de envelhecimento (Comissão Europeia, 2015, 2018; Illario et al., 2016).

Observaram-se bons scores na qualidade de vida, com médias superiores na qualidade de vida psicológica e social, e menor na dimensão ambiental, à semelhança dos resultados de outros estudos (Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Pinto e Carona, 2007; Gaspar, Cabrita, Rebelo e Matos, 2017).

Em relação ao suporte social, foram observadas médias elevadas, principalmente na dimensão familiar, com menor média na dimensão das atividades. Algumas diferenças por situação de trabalho foram detetadas, de modo que mais carga de trabalho e *stress* foram relatados pelos participantes que trabalham, bem como mais qualidade de vida física, psicológica e social. Foi também observado maior suporte por intimidade nos participantes que trabalham, enquanto maior suporte da família foi relatado pelos participantes aposentados. Com o avançar da idade, pode haver um aumento do risco de morte de entes queridos e amigos e maior vulnerabilidade à solidão, isolamento social e enfraquecimento das redes de apoio social (OMS, 2002), o que se traduz em uma diminuição nas relações de intimidade. Ao longo do processo de envelhecimento, a tendência é passar de uma vida familiar e, após a viuvez, uma vida só, o que contribui para situações de solidão e / ou isolamento (Aboim, 2013).

Em todos os participantes, a ausência de *stress* (com maior efeito nos participantes aposentados) e o suporte social (com maior efeito nos participantes que trabalham) mostraram influência positiva no fator qualidade de vida. Melhores condições psicossociais relacionadas com o trabalho e maior suporte social foram relacionados com o aumento da qualidade de vida. Quando os indivíduos deixam o mercado de trabalho, há uma perda de contato com os colegas de trabalho e com o contexto de trabalho, que por sua vez pode ajudar a fortalecer outros relacionamentos, como familiares e amigos (Van den Bogaard, Henkens & Kalmijn, 2014). Autonomia, clareza de papéis, suporte dos superiores e confiança vertical apresentaram efeitos na qualidade de vida apenas em participantes que trabalham, enquanto a carga de trabalho apresentou efeito apenas em aposentados. Existem certos estereótipos associados a trabalhadores mais velhos que tendem a relacionar idade avançada com menor capacidade de trabalhar e aprender. Assim, há uma tendência para associar esses trabalhadores à ideia de que estão a aguardar a reforma, que são mais resistentes ao uso de novas tecnologias, menos aptos à aprendizagem, mais lentos no processamento da informação, mais inflexíveis, menos motivados, entre outros (Gaillard & Desmette, 2014; Malinen & Johnston, 2013; Truxillo, McCune & Bertolino, 2012). Por outro lado, também há associações positivas à idade, pois os trabalhadores mais velhos tendem a ser percebidos como mais estáveis (Truxillo et al., 2012), mais experientes, mais confiáveis e cometem menos erros no desempenho das suas funções, quando comparados com trabalhadores mais jovens (Gaillard & Desmette, 2014). Assim, algumas das suposições negativas sobre a idade podem ser um fator promotor de *stress* para os trabalhadores mais velhos, pois refletem sobre o nível dos fatores relacionados com o trabalho e podem condicionar muitos aspetos da sua vida profissional (Kulik, Perera & Cregan, 2016; Rabl, 2010). A experiência deste tipo de ambiente pode levar a um menor interesse pelas tarefas (Smith, Sansone & White, 2007), para uma avaliação mais negativa da experiência da tarefa (Adams, Garcia, PurdieVaughns, & Steele, 2006) e pode até conduzir os indivíduos a experimentar uma redução significativa na confiança que possuem nas suas próprias capacidades (Koch, Müller & Sieverding, 2008).

Em geral, o suporte social foi positivamente associado a melhores condições psicossociais relacionadas com o trabalho em todos os

participantes. Em relação às relações entre o suporte social e as condições psicossociais relacionadas com o trabalho, observou-se uma associação negativa com a carga de trabalho apenas em participantes aposentados. A associação mais forte foi encontrada com o indicador de *stress*, principalmente em participantes aposentados. Finalmente, embora a maioria das condições psicossociais relacionadas com o trabalho estivesse significativamente relacionada na amostra total, os resultados apontaram que a carga de trabalho estava associada à autonomia e à clareza de papéis, apenas em participantes aposentados. Os estigmas que muitas vezes acompanham os indivíduos à medida que se aproximam da idade da reforma e as ruturas nas relações sociais que inevitavelmente acontecem são duas das variáveis que marcam o processo de envelhecimento e que devem ser consideradas e analisadas (Cabral & Ferreira, 2014).

Os desafios que hoje se apresentam nesta matéria, colocam a gestão do capital humano, bem como os diversos atores que, nas organizações, se ocupam com as questões da saúde, como o psicólogo do trabalho e das organizações, num lugar de destaque. Não obstante, conceber e manter locais de trabalho saudáveis de forma sustentável, implica um diálogo e um forte comprometimento por parte dos diversos *stakeholders* organizacionais.

REFERÊNCIAS

Aboim, S. (2003). Evolução das estruturas domésticas. Sociologia, Problemas e Práticas, 43, 13-30.

Adams, G., Garcia, D.M., Purdie-Vaughns, V., & Steele, C.M. 2006. The detrimental effects of a suggestion of sexism in an instruction situation. Journal of Experimental Social Psychology, 42, 602–615.

Amado, C. A. F., São José, J. M. S. & Santos, S. P. (2016). Measuring active ageing: A data envelopment analysis approach. European Journal of Operational Research, 255(1), 1-17. doi:10.1016/j.ejor.2016.04.048

Behncke, S. (2012). Does retirement trigger ill health? Health economics, 21(3), 282-300. doi:10.1002/hec.1712

Byles, J., Tavener, M., Robinson, I., Parkinson, L., Smith, P. W., Stevenson, D., ... & Curryer, C. (2013). Transforming retirement: New definitions of life after work. *Journal of women & aging*, *25*(*1*), 24-44. doi:10.1080/08952841.2012.717855

Cabral, M. V. & Ferreira, P. M. (2014). *Envelhecimento ativo em Portugal. Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Comissão Europeia. (2017). *The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://doi.org/10.2765/286359.

Davezies, Ph (1998). De la récupération psychique. *Santé et Travail*, 25, 35-37.

Davies, E., & Cartwright, S. (2011). Psychological and psychosocial predictors of attitudes to working past normal retirement age. *Employee Relations*, *33*(*3*), 249-268. doi:10.1108/01425451111121768

Eurofound (2017a). *European Quality of Life. Survey 2016. Quality of life, quality of public services and quality of society*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Doi: 10.2806/964014.

Eurofound(2017b).*Sixth European Working Conditions Survey–Overview report (2017 update)*. Publications Office of the European Union. Luxembourg. Doi: 10.2806/422172.

Gaillard, M. & Desmette, D. (2010). (In)validating Stereotypes About Older Workers Influences Their Intentions to Retire Early and to Learn and Develop. *Basic and Applied Social Psychology*, *32*(*1*), 86-98, doi:10.1080/01973530903435763

Gaspar, T., Cabrita, T., Rebelo, A. & Matos M. (2017). Psychological and Social Factors That Influence Quality of Life: Gender, Age and Professional Status Differences. *Psychology Research*, 7, (9), 489-498. doi:10.17265/2159-5542/2017.09.003

Halvorsrud, L. & Kalfoss, M. (2007). The conceptualization and measurement ofquality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994-2006. *European Journal of Ageing*, *4*, 229-246.doi:10.1007/s10433-007-0063-3

Hershey, D. A., & Henkens, K. (2013). Impact of different types of retirement transitions on perceived satisfaction with life. *The Gerontologist*, 54(2), 232-244. doi:10.1093/geront/gnt006

Illario, M., Vollenbroek-Hutten, M. M., Molloy, D. W., Menditto, E., Iaccarino, G., & Eklund, P. (2016). Active and healthy ageing and independent living 2016. *Journal of aging research*, 2016. doi:10.1155/2016/8062079

Koch S.C., Müller, S.M., Sieverding, & M. 2008. Women and computers: Effects of stereotype threat on attribution of failure. *Computers & Education*, *51*, 1795–1803.

Kulik, C., Perera, S. & Cregan, C. (2016). Engage me: The mature-age worker and stereotype threat. *The Academy of Management Journal*, *59*(*6*), 1-57. doi:10.5465/amj.2015.0564

Malinen, S. & Johnston, L. (2013). Workplace ageism: discovering hidden bias. *Experimental Aging Research*, *39*, 445-465. doi:10.1080/0361073X.2013.808111

Mari, F. R., Alves, G. G., Aerts, D. R. G. S. & Camara, S. (2016). O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 19(1)*, 35-44.

Marques, E. M. B. G., Sánchez, C. S. & Vicario, B. P. (2014). Perception of the quality of life of a group of older people. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(*1*), 73-81.

Rabl, T. (2010),"Age, discrimination, and achievement motives", *Personnel Review*, *39*(*4*), 448 – 467. doi:10.1108/00483481011045416

Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., Cotrim, V., Silvério, T., & Nossa, P. (2011). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Portugal e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa*. Aveiro: Departamento de Educação, Universidade de Aveiro.

Smith J.L., Sansone, C., & White, P.H. 2007. The stereotyped task engagement process: The role of interest and achievement motivation. *Journal of Educational Psychology*, *99*(*1*), 99–114.

Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, *385(9968)*, 640-648. doi:10.1016/S0140-6736(13)61489-0

Thébaud-Mony, A., Davezies, Ph., Laurent Vogel, L. & Volkoff, S. (2015). *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner, Paris:* La Découverte.

Torres, I. (2006). Mudanças organizacionais, saú de e bem-estar na banca portuguesa. Idade e sentidos do trabalho numa nova relação salarial (resumo). *Laboreal, 2, (2)*, 62-65. http://laboreal. up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV658223389652425952

Truxillo, D. M., McCune, E. A. & Bertolino, M. (2012). Perceptions of older versus younger workers in terms of big five facets, proactive personality, cognitive ability and job performance. *Journal of Applied Social Psychology*, *42*(*11*), 2607-2639. doi:10.1111/j.1559-1816.2012.00954.x

Van den Bogaard, L., Henkens, K., & Kalmijn, M. (2014). So now what? Effects of retirement on civic engagement. *Ageing & Society*, *34*(*7*), 1170-1192. doi:10.1017/S0144686X13000019

Van der Heide, I., van Rijn, R. M., Robroek, S. J., Burdorf, A., &Proper, K. I. (2013). Is retirement good for your health? A systematic review of longitudinal studies. *BMC public health*, *13*(*1*),1180.

Volkoff, S. (2005). Partie I. Le sens de la mesure. In S. Volkoff (Coord.). *L'ergonomie et les chiffres de la santé: ressources, tensions et pièges*. Toulouse: Octarès Éditions.

Wang, X. (2016). Subjective well-being associated with size of social network and social support of elderly. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 1037-1042. doi:10.1177/1359105314544136

World Health Organization (WHO). (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization(WHO).

World Health Organization (WHO) (2002). *Active ageing. A policy framework*. Geneva: World Health Organization(WHO).

World Health Organization (WHO) (2002a). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization (WHO).

World Health Organization (WHO). (1994). *Quality of life assessment: an annotated bibliography*. Geneva: World Health Organization (WHO).

Tabela 1 - Estatísticas descritivas e t-tests por situação face ao trabalho

Variáveis	Total M(SD)	Ativos M(SD)	Aposentados M(SD)	t-tests
Carga de Trabalho	2.78(.71)	2.87(.68)	2.67(.72)	4.46***
Autonomia	2.41(.94)	2.36(.87)	2.47(1.02)	-1.82
Clareza de Papel	2.25(.82)	2.27(.80)	2.22(.83)	.97
Apoio Social Superiores	2.51(1.06)	2.53(1.10)	2.49(1.01)	.66
Confiança Vertical	2.30(.86)	2.29(.87)	2.31(.85)	-.42
Stress	3.20(.79)	3.14(.79)	3.25(.79)	-2.35*
Qualidade Vida Geral	3.66(.69)	3.73(.67)	3.58(.71)	3.74***
Qualidade Vida Física	3.86(.68)	3.95(.65)	3.76(.70)	4.59***
Qualidade Vida Psicológica	3.89(.59)	3.92(.58)	3.85(.61)	1.98*
Qualidade Vida Social	3.86(.63)	3.93(.61)	3.78(.63)	4.14***
Qualidade Vida Ambiental	3.47(.58)	3.46(.59)	3.49(.57)	-.74
Suporte Social Total	3.51(.57)	3.51(.56)	3.50(.58)	.21
Suporte Social: Amigos	3.60(.65)	3.58(.63)	3.61(.66)	-.75
Suporte Social: Intimidade	3.57(.82)	3.63(.82)	3.50(.81)	2.60**
Suporte Social: Família	3.83(.85)	3.78(.82)	3.88(.87)	-2.08*
Suporte Social: Atividades	2.92(.89)	2.91(.87)	2.92(.90)	-.18

Nota. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Tabela 2 - Correlações entre fatores psicossociais do trabalho, suporte social e qualidade de vida nos ativos vs aposentados

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Carga de Trabalho	1	-.16**	.12**	.24***	.22***	-.30***	-.02	-.07	-.13**	-.16***	-.03	-.23***	-.21***	-.20***	-.20***	-.04
2. Autonomia	-.03	1	.43***	.20***	.13***	-.04	-.12**	-.13**	-.21***	-.06	-.07	-.11*	-.03	-.14**	-.10*	-.03
3. Clareza de Papel	.01	.31***	1	.62***	.50***	-.12**	-.18***	-.22***	-.23***	-.14**	-.18***	-.22***	-.19***	-.27***	-.14**	-.08
4. Apoio Social Superiores	.11*	.15***	.62***	1	.65***	-.17***	-.10*	-.17***	-.16***	-.19***	-.19***	-.22***	-.14**	-.21***	-.19***	-.09
5. Confiança Vertical	.16***	.17***	.55***	.63***	1	-.22***	-.09*	-.13**	-.18***	-.19***	-.17***	-.19***	-.13**	-.24***	-.15**	-.05
6.*Stress*	-.32***	-.11*	-.13***	-.10*	-.20***	1	.44***	.52***	.53***	.40***	.44***	.42***	.33***	.35***	.27***	.26***
7. Qualidade Vida Total	.05	-.19***	-.24***	-.12**	-.15***	.38***	1	.69***	.57***	.41***	.56***	.28***	.25***	.31***	.15***	.16***
8. Qualidade Vida Física	-.11*	-.28***	-.22***	-.05	-.19***	.45***	.64***	1	.66***	.52***	.67***	.38***	.34***	.33***	.20***	.23***
9. Qualidade Vida Psicológica	-.03	-.29***	-.31***	-.21***	-.29***	.47***	.57***	.68***	1	.52***	.57***	.46***	.38***	.44***	.30***	.24***
10. Qualidade Vida Social	-.06	-.20***	-.25***	-.19***	-.29***	.29***	.36***	.47***	.58***	1	.50***	.56***	.54***	.48***	.38***	.22***
11. Qualidade Vida Ambiental	-.07	-.19***	-.33***	-.25***	-.27***	.37***	.62***	.64***	.56***	.34***	1	.34***	.28***	.31***	.21***	.25***
12.Suporte Social Total	-.09*	-.18***	-.24***	-.24***	-.23***	.33***	.37***	.42***	.48***	.52***	.39***	1	.81***	.84***	.68***	.59***
13. Suporte Social: Amigos	-.12**	-.17***	-.19***	-.20***	-.19***	.17***	.24***	.30***	.36***	.45***	.24***	.82***	1	.56***	.42***	.32***
14. Suporte Social: Intimidade	.02	-.18***	-.20***	-.21***	-.22***	.29***	.42***	.43***	.50***	.52***	.39***	.82***	.57***	1	.48***	.35***
15. Suporte Social: Família	-.15**	-.05	-.15***	-.13**	-.19***	.26***	.18***	.26***	.32***	.36***	.23***	.64***	.41***	.39***	1	.10*
16. Suporte Social: Atividades	-.05	-.09*	-.13**	-.09*	-.05	.23***	.22***	.23***	.18***	.19***	.30***	.60***	.29***	.33***	.16***	1

Nota. Abaixo da diagonal: Ativos; Acima da diagonal: Aposentados. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Tabela 3 - Análises de regressão Stepwise – avaliação da qualidade de vida total com base em dados demográficos, condições psicossociais do trabalho e suporte social no total da amostra e por situação face ao trabalho

	Total	Ativos	Aposentados
Step 1	R^2= .17 ΔF = 24.56***	R^2= .15 ΔF =12.16***	R^2= .17 ΔF = 11.48***
Idade	.05	.10*	.01
Género	.05	.06	.03
Estado Civil	-.04	-.01	-.07
Parentalidade	.04	.04	.05
Habilitações Literárias	.35***	.34***	.32***
Residência	-.11**	-.10*	-.13*
Step 2	R^2= .31 ΔF = 25.13***	R^2= .31 ΔF = 15.92***	R^2= .31 ΔF = 11.11***
Idade	.01	.09*	-.02
Género	.01	.02	-.03
Estado Civil	-.06	-.05	-.08
Parentalidade	.06	.05	.09
Habilitações Literárias	.23***	.24***	.18**
Residência	-.10**	-.11*	-.11*
Carga de Trabalho	.10**	.15**	.04
Autonomia	-.06	-.09*	-.03
Clareza de Papel	-.16***	-.14*	-.17**
Apoio Social Superiores	.03	.05	.01
Confiança Vertical	-.02	-.05	.04
Stress	.34***	.36***	.35***
Step 3	R^2= .35 ΔF = 11.29***	R^2= .37 ΔF = 9.17***	R^2= .34 ΔF = 2.68*

Idade	.01	.11**	-.02
Género	.01	.02	-.02
Estado Civil	-.05	-.04	-.06
Parentalidade	.07*	.04	.11*
Habilitações Literárias	.22***	.22***	.18**
Residência	-.09**	-.08	-.10
Carga de Trabalho	.09**	.11*	.05
Autonomia	-.04	-.07	-.03
Clareza de Papel	-.14**	-.14*	-.14*
Apoio Social Superiores	.05	.07	.01
Confiança Vertical	-.01	-.03	.04
Stress	.28***	.28***	.30***
Suporte Social: Amigos	-.01	-.04	.03
Suporte Social: Intimidade	.21***	.28***	.13*
Suporte Social: Família	.01	-.01	.02
Suporte Social: Atividades	.03	.03	.01

Nota. VD: Qualidade de Vida Total. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA *MULTITASK* NA UNIVERSIDADE DO ALGARVE: O PROSSEGUIMENTO DE UM MODELO DE APOIO PSICOLÓGICO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E DO SUCESSO ACADÉMICO

Jorge Andrez Malveiro
Universidade do Algarve
(jamalveiro@ualg.pt)

Cátia Morgado
Universidade do Algarve
(ccmorgado95@gmail.com)

Jéssica Lourenço
Universidade do Algarve
(jessicamlourenco@hotmail.com)

Kátia Tavares
Universidade do Algarve
(katia_tavares_92@hotmail.com)

RESUMO

Desde a sua implementação em 2001, o Gabinete de Psicologia e Apoio Psicopedagógico, no âmbito da sua integração nos Serviços de Saúde da Universidade do Algarve (GPAP-SS/SASUAlg), elegeu como objetivo principal a promoção da Saúde psicológica e do Bem-estar global da população universitária. Em estreita colaboração com as valências dos Serviços de Saúde e em cooperação com outros parceiros institucionais, o GPAP tem disponibilizado o atendimento psicológico individualizado, tanto seja na especialidade de psicologia clínica (frequentemente em cooperação multidisciplinar com as restantes valências dos Serviços de Saúde), como tem promovido ou participado em múltiplas parcerias por via de intervenções de cariz (in)formativo e preventivo no âmbito da Saúde comunitária. Ao longo de mais de uma década e meia, o GPAP tem sido um local continuamente procurado para a supervisão de estágios de alunos finalistas do Mestrado em Psicologia, tanto para estudantes da UAlg como de outras Instituições de Ensino Superior, nacionais e Internacionais. Dada a intervenção *multitask* do GPAP, este ensaio inclui a descrição e análise das suas áreas de actuação. Resultados: na vertente consulta, as cerca de 6.225 consultas realizadas permitiram analisar a incidência e a prevalência das perturbações psíquicas nos utentes do GPAP. Ao nível da intervenção psicopedagógica verificou-se a adesão às formações disponibilizadas e uma correlativa demanda subsequente de apoio individualizado. A vertente da promoção para a Saúde mostrou ser uma medida eficiente na prevenção de comportamentos de risco associados às doenças sexualmente transmissíveis (DST`s) e tem sido eficaz na prevenção da sinistralidade rodoviária. No âmbito da supervisão de estágios de Psicologia, foram supervisionados mais de quatro dezenas de estagiários curriculares, tendo sido aberta recentemente a supervisão de estágios profissionais. Discussão: a análise da intervenção *multitask* do GPAP-SS/SAS permitiu concluir que o Gabinete tem passado por um processo de maturação quanto ao seu modelo de intervenção. Suportado na premissa de que a saúde psíquica e sócio-relacional dos estudantes do ensino superior é importante para o seu desenvolvimento e sucesso académico, a intervenção *multitask* do GPAP-SS/SAS pode ser entendida como um contributo para a promoção da saúde e do sucesso académico, com um impacto positivo no bem-estar da população universitária.

Palavras-chave: intervenção *multitask*; gabinete de psicologia; saúde; bem-estar.

INTRODUÇÃO

A saúde mental é fundamental para o bem-estar geral. É este o sentido da expressão *mens san in corpore sano* ou seja, a mente sã num corpo são quer significar que não há Saúde sem saúde mental. Quando nos referimos à saúde mental queremos salientar a importância que atribuímos à capacidade de adaptação à mudança ou a novas circunstâncias da vida como também à aptidão para lidar com períodos de crise e para superar perdas afectivas ou conflitos emocionais. Ter saúde mental significa também possuir a capacidade para identificar sinais ou sintomas de mal-estar e para estabelecer limites intra e extra pessoais, sobretudo através de relações satisfatórias com os outros. A tudo isto acresce o sentido crítico, nomeadamente o *insight* na relação com a realidade assim como outras qualidades tais como o senso de humor, a criatividade e capacidade de elaborar projetos para a Vida atribuindo-lhe um sentido consciente.

Pelo contrário, a ausência de saúde mental pode resultar de acontecimentos de vida que precipitam a doença mental, frequentemente manifestada ao nível das perturbações da ansiedade ou depressivas, as quais em Portugal têm uma elevada prevalência (anual 22,9%; 42,7% ao longo da vida) (Carvalho, 2018).

Neste enquadramento, afigura-se-nos como fundamental a promoção da Saúde, incluindo a saúde mental, de preferência o mais precocemente possível tanto mais quando se sabe que ambas dimensões podem não ser nem permanentes nem uniformes, o que pode implicar desequilíbrios ao longo da vida. A intervenção precoce, em certos casos, e o adequado tratamento noutros, respectivamente previne complicações futuras e facilita a recuperação e a reinserção social nas situações episódicas ou nas crónicas.

As transições naturais no desenvolvimento dos estudantes universitários constituem-se como experiências significativas uma vez que englobam a evolução a nível biológico, psicológico, social e cultural (Vizzotto, Jesus & Martins, 2017).

A passagem do Ensino Secundário para o Ensino Superior representa uma transição significativa na vida dos estudantes uma vez que coincide com a transição da adolescência para a adultez (Goodman, 2017). Esta transição caracteriza-se por um período de incertezas e de stress pois muda radicalmente a dinâmica diária da vida dos estudantes (Goodman, 2017). Estes podem sentir problemas de adaptação à Universidade e a todas as demandas envolvidas, tais como os níveis de estudo, uma vida mais independente, o afastamento de familiares e amigos (Al-Mahrooqi, Denman, Ateeq, 2015) e o acréscimo das responsabilidades (Goodman, 2017).

De acordo com Elias, Mahyuddin e Uli (2009), 57% dos estudantes que abandonam Ensino Superior não estão satisfeitos com as suas vidas desde a entrada na Universidade. Actualmente, podemos considerar que a adaptação dos estudantes ao contexto universitário implica um número de problemas que requerem uma detenção precoce e a consciencialização no processo de treino para a carreira, em particular na promoção do desenvolvimento pessoal. Cada processo de adaptação individual envolve transformações nas relações interpessoais e com o meio envolvente, mudanças de atitudes e nas formas de organização (Andreeva, 2008).

Neste enquadramento, a dimensão saúde mental é um aspecto crítico e uma crescente preocupação nas Universidades. De acordo com a American College Health Association (2015), 86% dos estudantes universitários relatam sentimentos avassaladores sobre as suas responsabilidades, 57% experienciam ansiedade substancial, quase 35% descrevem sentimentos de depressão que causam dificuldades no funcionamento normal e aproximadamente 66% sofrem academicamente dado à depressão, à ansiedade ou ao *stress* (American College Health Association, 2015; Brown, 2016).

Vários autores referem que os estudantes apresentam ainda outras problemáticas a nível das dificuldades de concentração, desregulação emocional e insónia (e.g., Burris, Brechting, Salsman, & Carlson, 2009; Conley, Durlak, & Kirsch, 2015; Countryman, 2016; Kranke et al., 2013; Kreider et al., 2015).

Verifica-se também que os problemas mentais são mais elevados dentro dos jovens adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos; no entanto, esta faixa etária é a menos provável de procurar ajuda (Salzer, Wick,& Rogers, 2008; Walter, 2015).

Por conseguinte, parece-nos lógica e justificada a vertente *multitask* implementada pelo Gabinete de Psicologia e Apoio Psicopedagógico dos Serviços de Saúde dos Serviços de Acção Social da Universidade do Algarve (GPAP-SS/SAS).

CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO *MULTITASK* DO GPAP-SS/SAS

O GPAP-SS/SAS disponibiliza desde 2001 um espaço de atendimento à comunidade académica, no qual se efectuam avaliações, intervenções e tratamentos individualizados. Para tal, a intervenção psicoterapêutica incide na vertente da psicologia clínica e compreende (não exclusivamente) técnicas cognitivo-comportamentais, entre outras abordagens conformes à casuística em presença.

No que concerne ao apoio psicopedagógico aos estudantes, o GPAP-SS/SAS-UAlg intenta promover o desenvolvimento de competências pessoais específicas tais como a assertividade, a pro-actividade e o incremento de capacidades focadas na gestão equilibrada dos processos conducentes ao cumprimento bem-sucedido de objectivos, assim como promove estratégias personalizadas que conduzem ao aumento da produtividade académica e das competências sócio-relacionais. Neste sentido, no campo da acção psicopedagógica, salienta-se a formação geral intitulada "Metodologias de Estudo e Proficiência na Gestão de Tempo" a qual tem como objectivo dotar os participantes com técnicas e estratégias personalizáveis as quais, sob posterior monitorização ou de modo próprio, podem potenciar o sucesso académico e profissional, assim como promover o bem-estar global (i.e., físico, psíquico e socio-relacional).

O GPAP-SS/SAS-UAlg também procede de modo preventivo no âmbito dos comportamentos de risco sexual (VIH/SIDA) e na Prevenção da Sinistralidade Rodoviária. Para o efeito, em parceria com outras entidades (ARS/CAD/APF), o GPAP-SS/SAS-UAlg implementou desde 2002 o Programa Anual de Prevenção e Rastreios de VIH/SIDA na UAlg, o qual inclui rastreios semanais alternadamente nos *campi* da Universidade do Algarve assim como a distribuição sistematizada e gratuita de profiláticos e de informação preventiva a toda a comunidade académica. Complementarmente, em parceria com a AAUAlg e o MAI (GNR/PSP), o GPAP-SS/SAS-UAlg realiza desde 2005 a intervenção anual "Tu Decides", a qual decorre durante a Semana Académica da Universidade do Algarve. A intervenção "Tu Decides" incide sobretudo na realização de actividades de prevenção primária e de redução de comportamentos de risco no âmbito da promoção da saúde comunitária.

Ao longo de mais de uma década o GPAP-SS/SAS tem sido também um local continuamente procurado para a supervisão de estágios de alunos finalistas do Mestrado em Psicologia, tanto para estudantes da UAlg como de outras Instituições de Ensino Superior, nacionais e Internacionais. No presente ano de 2019 disponibilizou a orientação para três lugares na categoria de estágios profissionais para a OPP.

De acordo com o feedback dos estagiários, o GPAP-SS/SAS-UAlg revela-se um local de elevada qualidade na supervisão e na práxis em psicologia clínica, desde o estudo de casos, passando pela realização do acompanhamento psicológico e o uso de várias técnicas, até à aquisição de aptidões na intervenção psicoterapêutica e psicopedagógica.

MÉTODO

Participantes e Procedimento

No que concerne à intervenção psicoterapêutica, o principal foco do GPAP-SS/SAS-UAlg consiste na identificação e no tratamento, quer sejam no âmbito das patologias em saúde mental e/ou do desenvolvimento pessoal e relacional, ambas problemáticas referentes aos estudantes universitários. Tal intervenção baseia-se, essencial mas não exclusivamente, no modelo terapêutico cognitivo comportamental.

Nesta vertente, a nossa amostra foi recolhida a partir dos registos das consultas efectuadas no período de Outubro de 2001 a Abril de 2019 e é constituída por 1247 utentes (*Masc.*= 28,5%; *Fem.*= 71,5%) com idades compreendidas entre os 17 e os 64 anos (M = 25,16; DP = 7,38), sendo a faixa etária prevalente dos 17 aos 25 anos (n = 877; 70,3%). No mesmo período foram efectuadas um total de 6225 consultas. Destes utentes 77,3% são portugueses (n = 964); 10,5% são de nacionalidade brasileira (n = 131); 6,7% são oriundos de África (n = 84); 3,8% são de outros países da Europa (n = 48); e os restantes pacientes (1.6 %; n = 20) são de outros países. Dos pacientes de nacionalidade portuguesa, 33,6% são naturais do Algarve (n = 419). Nesta amostra 22% (n = 275) tem estatuto trabalhador estudante.

Verificou-se uma média de 5 consultas por utente (M = 4,99; DP = 4,6) sendo que o número mínimo foi de 1 consulta e o máximo foi 56 (A = 55), dos quais 86,7% (n = 1079) aderiram ao acompanhamento psicoterapêutico.

No campo da intervenção Psicopedagógica, o GPAP-SS/SAS-UAlg concede não só o apoio individualizado como disponibiliza formações anuais nos *campi* da Universidade intituladas de *Metodologias de Estudo e Proficiência na Gestão do Tempo*. Desde o ano 2007 foram realizadas 27 formações com um total de 664 participantes.

No que se refere à intervenção no âmbito dos comportamentos de risco sexual (VIH/SIDA), foram realizados, desde Outubro de 2004 a Abril de 2019, 285 rastreios, os quais contaram com 2357 testes realizados. Em todos os testes realizados foi feito um pré e pós aconselhamento.

O Projecto "Tu Decides" concretiza-se desde Maio de 2002. Além da valência da prevenção do VIH/SIDA contempla ainda, desde 2005, a prevenção rodoviária, a partir da realização do controlo de níveis de alcoolémia no decorrer da Semana Académica da Universidade do Algarve (Malveiro et al., 2013; Malveiro et al., 2015). A amostra actualmente recolhida abrange o período de 2007 a 2018, e é constituída por 6320 sujeitos (*Masc.*= 68,2%; *Fem.*= 31,8%).

Resultados

Na vertente do apoio psicoterapêutico verificou-se que os diagnósticos mais prevalentes foram as Perturbações da Ansiedade (n = 403; 32,2%) e as Perturbações Depressivas (n = 309; 24,8%), seguido de Problema Académico (n = 118; 9,5%) e dos Problemas relacionais (n = 103; 8,3%). De acordo com a análise descritiva da totalidade da amostra (N = 1 247), 64,8% dos casos (n = 808) apresentam mais do que um diagnóstico.

Dentro das problemáticas diagnosticadas em associação destacam-se o Problema Académico (n = 330; 40,8%), os Problemas Relacionais (n = 293; 36,3%), o Problema de Fase de Vida (n = 145; 17,9%) e as Perturbações da Ansiedade (n = 141; 17,5%). Os resultados demonstram ainda que 11,5% (n = 143) dos pacientes apresenta consumo de substâncias, sendo que nestes, identificámos 32,7% (n = 47) correspondes ao quadro de Perturbação por Abuso de Substâncias.

A análise da relação entre as variáveis nominais foi executada através do *Teste qui-quadrado de Pearson* (X^2). Mais particularmente procurou-se averiguar a relação entre o diagnóstico principal dos participantes e as seguintes variáveis: faixa etária, género, problema de sono, hábitos alimentares, prática de exercício físico e consumo de substâncias (que não preenche um quadro de perturbação de abuso de substâncias).

Quanto à faixa etária, os resultados demonstraram existir uma diferença estatisticamente significativa na frequência de diagnóstico psicológico (X^2 = 57,125; p = ,001), apresentando o grupo com idades compreendidas entre os 17 e os 25 anos uma maior prevalência no diagnóstico clinicamente significativo.

No que se respeita à frequência do diagnóstico psicológico em função do género, foi possível observar uma diferença estatisticamente significativa (X^2 = 60,630; p = ,000), sendo o sexo feminino a exibir o maior predomínio naquela dimensão.

Na dimensão referente à frequência do diagnóstico psicológico, demonstrou-se uma relação estatisticamente significativa com os problemas de sono (X^2 = 95,066; p = ,000), com os hábitos alimentares (X^2 = 125,359; p = ,000), com a prática de exercício físico (X^2 = 41,741; p = ,000) e com o consumo de substâncias (X^2 = 142,360; p = ,000). De acordo com os resultados, os problemas de sono estão associados aos vários diagnósticos psicológicos clinicamente significativos; os deficientes hábitos alimentares estão presentes em maior frequência na Perturbação Depressiva, na Perturbação de Personalidade, na Perturbação Bipolar e na Dificuldade de Aculturação; a prática saudável de exercício físico é menos frequente em diversas perturbações clínicas mas especialmente na Perturbação Depressiva; e o consumo de substâncias ocorre em maior frequência nas Perturbações de Personalidade.

De seguida, por forma a explorarmos a existência de diferenças significativas quanto ao número de matrículas em função dos utentes serem simultaneamente trabalhadores e estudantes procedeu-se à realização do *Independent Sample T-Test*.

Os resultados demonstraram que os trabalhadores estudantes (n = 275), apresentaram uma média do número de matrículas superior (M = 3,95; DP = 2,749) à média dos não trabalhadores estudantes (M = 2,76; DP = 1,594), sendo que esta diferença foi estatisticamente significativa e com uma magnitude de efeito moderada ($t_{(332,624)}$ = 6,839; p = ,000; d de Cohen = 0,63) (Tabela 1).

Por fim, a análise descritiva demonstrou que de entre os 448 estudantes que revelaram problemas académicos 31,25 % (n = 140) eram trabalhadores estudantes.

Tabela 1. Comparação do número de matrículas em de ser Trabalhador Estudante - Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t

	Trabalhador Estudante *(n = 275)*		Não Trabalhador Estudante *(n = 892)*				
	M	*DP*	*M*	*DP*	*d de Cohen*	*t*	*p*
Nº de Matrículas	3,95	2,749	2,76	1,594	0,63	6,839	,000***

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

No que respeita à intervenção Psicopedagógica, as formações em *Metodologias de Estudo e Proficiência na Gestão do Tempo* contam com uma média de 49 alunos participantes por ano lectivo.

Na vertente da intervenção nos comportamentos de risco sexual (VIH/SIDA), dos 2357 testes realizados, obtivemos 2355 testes negativos (99.9%) e 2 testes reactivos (0.01%). Estes dois sujeitos com resultado reactivo foram de imediato devidamente encaminhados para acompanhamento hospitalar.

No que diz respeito ao efeito do programa "Tu Decides", na vertente da prevenção da sinistralidade rodoviária entre 2007 e 2018 (N = 6 320), os dados indicaram que os participantes do sexo masculino (n = 4 308; 68,2%) apresentam uma média de taxa de álcool no sangue superior (M = 0,62 g/l; DP = 0,470) aos participantes do sexo feminino (M = 0,52 g/l; DP = 0,436). Relativamente à situação profissional não se observaram diferenças significativas, ou seja, o facto de ser estudante, trabalhador ou desempregado não influência o valor da TAS. No que se refere à intenção de conduzir, antes da realização do teste de alcoolémia, verificou-se que 59,4% (n = 3 679) dos participantes afirmaram que pretendiam conduzir e 1,7% (n = 103) afirmaram que a sua decisão iria depender do resultado do teste. Após a realização do teste e sessão informativa observou-se que houve uma diminuição da percentagem de participantes que mostrou intenção de conduzir (n = 2 700; 43,6%) relativamente à percentagem obtida antes da medição. Podemos verificar então que a intervenção realizada surtiu os efeitos desejados, pois verificou-se uma descida da intenção de conduzir do momento pré-teste para o pós-teste em todas as variáveis sociodemográficas.

DISCUSSÃO

A transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior constitui uma experiência significativa que engloba um desenvolvimento ao nível biológico, psicológico, social e cultural (Vizzotto, Jesus & Martins, 2017). As dificuldades sentidas pelos estudantes naquela transição implicam uma grande variedade de problemas os quais requerem uma detecção precoce (Andreeva, 2008).

Neste contexto, o GPAP SS/SAS-UAlg tem como principal objetivo a promoção da saúde psicológica e do bem-estar geral da população académica por meio de uma intervenção *multitask*, a qual prioriza três principais vertentes de acção: psicoterapêutica, psicopedagógica e da saúde comunitária.

No presente estudo verificamos que na vertente psicoterapêutica as perturbações com maior prevalência, i.e., em foco da atenção clínica, pertencem ao campo das perturbações da ansiedade seguidas das perturbações depressivas, dos problemas académicos e dos problemas relacionais. Estes resultados coincidem com o estudo da American College Health Association (2015), o qual verificou hierarquização idêntica.

Segundo os resultados obtidos podemos afirmar que o sono, a prática de exercício físico, os hábitos alimentares e os consumos de substâncias estão relacionadas com a presença de um diagnóstico clinicamente significativo, o que vai ao encontro com vários estudos que afirmam que a ansiedade e a depressão estão associadas à ingestão excessiva de alimentos e com a atividade física (Blandón, León, Durango, Tejada-Tayabas e Lucio, 2016) e ainda que existe associação entre o consumo de substâncias e os problemas mentais nos estudantes (Dawson, Grant, Stinson, e Chou, 2004; Kushner e Sher, 1993; Kushner, Sher, e Erickson,1999; Baer, 2002).

No que concerne aos alunos com estatuto trabalhador - estudante foi observado que estes apresentam uma prevalência alta de problemas académicos e um número mais elevado de matrículas.

Os nossos resultados refletem a tendência para a maior prevalência de perturbações mentais no sexo feminino e dentro da faixa etária dos 17 aos 25 anos. Como referido no estudo de Salzer, Wick e Rogers (2008) e Walter (2015) esta faixa etária é menos provável de procurar ajuda pelo que se verifica a importância de uma actuação mais proativa por parte do GPAP SS/SAS-UAlg na identificação de estudantes com possíveis problemáticas mas que não procuram este tipo de apoio.

Verificámos também uma associação muito frequente entre a presença de pelo menos um critério de diagnóstico e a existência de problemas académicos, o que significa que grande parte dos sujeitos apresenta problema académico em associação.

Tendo sido identificado o problema académico como uma das perturbações mais incidentes na Universidade do Algarve, justifica-se que o GPAP SS/SAS-UAlg adopte a prática coadjuvante psicoterapêutica e psicopedagógica e, complementar e preventivamente, disponibilize junto da comunidade académica formações bianuais por forma a combater o insucesso escolar.

Relativamente à vertente da prevenção no âmbito da saúde comunitária, para além do Plano Semanal de Prevenção e Rastreios VIH/SIDA, também o projeto "Tu Decides" demonstrou inequívocos resultados e uma enorme demanda da população-alvo. Na valência da prevenção da sinistralidade rodoviária comprovou-se que a intervenção surtiu o efeito pretendido, uma vez que a maioria dos indivíduos com TAS superior ao permitido por lei mudou a sua decisão de conduzir para não conduzir.

No que concerne à intervenção psicoterapêutica, salientamos que este estudo permitiu compreender quais os problemas mais frequentes na população académica que nos tem solicitado apoio, o que nos permite avaliar e, porventura, reorientar a nossa intervenção. Neste propósito, e para finalizar, importa ainda referir que o GPAP-SS/SAS iniciou muito recentemente um plano de detenção precoce e de intervenção complementar das problemáticas suprarreferidas, neste caso específico focado para a promoção do sucesso académico e prevenção do abandono escolar.

Podemos assim concluir que a intervenção *Multitask* implementada pelo GPAP-SS/SAS consubstancia bons resultados na promoção da Saúde *latu sensu* e do sucesso académico na Universidade do Algarve, pois actua ao nível psicoterapêutico, no plano psicopedagógico e no âmbito da saúde comunitária, fazendo assim frente a distintas problemáticas apresentadas pela população académica da Universidade do Algarve.

REFERÊNCIAS

Al-Mahrooqi, R., Denman, C., & Ateeq, B. A. (2015). Adaptation and first-year university students in the Sultanate of Oman. In R. Al-Mahrooqi & C. Denman (Eds.), *Issues in English education in the Arab World* (pp. 60-82). Newcastle Upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.

American College Health Association. (2015). American College Health Association College Health Assessment Reference Group Executive Summary- Fall 2015. Hanover, MD.

Andreeva, G.M. (2008). *Sotsial'naya psikhologiya*. Social Psychology, 5th ed. Moscow: Aspekt Press

Baer, J. S. (2002). Student factors: Understanding individual variation in college drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 40−53.

Blandón, D. A., León, T. C., Durango, M. P., Tejada-Tayabas, L. M., & Lucio, A. G. (2016). Ansiedad, depresión y actividad física asociados a sobrepeso/obesidad en estudiantes de dos universidades mexicanas. *Hacia Promoc. Salud*, 21(2), 99-113. doi:10.17151/hpsal.2016.21.2.8

Burris, J. L., Brechting, E. H., Salsman, J., & R., Carlson (2009). Factors associated with the psychological wellbeing and distress of university students. *Journal of American College Health*. https://doi.org/10.3200/JACH.57.5.536-544

Carvalho, A. (2018). Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. www.dgs.pt

Chong, A. M., Elias, H., Mahyuddin, R., & Uli, J. (2009). Adjustment Amongst First Year Students in a Malaysian University. *European Journal of Social Sciences*, 8(3), 496-505.

Conley, C. S., Durlak, J. A., & Kirsch, A. C. (2015). A meta-analysis of universal mental health prevention programs for higher education students. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 16 (4), 487–507. https://doi.org/10.1007/s11121-015-0543-1

Countryman, J. (2016, March). Supported Education: Examining the Evidence. *Focus*, 44. Retrieved from http://cafetacenter.net/wp-content/uploads/2016/03/focus44.pdf

Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., & Chou, P. S. (2004). Another look at heavy episodic drinking and alcohol use disorders among college and noncollege youth. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 477−488.

Goodman, L. (2017). Mental Health on University Campuses and the Needs of Students They Seek to Serve. *Building Healthy Academic Communities Journal*, 1(2), 31-44. doi:10.18061/bhac.v1i2.6056

Kushner, M. G., & Sher, K. J. (1993). Comorbidity of alcohol and anxiety disorders among college students: Effects of gender and family history of alcoholism. *Addictive Behaviors*, 18, 543−552.

Kushner, M. G., Sher, K. J., & Erickson, D. J. (1999). Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 723−732.

Malveiro, J., Bacôco, J. A., Pereira, A., Sych, A., Jesus, K., & Jesus, S. N. (2013). Projecto "TU DECIDES": Prevenção de Comportamentos de Risco Rodoviário num Ambiente de Festival Académico. *Revista Amazônica*, XI(2), 220–233.

Malveiro, J., Jesus, S. N. de, Viseo, J., Pechorro, P., Pacheco, E., Lima-Rodriguez, J. S., & Lima-Serrano, M. (2015). Prevencion de la conduccion bajo efectos del alcohol durante festivales universitarios: Proyecto Tú decides. *Enfremaría Clínica*, 25(6), 305–311. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.07.005

Salzer, M. S., Wick, L. C., & Rogers, J. A. (2008). Familiarity with and use of accommodations and supports among postsecondary students with mental illnesses. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 59(4), 370–375. https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.4.370

Vizzotto, M. M., Jesus, S. N. & Martins, A. C. (2017). Saudades de Casa: indicativos de depressão, ansiedade, qualidade de vida e adaptação de estudantes universitários. *Revista Psicologia e Saúde*, 9 (1), 59-73

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Emilia Costa

BURNOUT EM PROFISSIONAIS QUE LABORAM EM OBSTETRÍCIA. UMA VISÃO PSICONEUROENDOCRINOIMUNOLÓGICA

Fátima Ferreira Bortoletti
Universidade Federal de São Paulo
(fatimabortoletti@uol.com.br)

Esdras Guerreiro Vasconcellos
Universidade de São Paulo
(esdras@interciencias.com.br)

Ricardo Werner Sebastiani
Nemeton -Brasil
(ricardo@nemeton.com.br)

RESUMO

Síndrome de *Burnout* é desencadeada no ambiente laboral, caracterizando-se pela cronificação do *stress* ocupacional. Sinaliza reflexos nas esferas profissional/pessoal/ social/familiar. Os desencadeadores podem ser fatores institucionais e organizacionais, associados a fatores internos de *discoping*. Numa perspectiva psiconeuroendocrinológica de *Burnout*, as manifestações do *distress* vão produzir sempre doenças físicas e mentais associadas, caracterizando um fenômeno psicossomático. Objetivo: Investigar sob a ótica da Psiconeuroendocrinoimunologia os fatores de risco de desencadeamento da Síndrome de *Burnout* em profissionais que laboram em Obstetrícia. Avaliar as Condições Organizacionais; Investigar a prevalência das dimensões da Síndrome de *Burnout*. Método: Estudo analítico transversal qualiquantitativo. Participaram do estudo quarenta e oito obstetras (docentes/médicos/residentes/pós-graduandos) do Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo. Foi aplicado o questionário ISB - Inventário da Síndrome de *Burnout*, elaborado por Benevides-Pereira. Realizadas Análises Descritivas (média/ desvio padrão/número mínimo e máximo); Análise de Comparação de Médias: ANOVA, t-*Student*; Análise de Correlação de Pearson; e Análise de modelos estatísticos multivariados: Análise Fatorial e Árvore de Decisão. Resultados: Condições Organizacionais Positivas abaixo da média, Condições Organizacionais Negativas + Esgotamento Emocional + Distanciamento Emocional acima da média, Desumanização no limite superior da média, Realização Profissional próxima do limite inferior, sinalizando zona de vulnerabilidade à franca instalação da Síndrome de *Burnout*. Identificados como desencadeadores organizacionais as condições de trabalho, relação com autoridade e respeito. Cinco anos após a realização deste estudo registramos o adoecimento de 25% dos participantes. Conclusão: Considerando as médias temos uma realidade institucional que favorece a instalação da Síndrome de Burnout e um panorama que sinaliza o comprometimento acerca das dimensões da Síndrome de Burnout nos participantes, confirmada pelo adoecimento cinco anos após.

Palavras chave: *Burnout, Stress, Distress*, Psiconeuroendocrinoimunologia.

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de *Burnout* é característica do meio ocupacional, sendo uma resposta à cronificação do *stress* laboral registrando consequências na esfera profissional, pessoal, social e familiar, sendo que fatores institucionais e organizacionais podem funcionar como desencadeantes do quadro. Inicia-se pelo *stress*, caracteriza-se pela "sensação de estar acabado", de ter esgotado seus recursos físicos e psíquicos. Os efeitos dessa doença podem afetar o indivíduo de diversas formas de manifestações psicossomáticas. No Brasil a Síndrome de *Burnout* é reconhecida como uma doença do trabalho, a Síndrome do Esgotamento Profissional (Lei nº 3048/99)[3], ainda desconhecida por muitos profissionais, o que dificulta seu diagnóstico. Nosso interesse por esse tema se originou da nossa prática clínica de três décadas em Psicologia Obstétrica, convivendo diuturnamente com as intercorrências físicas e psíquicas específicas do Ciclo Gravídico Puerperal. Trabalhar na elaboração de protocolos psicológicos assistenciais que atendessem à necessidade dessa clientela foi um desafio extremamente gratificante e enriquecedor. Porém, testemunhar o sofrimento psíquico a que ficam expostos os obstetras e demais membros da Equipe de Saúde foi algo que nos mobilizou sobremaneira. A convivência diária com esta equipe de profissionais que vivencia situações de *stress* extremo, frequentemente permeadas pelo risco de morte fetal ou materna, anomalias fetais, transtornos psíquicos específicos do ciclo gravídico puerperal, aliadas às dificuldades institucionais e organizacionais, nos despertou a inquietude fundamental para buscar um instrumento científico efetivo que pudesse nos direcionar para uma atuação diagnóstica e preventiva do sofrimento psíquico dos obstetras. (Bortoletti, 2015)

Modelo Psiconeuroendocrinológico do *Stress*

Segundo Selye (1976), stressor é a situação desencadeante da excitação no organismo, *stress* o processo psicofisiológico em que o organismo se encontra e reação de stress o comportamento que o organismo manifesta em decorrência do processo. Vasconcellos (2002, 2011) considera o *stress* saudável e necessário - *eustress*, sendo que após a fase de excitação o organismo consiga voltar aos níveis basais. De uma forma sucinta, podemos afirmar que sintomas específicos caracterizam cada fase do processo de stress: *Fase de Alarme – (SAG)* taquicardia, sudorese, cefaléia, palidez, hipertensão, fadiga, insônia, dificuldade respiratória, inapetência, apertar dos maxilares, pressão no peito e estômago tenso. *Fase de Resistência – (SAL)* a mobilização específica de um órgão, desaparecimento dos sintomas físicos e estabelecimento dos sintomas de caráter psicossocial. *Fase de Exaustão* - colapso energético do órgão vulnerável, aparecimento de uma patologia orgânica ou óbito súbito. A cronificação do SAL faz surgir a Síndrome *Burnout*. "Não existe *burnout* sem *stress*. A condição fundamental para que a síndrome se desenvolva é a existência de um longo período de *stress* emocional, no qual os mecanismos de *coping* desenvolvidos durante a fase de resistência não foram eficazes para conter o desgaste que caracteriza a síndrome. Como sabemos, no

[3] Decreto nº 3.048 de 06 de maio de 1999. DOU de 07/05/1999 - Republicado em 12/05/1999. Disponível em: www.normaslegais.com.br/legislacao/trabalhista/decreto3048.htm.

início os estressores da vida profissional desencadeiam reações e sintomas típicos do SAG (fase de alarme). Esta reação se caracteriza pela liberação do CRH pelo hipotálamo, ativação da glândula hipófise de onde são liberados uma série de hormônios ativadores de diversos órgãos e sistemas (ACTH, FSH, STH, TSH, GH, ADH). A presença constante dos estímulos stressores provoca uma alteração dos níveis basais de secreção desses hormônios, causando um desgaste energético maior, uma alteração anatomo-fisiológica no sistema mais afetado e, por fim, o aparecimento de uma patologia. Essa pode ser de caráter fisiológico ou mental. O *Burnout* fisiológico é associado a doenças, enquanto que o *Burnout* psicológico está associado ao desgaste emocional e a despersonalização" (Vasconcellos, 2011)

Stress laboral

Para Benevides-Pereira (2002), o stress laboral ocorre em decorrência do trabalho, exibindo esgotamento profissional, afetando a vida social e familiar. É frequente a expressão "estar acabado" e "não tenho forças para trabalhar". Os agentes stressores podem ser Físicos, Cognitivos ou Emocionais, causando reações singulares em cada indivíduo, em função das características de personalidade, experiências anteriores, predisposições genéticas e condições atuais de vida. (Vasconcellos, 1992)

Síndrome de *Burnout*

A Síndrome de *Burnout* foi definida por Herbert Freudenberger (1974), como um estado de fadiga ou frustração, produzido pela dedicação a uma causa com a qual se esperava conseguir resultados positivos que entra em conflito com uma realidade que não corresponde às expectativas do profissional. Para Moreno-Gimènez (2007) a sintomatologia é o resultado de um esforço pouco adaptativo e realista, que provoca a exaustão em decorrência da negligência das próprias necessidades, conceituando o desgaste profissional como uma resposta ao *stress* crônico no trabalho, sendo este o resultado de um processo que sofreu interferência das características individuais e do ambiente de trabalho. Benevides-Pereira (2002) elaborou uma classificação das dimensões do *Burnout*: Exaustão Emocional; Desumanização; Distanciamento Emocional; e Realização Profissional. Segundo Benevides-Pereira (2002), Moreno-Jiménez et al.(2007) e Abalo (1999), as consequências do Burnout se caracterizam pela queda na produtividade e qualidade, aumento do absenteísmo - rotatividade e acidentes de trabalho, imagem negativa pelo da instituição. Moreno-Jiménez et al. (2001), sinaliza a queda da concentração e rendimento, ideias obsessivas, insegurança, incapacidade de tomar decisões, negações do problema, distanciamento afetivo, hostilidade, irritabilidade e rebaixamento da autoestima. Benevides-Pereira (2008) aponta dificuldades na comunicação e um progressivo isolamento, comprometimento da vida familiar e conjugal, alta incidência de separações. Schaufeli, Enzmann (1998) sinalizam manifestações físicas como inapetência, náuseas, doenças gástricas, insônia, problemas musculares, cefaléias, disfunções sexuais e alterações menstruais e da pressão arterial.

Burnout em tocoginecologistas

Segundo Moreno-Jiménez et al. (2007), o sofrimento psíquico por desgaste emocional é um risco psicossocial a que os obstetras estão sujeitos, uma vez que estão em contato diário com o rápido "trânsito" de um estado a outro de ânimo inerente às situações rotineiras da Obstetrícia. É o profissional que tem um vínculo especial com os riscos de saúde, tendo como rotina assistencial conviver com as ambivalências inerentes de sua atividade. Sofre com a pressão assistencial enfrentando uma sobrecarga de trabalho desumana, além de ter que se submeter às tarefas burocráticas e informatizadas que demandam muito tempo do seu trabalho.

Nossa prática diária testemunhou inúmeras situações nas quais intercorrências obstétricas mudaram drasticamente a evolução do processo reprodutivo natural dando espaço para a instalação de contextos geradores de angústias não só aos casais envolvidos no processo como também aos obstetras. (Bortoletti, 2017) Gil-Monte e Peiró (1997) descreveram as consequências desse panorama registrando sentimentos de uma assistência insatisfatória, facilitando o aparecimento de erros, dificultando as relações interpessoais, gerando sentimentos de falta de aptidão, baixa autoconfiança e consequente baixa realização no trabalho. Segundo Maslach e Jackson (1986) o contato direto com o paciente é decisivo no desgaste profissional, sendo proporcional o tempo envolvido na relação, principalmente quando se trata de urgências. Esse panorama pode comprometer a relação médico paciente e aumenta as chances de erros. Segundo Boyacian (2005) o CREMESP registrou que 83% das denúncias ocorridas foram da área de Obstetrícia sendo que os tocoginecologistas assumiram o primeiro lugar entre as queixas que se transformaram em processos ético-profissionais.

2. OBJETIVO

Analisar os fatores de risco de desencadeamento da Síndrome de *Burnout* na Equipe de Obstetras do Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo: Avaliar as Condições Organizacionais Positivas (COP) e das Condições Organizacionais Negativas (CON); Investigar a prevalência das dimensões da Síndrome de Burnout: Exaustão Emocional (EE); Desumanização (Des); Distanciamento Emocional (DEm); Realização Profissional (RP), sob a ótica do Modelo Psiconeuroendocrinológico do Stress.

3. METODOLOGIA

Estudo analítico transversal quantitativo, no período de agosto de 2010 a fevereiro de 2011. Os participantes foram constituídos por 48 obstetras (docentes, médicos, residentes e pós graduandos) que desenvolvem atividades assistenciais, de ensino e pesquisa no Departamento de Obstetrícia (DO) da Universidade Federal de São Paulo. Foi aplicado o ISB - Inventário da Síndrome de *Burnout*, (Benevides-Pereira, 2007)[43] que avalia os fatores organizacionais: COP – Condições Organizacionais Positivas e CON – Condições Organizacionais Negativas; e as dimensões da Síndrome de Burnout: EE = Exaustão Emocional, Des = Desumanização, DEm = Distanciamento Emocional e RP = Realização Profissional. Os dados foram analisados em grupo, de forma a não permitir a identificação dos participantes. Os dados foram transpostos para uma planilha do Excel e posteriormente para o SPSS-17 e realizadas Análises Descritivas (média, desvio padrão, número mínimo e número máximo); Análise de Comparação de Médias: ANOVA, t-*Student*; Análise de Correlação de Pearson; e Análise de modelos estatísticos multivariados: Análise Fatorial.

4. RESULTADOS

Em função da limitação de espaço citaremos apenas pontos que consideramos fundamentais neste estudo. O leitor interessado em detalhes poderá consultar o trabalho original. A amostra foi composta por obstetras com idade entre 26 e 61 anos, gênero feminino e masculino, com carga horária diária de 08 a 14 horas e plantão semanal de 12 a 54 horas.

Considerando-se todos os participantes, analisamos estes dados segundo as médias propostas pela autora do ISB e encontramos um baixo nível de Condições Organizacionais Positivas, registrado num escore de 20,13 com desvio padrão 4,301 (22 a 26); um alto nível de Condições Organizacionais Negativas registrado num escore de 15,69 com desvio padrão de 5,062 (08 a 13); um alto nível de Exaustão Emocional registrado num escore de 9,52 com desvio padrão de 4,833 (04 a 09); um nível de Desumanização no limite superior da média registrado num escore de 6,85 com desvio padrão de 3,655 (04 a 07); um alto nível de Distanciamento Emocional registrado num escore de 8,75 com desvio padrão de 4,541 (02 a 06); e, um nível mediano de Realização Profissional registrado no escore de 11,60 com desvio padrão 2,313 que se aproxima do limite inferior (10 a 15) (Tabelas 1 e 2).

Este panorama é sombrio, porque considerando que temos COP abaixo da média, CON + EE + Dem acima da média, Des no limite superior da média e uma RP mediana próxima do limite inferior, os participantes deste estudo encontram-se numa zona de vulnerabilidade ao franco desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*. (Bortoletti, 2012)

Tabela 1 - Média dos escores obtidos pelo ISB1
Padrão de referência proposto por Benevides-Pereira

	COP		CON	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Docente	18,92	4,188	17,67	4,997
Médico Contratado	20,58	5,089	13,58	4,870
Pós-graduando	21,17	4,988	15,00	6,135
Residente	19,83	2,758	16,50	3,580
Média amostra	**20,13**	**4,301**	**15,69**	**5,062**
Média Autora *	22-26	-	8-13	-

Tabela 2 - Média dos escores obtidos pelo ISB2
Padrão de referência proposto por Benevides-Pereira

	EE		Des		Dem		RP	
	Md	Dp	Md	Dp	Md	Dp	Md	Dp
Docente	7,42	6,515	7,00	3,490	10,17	3,433	12,17	1,193
Medico Contratado	10,33	3,939	5,67	3,499	8,75	5,083	10,75	3,571
Pós-graduando	10,25	5,225	6,75	4,309	8,17	5,219	11,83	1,850
Residente	10,08	2,843	8,00	3,330	7,92	4,461	11,67	2,015
Média Amostra	**9,52**	**4,833**	**6,85**	**3,655**	**8,75**	**4,541**	**11,60**	**2,313**
Md Autora*	04-09	-	04-07	-	02-06	-	10-15	

Os resultados extraídos do ISB1 avaliam os fatores institucionais que podem atuar como preventivos COP ou influenciar no desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* CON. No ISB2 avaliamos a Síndrome de *Burnout* nas suas quatro dimensões: EE, DEm, Des e RP.

À partir desses achados realizamos a Análise Fatorial para identificarmos os fatores desencadeadores do quadro exposto. Realizamos uma reorganização dos itens do ISB1 em quatro grupos de fatores. Estes grupos são conjuntos de itens bem correlacionados internamente ao fator, embora os fatores sejam não correlacionados, para descobrir componentes independentes de informação, sendo que só foram exibidas as cargas fatoriais maiores que 0,5 em valor absoluto. (Tabela 3)

Tabela 3 - ISB1 – Condições Organizacionais Negativas

F1 - *Relação com autoridade*	D	MC	PG	R
Privilégios aos amigos chefe	-0,885	0,959	-	-
Submissão mais valorizada que competência	-0,694	0,761	-	0,782
Clima de intimidação	-0,726	0,696	-	0,753
Tomar cuidado para não ser a "vítima da vez'	-	0,784	-0,779	0,946
Muito tempo gasto burocracia	-	-	-0,738	-
Ambiente de trabalho tenso	-	-	-	0,697

Realizamos uma reorganização dos itens do ISB2 em quatro grupos de fatores. Estes grupos são conjuntos de itens bem correlacionados internamente ao fator, embora os fatores sejam não correlacionados, para descobrir componentes independentes de informação. Encontramos índices de Esgotamento Emocional sinalizando a "sensação de estar acabado", sintoma fundamental da Síndrome de Burnout. (Tabela 4). Registramos sintomas relativos às dimensões de Desumanização e Distanciamento Emocional exibindo comprometimento nas relações interpessoais e consequentemente na relação médico-paciente. (Tabela 5).

Tabela 4 - ISB2 – *Dimensões da Síndrome de Burnout*

F1 – *Desenergização (EE)*	D	MC	PG	R
Acordo cansado pela manhã	0,964	0,759	0,706	0,878
Faço esforço para levantar	0,943	0,926	0,792	-
Trabalho consome toda energia	0,942	0,674	0,752	0,595
Não tenho ânimo para nada	0,872	0,807	0,840	0,620
Fico sem energia no final do dia	0,627	-	-	0,875

Tabela 5 - ISB2 – *Dimensões da Síndrome de Burnout*

F1 – *Desenergização (Des - DEm)*	D	MC	PG	R
Passei a ser mais "técnico" e menos "humano"	0,658	-	-	0,844
Endureci para me manter no trabalho	-	-	0,919	-
Me tornei mais duro nesse trabalho	-	-	-	0,926
Me tornei insensível aos problemas das pessoas	-	-	-	0,580
Não tenho mais paciência	-	-	0,660	0,635
Me afastei emocionalmente das pessoas	-	-	0,702	-
Evito um contato mais próximo	-	-	0,663	-

Apesar do índice comprometedor de EE, Des e DEm, registramos alto índice de Realização Profissional, confirmando que a manutenção desta dimensão saudável não preserva as demais. (Tabela 6)

Tabela 6 - ISB2 – *Dimensões da Síndrome de Burnout*

F2 – Vínculo Profissional *(RP)*	D	MC	PG	R
Realizo um trabalho importante	0,798	0,882	0,547	-
Meu trabalho me realiza	-	0,847	0,775	-0,832
Exerço a função que desejei	-	0,847	0,764	-0,509
Este trabalho é adequado para mim	-	0,875	0,930	-
Me identifico com meu trabalho	-	0,887	0,940	-0,595

Decorridos cinco anos deste estudo registramos intercorrências nos participantes: um surto psicótico, três episódios de acidente cardiovascular, dois cânceres de mama, um tumor hepático, recidiva do tumor hepático, uma tentativa de suicídio, um residente desistiu do curso e um número crescente de pedidos de aposentadoria, circunstância atípica na história do Departamento.

5. CONCLUSÃO

Considerando as quatro categorias dos nossos participantes, tendo como referência padrão as médias propostas pela autora do teste utilizado neste estudo, encontramos um índice de COP abaixo da média e CON acima da média, realidade institucional que favorece a instalação da Síndrome de *Burnout*. Analisando as dimensões do Burnout de acordo com as médias propostas pela autora do teste utilizado, encontramos um panorama preocupante entre os obstetras estudados, registrando um índice de EE acima da média, Des no limite superior da média, DEm acima da média e RP no limite inferior da média. Diante desses achados consideramos que os participantes já apresentam comprometimento acerca das dimensões da Síndrome de Burnout. Sugerimos ao DO um programa para aumentar as COP e minimizar as CON identificadas. Os participantes deste estudo devem buscar desenvolver estratégias efetivas para lidar com os fatores distressores. Este estudo desencadeou a elaboração de um protocolo assistencial que contempla a abordagem psicoterápica psiconeuroendocrinoimunológica, técnicas de meditação terapêutica e relaxamento, orientação psicológica (vida sexual, atividade física e artística, lazer, hobby, investimento no crescimento pessoal, reorganização da rotina de vida).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abalo JAG, Roger MC. Burnout: una amenaza a los equipos de salud. Publicación electrónica del capítulo colombiano de ALAPSA. Bogotá, octubre 1999.

Benevides-Pereira AMT. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2008: 21-31.

Benevides-Pereira AMT. Inventário da Síndrome de Burnout. Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e Burnout. Paraná, 2007: 84-5.

Benevides-Pereira AMT. Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador: O processo de adoecer pelo trabalho. Editora Casa do Psicólogo, São Paulo, 2002: 69.

Bortoletti FF, Vasconcellos EG, Sebastiani RW. Síndrome de Burnout: quando o cuidador adoece. Uma abordagem Psiconeuroendocrinoimunológica. In: Angerami VA. e a Psicologia entrou no Hospital. Editora Artesã, Belo Horizonte, 2017: 279-307.

Bortoletti FF et all. Psicologia Obstétrica na prática da Medicina Fetal. Uma abordagem Psiconeuroendocrinoimunológica. In: Saito M, Cardoso RD, Scha SC, Amaral WN. Medicina Fetal.2015: 611-619.

Bortoletti FF et all. Triggering risk factors of the Burnout Syndrome in Ob/Gyn physicians from a reference public University of Brazil.Internacional Scholarly Research Network. ISRN Obstetrics and Gynecology. Volume 2012, Article ID 593876 doi: 10.5402/2012/593876.

Freudenberger HJ. Staff burn-out. Journal of Social Issues. 1974,30:159-66.

Gil-Monte PR, Peiró JM. Desgate psíquico em el trabajo: el síndrome de quemarse. Revista de Psicología del Trabajo de las Organizaciones. Madri, Editora Síntesis, 1997;21(1-2):107-23.

Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory - Human manual. Palo Alto, CA: Consulting Psichologists Press, 1986: 113.

Maslach C, Jackson S. The measurement of expierenced burnout. J Occup Behav. 1981;(2): 99:113.

Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. Desgaste profesional (burnout) personalidad y salud percibida. Em Buendía J y Ramos F, Editora Empleo, estrés y salud, Madrid: Psicologia Pirámide, 2001: 168.

Moreno-Jiménez B, Herrer MG, Hernández EG. Burnout: Sofrimento psíquico dos profissionais que atuam em Obstetrícia. In: Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti Filho J, Nakamura UM, Mattar R, Santana RM. Psicologia na prática obstétrica – Uma abordagem Interdisciplinar. São Paulo: Editora Manole; 2007: 123-30.

Schaufeli WB, Enzmann D. The burnout company to study and practice. A Critical Analysis (Issues in occupation health). London: Taylor & Francis 1998; 48(4):237-50.

Selye H. Stress, a tensão da vida. São Paulo: Ibrasa; 2ª edição, 1965: 362.

Selye H. Stress. In: Health disease. Boston, 1976. Butterworth – Publication Incorporation.

Selye H. Stress. New York, 1974, Lippimcott Company.

Vasconcellos EG. Modelo Psiconeuroendocrinológico do Stress. In: Seger L. Psicologia e Odontologia. São Paulo,2ª edição, Editora Livraria Santos, 1992: 24-50

Vasconcellos EG. O Modelo Psiconeuroendocrinológico de Stress. In: Seger L. Psicologia e Odontologia. Editora Livraria Santos, São Paulo, 4ª edição, 2002: 137-59.

Vasconcellos EG. Stress, Resiliência e Burnout. In: Aula Curso de Pós-Graduação LatoSensu Psicologia Obstétrica – Universidade Federal de São Paulo - Departamento de Obstetrícia – São Paulo, 2011.

COMPREENDENDO A MANIFESTAÇÃO DOS SINTOMAS DOLOROSOS E INCAPACITANTES DA ENDOMETRIOSE ATRAVÉS DA PSICONEUROENDOCRINOIMUNOLOGIA

Fátima Ferreira Bortoletti
Universidade Federal de São Paulo

Eduardo Schor
Universidade Federal de São Paulo

Esdras Guerreiro Vasconcellos
Universidade de São Paulo

RESUMO

A Endometriose é uma doença inflamatória, apresenta sintomas dolorosos intensos e incapacitantes. De etiologia desconhecida, especialistas apontam para o *stress* como um fator desencadeante, sinalizando interrelação de fatores ambientais, endócrinos, imunológicos, neurológicos e psíquicos na instalação da Endometriose. OBJETIVO: Compreender o trânsito Psiconeuroendocrinoimunológico de mulheres diagnosticadas com Endometriose e traçar um diagnóstico psíquico norteador da intervenção psicológica efetiva na remissão dos sintomas e melhora da Qualidade de Vida. MÉTODO: Participaram doze mulheres com sintomas dolorosos e incapacitantes, oriundas do Ambulatório de Endometriose da UNIFESP (2016-2018). Utilizamos o Modelo Psiconeuroendocrinológico do Stress para compreender o trânsito psíquico, identificar focos relacionados aos sintomas dolorosos, interação mente-corpo, percepção das descargas hormonais. Utilizamos técnicas de Meditação Terapêutica, Respiração, Visualização, Relaxamento. RESULTADOS: Os sintomas dolorosos estavam associados a situações de *distress* com violência. Em 80% das participantes a violência envolvia pessoas com vínculo parental/conjugal. Em 20% identificamos violência moral no ambiente profissional e sintomas da Síndrome de *Burnout*. As idéias suicidas estavam presentes em todas as participantes. As participantes elegeram *eucoping* ineficientes que se transformaram em *discoping* desencadeando o adoecimento. Após a intervenção Psiconeuroendocrinoimunológica dez participantes tiveram alta com remissão total dos sintomas dolorosos da Endometriose, resgataram a atividade sexual /profissional e melhoraram a qualidade de vida. As duas participantes que apresentaram Síndrome de Burnout, encontram-se em tratamento psicoterápico e psiquiátrico. CONCLUSÃO: O *distress* vivenciado pelas participantes sinalizou uma relação com os sintomas dolorosos e incapacitantes. A Psiconeuroendocrinoimunologia mostrou-se eficiente na elaboração do Protocolo Psicológico para mulheres com endometriose.

Palavras Chave: Psiconeuroendocrinoimunologia, Endometriose, *Distress*, Protocolo Psicológico.

1. INTRODUÇÃO

A Endometriose é uma doença da mulher moderna, com manifestações que alteram a rotina de vida chegando a desencadear períodos de dor intensa e muitas vezes incapacitante. As evidências registram um aumento na incidência da doença nas últimas décadas, caracterizando portanto, um problema de Saúde Pública. O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico, registrando-se recidivas do quadro. Embora a etiologia seja desconhecida as evidências apontam para o *stress* como um fator importante no desencadeamento da doença. Vários especialistas consideram a interrelação de fatores ambientais, endócrinos, imunológicos, neurológicos e psíquicos na instalação da endometriose.

Há mais de três décadas trabalhando na assistência, ensino e pesquisa em Saúde da Mulher, vivenciamos diversas áreas onde o *stress* se manifesta como personagem importante de circunstâncias desencadeadoras de patologias, sejam elas físicas ou psíquicas. Nosso contato assistencial com mulheres diagnosticadas com Endometriose despertou nosso interesse para compreender a interrelação dos fatores envolvidos no desencadeamento da doença. Desde o início percebemos a riqueza da contribuição que o Modelo Psiconeuroendocrinológico do *Stress* trouxe para a compreensão da manifestação dos sintomas da Endometriose, revelando em sua história circunstâncias *distressoras* que remetem ao início dos sintomas, contribuindo na elaboração do protocolo assistencial. Compreender essas mulheres, nos permitiu identificar situações de *distress* frequentemente associadas à violência, seja esta moral/sexual/doméstica, que se comportavam como gatilhos para as manifestações dos sintomas dolorosos da doença. Identificamos no trabalho clínico a interrelação dos fatores emocionais com os neurológicos, os endocrinológicos com os imunológicos, sendo esta o objeto de estudo da Psiconeuroendocrinoimunologia, atuando de forma integrada onde a manifestação de cada um desencadeava imediatamente uma resposta do outro. À medida que as mulheres tomavam contato com as situações de *distress* registradas em seu histórico de vida, desencadeavam a manifestação dos sintomas dolorosos permitindo a percepção e elaboração dos sentimentos. Testemunhar a remissão dos sintomas, a melhora na qualidade de vida, a volta gratificante à atividade sexual, fortaleceu ainda mais nosso interesse em aprofundar os conhecimentos nesse processo de adoecimento e encontrar caminhos assistenciais efetivos no tratamento dessas mulheres.

A literatura registra uma incidência alta de mulheres acometidas pela Endometriose. No Brasil são quase 6 milhões, e ainda carece de um número suficiente de centros especializados para assistir efetivamente essa clientela. Diante dessa realidade podemos considerar que a Endometriose é um problema de Saúde Pública que demanda uma atenção científica cuidadosa.

SOBRE A ENDOMETRIOSE

A Endometriose é uma doença crônica de caráter inflamatório que se caracteriza pela presença de tecido endometrial fora do útero, podendo se estender ao peritônio, ovários, tubas, septo retovaginal e até mesmo a regiões além do aparelho reprodutor. A doença acomete principalmente mulheres entre 30 e 50 anos que não tenham engravidado. Aproximadamente 15% das mulheres em idade reprodutiva são afetadas pela doença. Os sintomas da endometriose se manifestam em dor pélvica crônica, dismenorréia, dispareunia, infertilidade, endometriomas e perturbações gastrointestinais. As manifestações sintomáticas são intensas, frequentemente alterando a rotina de vida das pacientes. (Schor et al, 2005; Abrão, 2007)

A Organização das Nações Unidas em 2014 registrou cerca de 176 milhões de mulheres com Endometriose no mundo, sendo que destas aproximadamente 6 milhões estão no Brasil, país que mais diagnostica e contribui para a atualização do diagnóstico e tratamento da Endometriose no mundo. O diagnóstico é realizado através de videolaparoscopia, ultrassonografia e ressonância magnética. A inespecificidade do quadro clínico e a dificuldade de acesso aos métodos diagnósticos especializados atrasam a confirmação do diagnóstico, sendo que 44% das mulheres esperam até cinco ou mais anos pelo resultado.

A incidência da doença aumentou nas últimas décadas e, apesar da ausência de evidências epidemiológicas acredita-se que os hábitos da mulher moderna como postergação da maternidade para além dos 30 anos, alguns poluentes ambientais e maior capacidade diagnóstica colaborem nesse sentido. (Schor et al, 2005) Na ausência de endometriomas ou doenças profundas o tratamento é inicialmente clínico, utilizando-se anticoncepcionais com o objetivo de aliviar a dor pélvica. A intervenção cirúrgica é indicada quando há implantes visíveis da doença e demanda cauterização ou remoção dos focos de endometriose. (Schor et al, 2005; Schor 2014)

O tratamento psicológico deve ser paralelo pois a interdependência dos fatores emocionais, neurológicos, endócrinos e suas conexões mútuas explicada pelo Modelo Psiconeuroendocrinológico do *Stress* sinaliza a intercomunicação dos sistemas nervoso, psíquico e endócrino ocorre cada vez que um deles é acionado. Dessa forma, não existe função biológica sem influência emocional e nem fenômeno psicológico independente dos sistemas nervoso e endócrino. (Vasconcellos, 2007; Bortoletti, Vasconcellos & Sebastiani, 2017)

SOBRE O MODELO PSICONEUROENDOCRINOLÓGICO DO *STRESS*

Vasconcellos (2007), considera como característica principal do *stress* saudável e necessário, o *eustress*, o fato de após a fase de excitação o organismo conseguir voltar aos níveis basais. Quando o organismo não consegue voltar ao seu estado normal ele adapta-se aos níveis elevados, estabelece-se a Síndrome de Adaptação Local (SAL), desaparecem os sintomas físicos, que são substituídos pelos sintomas psicossociais. Nesta circunstância temos a instalação do *distress*, sendo as consequências deste na fase final, lesivas ao organismo. Surge, então, a fase de exaustão. (Fig. 1)

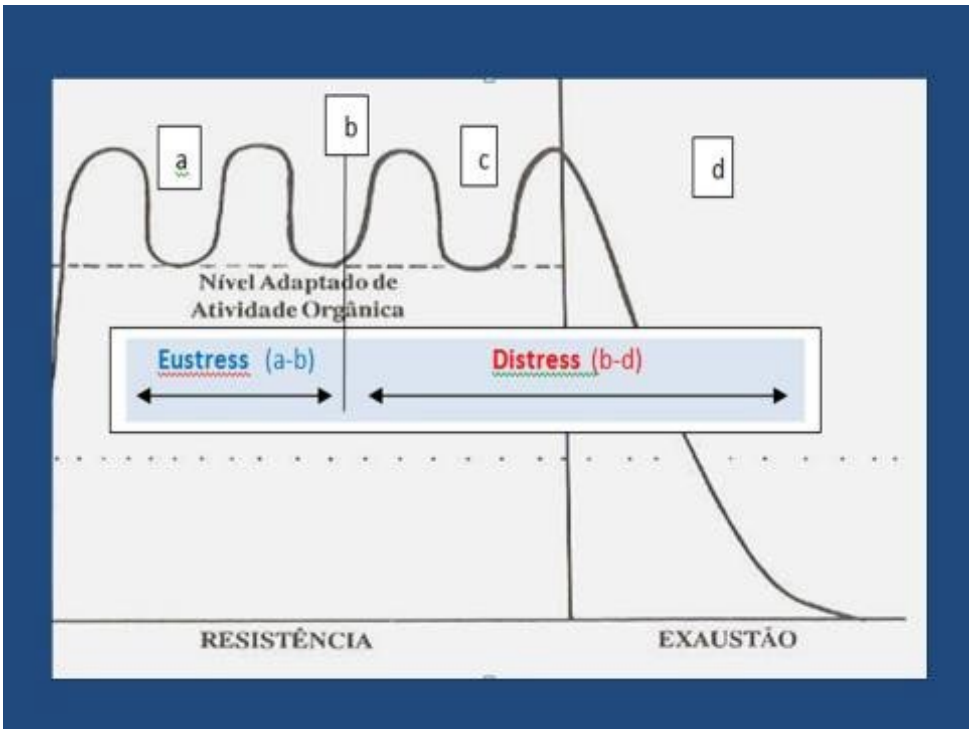


Figura 1 — Fases de *Stress*. Fonte: Vasconcellos (2017)

a) Na fase adaptada pode haver prazer mesmo que estejamos respondendo às demandas com níveis orgânicos e psicológicos mais elevados (fase a-b);
b) Extendendo a fase de *distress* para além da fase de resistência, (fase b-c-d) visto que o sofrimento vivenciado na fase de exaustão também é *distressante*;
c) Que enquanto a dinâmica *eustressante* da fase de resistência mantiver o movimento de avanço e retorno (setas) o perigo de evolução para a exaustão será menor. Nessa fase os mecanismos de *coping* e de auto-controle produzirão fases refratárias de repouso;
d) Em algum momento da fase de resistência *eustressante* ocorre uma ruptura que gere, então, o início do efeito deletério da adaptação às circunstâncias *stressantes*.

Cada fase do *stress* apresenta sintomas específicos: *Fase de Alarme – (SAG)* taquicardia, sudorese, cefaléia, palidez, hipertensão, fadiga, insônia, dificuldade respiratória, inapetência, apertar dos maxilares, pressão no peito e estômago tenso. *Fase de Resistência – (SAL)* a mobilização específica de um órgão, desaparecimento dos sintomas físicos e estabelecimento dos sintomas de caráter psicossocial. *Fase de Exaustão* - colapso energético do órgão vulnerável, aparecimento de uma patologia orgânica ou óbito súbito. (Fig 2)

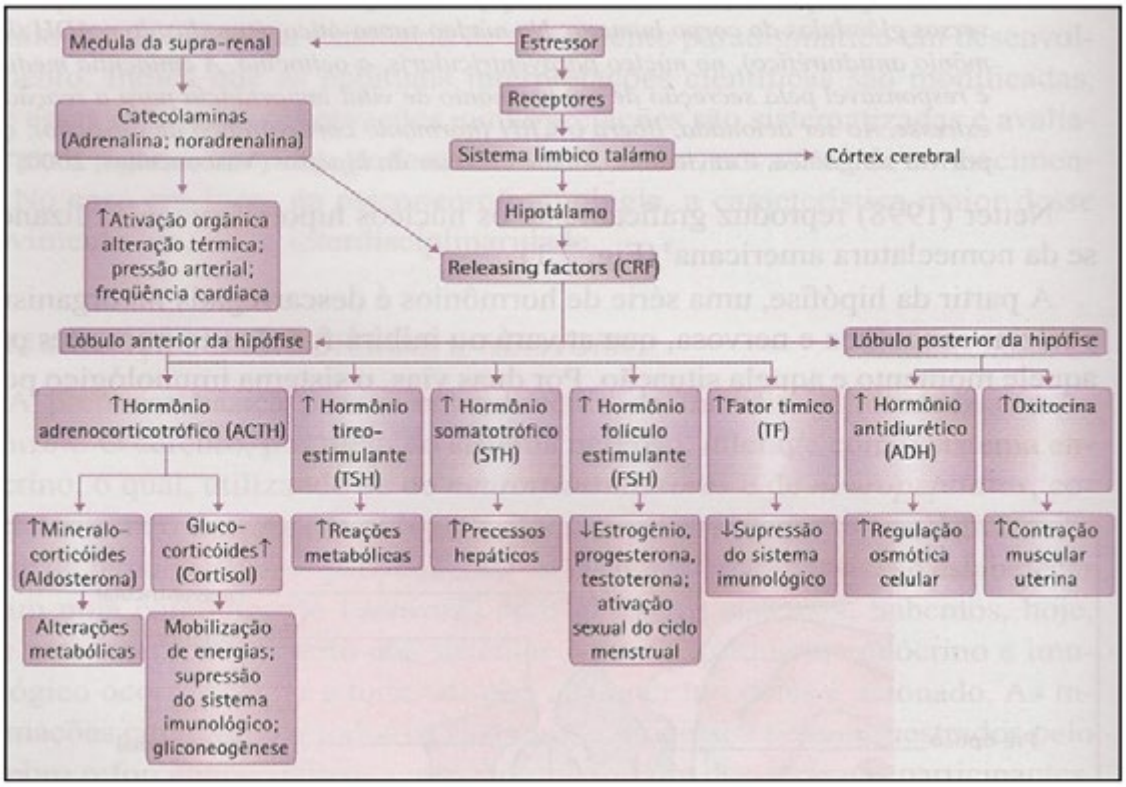


Figura 2 – Resposta neuroendocrinológica do stress. Fonte: Vasconcellos (2002)

Naturalmente todo processo de *distress* desencadeia um mecanismo de *coping*, que é o processo de recrutamento de registro de várias áreas do aparelho cognitivo (identificação, memória, associação) no sentido de criar uma resposta adequada e eficiente aos agentes *stressores*. Se o *coping* for eficiente, denominado de *eucoping*, impedirá o estado de *distress*. O contrário ocorrerá quando tivermos o *discoping* o qual constituirá o estado de *distress*. (Vasconcellos, 2017) (Fig. 3)

Figura 3. Stress – Coping – Burnout – Resiliência (Vasconcellos 2012)

Os agentes *stressores* só se tornam lesivos quando são frequentes levando o organismo a uma exposição crônica e ao adoecimento. As mulheres com diagnóstico de Endometriose estão frequentemente expostas aos sintomas da doença, tanto aqueles que se manifestam fisicamente quanto aos psíquicos. Porém, nosso interesse neste trabalho é investigar possíveis desencadeadores da doença, ou seja, a quais situações *distressoras* essas mulheres foram expostas e adoeceram.

Segundo Abrão & Abrão (2007) as altas taxas de recidiva (40% após 5 anos), podem estar relacionados a omissão da abordagem dos fatores psicológicos, sinalizando a importância de uma abordagem interdisciplinar contemplando a atividade física, práticas de redução do *stress* e a psicoterapia para elaboração de conflitos.

2. OBJETIVO

Compreender o trânsito Psiconeuroendocrinoimunológico de mulheres diagnosticadas com Endometriose e traçar um diagnóstico psíquico norteador da intervenção psicoterápica efetiva na remissão dos sintomas dolorosos e melhora da Qualidade de Vida

3. METODOLOGIA

As participantes deste trabalho foram encaminhadas pelos profissionais do Ambulatório de Algia Pélvica e Endometriose da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Foram atendidas, no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2018, doze mulheres com diagnóstico de Endometriose que apresentavam sintomas dolorosos e incapacitantes. Os critérios para inclusão neste trabalho eram mulheres que apresentassem sintomatologia clássica (dor pélvica crônica, quadros depressivos frequentes, disfunções sexuais, dificuldades para urinar e defecar, dificuldade para manter assiduidade em suas atividades diárias, incompreensão social diante de seus sintomas, infertilidade) e que tivessem sido submetidas ao procedimento cirúrgico para remoção de focos de endometriose. Mulheres com diagnóstico de Endometriose assintomáticas foram excluídas deste trabalho. As participantes foram atendidas semanalmente/quinzenalmente em sessões com duração de 60 a 90 minutos, sendo dois psicólogos presentes na sala um abordando a paciente e outro redigindo os atendimentos com permissão das pacientes. O número de sessões variou entre 16 e 54. Esta variação se deu em função das necessidades individuais para expressão e elaboração dos conflitos associados ao quadro. Foi realizada uma investigação da história de vida das participantes utilizando uma entrevista semidirigida com abordagem Psiconeuroendocrinoimunológica, para identificar focos psíquicos relacionados aos sintomas dolorosos, estimular a livre expressão e esvaziamento dos sentimentos, promover a conscientização das respostas corporais e a interação mente-corpo, percepção das descargas hormonais e estimular o desenvolvimento de *eucoping* efetivo. Foram utilizadas técnicas complementares de Meditação Terapêutica e Respiração (Cardoso, 2011) Visualização e, Relaxamento (Shultz, 1967).

4. RESULTADOS

Os sintomas dolorosos estavam associados a situações de *distress* com história de violência frequente, seja esta sexual – doméstica – moral. Em 80% das participantes a história de violência envolvia pessoas com vínculo parental/conjugal. Em 20% identificamos violência moral no ambiente profissional e sintomas da Síndrome de Burnout confirmando comprometimento das dimensões desta. As idéias suicidas estavam presentes em todas as participantes, embora nem todas tenham chegado a fazer tentativas concretas. As participantes deste trabalho elegeram como *eucoping* para enfrentar suas histórias a negação/repressão dos sentimentos relacionados a violência. Esses mecanismos se mostraram ineficientes transformando-se em *discoping* e consequentemente desencadeando o adoecimento. Após dois anos com encontros semanais/quinzenais dez participantes tiveram alta com remissão total dos sintomas dolorosos da Endometriose,

resgataram a atividade sexual satisfatória, buscaram atividade profissional e relataram melhora na qualidade de vida. As duas participantes que apresentaram níveis positivos para Síndrome de *Burnout*, encontram-se em tratamento psicoterápico e psiquiátrico.

5. CONCLUSÃO

As situações de distress frequentes vivenciadas pelas mulheres deste trabalho mostraram uma relação com os sintomas dolorosos. O acesso aos conteúdos latentes relacionados a essas situações através da Psiconeuroendocrinoimunologia permitiu o contato consciente com os sentimentos reprimidos, favorecendo o enfrentamento destes e a eleição de um *eucoping* efetivo para remissão dos sintomas dolorosos e incapacitantes e melhora da qualidade de vida. Os recursos complementares foram fundamentais no processo de resgate da saúde física e psíquica dessas mulheres. A abordagem Psiconeuroendocrinoimunológica do *stress* mostrou-se eficiente na elaboração do Protocolo Assistencial efetivo para mulheres com endometriose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12º Congresso Mundial de Endometriose – Sociedade Brasileira de Endometriose. Revista da Associação Brasileira de Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva. 2014 abr-mai-jun; 16 (2): 38-6

Abrão MS, Abrão CM. Endometriose In: Ginecologia Psicossomática. São Paulo, Ateneu, 2007

Bortoletti FF, Vasconcellos EG, Sebastiani RW. Síndrome de Burnout: quando o cuidadordoece. Uma abordagem Psiconeuroendocrinoimunológica. In: Angerami VA. e a Psicologia entrou no Hospital. Editora Artesã, Belo Horizonte, 2017: 279-307.

Bortoletti FF, Vasconcellos EG, Silva MSC, Tirado MCBA, Silva RO. Psicologia Obstétrica na Prática da Medicina Fetal. Uma abordagem Psiconeuroendocrinoimunológica.In: Cardoso RD et all. Medicina Fetal. Atualidades e Perspectivas. Editora Versalhes Comunicação, Goiânia, 2015;611-619

Cardoso, R. Medicina e Meditação: Um médico ensina a meditar. MG Editores, 2011

Facchin F, Bárbara G, Saita E, Mosconi P, Roberto A, Fedele L, Vercellini P. in women Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2015;36:135-141.

Schor E, Freitas V, Girão MJBC, Lima GR. Endometriose. In: Guia de Ginecologia. Barueri, SP. Manole, 2005.

Schor E. Quando o ginecologista geral deve suspeitar de endometriose. XVIII Congresso Paulista de Ginecologia e Obstetrícia – SOGESP. São Paulo, set. 2014.

Schultz JH. O treinamento Autógeno. Editora Mestre Jou, SP,1967

Vasconcellos EG. Stress, Coping, Burnout, Resiliência: Raízes do mesmo tronco. In: Silva Jr N, Zangari W. (organizadores) Psicologia Social e a questão do hífen . Editora Bluher, 2017; 20, 285-294.

Vasconcellos EG. Psiconeuroendocrinoimunologia. In: Tedesco JA, Faisal A. Ginecologia Psicossomática. Editora Ateneu, São Paulo, 2007; 39-50

Vasconcellos EG. O Modelo Psiconeuroendocrinológico de Stress. In: Seger L. Psicologia e Odontologia. Editora Livraria Santos, São Paulo, 4ª edição, 2002;135-160

INTRODUZINDO POESIA NA TERAPIA

Maria Arlene de Almeida Moreira
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Fundação Getúlio Vargas, São Paulo
(arlenemoreir@gmail.com)

Ceneide Maria de Oliveira Cerveny
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Universidade de Taubaté (UNITAU)
(ceneidecerveny@gmail.com)

RESUMO

A experiência adquirida ao longo dos anos no atendimento de casos difíceis, articula o método de Equipe Reflexiva de Tom Andersen e o uso de poemas em terapia. Adaptado à prática clínica individual passou ao emprego de poemas sem a presença da Equipe Reflexiva no set terapêutico. MÉTODO. Parte do princípio do benefício da Biblioterapia e das Artes Plásticas em Terapia. A poesia, que inicialmente era apresentada pela equipe reflexiva, quando chamada a opinar, passa a ser realizada pelo terapeuta e entregue na sessão seguinte. É a poesia que auxilia o cliente na reflexão tardia do expresso em sessão, pela possibilidade de (re) leitura em momentos diferentes. Na feitura da mesma se utilizam palavras, o percebido na linguagem verbal e gestual; ou as metáforas utilizadas e os sentimentos despertos no terapeuta com a narrativa. Ao início de cada sessão, o relato ilustrado em poesia é entregue ao cliente, que a lê em voz alta. O processo se repete em cada nova sessão. O terapeuta observa e anota os sentimentos, a postura gestual e verbal e os comentários que lhe faz o cliente sobre a poesia lida. RESULTADO. O recurso poético é um instrumental útil e funciona como um *start* capaz de realizar pequenas catarses, importantes na evolução do caso clinico. CONCLUSÃO. A construção de poemas pelo terapeuta auxilia na reorganização do problema levado à terapia e é como um canal de abertura para reflexões e mudanças de comportamento pelo cliente.

Palavras-chave: 1. Poesia e Terapia; 2. Terapia com Poesia; 3. Poesia e Catarse; 4. Terapia: Mudança com a poesia.

INTRODUÇÃO

A experiência das autoras no emprego de poesia no espaço terapêutico tem múltiplas raízes. Enquanto prática acadêmica iniciou no Curso de Formação de Terapia de Casal e de Família da primeira autora e emergiu como poesia escrita, quando esta era chamada a contribuir enquanto membro de equipe atrás do espelho. Resultava de um processo de elaboração da oitiva do problema da família pela terapeuta poeta, a qual em verso colocava como ressoava em si. O poema que era dado à família empregava palavras, ou metáforas feitas na narrativa, integrava-se com as falas dos demais membros da equipe. A família se mostrava comovida com o que ouvia e falava na vontade de emoldurar o poema escrito e deixá-lo visível para releitura, para que todos os membros da família pudessem relê-los. Devemos acrescentar que a prática de fazer poemas pela primeira autora sempre foi uma maneira de trabalhar fatos e sentimentos do cotidiano pessoal e o enfoque de levá-los à terapia representou, apenas de uma ampliação desse *modus operandi.* A partir da prática junto às famílias, como membro da Equipe Reflexiva, o passo seguinte foi anexar a poesia ao uso do Genograma. Nesse momento, a poesia contava a história das famílias, e se desenvolveu nas disciplinas de pós-graduação *Mitos Familiares I e II*, ministradas pela segunda autora, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, nos anos de 2016 e 2017. Do mesmo modo, ao receberem o poema, os mestrandos e doutorandos inscritos nas disciplinas manifestavam a surpresa e a emoção, ao verem as histórias individuais e de suas famílias ganharem uma dimensão poética. Concomitantemente, a poesia também passou a fazer parte em supervisão de terapeuta familiares nos casos difíceis levados por eles para discussão em conjunto. De certo modo, era como se houvesse certo contra- transferência que impedisse os casos levados de avançar. Esses encontros eram quinzenais com a segunda autora. Hoje, são mensais. Atualmente, o uso de poemas é um recurso usado na prática clínica corrente da primeira autora.

Este caminho escolhido recebeu um reforço na crença do valor no uso de poesia em terapia, em 2011, com o conhecimento, pela primeira autora do Projeto de Michael Lee, *Poems in the Waiting Room* (PitWR), realizado no Reino Unido (1996, 2006) efetivado no sistema de saúde britânico.

No referido projeto, Michael Lee se utilizava de poemas para serem lidos na sala de espera, no sentido de aproveitar o tempo em que os pacientes esperavam para serem atendidos pelos especialistas. Ele fez um levantamento e verificou que o tempo de espera pela consulta era de, pelo menos, vinte minutos para serem atendidas, quando iam à consulta. Este tempo era passado lendo periódicos, revistas, magazines, nos quais a pauta das notícias era histórias de violência, insegurança, exploração do espalhafatoso e de fatos que só contribuíam para aumentar, ou fomentar a falta de esperança e dar acolhida ao desânimo. O que ele pretendeu foi aproveitar este tempo de espera gasto, tornando-o menos estressante. Basicamente, o projeto consistia de uma folha A4, dobrada em três partes, com 06 a 08 poemas em seu interior. Estes folhetos eram deixados na sala de espera dos consultórios, e os pacientes eram incentivados a lê-los e levá-los consigo. O Projeto de Michael Lee recebeu financiamento externo de particulares e da *The Garfield Weston Foundation*. Esta entidade angariou fundos para o *Friends of PitWR, Friends of patients in the Waiting Room,* que resultaram na impressão de 30.000 (trinta mil) folhetos por trimestre, com poemas de autores antigos ou contemporâneos os quais eram deixados gratuitamente nas salas de espera dos serviços de atendimento à saúde, para que os pacientes tivessem acesso. Após a prática do PitWR, os especialistas que atendiam os pacientes, começaram a perceber mudanças de comportamento, quando os mesmos adentravam em seus consultórios. Os clientes verbalizavam o quão agradável era ter essa leitura e poder levá-la para casa. Houve mudança, inclusive, no estado de ânimo com que se apresentavam. Se antes mostravam-se fragilizados e oscilavam entre a depressão e a esperança de cura, dependendo da personalidade ou da doença acometida, os profissionais perceberam que a leitura dos poemas despertava neles emoções positivas, que poderiam estar influenciando no processo de cura. Da análise dessa experiência, a apreciação colhida entre os pacientes, médicos, enfermeiros e funcionários do serviço público de saúde britânico (National Health Service) revelou, que a iniciativa foi apreciada e que os poemas pareciam ter esta qualidade. Com os resultados obtidos, o projeto se expandiu, inclusive para os hospitais[4] e foi adotado no sistema de saúde de outros países, com resultados semelhantes.

A crença no poder terapêutico dos poemas não é nova. Pode-se dizer que ela remonta a Aristóteles (384-322, a. C), o qual acreditava na dramaturgia dotado de potencial na liberação de emoções pela catarse. Do mesmo modo como atuam a Leitura de livros, a Literatura e as Artes Plásticas utilizadas como coadjuvantes benéficos no tratamento. Nise da Silveira (1992, 1981), psiquiatra brasileira e fundadora do Museu do Inconsciente no Rio de Janeiro, em 1954 trocou cartas[5] com Jung sobre o poder curativo das Artes Plásticas. Ambos eram consonantes quanto ao trabalho inconsciente positivo das Artes Plásticas e, inclusive, esta psiquiatra inovou ao utilizá-las no tratamento de esquizofrênicos institucionalizados, na época em que o arsenal terapêutico eram o eletrochoque e as drogas calmantes. Schrodes (1949), em sua dissertação de mestrado discursou sobre o valor da biblioterapia. Outros autores são concordes quanto ao valor da Biblioterapia, entre eles, Sharma; Sood; Prasad; Loehrer; Schroeder & Bauer que a descreveram como um fator importante no combate ao estresse e ansiedade. Do mesmo modo também Caldin (2001), que mostrou os resultados do valor da leitura em suas pesquisas; ou Foster; Mc Allister and O'Brien (2005) ao descreverem as experiências de transformação e reconstrução do self através da leitura.

Também vale fazer referências a outros personagens, no sentido de validar o entendimento sobre o emprego de poesias, Literatura e Artes Plásticas. O primeiro personagem é Henri Bergson (filósofo francês); o segundo, Adélia Prado (escritora brasileira). Bergson (1990) recebeu o Prêmio Nobel em Literatura e em seu livro *Matter and Memory* fez uma correlação entre corpo e espírito. Nele, o autor citado expôs um modo diferente de sentir o tempo passado, reorganizando-o ao relembrá-lo no tempo presente e explicou que, ao relembrarmos os fatos vividos, é como se eles fossem reeditados e se auto- explicassem. Quanto à a Adélia Prado (2006), parece-nos que complementa Bergson (1990), ao ver a experiência pessoal como uma inspiração, em que o pensamento encontra a emoção que liberta a dor e, nos faz capazes de perceber um outro significado para o evento vivido em um tempo diferenciado da realidade. De certo modo, um tempo saudável, de catarse. O terceiro personagem é Winnicott (1975). Para este, a comunicação pode se dar com a palavra, mas também com o silêncio. A experiência poética não deixa de ser uma comunicação. E enquanto comunicação há símbolos que podem estar expressos e carregar um significado, sem palavras, por estarem imersos na cultura. Cada cultura tem seus próprios símbolos. Este é também o dilema do poeta. Para este autor, a atividade do poetar semelha ao brincar da criança e, nesse sentido, a comunicação pressupõe um triângulo: o eu, o outro e a cultura que lhe dá o significado. O poema, enquanto comunicação ocuparia o espaço potencial, entre o objetivo e o subjetivo, entre o concebido e o percebido, o qual não é o da compreensão consciente e reflexiva. O cuidado no fazer a comunicação é o respeito a cada cultura.

[4] /Pitwr-for-hospitals.html
[5] Itaucultural.org.br

MÉTODO

O método é um relato de experiência. A poesia nasce da combinação da oitiva da narrativa, que agrega palavras ditas em cortes, metáforas feitas, nutos e significados que afloram à reflexão durante a sessão. Do mesmo modo, são anotadas a comunicação não verbal, a tonalidade da voz e as emoções contidas no relato e que dão o colorido ao expresso. Estas anotações da terapeuta feitas durante a sessão acompanham a queixa da dor, da alegria, do sentimento que aflorou com o relato e que ficam registradas nos dados da sessão realizada. Enquanto ingredientes de uma receita, somam-se a eles, também os sentimentos despertos no terapeuta com o relato: o que viu, o que sentiu, o que emergiu. Esta é a matéria usada na realização da poesia, a qual é dada ao cliente para leitura no início da sessão subsequente como um retrato da dor que deixou no divã da sessão. É- lhe solicitado que a leitura seja feita em voz alta e, também ela é submetida à observação. Em seguida, pedimos que comente o que leu, como se sentiu e o que significou. As sessões subsequentes recebem o mesmo tratamento, de modo que a cada sessão uma nova poesia é produzida e entregue na subsequente. Costumamos perguntar ao cliente o que a poesia provoca. Em todos os casos, a resposta é semelhante: *parece que você me conhece, melhor do que eu mesmo*; *você me faz ver as coisas de um jeito diferente*; *nunca tinha pensado dessa maneira*; *parece um nó desatado*. Eles também cultivam o hábito de reler as poesias em tempos diferenciados e isso lhes dá clareza às ideias. Dizem que logo terão um livro de poesias feitas exclusivamente para eles.

(Re) nas (ser)

Arlene Moreira

A paz que eu quero
Eu te dou.
A dor que tenho
Guardo para lembrar,
Que se eu endurecer
Não sinto nada
E a vida passa
Sem julgamentos.
Conhecer o ser
Renascer o ser
Serei eu o conhecido ser
Renascido?
Reconhecerei nele a dor
Que endureceu
O conhecido?
A vida passa
Sem julgamentos.

RESULTADOS

A experiência dos poemas que são distribuídos na terapia mostra resultados semelhantes ao descrito no projeto de Michael Lee. A escrita da poesia tem um caráter personalíssimo, pois depende do diamante inscrito no interior de cada um dos clientes que chegam aos nossos consultórios. A poesia é apenas um assistente na terapia. Escrever poemas para eles é um desafio, pois depende do encontro da palavra certa, que alia e combina com o sentimento que aflora e é percebido. A palavra tem dimensões e significados culturais. Quando alcançamos esse significado, o silêncio e a emoção são a tônica na leitura do poema. Podemos dizer que algo acontece e este algo é como um despertar para um novo caminho.

Poesia, Leitura de livros, Literatura, Artes Plásticas têm sido tratadas por muitos autores como instrumentos que possibilitam catarse. É possível perceber a diferença na mudança de ânimo com que os clientes se apresentam, mas a satisfação do terapeuta é ouvir o relato feito pelo cliente de que se sente diferente, e que um peso lhe foi retirado das costas.

Por estas razões acreditamos no poder terapêutico da poesia em terapia. A imaginação poética é como um laboratório que organiza as emoções reveladas, presentes nas narrativas e apreendidas pela alma do poeta, que as veste em cores e novos sabores. O resultado da experiência poética tem dupla face e duplo benefício: a quem é dada a poesia e a quem a faz. Agradecemos a todos aqueles que abrem seus corações em nossos consultórios e mostram a riqueza que têm dentro de si.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bergson, Henri (1990). *Matéria e Memória. Ensaio sobre a relação do corpo com o espírito*. São Paulo: Martins Fontes.

Caldin, Clarice Fortkamp (2001). *The reading as a therapeutical function: Bibliotherapy*. Enc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf., ISSN1518-2924, Florianópolis, Brasil, n12, p.32-44, 2001.

Foster, Kim; McAllister, Margaret & O' Brien, Louise (2005). *Coming to Auto-ethnography: A mental health nurse's experience*. International Journal of Qualitative Methods, 4 (4), 2005, 1-15.

Lee, Michael (2006). *Poems in the waiting room: Aspects of poetry therapy*. Journal of Poetry Therapy: The interdisciplinary Journal of practice, theory, research and education. Vol. 19, Issue 2, 2006.

Prado, Adélia (2006) *Vida Doida*. Porto Alegre: Editora Alegoria.

Sharma, Varun; Sood Amit; Prasad, Kavita; Loehrer Laura; Schroeder, Darrel & Bauer, Brent (2014). *Bibliotherapy to decrease the Stress and*

Anxiety and increase Resilience and Mindfulness: a Pilot Trial. In: The Journal of Science and Healing (Impact Factor: 1) 07/2014.

Schrodes, Caroline (1949). *Bibliotherapy: a Theoretical and Clinical- Experimental Study (344 p.)*, Berkeley University, California.

Silveira, Nise (1981). *As imagens do Inconsciente*, Rio de Janeiro: Alhambra.

_____ (1992). O Mundo das Imagens, São Paulo: Ática.

Winnicott, D. W(1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.

NOSTALGIA: O TRIÂNGULO DO PASSADO, PRESENTE E FUTURO

Maria Arlene de Almeida Moreira
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Fundação Getúlio Vargas, São Paulo
(arlenemoreir@gmail.com)

Ceneide Maria de Oliveira Cerveny
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Universidade de Taubaté (UNITAU)
(ceneidecerveny@gmail.com)

RESUMO

Os autores se reportam ao envelhecimento e à presença de um padrão triangular no relacionamento, seja na família ou fora dela. Esse padrão acusa a presença de um aumento da ansiedade. **Método.** Tomando como base o ciclo de vida individual, o presente estudo é uma reflexão sobre o papel da Nostalgia no envelhecimento saudável. Numa abordagem qualitativa analisam a nostalgia presente nos relatos de velhos em relação ao tempo vivido. **Resultados**. Os resultados mostram que o rememorar (nostalgia) dá vida, molda ações e atualiza o hoje (envelhecimento) que eles vivem. **Conclusão**. O triângulo "passado, presente e futuro", presente no recordar é como um reforço à identidade, pois ao reviver o passado nas narrativas, os participantes podem reconfigurar e reconstruir o significado do vivido e isso tem influência na autoestima.

palavras- chave: 1. Passado, presente e futuro; 2. Nostalgia e Envelhecimento; 3. Nostalgia e autoestima; 4. Ressignificando o Envelhecimento com Nostalgia.

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais vive-se a longevidade mundialmente e é possível encontrar de três a quatro gerações convivendo na mesma família. Fatos, pessoas e acontecimentos históricos se conectam no rememorar. Esse fato é tido como *nostalgia*. Pode ocorrer nas recordações familiares uma ambivalência nostálgica: um evento ruim, ocorrido no passado, ser transformado em oportunidades para boas mudanças, quando recordados. É sobre o papel da nostalgia que nos debruçaremos com um olhar multidisciplinar, inquiridor e diferenciado.

A definição de nostalgia dá margem a conceitos amalgamados em significados adquiridos ao longo dos séculos e o estudo da Nostalgia envolve um histórico. Ela foi considerada doença por Hofer (1688) ao observa e examinar soldados mercenários que lutavam longe de sua pátria e que apresentavam sintomas objetivos de intensa apatia e tristeza. Dispensados por serem incapazes de exercerem a atividade para a qual foram recrutados, regressavam à pátria e, em pouco tempo, tinham os sintomas regredidos qualquer tratamento.

A nostalgia mereceu de Wildschut; Sedikides; Arndt; Routledge (2006) estudos metodológicos, nos quais estes autores relataram que, somente nas últimas décadas do século XX, a Nostalgia recebeu um status conceitual próprio. O conceito com a dimensão de uma aflição neurológica, entretanto, persistiu entre os séculos XVII e XVIII. Modificou-se no século XIX, e foi tomando a configuração de uma forma de melancolia, ou depressão e, como tal, chegou ao século XX.

Estudada por Frost (1938), este viu que os sintomas eram motivados por saudade da sua terra *(Homesickness, Psicose dos Imigrantes)*. Fodor (1950) a considerou uma desordem mental compulsiva e repressiva; e Castelnuovo- Tedesco (1998) a via como uma manifestação muito próxima ao trabalho do luto, do luto incompleto e depressão. Com o ranço de cinco séculos o significado do nome encontrado no dicionário *online, hoje* ainda é:

> *Nostalgia*[6]:
>
> *Melancolia*; *saudade do passado*; *tristeza causada pela saudade de sua terra ou de sua pátria*; *abatimento*, *tristeza.*

O estudo da Nostalgia também ganhou uma vertente de marketing, a qual explorou o sentido de *retorno ao paraíso perdido*. Holbrook (1993) em pesquisa envolvendo o Consumo a viu como uma volta ao passado perdido sem possibilidade de volta, mas capaz de conectar a mente e o coração.

Wildschut; Sedikides; Arndt; Routledge (2006); Routledge, Arndt, Wildschut, Sedikides, Hart, Juhl, Vingerhoets e Scholtz (2011) mostraram que não é sentimento peculiar apenas de pessoas idosas ao coletarem memórias nostálgicas em seus estudos envolvendo jovens. Concluíram, que estas memórias detêm um papel importante na manutenção do significado da vida. Concluíram que a Nostalgia opera de vários modos: 1. Fazendo com que as pessoas se sintam amadas e aceitas socialmente; 2. Promovendo uma satisfação própria em relação aos relacionamentos e incentivando na busca do relacionamento romântico; 3. Influindo no otimismo para atingir metas desejadas; e 4. Auxiliando a vencer os efeitos psicológicos negativos da solidão.

Patrício, Hoshino e Ribeiro (2009) comprovaram e enfatizaram que o rememorar, prática muito comum em idosos, pode ser considerado um mecanismo de defesa, pois ao rememorar e evocar momentos de prazer armazenados na memória, a alegria libera serotonina e ativa positivamente o sistema imunológico, contrariamente do que provocam a tristeza e a solidão, que o inibem, facilitando a incidência de problemas na saúde.

[6] Fonte: http://dicio.com.br

Scarmeas e Stern (2003), por seu lado, consideraram ter a memória importante papel funcional adaptativo na sobrevivência e ser uma reserva cognitiva a nível supra individual no retardamento da demência.

Assim, a nostalgia hoje, passa a ser uma condição funcional natural e até um alimento à auto- estima. Ela tem o trabalho mental de, ao rememorar, moldar nossas ações e reações do passado, compará-las e dar novos sentidos ao presente.

Henri Bergson (1990, 2006), filósofo e contemporâneo de Freud, escreveu sobre conexão do tempo na nostalgia. É como se o tempo passado, presente e futuro fosse um fluxo de consciência em nossa memória e, enquanto fluxo, não poderia ser medido como o faz a Física (convenção científica). A memória seria a experiência humana no tempo e é nela que a experiência é definida. Para Bergson (1990) o tempo (fluxo) é o núcleo central dos acontecimentos em relação aos objetos externos, na continuidade entre o antes e o depois (duração), percebidos como ligados ou isolados. No entendimento de Bergson (1990), o tempo presente é a continuidade do passado num fluxo que segue continuamente. Nossa memória une o tempo presente e o tempo passado, fazendo com que algo ocorrido fique aberto e pronto para agregar novas memórias e percepções. Para ele, a memória é capaz de ligar as imagens mais recentes, que vêm do exterior ao corpo interno de memórias, de diferentes maneiras. Nesse sentido, é importante entender como os tipos imagens são criados (imagem-lembrança e imagem- ação) e justapostos e formam a produção de imagens (*duração*) que influenciam na áudio-visualidade das mesmas. Nosso corpo de memórias detém uma posição ativa na relação entre imagem e subjetividade, e cada indivíduo tem um corpo de imagens diferenciado.

Para Bergson (1990), quando nos lembramos de alguém que não está mais entre nós (um sentimento nostálgico), ou de como as coisas costumavam ser, é através do recurso mental nostalgia, que recriamos lembranças familiares e construímos memórias com novas referências. O mesmo se dá em relação à escrita de cartas, ou de cartões postais, ou quando olhamos fotos antigas. O gesto simples, de cartas enviadas para os parentes distantes são como fragmentos de tempo e espaço, um modo pelo qual se preserva a língua materna e mantêm as identidades social e pessoal. Os cartões postais são como objetos que sinalizam alguém como sujeito ativo na construção de sua história (Moreira e Cerveny, 2017). Desse modo, o trabalho mental da Nostalgia é recordar, reconfigurar e reconstruir.

A nostalgia, difere da melancolia. Esta, foi descrita com o nome de *bile negra* pela primeira vez por Hipócrates, no século IV a. C, na Grécia. O termo atravessou a época clássica e o Renascimento. A concepção de *tristeza profunda* fez com que as noções de nostalgia e melancolia fossem tomadas como sinônimos. Edler (2008) se embasou nos estudos de Freud (1856-1939), na referência que faz da melancolia, como *uma modalidade extrema de depressão* (p.46) em estudos que receberam a influência de um contexto histórico- filosófico, de pós e entre guerras, na presença da condição de perda e exílio.

Sobre a família na longevidade

O ciclo de vida da família foi estudado por vários autores (Carter & McGoldrick, 1995; Cerveny, 1994, entre muitos outros). Erikson (1998) se debruçou sobre o ciclo biogenético individual. Ambos os ciclos em seus processos evolutivos atravessam fases e enfrentam eventos estressores (Teorias do Estresse de SELYE, 1976 e Teorias Contemporâneas) os quais podem ter natureza horizontal ou vertical (Carter e McGoldrich,1995). Fala- se de natureza horizontal, aqueles decorrentes das próprias fases evolutivas desde sua formação, além dos imprevisíveis (morte precoce, doença crônica, acidentes, separação, migração, por exemplo). Quanto aos de natureza vertical, são os que dizem respeito a padrões, mitos, segredos e legados familiares.

Foi porque o ciclo de vida familiar tem raízes culturais, que Cerveny (1994) se dedicou ao estudo do ciclo de vida brasileiro, nomeadamente, a paulista, estudando famílias de classe média. Esta autora observou que ela difere um pouco do ciclo de vida familiar americano de McGoldrich (1995). Naquele, a autora citada o elabora em 04 (quatro) fases, numa analogia entre o ciclo familiar e as fases lunares. Resumidamente, o ciclo vital brasileiro de Cerveny (1994) ele se compõe: 1. Lua Nova ou Fase de Aquisição; 2. Lua Crescente ou Fase Adolescente; 3. Lua Cheia ou Fase Madura; e 4. Lua Minguante ou Fase Última. E estuda nestas fases o nascimento, o crescimento e o final da formação familiar.

Por tratarmos neste estudo sobre a nostalgia no envelhecimento, a fase do ciclo familiar que nos interessa é a da Lua Minguante ou Fase Última, particularmente, enquanto que no ciclo vital individual, a 8a. fase, conforme veremos adiante. Falando sobre a Fase última, Cerveny (1994), refere ser aquela em que o casal conjugal deve reconhecer o envelhecimento, a insegurança bio- física, a perda da autonomia econômica- financeira e, por vezes, o conviver com a dependência, que o envelhecimento traz. As perdas emocionais podem ser múltiplas, e vão da inversão dos papéis (de cuidador para ser cuidado, de ator principal a coadjuvante...), da perda do espaço em que vive e das funções. O casal, quando ainda junto, ou cada um de *per si* na vigência da viuvez, da separação, ou da própria escolha se depara com a responsabilidade de administrar socialmente a própria longevidade.

Sobre o ciclo de vida individual

Erikson (1998) o divide em 08 (oito) fases e, em cada uma delas, uma díade de forças (sincrônica e diastônica) está em luta. Dessa luta deve emergir uma força resultante relativa a cada fase evolutiva do ciclo, a qual depende da capacidade interna individual de cada um, do contexto cultural, social, familiar em que a pessoa nasce, vive e mantém suas relações sociais. Ao final do processo, oito serão as emergentes resultantes. Entretanto, cada força emergente sempre demanda nova reintegração com as fases e forças antecedentes com novas mudanças, decorrentes da tensão entre os mundos interno (psicológico) e externo (social). No ciclo individual as fases se desenvolvem e se aperfeiçoam num movimento cíclico para a individuação, similarmente ao modo pelo qual a família atravessa as fases do ciclo familiar. Ao chegar à fase final do ciclo vital familiar (Fase Última ou da Lua Minguante), na bagagem individual do ser envelhecido já deverá haver como conjunto de forças resultantes adquiridas: Esperança, Força de Vontade, Propósito, Competência, Fidelidade, Amor, Cuidado, Sabedoria (das fases anteriores) e Gerotranscendência (Erikson, 1998). Pensando nesse conjunto de forças conquistadas, percebe-se que o trabalho de individuação culmina com a *gerotranscendência*. Caridade (2011) a conceitua como a capacidade de mudarmos de atitude, de metas, de perspectivas, de olhar para a vida sobre nós e os outros; de forjar um ego capaz de dar sustentação ao envelhecer e ter um nível maior de satisfação com a vida. Significa que, segundo a concepção de Erikson (1998), a força (interna) sintônica da 8a. fase, chamada *geratividade,* se contrapôs à força (externa) antagônica, nominada *estagnação* (falta de propósito). Se pudermos fazer uma aproximação com Jung (1972) poderíamos dizer que a *gerotranscendência* seria o equivalente ao que Jung (1972) chamou de *metanóia*: o

momento em que ocorre uma reorientação do corpo dos pensamentos e das emoções em direção ao mundo interno.

O envelhecer na família pode ser difícil, por conta dos desafios a serem enfrentados pelas alterações da constituição familiar, escassez de rede de apoio, decorrente da migração, por exemplo (Cerveny, 1994; Cerveny e Berthoud, 1997). Para Cyrulnik (2009), o desenvolvimento individual evolutivo saudável resulta em pessoas diferenciadas, adaptáveis, flexíveis, independentes emocionalmente, capazes de equilibrar o racional com o emocional e de enfrentar com objetividade e autonomia as situações difíceis. Tal formação é evidenciada na capacidade dessas pessoas em assumir posições; em agir de acordo com suas crenças e em tomar a si responsabilidades, sem culpar outrem ao surgirem problemas em suas vidas.

No viver a vida alongada, a reflexão sobre a passagem do tempo é comum, como um voltar às raízes. O passado, o presente e o futuro triangulam na nostalgia. O conceito "triangulação" teve diferentes abordagens na agrimensura e na geodésia (Blaikie, 1991, p.118); na navegação e nas Ciências Militares pelo uso de múltiplos pontos de referência para situar a posição de um objeto e em pesquisa (Smith, 1975; Cox & Hassard, 2005, entre outros). Murray Bowen (1976) o utilizou como um pilar fundamental no relacionamento entre membros de qualquer sistema emocional, quando o aumento da ansiedade entre duas partes (ou membros) chamaria um terceiro elemento (pessoa, coisa ou animal) na tentativa de reduzir a ansiedade presente.

As histórias familiares fazem parte do arcabouço de memórias da vida familiar como uma herança, que dá identidade e sentido de pertencimento aos seus integrantes (Bowen,1976).

MÉTODO

O presente estudo é um recorte da tese de doutoramento da primeira autora, intitulada *Longevidade: Novas Conquistas, Novos Espelhos, Novos Olhares* e objetivou fazer uma reflexão sobre o papel da nostalgia no envelhecimento. Nesse sentido, numa abordagem qualitativa, foram analisadas as histórias familiares de 06 (seis) participantes idosos com o objetivo de entender a importância do rememorar. O instrumento da pesquisa constou de um guião com temas que versaram sobre o envelhecimento e objetivaram explorar na história familiar, as lembranças que guardam de suas vidas e o sentido dado, antes e hoje; e como estas lembranças interferem no modo de ver a vida.

Participante 1 (P1). M, brasileiro, carioca, 76 anos, casado há 54 anos (1962), engenheiro *como o pai*, 4 filhos, 4 netos. Mudou-se para São Paulo ainda solteiro, por conta do pai ser militar. Valor: Importância dada à família. Formação de novo núcleo familiar: Fase de Aquisição (Cumprimento das necessidades da família); Fase Adolescente, um preparo para a vida adulta: seguir o modelo paterno na profissão; Fase Adulta: O casamento o faz assumir o papel de provedor, o qual é compartilhado com a esposa (psicóloga); assume um papel protetor para a família. Sente orgulho que alguns de seus filhos compartilhem do sonho que realiza. Adota um trabalho voluntário, de preservação de laços com a família, nas adolescentes grávidas. Mantém ativa a rede social e de apoio.

> **P1:** Hum) … *Preciso falar da minha história de vida … Como disse, sou carioca, … filho de militar, …criado no Paraná… Meu pai era engenheiro do exército e … eu segui engenharia… Há outros marcos: … o casamento, o nascimento dos filhos, a formatura… Aos 60 anos de idade, fundei o Instituto "X".... O instituto foi um marco, … porque depois de trabalhar 20 anos com consultoria, … no ano 2000, fundei esse instituto junto com minha família: …minha mulher e dois dos meus filhos* [*tenho 04, e dois dos filhos trabalham comigo*] … *consegui começar nova atividade aos 60 anos. Hoje, … esse instituto tem 16 anos…tem seus altos e baixos … Tive a benção, graças a Deus, e a satisfação de ter uma instituição que teve sucesso… A cabeça até trabalha mais com o entusiasmo e a dedicação, a gente fica sempre ocupada… Passei a ter a possibilidade de descobrir novos caminhos.... Acho que sou uma pessoa que sempre procura por novas experiências. Não vou me deixar à margem, ou deixar me dominar pelo que a sociedade me dá… Não há possibilidade de cuidar do outro se não cuidamos de nós mesmos… Trabalho com projetos sociais, educação e tecnologia…*

Participante 2 (P2). F, 76 anos, brasileira, casada há 54 anos, professora, 3 filhos, 6 netos. Uma vida marcada por problemas de saúde. A carreira de professora foi substituída pela de esposa e mãe. Vida parental e conjugal foram privilegiadas em relação à individual. A prática da religiosidade lhe fornece amizade, força e refúgio, mas não está partilhada no companheirismo conjugal. É na religiosidade que vive sua individualidade.

> **P2:** *TIVE UMA COISA BOA: CRESCI NO INTERIOR, ATÉ CASAR. Só temo as gerações do meu filho e netos… ACOMPANHEI MEU MARIDO FAZER CARREIRA, MAS PRIMEIRO, DOU GRAÇAS A DEUS QUE CASEI, PORQUE NO MEU TEMPO, SE A GENTE NÃO CASASSE… Tive e tenho um companheiro muito ajuizado, que pensa muito para gastar… Meu marido conseguiu fazer carreira no Banco do Brasil… FUI PROFESSORA PRIMÁRIA E MÃE PARA CUIDAR DE 03 FILHOS E UM MARIDO. MINHA SAÚDE SEMPRE FOI PRECÁRIA, SEMPRE. CASEI-ME COM UM RIM SÓ. Nas minhas moléstias, nas muitas recuperações, deixava minha cestinha com lãs, agulhas, linhas do meu lado, na cama… Ele sempre teve muita paciência comigo… Filho não tem tempo. … Acho normal ter nostalgia. As lembranças ruins… ah essas podem ser refletidas e tomar outro sentido com o tempo… Tem a parte dos netos...uma coisa boa. ...* [*A atividade filantrópica*]. *Ah…essa é uma delícia…Meu sonho atual é ter uma consulta com ele...* ((médico que tem um banco de dados com 12.000 biópsias de músculo)) *…, e que está agendada para março de 2017. Não sei se espero o resultado da consulta, ou se início* ((a atividade física)) … *Quero estar atualizada, lendo…*

Participante 3 (P3). M, português, 83 anos, casado há 55 anos, ensino médio, não tem filhos, não tem netos. Mostra-se orgulhoso da construção de um crescimento individual ao longo da vida. Exibe sua força de vontade ante os desafios, no enfrentamento de situações, que o fizeram ver mais longe e aproveitar as oportunidades, quando estas chegaram. É evidente a importância que deu à família e aos contatos familiares ao longo da vida. Vínculos conjugais fortes. Escolha por não ter filhos foi do casal. Planejamento da velhice. Tratamento de problemas de saúde atual.

> **P3:** *Meu nome foi inspiração para outros que vieram depois na família.... Talvez porque tenha sido um bom rapazito. Meu pai era marceneiro... sempre foi um homem de trabalho.... Morreu aos 80 e tal anos. Minha mãezinha era costureira, fazia colchões...faleceu com 100 anos e 01mês. Era uma família modesta. As nossas meninices* (da esposa e dele) *foram difíceis, mais a dela do que a minha. Alguns problemas poderiam*

causar outros problemas, mas, graças a Deus, foram sanados- Saí de Viseu aos 22 anos...fui para Covilhã...depois para Lisboa... me fez acordar para a vida. Encontrei minha cara metade. VI UMA CARA CONHECIDA NO ELÉTRICO E FUI A CORRER ATRÁS DO ELÉTRICO, NA RUA DA PALMA. ENTREI, PUXEI CONVERSA- COMO O FADO DA AMÁLIA RODRIGUES- NA RUA DA PALMA 'DEIXEI PRESA A MINH 'ALMA'. Fazemos um par homogêneo. TIVE SORTE DE TER UM EMPREGO QUE, À PRIMEIRA VISTA, NADA TEM A VER COM UMA PESSOA QUE VEM DO INTERIOR. Tive oportunidades.... Desempenhei funções...fui [bom profissional] *e cheguei a exercer um cargo equiparado a diretor. Fui um incentivador de inovações* [foram criadas].... *Depois quando* [*tempos difíceis promoveram dispensa de muitos empregados*] *fui escolhido para ficar à frente de um serviço, que antes necessitava de 45 empregados para funcionar. Tivem*os *uma vida sempre cheia…Também fui dirigente sindical...e secretário de Henrique Medina, o pintor que ficou conhecido por ter pintado o quadro que aparece no filme ' O retrato de Dorian Gray'.... Agora ando um pouco cansado, porque tive alimentação por sonda, após a cirurgia, mas encaro isso como algo que aconteceu e tenho que superar, e não me queixo...* ((Realizou muitos sonhos e agora está vencendo um câncer. Concorda com o comentário de que nasceu de novo há um ano)) .... *Sim, é verdade!*

Participante 4 (P4). F, portuguesa, casada há 55 anos, ensino médio. Não tem filhos, não tem netos. Sempre foi ativa. Opção por não ter filhos foi do casal. Sempre acompanhou o marido. Cumplicidade na relação. Amplo círculo de amizades, hoje atualizado pelas atividades em que se envolve. E anteriormente, pelas atividades que o marido se envolveu. Vínculo conjugal forte.

P4: *TIVEMOS UMA VIDA BONITA...nos agarramos um ao outro tanto, que, quando fiquei grávida, fiz um aborto. Depois nos agarramos aos filhos dos outros. Meus pais eram da aldeia de Cota e tiveram 07 filhos: 06 raparigas e 01(um) rapaz, que viveu até os 78 anos. Hoje sou mais compreensiva, não sofro como sofria antes* ((antecipação)) *...meu marido ficou doente, encaramos bem, como ter que passar por algo...minhas irmãs morreram e eu encarei bem. Não sei se é do Ioga...Apesar de não termos tido filhos em casa, sempre tivemos crianças, mas hoje, passam os anos sem irem lá ter.... as que não são família, sempre nos vêm ver....AINDA HOJE PENSO NO FUTURO.... FAÇO MUITAS COISAS.... SOU UMA DOIDA, ESTOU SEMPRE A PENSAR NOS OUTROS... Agora mudei tudo para o período da manhã, por conta da doença do meu marido....*

Participante 5 (P5). M, português, casado há 55 anos, curso técnico, 3 filhos, 11 netos. Importância dada à família. Construção de outro padrão. Filho único. Construiu a família que sonhou. Pai presente e amoroso, marido afetuoso e romântico. Resolução de problemas de família de origem lhe deu outro padrão familiar e resgate de vínculos sem rancores. Boas relações familiares. Renovação da rede de amizade.

P5: *Sou filho único...todas as bagunças que fazia, a culpa não dava para dividir com ninguém* [ele ri]...- *Meu pai me criou... só vim a saber quem era minha mãe quando tinha idade de ir para a escola...* (de um jeito triste) *através de uma senhora que vendia castanhas. Ele foi trabalhar no comércio aos 10 anos... entendo e porque era como era* ((Não se lembra de tê-lo pego ao colo)) .... *Tenho boas recordações do pai da minha madrasta e da irmã dela* [uma querida] *Ele ficou casado com minha mãe só por 02 anos, e o que levou ao divórcio, hoje sei que foi uma mentira* ((ele pesquisou)) .... *Hoje se fala em 'bullying', mas isso já tínhamos naquela época...colocavam alcunhas nos nossos nomes, que nem sempre eram agradáveis.... Meu pai casou-se 03 vezes. Na última fui contra...à medida que as coisas se compuseram* [aceitou*]... foi quem cuidou dele com muita dedicação.... Não quis nada dele* [*quando morreu*].... *DISSE A ELA QUE TUDO O QUE ELE TIVER É SEU... TUDO QUE PODIA ME DAR ERA EM VIDA…Ela cuida da campa onde ele está (que é minha), até hoje. Sou muito emotivo. Nosso casamento sempre teve muito carinho... TER CRIADO OS FILHOS E UM CUNHADO* [*filho extraconjugal do sogro*], ((sente orgulho por isso)) .... *Meu sogro chegou a dizer-me que o filho dele era eu..... Sinto-me lisonjeado.... Tenho orgulho dos meus netos e, quando os pais estão em casa eles os comandam. Tenho 03 filhos: um rapaz e 02 raparigas. Uma delas mora em Coimbra e a outra em Setúbal. O que estudou menos foi o rapaz* ((reflexão sobre a família que tem, em relação à família de origem e ao que vê na TV e lê nos jornais, sobre violência)) .... *Às vezes, a casa é cheia, umas 14 pessoas. É uma alegria ter os netos.... Eles ainda vêm passar as férias conosco... Os de Setúbal têm 6, 14 e 16 anos. Temos um com 17 anos..., mas esse tem namorada, já não vem. .... Adoram vir à casa dos avós! .... Não tenho medo de morrer, mas de sofrer e fazer sofrer.... Tenho que fazer um testamento para desligar a máquina- não prolongar a vida artificialmente.... Nos custa ver sofrer uma pessoa assim...Gostaria de acordar morto...*

Participante 6 (P6). F, portuguesa, 76 anos, casada há 55 anos, professora, 3 filhos, 11 netos. Repetição do padrão familiar de origem. Exercício profissional conjugado com o compartilhamento da parentalidade na conjugalidade. Relações familiares em complementariedade. As condições financeiras em determinada fase do ciclo familiar, impuseram-lhe o exercício da profissão em local distante da moradia do casal, onde permanecia com um dos filhos do casal. A família (acordeão) se recompunha aos finais de semana, na totalidade parental e conjugal. Relata que a comunicação por carta, enviada pelo marido às sextas feiras ao lugar onde lecionava, era como se a parte distante da família estivesse perto, mantendo laços e uma presença virtual. Dava identidade ao casal, enquanto construtores de um futuro.

P6: *MEU PAI FOI EMPREGADO DA FARMÁCIA A VIDA TODA...sempre contente…ERA UM QUERIDO DE TODA A GENTE. Faleceu aos 94 anos. Minha mãe era costureira. Tenho o nome de minha madrinha... nem ela e eu gostamos do nosso nome. Nossa família é dos 'Xs'. Meu marido é emotivo, não teve carinho na infância. Ele é de tal modo amigo do clã, que quando voltamos de Angola e* [*época de empregos difíceis*] *fui ser professora na aldeia, e levei uma das filhas, minha aluna comigo, passávamos lá a semana, e ele em Viseu, trabalhando com um de nossos filhos, ele escrevia-me uma carta todos os dias, mesmo na 6ª. feira, quando voltávamos.... QUANDO EU RETORNAVA, A CARTA ESTAVA LÁ ME ESPERANDO. PEQUENOS NADAS, QUE NÃO SÃO NADA PEQUENOS*. (Comentário da pesquisadora: ele construiu o que gostaria de ter recebido) .... *Sim...* (concorda com P5). *Os filhos todos sabem* [*do desejo do pai de não ficar ligado a uma máquina para morrer*] ...

RESULTADOS

A nostalgia se apresentou nas narrativas de vida dos participantes da pesquisa. A diferenciação máxima entre **P3**, **P4**, **P5** e **P6** para com: **P1** e **P2,** começa pela cultura, entra com a música, a lembrança da casa paterna, os caminhos percorridos pelas oportunidades, que foram aparecendo no caminho de cada um deles. Boas, ou não tão boas, por agregarem segredos ou carências, a passagem do tempo serviu para outras ancoragens e compreensões dos fatos. Parece que o tempo saneou mágoas, trabalhou os esgarçamentos da teia intergeracional e ressignificou os fatos. Lembram-se dos antepassados como *queridos de toda a gente* (**P6**); *superação de preconceitos* (**P5**); *com maior compreensão da vida* (**P4**); com o reconhecimento de ter sido um filho para quem não foi um pai (**P5**). Os acontecimentos da vida foram *de sonho vivido e nunca imaginado* (**P3**). Tudo o que viveram parece ter contribuído para a construção do castelo que desejaram.

Os participantes brasileiros são também permeados pela cultura, mas o samba é mais leve do que o fado. **P1** não se prende ao lado do sofrimento, que vê nas adolescentes grávidas, expulsas de casa pela família. Ele quer reatar laços, possibilitar seguir caminhos diferentes para as duas partes, construir pontes para ultrapassar os abismos. Como um mediador, conversa com as famílias e pede por visões de possibilidades, ante fatos consumados. Parece-me que seu histórico tem certa influência nisso, mas também a visão de que, se o fato é consumado, como conviver com ele do melhor modo possível?

P2 mostra um *curriculum* de doenças que parece ter superado (?) (deu uma corridinha ao atravessar a rua, ao final da entrevista), mas faz a reflexão, que cada uma delas constituiu a oportunidade de tecer enxovais de bebês de tantas futuras mães com poucas possibilidades financeiras. A doença teve seus propósitos, talvez.

Os entrevistados falam muito do passado. Esse passado, que se articula com o presente em que vivem, no espaço que os objetos ocupam em suas casas, que fazem parte da história de suas vidas e que partilham nas conversas. Pensam no passado e no encontro certo com a morte (o futuro). Sim, eles sabem que o envelhecimento é tido como a época das perdas: físicas, químicas, hormonais, financeiras, como cuidador, como gestor, perda de amigos, das poucas possibilidades de projetar ações para médio e longo prazo... Mas também sabem que da vida o que valeu a pena, o que será deixado é o que foi construído e deixou rasto.

Para P5, ao lembrar da infância que teve, a carência do amor na infância pôde ser transformada na família, a qual sonhou ter, pôde construir e demonstrar até hoje o afeto que dedica às gerações que se lhe seguem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como reflexões sobre o estudo, temos a considerar que pertencemos a uma família e temos uma identidade que vai sendo formada ao longo de nossa existência. Ao vivermos a vida, vivemos e ultrapassamos as fases dos ciclos de vida familiar e individual. Temos a oportunidade de conservar o que amamos em nossa família de origem, mas também de construir um novo começo, diferente do original, caso as lembranças não sejam tão boas de recordar ou repetir. Dessas lembranças, as não tão boas nos encorajam a almejar e construir algo diferente do que temos. A tendência, hoje, é não mais considerar a nostalgia como doença, mas um alimento para a auto- estima, e construção de sentido à existência. Os fatos bons relembrados nos remetem, também, a bálsamos que nos confortam. Um passado que nos acompanha no presente, o qual podemos gostar de revisitá-lo, de ouvir as palavras de estímulo para atravessar fases difíceis da vida, também ultrapassadas anteriormente. Nesse sentido, concordamos em considerá-la um recurso interno, possível de ser acionado individualmente, e que reaviva boas lembranças, dá uma compreensão alargada aos acontecimentos passados e parece auferir ânimo ao olhar a vida. A comunicação por cartas, na narrativa dois dos participantes serviu para manter aquecida a afetividade e a identidade do casal, no fragmento temporal em que a família esteve separada por necessidades profissional e financeira. Um sinal de união e testemunho, inclusive, na construção da história de vida do casal e da família. De outra participante vem a narrativa da tessitura de roupas para crianças recém- natas, enquanto enfrenta a convalescença; a lembrança do reconhecimento do amor paternal dado pelo sogro recebido e transmitido a quem também não era filho; ou as tentativas de religar laços afetivos entre gerações.

Sentimos das narrativas ouvidas um liame de ligação entre resiliência e nostalgia. Esse liame se assenta nas histórias de superação ante as adversidades impostas ao longo da vida dos participantes; na importância dos laços afetivos mantidos ao longo dela e que alimentam as lembranças, nos objetos testemunhos de vida que fazem presença, mesmo na ausência. Parece que esse liame leva os idosos a encontrar a força daqueles com quem se relacionaram e os amaram, mas também confiança, que lhes dá apoio e segurança, como uma fortaleza interna. Tudo isso parece compor uma orquestra e travar um diálogo interno auto- explicativo.

Concordamos com os autores que entendem que a nostalgia pode ser capaz de alimentar a auto- estima, numa fase da vida em que as perdas são reais e vemos que esse triângulo: passado, presente e futuro, pode favorecer a saúde emocional e contribuir ainda no grau de diferenciação do *self* do idoso, pensando na continuidade da formação das forças emergentes do ciclo individual.

Para os participantes da pesquisa, viver o envelhecimento, enquanto fato, é visto como um processo natural (**P1**, **P2**, **P3**, **P4**), com adaptações a serem feitas (**P3**, **P4**, **P5**, **P6**), obstáculos a serem superados (**P3, P4**, **P5**, **P6**), e oportunidades que se abrem para realização de sonhos (**P1**, **P2**, **P3**, **P4**, **P5**, **P6**). A vida vista em progressão tem um limite certo, definido, porém, indeterminado; e, se ninguém dele escapa (**P5**), pelo menos é possível poder nos preparar para quando a hora chegar (**P1**, **P5**), deixando explícito o que se quer. O passado é uma referência que trazem para o presente, seja para um reforço **(P1**, **P2, P6**), ou para uma mudança de padrão (**P3**, **P4**, **P5)**, que lhes dá certeza e força nas incertezas. Os membros da família de origem vão saindo, por morte, escolha, ou distância física, dando lugar à entrada de pessoas credenciadas, provenientes de outros meios sociais em que circulam (**P1**, **P2**, **P3**, **P4, P5**, **P6**), ganhando importância e lugares de afeto nos corações (**P2**, **P3**, **P4**). Afinal, recordar, reconfigurar, reconstruir faz parte do viver melhor o tempo da longevidade.

REFERÊNCIAS

BERGSON, H (1990). *Matéria e Memória.* São Paulo: Martins Fontes.

_____(2006). *O pensamento e o movente.* São Paulo: Martins Fontes.

BLAIKIE, N (1991). *A critique of the use of triangulation in Social Research*. Quality & Quantity: International Journal of Methodology, 1991, vol. 25 (2), 115-136. Disponível em https://ideas.repec.org

CALDAS, J. M. P (1993). *Terapia Familiar. Psicanálise Sistêmica.*

CARIDADE, A (2016). *Longevidade e gerotranscendência.* Portal do Envelhecimento. PUC/SP. Disponível em: http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/artigo789.htm.

CARTER, B; MCGOLDRICH, M (1995). *As mudanças no ciclo de vida Familiar. Uma estrutura para a Terapia Familiar*. Porto Alegre, Artes Médicas, 2ª. Ed.

CASTELNUOVO- TEDESCO, P (1998).*Completing the journey*. In: Pollock, G. H.; Greenspan, S. I. The course of life, vol. VII. Disponível em: https://eurekamag.com/research/033/179/033179509.ph

CERVENY, C. M. O (1994). *A família como modelo- desconstruindo a patologia*. Campinas: Editorial Psi II, 1994. CERVENY, C. M. O; MOREIRA, M. A. A; e COSTA C. M. A. Reflexões sobre os retratos do envelhecimento. Perfis e/ou paradoxos revelados em histórias de vida de idosos. In: Org. Macedo, R. M. S.; Kublikowski, I; Moré, C. L. O. O. (2018). Pesquisa Qualitativa no contexto da Família e Comunidade: Experiências, Desafios e Reflexões. Curitiba: Editora CRV- Educ.

CERVENY, C. M. O; BERTHOUD, C. M. E (Orgs,1997). *Família e Ciclo Vital. Nossa realidade em pesquisa.* 1ª. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

COX, W & HASSARD, J (2005). *Triangulation in Organizational Research: a Representation*. Disponível en: https://journals.sagpub.com. https://doi.org/10.1177/1350508405048579

CYRULNIK, B (2009). *De corpo e alma. A conquista do bem-estar*. São Paulo: Editora Martins Fontes.

EDLER, Sandra (2008). *Freud para ler Freud. Luto e Melancolia. À sombra do espetáculo*. Org. Nona Saroldi. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Civilização Brasileira.

ERIKSON, E (1998). *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

FALICOV, Célia (1991). *Contribuiciones de la sociologia de la familia y de la terapia familiar al "esquema del desarrollo familiar": análisis comparativo y reflectiones sobre las tendências futuras. Transiciones de la família*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

FODOR, N (1950). Varieties of Nostalgia. Psychoanalytic Review, 37, 25-38.

FROST, I (1938).*Home-sickness and Immigrant Psychoses. Austrian and German Domestic Servants the Basis of Study*. Journal of Mental Science, 84, 801-847.

HALEY, J (1970). *Terapia Familiar*: *Un cambio radical*. In: SLUZKI, C (1970). Patologia y Terapéutica del Grupo Familiar. Buenos Aires, Acta.

HIPÓCRATES. *Aforismos* (2003). Coleção 'A obra prima de cada autor'. Vol.166. Trad. Dr. José Dias, de Moraes. (2003): Editora Martin Claret.

HOFER J (1688/ 1934). *Dissertatio medica de Nostalgia oder Heimweg*. Ed. Original. Bulletin of the History of Medicine, 2, p. 376-391.

HOLBROOK, MORRIS B (1993). *Nostalgia and Consumption Preferences: Some Emerging Patterns of Consumer Tastes*. DOI: http://dx.doi.org/10.86/209346; 245-256 pp; 1st published online September 1993.

JACKSON, D (1959). *Family Interaction, Family Homeostasis and Some Implications for Conjoint Family Psychoterapy*. In: GRUNE & STRATTON. Individual and Family Dinamics. New York, J Masserman Ed.

JUNG, C. G (1972). *A prática da psicoterapia*. Petrópolis: Vozes.

LIZ GREENE (2004). *Relationships and how to survive them*. London: CPA (Centre for Psychological Astrology Press). Disponível em: www.midheavenbooks.com

MOREIRA, M. A. A; CERVENY, C. M. O (2017). *Longevidade: Novas Conquistas, Novos Espelhos, Novos Olhare*s, 224 p. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica para obtenção de título de Doutor em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

PATRICIO, K. P; RIBEIRO, H.; HOSHINO, K (2009). *Ressignificação existencial do pretérito e longevidade humana*. Saúde e Sociedade, v.18 (2). Apr/June, 2009. Disponível em: http: www.scielo.br.

ROUTLEDGE, C; WILDSCHUT, T; SEDIKIDES, C; & JUHL, J (2013). *Finding memories in one´s past: Nostalgia as an existential resource*. In: Markman, K; Proulx, T; & Lindberg, M (Eds.). *The psychology of meaning* (pp. 297-316). Washington DC: APA Books.

SCARMEAS, N; STERN, Y (2003). *Cognitive reserve and life-style*. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, v. 25 (5), p. 625-633. Aug, 2003.Doi: 10.1076/jcen.25.5.625.14576. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.gov.pmc.article/PMC3024591.

SELYE, H (1976). *Stress and Disease*. Boston: Butterworth.

SLUZKI, C (1973). *El enfoque interaccional como uma perspectiva del acción psiquiátrica*. In: Grinson, W.R. Nuevas Perspectivas de la acción psiquiátrica. Buenos Aires, Nueva Visión Editora.

SMITH, H. W (1975). *Strategies of Social Research: The Methodological Imagination*. Englewood Cliffs: NJ: Prentice Hall.

WATZLAVICK, P (1981). *Teoria da Comunicação Humana*. Barcelona, Herder, 2ª. Edição.

WILDSCHUT, T.; SEDIKIDES, C; ARNDT J; ROUTLEDGE C (2006). *Nostalgia: Content, Triggers, Fonctions*. Journal of personality and social psychology 91 (5), 975, 2006.

CORPO EM DEVIR - ANSIEDADE GENERALIZADA E A PERFORMANCE-ARTE COMO DISPOSITIVO CLÍNICO

Mariana Pelizer de Albuquerque
Pontifícia Universidade Católica

RESUMO

Esse trabalho é um recorte de minha tese de doutorado. A partir de um profundo mal-estar produzido pela experiência de me deparar com as contradições de viver em uma metrópole localizada no meio da Floresta Amazônica, busco recursos para combater a paralisia que tomou conta de meu corpo. A escrita segue o fluxo de um corpo poético, crítico e potente que se transmuta em um corpo aterrorizado, em sintomas de ansiedade generalizada, congelado na apatia, na dor do fim do mundo, na dor de um povo; processo apresentado através da investigação cartográfica, na qual o rigor diz respeito à capacidade que esta tem de dizer o indizível para que se torne sensível. O trabalho se desenvolve tendo como escopo elucidar a subjetividade manauara, resultante dos traumas do alto grau de violência na região, mas também da resistência da força da floresta, do intenso clima tropical e do saber ancestral indígena que insiste em manter-se vivo. O texto se desdobra em uma busca por meios de me deslocar da paralisia e de reapropriar-me da pulsão vital sequestrada. A performance-arte surge então como um dispositivo clínico que transmuta um corpo paralisado em um corpo vivo, dilatando afetos, criando novas maquinarias, potencializando os encontros com a cidade.

Palavras-chave: Corpo em devir, modos de subjetivação, dispositivo clínico, ansiedade generalizada, performance-arte.

1. INTRODUÇÃO

Esse trabalho é um recorte de minha tese de doutorado. A partir de um profundo mal-estar produzido pela experiência de me deparar com as contradições de viver em uma metrópole localizada no meio da Floresta Amazônica, busco recursos para combater a paralisia que tomou conta de meu corpo.

Experimentar as intensidades da floresta e a imensidão das águas me impulsionaram para esse lugar, mas as contradições de Manaus, uma metrópole ilhada em meio a selva, me apresentaram um outro modo de vida.

A exploração material e imaterial acomete a Amazônia a despeito das raízes e hábitos de um povo e do cuidado à maior floresta tropical e maior reserva de água doce do mundo.

Nas bordas do progresso e de um ideal de civilização, o desenvolvimento desordenado da cidade e a carência social transformam a rotina em caos, prédios futuristas convivem com esgotos a céu aberto que um dia já foram igarapés.

A desordem e as grandes contradições sociais têm origem no primeiro surto de urbanização da capital, no início do século XX, com o apogeu da borracha. O governo investiu no aterro de igarapés, construção de ruas, pontes e prédios públicos, saneamento e iluminação, transformação que visava atender a elite extrativista e os moradores recém-chegados da Europa. A população que já residia na região, além de ser a primeira força de trabalho para a execução desse plano de modernização, foi excluída e desalojada para áreas periféricas.

> Por trás de uma proposta totalizante de planejamento urbano, que tinha como objetivo principal sanear e modernizar a cidade, o poder público, aliado ao setor privado, dirigiu todo um projeto de reforma urbana de acordo com a solicitação da acumulação capitalista, sem estender aos setores populares os mesmos benefícios do "progresso"... ao contrário, para os setores populares, o que se aplicou foi uma política de controle e disciplinamento do espaço. (Dias, 1999, p. 44).

Muitos são os processos de colonização da capital. Em 1957, foi criada a Zona Franca de Manaus como um porto livre, dez anos depois, em 1967, o Governo Federal ampliou a legislação e reformulou o modelo, estabelecendo incentivos fiscais para implantação de um pólo industrial, comercial e agropecuário na Amazônia. A partir da implementação da Zona Franca, novo processo migratório aconteceu na região e com ele, um crescimento populacional desproporcional à estrutura da cidade.

> Houve de fato uma grande urbanização, industrialização, progresso do setor de serviços, ao passo que aumentou a demanda por esses serviços, bem como por infra-estrutura urbana. Houve um grande avanço, mas que está longe de contemplar toda a população. Existe uma pequena parcela dos habitantes que concentra grande parte da renda e a maior parte que permanece na pobreza. Uma parte significante da população tem um rendimento baixíssimo, uma infraestrutura urbana não satisfatória, principalmente no que tange ao esgotamento sanitário, além de péssimas condições de moradia. (Araújo, 2008, p. 19).

Mais uma vez, o projeto de desenvolvimento da capital visa atender as necessidades dos grandes investidores e daqueles que chegam na cidade como mão-de-obra qualificada, que detém o conhecimento e dominam tecnologias essenciais para o crescimento econômico.

O que vemos é a ocupação das margens do Rio Negro por indústrias, que se localizam nesses espaços para escoamento fluvial de sua produção. As pessoas, que antes tiravam seu sustento e passavam suas vidas em conexão com o rio, agora sobrevivem à rotatividade de subempregos.

Grandes áreas nos entornos da cidade têm suas árvores derrubadas ou são focos de queimadas, para abrir espaço para novos condomínios de luxo, para atender os altos padrões de vida de uma pequena parcela da população.

O desenvolvimento na região de Manaus, voltado para o acúmulo de capital, desconectado das culturas tradicionais e de costas para a preservação ambiental, massifica; não leva em conta as reais demandas da população, que é expropriada de seus saberes e tem seu modo de vida desqualificado.

Sentimos uma forte negação da presença indígena na cidade, parece que hábitos reproduzidos pela população manauara, sabidamente presentes no modo de vida do índio são percebidos apenas como herança cultural, algo que ficou no passado, e não como atualização de fazeres de várias etnias indígenas que habitam a urbes.

A conservação da razão, a padronização do desejo, a necessidade de fazer parte da norma, aceleram o processo de despersonalização

desses indivíduos, tanto indígenas quanto caboclos, que para fugir do preconceito da vida na cidade, tentam se adequar ao que será aceito. Avaliar o esquecimento das origens, pensar sua história, dar voz a essa forma de existência parece um árduo exercício. Um povo que rejeita suas raízes, mas também não se identifica com a cultura colonizadora, apesar de valorizá-la. Que não é mais índio e muito menos é considerado branco.

Essa desconexão entre a rotina na capital e a força viva da floresta que a contorna, causa uma profunda estranheza. Diferente de outras metrópoles, onde a produção de uma subjetividade capitalística já se instalou, onde a marca da colonização se atenuou com o passar das gerações e a vida urbana é projetada de olho nos ponteiros do relógio. Aqui, presenciamos o embate entre a velocidade pela qual a Amazônia vai sendo silenciada e o seu movimento de resistência.

Resistência percebida no ciclo das águas. Na cheia, o volume de água dos rios facilita o trânsito dos barcos. Já na seca, os rios baixam e grandes bancos de areia se formam, dificultando e algumas vezes impossibilitando a passagem de embarcações, não é raro que apenas pequenas canoas consigam fazer os trajetos. A vazante do rio altera a rotina dos comerciantes que utiliza o barco como meio de transporte, além de interferir no escoamento da produção industrial; ocasionalmente grandes navios, inclusive petroleiros, passam dias ancorados aguardando o volume de água subir para seguir viagem.

As chuvas torrenciais também oferecem problemas para a dinâmica comercial da cidade, além do transtorno no trânsito que fica comprometido em função de alagamentos, deslizamentos e desabamentos de barrancos. Frequentemente o abastecimento de água e energia e o acesso à internet ficam interrompidos, o que prejudica o comércio que muitas vezes fecham as portas. As altas temperaturas e alto índice de umidade também diminuem o ritmo da vida na capital.

Esse descompasso entre o clima, o ciclo das águas e a cultura capitalista deixa evidente o confronto entre a cartografia cultural vigente e as intensidades da Natureza/Terra/Gaia/Cosmos.

Algumas vezes o ritmo acelerado imposto pelo acúmulo de capital, por esse modo de existência que podemos chamar de "colonial-capitalístico"[7], sofre uma pausa. Na contramão dos relógios de ponto, do trânsito caótico, do consumo desenfreado, é preciso esperar. É preciso respeitar a força dos rios, o movimento da floresta.

A sensação é que a estratégia para anestesiar o saber do corpo, a decifração das forças, dos perceptos e afectos, não está tão mecanizada, tão imperceptível. Numa região diariamente colonizada (e aqui não se trata apenas da manutenção do inconsciente colonial), onde permanece viva a ferida do extermínio de seu povo e de sua cultura, parece exigir uma forma mais brutal de implantação e sustentação dos ditames do Capitalismo Mundial Integrado[8].

A cobiça internacional pela Amazônia justifica-se não só pelo interesse na maior reserva de biodiversidade do planeta, além de um quinto de toda a água potável[9]. No estado do Amazonas, sabe-se da existência de jazidas minerais de cassiterita, nióbio, bauxita, urânio, caulim, ouro e ferro. Dessas jazidas, as reservas de nióbio[10] apresentaram o maior valor de riquezas, com grande parte localizada na mina do Pitinga, na cidade de Presidente Figueiredo, a 117 quilômetros ao norte de Manaus. Grandes negócios são firmados a despeito de qualquer preocupação ecológica, sustentável ou de preservação ambiental.

A avidez do capital se instala em um lugar extremamente pulsante, onde a própria vida humana, animisticamente, indigenamente se encontra integrada. O desenvolvimento econômico em Manaus depende de um absoluto emparedamento de toda memória viva da floresta, do bloqueio de toda experiência extra-pessoal.

Entrar em contato com essa potência singularizante, pluriversal, pode tolhir a execução de assombrosos projetos de exploração da região e o acúmulo de valores incontáveis. Para abater a subjetividade parece necessária a força de um rolo compressor ou a destreza de uma motosserra. Nada pode germinar, todas as possibilidades de experimentar um corpo vivo devem ser abortadas.

Em Manaus, experimentamos o choque da potência viva e do poder do capital, o encontro de intensidades densas que parece deixar a mostra o avesso das relações estabelecidas na cidade. Encontro que expõe a costura (ou sua falta) no tecido social, que descortina um mal-estar disfarçado pela rotina. Impressão de acesso à casa das máquinas da vida quotidiana, à lógica de funcionamento de toda essa engrenagem. Mergulho no real.

Existir no equívoco, entre os atravessamentos de um mundo vibrante e o seu massacre, parece produzir uma forma de subjetividade muito específica, pseudo-cabocla, pseudo-indígena, pseudo-colonizada, porque não pensar em uma subjetividade pseudo-brasileira.

O Brasil demorou a chegar na Amazônia. Foi com o objetivo de integrar a Amazônia ao Brasil que através de uma política pública nacional, a Zona Franca de Manaus foi criada.

> Em 1967, ao criar a ZFM, o governo militar tinha como lema: integrar para não entregar! Ou seja, era imperioso intensificar a presença brasileira na Amazônia cobiçada pelos mais amplos e diversificados interesses internacionais. A implantação de indústrias em Manaus era o principal objetivo da concessão de incentivos fiscais federais (IR, IPI e II e outros tributos) e estaduais (isenção do ICMS, tanto no Amazonas como nos Estados de origem de bens e mercadorias enviadas para a ZFM, bem como nos Estados de destino dos bens ali produzidos). Outro objetivo seria o barateamento da aquisição de bens duráveis de consumo, como televisor e geladeira, pela população da Amazônia Ocidental. Afinal, o objetivo era intensificar a presença brasileira naquela região de fronteira, quer seja com novas indústrias, quer seja com população atraída de outras regiões do País. (Miranda, 2013, p. 32).

Longe de considerar o modo de vida do amazônida, seus hábitos, singularidades e formas de subsistência, a política autoritária brasileira implanta um sistema industrial, de produção e consumo de bens que destrói brutalmente a capacidade dessas civilizações continuarem elaborando suas invenções culturais. Segundo Oliveira essa ruptura leva a uma verdadeira regressão:

> ... a regressão foi estigmatizada como atraso, incapacidade, a-historicidade (populações sem tempo), pelo fato de que os avanços culturais dos conquistadores por sua vez, não foram assimilados pelos vencidos, devido precisamente aquela ruptura. As diferenças axiológicas tornaram possível aos conquistadores transformarem as invenções culturais dos conquistados em

[7] Termo proposto por Suely Rolnik para designar o regime inconsciente que nos orienta na contemporaneidade. Em ROLNIK, 2016.

[8] Termo proposto por Guattari para ressaltar a dimensão econômica e colonizadora do capitalismo. Em GUATTARI, F. e ROLNIK, 2007.

[9] Dado do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2004.

[10] O Nióbio é um dos minerais mais visados na atualidade, além de ser um elemento raro, é essencial na produção de uma liga de aço mais leve, mais resistente à corrosão e a temperaturas extremas, utilizada na produção de eletrônicos, automóveis, turbinas de avião, gasodutos, na indústria aeroespacial, bélica e nuclear.

> "objetos" – a lógica da modernização e da exploração da força de trabalho, a ética do trabalho, enfim – enquanto impediam que os conquistados, por sua vez transformassem as elaborações culturais dos conquistadores em "objetos". A diferença radical estava entre o mundo da mercadoria emergente, e o mundo da não mercadoria. (Oliveira, 2009, p. 89).

Um povo que não assimila a cultura do colonizador, mas sobrevive aos seus ditames; que não incorpora o modo de ser capitalista e inventa uma resistência sutil, que confunde o explorador. Segundo Márcio Souza (2009, p.121), uma resistência em forma de leseira, de uma credulidade absoluta.

2. ANSIEDADE GENERALIZADA, A GRANDE ACELERAÇÃO E O FIM DO MUNDO

Assim que cheguei em Manaus fui atravessada por uma estranheza, afectos múltiplos, confusão, um novo modo de existir. Me sentia afetada por uma aspereza, uma certa hostilidade nas relações, pela agressividade cotidiana, pela dificuldade de me expressar e ser ouvida. Minha escolha de estar na cidade era questionada, me perguntavam o que vim fazer aqui.

Entendi que implícito nesta pergunta, existia uma desconfiança, ou quem sabe a constatação de que sou mais um explorador, que veio desbravar a Amazônia, retirar dela o que precisa e ir embora como tantos fizeram e fazem. Alguém que veio ensinar, difundir um pensamento, colonizar.

Como me manter viva, como driblar o inconsciente colonial, se me colocam exatamente no lugar do colonizador, do explorador? Sendo atravessada por afectos que foram fermentados durante séculos de desrespeito, opressão e violência?

No início, media os passos, escolhia as palavras, me expressava com muito cuidado. Tomada por um sentimento de impotência, observei que todos os sustos, todos os confrontos e choques experimentados até então, passaram a produzir um corpo esvaziado, estratificado.

Uma carapaça foi tomando conta de minha pele e fibras musculares, percebia o enrijecimento. Como efeito de todos os sustos contidos, uma onda de vibração passou a percorrer todas as células, notava a presença de meus órgãos – extremidades trêmulas, garganta, estômago e intestinos frouxos, pulmão comprimido, coração fora do ritmo.

Sobressaltos, espasmos e a sensação de que não havia mais tempo, não havia um lugar. Um corpo vibrátil vibrando em descompasso.

Experimentar em meu próprio corpo os efeitos de um arranjo reativo. Me perceber territorializada no plano das formas vigentes de psicopatologia, aberta aos atravessamentos desta construção social, de seus códigos e representações.

Medo, preocupação e ansiedade excessiva apresentados de forma constante e permanente são características do transtorno de ansiedade generalizada. Segundo o DSM-V (2014, p. 190) são sintomas adicionais a esse quadro: "inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fatigabilidade, dificuldade de concentrar-se ou sensações de "branco" na mente, irritabilidade, tensão muscular, perturbação do sono".

Atenta ao arranjo sintoma-doença-psicofármacos-consumo, tentei me descolar do sentimento de medo e exercitar um olhar de fora. Oscilação entre um organismo aterrorizado e a busca por saídas mais fecundas e potentes.

Um corpo aberto para as intensidades da Floresta Amazônica, para uma potência viva e extasiante, deixando passar também as forças mortíferas, avassaladoras inscritas na vida de um povo e na história desse lugar.

Sustentando o mal-estar, aturando um certo esvaecimento, encarando a falta de chão, habitando um deserto ilhado em meio a Floresta Amazônica, migrante, contagiada por um despovoamento, pela solidão de não pertencer, pude então reconhecer colada em mim a dor do fim do mundo de um povo, arrastado, migrado, minguado, despertencido, desterrado, de um povo que aqui viveu e ainda vive.

Parece que o deslocamento geográfico, deixar uma terra para habitar outra, deportar afetos, expatriar perceptos, me trouxe para o fim do mundo. Olhar de frente para esse tempo, embrenhar na obscuridade do agora, permanecer no vórtice parece ser a única saída não totalitária.

Sensação de que vivia dias felizes, conquistas contundentes acontecendo, de olho na multiplicidade, na diferença, na alteridade. Abertura do pensamento, possibilidades múltiplas de existência, respeito à uma vida singular. E agora, ser engolida pelo retrocesso. Não sei se era eu que ainda não conseguia enxergar na escuridão, mas o fato é que agora estou vendo.

Uma avalanche de desrespeito e direitos essenciais sendo colocados em risco. Os interesses do capital levado ao seu extremo, uma pseudodemocracia, depreciação das conquistas sociais e trabalhistas, crenças manipuladas, as pessoas servindo de marionete à interesses abstrusos, a intolerância e a violência consolidando uma sociedade do medo, o biopoder em tempos virtuais, produção de uma subjetividade zumbi. Talvez seja mesmo o fim do mundo, o fim dos tempos, o fim de um sistema, o fim da humanidade.

Resistir, confiar que todo território instaurado carrega consigo seu próprio fim e que esse recuo para um território de dominação, essa reterritorialização conservadora, um dia também entrará em colapso. Experimentar a potência investida no caos, buscar exercitar a vida, dar corpo sensível às forças, dar passagem para o que pede criação, decifrar o que me atravessa.

Operando no desconhecido, me dei conta que para viver nesse tempo, nesse espaço, preciso dar voz às forças remotas que me interpelam, experiências passadas, de um povo, de um território que agora me afetam, compreender o fim de um tempo e a origem dessa existência.

Giorgio Agabem (2009, p. 69) coloca que a distância, e ao mesmo tempo, a proximidade que define a contemporaneidade tem o seu fundamento nessa proximidade com a origem, que em nenhum ponto pulsa com mais força que no presente. Ao me dar conta do agora, me distancio para conseguir enxergar o que se passa e começo a perceber as lacunas do presente, o não-vivido.

Sendo assim, além de dar nome aos incômodos, me vejo cartografando o fim do mundo:

- O aquecimento do sistema climático é inequívoco e muitas das mudanças observadas, desde os anos 1950, não têm precedentes, ao longo de décadas a milênios. A atmosfera e o oceano se aqueceram, as quantidades de neve e gelo têm diminuído, o nível do mar subiu e as concentrações de gases de efeito estufa aumentaram.
- Cada uma das três últimas décadas tem sido sucessivamente mais quente na superfície da Terra do que qualquer década anterior desde 1850. No hemisfério Norte, é provável que o período de 1983-2012 foi o período de 30 anos mais quentes nos últimos 1400 anos.
- A influência humana sobre o sistema climático é clara. Ela fica evidente a partir das crescentes concentrações de gases de efeito estufa na atmosfera, a forçante radiativa positiva, o aquecimento observado e a compreensão do sistema climático.

- A influência humana foi detectada no aquecimento da atmosfera e do oceano, em mudanças no ciclo hidrológico global, em reduções em neve e gelo, na média global o aumento do nível do mar, e em mudanças em alguns eventos climáticos extremos.
- Emissões cumulativas de CO2 em grande parte determinam o aquecimento superficial médio global até o final do século 21 e além. A maioria dos aspectos das alterações climáticas vai persistir por muitos séculos, mesmo que as emissões de CO2 cessem completamente. Isso representa um comprometimento multissecular substancial das mudanças climáticas criado pelas emissões passadas, presentes e futuras de CO2.

Estes são apenas alguns dos vários apontamentos que o Painel Internacional sobre Mudanças Climáticas (IPCC)[11] fez no Quinto Relatório sobre Mudanças Climáticas Globais publicado em 2013 e 2014. O IPCC foi instituído em 1988 pela World Meteorological Organization (WMO) e pelas Nações Unidas e tem como principal objetivo reunir e divulgar informações científicas atualizadas sobre as mudanças climáticas e seus impactos no planeta, sugerindo maneiras de combater seus efeitos e riscos, auxiliando na formulação de políticas públicas.

O relatório em questão traz a constatação de que o clima do planeta vem sendo alterado pela ação do homem. Estamos no Antropoceno, termo difundido por Paul Crutzen (Prêmio Nobel de Química de 1995) para nomear uma nova época geológica, período em que a humanidade tem papel central na geologia e na ecologia. Apesar de haver divergências sobre a criação de uma nova idade geológica, não há dúvidas que o homem se transformou em agente geológico. Alguns pesquisadores atribuem essa transformação, o começo do Antropoceno à Revolução Industrial, coincidindo com a criação da máquina à vapor no final do século XVIII, com o início do aumento de concentração de dióxido de carbono (CO2) na atmosfera, com a expansão demográfica (1 bilhão de habitantes) e expansão do uso de combustíveis fósseis. Outras pesquisas datam o início do Antropoceno por volta do ano de 1945, pós Segunda Guerra Mundial, com o surgimento da era nuclear e sua marca radioativa sobre a Terra, com a abundância e o barateamento do petróleo, o aumento do consumo de massa e o aumento exponencial da população, hoje somos mais de 7 bilhões de habitantes. Essa fase, do qual fazemos parte, vem sendo conhecida como "a grande aceleração"[12].

Segundo Nobre (2010), pesquisador do INPE (Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais), os últimos 50 anos testemunharam uma dramática degradação do capital natural da Terra: a cada hora, 9 mil pessoas se somam à população mundial; 4 milhões de toneladas de CO2 são emitidos; 1500 hectares de florestas são derrubadas; atividades humanas adicionam 1,7 milhões de kg de nitrogênio reativo às florestas, campos agrícolas e corpos d´água; 3 espécies são extintas (1000 vezes mais do que os processos naturais).

Sobre a "grande aceleração", Pádua (2015, p. 63) alerta que deve ser destacada pela enorme expansão quantitativa da produção e do consumo e consequente mudança qualitativa da presença humana na Terra. O homem acelerou os processos de acumulação de capital, consequentemente acelerou a deterioração dos recursos naturais do planeta e com isso, acelerou o tempo. Parece que a forma como experimentamos o andamento do tempo, a sensação de falta de tempo, de correr atrás da hora, deixou de ser apenas uma impressão psicológica, a passagem do tempo foi alterada, estamos vivendo em um mundo em que tudo se transforma em alta velocidade.

> Não se trata apenas, portanto, de uma "crise" *no* tempo e *no* espaço, mas de uma corrosão feroz *do* tempo e *do* espaço. Esse fenômeno de um colapso generalizado das escalas espaciais e temporais (o interesse contemporâneo pelos fractais não nos parece acidental) anuncia o surgimento de uma continuidade ou convergência crítica entre os ritmos da natureza e da cultura, sinal de uma iminente "mudança de fase" na experiência histórica humana. ... Assim, o tempo histórico parece a ponto de voltar a entrar em ressonância com o tempo meteorológico ou "ecológico" – mas agora não mais nos termos arcaicos dos ritmos sazonais, e sim, nos da disrupção dos ciclos e na irrupção de cataclismos. O espaço psicológico se vai tornando coextensivo ao espaço ecológico – mas agora não mais como controle mágico do ambiente, e sim como "pânico frio" suscitado pela enorme distância entre conhecimento científico e impotência política, isto é, entre nossa capacidade (científica) de imaginar o fim do mundo e nossa incapacidade (política) de imaginar o fim do capitalismo. (Viveiro de Castro e Danowski, 2014, pp. 30-31).

Experiência sufocante frente ao tempo comprimido, patologias da velocidade, o improvável fim de um sistema, a contínua corrida por uma economia superdesenvolvida, a constatação do fim do mundo. Um modo de vida colapsado, conveniente cegueira que ignora as previsões mortíferas, na ânsia de continuar consumindo, aspirando conquistas neoliberais. Hipnose coletiva, reprodução de hábitos que só favorece uma ínfima minoria em escala mundial, comunicação de massas fabricando um consenso suicida, tiro no próprio pé. A depreciação da vida sendo esfregada nas fuças de cada um.

Guattari em "Caosmose" (2012, pp. 140-141) já anunciava que o mundo não muda mais de dez em dez anos, mas de ano em ano. Segundo ele, com uma velocidade de desterritorialização cada vez maior, nossos órgãos sensoriais, nossas funções orgânicas, nossos fantasmas, nossos reflexos etológicos se encontram maquinicamente ligados em um mundo técnico-científico que está realmente engajado em um crescimento louco. Guattari alerta: é urgente voltar a uma concepção animista do mundo.

Todos os incômodos, confrontos e situações experimentadas na vida urbana convergem para um único objetivo: encontrar dispositivos que possibilitem o pensamento e a enunciação do desejo sem despertar tantas forças reativas.

Buscar compreender a vida manauara, experimentar esse modo de existência foi o corte que deu corpo ao deslocamento, possibilidade de ser atravessada por forças mortíferas sem sucumbir ao adoecimento, à dissolução do pensamento.

Para me manter viva, para continuar funcionando sem me encapsular diante da realidade encontrada, fui permitindo encontros produtivos que ampliaram a possibilidade de novas conexões, potencializaram o desejo de cartografar a subjetividade manauara e os atravessamentos em meu corpo. Sendo assim, procuro decifrar a construção da realidade de um povo que passou por vários traumas ao longo de sua história, o último deles há exatos 50 anos.

Como identificar as forças corrosivas e prejudiciais do inconsciente colonial-capitalístico? Quais são as alternativas que surgem para driblá-lo? Quais são as linhas de fuga possíveis?

[11] IPCC é a sigla em inglês para Intergovernmental Panel on Climate Change. O relatório na íntegra pode ser acessado em www.ipcc.ch.
[12] Dados compilados das seguintes referências: PÁDUA, J. A. 2015, p. 60-65. SANTAELLA, L. 2015, p. 46-59. ARTAXO, P. 2014, p. 13-24.

3. PERFORMANCE-ARTE COMO DISPOSITIVO CLÍNICO

A performance, no sentido que pretendo me deter, é a expressão e ação artística que interpela o indivíduo à reflexão, ao pensamento e à produção de sentidos. Composta por atravessamentos que possibilitam a criação de novas referências, que levam a uma ressingularização, ou seja, a criação de novas modalidades de subjetivação, atuando como dispositivo clínico.

> O que importa aqui não é unicamente o confronto com uma nova matéria de expressão, é a constituição de complexos de subjetivação: indivíduo-grupo-máquina-trocas múltiplas, que oferecem à pessoa possibilidades diversificadas de recompor uma corporeidade existencial, de sair de seus impasses repetitivos e, de alguma forma, de se ressingularizar. (Guattari, 2012, p.17).

A performance-arte surge como uma experimentação, como um agenciamento do desejo em que rizomaticamente novos territórios são formados e à medida que são criadas novas conexões, alastram-se numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza; as significações associadas aos códigos e representações disponíveis na concretude do mundo vão sendo desmanchadas e novas modalidades de ser passam a proliferar. Para o espectador, um universo desterritorializado se apresenta, provocando um rasgo no cotidiano normatizado, possibilitando uma contaminação afetiva; para o performer trata-se de uma linha de fuga, que consiste menos em fugir de uma situação do que em fazê-la fugir, escapar, fazer vazar as pontas da desterritorialização, abrir o corpo ao acontecimento.

Guattari (2017, p.17) coloca que é nas trincheiras da arte que se encontram os núcleos de resistência à subjetividade capitalística, a da unidimensionalidade, do equivaler generalizado, da segregação, da surdez, para a verdadeira alteridade.

A performance "Linhas" traz como elementos uma gaiola e um novelo de linha vermelho, estou vestida com uma saia cinza florida, longa e rodada, camiseta preta e coturno preto. A performance começa com uma deriva e a busca pelo melhor espaço para realizá-la, o novelo de linha está dentro da gaiola. A ação se divide em dois fragmentos, no primeiro a intenção é desnovelar a linha, soltá-la do novelo, o que algumas vezes acontece de maneira delicada e outras vezes agressiva, a interação com o ambiente e com as pessoas presentes que irá determinar a energia empregada. Além disso, ainda nesta parte da ação, quatro movimentos são executados: engolir e cuspir a linha, desenrolar o novelo no meio das pernas, enrolar a linha no pescoço e enrolá-la na cabeça na altura da boca. O resultado da primeira parte da performance é um emaranhado de linha que se espalha pelo ambiente e envolve meu corpo. No segundo fragmento, a finalidade da ação é desembolar, retirar os nós e enrolar novamente a linha no novelo.

"Linhas" foi o recurso encontrado para viver a cidade movente. Nas primeiras experimentações havia uma apreensão dos riscos que corria ao introduzir uma ação inabitual ao espaço urbano, desestabilizadora do cotidiano. Entendo que incluí um elemento na ação em função dessa preocupação, o coturno preto, que neste caso simboliza um corpo pronto para o enfrentamento. Artifício encontrado para encarar o machismo e outras formas de violência que poderiam surgir e que de fato surgiram, mas que foram diluídas ao longo da ação. Ao construir um corpo pronto para o inusitado, em que ele próprio é o avesso do ordinário e do regular, acabo me retirando do lugar da apreensão e do receio para o lugar oposto, em que provoco esse tipo de sensação. Talvez nessa perspectiva, ainda tenha algo de reativo no primeiro fragmento da ação, quando devolvo para o ambiente e para o espectador meus incômodos.

Ao mesmo tempo, é evidente que o processo de desterritorialização produzido, percebido por meio do estranhamento, dos questionamentos, reflexões e da incompreensão manifestada, retira o espectador do lugar comum de reprodução da realidade. É certo que a performance acontece a partir do encontro de forças, de velocidades e intensidades diversas que lança os corpos à experimentação do absurdo, fazendo fugir tudo que está posto.

A ação de desenredar a linha, desfazer os nós é uma operação delicada, que exige concentração e leva tempo, o que desarranja o território instituído, propondo uma desaceleração, um rasgo no tempo. A cidade continua em movimento, pedestres passam correndo, existe uma finalidade cravada no movimento dos corpos, cada gesto ou atividade respondem à eficácia do exercício de uma função. Mas o desembolar da linha não tem um propósito determinado, a não ser o próprio desembolar, movimento imersivo, cozimento do tempo e do espaço, uma dedicação clínica semelhante ao tempo da escuta, do processo de reterritorialização.

"Linhas" me possibilitou pensar a cidade habitada, a cidade viva e não apenas a cidade privatizada, permitiu que eu me misturasse à pluralidade dos acontecimentos. E ainda, oportunizou um corpo pulsante através do qual pude viver o absurdo com prudência, criando novos territórios e experimentando um encontro potente com outras máquinas desejantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, Giorgio. (2009) *O que é contemporâneo? e outros ensaios*. Chapecó: Argos.

APA (2014). DSM 5. *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (5a ed.) Porto Alegre: Artmed.

ARAÚJO, Emanuelle Silva. (2008, setembro e outubro) Política de Integração Nacional e Desenvolvimento Urbano Local: O caso da Zona Franca de Manaus. *Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, Caxambú, MG, Brasil.

ARTAXO, Paulo. (2014) *Uma nova era geológica em nosso planeta: o Antropoceno?* Revista USP, 103, 13-24.

DÉBORA, Danowski e VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. (2014). *Há mundo por vir? Ensaio sobre os medos e os fins*. Cultura e Barbárie. Instituto Socioambiental. Florianópolis: Desterro.

DIAS, Eneida Mascarenhas. *A Ilusão do Fausto – Manaus 1890-1920*. (1999) Manaus: Editora Valer.

GUATTARI, Félix. (2012). *Caosmose*. (2a ed.) São Paulo: Editora 34.

GUATTARI, Félix e ROLNIK, Suely. (2007). *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. (8a ed.) Petrópolis: Vozes.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Mapa de Biomas e de Vegetação*. (2004). Recuperado de: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/21052004biomashtml. shtm.

IPCC (2013/2014) *Quinto Relatório sobre Mudanças Climáticas Globais*. Recuperado de: www.ipcc.ch.

MIRANDA, Ricardo Nunes. (2013). *Zona Franca de Manaus: Desafios e Vulnerabilidades*. Brasília: Núcleo de Estudo e Pesquisa. Consultoria Legislativa. Senado Federal.

NOBRE, Carlos A. (2010, outubro). Mudanças Climáticas e o Brasil: por que devemos nos preocupar? *Mesa Redonda: Mudanças Climáticas e a Sociedade*. USP, São Paulo, Brasil.

OLIVEIRA, Francisco. (2009) A reconquista da Amazônia. In D´INCAO, M. A. e SILVEIRA, I. M. (Orgs.) *A Amazônia e a Crise da Modernização*. (pp. 83-93) Belém: Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ICSA/UFPA) / Museu Paraense Emílio Goeldi.

PÁDUA, José Augusto. (2015). Antropoceno: Incertezas, Riscos e Oportunidades. In OLIVEIRA, L. A. *Museu do amanhã*. (pp. 60-65) Rio de Janeiro: Edições de Janeiro.

ROLNIK, Suely. (2016) *A hora da micropolítica*. Pandemia Caixa de Cordéis. São Paulo: n-1 Edições.

SANTAELLA, Lúcia. (2015). A Grande Aceleração e o Campo Comunicacional. *Intexto*, UFRGS, 34, 46-59. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.19132/1807-8583201534. 46-59.

SOUZA, Márcio. (2009) Representação regional, cabanagem e leseira: "Só é elite quem age contra os interesses da região". In D´INCAO, M. A. e SILVEIRA, I. M. (Orgs.) *A Amazônia e a Crise da Modernização*. Belém: Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ICSA/UFPA) / Museu Paraense Emílio Goeldi.

INSTITUIÇÕES PRIVADAS DO ENSINO SUPERIOR E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E DA VIDA DO PROFESSOR

Mariana Pelizer de Albuquerque
Pontifícia Universidade Católica

RESUMO

O trabalho em questão tem como objetivo realizar uma reflexão sobre o adoecimento de docentes vinculados a instituições privadas de ensino superior no Brasil. Com o período de crescimento econômico do país e o investimento governamental no ensino superior (como por exemplo, concessão de bolsas de financiamento estudantil), houve um aumento progressivo de pessoas buscando por formação acadêmica, aumentando a demanda por faculdades privadas. Sendo assim, este setor foi configurando-se economicamente atraente, empresas educacionais foram sendo criadas através de estratégias como ampliações e fusões, favorecendo a expansão de grupos de educação nacionais e internacionais que foram adquirindo pequenas faculdades, ampliando sua atuação no mercado e transformando o ensino superior em um negócio extremamente lucrativo. O que acontece a partir deste cenário é a precarização do trabalho do professor, a intensificação de contratos de trabalho por tempo determinado, a redução de benefícios, terceirizações, sobrecarga justificada por novas metodologias educacionais e enorme contingente de alunos em sala de aula, transformando o ambiente de trabalho em um local hostil e patogênico. São comuns quadros de stress, depressão, sintomas relacionados com ansiedade, apatia, irritabilidade, insônia, cansaço extremo, baixa concentração, declínio do desempenho profissional, além de transtornos relacionados ao uso abusivo da voz; impactando o cotidiano de professores do ensino superior privado, precarizando também a vida.

Palavras-chave: Adoecimento docente, precarização do trabalho docente, instituições privadas de ensino superior.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho em questão tem como objetivo realizar uma reflexão sobre o adoecimento de docentes vinculados a instituições privadas de ensino superior no Brasil. Como professora e psicóloga, atuei em diferentes instituições de ensino superior, desta forma, a partir de políticas públicas voltadas para a educação, pude acompanhar a ampliação do acesso à universidade para uma parcela da população que continuamente permaneceu excluída, o que permitiu uma significativa transformação social. Mesmo tendo ressalvas à formação tecnicista que vem sendo oferecida em grande parte das faculdades brasileiras e às metodologias de ensino empregadas, constatando ainda uma grande defasagem de conhecimento com que os alunos ingressam no ensino superior, não posso deixar de salientar a importância de ações afirmativas para garantir a igualdade de direitos e democratização do ensino.

Ações afirmativas são políticas públicas que têm como finalidade garantir que indivíduos marginalizados tenham acesso a direitos sociais, como educação e trabalho, diminuindo a desproporção e ampliando sua participação na vida econômica, política e cultural de seu país. Segundo Albuquerque e Pedron (2018, p. 55) ações afirmativas são instrumentos de concretização da igualdade material para indivíduos historicamente desfavorecidos.

> [...] possibilita a concretização do ideal de efetiva igualdade de acesso a bens fundamentais, como a educação e o emprego, além de induzir transformações de ordem cultural, pedagógica e psicológica capazes de subtrair, do imaginário social coletivo, a ideia de subordinação e inferioridade de um grupo por questão de gênero ou por pertencimento racial. Assegurar a diversidade dos grupos sociais nos diversos domínios de atividades públicas e privadas também se constitui num dos objetivos das ações afirmativas. (Passos, 2015, p.158).

No Brasil, com o período de crescimento econômico e o investimento governamental no ensino superior, uma das principais ações afirmativas ou políticas públicas direcionadas para a educação propostas pelo Governo Federal foi o Programa Universidade para Todos (Prouni)[13], regulamentado pela Lei nº 11.096, promulgada no dia 13 de janeiro de 2005. O Programa em questão tem como finalidade a

[13] BRASIL, Ministério da Educação. PROUNI. Programa Universidade para Todos. Recuperado de http://prouniportal.mec.gov.br/o-programa

concessão de bolsas de estudo integrais e parciais em cursos de graduação e sequenciais de formação específica, em instituições de ensino superior privadas, oferecendo em contrapartida, isenção de tributos àquelas instituições que aderem ao Programa.

O Prouni é dirigido aos estudantes egressos do ensino médio da rede pública ou da rede particular na condição de bolsistas integrais, com renda familiar per capita máxima de três salários mínimos. Tendo como preocupação associar a inclusão à qualidade e mérito dos estudantes com melhores desempenhos, os candidatos são selecionados pelas notas obtidas no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM).

Além do Prouni, ainda pode-se destacar o Fundo de Financiamento Estudantil (Fies)[14] que é um programa destinado a financiar a graduação de estudantes que tenham sidos bem avaliados pelos instrumentos do Ministério da Educação e que estejam matriculados em cursos pagos. O aluno pagará uma pequena quantia ao longo do curso e o restante será pago de forma parcelada após sua conclusão.

O Prouni e o Fies, interligados a outras ações, aumentaram significativamente o número de vagas na educação superior, o que levou a um aumento progressivo de pessoas buscando por formação acadêmica, aumentando a demanda por faculdades privadas.

2. AÇÕES AFIRMATIVAS A SERVIÇO DO CAPITAL E AS INSTITUIÇÕES PRIVADAS DE ENSINO SUPERIOR

Com a efetivação do Programa Universidade para Todos e de Financiamento Estudantil, além do consequente crescimento da busca de candidatos por vagas em faculdades particulares, o setor privado de ensino superior foi configurando-se economicamente atraente, empresas educacionais foram sendo criadas através de estratégias como ampliações e fusões, favorecendo a expansão de grupos de educação nacionais e internacionais que foram adquirindo pequenas faculdades, ampliando sua atuação no mercado e transformando o ensino superior em um negócio extremamente lucrativo.

O cenário apresentado é de uma ação governamental que beneficia sobretudo o monopólio de empresas privadas que enriquecem a partir do direito básico à educação. Tratando-se de políticas públicas e ações afirmativas, solução mais viável e efetiva seria o investimento nas universidades públicas, ampliando o número de vagas e o acesso dessa parcela da população aos cursos de graduação, o que pouparia grande parte dos alunos do endividamento e custeio, mesmo que tardio, de sua formação acadêmica.

Uma ação afirmativa apropriada pelo capital, estratégia reconhecidamente de uma política neoliberal que legitima a pouca intervenção do governo sobre o mercado, que favorece a livre circulação de capitais internacionais, a abertura da economia para a entrada de multinacionais, além da diminuição dos impostos pagos pelo setor privado. Em suma, o governo é regido pelas leis do mercado e os direitos sociais são terceirizados.

Desta forma, quando uma política pública que prevê garantia de direitos, beneficia exponencialmente empresas privadas, o que acontece é a consolidação de uma lógica perversa de reprodução de um sistema político-econômico, tendo como combustível dessa maquinaria a demanda dos alunos pelo ensino superior e a força de trabalho de seus colaboradores, sendo protagonista o professor.

Ao longo de três anos fui professora em uma instituição privada de ensino superior, fui contratada por uma faculdade que tinha acabado de ser adquirida por uma multinacional e na qual estava em curso a transição para um novo modelo educacional e de gestão. Dentre as mudanças pedagógicas, a prioridade era a implementação de um novo processo avaliativo e didático.

O modelo avaliativo previa essencialmente o treinamento dos alunos para a prova do ENADE (Exame Nacional de Desempenho de Estudantes)[15] que avalia o rendimento dos concluintes dos cursos de graduação, em relação aos conteúdos programáticos, habilidades e competências adquiridas em sua formação. Este exame faz parte do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES)[16] que é formado por três componentes – a avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes – que são analisados sob aspectos como: o ensino, a pesquisa, a extensão, a responsabilidade social, o desempenho dos alunos, a gestão da instituição, o corpo docente e as instalações. Os resultados da avaliação realizada pelo SINAES subsidiarão os processos de regulação das Instituições de Ensino Superior (IES), como autorização e reconhecimento de cursos, credenciamento e recredenciamento das instituições. O Ministério da Educação (MEC) publica e disponibiliza esses resultados através de conceitos atribuídos aos cursos e instituições de ensino superior, o que influencia significativamente a escolha de candidatos por cursos e por instituições nas quais pretendem ingressar.

Sendo assim, nesta faculdade, as avaliações eram confeccionadas a partir do modelo da prova do ENADE, totalizando três provas semestrais, além de oficinas, gincanas e treinamentos para outras etapas da avaliação realizada pelo MEC junto aos alunos, como por exemplo, o Questionário do Estudante que tem como finalidade, além da construção do perfil socioeconômico do estudante, obter uma apreciação do aluno sobre seu processo formativo e vários aspectos da IES em que finaliza seu curso de graduação.

As mudanças relativas à didática de ensino estavam voltadas para a capacitação dos professores no intuito de implementar metodologias ativas. As metodologias ativas são processos interativos de conhecimento, análise, estudos, pesquisas e decisões individuais ou coletivas, com a finalidade de encontrar soluções para um problema, um caso, ou construir e executar um projeto. O professor atua como mediador ou orientador para que o estudante faça pesquisas, reflita e decida por ele mesmo, o que fazer para atingir um objetivo.

Segundo José Morán, as metodologias ativas acompanham as mudanças da sociedade em que o desenvolvimento de competências cognitivas, pessoais e sociais são imprescindíveis e não podem ser adquiridas da forma convencional pois exigem proatividade, colaboração, personalização e visão empreendedora. "As metodologias ativas são pontos de partida [...] para processos mais avançados de reflexão, de integração cognitiva, de generalização, de reelaboração de novas práticas". (Morán, 2015, p. 18)

Desta forma, as metodologias ativas apresentam-se como ferramentas capazes de acompanhar as transformações sociais e tecnológicas, de converter o ensino tradicional em uma educação mais criativa e efetiva. Porém, se a qualidade da educação não for o principal propósito da instituição, a metodologia de ensino acaba sendo utilizada para outros fins, como o controle e enrijecimento das aulas, além da redução do quadro docente e sobrecarga de professores que precisam assumir turmas com números cada vez maiores de alunos.

A partir da introdução das metodologias ativas, efetivou-se a elaboração e execução de um plano de aula em que o planejamento era divido pelos minutos da aula, com orientações minuciosas do começo ao fim, descrevendo o que deveria acontecer ao longo de cada aula

[14] BRASIL, Ministério da Educação. FIES. Programa de Financiamento Estudantil. Recuperado de http://sisfiesportal.mec.gov.br/?pagina=fies

[15] BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.ENADE. Exame Nacional de Desempenho de Estudantes. Recuperado de http://portal.inep.gov.br/enade

[16] BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.SINAES. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. Recuperado de http://portal.inep.gov.br/sinaes

executada no semestre, sendo disponibilizado previamente ao professor. A padronização do plano de aula foi justificada pela viabilidade de todas as faculdades desta rede de ensino, espalhadas pelo mundo, ministrarem exatamente a mesma aula em cada curso oferecido, possibilitando ao aluno o intercâmbio entre as instituições. Mas era notório de que se tratava de uma estratégia da instituição para tornar-se cada vez mais independente da figura do professor, prevenindo os inconvenientes causados por desligamentos e novas contratações, antecipando as consequências de uma provável rotatividade docente. Além disso, tal prática transformou o professor em um executor do planejamento pré-estabelecido, retirando sua autonomia de preparar suas aulas, de alterar a condução da disciplina de acordo com o avanço do aprendizado e especificidades de cada turma, impossibilitando ainda exercitar seu conhecimento.

A adesão de uma faculdade local de gestão familiar ao quadro de uma rede multinacional de instituições de ensino superior, após implementadas as mudanças, culminou em uma sequência de demissões que iniciou com o desligamento de 25% dos professores, seguido pela redução do tempo de aula de 50 para 25 minutos, o que diminuiu significativamente a quantidade de horas de trabalho do professor, solicitado a assumir mais disciplinas e mais turmas por semestre. Além disso, o plano de progressão salarial de acordo com a titulação do docente (especialista, mestre, doutor) foi abolido, a partir de então, professores que concluíssem suas pós-graduações não teriam direito ao aumento salarial e novos professores contratados passariam a ganhar o mesmo valor pela hora/aula independente de sua qualificação. A partir desta medida, docentes qualificados, que são mais dispendiosos para a instituição, são desligados e posteriormente readmitidos com menores salários.

Em decorrência deste cenário, além do descontentamento e baixo aproveitamento dos alunos, vemos crescer a insatisfação, apatia e um progressivo adoecimento dos professores.

3. PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E DA VIDA DO PROFESSOR E A CAPTURA DOS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO

Para dar suporte à discussão sobre precarização do trabalho e da vida do professor, parto da compreensão de Felix Guattari de que a captura dos processos de subjetivação é a principal estratégia de expansão incrementada pelo capitalismo. Como propõe Guattari e Rolnik (2007, pp. 162-163), o Capitalismo Mundial Integrado se sustenta através do controle da produção de subjetividade, não se trata mais de nos reapropriarmos apenas dos meios de produção ou meios de expressão política (macropolítica), mas também de sairmos do campo da economia política e entrarmos no campo da economia subjetiva (micropolítica).

Nesse sentido, Rolnik (2016, pp. 9-11) aponta duas das múltiplas experiências simultâneas que fazemos do mundo, as quais resultam de duas distintas capacidades de que a subjetividade dispõe para apreendê-lo: a primeira é a experiência do sujeito que viabiliza a sociabilidade e a comunicação, é a experiência imediata que é inseparável da cartografia vigente e está associada aos códigos e representações disponíveis culturalmente; a segunda é uma experiência complexa chamada de subjetividade, a experiência "extra-pessoal" ou "fora-do-sujeito", que agitam o mundo enquanto corpo vivo e que produzem efeitos em nosso corpo em sua condição de vivente. Enquanto a primeira refere-se a uma capacidade cognitiva de perceber o mundo, já a segunda constitui uma dimensão extracognitiva que nada tem a ver com a experiência de um indivíduo, nesta perspectiva somos parte do corpo vivo do universo, o mundo vive efetivamente em nosso corpo sob o modo de afectos e perceptos, impulsionando o processo incessante de recriação de nós mesmos e de nosso entorno.

> Sendo essas duas experiências simultâneas e indissociáveis e, ao mesmo tempo, irredutíveis uma à outra, sua relação é paradoxal. Gera-se entre elas uma tensão que desestabiliza a subjetividade, provoca-lhe inquietação e a lança num mal-estar. Esta é uma experiência primordial, pois é o sinal de alarme que nos indica que a vida nos levou a um estado desconhecido, o qual impõe ao desejo uma exigência de agir para recobrar um equilíbrio vital, existencial e emocional. O desconforto da instabilidade e a exigência de trabalho que este nos demanda são inevitáveis, pois intrínsecos à vida em sua essência de fluxo em diferenciação contínua que implica na transformação das formas em que este se materializa. O que muda de uma cultura a outra ou de uma época a outra é a política de desejo predominante, o modo de resposta do desejo à experiência da desestabilização e ao mal-estar que esta provoca. (Rolnik, 2016, pp. 12-13).

São diversas as políticas de desejo que podem se constituir frente à essa experiência de desestabilização, a subjetividade está sempre oscilando ente elas, sendo os dois extremos compostos por uma micropolítica puramente ativa que preza a conservação da potência do vivo e um incessante processo de construção da realidade, e por outro lado, uma micropolítica puramente reativa que orienta o desejo na direção do rastreamento de formas de existir compatíveis com a cartografia pré-existente, sendo então familiares, o que acaba por recobrar o equilíbrio apressadamente, livrando-se do mal-estar que havia se instalado.

Diante da apropriação da educação por uma política neoliberal, professores deparam-se com um esvaziamento de sua potência de criação, percebendo-se capturados pela lógica da eficácia e da produtividade, submetidos a trabalhos fatigantes, exigências altíssimas, altas jornadas e baixa remuneração, tendo que suportar a desvalorização de seu trabalho.

Professores despotencializados, reproduzindo metodologias e conteúdos programáticos, empreendendo um enorme esforço psíquico para manterem-se saudáveis frente a mercantilização de suas subjetividades. Diante da realidade experimentada, grande parte dos docentes não encontram recursos para se reinventarem e viverem de forma autêntica dando sentido as suas experiências, ao contrário, reagem de forma reativa, buscando na cartografia vigente formas pré-existentes de enfrentar o mal-estar, o que por via de regra resulta no adoecimento.

São comuns quadros de stress, depressão, sintomas relacionados com ansiedade, apatia, irritabilidade, insônia, cansaço extremo, baixa concentração, declínio do desempenho profissional, além de transtornos relacionados ao uso abusivo da voz, o que tem impacto direto no seu cotidiano, precarizando também a vida.

Gasparini, Barreto e Assunção (2005), a partir de registros da Gerência de Saúde do Servidor e Perícia Médica da cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais, verificaram que são de professores a prevalência de afastamentos do trabalho, sendo os transtornos psíquicos responsáveis pelo maior número de casos, constando ainda entre os diagnósticos: sensação de intenso mal-estar generalizado, ansiedade, tensão, nervosismo, irritabilidade, depressão, angústia e esgotamento; perturbações do sono; problemas digestivos; problemas respiratórios e da voz.

Moreno, Florêncio Dias, Sardá Junior e Domingos Dias (2016) ressaltam a frequência de um quadro de tensão e desequilíbrio emocional

que contribui para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout[17], além da sobrecarga das cordas vocais, decorrente do extensivo trabalho com aulas expositivas, não raramente realizadas em ambientes sem ventilação e com uma quantidade excessiva de alunos, exigindo o aumento do tom de voz, e ainda, dores musculoesqueléticas que acometem principalmente os braços, as pernas e a coluna.

Diehl e Marin (2016) ao realizarem uma revisão sistemática da literatura com a finalidade de identificar os principais sintomas e/ou adoecimentos psíquicos entre professores brasileiros, salientam que os docentes do Ensino Superior são afetados, principalmente, por pressão em relação à produção intelectual e sobrecarga de trabalho, além de fatores como perda do sentido do trabalho, quebra de expectativas vinculadas ao trabalho, limitadas condições de infraestrutura, excesso de responsabilidades, relações interpessoais conflituosas e falta de planejamento.

Baptista, Soares, Raad e Santos (2019) ao analisarem a incidência da Síndrome de Burnout em professores universitários, identificam que o estresse, a depressão e a ansiedade são as principais causas que interrompem as atividades trabalhistas e são responsáveis por 46% do absentismo.

Pensando nisso, fica evidente que as instituições particulares de ensino superior no lugar de investir na saúde do professor, se preparam antecipando os impactos causados por absenteísmo e desligamentos. O professor adoecido e emocionalmente esgotado acaba sem recursos psíquicos para encontrar novas possibilidades de trabalho e de vida, percebendo-se refém em um ciclo de dependência com a instituição a qual está vinculado, não suporta mais o ambiente de trabalho, que lhe causa sofrimento, mas também não tem vigor para encontrar outras saídas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, a precarização do trabalho do professor, a intensificação de contratos de trabalho por tempo determinado, a redução de benefícios, terceirizações, sobrecarga justificada por novas metodologias educacionais e enorme contingente de alunos em sala de aula, transformam o ambiente de trabalho em um local hostil e patogênico, o que, por conseguinte, levam ao adoecimento docente.

A forma como políticas públicas são implementadas, a captura do estado por um regime neoliberal, a soberania do acúmulo de capital e dos privilégios ofertados para iniciativa privada, necessariamente colocam em segundo plano necessidades sociais, fragilizando ações afirmativas em prol dos direitos humanos, o que neste caso, acomete diretamente a qualidade de vida do professor.

Sendo assim, medidas motivacionais desenvolvidas pelas instituições de ensino voltadas para o desenvolvimento pessoal e saúde do professor em sua grande maioria configuram-se um engodo. Esse cenário poderá ser revertido apenas com ações efetivas de valorização do trabalho docente através de um plano sólido de carreira e remuneração, de um ambiente de trabalho saudável, que proporcione autonomia, além do investimento em uma educação reflexiva e de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, R. A. e PEDRON, C. D. (2018). Os objetivos das ações afirmativas em uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública brasileira: a percepção da comunidade acadêmica. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, Brasília, 99(251), 54-73. doi: http://dx.doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.99i251.3449

BAPTISTA, M. N., SOARES, T. F. P., RAAD, A. J. e SANTOS, L. M. (2019). Burnout, estresse, depressão e suporte laboral em professores universitários. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, Brasília, 19(1). doi: http://dx.doi.org/10.17652/ rpot/2019.1.15417.

DIEHL, L. e MARIN, A. H. (2016). Adoecimento mental em professores brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Estudos Interdisciplinares de Psicologia*, Londrina, 7(2). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-6407 2016000200005.

GASPARINI, S. M., BARRETO, S. M. e ASSUNÇÃO, A. A. (2005) *Educação e Pesquisa*, São Paulo, 31(2) p. 189-199. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf /ep/v31n2/a03v31n2.pdf

GUATTARI, Félix e ROLNIK, Suely. (2007). *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. 8 ed. Petrópolis: Vozes.

MORÁN, José. (2015). Mudando a educação com metodologias ativas. In SOUZA, C. A. e MORALES, O. E. T. (Orgs.), *Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens*. Coleção Mídias Contemporâneas (Vol. II). PROEX/UEPG.

MORENO, L. A., FLORÊNCIO DIAS, M. A., SARDÁ JUNIOR, J. e DOMINGOS DIAS, I. (2016). Prevalência de doenças ocupacionais em professores de uma instituição de ensino superior do Vale do Itajaí-SC. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais,* 3(1). doi: 10.14210/rbts.v3.n1.p3-14

PASSOS, J. C. (2015) Relações raciais, cultura acadêmica e tensionamentos após ações afirmativas. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, 31(02), 155-182. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0102-4698134242

ROLNIK, Suely. (2016). *A hora da micropolítica*. Pandemia Caixa de Cordéis. São Paulo: n-1 Edições.

[17] A Síndrome de Burnout é resultado de um longo processo de contato com certas condições estressantes no ambiente ocupacional sem sucesso de enfrentamento.

SESSÕES PARALELAS V

SIMPÓSIO
Moderador: Fátima Ferreira Bortoletti

PSICOLOGIA OBSTÉTRICA – ABORDAGEM PSICONEUROENDOCRINOIMUNOLÓGICA. EVOLUÇÃO HISTÓRICA, FUNDAMENTOS TEÓRICOS, FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO OBSTÉTRICO

Magda S. Consul Silva
Universidade Federal de São Paulo

Fátima Ferreira Bortoletti
Universidade Federal de São Paulo

Esdras Guerreiro Vasconcellos
Universidade de São Paulo

RESUMO

Evolução Histórica

A Psicologia Obstétrica (PO) partiu da Psicoprofilaxia da Gestação, Parto e Puerpério, um Modelo Psicopedagógico denominado Método Psicoprofilático encontrando sua atual estrutura no Modelo Psicoterápico Psicodinâmico, que prioriza o transito psíquico. Iniciou no Hospital Ipiranga – SP – Brasil em 1983, desenvolvendo o Pré Natal Psicológico. Em 1990 migrou para a Universidade Federal de São Paulo, ampliando seu campo de atuação para atender a demanda assistencial. A interface com a Psiconeuroendocrinoimunologia (PNEI) ocorreu em 2012.

Fundamentos Teóricos

A Psicologia Obstétrica é um conjunto de ações psicoprofiláticas e psicoterápicas que se utilizam da fundamentação teórica da Psicodinâmica do Ciclo Gravídico Puerperal, para a elaboração do diagnóstico intrapsíquico/situacional do casal grávido, intervindo preventiva e terapeuticamente de acordo com protocolos psicológicos especificamente desenvolvidos para assistir essa clientela, em trajetória natural ou em circunstâncias singulares do processo reprodutivo.

A interface com a Psiconeuroendocrinoimunlogia permitiu a compreensão do mecanismo de *distress* que pode se instalar durante o Ciclo Gravídico Puerperal(CGP), desencadeando processos de adoecimento materno ou fetal, os quais podem comprometer o transito natural do processo reprodutivo.

A Psicologia Obstétrica elaborou protocolos assistenciais especialmente desenvolvidos para atender as diversas demandas obstétricas: Pré Natal Psicológico (padrão e específicos), Depressão Pós Parto, Prematuridade, Óbito Fetal, Aborto de Repetição, Hiperemese Gravídica, Medicina Fetal.

Formação do Psicólogo Obstétrico

Para atuar no CGP é necessária uma formação especializada que contemple uma abordagem interdisciplinar em Psicologia da Saúde, Psicologia Obstétrica, Psiconeuroendocrinoimunologia, Obstetrícia básica e Neonatologia básica.

Palavras chave: Psicologia Obstétrica, Psiconeuroendocrinoimunologia, *Distress*, Protocolos Psicológicos, Pré Natal Psicológico.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A visão embrionária da Psicologia Obstétrica (PO) teve início em 1978 no Posto de Assistência Médica Silva Jardim – São Paulo – Brasil. Nessa ocasião Bortoletti teve a oportunidade de participar dos Grupos de orientação à gestantes coordenadonado pela enfermagem local. Esse trabalho tinha uma abordagem pedagógica. Essa experiência foi fundamental para sinalizar que as gestantes demandavam por uma intervenção que trabalhasse os conteúdos emocionais envolvidos no processo reprodutivo, os quais emergiam na expressão das angústias e ansiedades.

Bortoletti por ocasião da conclusão do curso de Psicologia em 1982, aceitou o desafio de implantar o Setor de Psicologia na Maternidade do Hospital Ipiranga - Brasil. Fez uma vasta pesquisa nos locais que ofereciam algum trabalho nesse sentido e todos convergiam para o modelo pedagógico, os quais nos foram úteis para confirmar a necessidade de uma abordagem dos conteúdos emocionais. Nessa ocasião buscou fundamentos teóricos no Curso de Aprimoramento em Psicoprofilaxia da Gestação, Parto e Puerpério no Instituto Sedes Sapientiae. Este curso era coordenado pela Professora Feiga Grunspun, que tinha formação em Enfermagem e Psicologia pela Universidade Federal de São Paulo – USP, e foi a primeira gestante a se submeter ao Método Psicoprofilático no Brasil em 1955. Este curso tinha uma abordagem psicopedagógica, interdisciplinar, contemplando conteúdos teóricos na área da Psicologia, Obstetrícia e Enfermagem. Teve como referencial teórico a Professora Maria Tereza Maldonado e o Professor Raul Briquet.

A evolução histórica teve marcos bem definidos nas abordagens, iniciando pelo Método Psicoprofilático, passando pela Psicoprofilaxia da Gestação, Parto e Puerpério plantando um alicerce sólido para o desenvolvimento da Psicologia Obstétrica. O marco inicial desta última foi em 1983 no Hospital Ipiranga com a criação da Psicoprofilaxia da Gestação, Parto e Puerpério - o Pré Natal Psicológico (PNP), primeiro protocolo que deu origem à Psicologia Obstétrica. (Bortoletti, 2011). O termo Pré Natal Psicológico foi criado em 1985 por Roselys Campos de Almeida, após ter participado do processo. Bortoletti adotou o termo a partir de então, visto que foi fruto da vivência prática de uma gestante que definiu segundo o sentido que essa abordagem fez para seu processo reprodutivo.

Em 1985 o Hospital Ipiranga recebeu a primeira estagiária de Psicologia Obstétrica, a então recém formada psicóloga Magda Spinello Consul Silva a qual, juntamente com Bortoletti, desenvolveu sua carreira na área permanecendo até os dias de hoje.

Bortoletti realizou o primeiro Curso de Especialização Livre em Psicoprofilaxia da Gestação, Parto e Puerpério em 1988 no Hospital

Nove de Julho – SP sendo que as atividades de Prática Assistencial eram realizadas no Centro de Saúde da Vila Gumercindo, ambos em SP – Brasil.

Em 1990 a Prática Assistencial clamava por um campo mais amplo que contemplasse gestações de alto risco e migrou para o Departamento de Obstetrícia – Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Nessa ocasião a Prática Assistencial ampliou seu campo de atuação contemplando o atendimento às Patologias Obstétricas e Medicina Fetal, além da Obstetrícia Fisiológica.

Essa ampliação registrou a elaboração de protocolos assistenciais especializados para atender a clientela das Patologias Obstétricas, além do Pré Natal Psicológico adaptado a cada uma delas: Perdas Gestacionais Recorrentes, Prematuridade, Diabetes Gestacional, Gestantes HIV+, Hiperemese Gravídica, Depressão Pré e Pós Parto, Psicose Puerperal. A Medicina Fetal demandou a elaboração de três protocolos distintos: Tomada de decisão, Interrupção Legal da Gestação, Pré Natal Psicológico.

Após dez anos de efetiva Prática Assistencial na UNIFESP, em 2.000 Bortoletti e Silva implantam o Curso de Pós Graduação Lato Sensu em Psicologia Obstétrica no Programa da Pró Reitoria de Extensão da UNIFESP. Nessa ocasião foi implantado também o Programa de Atualização Profissional, o qual recebeu alunos do Brasil de norte a sul.

Diante desse panorama surge a necessidade de uma publicação que desse sustentação teórica a esse trabalho, uma literatura que pudesse ser absorvida pela Equipe de Saúde que labora no Ciclo Gravídico Puerperal (CGP). Bortoletti em 2007 lança o livro Psicologia na Prática Obstétrica – Abordagem Interdisciplinar, uma obra que contempla conhecimentos de Psicologia, Obstetrícia, Neonatologia, Enfermagem, Fisioterapia, Stress, especializados para assistir o CGP.

O Programa de Residência em Saúde da Mulher foi implantado por Bortoletti em 2011, contemplando os Departamentos de Obstetrícia e Ginecologia, condição que desencadeou a implantação da assistência psicológica no Ambulatório de Endometriose. O leitor interessado sobre este trabalho poderá consultar o Artigo publicado nestes Anais intitulado: "*Compreendendo a manifestação dos sintomas dolorosos e incapacitantes da Endometriose através da Psiconeuroendocrinoimunologia*".

Testemunhar o sofrimento psíquico à que ficam expostos os membros da Equipe de Saúde que laboram assistindo os casais durante o Ciclo Gravídico Puerperal despertou a necessidade para a demanda de olhar para o Cuidador... Em 2012 Bortoletti defende a Dissertação de Mestrado no Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo intitulada "*Análise dos fatores de risco de desencadeamento da Síndrome de Burnout em Obstetras*". O leitor interessado em detalhes poderá encontrar esse estudo no Artigo publicado nestes Anais intitulado: "*Burnout em profissionais que laboram em Obstetrícia - Uma Visão Psiconeuroendocrinoimunológica*".

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Bortoletti elabora a definição da PO em 2011: "*Psicologia Obstétrica é um conjunto de ações psicoprofiláticas e psicoterápicas que se utilizam da fundamentação teórica da Psicodinâmica do Ciclo Gravídico Puerperal, para a elaboração do diagnóstico intrapsíquico/situacional do casal grávido, intervindo preventiva e terapeuticamente de acordo com protocolos psicológicos especificamente desenvolvidos para assistir essa clientela, em trajetória natural ou em circunstâncias singulares do processo reprodutivo*".

Em 2012 Bortoletti realizou uma releitura dos Protocolos Assistenciais da Psicologia Obstétrica elaborando a interface com a Psiconeuroendocrinoimunologia, modelo utilizado até hoje. Detalhes sobre este modelo assistencial o leitor poderá encontrar no Artigo intitulado "*Pré Natal Psicológico – Uma abordagem Psiconeuroendocrinoimunológica*", primeiro Protocolo da Psicologia Obstétrica, publicado nestes Anais.

A seguir uma breve apresentação dos Protocolos Assistenciais que intercorrências do processo reprodutivo.

EMERGÊNCIAS EM PSICOLOGIA OBSTÉTRICA

A fundamentação teórica da Psicologia Obstétrica em interface com a Psiconeuroendocrinoimunologia propicia recursos técnicos adequados para uma leitura objetiva dos aspectos situacionais e intrapsíquicos, traçando condutas efetivas na intervenção psicológica emergencial, sendo esta indicada em quaisquer circunstancias que venham comprometer o desenvolvimento natural do processo reprodutivo, objetivando a integralidade e humanização da equipe envolvida nos cuidados de cada casal respeitando as individualidades.

Para atender a demanda emergencial durante o CGP a PO desenvolveu Protocolos Assistenciais específicos para cada circunstância: *Hiperemese gravídica, Risco de vida materno, Depressão Pré e Pós-parto, Perdas gestacionais recorrentes, Aborto espontâneo, Óbito fetal, Prematuridade, Anomalias fetais*, entre outras, são emergências que fazem parte da rotina da Psicologia Obstétrica. (Bortoletti et all, 2011)

Diante da grávida com *Hiperemese gravídica* é necessário desmistificamos o mito da rejeição da criança. O conteúdo emocional da angústia emergente nesse quadro é oriundo da regressão, a qual favorece a emergência de conflitos infantis não elaborados. A assistência deve ser diária e, além da psicoterapia, utilizam-se recursos de conscientização corporal.

A *Depressão* pode ocorrer na gestação, principalmente quando a gestante não vive plenamente as alterações e limitações naturais da gravidez. A ausência de uma rede de apoio familiar, o excesso de atividades profissionais e sociais, sentimentos de incapacidade para realização da maternagem, ausência de uma figura provedora e protetora, são fatores *stressores* que favorecem a instalação da Depressão Pré Parto. No puerpério a ausência do pai da criança, da figura materna adequada, excesso de visitas hospitalares ou domiciliares, sentimentos de incapacidade de cuidar do recém-nascido bem como fracasso na amamentação e distanciamento físico do nascituro são fatores de *stress* que desencadeiam a Depressão Pós Parto. O tratamento preconiza uma atuação psicoterápica e psicopedagógica, observando a relação conjugal, a ressignificação da figura materna, facilitação e estimulação da maternagem e do aleitamento, desmistificação da "loucura", reestruturação doméstica e contatos telefônicos diários. O Psicólogo Obstétrico deve estar atento ainda a Depressão Pós Parto masculina e a Síndrome de Couvade, estando esta última intrinsicamente ligada à forma de inserção do homem na gestação.

O *Óbito fetal*, desencadeia um estado de choque emocional nos genitores. O binômio mãe feto é abalado, sendo necessário um tempo para elaboração do ocorrido. A atuação do profissional deve se pautar na estimulação da livre expressão dos sentimentos. O desligamento do feto é fundamental para a liberação deste, seja em condições espontâneas ou induzidas. A ritualização do processo de luto deve ser respeitada. Técnicas de relaxação psicológica autógena associada à dessensibilização, visualização de marcadores de prontidão para a realização do parto, são instrumentos que fazem parte deste protocolo assistencial.

O *Aborto espontâneo de repetição*, independentemente do tempo de gestação, provoca reincidentes estados depressivos. O feto faz parte da imagem corporal feminina e este evento se assemelha a uma amputação. As reações emocionais são determinadas pela dinâmica intrapsíquica e dependem do significado daquela gestação. A atenção ao risco de suicídio se faz necessária porque a mulher acredita na fantasia mágica que se vier a óbito, poderá encontrar o filho. A psicoterapia focal abordará todos os emergentes emocionais vividos nesta ocasião.

A experiência em gestar poderá ser interrompida diante da ocorrência da *Prematuridade*. A mulher não se sente pronta emocionalmente para estar com o recém nascido, o que frequentemente compromete a prontidão para a maternagem, deixando a puérpera vulnerável a Depressão Pós Parto.

As *Anomalias* fetais diagnosticadas e tratadas pela Medicina Fetal demandam protocolos a serem utilizados em momentos distintos. Logo após o diagnóstico, a gestante entra no "estado de choque" demandando um processo de acolhimento. Nas circunstâncias em que a anomalia é incompatível com a vida extrauterina é necessária a utilização do protocolo de "Tomada de Decisão". À partir do resultado deste serão utilizados os protocolos de "Interrupção legal da gestação" ou "Pré Natal Psicológico" especializado para esta realidade fetal. O Psicólogo Obstétrico deve sempre estar atento e cuidadoso com os frequentes desejos de interrupção da gestação, os quais muitas vezes não expressam o conteúdo latente legítimo. (Bortoletti et all, 2015)

FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA OBSTÉTRICA

O psicólogo interessado em atuar com casais no Ciclo Gravídico Puerperal deve buscar a formação específica que contemple conteúdos de Psicologia da Saúde, Psicologia Hospitalar, Psicologia Obstétrica, Psiconeuroendocrinoimunologia, Obstetrícia, Neonatologia, Medicina Fetal e Medicina Integrativa. (Bortoletti & Silva, 2007)

Os conhecimentos acerca da área da Obstetrícia são fundamentais para que o *Psicólogo Obstétrico* possa compreender de forma clara o processo que está ocorrendo, seja numa trajetória natural do Ciclo Gravídico Puerperal, seja numa gestação que registre intercorrências obstétricas. Porém, não podemos esquecer que o paciente é duplo/triplo: mãe – pai - feto/recém nascido, daí a necessidade dos conhecimentos em Medicina Fetal (Diagnóstico e Tratamento) e Neonatologia (Puericultura). (Bortoletti & Silva, 2007)

A Psicologia da Saúde é um pilar fundamental para a atuação em PO, subsidiando ações que diferem da Clínica, disponibilizando instrumentos técnicos que atendem a demanda da intervenção. Segundo Grau (1997) a Psicologia da Saúde interage sobre todos os conteúdos físicos e psíquicos envolvidos no binômio saúde-doença. Ortega & Russell (1998) afirmam que a Psicologia da Saúde abrange todos os aspectos comprometidos no processo saúde-enfermidade, contemplando os sociais, familiares, profissionais, clínicos, políticas de saúde a nível de promoção – prevenção e tratamento, participando ativamente em todos os momentos do "viver".

A Psicologia Hospitalar nasce do reconhecimento de fatores psíquicos interferindo, determinando e até mesmo agravando quadros orgânicos. Diante dessa realidade o psicólogo passou a integrar as Equipes Interdisciplinares, necessitando desenvolver e utilizar recursos próprios ao ambiente hospitalar, com um olhar integral do indivíduo. (Sebastiani, 2007)

A Psiconeuroendocrinoimunologia desenvolvida à partir do Modelo Psiconeuroendocrinológico do Stress contribui sobremaneira nesse panorama, subsidiando recursos teóricos e de intervenção na promoção, prevenção e tratamento da saúde nas diversas áreas, inclusive na Equipe de Saúde que fica exposta diuturnamente. Em todas as fases da vida existe uma ação-reação direta de todos os sistemas, sendo que o acionamento de um provoca imediatamente uma reação no outro. (Vasconcellos, 2017)

Finalizando esse panorama o Psicólogo Obstétrico necessita conhecer a *Medicina Integrativa*, representada aqui pela Meditação, instrumento valioso na promoção, prevenção e tratamento da Saúde na linha integração Mente - Corpo - Espiritualidade. (Cardoso, 2011)

A formação em Psicologia Obstétrica deve contemplar atividades acadêmicas pois, além da assistência, o psicólogo será solicitado a ministrar palestras, participar de discussões junto à Equipe de Saúde, seminários, daí a importância em dominar técnicas de didática e oratória. Recomenda-se a participação em Congressos Científicos e Cursos Multidisciplinares das áreas afins, além da elaboração e apresentação de trabalhos científicos. (Bortoletti & Silva, 2007)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bortoletti FF et all. Psicologia Obstétrica na Prática da Medicina Fetal – Abordagem Psiconeuroendocrinoimunológica. In: Cardoso RD Medicina Fetal. Atualidades e Perspectivas.Versalhes Comunicação, Go, 2015. p 611-619

Bortoletti FF, Silva MSC, Tirado MCBA. Aspectos emocionais á luz da Psicodinâmica do Ciclo Gravídico Puerperal.In: Moron AF, Kulay L, Camano L. Obstetrícia. Editora Manole, 2011, SP. p 177-194

Bortoletti FF, Silva MSC. Formação em Psicologia Obstétrica. In: Bortoletti et all. Psicologia na Prática Obstétrica – Abordagem Interdisciplinar. Editora Manole, 2007, 138-140.

Cardoso, R. Medicina e Meditação: Um médico ensina a meditar. MG Editores, 2011

Grau JA . Psicologia de la salud: una perspectiva latinoamericana. Boletin Latinoamericano de Psicologia de la salud, p.6-19, Departamento de Psicologia, Universidad Nacional de Colombia, V.1,1997.

Ortega GR, Russell MR. La Psicologia de la salud em América Latina. Facultad de Psicologia – Universidad Autónoma de México, México, 1998

Sebastiani RW. Psicologia da Saúde: Uma especialidade dedicada ao cuidado humano. In: Bortoletti FF et all. Psicologia na Prática Obstétrica – Abordagem Interdisciplinar. Editora Manole, São Paulo, 2007, 01-13.

Vasconcellos EG. Stress, *Coping*, Burnout, Resiliência: Raízes do mesmo tronco. In: Silva Jr N, Zangari W. (organizadores) Psicologia Social e a questão do hífen . Editora Bluher, 2017; 20, 285-294.

PRÉ NATAL PSICOLÓGICO – ABORDAGEM PSICONEUROENDOCRINOIMUNOLÓGICA

Fátima Ferreira Bortoletti
Universidade Federal de São Paulo

Magda S. Consul Silva
Universidade Federal de São Paulo

Esdras Guerreiro Vasconcellos
Universidade de São Paulo

RESUMO

Pré Natal Psicológico (PNP) é uma assistência psicoprofilática e psicoterápica personalizada, indicada em toda e qualquer gestação, utiliza um protocolo padrão do curso natural do CGP, adapta-se às particularidades de cada realidade obstétrica/fetal e prioriza a abordagem do conteúdo psíquico sem detrimento da orientação psicopedagógica e conscientização corporal terapêutica.

Desenvolvido à partir da Psicodinâmica do CGP atualmente contempla a interface Psicologia Obstétrica e Psiconeuroendocrinoimunologia.

O objetivo geral é desenvolver atitudes de *eucoping* frente aos fatores *stressores* inerentes ao CGP, prevenindo a instalação de *distress* e adoecimentos físicos/psíquicos, evitando colocar em risco a saúde materna/fetal.

Preconiza três focos de intervenção: 1. Angústia - identificar o *distress* e desenvolver um eucoping utilizando a abordagem Psicodinâmica Psiconeuroendocrinoimunológica ; 2. Ansiedade - substituir o *distress* desencadeado pelo medo do desconhecido, pelo *eucoping* utilizando recursos psicopedagógicos acerca do CGP; 3. Conscientização Corporal – Meditação Terapêutica, Relaxamento, Respiração, Exercícios Físicos, Massagens, Simulado de Parto e Dessensibilização de Cesárea.

O PNP se mostrou efetivo no desenvolvimento de recursos de *eucoping*, prevenindo a instalação de patologias obstétricas e transtornos psíquicos específicos do CGP.

O PNP de abordagem Psiconeuroendocrinoimunológica é um instrumento efetivo no tratamento e prevenção de processos de *distress*, os quais podem comprometer o trânsito natural do processo reprodutivo e a saúde física/mental do casal grávido.

Palavras Chave: Pré Natal Psicológico, Psiconeuroendocrinoimunologia, Distress, Psicologia Obstétrica, Saúde Mental

1. INTRODUÇÃO

O Ciclo Gravídico Puerperal (CGP), compreendido entre o momento da concepção até o terceiro mês pós parto (podendo iniciar à partir do momento que o casal decide ter um filho) é considerado um período de crise previsível, marcado por alterações femininas e masculinas que envolvem aspectos sociais, conjugais, familiares, profissionais e espirituais, demandando uma atenção cuidadosa dos profissionais envolvidos nesse processo. É necessário estarmos sempre atentos às manifestações físicas e psíquicas, atuando de maneira a amenizar os sentimentos desconfortáveis que possam comprometer de alguma maneira o curso natural do processo reprodutivo. Por ser um período de crise exibe um enfraquecimento dos recursos egóicos, exibindo uma plasticidade psíquica, na qual os recursos de enfrentamento desenvolvidos ao longo da vida não estão disponíveis neste período. (Bortoletti 2007)

A gestante vive um turbilhão de alterações emocionais que iniciam com a concepção e vão se intensificando ao longo do processo reprodutivo. Essas alterações causam estranheza e muitas vezes desconforto pois não fazem parte do repertório de reações habituais da mulher. As alterações não são exclusivas da mulher, sendo que o homem também apresenta comportamentos diversos daqueles já incorporados. (Bortoletti, 2007- 2011)

A maneira como ambos enfrentam essas alterações pode favorecer o crescimento ou, ao contrário, se tornar um fator *stressor* que permanecerá durante todo o CGP. Intercorrências físicas ou psíquicas durante o processo reprodutivo podem desencadear transtornos psíquicos que merecem atenção para que não funcionem como gatilhos para adoecimentos que possam comprometer a saúde. (Bortoletti, 2011-2018)

Segundo os princípios da Psicodinâmica do CGP as alterações consideradas naturais durante o processo reprodutivo são: a regressão marcada por um comportamento infantilizado em função do enfraquecimentos dos recursos egóicos, funcionando como um destravamento dos conflitos infantis reprimidos; a introversão; a hipersensibilidade; a labilidade emocional; a oscilação de sentimentos; a ambivalência afetiva que reflete a própria realidade da gravidez; os desejos e aversões os quais apresentam sempre um conteúdo emocional importante; as náuseas e vômitos; o aumento do apetite; a atividade onírica na manifestação da hipersonia e, quando comprometida, na insônia, além dos sonhos característicos da gestação; as alterações do esquema corporal refletindo na percepção da identidade; a dependência e passividade; os temores; os movimentos fetais; a sexualidade. (2007- 2011)

Embora essas alterações façam parte da psicodinâmica natural do CGP, muitas vezes são percebidas pela gestante como perda da identidade e possível comprometimento psicótico. Esse panorama, associado aos riscos inerentes ao CGP e à história de vida da grávida, funciona como uma fonte geradora de angústias. O desconhecimento sobre o período reprodutivo, por sua vez, é um fator gerador de ansiedade. Os reflexos disso vão se manifestar corporalmente por uma pseudo percepção corporal, tanto quanto às limitações reais quanto aquelas fantasiadas pela gestante. Daí a importância do profissional especializado em Psicologia Obstétrica para realizar o diagnóstico situacional/intrapsíquico e desmistificar com segurança técnica os fatores *stressores*. (Bortoletti, 2011- 2018)

Embora essas alterações ocorram naturalmente numa gestação sem intercorrências, podem funcionar como fatores *stressores*. As estratégias de *coping* que a grávida vai escolher para lidar com estas alterações vão determinar sua qualidade de vida nesse período. Se a estratégia utilizada for um *eucoping* ela encontrará formas eficientes para lidar com os fatores stressores não comprometendo o processo reprodutivo. Porém se a estratégia escolhida for um discoping, este se mostrará ineficiente para lidar com os agentes stressores, podendo comprometer a saúde física e psíquica da grávida e o curso natural do ciclo gravídico puerperal. (Bortoletti 2015, 2018)

A incerteza inerente ao processo reprodutivo também é um fator *stressor*, gerador de angústia. O gestar e o parir é um processo que pode transcorrer naturalmente e com sucesso, porém sabemos que pode reservar muitas surpresas. A gestação naturalmente já gera sentimentos de ambivalência desconfortáveis que frequentemente funcionam como fatores *stressores*. (2011)

Sabemos que a frequência e a intensidade dos fatores *stressores* podem desencadear reações de *stress* com consequentes adoecimentos e isso é válido para as grávidas também. Patologias clínicas podem se desenvolver na gestação como Diabetes Gestacional, Hipertensão,

Hiper ou Hipotireoidismo, Obesidade, Lupus, Cardiopatias, entre outras. Por esse motivo consideramos fundamental que a gestante consiga estabelecer um *eucoping* efetivo diante dos fatores *stressores* naturais das alterações físicas e psíquicas da gestação. (2011, 2018)

Quando temos alguma intercorrência obstétrica que possa comprometer o futuro fetal, naturalmente este será um fator *stressor* importante demandando uma assistência especializada. (Bortoletti, 2015)

Diante desse panorama surge a **Psicologia Obstétrica** desenvolvida à partir das demandas específicas do processo reprodutivo.

A **Psicologia Obstétrica é um conjunto de ações psicoprofiláticas e psicoterápicas que se utilizam da fundamentação teórica da Psicodinâmica do Ciclo Gravídico Puerperal, para a elaboração do diagnóstico intrapsíquico/situacional do casal grávido, intervindo preventiva e terapeuticamente de acordo com protocolos psicológicos especificamente desenvolvidos para assistir essa clientela, em trajetória natural ou em circunstâncias singulares do processo reprodutivo**. (Bortoletti, 2011)

Trabalhar com pacientes durante o processo reprodutivo implica numa demanda de dedicação importante dos profissionais que aí laboram. O Psicólogo Obstétrico deve contemplar em seu campo de atuação os profissionais da Equipe de Saúde, pois estes apresentam um risco significativo de desencadear a Síndrome de *Burnout*. (Bortpletti, Vasconcellos, Sebastiani 2017)

Sobre o Modelo Psiconeuroendocrinológico do *Stress*

Nossa vida diária é permeada por *fatores stressores* que necessariamente não são vivenciados como *stress*. Na verdade, o que irá determinar a ocorrência de *stress* é a forma como cada indivíduo vivencia a situação. A *reação de stress* é singular à forma com que cada indivíduo enfrenta as situações. (Vasconcellos, 2002, 2018)

O *stress*, portanto, pode ser positivo conhecido por *Eustress* ou, negativo denominado de *Distress*. A mesma situação pode ser *eustressante* para uma pessoa e *distressante* para outra, sendo que este panorama pode se alterar na mesma pessoa. A frequência e intensidade dos fatores *stressores* que irão propiciar o desencadeamento das reações de *stress* e o adoecimento. Podemos observar as Fases do Stress na Figura 1. (Vasconcellos, 2017)

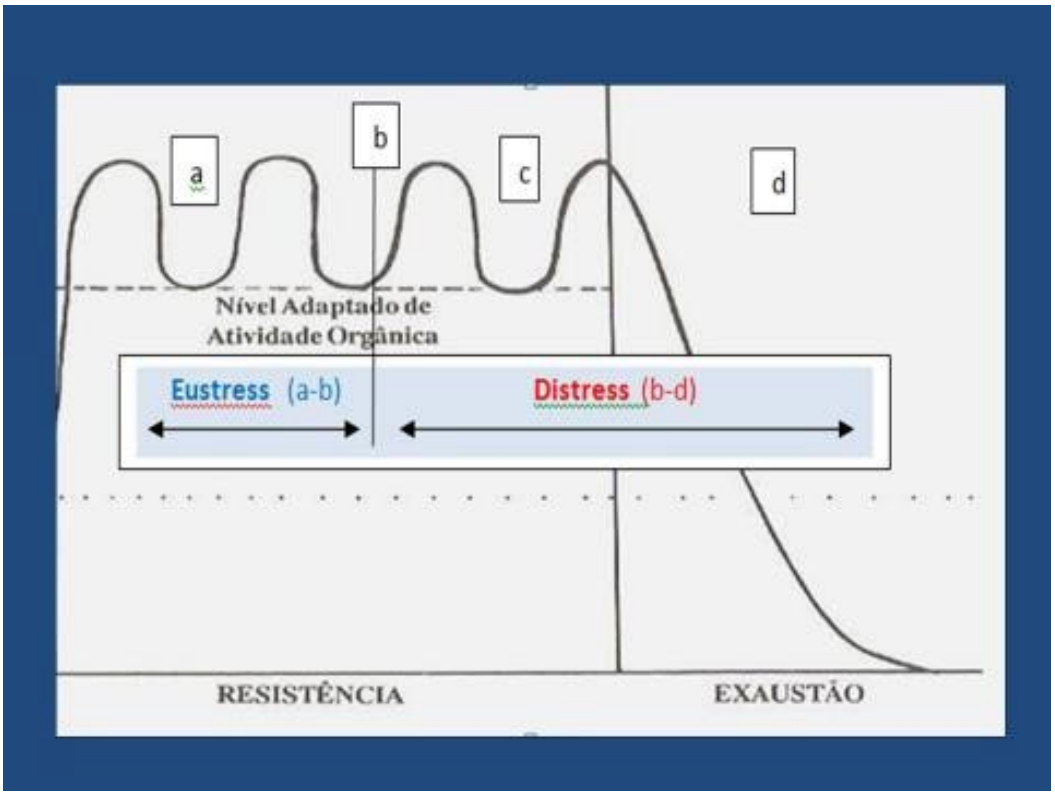


Figura 1 - Fases de Stress. Fonte: Vasconcellos (2017)

a) Na fase adaptada pode haver prazer mesmo que estejamos respondendo às demandas com níveis orgânicos e psicológicos mais elevados (fase a-b);
b) Extendendo a fase de distress para além da fase de resistência, (fase b-c-d) visto que o sofrimento vivenciado na fase de exaustão também é distressante;
c) Que enquanto a dinâmica eustressante da fase de resistência mantiver o movimento de avanço e retorno (setas) o perigo de evolução para a exaustão será menor. Nessa fase os mecanismos de *coping* e de auto-controle produzirão fases refratárias de repouso;
d) Demonstrando que em algum momento da fase de resistência eustressante ocorre uma ruptura que gere, então, o início do efeito deletério da adaptação às circunstâncias stressantes.

Os agentes *stressores* desencadeiam reações e sintomas típicos da fase de alarme do *stress*. Esta reação se caracteriza pela liberação do CRH pelo hipotálamo, ativação da glândula hipófise de onde são liberados uma série de hormônios ativadores de diversos órgãos e sistemas (ACTH, FSH, STH, TSH, GH, ADH). A presença constante dos estímulos *stressores* provoca uma alteração dos níveis basais de secreção desses hormônios, causando um desgaste energético maior, uma alteração anatomo-fisiológica no sistema mais afetado e, por fim, o aparecimento de uma patologia. Essa pode ser de caráter fisiológico ou mental. (Vasconcellos, 2002) Figura 2

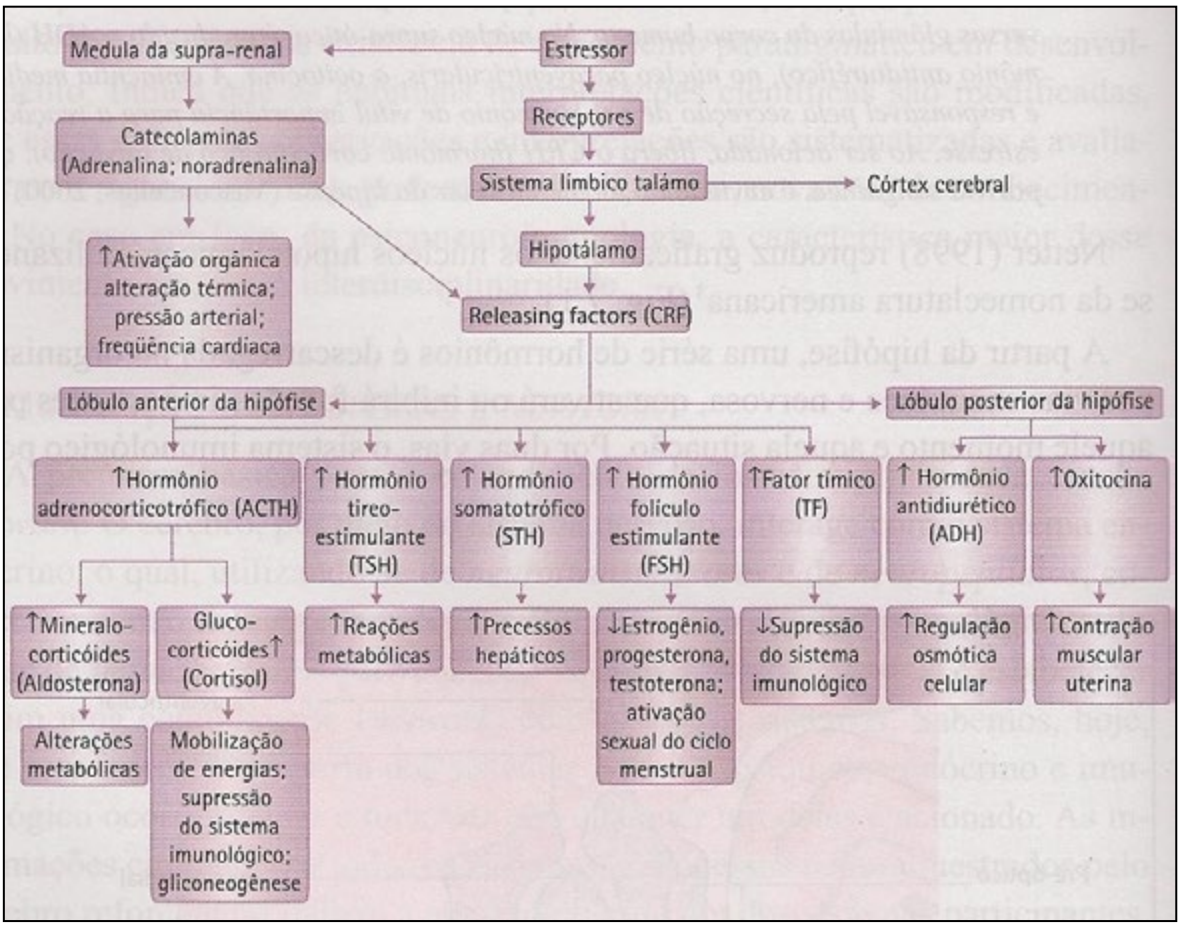


Figura 2 – Resposta neuroendocrinológica do stress. Fonte: Vasconcellos (2002)

Para enfrentar os *fatores stressores* elegemos recursos de *coping*. Este é o processo de recrutamento de registros em várias áreas do aparelho cognitivo (identificação, memória, associação) no sentido de criar uma reposta adequada e eficiente aos fatores *stressores* de uma situação. Dele depende a constituição ou não do estado de distress. Se a resposta for eficiente teremos o *eucoping*, caso contrário, o *discoping*. A saúde física e psíquica do indivíduo depende essa dinâmica. Figura 3 (Vasconcellos, 2017)

Figura 3 – Stress, *Coping*, Burnout, Resiliência (Vasconcellos, 2017)

Sobre o Pré Natal Psicológico

O **Pré Natal Psicológico (PNP) é uma assistência psicoprofilática e psicoterápica personalizada. É indicado em toda e qualquer gestação, utiliza um protocolo padrão do curso natural do Ciclo Gravídico Puerperal, adapta-se às particularidades de cada realidade obstétrica/fetal e prioriza a abordagem do conteúdo psíquico sem detrimento da orientação psicopedagogia e da conscientização corporal terapêutica.** (Bortoletti, 2011)

O objetivo do PNP é desenvolver atitudes de *eucoping* frente aos fatores *stressores* frequentemente presentes no CGP, favorecer a evolução natural do processo reprodutivo, facilitar o desenvolvimento da maternagem e paternagem e prevenir transtornos psíquicos específicos da gravidez e puerpério.

Segundo Bortoletti (2007) o **Pré Natal Psicológico** atua em três esferas que se manifestam concomitantemente: a angústia, a ansiedade e a percepção corporal. A angústia diz respeito acerca dos conteúdos emocionais latentes, a ansiedade acerca do medo do desconhecido e, a percepção corporal, acerca da perda temporária da conscientização corporal em função das alterações reais. O PNP prioriza a abordagem do conteúdo de angústia latente, pois somente após a expressão da angústia e elaboração do conteúdo emocional é possível acessar efetivamente as outras duas esferas.

A abordagem da angústia é baseada na Psicodinâmica do CGP e na **Psiconeuroendocrinoimunologia**, estimulando-se a livre expressão do conteúdo latente e a elaboração deste. A ansiedade é trabalhada através da abordagem psicopedagógica acerca do processo reprodutivo, utilizando-se recursos visuais simples e neutros. Já a conscientização corporal é realizada através de técnicas corporais desenvolvidas especificamente para esse período. A divisão entre as abordagens ocorre no discurso teórico para nortear o psicólogo obstétrico, pois na sessão com a gestante/casal elas se alternam e se complementam. (Bortoletti 2007, 2011, 2018)

As figuras parentais são contempladas no PNP pois estão inseridas naturalmente no processo reprodutivo, apresentando seus conteúdos emocionais que interferem positiva ou negativamente no casal grávido. (Bortoletti, 2007, 2011)

O PNP pode ocorrer a qualquer tempo do CGP, porém a alta nunca deve ser anterior ao terceiro mês pós parto. Os primeiros meses de contato com o recém-nascido são permeados de muitos fatores *stressantes* razão pela qual demandam uma atenção cuidadosa do psicólogo obstétrico. (Bortoletti, 2007, 2011)

1. OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é compreender e desenvolver um protocolo contemplando a interface entre a **Psicologia Obstétrica** e a **Psiconeuroendocrinoimunologia**, utilizando os pressupostos desta última para desenvolver atitudes de *eucoping* frente dos fatores *stressores* inerentes ao CGP, prevenindo a instalação do processo de *distress* e possíveis adoecimentos, propiciando um ambiente saudável ao curso natural do processo reprodutivo.

2. METODOLOGIA

Marco Conceitual: Psicologia Obstétrica e Psiconeuroendocrinoimunologia

Este é um trabalho explicativo sobre assistência psicológica especializada no Ciclo Gravídico Puerperal, que após trinta anos foi submetido a uma releitura e reestruturação que permitiu a interface de duas áreas da saúde: a *Psicologia Obstétrica* e a **Psiconeuroendocrinoimunologia**.

A análise partiu dos dados observados na assistência a casais grávidos no Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo, no período de 2012 a 2018.

Utilizamos o protocolo de PNP desenvolvido pela **Psicologia Obstétrica** norteando o raciocínio de investigação e análise sob a ótica da **Psiconeuroendocrinoimunologia**. (Bortoletti 2007, Vasconcellos 2002)

Anamnese Psicológica: aprofundamos a investigação dos conteúdos emocionais da história de vida, propiciando a emergência de conteúdos reprimidos que possam favorecer a instalação de *distress* ou que possam comprometer a eleição *eucoping*.(Bortoletti 2007, 2011)

Abordagem da Angústia: buscamos focos de *distress* reprimidos ou não, promovendo a elaboração e eleição de *eucoping* frente a esses conteúdos emocionais. Utilizamos técnicas de Visualização Ativa quando indicado. (Bortoletti 2007, 2011)

Abordagem da Ansiedade: substituímos o *distress* desencadeado pelo medo do desconhecido, pelo *eucoping* utilizando recursos psicopedagógicos acerca do CGP (anatomia, alterações gravídicas, desenvolvimento fetal, parto, puerpério, aleitamento materno) Os recursos utilizados foram simples e neutros para não comprometer a livre expressão dos sentimentos ou reações emocionais genuínas. (Bortoletti 2007, 2011)

Abordagem Corporal foi realizada através de várias técnicas: Meditação Terapêutica (Cardoso, 2011); Relaxamento Autógeno de Schultz (Schultz, 1967); Respiração Abdominal; Exercícios Físicos especializados para gestantes; Massagens; Simulado de Parto; Dessensibilização de Cesárea (Técnica desenvolvida à partir do Relaxamento Autógeno de Schultz associado à Visualização Ativa). (Bortoletti, 2007)

3. RESULTADOS

O **Pré Natal Psicológico** se mostrou efetivo no desenvolvimento de atitudes de *eucoping*, prevenindo a instalação de patologias obstétricas e de transtornos específicos do CGP (Depressão Pré e Pós Parto, Psicose Puerperal, Depressão Pós Parto Masculina, Síndrome de Couvade).

A Abordagem da Angústia se mostrou eficiente na elaboração dos conteúdos latentes reprimidos substituindo os fatores *distressores* por recursos de *eucoping* efetivo.

O *distress* frente ao desconhecimento do processo reprodutivo cedeu lugar para atitudes de *eucoping* após a intervenção da ansiedade. Os casais desenvolveram recursos de *eucoping* para o parto onde o *distress* da ansiedade cedeu lugar a autonomia, segurança e felicidade.

O trabalho corporal atuou na mesma sintonia, eliminando *distress* e desencadeando *eucoping*. A Meditação e o Relaxamento além de diluir o *distress* com evidente queda da angústia e ansiedade, criaram condições muito favoráveis para o Simulado de Parto e Dessensibilização da Cesárea. Após estas intervenções registramos ausência de agentes *stressores* relacionados com o parto, independentemente da via em que este ocorreria.

A inserção do pai no processo foi fundamental para o desenvolvimento dos recursos de *eucoping* e no suporte dos momentos de manifestação do *distress*.

A maternagem se instalou de maneira natural apesar das dificuldades inerentes à esse período.

4. CONCLUSÃO

O **Pré Natal Psicológico** contemplado pela interface entre a **Psicologia Obstétrica** e a **Psiconeuroendocrinoimunologia** se mostrou um instrumento efetivo de abordagem no Ciclo Gravídico Puerperal, facilitando e objetivando o trabalho do psicólogo obstétrico.

O **Pré Natal Psicológico** de abordagem **Psiconeuroendocrinoimunológica** é um instrumento valioso no tratamento e prevenção

de processos de *distress*, os quais podem comprometer o trânsito natural do processo reprodutivo e a saúde mental do casal grávido.

Esta abordagem é de utilidade pública e deve ser disponibilizada na Rede Pública de assistência à população. Sugerimos a criação de programas de capacitação de psicólogos obstétricos para atuarem na rede pública a nível Nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bortoletti FF, Vasconcellos EG, Araújo E. A Interface entre a Psicologia Obstétrica e a Psiconeuroendocrinoimunologia. In: Atualização Terapêutica 26ª edição. Editora Artes Médicas, SP, 2018. P 654-657

Bortoletti FF, Vasconcellos EG, Sebastiani RW. Síndrome de Burnout: quando o cuidador adoece. Uma abordagem psiconeuroendocrinoimunológica. In: Angerami WA et col. E a Psicologia entrou no hospital. Artesã Editora Ltda. BH, 2017.

Bortoletti FF et all. Psicologia Obstétrica na Prática da Medicina Fetal – Abordagem Psiconeuroendocrinoimunológica. In: Cardoso RD Medicina Fetal. Atualidades e Perspectivas.Versalhes Comunicação, Go, 2015. p 611-619

Bortoletti FF, Silva MSC, Tirado MCBA. Aspectos emocionais á luz da Psicodinâmica do Ciclo Gravídico Puerperal.In: Moron AF, Kulay L, Camano L. Obstetrícia. Editora Manole, 2011, SP. p 177-194

Bortoletti FF. Assistência Psicológica no Ciclo Gravídico Puerperal. In: Briquet R. Obstetrícia Normal. Editora Manole, 2011, SP. p 261-278

Bortoletti FF. Psicoprofilaxia no Ciclo Gravídico Puerperal. In: Bortoletti FF et al. Psicologia na Prática Obstétrica – Abordagem Interdisciplinar. Editora Manole, 2007. SP. p 37- 46

Bortoletti FF. Formação em Psicologia na prática Obstétrica. In: Bortoletti FF et al. Psicologia na Prática Obstétrica – Abordagem Interdisciplinar. Editora Manole, 2007. SP. p 138-140

Cardoso, R. Medicina e Meditação: Um médico ensina a meditar. MG Editores, 2011

Schultz JH. O treinamento Autógeno. Editora Mestre Jou, São Paulo, 1967.

Vasconcellos EG. Stress, Coping, Burnout, Resiliência: Raízes do mesmo tronco. In: Silva Jr N, Zangari W. (organizadores) Psicologia Social e a questão do hífen . Editora Bluher, 2017; 20, 285-294.

Vasconcellos EG. Psiconeuroendocrinoimunologia. In: Tedesco JA, Faisal A. Ginecologia Psicossomática. Editora Ateneu, São Paulo, 2007; 39-50

Vasconcellos EG. O Modelo Psiconeuroendocrinológico de Stress. In: Seger L. Psicologia e Odontologia. Editora Livraria Santos, São Paulo, 4ª edição, 2002;135-160

Vasconcellos EG. Stress, Resiliência e Burnout. In: Curso de Pós-Graduação *LatoSensu* Psicologia Obstétrica – Universidade Federal de São Paulo - Departamento de Obstetrícia – São Paulo, 2011.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM PSICOLOGIA OBSTÉTRICA

Rafaela de Almeida Schiavo
Universidade Paulista;
Instituto MaterOnline
(rafaela.schiavo@materonline.com.br)

RESUMO

Este trabalho pretende apresentar o panorama de publicações científicas em psicologia obstétrica. Foram considerados trabalhos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde BVS Psicologia. Para a coleta de dados foi utilizada a seguinte palavra-chave no campo de busca da BVS Psicologia: "Psicologia Obstétrica". Os resultados indicaram que não há publicações indexadas na BVS sob o descritor "Psicologia Obstétrica", entretanto, quando inserido "Psicologia and Obstétrica" é identificado 3 Teses, 1 Livro e 4 artigos científicos. Tal resultado indica que a Psicologia Obstétrica apesar de existir desde a década de 80 ainda é uma área muito recente, e com pouca publicação científica. Existe sim, alto número de publicações relacionadas à gestação, parto e puerpério que dão o embasamento teórico para a atuação do psicólogo obstétrico, que pode atuar em hospitais, Unidades Comunitárias de Saúde e na clínica, entretanto, ainda são escassas publicações a respeito da Psicologia Obstétrica, que é uma subárea de vários campos da atuação do psicólogo como uma subárea da Psicologia da Saúde, Psicologia Hospitalar e Psicologia Clínica. Apesar de psicólogos publicarem estudos realizados com gestantes, parturientes e puérperas, estes não se denominam Psicólogos Obstétricos, o que pode ser um dos motivos pelo qual encontramos um baixo número de trabalhos indexados com a terminologia procurada. Produzir estudos voltados especificamente para atuação na área da Psicologia Obstétrica se faz necessário, permitindo que mais psicólogos possam se embasar melhor na sua prática com gestantes, parturientes e puérperas, desenvolver instrumentos psicológicos específicos para avaliação desta população e formando profissionais para esta área tão recente.

Palavras-Chave: Psicologia Obstétrica. Psicologia da Saúde. Psicologia Hospitalar. Psicologia Clínica

INTRODUÇÃO

A psicologia obstétrica existe desde a década de 70 e já recebeu vários nomes. A pioneira no Brasil a trazer essa discussão para o campo da psicologia foi a Psicóloga Maria Tereza Maldonado, na década de 70. Ela escreveu sua dissertação com o título "Psicologia da gravidez" que depois foi transformada em um livro que hoje é uma das referencias mais clássicas da área (Maldonado, 1997).

Na década de 80 temos a psicóloga e professora Fátima Ferreira Bortoletti, desenvolvendo os primeiros trabalhos no hospital Ipiranga, na clínica de Ginecologia e Obstetrícia, ela aproxima o atendimento médico e hospitalocentrico voltados para a saúde da gestante, à um modelo de atendimento psicológico, utilizando o modelo de psicoprofilaxia do ciclo gravídico puerperal, realizando uma interface entre a psicologia da saúde e psicologia hospitalar, criando o termo Psicologia Obstétrica.

A psicologia Obstétrica é definida por Bortoletti, Silva e Tirado (2011 p.177) como:

> Psicologia Obstétrica é um conjunto de ações psicoprofiláticas e psicoterápicas que se utilizam da fundamentação teórica da Psicodinâmica do CGP para elaboração do diagnóstico intrapsíquico/situacional do casal grávido, intervindo preventiva e terapeuticamente de acordo com protocolos psicológicos especificamente desenvolvidos para assistir essa clientela, seja numa trajetória natural ou em circunstâncias singulares do processo reprodutivo.

A partir da atuação da psicóloga Fátima Bortoletti foi possível, criar espaço para esse novo campo de atuação do psicólogo, e começam a existir cursos para formar mais psicólogos capacitados para atender essa demanda, sendo o primeiro em 1986 no "Curso de Extensão: Psicoprofilaxia da Gestação, Parto e Puerpério", que ocorreu no hospital Sepaco em São Paulo.

A psicoprofilaxia no ciclo grávidico puerperal em seus primordios, consistia em uma técnica para diminuição da dor do parto, por meio de condicionamento pavloviano (Lamaze, 1956 apud Maldonado, 2017). Com o tempo, foi ganhando um novo formato, cujos objetivos eram: facilitar a relação do casal diante ao novo papel que terão desempenhar para além do conjugal – o de pai e mãe; promover participação do pai em todo o processo de gestação, parto e pós-parto; facilitar a vínculação mãe-pai-bebê; preparar o casal grávido para a maternidade e paternidade; estimular o desenvolvimento da postura ativa da gestante, favorecendo nela atitudes positivas para o parto e previnir problemas de saúde mental no pó-parto, como a depressão e a psicose (Bortoletti, Moron, Bortoletti Filho, Nakamura, Santana & Mattar, 2007).

Hoje encontramos um número crescente de psicólogos interessados em atuar nessa área, o que inicialmente era um trabalho desenvolvido em hospitais, hoje essa atuação do psicólogo também passou a ganhar espaço na clínica e nas redes de saúde pública. Apesar de ainda ser um número muito pequeno de profissionais atuando nessa área no Brasil.

A psicologia Obstétrica foi ao longo dos anos também recebendo outros nomes como Psicologia da Maternidade e a Psicologia Perinatal, até hoje não temos exatamente um nome específico para o psicólogo que atua com gestantes, parturientes e puerperas, mas o nome Psicologia Obstétrica oferece maior abrangencia da atuação do psicólogo, pois, inclui aí os psicólogos que atuam em outras áreas para além do hospital, como na clínica e nos serviços de saúde e saúde mental.

A palavra Perinatal quer dizer aquilo que está em volta do nascimento, portanto, abrangeria somente psicólogos que atuam com a gestação, parto e pós-parto, excluindo os psicólogos que atuam no planejamento familiar, adoção, luto parental, aborto legalizado, estimulação ao desenvolvimento infantil e programas que estimulam boas práticas parentais.

Vera Iaconelli cria ainda na década de 90 o Instituto Gerar: escola de pais, com a intenção de levar informações a respeito do parto para casais grávidos. E cerca de 10 anos depois, cria cursos que preparava psicólogos para atuação com gestantes, parturientes e puérperas.

No decorrer dos anos, a psicoprofilaxia do ciclo grávidico puerperal, ganha força entre os psicólogos atuantes na área, e passa a receber um novo nome, agora chamado de Pré-Natal Psicológico (PNP).

O Pré-Natal Psicólogico é definido por Bortoletti, Silva e Tirado (2011 p.185) como:

> Pré Natal Psicológico é uma assistência psicoprofilática e psicoterápica personalizada, indicada em toda e qualquer gestação, utiliza um protocolo padrão do curso natural do CGP, adapta-se às particularidades de cada realidade obstétrica/fetal e prioriza a abordagem do conteúdo psíquico sem detrimento da orientação psicopedagógica e conscientização corporal terapêutica.

O Pré-Natal Psicológico ocorre em hospitais, serviços públicos de saúde, além das clínicas de atendimento psicoterápico com gestantes, casais grávidos e suas famílias, existindo protocolos diferenciados de atendimento, dependendo da necessidade da gestante e/ou do casal grávido. O PNP se difere de grupos de gestantes, pois o objetivo do PNP é o de previnir adoecimento mental no pós-parto, por meio de atendimento em grupo ou individual. Diferente dos grupos de gestantes que têm o objetivo de levar informação multidisciplinar para grávidas e casais grávidos, de forma pedagógica, apenas instrucional.

Deu-se até aqui um panorama geral sobre a história da Psicologia Obstétrica no Brasil e devido ao seu início recente como campo de atuação do psicólogo, surgiu à necessidade de se identificar quantos trabalhos científicos foram produzidos nas últimas três décadas no Brasil, utilizando o termo Psicologia Obstétrica ou Psicologia Perinatal no título do trabalho.

MÉTODO

Foram considerados trabalhos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde BVS Psicologia. Para a coleta de dados foi utilizada as seguintes palavras-chave no campo de busca da BVS Psicologia: "Psicologia Obstétrica". "Psicologia Perinatal".

Críterios de Inclusão

Artigos produzidos no Brasil e publicados na lingua portuguesa dos últimos 30 anos, que apresente em seu título o termo Psicologia Obstétrica ou Psicologia Perinatal.

Crítérios de Exclusão

Artigo não produzido no Brasil ou publicado em lingua estrangeira;

Artigos que não tragam no título o Termo Psicologia Obstétrica ou Psicologia Perinatal;

Resultados

Não se-encontrou nenhum artigo científico produzido nos últimos 30 anos utilizando o Termo Psicologia Obstétrica ou Psicologia Perinatal. Entretanto quando não se leva em consideração o uso desses termos pareados no título, é possível encontrar centenas de publicações.

Discussão e Conclusão

Apesar do termo Psicologia Obstétrica, existir há mais de 30 anos e mais recentemente existir o Termo Psicologia Perinatal, os artigos científicos publicados para abordar o tema da atuação do psicólogo no período da gestação, parto e pós-parto, não mencionam em seu título o nome da área de estudo.

Provalmente porque os própriros psicólogos que atuam em hospitais e centros de saúde com gestantes, parturientes e puererperas, desconheçam ainda essas nomenclaruras, dessa forma, produzem conhecimento para esse campo de atuação, sem mencionar o nome da área.

O fato de ainda não termos delimitado como nomear psicólogos que atuam com todas essas questões psicológicas que giram em torno do processo de nascimento e da parentalidade, pode ser um dos motivos pelos quais não encontramos na literatura tarabalhos indexados com os termos Psicologia Obstetrícia ou Psicologia Perinatal.

Este texto, portanto, é o primeiro artigo Brasileiro a inserir em seu título o termo Psicologia Obstétrica, e o primeiro a refletir e contextualizar sobre a história dessa área no Brasil.

É importante que o termo Psicologia Obstétrica possa ser difundido e utilizado nos estudos científicos. Todo aquele profissional da psicologia que atua em hospital, serviços públicos ou privados de saúde, na clínica, na escola ou na organização que atende demandas relacionadas ao planejamento famíliar, luto por perda fetal, abortamento, adoção, gestação, parto e pós-parto, possam ser denominados de psicólogos obstétricos.

Dessa forma, será possível que mais trabalhos científicos possam utilizar esse termo, para que essa área possa ganhar maior visibilidade, maior investimento em técninas e instrumentos a serem utilizados por esse profissional, além de aumentar o número de psicólogos interessados em atuar nesse campo.

REFERENCIAS

Bortoletti, FF., Silva, MSC., Tirado, MCBA. (2011) Aspectos emocionais à luz da psicodinâmica do ciclo gravídico-puerperal. In: Moron, AF. *Obstetrícia*. Barueri, SP: Manole.

Bortoletti, FF.; Moron, AF.; Bortoletti Filho, J.; Nakamura, RM.; Santana, RM. & Mattar, R. (2007) *Psicologia na prática obstétrica*: abordagem interdisciplinar. Barueri, SP: Manole.

Maldonado, MT. (2017) *Psicologia da gravidez*: gestando pessoas para uma sociedade melhor. São Paulo: Ideias & Letras.

Maldonado, MT. (1997) *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva, 1997.

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Claus Stobaus

PARA ALÉM DE UMA ESCUTA CLÍNICA MOUCA: SOBRE O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL

Maria de Fátima Carneiro Dysman Gomes
Universidade Federal do Rio de Janeiro
(fdysman@gmail.com)

Cintia Corrêa de Carvalho
Universidade Federal do Rio de Janeiro
(cintiaccarvalho@gmail.com)

Heitor Coelho Silva
Universidade Federal do Rio de Janeiro
(heitor.coelho.sl@gmail.com)

Natalia Noronha Chaves
Universidade Federal do Rio de Janeiro
(natalianchaves@gmail.com)

RESUMO

Este trabalho foi elaborado a partir da prática clínica a estudantes da UFRJ, onde, enquanto estagiários de Psicologia, prestamos atendimento psicoterápico gratuito a estudantes da instituição. Deparamo-nos com intensas manifestações de sofrimento psíquico que, demandam uma escuta capaz de fundamentar uma intervenção que possa mitigar a crise. Através da sustentação desta escuta, percebemos questões de ordem social e psíquica, como a representação da universidade em suas vidas, articuladas às histórias pregressas dos estudantes singularmente. Entendemos que a escuta é fundamental para apreender a posição do sujeito e seus efeitos na organização sintomática. Nas práticas clínicas atuais, acompanhando uma tradição do modelo médico, percebemos uma escuta onde se ouve sem de fato escutar o sujeito que ali se encontra. A fala termina reduzida a um ato protocolar, para coleta de evidências, e serve para ratificar o saber científico e seu lugar de verdade e controle sobre a sociedade contemporânea. Nos atendimentos empreendidos, firmamos nossa prática, atuando fora do lugar de verdade, tal como a ciência promulga. Objetivamos esmiuçar uma dupla narrativa. A quebra de um modelo hegemônico,

onde um prévio texto douto, trai uma escuta do sujeito e o Campo Psíquico evidenciado nas histórias provenientes da sustentação desta escutaclínica.

Palavras-chave: escuta clínica; assistência estudantil; reconhecimento; sofrimento psíquico; subjetividade.

INTRODUÇÃO

O Programa de Ações Laterais em Assistência da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) tem como objetivo central viabilizar a igualdade de oportunidades entre todos os estudantes, através do suporte aos discentes, ingressantes na universidade através de políticas de ações afirmativas[1], favorecendo a proteção e promoção da saúde, inclusão e acessibilidade destes discentes. Para tanto, diversas ações são empreendidas, com medidas de assistência em relação a moradia estudantil, alimentação, cultura, esporte, lazer, transporte, apoio pedagógico, tecnologia da informação e comunicação, atenção à saúde, entre outras medidas, dentre as quais, a oferta de assistência psicológica aos discentes.

Na UFRJ, a chegada dos estudantes à assistência psicológica proposta pelo Programa se dá por demanda espontânea, bem como por encaminhamentos de demais serviços de saúde ou instâncias de apoio pedagógico da Universidade. Ao buscarem o serviço os estudantes passam por acolhimento e triagem realizada por equipe multidisciplinar que conta com assistentes sociais, psicólogos, além de médicos de diversas especialidades, de acordo com as particularidades de cada caso. Após avaliação da demanda a equipe realiza o encaminhamento dos estudantes à especificidade de atendimento mais adequado ao seu caso. Dessa forma, os atendimentos psicológicos podem ser oferecidos individualmente ou em grupo, por estudantes do curso de Psicologia e também por psicólogos servidores da Instituição.

A atuação da psicologia vai ao encontro do acolhimento de demandas institucionais, num primeiro momento, visando o restabelecimento da saúde psíquica dos estudantes. Neste trabalho tencionamos fazer uma aproximação ao Campo Psíquico evidenciado a partir das histórias provenientes da sustentação da escuta clínica efetuada nos Atendimentos Psicoterápicos aos estudantes da UFRJ, no ano de 2018, bem como refletir acerca do papel da psicologia no atendimento dessa demanda institucional por "cura" de seus males. Propomos tal reflexão através de uma dupla via: por um lado, pensando os dispositivos que a psicologia nos oferece como instrumentos para esta tarefa; por outro, perguntando-nos sobre nosso próprio fazer enquanto psicólogos em formação neste lugar em que nos vemos constantemente confrontados com questões que também nostocam.

ADOECIMENTO PSÍQUICO NA UNIVERSIDADE

A Universidade é constituída por diversos atores em mútua relação, demarcada por variada sorte de aspectos, exigências, formas de expressão individual e coletiva, relações de poder, enfim, modos de ação muito particulares. Seu corpo social (docente, discente, funcionários em geral) assemelha-se a verdadeiro organismo vivo, dotado de uma dinâmica própria, atrelada a estruturas e metabolismos, tendendo à homeostase e também à evolução.

A possibilidade de acesso ao ensino superior traz consigo muitas representações e afeta o âmago da constituição psíquica de cada sujeito, com as suas relações identificatórias e ideais do eu. Assim, este ingresso pode funcionar como um fator de validação e reconhecimento das próprias capacidades; como uma mudança de perspectiva frente às possibilidades de futuro; como um rito de passagem à "vida adulta" ao deixar a rotina escolar, na qual o estudante esteve imerso e tutelado durante, pelo menos, doze anos de sua vida; como um momento de reavaliar planos, sonhos e expectativas.

Na sociedade contemporânea, não existem equivalentes aos ritos de iniciação que, em tempos antigos, marcavam a passagem da infância para a vida adulta. Segundo Dolto (1988) uma saída para o adolescente na atualidade seria a composição de um projeto que tivesse valor simbólico equivalente aos ritos de passagem. Esse projeto permitiria vislumbrar no horizonte um ideal de vida adulta, capaz dar sentido ao longo da adolescência, quando predomina o estado de impotência e dependência econômica. Sem uma marcação equivalente ao rito de passagem, e com a formação acadêmica cada vez mais longa, podemos nos perguntar o quanto a nossa cultura propicia o alongamento do estado de adolescência. Diante deste contexto, podemos igualmente nos interrogar se este "projeto de valor simbólico", fundamentado por Dolto, não se institui no ingresso e vivência da formação acadêmica universitária, uma vez que o curso superior parece estar investido intensamente de sonhos, ideais e projetos de futuro.

A questão da configuração social brasileira também é agente de um forte impacto, no que concerne do que dela é posto dentro dos muros da universidade. Considerando-se que no Brasil 46,1% da população de 25 anos ou mais possuem apenas a educação básica obrigatória e 15,7% concluíram o ensino superior[2], pode-se observar que o acesso à educação superior muitas vezes se traduz como representação idealizada da passagem a um patamar social elevado em relação à comunidade de origem. Assim, em um país assolado por profundas desigualdades sociais, a educação desponta como uma oportunidade de ascensão e progresso profissional, pessoal, familiar e social, conferindo àquele que "foi pra faculdade" um *status* diferenciado e reverenciado, principalmente quando nos referimos, por exemplo, ao filho de uma família que, muitas vezes, é o primeiro membro ao qual é dada a oportunidade de acesso à educação formal. Em certa medida, toda a família se vê representada no êxito daquele sujeito e, não raro, os demais membros aderem a um pacto - tácito ou explícito - de favorecê- lo com todas as condições – ainda que muitas vezes isso represente certa cota de sacrifícios pessoais para os familiares – para que ele possa levar a cabo o desafio de seguir adiante em sua formação educacional, concluindo-a com sucesso, garantindo assim o orgulho familiar e corroborando o imaginário social de que o diploma é dotado de uma autoridade que, por si só, transforma o sujeito. Evidentemente, essa responsabilidade de levar sobre si não apenas o peso das próprias expectativas – o que já seria árdua tarefa – como também uma fantasia de redenção familiar através da própria performance acadêmica e, futuramente, profissional, resulta em importante fator de adoecimento psíquico, juntamente com variada gama de situações, oriundas da dinâmica acadêmica, algumas das quais se mostram potencialmente opressoras.

Tendo em vista as profundas mazelas presentes em importante fatia da sociedade brasileira, não é possível descartar os efeitos subjetivos

[1] Consideram-se os alunos provenientes da Ação Afirmativa aqueles com direito aos benefícios dos programas assistenciais da UFRJ. As 30% das vagas oferecidas em cada curso, na modalidade Ação Afirmativa, são destinadas aos candidatos que tenham cursado integralmente o Ensino Médio em escolas dos sistemas públicos de ensino e que apresentem renda familiar per capita de até um salário mínimo nacionalvigente.

[2] Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), frutos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD-Contínua) de 2018.

das vivências marcadas pela exclusão e precariedade econômica, geográfica e social. Entretanto não é correto supor que o tema seja pertinente apenas a esses estudantes, pois muitas dessas questões podem ser identificadas no discurso de grande parte dos discentes de diversas comunidades acadêmicas. Assim, supomos que o acentuado sofrimento psíquico evidenciado nos jovens estudantes ultrapassa os muros dos que ingressaram através de tais políticas de ações afirmativas. É imprescindível, portanto, estar atento a fim de não se deixar cair na armadilha da patologizar essa camada do alunado.

Os estudantes são oriundos de diversas localidades do país e trazem consigo a diversidade de vivências singulares de suas histórias de vida. Entre muitas características que possuem em comum, podemos destacar: (1) o fato de serem, em geral, provenientes de camadas sociais mais precarizadas e muitas vezes em estado de vulnerabilidade e (2) o alto investimento na Universidade, traduzido nas inúmeras representações de projetos de futuro, onde impera a inclusão e acesso à qualidade de vida. Muitas vezes, deparamos com questões que comprometem o desempenho acadêmico, principalmente conflitos agudos na vida desses estudantes, com intensas manifestações de sofrimento psíquico que, em sua maioria, demandam uma escuta capaz de fundamentar uma intervenção que possa mitigar a crise.

Especificamente quanto às dificuldades enfrentadas por estudantes no âmbito da Universidade podemos destacar a frequente ocorrência no relato de questões como: necessidade de lidar com altas exigências de desempenho – que muitas vezes entram em conflito com o nível prévio de preparação dos estudantes –; excesso de cobrança e culpa diante de eventuais situações de baixo rendimento, reprovações ou qualquer tipo de ocorrência que não corresponda aos padrões que o próprio sujeito estabelecera para si; deslocamentos forçados entre municípios e/ou estados levando a distanciamento da família e do lar com consequente perda da sensação de pertencimento; dificuldade em fazer rede e/ou criar vínculos no novo local de convivência; preconceito e exclusão por parte de colegas e professores; demandas por reconhecimento pessoal e social. Tudo isso resulta em danos ao psiquismo dos estudantes, refletidos em sensação de inadequação, crises de ansiedade, frustração e dúvidas quanto à escolha de curso, descrença sobre a própria capacidade e potencial social, pessoal, acadêmico e profissional, além de manifestações de abuso de drogas lícitas e ilícitas, alterações alimentares, apatias acentuadas, profunda tristeza, experiências de vazio, depressão, ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio efetivo. Tão vasta sintomatologia dá testemunho do nível de sofrimento psíquico vivenciado, que altera e restringe as relações e potencialidades no espaço acadêmico, além da qualidade de vida destes sujeitos. Tal impacto na casa da ciência, lugar da inovação e da excelência científica, mobiliza todo o corpo social da universidade que demanda aos seus agentes Psicólogos, Médicos, Psiquiatras, a restituição do bem-estar, o restabelecimento da normalidade dentro dos muros da universidade. Atender esta demanda institucional é trazer a luz ao mal-estar que tomou conta do espaço universitário?

DA ESCUTA MOUCA À ESCUTA PSICANALÍTICA

Ao longo de nosso trabalho como psicólogos clínicos em formação no âmbito do referido Programa temos oportunidade de escutar e acompanhar toda uma sintomatologia que desvela variada gama de solicitações, problemáticas, histórias de vida. Não é novo dizermos que cada sujeito, no encontro com as variadas circunstâncias que vivencia, traz consigo suas próprias questões que se traduzem em demandas específicas dentro da dinâmica destas relações que se estabelecem ao longo de sua vida. É fundamental que estas particularidades subjetivas sejam consideradas como parte daquilo que o sujeito aporta de si em sua relação com o mundo externo para que se possa alcançar a compreensão da sintomática expressa em suas palavras, especialmente naquelas palavras "não-ditas". Daí surge para nós a importância do conceito de escuta clínica, que se diferencia do entendimento convencional de escuta, conforme amplamente conhecido social e cognitivamente, exatamente no ponto em que a escuta clínica solicita ao analista um posicionamento não convencional frente àquilo que lhe é dito – e não-dito, principalmente – pelo paciente. Trata-se de, através da atenção flutuante, desnaturalizar sentidos cristalizados nas palavras e atos do paciente, a fim de dar lugar ao que o sujeito traz de seu e que fala sobre sua demanda muito mais do que os sentidos vários que poderiam ser capturados em suas palavras *a priori*. A respeito do conceito de atenção flutuante na escuta clínica, Freud (1961, pp. 149-150)assinala:

> Consiste simplesmente em não dirigir o reparo para algo específico e em manter a mesma 'atenção uniformemente suspensa' (como a denominei) em face de tudo o que se escuta. ... Pois assim que alguém deliberadamente concentra bastante a atenção, começa a selecionar o material que lhe é apresentado; um ponto fixar-se-á em sua mente com clareza particular e algum outro será, correspondentemente, negligenciado, e, ao fazer essa seleção, estará seguindo suas expectativas ou inclinações. Isto, contudo, é exatamente o que não deve ser feito. Ao efetuar a seleção, se seguir suas expectativas, estará arriscado a nunca descobrir nada além do que já sabe; e, se seguir as inclinações, certamente falsificará o que possa perceber. Não se deve esquecer que o que se escuta, na maioria, são coisas cujo significado só é identificado posteriormente.

Entendemos que a escuta é fundamental nesse processo, possibilitando uma apreensão da Posição Subjetiva[3] do sujeito e seus efeitos em sua organização sintomática. Ao contrário do modelo hegemônico tradicional[4], que mantém seu foco na escuta seletiva de material para o levantamento de evidências, esta escuta volta-se para o todo, para a integralidade do sujeito, que se revela na forma como este conta sua verdade. Busca-se, desta forma, dar voz não apenas à narrativa expressa, mas ao Sujeito do inconsciente, manifesto através de dispositivos como o ato falho, os chistes, a associação livre, onde a fala livre do sujeito, possa permitir acesso a lembranças, afetos e representações.

HERANÇA DO MODELO ANÁTOMO-CLÍNICO

No contexto histórico do cristianismo a relação do sujeito com o mal – com as dores que lhe acometiam – era permeada pelo viés religioso, remetendo a uma questão de salvação. O entendimento da finitude da existência não era assim considerado já que a vida eterna era garantida por Deus: uma salvação como "prêmio" àqueles que seguissem os preceitos morais estabelecidos pela norma religiosa vigente. Entretanto, segundo Birman (2007, p. 531):

> Esse ideário foi subvertido, contudo, com a emergência da modernidade, que enunciou a problemática da cura com a constituição da medicina moderna. Nesse contexto, a questão da finitude foi novamente colocada em cena, nas relações

[3] "Posição subjetiva" refere-se a uma posição fixa do sujeito diante de suas relações objetais que transparece quando este narra suas histórias e queixumes, sem que este tenha consciência desta.
[4] Este modelo será desenvolvido posteriormente neste artigo.

> intricadas então tecidas entre os registros da 'vida' e da 'saúde', por um lado, e da 'morte' e da 'enfermidade', por outro. O correlato dessa transformação de ponta- cabeça, na relação da sociedade ocidental com o mal, foi a substituição do discurso da religião pelos da ciência e da política, na regulação domal.

Com a chegada da modernidade e a consolidação da medicina moderna a finitude do corpo volta a se tornar uma questão e o conceito de salvação é substituído pelo conceito de cura dos males para aqueles que se submetessem aos preceitos promulgados pela ciência com relação aos cuidados com o corpo físico. Assim, a ciência passa a ocupar o lugar daquela que sabe "curar", na vacância do lugar que anteriormente era ocupado por Deus, que levaria à "salvação". O saber médico ganha, dessa forma, a primazia no discurso sobre a vida/morte, uma vez que a ressignifica em moldes de saúde/doença, classificando sujeitos, quando enfermos, de acordo com seus sintomas e arbitrando-lhes as diretrizes a serem seguidas para retornar à normalidade.

A partir deste lugar ocupado pela ciência médica surge, na passagem do século XVIII para o século XIX, o modelo anátomo-clínico, em que os signos e sintomas manifestados pelos doentes remeteriam a uma lesão inscrita no corpo anatômico – esta sim passível de tratamento e cura. A Escuta ao paciente era direcionada exclusivamente para aquelas falas que pudessem corroborar o mapeamento de sinais que levassem ao diagnóstico da lesão. A fala do paciente fora deste contexto era descartada. Nas práticas clínicas atuais, acompanhando uma tradição do modelo médico, percebemos uma espécie de seletividade naquilo que ao especialista interessa – ou não – ouvir quando depara com o relato do enfermo a respeito de sua moléstia, resultando em que aquele ouça sem de fato escutar, porém, o sujeito que ali se encontra. Sobre essa questão, Birman (2003, p. 10) observa: "Em decorrência disso, o enfermo como subjetividade foi sendo progressivamente excluído e silenciado da cena da enfermidade. A singularidade deste, portanto, foi progressivamente colocada de lado, excluída que era de qualquer implicação no processo de adoecimento."

Dessa forma, a escuta clínica do discurso subjetivo trazido pelo paciente com relação às suas queixas foi sendo deixada de lado, dando lugar a uma escuta aparentemente "surda", interessada apenas em registrar questões objetivas em busca de sinais fisiológicos, que pudessem orientar um diagnóstico e o tratamento de doenças físicas exclusivamente. Entretanto, desconsiderando o discurso do sujeito sobre a experiência subjetiva de sua enfermidade, sua fala termina sendo reduzida a um ato protocolar, com o objetivo de fornecer evidências clínicas sobre a fisiologia (o funcionamento orgânico) as quais possam sustentar o saber científico e seu lugar de verdade e controle sobre a sociedade contemporânea. Assim, esse modelo se resumiria a uma transmissão de conhecimento do especialista para o paciente, onde este não tem voz relevante sobre seu sofrimento e tratamento.

> Leriche argumenta que saúde é o silêncio dos órgãos, porém para Canguilhem isto implica dizer que a doença só existe, e só pode ser prevenida, pois antes existiu um doente. Isto ainda implica dizer que o primeiro a queixar-se é o doente e, portanto, a patologia do saber médico não pode estar dissociada da realidade do indivíduo. O autor ainda complementa afirmando que 'não há nada na ciência que antes não tenha aparecido na consciência e que especialmente no caso que nos interessa, é o ponto de vista do doente que, no fundo, é verdadeiro. (Silva, Einloft & Pizzinato, 2010).

PASSAGEM AO MODELO PSICANALÍTICO

De acordo com Birman (2003), o discurso freudiano se constituiu pela ruptura operada sobre o modelo anátomo-clínico e pela valorização daquilo que a medicina positiva desconsiderara e que excluíra intencionalmente da experiência da enfermidade, colocando em cena a fala do humano e atribuindo-lhe o papel principal no desvelamento do sofrimento mental e somático. Com isso, desarticulou a cartografia corporal estabelecida pela racionalidade médica, centrada na anatomia patológica, enunciando, então, uma outra cartografia do corpo, na qual a linguagem e o fantasma seriam agora fundantes.

> Com efeito, se a medicina fica sempre impotente face ao corpo ruidoso, mas silencioso e a psiquiatria não pode regular esse pelos recentes instrumentos da psicofarmacologia de maneira eficaz, a psicanálise centrada no campo da fala e da linguagem, em contrapartida, espera sempre de maneira incerta que o inaudível se transforme finalmente em verbo, para que se possa consubstanciar então em gestos de cuidados. Portanto, a cena da clínica se dramatiza então, pelos impasses que se multiplicam nestes diferentes campos de recepção, de maneira que a perplexidade toma literalmente a forma de corpo, que se avoluma cada vez mais nos seus efeitos de opacidade. (Birman, 2003, p.3).

A concepção da cura segundo Lévi Strauss, em sintonia ao discurso psicanalítico, já nos remonta para algo essencial que é perdido nesta mordaça simbólica operada pela intervenção médica ocidental.

> Segundo Lévi-Strauss, a cura médica no Ocidente separa o universo da causa objetiva da doença (o micróbio, por exemplo) do mundo subjetivo do paciente, ao passo que a cura xamânica, pelo contrário, desconhece essa separação. E é por isso quepermiteseuêxito,poisacausadadoença(omonstro)defatotem,noparadigma xamânico, o mesmo estofo que o universo das representações subjetivas do doente. Desse modo, a prática simbólica influência a causa. (Zafiropoulos, 2018, pp. 84-85).

A relação entre monstro e doença é uma relação de símbolo à coisa simbolizada, ou, para empregar o vocabulário dos linguistas, de significante a significado. "O xamã fornece a sua doente uma linguagem, na qual podem se expressar imediatamente estados não formulados ou até impossíveis de formular." (Zafiropoulos, 2018, pp.84-85).

Empreendemos com nossa prática uma diferenciação entre a escuta até hoje adotada no modelo médico, oriunda do modelo anátomo-clínico dominante – que exclui a experiência subjetiva presente nas enfermidades, voltando-se apenas para o registro objetivo da mesma – e uma escuta psicanalítica, pautada na Associação Livre[5], não valorizando, *a priori*, nenhum dos elementos do discurso do sujeito isoladamente. Assim, fundamentados no método psicanalítico, no âmbito do Projeto de atendimento por nós executado, firmamos nossa prática clínica atuando situados fora do lugar de verdade ou de certezas prévias – tais como a ciência promulga – onde esta opera sob o viés do discurso do mestre, e passando a nos posicionar no lugar de supostosaber[6].

[5] O termo "Associação Livre" foi proposto por Freud e consiste em convidar o paciente a falar o que lhe vier à mente, sem censura prévia.

[6] Termo elaborado por Lacan, que se refere ao lugar que o analista ocupa na transferência, onde ele é remetido a um lugar de um saber transferencial. O analista sustenta este lugar (de saber transferencial) com o intuito de desvelamento da dinâmica psíquica que se evidencia, ciente de que este saber é uma miragem, portanto, um saber suposto.

Para a Psicanálise os fatos não são tão relevantes quanto a posição em que o sujeito se situa frentes a eles. O que o analista escuta inicialmente é a versão dos fatos elaborada pelo sujeito. Desta forma, sua escuta é orientada para o conteúdo da fala do paciente, que muitas vezes destoa do foco da queixa em si, dando outras associações e sentidos que, apesar de não terem um nexo aparente, fazem muito sentido, no que diz respeito ao arcabouço psíquico do paciente. Entretanto, outra etapa se faz necessária para possibilitar vislumbrar a Posição Subjetiva deste.

Como evidencia Miller (1997, p. 235): "O essencial, contudo, é o que o paciente diz. Isto significa que o analista deve separa-se da dimensão do **fato**, para ingressar na dimensão do **dito** No método lacaniano, porém, não basta passar da dimensão do **fato** para a do **dito**" [grifo nosso]. Desta forma, Miller adverte que a dimensão do Dito não equivale à direção da escuta do analista. Ele deve não apenas escutar a narrativa do paciente, mas também a forma como esta é realizada. A forma como se apresenta, suas ambivalências e intensidades em enunciados aparentemente banais, os enganos. Todos estes aspectos transbordariam no Enunciado do sujeito, marcando o aparecimento do sujeito do inconsciente, com suas formas de conflitos, enrijecimento e posições fixas diante do mundo. Enfim, a escuta destes, permitem o desnudamento da sua PosiçãoSubjetiva.

Desta maneira, unicamente ir dos fatos aos ditos não é suficiente. Um segundo passo essencial é "questionar a posição tomada pelo sujeito que fala com relação aos próprios ditos; e, a partir dos ditos, localizar o dizer do sujeito, retomar a enunciação ... questionar qual o lugar em que está o anunciante frente ao enunciado" (Miller, 1997, p. 236). Assim, o paciente narra suas histórias sem a percepção de que através delas nos apresenta partes subjetivas de si, sem realmente entender fazê-lo. Este é um hiato entre o Dito e o Dizer que aponta para as questões referentes ao sujeito. Significa que uma porção deste invade a forma como se apresenta seu Enunciado, sendo esta porção invasora denominada Enunciação.

Em um contexto de grande adoecimento psíquico verificado entre os sujeitos que transitam no espaço acadêmico desponta a urgência em debruçar-se sobre este fenômeno, buscando modos de intervenção no sentido de minorar o sofrimento psíquico dos estudantes, bem como, indissociada desta intervenção, colocar em questão a nossa própria prática e implicação enquanto atores desta cena. Uma vez que o espaço acadêmico é tomado por um modelo hegemônico entendemos que só será possível à Academia produzir, reconhecer e valorizar aquilo que se enquadre nos moldes da ciência. Entretanto, quando tomamos a ciência como discurso hegemônico, não escutamos as individualidades e, como consequência, potencializamos os discursos de exclusão. Deste modo, alunos de vários contextos socioculturais não encontram um lugar na Academia porque não se traduzem e não se reconhecem no discurso hegemônico da ciência. Boaventura Santos nos remete ao lugar do discurso da ciência, muitas vezes representado de forma hegemônica na universidade:

> A ciência moderna construiu-se contra o senso comum que considerou superficial, ilusório e falso. A ciência pós-moderna procura reabilitar o senso comum por reconhecer nesta forma de conhecimento algumas virtualidades para enriquecer a nossa relação com o mundo A ciência pós-moderna, ao sensocomunizar-se, não despreza o conhecimento que produz tecnologia, mas entende que, tal como o conhecimento se deve traduzir em autoconhecimento, o desenvolvimento tecnológico deve traduzir-se em sabedoria de vida. (Santos, 1988, p. 70).

A universidade, que ocupa o *status* de um novo lar, já que os estudantes vêm de sua própria casa para se instalar sob seu teto, em certa medida surpreende a estes alunos deixando-os "sem teto" ao desconsiderar produções destes que sejam baseadas, não apenas no discurso científico, mas em vivências, experiências prévias, observações de mundo. Assim, o discurso científico mais uma vez ocupa o lugar de silenciar a subjetividade da experiência, marcando ainda mais uma população que já é fragilizada por variadas situações de exclusão.

CONCLUSÃO

> "Hoje eu tenho um conhecimento que é valorizado aí fora porque é um conhecimento acadêmico. Tive que aprender tudo de novo, pois tudo o que eu sabia joguei no lixo quando cheguei à universidade simplesmente porque não servia aqui dentro, eu não iria chegar a lugar algum com aquilo. Mas com isso eu joguei fora muito da minha espontaneidade também. Hoje eu percebo que eu sou um arremedo de mim, uma cópia mal feita do que eu era quando cheguei aqui." (X., estudante, 27 anos).

A democratização da Universidade, através da implementação de políticas de ações afirmativas, representa um enorme avanço nas oportunidades de acesso e permanência de estudantes de variados perfis sociais e culturais, conferindo maior pluralidade e enriquecimento tanto para os próprios discentes quanto para a sociedade como um todo. Este, indiscutivelmente, configura-se como um bônus sem precedentes ao percurso da educação no Brasil. Entretanto, atualmente temos deparado com frequência a notícias que dão conta de processos de adoecimento psíquico em ambientes de ensino, revelando situações de forte sobrecarga emocional, traduzindo-se em graves acometimentos aos discentes.

Compreendendo que marcas subjetivas próprias de cada sujeito são atualizadas nas relações dos estudantes com o meio acadêmico, produzindo diferentes formas e graus de impacto de acordo com suas diversas e singulares histórias, perguntamo-nos: qual seria o caminho mais produtivo para lidar com o sofrimento psíquico que pode derivar da relação com o ambiente acadêmico. A escuta clínica apurada nos coloca em desacordo com uma postura de atendimento que vise o restabelecimento estudantil, adotando estratégias meramente adaptativas para que, os estudantes suportem uma estrutura, quando muitas vezes é como efeito desta, que provém o adoecimento. Decorre também desta escuta aevidenciação das questões subjetivas, associadas à naturalização de mecanismos perversos que estão em curso em um lugar de construção de saberes. Permanece, portanto, o desafio de possibilitar a circulação dos variados imaginários e discursos que atuam em uma Universidade, como forma de desvelamento do que está no cerne das questões do sofrimento discente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Birman, Joel (2003). Corpos e formas de subjetivação em Psicanálise. *Estados Gerais de Psicanálise: Segundo encontro mundial*, Rio de Janeiro. Disponível em http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/3_Birman_38020903_port.pdf

Birman, Joel. (2007). A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*,*14*(2), 529-548. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000200008&lng=en&nrm=iso

Clavreul, J. (1983). A Ordem médica: Poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Editora Brasiliense.

Dolto, Françoise (2004). A Causa dos Adolescentes. São Paulo: Editora Ideias e Letras.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência de Notícias IBGE (2018). Dados da PNAD-Contínua referentes a 2017. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101576_informativo.pdf

Freud, Sigmund (1969). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud.* (J. Abreu, trad.,Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1912)

Lacan, Jacques (1998). Para além do "Princípio de realidade". Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.

Miller, Jacques-Alain (1997). Lacan Elucidado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.

Santos, Boaventura de Souza (1988). Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estudos avançados*, São Paulo, 2(2), pp.46-71. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ea/v2n2/v2n2a07.pdf

Silva, Thiago Loreto Garcia da, Brunnet, Einloft, Lindern, Daniele, & Pizzinato, Adolfo. (2010). O normal e o patológico: contribuições para a discussão sobre o estudo da psicopatologia.*Aletheia*, (32), 195-197. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000200016&lng=pt&tlng=pt.

Zafiropoulos, Markos (2018). Lacan e Lévi-Strauss ou o retorno a Freud. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

SESSÕES PARALELAS VI

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Emilia Costa

A MATERNIDADE DE MULHERES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Djuliane Maria Gil Schaeken Rosseti
Universidade Federal do Amazonas – PPGPSI / UFAM
(djuliane.rosseti@gmail.com)

Denise Machado Duran Gutierrez
Universidade Federal do Amazonas – UFAM (ddgutie@ufam.edu.br)

RESUMO

A mudança de paradigmas dentro da ciência fez surgir, na saúde mental, a reforma do pensamento reducionista da psiquiatria tradicional.A reforma psiquiátrica propõe a árdua tarefa de mudar o foco das ações e serviços em saúde da doença para a sujeito. Após dezessete anos da reformulação da Política Nacional de Saúde Mental brasileira, ainda não foi possível concretizar a atenção integral dos sujeitos em sofrimento psíquico. Quando o assunto é a maternidade de mulheres em sofrimento psíquico, parece que ainda caminhamos a passos lentos. A fim de conhecer a produção teórica sobre o tema, foi realizada a revisão da literatura existente com os descritores 'saúde mental' e 'maternidade' correlacionados nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).Tendo em vista a restrição de títulos em língua portuguesa, buscou-se nos bancos de dados internacionais associados à plataforma produções com base no descritor 'mental health' correlacionado com descritores 'mothering' e 'parenting'. A análise das produções encontradas evidenciou a escassez de pesquisas que dialoguem acerca das vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico. Tal achado corrobora a percepção da realidade atual brasileira: a assistência integral da mulher em sofrimento psíquico está longe de ser efetivada. O reconhecimento dessa vivência é condição necessária para a execução dos serviços de saúde mental em consonância com os princípios de equidade e integralidade preconizados pelo Sistema Único de Saúde(SUS). Assim, torna-se fundamental que os serviços de saúde contemplem essas mulheres para além do lugar de portadoras de uma doença.

Palavras-chave: Saúde Mental, Saúde da Mulher, Produção de Cuidados.

INTRODUÇÃO

A história da sociedade moderna é uma história de rupturas. Assim como tanto outros grupos, os loucos lutam para romper com ideais separatistas construídos pela ciência e perpetuados pela cultura. Talvez aqui caiba uma correção: os loucos, indivíduos despidos de razão, historicamente não tinham como ser ouvidos ou fazer de si instrumentos de luta. Cientistas e profissionais de saúde atuantes na área passaram a questionar os critérios de normalidade e os reais efeitos da medicalização excessiva enquanto instrumento de cura dos indivíduos, embora essa promovesse intensa exclusão social (Canguilhem, 2015; Amarante, 2007).

A ênfase dada sobre a doença ao invés do sujeito, e o sistema terapêutico baseado na hospitalização, fez nascer o paradigma psiquiátrico tradicional. A bem da verdade, não podemos negar que este modelo produziu um saber original sobre as doenças. No entanto, Amarante (2007) chama a atenção para o fato de esse saber referir-se a uma doença institucionalizada, ou seja, uma doença modificada pela ação prévia da instituição. Almejava-se a doença em estado puro, mas, ao fim, tinha-se uma doença produzida e transformada pela própria intervenção médica.

Ao longo do século XX, o sistema adotado pelo paradigma psiquiátrico sofreu duras críticas. Em 1964, Basaglia, psiquiatra e diretor de hospital psiquiátrico rouba a cena ao apresentar *A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização*. A narrativa é uma denúncia da exclusão social representada pela internação psiquiátrica e da violência que as técnicas cientificas exercem sobre os pacientes. O interesse de Basaglia recai sobre a emancipação dos sujeitos e a utilização da linguagem como instrumento de mediação para o reconhecimento do mundo vivido e apresentado na negociação terapêutica. Dar voz aos loucos permite o retorno à condição de cidadania (Basaglia, 2005). Nasce, então um novo paradigma: a reforma psiquiátrica.

Como alternativa à institucionalização, Basaglia põe em pratica o modelo de Comunidades Terapêuticas. A proposta transforma os pacientes em sujeitos e reconhece que as relações humanas devem ser democraticamente fundadas, favorecendo a aquisição da autonomia e a autorrealização. Os procedimentos terapêuticos empregados implicavam na liberdade de comunicação, na democratização dos papéis sociais e a construção de uma comunidade de intenções e objetivos (Basaglia, 1985).

A queda das fronteiras físicas, representada pelos muros hospitalares, implica na desconstrução de fronteiras simbolicamente estruturadas. Assim, propõe-se a criação de condições para a produção de outras abordagens cunhadas a partir da complexidade dos fenômenos inerentes ao ser humano e que possam colocar a doença mental entre parentes. Colocar a doença entre parênteses não significa negar a sua existência, mas sim romper com a característica de objeto imposta ao sujeito e a sua experiência pelo positivismo da psiquiatria tradicional (Amarante, 2007).

No Brasil, a reforma psiquiátrica caminhou de mãos dadas com a reforma sanitária. A população brasileira presenciou, na década de 1980, um embate sociopolítico em prol do direito à saúde. No campo da saúde mental, oficialmente, as conquistas foram duas: (1) racionalização, humanização e moralização das instituições psiquiátricas; e (2) criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação. No entanto, essas estratégias não tiveram impacto significativo sobre a qualidade do atendimento e tampouco êxito na mudança da hegemonia hospitalar (Tenório, 2009).

A reforma ganhou força com a incorporação do protagonismo de usuários, familiares, profissionais e outros ativistas de movimentos sociais, que se mostravam insatisfeitos com a prevalência nociva do modelo hospitalar/asilar. Assim, assistiu-se ao surgimento de experiências institucionais bem sucedidas na construção de um novo tipo de cuidados em saúde mental, tais como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Somado a estas conquistas, o Ministério da Saúde passa a incentivar a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e reestrutura a assistência à saúde mental segundo o modelo de redes de atenção (Brasil, 2001; Brasil, 2004; Tenório, 2009).

A perspectiva da atuação em redes de atenção traz consigo a ação segundo os princípios de integralidade, intersetorialidade e corresponsabilidade. Isto é, o indivíduo que procura o serviço de saúde deve ser visto em todos os seus aspectos de vida, e não somente a doença, e, por isso, as estratégias de intervenção devem perpassar todos os setores sociais – e não somente o setor da saúde mental – e todos os atores envolvidos no processo devem estar efetivamente comprometidos com as melhorias de saúde (Mendes, 2011; Brasil, 2004; Amarante, 2007).

Esta nova abordagem, comprometida com o paradigma da reforma psiquiátrica, visa romper com a construção da doença mental enquanto condição única do sujeito e que, por consequência, torna os profissionais "psi" como os únicos responsáveis pelo tratamento.

A questão que ainda permeia este novo campo paradigmático é: estariam os profissionais de saúde inseridos na rede conseguindo colocar a doença mental entre parênteses? Estariam eles utilizando do diálogo como instrumento de acesso às singularidades do mundo vivido pelo sujeito em sofrimento psíquico? Helman (2009), crítica representante da antropologia médica, aponta que a sociedade ocidental ainda não conseguiu alcançar a sua autonomia profissional no que diz respeito à olhar para o *sujeito* e, por tal motivo, termina por repetir as mesmas práticas reducionistas. A primazia de um modelo universal de saúde objetivista e reducionista descontextualiza o sujeito e o torna incompreendido.

A utilização do termo *sujeito em sofrimento psíquico* não é ao acaso. A legislação brasileira utiliza a expressão "portador de transtorno mental". Todavia, Paulo Amarante (2007) defende que se trata de uma expressão que atribui ao sujeito um caráter de inseparabilidade entre si e o transtorno mental, tornando-o um fardo da personalidade. Como alternativa, sugere a utilização do termo sujeito em sofrimento psíquico, "*pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar num sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito*" (Amarante, 2007, p.68).

Uma vez rotulados como portadores de transtorno mental, os indivíduos estão sujeitos a uma série de estigmas culturais que direcionam o papel social a ser desempenhado, aprendendo comportamentos que favoreçam a comunicação entre seus pares. Assim, passam a depender da sociedade em geral para serem "desrotulados" e dispensados do papel de doente (Helman, 2009).

Nesse sentido, quais seriam as implicações do rótulo da loucura na saúde integral da mulher? Como seriam direcionados os seus papéis sociais? Onde buscar apoio para suas vivências da maternidade? Com base na perspectiva de gênero, este estudo teve por objetivo compreender, a partir das experiências nacionais e internacionais relatadas na literatura da área, como se dá o cuidado a saúde de mulheres em sofrimento psíquico que experienciam a maternidade no seu dia a dia.

MÉTODO

Optou-se por uma pesquisa bibliográfica em forma de revisão de literatura, visando explorar a produção teórica sobre a temática da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico. Segundo Sampaio e Mancini (2007, p.1), "este tipo de estudo serve para nortear o desenvolvimento de projetos, indicando novos rumos para futuras investigações e identificando quais métodos de pesquisa foram utilizados em uma área". A revisão de literatura tem se mostrado uma ferramenta bastante difundida no campo da saúde, visto que produzem evidências sobre a eficácia e os efeitos de intervenções.

Em um primeiro momento, foi realizado um levantamento com os descritores 'saúde mental' e 'maternidade' correlacionados nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS/BIREME). Como resultado, obteve-se o quantitativo de 5.747 (cinco mil setecentos e quarenta e sete) produções. Aplicado o filtro de texto completo disponível e publicação nos últimos cinco anos (2017-2013), reduzimos o total para o total de 1.186 (um mil cento e oitenta e seis). Tendo em vista o caráter histórico e cultural que implica o tema e com o intuito de conhecer a produção nacional, resolveu-se aplicar o filtro de "produções brasileiras". Ao fim, foram contabilizados 37 (trinta e sete) produções, sendo todos artigos resultantes de pesquisas. Utilizou-se, ainda, os descritores 'transtorno mental' e 'maternidade' correlacionados e os mesmos filtros já listados. Obteve-se um total de 7 (sete) artigos, estando todos contidos na pesquisa anterior. Após a leitura do material coletado, evidenciou-se a presença de 4 (quatro) que lidavam com a concepção do transtorno mental / sofrimento psíquico durante a maternidade.

Reconheceu-se que a preferência por produções brasileiras limitou o mapeamento de estudos internacionais a respeito das vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico. Desta forma, ampliou-se o campo de busca para produções de língua inglesa. Foram utilizados os descritores 'mental health' e 'mothering'. A priori, foram listados 330 (trezentos e trinta) produções. Ao aplicar o filtro de "publicaçõs nos últimos cinco anos", obteve-se um quantitativo de 106 artigos artigos completos. Definiu-se como critérios de inclusão no estudo a narrativa acerca da experiência da maternidade de mulheres diagnosticadas com transtorno mental e foi possível obter, ao fim, 3 (três) artigos.

Utilizou-se, adicionalmente, os descritores 'mental health' e 'parenting' a fim de abarcar a literatura que discorra acerca da vivência da parentalidade quando um dos membros é diagnosticado com transtorno mental. Como resultado, foram encontrados 9.214 (nove mil duzentos e catorze) artigos completos. Ao selecionar os artigos publicados nos últimos cinco anos, o quantitativo reduziu para 3.293 (três mil duzentos e noventa e três) produções. Decidiu-se aqui aplicar como filtro a "presença de transtorno mental", reduzindo a número para 159 (cento e cinquenta e nove). Após aplicar o critério de inclusão já descrito e excluindo aqueles que já haviam sido listados anteriormente, finalizamos com 21 (vinte e um) artigos.

Somando o quantitativo obtido nas três etapas de pesquisa na BVS, foram selecionados um total de 29 (vinte e nove) artigos a serem analisados. Após leitura minuciosa e fichamento de ideias centrais, os artigos foram agrupados por similaridade, resultando na formação de três dimensões temáticas.

RESULTADOS

As tabelas a seguir apresentam os artigos que foram selecionados e analisados, segundo o periódico e o ano de publicação. A Tabela 1 enumera as produções nacionais enquanto a Tabela 2 lista as produções internacionais.

Tabela 1. Publicações nacionais relacionadas ao sofrimento psíquico e a maternidade segundo periódico e ano

Publicação	Autores	Periódico	Ano
1. Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave	Carneiro et al.	Revista de Psicologia	2014
2. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto	Arrais et al.	Saúde Sociedade	2014
3. Experiências de parentalidade como fatores geradores de sofrimento em mulheres	Langaro e Pretto	Fractal: Revista de Psicologia	2015
4. Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil	Henriques et al.	Cad. Saúde Pública	2015

Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde – BVS

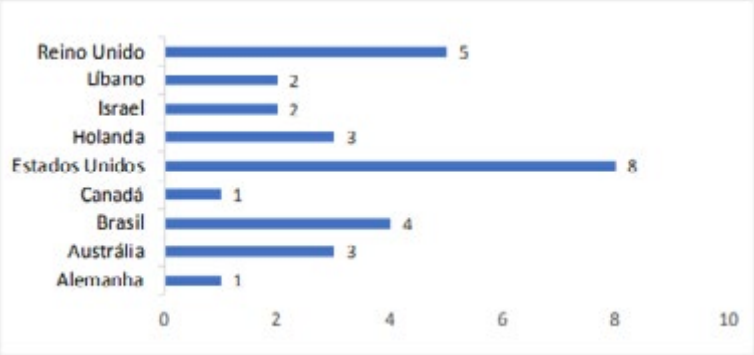
Tabela 2. Publicações internacionais relacionadas aos descritores 'mental health', 'mothering' e 'parenting' segundo periódico, ano e país de origem

Publicação	Autores	Periódico	Ano	País
5. Mental health services for parents affected by mental illness	Krumm, Becker e Wiegand-Grefe	Wolters Kluwer Health	2013	Alemanha
6. Motherhood in Women with Serious Mental Illness	Benders-Hadi, Barber e Alexander	Psychiatr Q	2013	Estados Unidos
7. Pre-conception to parenting: a systematic review and meta- synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness	Dolman, Jones e Howard	Arch Womens Ment Health	2013	Reino Unido
8. The acceptability and feasibility of the Baby Triple P Positive Parenting Programme on a mother and baby unit: Q-methodology with mothers with severe mental illness	Butler et al.	Arch Womens Ment Health	2014	Reino Unido
9. Assertive Community Treatment for Parents With Serious Mental Illnesses: A Comparison of "Parent- Sensitive" Assertive Community Treatment Teams Versus Other Teams	White et al.	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Estados Unidos
10. Context and Opportunity: Multiple Perspectives on Parenting by Women With a Severe Mental Illness	Barrow et al.	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Estados Unidos
11. Outcomes of Programs Serving Mothers With Psychiatric Disabilities and Their Young Children: A Multisite Case File Abstraction Study	Cook, Steigman e Jonikas	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Estados Unidos
12. Parenthood and Severe Mental Illness: Relationships With Recovery	Bonfils et al.	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Estados Unidos
13. Parents Served by Assertive Community Treatment: Parenting Needs, Services, and Attitudes	White, McGrew & Salyers	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Estados Unidos
14. Availability of Services for Parents Living With Mental Disorders: A Province-Wide Survey	Hilton e Turan	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Canadá
15. For Parents With Mental Health Conditions: The Chance to "Have It All" at Work and at Home	Nicholson	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Líbano
16. Recovery in a Family Context: Experiences of Mothers With Serious Mental Illnesses	Carpenter-Song et al.	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Líbano
17. "It's Not That Straightforward": When Family Support Is Challenging for Mothers Living With Mental Illness	Perera e Short	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Austrália
18. Parenting and Psychiatric Rehabilitation: Can Parents With Severe Mental Illness Benefit From a New Approach?	van der Ende et al.	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Holanda
19. Preventive Family Service Coordination for Parents With a Mental Illness in the Netherlands	Wansink et al.	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Holanda
20. An exploratory randomised controlled trial of a web-based integrated bipolar parenting intervention (IBPI) for bipolar parents of young children (aged 3– 10)	Jones et al.	BMC Psychiatry	2015	Reino Unido
21. Mental illness and parenthood: being a parent in secure psychiatric care	Parrot, Macinnes e Parrott	Criminal Behaviour and Mental Health	2015	Reino Unido
22. Therapeutic Factors in a Group for Parents with Mental Illness	Shor et al.	Community Ment Health	2015	Israel
23. Evaluation of an antenatal acupuncture intervention as an adjunct therapy for antenatal depression (AcuAnteDep): study protocol for a pragmaticrandomised controlled trial	Ormsby et al.	Trials	2016	Austrália
24. Mothering from the Inside Out: results of a pilot study testing a mentalization-based therapy for mothers enrolled in mental health services	Suchman et al.	Attachment & Human Development	2016	Estados Unidos
25. Prevalence of Serious Mental Illness among Parents in the United States: Results from the National Survey of Drug Use and Health, 2008-2014	Stambaugh et al.	Annals of Epidemiology	2016	Estados Unidos
26. An Emotional Awareness Based Parenting Group for Parents with Mental Illness: A Mixed Methods Feasibility Study of Community Mental Health Nurse Facilitation	Isobel, Meehan e Pretty	Archives of Psychiatric Nursing	2016	Austrália
27. Parents with mental illness – a qualitative study of identities and experiences with support services	Jones et al.	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	2016	Reino Unido
28. Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness	van der Ende et al.	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	2016	Holanda
29. Nurses' professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness	Ordan et al.	Wiley Journal of Clinical Nursing	2017	Israel

Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde - BVS

As tabelas acima foram traduzidas em figuras apresentados na sequência. Na figura 1, as publicações sobre a maternidade de mulheres em sofrimento psíquico segundo o país de origem podem ser observadas. Aqui, é possível perceber a escassez de produção teórica sobre o tema, sobretudo em periódicos editados no Brasil. Dos nove países apontados, os que apresentam o maior número de pesquisas na área são os Estados Unidos (8 artigos), seguido pelo Reino Unido (5 artigos) e pelo Brasil (4 artigos).

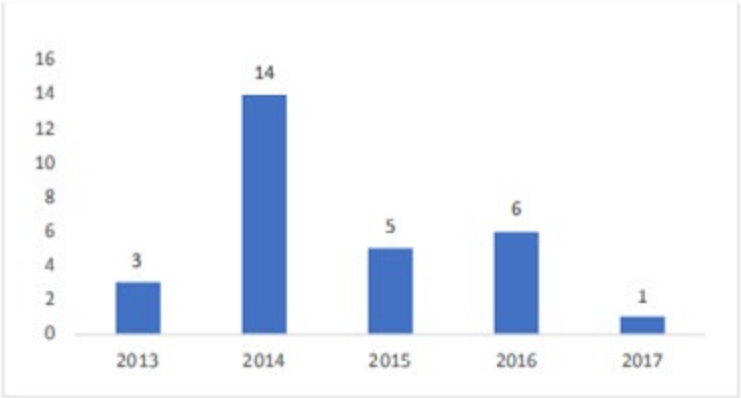
Figura 1. Produção sobre a maternidade de mulheres em sofrimento psíquico segundo o país de origem



Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde

Abaixo, na Figura 2, podemos ver a sequência temporal de produções. Nele encontramos que a maioria dos estudos foi publicado em 2014. Neste ano, o periódico *Psychiatric Rehabilitation Journal* reuniu pesquisas oriundas de cinco países diferentes (Estados Unidos, Canadá, Líbano, Austrália e Holanda) que descreveram metodologias aplicadas no período de 2012-2013. No Brasil, a *Revista de Psicologia* e a *Saúde Sociedade* e a *Revista de Psicologia* apresentaram, cada uma, uma pesquisa na área. Apesar do destaque no período assinalado, os anos subsequentes apontam para uma queda na produção teórica acerca da temática analisada.

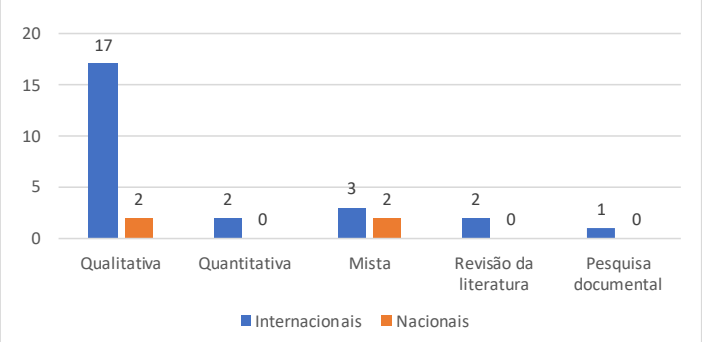
Figura 2. Produção nacional e internacional sobre a maternidade de mulheres em sofrimento psíquico, segundo ano de publicação



Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde

Evidenciou-se que as produções selecionadas tenderam a realizar estudos de abordagem qualitativa (Figura 3). As produções nacionais contaram com dois artigos de metodologia qualitativa e dois com metodologia mista (qualitativa e quantitativa). Por se tratar de um tema que envolve a subjetividade humana, a abordagem qualitativa é a que melhor atende à natureza do fenômeno investigado, uma vez que esta tem como enfoque principal a análise, a interpretação e a compreensão de aspectos mais profundos do ser humano, aproximando a teoria dos dados da realidade. É possível afirmar, ainda, que o estudo qualitativo proporciona a visualização de um quadro rico em dados descritivos, permitindo a contextualização da realidade, abrangendo os aspectos a serem pesquisados e cumprindo os objetivos propostos (Lakatos & Marconi, 2010).

Figura 3. Produções acerca da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico segundo a metodologia proposta



Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde

Percebeu-se que a maior parte da literatura encontrada se destina a estudos que discutem relações de gênero no cuidado para com crianças/adolescentes usuários de saúde mental, gravidez na adolescência, aborto, amamentação, o uso de substâncias químicas durante a gestação, mães soropositivas, cuidados na gestão e impactos do desenvolvimento infanto-juvenil de filhos que convivem com pais com transtorno mental. Compreende-se a importância dos temas em questão, no entanto, esse material não foi selecionado para análise por não ter ligação direta com o tema de interesse.

A partir da leitura minuciosa e análise de ideias centrais, os artigos foram agrupados por similaridade, resultando na formação de três Dimensões Temáticas (DT), sendo elas: DT1) Experiências da maternidade; DT2) Estratégias e serviços de apoio parental; e DT3) Evidências e achados epidemiológicos. A tabela 3 ilustra o panorma geral dos resultados, relacionando as dimensões temáticas e as publicações que a compõem.

Tabela 3. Panorama dos resultados encontrados de acordo com os estudos identificados e a dimensão temática a qual pertencem

Dimensão Temática (DT)	Publicações
DT1) Experiências da maternidade	Carneiro, Aquino e Jucá (2014); Langaro ePretto (2015);); Krumm, Becker e Wiegand-Grefe (2013); Benders-Hadi, Barber e Alexander. (2013); Dolman, Jones e Howard (2013); Barrow et al. (2014); Bonfils et al. (2014); Carpenter- Song et al. (2014); Perera e Short (2014); Parrot, Macinnes e Parrott (2015); Shor et al.(2015); Jones et al. (2016); van der Ende et al.(2016).
DT2) Estratégias e serviços de apoio parental	Arrais, Mourão e Fragalle (2014); Krumm, Becker e Wiegand-Grefe (2013); Butler et al. (2014); White, McGrew e Salyers. (2014); White et al. (2014); Hilton e Turan (2014); Nicholson (2014); van der Ende et al. (2014); Wansink et al. (2014); Jones et al. (2015); Ormsby et al. (2016); Suchman et al. (2016); Isobel, Meehan e Pretty (2016); Ordan et al. (2017).
DT3) Evidências e achados epidemiológicos	Henriques et al. (2015); Cook, Steigman e Jonikas (2014); Stambaugh et al. (2016)

Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde - BVS

DT1) Experiências da maternidade

A distinção da sociedade em duas categorias, masculino e feminino, teve por base o conceito de determinismo biológico. A ciência tradicional, objetiva e simplista, contentou-se em listar o conjunto de diferenças anatômicas e fisiológicas entre corpos e então nominá-los de 'homem' e 'mulher'. Desta forma, há uma distribuição das qualidades físicas e morais baseada no gênero e uma impressão dessas características em sistemas e órgãos (Fernandes, 2009).

O pensamento médico somou suas concepções biológicas à gama de atributos culturais que reafirma a distinção existente entre homem e mulher: o corpo da mulher, biologicamente programado para conceber vida, denota ao gênero feminino o papel primário de esposa e mãe (Matos, 2003).

Joan Scott é uma das mais importantes teóricas a se debruçar sobre a temática do gênero. Professora na Escola de Ciências Sociais de Princeton - Nova Jersey, publicou, em 1989, o artigo *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Ao narrar as desigualdades de poder entres os sexos masculino e feminino ao longo da história, proporcionou o reconhecimento do impacto significativo das relações nas condições de saúde das mulheres (Scott, 1995). Assim, compreende-se que

> O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder (Scott, 1989 como citado em Brasil, 2004b, p. 12).

Os dados coletados através dessa revisão corroboram essa perspectiva ao apontar que a maternidade é um importante domínio da vida para muitas pessoas, mulheres em especial, mas são poucas as pesquisas que examinam a experiência parental e seu papel na recuperação daquelas com o diagnóstico de transtorno mental grave. Estão listadas aqui doze publicações, o que corresponde a 41% da amostra.

A ansiedade sobre o tema da maternidade não é oculta e as experiências maternas podem ser consideradas como fonte de prazer ou de sofrimento, gerando efeitos sobre a saúde mental das mulheres (Gutierrez & Minayo, 2009). Nas pesquisas internacionais, a saúde materna mostrou-se negligenciada, sendo observadas situações nas quais há ausência de um cuidado mais articulado para a mulher, considerando sua condição de mãe e não apenas a condição de alguém em sofrimento psíquico (Krumm, Becker & Wiegand- Grefe., 2013; Benders-Hadi, Barber & Alexander, 2013; Dolman, Jones & Howard, 2013; Barrow et al., 2014; Bonfils et al., 2014; Carpenter-Song et al., 2014; Perera & Short., 2014; Parrot, Macinnes & Parrott, 2015; Shor et al., 2015; Jones et al., 2016; van der Ende et al., 2016).

Nas pesquisas realizadas no Brasil, destacam-se os artigos de Langaro e Pretto (2015) e Carneiro, Aquino e Jucá. (2014), visto que corroboram o presente no cenário internacional. O primeiro descreve um estudo que teve por objetivo compreender de que forma as experiências de parentalidade estavam se constituindo em fatores geradores de sofrimento para mulheres inseridas em um grupo de reflexão. As entrevistas mostraram que as atribuições sociais acerca do masculino e do feminino, constituídas ao longo da história, ainda desempenham um papel importante de sobrecarga psíquica na realidade das mulheres. O determinismo relacionado as experiências da maternidade são percebidos como fatores de sofrimento, uma vez não atendidos pelas mulheres, ou não reconhecidos pelos pares.

Já o estudo de Carneiro, Aquino e Jucá (2014) visou refletir acerca do Itinerário Terapêutico (IT) de mulheres com um histórico de sofrimento psíquico grave. Devido à condição psicopatológica, as mulheres entrevistadas apresentaram fragilidades referentes à assistência, vivenciaram o afastamento de seus filhos e enfrentaram diversos obstáculos para desempenhar o papel de mães. Foi possível perceber a dificuldade no alcance da integralidade, haja vista que a condição da loucura é tomada como mais importante do que a experiência de maternidade.

Dentre o material selecionado, destaca-se o artigo de Jones et al., (2016). O estudo explora como indivíduos em sofrimento psíquico constroem suas identidades como mães e pais e suas experiências com serviços de saúde e assistência social. Seus resultados mostram que os participantes querem que sua função parental seja reconhecida e apoiada. Os pais e mães têm conhecimentos e habilidades que podem ser utilizados, mas que habitualmente são deixadas de lado pela pessoa de referência no cuidado. Ser capaz de ver a si mesmo como

"bom" pai/mãe pode ser desafiador, mas é importante. Os pais podem precisar de apoio, mas querem ser incluídos no planejamento dos cuidados voltados para si, assim como no cuidado dos filhos. Apesar de não centrar o discurso apenas na maternidade – foco desta revisão de literatura –, o estudo corrobora o conteúdo abordado pelas demais publicações nessa dimensão temática.

Carpenter-Song et al. (2016), em seu artigo, descreve um estudo etnográfico com objetivo compreender as experiências de mães afro-americanas de baixa renda em sofrimento psíquico. Cinco temas emergiram para caracterizar as experiências desse grupo: (a) a doença e serviços de saúde mental não são um foco proeminente na vida cotidiana; (b) as famílias vivem em um contexto de violência onipresente, perda e estresse diário; (c) a vida familiar é o foco principal das mães na busca de uma vida melhor; (d) as mães têm apoio social limitado; e (e) a religião é uma fonte de significado e um recurso para o trabalho cotidiano de recuperação. Mesmo considerando as variáveis específicas de cultura, raça e condição econômica, os resultados relacionados apresentam relevância para serem analisados nos contexto brasileiro, que compartilha uma série de similaridades com o grupo descrito, em especial no que diz respeito à condição de pobreza e os estresses a ela inerentes, a centralidade da família para as mulheres, a busca de apoio social em grupos religiosos, etc.

No que tange à relação mãe-filhos, van der Ende et al. (2016) descreve como as crianças enriquecem e estruturam a vida parental, não caracterizando apenas um fardo, mas servem como distração dos problemas relacionados ao processo saúde-doença. Desenvolver atividades que interessem tanto à criança quanto à mãe fornece estímulo para a continuidade da vida. O sofrimento psíquico constrange os pais, mas também dá oportunidades para desenvolver uma relação significativa com seus filhos. Tais oportunidades devem ser resgatadas e favorecidas pelos serivços de saúde.

A maioria dos estudos teve como local para o recrutamento de participantes serviços de base comunitária. No entanto, dois estudos trazem contextos diferenciados: mães em sofrimento psíquico que vivem em abrigos (Barrow et al., 2014) e em hospitais de custódia (Parrot, Macinnes & Parrott, 2015). Para os participantes dessas pesquisas, a experiência da maternidade possui traços diferenciados. No caso das mulheres em situação de abrigo, as aspirações da maternidade eram limitadas por obstáculos relacionados à manutenção do contato com as crianças, visto que outras partes interessadas viam o contato como arriscado e a reunificação familiar como improvável. Foram descritas, ainda, barreiras no sistema de acolhimento para apoiar o contato e os papéis maternos em andamento. Já nos hospitais de custódia, a maternidade, assim como a paternidade, foram percebidas como de importância central para vida emocional do público estudado, abrangendo experiências de perda, vergonha e expectativas fracassadas, alegria, responsabilidade e esperança. As mães mantinham mais contato com seus filhos em comparação com os pais. As experiências parentais durante longas admissões - enquanto restrito e dependente de apoio profissional e vigilância – variam entre envio de presentes e dinheiro para visitas e telefonemas. Percebe-se que, em ambos os contextos, não há ênfase na manutenção das relações familiares.

Os achados presentes no estudo de Benders-Hadi, Barber e Alexander (2013) remontam à prevalência da maternidade entre mulheres internadas em um hospital psiquiátrico de Nova York. Numa instituição onde 38,5% das mulheres eram mães, foi possível evidenciar aspectos desafiadores do estigma associado ao adoecimento e à parentalidade. Apesar da institucionalização, a maioria das mães relatou a manutenção da guarda de seus filhos menores e expressou orgulho em assumir o papel de cuidadora primária dos filhos. Tal estudo corrobora os achados encontrados por Parrot, Macinnes e Parrott (2015), que discorre sobre a experiência da maternidade de mulheres nos hospitais de custódia. Neles, o papel parental não é condição digna de nota e tampouco é reconhecido como estratégia para a recuperação.

DT2) Estratégias e serviços de apoio parental

A análise dos estudos nos deixa ver que ainda há um forte estigma acerca da capacidade de mulheres e homens em sofrimento psíquico para desenvolverem a função parental. Poucos são os serviços de saúde que demandam atenção para as relações mãe-filho e utilizam de estratégias para a potencialização das mesmas em benefício do tratamendo em saúde.

O Pré-natal Psicológico (Arrais, Mourão & Fragalle, 2014), o *Baby Triple P Positive Parenting Programme* (Butler et al., 2014), o *Assertive Community Treatment* – ACT (White, McGrew & Salyers 2014; White et al., 2014b), *Parenting with Success and Satisfactin* - PARSS (van der Ende et al., 2014), o *Preventive Basic Care Management* - PBCM (Wansink et al., 2014), *Integrated Bipolar Parenting Intervention* – IBPI (Jones et al., 2015), a acupuntura (Ormsby et al., 2016) e o *Mothering from the Inside Out* – MIO (Suchman et al., 2016) e *Emotional Awareness* (Isobel, Meehan & Pretty., 2016) foram as estratégias de intervenção avaliadas pelas publicações selecionadas.

O Pré-natal Psicológico (PNP) é uma estratégia que tem ganhado destaque nas instituições de saúde brasileiras nos últimos anos. Trata-se de uma proposta de intervenção que visa prevenir a depressão pós-parto (DPP) de mulheres que apresentam intensa labilidade emocional na gestação. O estudo de Arrais , Mourão e Fragalle (2014) comparou a incidência de DPP em um grupo submetido ao PNP e outro não. Os resultados sugeriram que o PNP, quando associado a fatores de proteção para as grávidas, pode ajudar a prevenir a DPP. Desta forma, é possível afirmar que a assistência psicológica na gestação é um importante instrumento psicoprofilático e que deve ser inserido como parte integrante das políticas públicas de assistência à saúde da mulher.

O *Programa Parentalidade Positiva Triplo P* [tradução nossa] é descrito por Butler et al. (2014) como um programa de intervenção familiar de orientação preventiva, dividido em multicamadas bem estabelecidas, que promove relações parentais positivas, independentemente de limites socioculturais, idade ou gênero. Como resultado, observou- se os benefícios do Triplo P para a relação mãe-bebê no contexto de unidade psiquiátrica. O Triplo P foi uma intervenção de fácil aceitação para as mães e por sua simplicidade exequível para os profissionais envolvidos. Foi considerado positivo, uma vez que rompe com propostas estigmatizantes.

O *Tratamento Comunitário Assertivo* [tradução nossa] é uma prática baseada em evidências para indivíduos em sofrimento psíquico grave. A metodologia empregada na pesquisa de White, McGrew e Salyers (2014) dividiu os profissionais de uma instituição de base comunitária em dois grupos, sendo o primeiro sensível às questões parentais, e o segundo, não. O primeiro tratava-se de um grupo controle. O segundo grupo deveria discutir sobre questões parentais e prestar assistência a essas necessidades. O estudo comparativo apontou que a equipe de profissionais sensíveis tinha maior probabilidade de conversar com os usuários sobre relacionamentos comprometidos e de ajudá-los na comunicação e no fortalecimeto da relação pai-filhos. Já a pesquisa de White et al. (2014) discorreu acerca da experiência das mães e pais que já utilizaram esse serviço. Neste estudo, os indivíduos expressaram interesse em inúmeros serviços focados nas experiências parentais, incluindo terapia familiar, habilidades parentais, treinamento de habilidades de comunicação, recursos para crianças e grupos de apoio de pares. A proposta do Tratamento Comunitário Assertivo mostrou-se efetiva, mas não suficiente para suprir as necessidades parentais.

Van der Ende et al. (2014) apresentou uma proposta de intervenção em grupo através do método *Parentalidade com Sucesso e Satisfação*

(PARSS) [tradução nossa], uma intervenção psiquiátrica de recuperação e baseada na autoajuda para pais em sofrimento psíquico grave. O resultado da intervenção foi medido através da (a) satisfação dos pais/mães relatada pelos mesmos; (b) do sucesso parental relatado por profissionais de saúde mental e familiares; (c) o empoderamento segundo relatos dos três grupos já assinalados; e (d) a qualidade de vida relatada pelos pais/mães. Os resultados do estudo apontam que o método PARSS não pode ser implementado como pretendido, no entanto, os pais e profissionais expressaram satisfação com a intervenção. Desta forma, mostra-se como uma ferramenta útil, mas necessita de mais pesquisas que apoiem a sua eficácia.

A *Gestão Preventiva de Cuidados Básicos* [tradução nossa] é um programa holandês de intervenção preventiva para mães e pais em sofrimento psíquico, centrado no apoio personalizado de vários serviços. Os estudos para comprovar sua viabilidadade e eficácia mostraram que há positivas mudanças nas condições e qualidade parental. A avaliação levou em consideração a sensibilidade parental, estrutura e disciplina, previsibilidade, o cuidado físico, atividades infantis, cuidado médico e social, materiais domésticos, habitação e finanças. Os resultados apontam para uma assistência integral do indivíduo em sofrimento psíquico, superando as barreiras postas pela fragmentação dos serviços de saúde e assistência social (Wansink et al., 2014). Eis um estudo que merece destaque, uma vez que atua em consonância com as princípios do sistema único de saúde brasileiro.

É sabido que o Transtorno Bipolar interfere no controle dos impulsos, na comunicação e na motivação, tornando o exercício do papel parental mais difícil para aqueles com este diagnóstico. O estudo de Jones et al. (2015) apresenta a *Intervenção Bipolar Parental Integrada* [tradução nossa], uma proposta online que visa fornecer informações psicoeducacionais interativas e apoio quanto a parentalidade para os pais com Transtorno Bipolar. Por se tratar de uma proposta de intervenção, os resultados ainda não puderam ser relacionados. No entanto, os autores esperam contribuir no desenvolvimento de intervenções capazes de favorecer a experiência positiva da parentalidade.

Ormsby et al. (2016) também discute uma proposta de intervenção ainda não implementada. Tem por objetivo investigar os benefícios da acupuntura em mulheres gestantes que não podem fazer uso de medicamentos psicotrópicos. Evidências preliminares sugerem que a acupuntura pode fornecer uma opção de tratamento alternativa segura e eficaz para a depressão pré-natal. No entanto, pesquisas adicionais ainda são necessárias. No Brasil, a acupuntura vem despontando como uma importante estratégia de cuidado em saúde, estando inserida nas políticas públicas que descrevem as práticas integrativas em saúde.

A MIO (*Maternidade de dentro para fora*) [tradução nossa], é uma proposta de 12 sessões de terapia individual que visa desenvolver a capacidade dos pais para o funcionamento reflexivo do papel parental. As funções reflexas estão diretamente relacionadas com a capacidade de encontrar sentido na própria experiência mental e emocional no desempenho do papel parental e na forma de conduzir o comportamento dos filhos. Os resultados apontam que esta é uma estratégia viável e de fácil aceitação nos serviços de base comunitária. Trouxe, ainda, como contribuição ao público alvo a melhoria funções maternais reflexas, do estresses psiquiátrico e parental, bem como da qualidade na interação mãe- filho (Suchman et al., 2016).

A pesquisa de Isobel, Meehan e Pretty (2016) se propôs a explorar os benefícios de uma intervenção parental em grupo com base na *Consciência Emocional* [tradução nossa] para pais em sofrimento psíquico e sua viabilidade de execução dentro de um serviço de saúde mental público. O estudo possui muita limitações e por isso não pode ser conclusivo. Todavia, os participantes demonstraram uma redução significativa dos momentos difíceis e do estresse associado à parentalidade, bem como melhorias quanto à angústia geral e Consciência Emocional.

Outros dois estudos discorrem acerca da perspectiva dos profissionais de saúde quanto ao tema da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico. Ordan et al. (2017) relatam os estigmas sociais presentes na atuação da equipe de enfermagem que presta assistência em unidades de pré-natal. Os resultados deste estudo apontam que tem havido um aumento das atitutes negativas em relação às mães em sofrimento psíquico e uma concomitante redução das interações entre equipe de enfermagem e mães que poderiam beneficiar a relação e o empoderamento materno. Os relatos de inadequação profissional concorrem para uma assistência em saúde fragmentada e que não valoriza a subjetividade da mulher. Já o artigo de Hilton e Turan (2014) teve for foco os gestores das agências de saúde. Com bases nas evidências de que evidências de que os pais em sofrimento psíquico têm acesso limitado ao suporte quanto as questões parentais. A estratégia mais comum de suporte a estas demandas era o encaminhamento para outras agências. A assistência às questões parentais está diretamente relacionada com a quantidade de profissionais disponíveis. Os estudos denunciam o despreparo dos profissionais e das unidades de saúde para lidar com as demandas inerentes ao diagnóstico de saúde mental de pais e mães.

A análise dos artigos listados nesta categoria demonstrou que o cuidado adequado às mulheres em sofrimento psíquico requer sensibilidade para a perspectiva subjetiva da maternidade, colaboração interinstitucional, alto nível de conhecimento e habilidades profissionais, provisão de ambientes favoráveis à família, programas parentais baseados em evidências que incluam abordagens individuais e em grupo, bem como apoio de pares.

DT3) Evidências e achados epidemiológicos

A pesquisa brasileira descrita por Henriques et al. (2015) visou estimar a magnitude de Transtorno do Estresse Pós-A pesquisa brasileira descrita por Henriques et al. (2015) visou estimar a magnitude de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) no puerpério em uma maternidade de referência para agravos perinatais no Rio de Janeiro. O TEPT é um agravo na saúde mental que acontece em resposta a situações traumáticos na vida do sujeito. Para muitas mulheres, o parto é considerado um evento traumático. Os resultados obtidos apontam que a prevalência geral de TEPT foi de 9,4%. O agravo destacou-se entre mulheres com (a) três ou mais partos; (b) com histórico de adoecimento psíquico anterior ou na gravidez; (c) com depressão pós-parto; (d) que vivenciaram violência física ou psicológica disferida pelo companheiro durante gravidez; (e) que tiveram experiência sexual não desejada; e (f) que foram expostas a cinco ou mais traumas sociais. Tais evidências servem como base para intervenções profissionais que venham a prevenir o distânciamento do papel parental em todo o cenário nacional.

Cook, Steigman e Jonikas (2014) se propôs a examinar as características de mães em sofrimento psíquico que utilizaram serviços clínicos, de reabilitação e parentalidade integrados para seus filhos em idade pré-escolar. Os resultados nos mostram que (a) 10% das mulheres perderam a guarda formal dos filhos durante o primeiro ano de participação; (b) 22% foram reunidas com 1 ou mais filhos; (c) mães que abusam de substâncias tem maior probabilidade de ter sofrido abuso sexual na infância e perda de custódia; (d) indivíduos que passaram por hospitalização prévia eram mais propensos a ter abusado de substâncias, perderam a custódia de 1 ou mais filhos e tinham

mais formas incapacitantes de doença mental; e aqueles que perderam a custódia de 1 ou mais filhos tiveram maior probabilidade de ter uma hospitalização psiquiátrica e menor probabilidade de residir com 3 ou mais filhos. Tendo em vista esses achados, faz-se necessário apostar em novas estratégias de reabilitação que beneficiem a prevenção da perda de custódia e apoio à reunificação familiar.

O relatório de pesquisa descrito no estudo de Stambaugh et al. (2016) apresenta os resultados de uma pesquisa norte-americana sobre o número e a porcentagem de pais acometidos por algum adoecimento psíquico. Dentre os achados mais relevantes, destacam-se: (a) dentre 2,7 milhões de pais, 3,8% tiveram uma doença mental prévia; (b) dentre 12,8 milhões de pais, 18,2% tiveram alguma doença mental no ano passado; (c) o adoecimento psíquico era mais comum entre mães do que pais, (d) menos comum entre os asiáticos em comparação com outras raças; e (e) transtornos mentais severos foram menos prevalentes em pais com idade acima de 50 anos em comparação com os grupos etários mais jovens. Nota-se que estes resultados servem enquanto evidência sobre a prevalência do adoecimento psíquico em mães.

A intervenção baseada em evidência tem ganhando bastante espaço nas pesquisas em saúde. O Brasil carece de pesquisas que deem base para a reestruturação dos serviços de saúde, visando trazer à luz as questões que se associam ao processo saúde-doença e que influenciam diretamente na qualidade de vida dos sujeitos em sofrimento psíquico.

CONCLUSÃO

A análise do material tornou evidente que a maternidade não é sinônimo de alegria para todas as mulheres. Desde a gestação, o desempenho do papel de mãe pode ser associado a vivências de sofrimento e dor. Quando associada a uma psicopatologia prévia, a maternidade pode ser ainda mais angustiante. A carga social da maternidade e da loucura apontam para estigmas sociais contraditórios. De um lado, temos a mulher-mãe responsável socialmente pelos cuidados à criança e à família e, de outro, contrapõe-se a mulher-louca, desprovida de consciência e incapaz de tomar conta de si ou de outros. A academia e as intervenções em saúde devem tomar como prioridade a legitimação dos processos subjetivos que impactam na saúde dos sujeitos, bem como a produção de conhecimentos comprometido com a transformação da realidade.

A insuficiência de produções na área reafirma a percepção da realidade atual: a assistência integral à saúde dessa população específica encontra sérios entraves. O início tardio da reforma psiquiátrica no Brasil ainda não permitiu a implantação do quantitativo de ações e serviços necessários para atender as suas demandas, impedindo a consolidação de uma rede de atenção psicossocial eficiente e eficaz. Tanto no cenário nacional quanto internacional, instituições existentes acabam por ser sufocadas pela ampla procura dos sujeitos, o que dificulta o olhar sensível quanto a singularidade de cada um dos seus usuários.

Desta forma, faz-se necessário estimular a realização de pesquisas na área, bem como a disseminação de seus resultados na comunidade acadêmica e profissional. O reconhecimento da experiência dessas mulheres-mães-loucas se constitui como condição necessária para a execução dos serviços de saúde mental em consonância com os princípios de equidade e integralidade preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, torna-se fundamental que os serviços de saúde contemplem essas mulheres para além do lugar de portadoras de uma doença.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Arrais, A. R., Mourão, M. A. & Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.1, p.251- 264

Barrow, S. M., Alexander, M. J., McKinney, J., Lawinski, T. & Pratt, C. (2014). Context and Opportunity: Multiple Perspectives on Parenting by Women With a Severe Mental Illness. Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 37, No. 3, 176–182.

Basaglia, F. (1985). A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal.

Basaglia, F. (2005). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond.

Benders-Hadi, N., Barber, M. & Alexander, M. J. (2013). Motherhood in Women with Serious Mental Illness. Psychiatr Q, 84:65–72.

Bonfils, K. A., Adams, E. L., Firmin, R. L., White, L. M. & Salyers, M. P. (2014). Parenthood and Severe Mental Illness: Relationships With Recovery. Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 37, No. 3, 186–193.

Brasil (2001). Lei n. 10.216, De 6 de abril de 2001 - Política Nacional da Saúde Mental. Disponível em: http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude- mental.pdf

Brasil. (2004) Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2004). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde.

Butler, H., Hare, D. & Walker, S., Wieck, A. & Wittkowski, A. (2014). The acceptability and feasibility of the Baby Triple P Positive Parenting Programme on a mother and baby unit: Q-methodology with mothers with severe mental illness. Arch Womens Ment Health.

Canguilhem, G. (2015). O normal e o patológico. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Carneiro, U. S. S., Aquino, G. C. & Jucá, V. J. S. (2014). Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave. Revista de Psicologia, Fortaleza, v. 5 n. 1, p. 46-57.

Carpenter-Song, E. A., Holcombe, B. D., Torrey, J., Hipolito, M. M. S. & Peterson, L. D. (2014). Recovery in a Family Context: Experiences of Mothers With Serious Mental Illnesses. Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 37, No. 3, 162–169

Cook, J. A., Steigman, P. J. & Jonikas, J. A. (2014). Outcomes of Programs Serving Mothers With Psychiatric Disabilities and Their Young Children: A Multisite Case File Abstraction Study. Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 37, No. 3, 232–241.

Dolman, C., Jones, I. & Howard, L. M. (2013). Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. Arch Womens Ment Health 16:173–196.

Fernandes, M. G. M. (2009). O corpo e a construção das desigualdades de gênero pela ciência. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [4]: 1051-1065.

Gutierrez, D. M. D. & Minayo, M. C. S. (2009). Papel da Mulher de Camadas Populares de Manaus na Produção de Cuidados da Saúde. Saúde Sociedade. São Paulo, v.18, n.4, p.707-720.

Helman, C. G. (2009). Saúde, cultura e doença. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. Henriques, T., Moraes, C. L., Reichenheim, M. E., Azevedo, G. L., Coutinho, E. S. F. & Figueira, I. L. V. (2015). Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(12):2523-2534.

Hilton, N. Z. & Turan, C. (2014). Availability of Services for Parents Living With Mental Disorders: A Province-Wide Survey. Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 37, No. 3, 194–200.

Isobel, S., Meehan, F. & Pretty, D. (2016). An Emotional Awareness Based Parenting Group for Parents withMental Illness: A Mixed Methods Feasibility Study of Community Mental Health Nurse Facilitation. Archives of Psychiatric Nursing 30: 35– 40

Jones, M., Pietil, I., K. Joronen, Simpson, W., Gray, S. & Kaunonen, M. (2016). Parents with mental illness – a qualitative study of identities and experiences with support services. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.

Jones, S., Wainwright, L. D., Jovanoska, J., Vincent, H., Diggle, P. J., Calam, R., Parker, R., Long, R., Mayes, D., Sanders, M. & Lobban, F. (2015). An exploratory randomised controlled trial of a web-based integrated bipolar parenting intervention (IBPI) for bipolar parents of young children (aged 3–10). BMC Psychiatry 15:122

Krumm, S., Becker, T. & Wiegand-Grefe, S. (2013). Mental health services for parents affected by mental illness. Current Opinion Psychiatry. 26:362–368.

Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (2010). Metodologia Científica – 5°. Ed. – 4°. Reimp. – São Paulo : Atlas.

Langaro, F. & Pretto, Z. (2015). Experiências de parentalidade como fatores geradores de sofrimento em mulheres. Fractal: Revista de Psicologia, v. 27, n. 2, p. 130-138

Matos, M. I. S. (2003). Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico. In: M. I .S. e R. S.(orgs). O Corpo feminino em debate. São Paulo: Editora UNESP, p. 107-127.

Mendes, E. V. (2011). As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Nicholson, J. (2014). For Parents With Mental Health Conditions: The Chance to "Have It All" at Work and at Home. Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 37, No. 2, 153– 156.

Ordan, R., Shor, R., Liebergall-Wischnitzer, M., Noble, L & Noble, A. (2017). Nurses' professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness. Journal of Clinical Nursing; 27:1543–1551.

Ormsby, S. M., Smith, C. A., Dahlen, H. G., Hay, P. J. & Lind, J. M. (2016). Evaluation of an antenatal acupuncture intervention as an adjunct therapy for antenatal depression (AcuAnteDep): study protocol for a pragmatic randomised controlled trial. Trials, Austrália.

Parrott, F. R., Macinnes, D. L. & Parrott, J. (2015). Mental illness and parenthood: being a parent in secure psychiatric care Criminal Behaviour and Mental Health. 25: 258– 272.

Perera, D. N., & Short, L. (2014). "It's Not That Straightforward": When Family Support Is Challenging for Mothers Living With Mental Illness. Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 37, No. 3, 170–175.

Sampaio, R. F. & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89.

Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Rev. Educação & Realidade. 20(2):71-99.

Shor R., Kalivatz, Z., Amir, Y., Roy, A. & Lipot, M. (2015). Therapeutic Factors in a Group for Parents with Mental Illness. Community Mental Health J 51:79–84

Stambaugh, L., Hoffman, V., Williams, J., Pemberton, M., Ringeisen, H., Hedden, S. & Bose, J. (2016). Prevalence of Serious Mental Illness among Parents in the United States: Results from the National Survey of Drug Use and Health, 2008-2014, Annals of Epidemiology.

Suchman, N. E., Ordway, M. R., Heras, L. & McMahon, T. J. (2016): Mothering from the Inside Out: results of a pilot study testing a mentalization-based therapy for mothers enrolled in mental health services. Attachment & Human Development, USA. Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. Vol. 9 (1); 25-99.

Van der Ende, P. C., van Busschbach, J. T., Nicholson J., Korevaar, E. L. & van Weeghel, J. (2014). Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 37, No. 3, 201–208.

Van der Ende, P. C., Van Busschbach, J. T., Nicholson, J., Korevaar, E. L. & Van Weeghel, J. (2016). Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 23, 86–97

Wansink, H. J., Hosman, C. M. H., Janssens, J. M. A. M., Hoencamp, E. & Willems, W. J. C. T. (2014). Preventive Family Service Coordination for Parents With a Mental Illness in the Netherlands. Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 37, No. 3, 216–221.

White, L. M., McGrew, J. H. & Salyers, M. P. (2014). Parents Served by Assertive Community Treatment: Parenting Needs, Services, and Attitudes. Psychiatric Rehabilitation Journal, 2013, Vol. 36, No. 1, 22–27

White, L. M., McGrew, J. H., Salyers, M. P. & Firmin, R. L. (2014). Assertive Community Treatment for Parents With Serious Mental Illnesses: A Comparison of "Parent-Sensitive" Assertive Community Treatment Teams Versus Other Teams. Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 37, No. 3, 251–260.

DILEMAS DA MATERNIDADE: PERCEPÇÕES DE MULHERES SOBRE FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO À SUA SAÚDE MENTAL NA GESTAÇÃO

Ana Cristina Barros da Cunha
Instituto de Psicologia; Laboratório de Estudos, Pesquisa e Intervenção em Desenvolvimentoe Saúde (LEPIDS), Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro; Universidade Federal do Espirito Santo
(acbcunha@yahoo.com.br)

Luísa de Mello Resende
Instituto de Psicologia; LEPIDS, Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro
(luisamelloresende@gmail.com)

Nicole Melo dos Santos Eroles
Instituto de Psicologia; LEPIDS, Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro
(nicolemse@gmail.com)

RESUMO

A maternidade é uma construção social pautada no determinismo biológico e ideológico de que mulheres devem ser "boas mães". Somado a isto está o estilo de vida contemporâneo, cuja valorização do sucesso pessoal e profissional é mandatório. Tudo isso gera estresse e o adoecimento físico e mental da mulher, que se agrava na gestação. Ausência de suporte social e emocional se associa ao estresse gestacional, resultando em desfechos psíquicos negativos para a gestante. A prevenção destes agravos é urgente, quando se deve identificar os fatores de proteção com potencial para minimizar o impacto dos agentes estressores e garantir uma vivência mais positiva da maternidade. O objetivo deste estudo qualitativo é discutir, com base em dados de entrevistas de 15 mulheres diagnosticadas na gravidez com alto nível de estresse pelo Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL), quais eventos da gravidez e aspectos da maternidade são percebidoscomofatoresderiscooudeproteçãoàsaúdementalmaterna.CombasenaAnálisede Conteúdo de Bardin, observou-se no discurso feminino que a rede de apoio, com o parceiro e o suporte financeiro e instrumental (auxílio nas tarefas domésticas), e a religiosidade foram consideradoscomofatoresdeproteçãoparaumavivênciamaisfavoráveldamaternidade.Conclui- se que reconhecer estes fatores, de risco e de proteção, e seu impacto na maternidade desde a gestação pode auxiliar no planejamento de estratégias de atenção à saúde mental materna, o que auxilia na redução dos desfechos pós-natais relacionados ao estresse, como a depressão pós-parto por exemplo.

Palavras-chave: estresse; gestação; saúde mental; fatores de proteção.

INTRODUÇÃO

A maternidade no contexto contemporâneo inclui novos dilemas para vivência da gestação porque, além da típica ambivalência afetiva própria deste momento de vida da mulher, é caracterizada por ideias antagônicas que norteiam o imaginário feminino de "ser mãe". De um lado, a maternidade e maternagem são historicamente associadas ao mito do amor materno, quando acredita-se que ser mãe é a única via disponível para que uma mulher se sinta plenamente realizada como mulher; de outro lado, as mudanças nos papeis de gênero e a valorização da realização profissional e individual exigem da mulher ser realizada profissionalmente, o que se associa a uma nova organização da sociedade.

O "tornar-se mãe" se pauta em um ideário do devotamento e de sacrifício, voluntário e indispensável, para qualquer mulher (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007), imprimindo na maternidade uma função social e afetiva (Clemens, 2015). Assimilado como inerente ao universo feminino, espera-se que as mulheres venham a cumprir a função materna com excelência e dedicação, quando "maternar" é mandatório e inquestionável para a existência feminina (Badinter, 1985). Outrossim, a maior inclusão do pai exercendo papeis antes designados exclusivamente ao gênero feminino no cuidado com os filhos, imprime novos papeis à mulher como provedora do lar, por exemplo. O protagonismo feminino vem crescendo nos últimos anos e no Brasil, por exemplo, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2006 (PNAD) (IBGE, 2006) mostra 28,3% das famílias com parentesco sendo chefiadas por mulheres.

Somado a isto, o estilo de vida contemporâneo e a ideologia da valorização da independência e do sucesso individual e profissional da mulher (Piccinini, Gomes, De Nardi & Lopes, 2008), com o imperativo de sacrifício, cuidado e doação incondicional na relação com o filho faz com que as mulheres se sintam inseguras diante da escolha pela maternidade (Lopes, Dellazzana-zanon & Boeckel, 2014). Junto com isso a experiência da maternidade no contemporâneo tem dimensões diferenciadas a depender do contexto socioeconômico no

qual a mulher está inserida (Aching, Biffi & Granato, 2016; Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007; Castelo Branco et al, 2016). No entanto, é possível dizer que, guardadas as diferenças contextuais, esse ideário presente no universo feminino, de ser mãe e mulher bem sucedida, reflete em um ambiente propício para o desencadeamento de processos de adoecimento físico e mental.

Dentre os tipos de adoecimento possíveis, tem-se o estresse cujas consequências negativas para a saúde física e mental do indivíduo são inquestionáveis (Lipp, 2000). Estudo de Cunha et al (2017) indica que 34,4% da população brasileira é acometida pelo estresse, sendo sua prevalência sobre a população grávida de 25% (Woods et al., 2010). Especificamente no período gravídico- puerperal a mulher pode ficar mais vulnerável ao estresse, devido a gestação ser um momento marcado de intensa reorganização psíquica (Piccinini et al., 2008) e de demandas físicas e alterações psicológicas pelas mudanças fisiológicas próprias da gestação. Este período é caracterizado por intensas reorganizações psíquicas por parte da mulher, a qual coloca em processo de ressignificação diversas áreas de sua vida, como os relacionamentos mais íntimos (conjugais e/ou familiares) e sua situação socioeconômica e posição profissional (Piccinini et al., 2008). Raphael-Leff (2010) afirma, ainda, que os sintomas de estresse característicos do período gravídico se relacionam com as revivências psíquicas, que acabam por aflorar maior sensibilidade na gestante, tornando-a mais vulnerável a distúrbios emocionais.

Neste cenário de vulnerabilidade, fatores, individuais e contextuais, podem ser riscos que agravam ou recursos protetivos que amenizam o impacto do estresse psicológico. Por exemplo, a falta de suporte financeiro devido uma situação socioeconômica menos favorecida tem sido relacionado com o estresse na gestação (De Camargo & Carrapato, 2012), enquanto a religiosidade demonstra ser um fator de proteção para depressão pós-parto (Mann, McKeown, Bacon, Vasselinov, & Bush, 2008), que é um dos desfechos do estrese gestacional (Rodrigues & Schiavo, 2011; Arrais & de Araújo, 2017). Importante ressaltar que, considerando que eventos estressores semelhantes terão impactos distintos para os indivíduos, é de extrema importância identificar como a gestante percebe os eventos da gravidez e os aspectos da vivência de sua maternidade como fatores protetivos ou de risco. Enquanto os fatores de risco são variáveis que têm como consequência desfechos desfavoráveis para a performance social, saúde mental e física de um indivíduo, os fatores protetivos são variáveis que influenciam o sistema de maneira a diminuir o efeito dos fatores de risco (Patias, Gabriel & Dias, 2013). Estes fatores não são eventos estáticos, mas sim resultado de um processo que inclui diversos aspectos (Morais & Koller, 2004; Morais, 2009; Patias et al., 2013; Yunes & Szymansky, 2003).

No caso da mulher grávida, por exemplo, estudos apontam existir relação entre o estresse no período gravídico e fatores de risco de ordem biológica, como o baixo peso ao nascer, o parto prematuro e problemas de desenvolvimento fetal (Dunkel Schetter & Tanner, 2012; Roesch, Dunkel, Schetter, Woo & Hobel, 2004), como preditores de desfechos negativos no puerpério e pós parto, com consequências para a mãe e seu bebê, como por exemplo, a depressão pós-parto materna que repercute na vivência da maternidade e constituição da maternagem e problemas para o bebê, como os déficits de desenvolvimento cognitivo e motor, temperamento e regulação emocional até os seus dois anos de vida (Esper & Furtado, 2010; Kliemann, Böing & Crepaldi, 2017).

Com base no exposto, este estudo se propõe discutir, com base na análise do relato verbal de mulheres com indicadores de alto nível de estresse atendidas pelo serviço de pré-natal da referida maternidade situada na cidade do Rio de Janeiro, quais eventos da gravidez e aspectos da maternidade são percebidos como fatores de risco ou de proteção à saúde mental materna a fim de sugerir estratégias de intervenção para a promoção de uma maternidade mais tranquila e saudável.

1. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo qualitativo realizado com 15 mulheres maiores de 18 anos, com média de 29 anos de idade, recrutadas no Serviço Pré-natal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Todas apresentavam nível de estresse elevado, medido pelo Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (Lipp & Guevara, 1994), aplicado durante espera para atendimento pré-natal. Mais da metade eram solteiras (54%), multíparas (53%) e estavam empregadas (66%). Parte possuía ensino secundário completo (46%). Sobre o estresse na gravidez, embora sintomas psicológicos, como irritabilidade sem causa aparente, sensação de incompetência em todas as áreas, cansaço excessivo, angústia/ansiedade diária, e mistos (cansaço físico e mental, problemas com a memória) também tenham sido apresentados por todas as mulheres recrutadas, houve predominância de sintomas físicos, tais como problemas dermatológicos, úlcera, mal-estar generalizado, tontura.

Antes das entrevistas, realizada via telefone adotando-se um roteiro com perguntas abertas, as participantes assinaram um Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE), devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da instituição (CAEE N. 06386412.1.0000.5275.). Nas entrevistas coletou-se informações sobre os eventos relevantes ocorridos durante a gestação percebidos por elas como relacionados ao estresse gestacional. A análise dos relatos verbais coletados foi feita em duas etapas. Primeiro, as transcrições das entrevistas foram analisadas em profundidade adotando-se a Metodologia de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1970), quando extraiu-se dos discursos das participantes categorias de análise sobre os eventos que elas consideravam fatores protetivos ou de risco à sua saúde física e mental na gravidez. Esta metodologia consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicações verbais e não- verbais, que se propõe a avaliar a semântica e a hermenêutica presente nos relatos verbais a fim de buscar o sentido do discurso que está sendo analisado (Bardin, 1970).

As seguintes categorias foram extraídas dos discursos das entrevistadas: 1) "*Rede de apoio, auxílio financeiro e instrumental*" – essa categoria diz respeito a como a mulher percebe os elementos de sua rede de apoio, e os recursos, financeiros e materiais, que ela conta para conciliar a maternidade com outras áreas da sua vida; 2) "*Qualidade dos relacionamentos íntimos*" – essa categoria diz respeito a como a mulher percebe seus relacionamento íntimos e a qualidade destes para a auxiliarem na sua maternidade; 3) "*Religiosidade como fonte de suporte*" – essa categoria diz respeito a como a mulher percebe a fé como recurso para o exercício da função materna e para o manejo das demandas psicológicas da maternidade.

Com base nessas categorias, os discursos das entrevistadas foram analisados e interpretados adotando referências da literatura sobre maternidade e os pressupostos anteriormente apresentados. A seguir os resultados serão apresentados de forma integrada à discussão a fim de responder ao objetivo principal deste estudo, ou seja, discutir quais eventos da gravidez e aspectos da maternidade podem ser percebidos pela mulher como fatores de proteção ou de risco para transtornos mentais, com vistas a discutir sobre a atenção à saúde mental materna durante e após a gestação.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como dito anteriormente, o constructo da maternidade se impõe, historicamente, como balizas norteadoras do "ser mulher" na sociedade, permeando as mais íntimas esferas da vida feminina, especialmente as que se referem aos afetos e sentimentos para com os outros e consigo mesma. A escolha e o desejo da mulher de, verdadeiramente, passar pela experiência, de maneira a antecipar e se preparar para as consequências desta experiência, pode explicar a incidência de estresse como um desfecho da gravidez para algumas, mas não todas as mulheres que optam pela maternidade. Esse desejo pela maternidade pode ter sua origem traçada já na infância da mulher, quando ela começa a idealizar-se como mãe apoiada na figura de sua própria mãe. Esta fantasia vai sendo remodelada ao longo da vida e quando chega a adolescência as questões sobre sexualidade e a proximidade da vida adulta ganham protagonismo.

Nos discursos femininos analisados, podemos identificar que algumas entrevistadas não possuíam o desejo de ser mãe, mas não tiveram opção e foram impelidas a cumprir a "missão inquestionável de toda mulher" (grifo dos autores), que é "maternar" (Badinter, 1985). Motivos de ordem moral, social ou financeira foram motivadores da escolha pela maternidade, como aponta Fernanda, que nos conta como sua dinâmica familiar impôs, desde seus 8 anos de idade, o exercício de maternar cuidando de suas irmãs, o que a fez não desejar ter seus próprios filhos:

> "Na primeira gravidez eu sinceramente não esperava, não planejava, não queria ter filho. Eu falava que não queria ter filho. Ai quando eu engravidei da minha filha, eu fiquei de cara, passei muita dificuldade. Assim, porque eu não queria ser mãe, até eu me conformar levou uns 3 meses. Levei a gravidez adiante, não tentei nada, [...] não teria coragem de fazer aborto. Tive uma gravidez complicada, muito enjoo, muito enjoo. E vim curtir quando a criança nasceu. 1º momento que eu tive ela nos meus braços, veio tudo, assim. [...] e foi tudo de bom."

O estresse gestacional em situações como esta não é incomum. A sensação de incompetência que foi um dos sintomas psicológicos identificados nas participantes estressadas representa uma distorção no modo como elas percebiam suas habilidades e competências, sejam elas quais forem. No contexto da maternidade, este tipo de sentimento pode interferir negativamente na maternagem e no estabelecimento do vínculo afetivo mãe-bebê. O sentimento de despreparo para assumir as responsabilidades maternas e o medo da experiência de ser mãe estiveram presentes nos discursos das entrevistadas. Isso tudo pode resultar no estresse no exercício da maternidade, como ilustra esse relato:

> "Num sei, acho que… Na verdade, eu to grávida de novo agora. Acho que o que passa na nossa cabeça é toda a responsabilidade que vai vir, que vai ter novamente, tudo de novo… agora ainda mais que eu já sei como é que é. Mas no início era mais complicado ainda, eu fiquei com medo, né. Não sabia, era uma experiência nova, não sabia como é que iria ser, como que iria acontecer. [...] As minhas expectativas [sobre a função materna]...ai não sei a gente fica com um pouco de medo de fazer alguma coisa errada, de dar alguma coisa errada, mas ficou tudo bem até agora, graças à Deus." (Lucia)

Em todos os casos esse estresse pode ser atenuado ou agravado frente a eventos que podem ser percebidos pela mulher como fatores protetivos ou de risco à sua vivência subjetiva da maternidade. Como será discutido adiante, observou-se no discurso feminino que a rede de apoio, com o parceiro e o suporte financeiro e instrumental (auxílio nas tarefas domésticas), e a religiosidade se destacam como fatores de proteção para uma vivência mais favorável da maternidade.

Considerando que a maternidade no contexto atual é atravessada por demandas que exigem tempo e dedicação da mulher à família, mas também à sua vida profissional, um dos dilemas de "tornar-se mãe" (grifo dos autores) é conciliar todas as tarefas e deveres maternos com suas expectativas de realização como mulher (Piccinini et al., 2008). Nesse sentido, a rede de apoio tem papel importante na promoção do bem-estar da mulher na vivência da maternidade. Esta rede é um importante recurso que a mulher poderá contar para lidar com a sobrecarga, financeira, instrumental e emocional, resultando do cuidado da família e do bebê que está por vir (Sousa, Teixeira, Loreto e Bartolomeu, 2011).

É comum que a rede de apoio familiar compartilhe dos cuidados da criança, tal como observado no discurso de Eduarda, para quem nas três primeiras gestações a família foi o recurso mais importante que ela pode contar para dividir as tarefas da maternidade: "*Porque nunca na minha vida eu tinha [...] assim, como era saber criar filho [menino]. Porque eu tinha muita ajuda de muita gente… minha mãe me ajudou muito, minha família me ajudou muito*…", e segue dizendo que, agora que não possui mais esse suporte, está "*sendo um pouco difícil [...] criando [a criança] só eu e meu marido*". Apesar de parecer sufocada com a nova rotina, Eduarda alega estar muito satisfeita por conseguir cuidar do filho e da casa: "*É, eu sinto que tem mais tarefa agora [...], só que não tem ninguém pra ajudar, aí então a gente acha que tem muita tarefa pra gente fazer. Mas é uma coisa que a gente fica satisfeito, de cuidar do filho da gente, né, e também [de cuidar] da casa. Eu agradeci muito à Deus e to muito satisfeita. Não tenho nada o que reclamar. É uma coisa que eu tô passando que nunca tinha passado na minha vida, de cuidar [de] um filho só.*"

O suporte financeiro também aparece como um fator protetivo importante na percepção das entrevistadas, representado de várias maneiras. Carolina, por exemplo, estava determinada a seguir as orientações dadas pela sua mãe: terminar a faculdade e seguir uma carreira profissional antes de ter um filho. Esta ideia de Carolina indica a preocupação com a vida financeira de sua futura família. Quando a gravidez ocorreu antes do esperado, Carolina se perguntou "*como é que seria dali em diante?*", indicando o quanto a estabilidade financeira é importante quando se engravida. O suporte financeiro se coloca como mais um dilema da maternidade, quer seja porque a mulher não dispõe de recursos financeiros para sustentar uma outra vida além da sua, ou porque ela terá que lidar com novas demandas financeiras, além das afetivas.

Se por um lado a rede de apoio, com familiares e o parceiro como pessoas de referência para compartilhar tarefas, representa claramente um fator de proteção ao estresse devido às inúmeras demandas da maternidade; por outro, as preocupações com as despesas decorrentes da gestação e do cuidado de uma criança são pontos a serem considerados e foram destacados nos discursos daquelas mulheres. Dinheiro e trabalho, e consequentemente o desemprego, surgem então como fatores de risco geradores de preocupações nas mulheres e relacionados ao medo de dependerem financeiramente de outra pessoa para suas provisões, face ao impedimento de trabalharem logo após o nascimento do filho.

Sendo a família o sistema mais importante na vida dos indivíduos, as alterações ou instabilidades na dinâmica familiar podem representar fatores de risco para a mulher grávida (Patias et al., 2013). Essa instabilidade pode ter origem nos mais diversos motivos, como medos,

inseguranças, fatores econômicos, luto, perdas, doenças etc., e são percebidos de maneiras diferentes por cada um (Horta & Fernandes, 2018). Por exemplo, quando convidada a especular sobre o que justificaria seu alto estresse na gestação, Carolina fala com voz firme: "*[o estresse] é porque eu me separei quando eu engravidei, entendeu? Aí eu fiquei muito estressada. É… sabe? Demais. O meu estresse era nível alto. Até porque [o motivo da separação] foi traição, então isso aí abalou muito comigo, então eu fiquei realmente muito estressada*". Carolina também relata que, outros membros da sua rede agravaram seu estresse na gestação, citando, por exemplo, sua mãe e como ficou apreensiva por ter que contar para a família sobre uma gravidez em meio a um divórcio: "*[a primeira coisa que veio na minha cabeça quando recebi a notícia da gravidez foi:] "O que contar pra minha mãe, como contar pra minha mãe." Mas a primeira coisa que eu fiz foi contar pra ela. [...] Ela ainda falou "não deixa vir filho" quando eu me casei, né. "Não deixa vir filho". Aí quando eu engravidei, a primeira coisa que eu pensei: "ela vai falar a beça". E realmente aconteceu isso."*

Outros recursos podem representar fatores protetivos a ocorrência de transtornos mentais na gravidez como o estrese. A religiosidade pode servir como fonte de suporte e de apoio não encontrado no mundo material. É evidente o papel que a religiosidade assume na manutenção de cenários favoráveis para a promoção da saúde mental, tanto pelo conforto emocional propiciado pelo exercício da fé, como pelo suporte social proporcionado pela convivência em congregações religiosas (Mann et al., 2008).

Neste estudo, a manifestação da religiosidade pareceu estar, majoritariamente, representada como um fator com efeitos protetivos, mais do que de risco para a saúde mental da gestante. Embora em alguns relatos a religiosidade seja revestida de sentimentos de culpa e de impotência em relação à vontade divina ("*Deus 'ta' fazendo o que ele acha que eu 'to' merecendo.*"- Eduarda), a figura de Deus apareceu como fonte de conforto às mulheres por ser uma referência a quem elas, geralmente, recorrem quando "as coisas não dão certo", como relata Marina que ficou ansiosa e emocionada ao receber a notícia da gravidez: "*[Se] Deus mandou [o bebê], que venha aqui pra hoje e o resto a gente consegue, principalmente pra hoje*". Discurso semelhante foi observado para Amanda, "mãe de primeira viagem" e, por isso, com medo de errar, para o qual ela responde com tom de conforto na voz: "*Deus planeja tudo na hora certa, na hora exata. Ensina a pessoa a aprender a cuidar de filho.*"

Em muitos relatos os filhos são mencionados pelas mulheres como sendo presentes de Deus, reforçando a ideia de um Pai zeloso, que, preocupado com o bem-estar subjetivo, age de forma afetivamente positiva, tal como é evidente na história contada por Fernanda:

> "era mais uma carência de família, né. De não ter menino, né. Então, assim, eu perdi um irmão que eu amava muito, era muito apegada "com" ele e assim, na minha vida eu fiquei com esse [vazio], essa coisa de ter um menino, de querer outro menino, pra ter assim, um homem, sei lá. Essas coisas assim… como era só eu e minha filha, sei lá… e aí quando eu descobri q estava gravida, eu sempre desde o primeiro momento esperava que fosse um menino mesmo. Graças à Deus fui abençoada, né, com um menino." (Fernanda)

Não obstante, os resultados observados e discutidos neste estudo apontarem para o fato de que existem fatores protetivos e de risco à saúde mental materna que se relacionam a diversos aspectos do contexto da gestação e da maternidade, sob uma perspectiva sistêmica e processual estes fatores devem ser considerados à luz da vivência subjetiva do processo de "tornar-se mãe", que é individual para cada mulher. Essa vivência terá sempre uma configuração única, permeada por uma rede de fatores interligados em um jogo de forças (Poletto & Koller, 2008). Em outras palavras, mesmo que a literatura forneça indícios de como podemos classificar certos eventos como fatores de risco ou de proteção à uma maternidade positiva, deve-se priorizar a escuta ativa e sensível da gestante a fim de se compreender como ela percebe e interpreta os eventos da gestação e da maternidade como fatores de risco ou de proteção à sua saúde mental.

Ressalta-se que o sofrimento psíquico com origem na gravidez merece atenção redobrada, por se tratar de uma fase da vida da mulher fundamentalmente pautada em transformações psíquicas importantes, que a tornam mais suscetível à vulnerabilidade para transtornos mentais (Piccinini et al., 2008). A não identificação precoce, com o devido encaminhamento e o acompanhamento adequado, destes transtornos pode desencadear desfechos bastante desfavoráveis para a saúde mental da mulher, com repercussões, como a depressão pós-parto, que afetam não só a vivência da maternidade pela mulher, mas também a relação mãe-bebê e o desenvolvimento infantil (Dunkel Schetter & Tanner, 2012).

Desse modo, é possível intervir e prover medidas de atenção integral à saúde mental materna com recursos mais efetivos para o acompanhamento da população gestante em risco, desde que se considere a visão da mulher sobre os eventos e possíveis fatores de risco para seu sofrimento psíquico. Importante adotar uma perspectiva sistêmica biopsicossocial que auxilie na compreensão dos aspectos fundantes desse sofrimento a partir de uma análise contextual (Horta & Fernandes, 2018; Morais & Koller, 2004). Somente uma compreensão global do contexto da gestação e do protagonismo da mulher na vivência e no exercício da sua maternidade permitirão que os profissionais de saúde ofereçam uma atenção integral à saúde física e mental materna. Acredita-se que, sob esta perspectiva e com enfoque multi ou interdisciplinar, pode-se planejar intervenções mais eficazes para atender às demandas de sofrimento da mulher grávida e facilitar, assim, sua vivência no processo de "tornar-se mãe".

3. CONCLUSÃO

Como exposto, a gestação da mulher na contemporaneidade é pautada por ambiguidades e forças antagônicas, pois fundamenta-se no exercício de papeis sociais pré-concebidos, mas que são discutidos com base nas exigências de um contexto contemporâneo em que a mulher deve ser duplamente realizada, como mãe e mulher. Estes valores disputam espaço na vida da mulher e travam uma luta com outras esferas da vida feminina, que demandam investimento financeiro e emocional. Nesta conjuntura, configura-se um cenário emblemático para a mulher, que se vê diante de diversos dilemas, todos pautados no imperativo da busca pelo bem-estar e pela realização pessoal e profissional. Dentre os muitos dilemas femininos está a maternidade. Logo, não é de se espantar que as mulheres reflitam sobre a sua escolha pela maternidade questionando-se sobre sua capacidade de maternar, simultâneo à sua necessidade de manejar diversas tarefas em diferentes esferas da sua vida constitutivas da sua identidade como mulher.

REFERÊNCIAS

Aching, M. C., Biffi, M., & Granato, T. M. M. (2016). Mãe de primeira viagem: narrativas de mulheres em situação de vulnerabilidade social. *Psicologia em Estudo*, 21(2), 235 - 244.

Arrais, A. R., & de Araujo, T. C. C. F. (2017) Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 828-845. DOI: http://dx.doi.org/10.15309/17psd180316.

Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O Mito do Amor Materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Barbosa, P. Z., & Rocha-Coutinho, M. L. (2007). Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia Clínica*, 19(1), 163 – 185. Retirado de http://dx.doi.org/10.1590/S0103- 56652007000100012.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Castelo Branco, D. V., Moreira, A. C. A., Siqueira, D. D., Fontenele, F. M. C., & Vasconcelos, L. C. A. (2016). Primiparous mothers' perception about the late maternity. *Journal of Nursing*, 10(6), 2059 – 2065. Retirado de: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11218/12799.

Clemens, J. (2015). *A (mal) dita maternidade: a maternidade e o feminino entre os ideais sociais e o silenciado*. (tese de doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Retirado de https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/135263

Cunha, A. C. B., Akerman, L. F. P., Rocha, A. C., Rezende, K. B. C., Amin Junior, J., & Bornia, R. G. (2017). Stress and Anxiety in Pregnant Women from a Screening Program for Maternal- Fetal Risks. *Journal of Gynecology & Obstetrics*, 1:013

De Camargo, A. P., & Carrapato, J. F. L. (2012). Relação existente entre nível de estresse e perfil socioeconômico de gestantes. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(10), 105-133.

Dunkel Schetter, C., & Tanner, L. (2012) Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141-148. DOI:10.1097/YCO.0b013e3283503680.

Esper, L. H., & Furtado, E. F. (2010). Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, 6(Especial), 368-86. Retirado de: https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6ispep368-386.

Horta, A. L. M., & Fernandes, H. (2018) Família e crise: contribuições do pensamento sistêmico para o cuidado familiar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 249-250. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2018710201.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2006). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2006. Recuperado em: https://biblioteca.ibge.gov.br/pt/biblioteca- catalogo?view=detalhes&id=232725.

Kliemann, A., Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2017) Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 25(2), 69-76.

Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. E. N., & Guevara, A. J. H. (1994). Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 43-49.

Lopes, M. N., Dellazzana-zanon, L. L., & Boeckel, M. G. (2014). A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*, 22(4), 917-928. Retirado de http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-18.

Mann, J. R., McKeown, R. E., Bacon, J., Vesselinov, R., Bush, F. (2008). Do antenatal Religious and Spiritual Factors Impact the Risk of Postpartum Depressive Symptoms? *Journal of Women's Health*, 17(5), 745-755. Retirado de http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2007.0627.

Morais, N. A. (2009) *Trajetórias de vida de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social: entre o risco e a proteção*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Morais, N. A., & Koller, S. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: Ênfase na saúde. In S. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenções no Brasil.* (pp 91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Patias, N. D., Gabriel, M. R., Dias, A. C. G. (2013). A família como um dos fatores de risco e de proteção nas situações de gestação e maternidade na adolescência. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(2), 586-610. Retirado de: https://www.e- publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8427/6259.

Piccinini, C. A., Gomes, A. G., De Nardi, & T. Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72. Retirado de http://dx.doi.org/10.1590/S1413- 73722008000100008.

Raphael-Leff, J. (2000). Introduction: Technical issues in perinatal therapy. In J. Raphael-Leff (Ed.), *'Spilt milk' perinatal loss & breakdown*. (pp. 7-16). Londres: Institute of Psychoanalysis.

Rodrigues, O. M. P. R., & Schiavo, R. A. (2011) Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(9), 252-257. Retirado de: http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000900006

Roesch, S. C., Dunkel Schetter, C., Woo, G., & Hobel, C. J. (2004) Modeling the types and timing of stress in pregnancy. *Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal*, 17(1), 87-102. DOI:10.1080/1061580031000123667.

Sousa, I. F., Teixeira, K. M. D., Loreto, M. D. S., & Bartolomeu, T. A. (2011) "...Não tem jeito de eu acordar hoje e dizer: hoje eu não vou ser mãe!": trabalho, maternidade e redes de apoio. *Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica*, 22(1), 46-63.

Woods, S. M., Melville, J. L., Guo, Y., Fan, M. Y., & Gavin, A. (2010) Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 202(1), 61.e1-e7. Retirado de https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.07.041

Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2003) Crenças, sentimentos e percepções acerca da noção de resiliência em profissionais da saúde e da Educação que atuam com famílias pobres. *Psicologia da Educação*, 17, 119-137.

CONDIÇÃO FÍSICA E RENDIMENTO ACADÉMICO NA ADOLESCÊNCIA

José Guilherme
Universidade do Algarve
(jose.f.guilherme@gmail.com)

Cristina Nunes
Centro de Investigação em Psicologia
Universidade do Algarve
(csnunes@ualg.pt)

Saul Neves de Jesus
Centro de Investigação sobre o Espaço e as Organizações
Universidade do Algarve
(snjesu@ualg.pt)

RESUMO

Introdução: Conhecer as relações entre a condição física e o rendimento académico, assim como equacionar a importância a nível das variáveis sexo e idade dos adolescentes, constitui uma questão fulcral no ensino, no desporto e na sociedade.

Objetivos: Analisar as relações entre a condição física e o rendimento académico, segundo o sexo dos participantes.

Métodos: A amostra é constituída por 1358 participantes, que frequentam o terceiro ciclo de escolaridade do ensino regular provenientes do distrito de Faro, sendo 634 do sexo masculino e 724 do sexo feminino.

A Condição Física foi avaliada mediante um instrumento denominado por Fitnessgram. Com base num conjunto de testes de aptidão física de acordo com as respetivas idades, avaliou-se o desempenho motor em três níveis possíveis:

1 – Aquele que se encontra numa zona de elevado risco e precisa de melhorar;

2 – Aquele que se encontra associado a algum risco e também precisa melhorar, mas não constitui caso tão grave;

3 – Acima ou dentro dos valores da zona saudável.

O rendimento académico foi obtido a partir da média aritmética das nove disciplinas que fazem parte do curriculum ao longo dos 7º; 8º e 9º anos.

Resultados: Recorreu-se ao teste estatístico Kruskal – Wallis e verificou-se que a condição física influencia de forma significativa o rendimento académico. Igualmente com recurso ao teste Kruskal-Wallis, verificou-se que no sexo feminino e masculino a condição física influencia o rendimento académico.

Conclusões: A nível global, a condição física (zona saudável, zona de algum risco e zona de elevado risco), influenciam significativamente o rendimento académico. Em todos os grupos considerados, obtiveram-se diferenças significativas, em função do valor de probabilidade considerado, ($p = .05$). Quanto maior os índices de condição física, maiores os valores assumidos pelas médias no rendimento académico. Semelhantes resultados obtiveram-se nos participantes de sexo masculino e sexo feminino.

Palavras chave: Adolescência; Condição Física; Rendimento Académico e Sexo.

INTRODUÇÃO

Para Ardoy et al (2011), a condição física é um indicador do estado de saúde cardiovascular nas crianças e adolescentes. Igualmente Kolimechkov (2017), considera a condição física um indicador determinante em crianças e adolescentes e que poderá ser preditor e ajudar a se entender o processo de vida saudável de um indivíduo. Aspetos bem reforçados pela Comunidade Internacional na Declaração de Bonguecoque (2016).

Condição física ou aptidão física, pode ser entendido como um conjunto de habilidades ou capacidades de realizar atividade física, *American College of Sports Medicine*, 2014, a.

Ortega et al. (2005), concluíram que 20% dos adolescentes espanhóis têm no futuro risco cardiovascular ou doença. Também Ruiz et al. (2010), consideram que a participação a nível de desportos, durante o tempo de lazer pode influenciar positivamente a performance cognitiva em adolescentes. Nesta lógica de raciocínio, (Marques, Santos, Ekelund & Sardinha, 2015), analisando a associação entre as medidas objetivas da atividade física, tempo sedentário e saúde, relacionada com a condição física, concluíram que a atividade física moderada foi associada com a condição física, independentemente do tempo sedentário. Muitas vezes os jovens adolescentes na generalidade, não têm consciência dos benefícios produzidos pela realização da atividade física, ideia corroborada por Morrow, Tucker, Jackson, Martin, Greenleaf e Petrie (2013), que observaram nos jovens adolescentes dos Estados Unidos, falha no processo de conhecimento dos *guidelines*, no que respeita ao critério de saúde associada à realização do *fitnessgram* e que segundo Morrow et al. (2013), produziriam benefícios para a saúde dos jovens. De acordo com a OECDE (2017), de um modo geral, a obesidade tem vindo a aumentar; desde o início da década de 90 verifica-se essa tendência, tendo atingido o pico em ambos os sexos nos anos 2004 e 2005. Mas, a situação é projetada até 2030, para a continuação do aumento da obesidade em países como: Estados Unidos; México; Inglaterra; Canadá; Espanha; França; Suíça e Itália.

Segundo Santos et al. (2014) e Marques et al. (2015), o estilo de vida na infância e adolescência, vai influenciar a condição cardiorrespiratória em fase adulta. Este raciocínio com base em evidência científica, abre uma "janela" em termos de perspetiva de política de saúde e educação física curricular, reforça pois, a importância da promoção da atividade física e redução de comportamentos de risco, associados a estilos de vida sedentária, de acordo com o *WHO* (2010). Nas recomendações dos níveis de atividade física e saúde, destinados aos jovens dos 5 aos 17 anos de idade. (Tucker, Martin, Jackson, Morrow, Greenleaf & Petrie, 2014; Minghelli, Nunes & Oliveira, 2013; Laurson, Eisenmann & Welk, 2011), associam as variáveis, índice de massa corporal e o índice de gordura corporal, com validade quando usadas para classificar a adiposidade na infância e adolescência. Segundo Sardinha, Santos, Silva, Grentved, Andersen e Eklund (2016.b) e Gaya, Brand, Dias, Gaya, Lemes e Mota (2017), as associações índice de massa corporal, perímetro abdominal e o *ratio* perímetro abdominal/altura, foram utilizadas para formar *clusters* de risco metabólico e determinar em que medida estas variáveis antropométricas podem ser usadas para discriminar o aumento de risco cardiorrespiratório nos indivíduos de risco, concluindo-se que a magnitude de associações para o índice de massa corporal e o *ratio* perímetro abdominal/altura, foi considerada forte, dentro do peso e obesidade dos participantes, considerados com o peso normal. De acordo com Bryan, Solomon Zanovec e Tuari (2011), médias abaixo de 25% nos rapazes e 32% nas raparigas,

relativamente à massa adiposa são valores usados no *fitnessgram* no que respeita á composição corporal, que são indicadores para situarem se os jovens estão ou não na zona saudável. No critério de Moreira et al., (2011); Gammon, Pfeiffer, Kazanis, Ling e Robins, (2017); Júdice, Silva, Berria, Eklund e Sardinha, (2017) e Lang et al., (2018), a condição física constitui um importante preditor da saúde dos jovens, isto é: uma pobre condição física parece estar associada com o desenvolvimento cardiometabólico de fatores de risco. Sendo que, para Bryan et al. (2011), o *fitnessgram* apresenta-se como um instrumento útil na identificação de jovens que têm peso saudável ou que estão na zona de risco. De acordo com Marques e Matos (2014), a prevalência da atividade física aumenta significativamente entre rapazes com idades entre os 11 e os 13 anos, e entre os 15 e os 17 anos. Mas tal não acontece com as raparigas. Parece que, com o evoluir da idade, na atividade física tem lugar um significativo decréscimo na maior parte dos desportos, nomeadamente em raparigas. Presumivelmente têm diferentes interesses, não investindo tanto na atividade física. Para Marques e Matos (2016), há alterações dignas de registo, no sobrepeso e obesidade nos adolescentes entre 2002 e 2010, sendo necessário continuar a vigilância!

Segundo Vanheist et al. (2013), um ambiente favorável pode contribuir na construção de uma estratégia promotora para saúde e atividade física dos adolescentes, andar a pé ou de bicicleta, está associada às várias componentes da condição física. Conselhos pela Direção Geral de Saúde e que foi materializado no despacho nº 8932/2017.

Numa revisão sistemática de literatura realizada por Lang et al. (2018), sustenta o uso do teste "vai-e-vem", como indicador da saúde na população de crianças e jovens. Igualmente, Bravo, Raimundo, Santos, Timón e Sardinha (2017), associaram a condição física a nível cardiorrespiratório.

Para Garcia-Hermoso e Marina (2017), os adolescentes com obesidade e excesso de peso, apresentam muito tempo no denominado *screen-time*, isto é: igual ou superior a duas horas diárias, surgindo associados com níveis mais baixos de atividade física e têm menos tendência a obter resultados na realização académica, comparativamente a seus pares não obesos. De acordo com Tremblay et al. (2017), *screen-time,* refere-se ao tempo gasto em comportamentos frente à tela, sendo que estes comportamentos podem ser fisicamente ativos ou sedentários.

Alguns estudos (e.g. Donnelly & Lambourne, 2011; Kwak, Kremers, Bergman, Ruiz, Rizzo & Sjostrom, 2009), ao analisarem os efeitos da atividade física na realização académica, observaram benefícios dos índices físicos correlacionados ou associados com a realização académica. São vários os estudos (e.g. Welk, Jackson, Morrow, Haskell, Meredith e Cooper, 2010; Donnelly & Lambourne, 2011; Talebzadeh & Jafari, 2012; Sardinha et al., 2014; Sardinha, Marques, Martins, Palmeira & Minderico, 2014; Sardinha et al., 2015; Sardinha et al., 2016.a; Castro & Oliveira, 2017), em que as variáveis condição física e rendimento académico na adolescência surgem associadas. Nesta lógica, Smith e Lounsbery (2013), consideram que, se 14 a 26% do tempo curricular fôr dedicado à atividade física, incluindo diariamente Educação Física, a aprendizagem ocorre de modo mais eficaz. Igualmente Oliveira et al. (2017), encontraram uma associação positiva entre a condição física, a nível cardiorrespiratório e a realização académica, em termos de matemática e português. Por seu turno, Pellicer-Chenoll et al. (2015), defendem que o aumento da prática da atividade física em escolas, pode contribuir para lutar com estilos de vida sedentários e com consequências positivas para a saúde pública.

Nalguns estudos, (e.g. Raji et al., 2009; Yau, Castro, Tagani, Tsui & Convit, 2012; Yau et al., 2012; Mandolisi et al., 2018; Westefall, 2018), associam-se parâmetros antropométricos e da condição física, a funções cognitivas. Incindindo o enfoque da obesidade na anatomia cerebral. Saliente-se igualmente a importância que deve ter a Educação Física Curricular, de acordo com a declaração de Berlim UNESCO (2015, Diretrizes em Educação Física para Gestores de Políticas, 2015).

De acordo com Pozo et al. (2017), recentes revisões sistemáticas de literatura encontraram evidências que sugerem associações positivas entre atividade física, condição física, cognição e realização académica. Em *Physical Activity, Fitness and Physical Education: Effects on Academic Performance* (2013), é traçado um conjunto de evidências que traduzem de forma clara os efeitos da atividade física sistematizada na realização académica

Alguns estudos, (e.g. Santana, Azevedo, Cattuzzo, Hill, Andrade & Prado, 2016; Zach, Shoval & Lidor, 2017; Marques, Gómez, Catunda & Sarmento, 2017), realizaram revisões sistemáticas de literatura que apoiam no sentido que a Educação Física ou a atividade física na escola, possa estar associada positivamente com o rendimento académico.

Em síntese, a literatura científica aponta no sentido da atividade física contribuir para o rendimento académico, e será importante para as crianças e jovens, ativarem os seus níveis de atividade física, o qual se reconhece de maior importância para a saúde. De acordo com a UNESCO (2015) - Diretrizes em Educação Física De Qualidade, para Gestores de Políticas, p.7. Para Warburton e Bredin (2017) os efeitos da atividade física são claros, a maioria dos *guidlines* a nível internacional recomenda como objetivo 150 minutos por semana de atividade física moderada e vigorosa.

1.2. Objetivos

Analisar as relações entre a condição física, o rendimento académico e o sexo dos participantes.

2. MÉTODOS

2.1. Participantes

O presente estudo tem um efetivo de 1358 participantes, que frequentam o terceiro ciclo de escolas do ensino regular de escolas do distrito de Faro, 634 (46,7%) são participantes do sexo masculino e 724 (53,3%) do sexo feminino. De referir que todos os participantes não têm qualquer *handicap* a nível físico, sensorial, socioemocional ou cognitivo. Foram cumpridas as normas no plano da ética de investigação, assim foi solicitado autorização às instâncias oficiais: Instituto Nacional de Proteção de Dados; Ministério da Educação, Delegação Regional de Educação; Diretores dos Agrupamentos que nos permitiram o acesso aos alunos. Também foram contempladas as autorizações dos Encarregados de Educação e consentimento informado junto dos alunos, assim como mantida a estrita confidencialidade dos dados

2.2. Instrumentos

A Condição Física foi avaliada mediante um instrumento denominado *Fitnessgram*, que consiste num programa de aptidão física para a saúde, destina-se à população jovem que frequentam as escolas portuguesas a nível do 2º; 3º ciclos e ensino secundário.. (*Fitnessgram*, 2002).

Estruturalmente este programa está organizado em três áreas: Dimensões antropométricas (peso; altura; índice de massa corporal (IMC); índice de massa gorda (IMG).. A condição cardiorespiratória foi avaliada através do teste denominado "vai-e-vem" e força/flexibilidade (força média – abdominais); (força superior- flexões/extensões de braços; flexibilidade de ombros e flexibilidade dos membros inferiores (senta-e-alcança), foram avaliados pelos respetivos professores de Educação Física dos participantes. De acordo com a prestação motora, existe uma tabela para rapazes e outra para raparigas. Anexo 1.

No presente estudo, com base num conjunto de testes de aptidão física e tendo como atenção as respetivas idades, avaliou-se o desempenho motor dos participantes em três níveis possíveis:

1. Aquele que se encontra em zona de elevado risco e precisa de melhorar;
2. Aquele que se encontra associado a algum risco e também precisa melhorar, mas não constitui caso tão grave;
3. Acima ou dentro dos valores da zona saudável.

Na operacionalização dos grupos nível considerou-se:

Nível 1- Participantes que obtiveram dois ou mais testes abaixo dos valores referência. Todavia, se os alunos obtiveram nos testes do vai-e-vem, índice de massa corporal, índice de massa gorda ou perímetro abdominal resultados severos, ou seja, muito para além da zona saudável, já se consideram incluídos no nível 1.

Nível 2 – Participantes que excedem apenas um dos testes supracitados.

Nível 3 – Cumprem em todos os testes os níveis exigidos.

Sempre que algum dos alunos participantes suscitou dúvidas, conjuntamente com o professor de Educação Física da turma do respetivo participante, procurou-se enquadramento a nível da zona em que se deve inserir o respetivo aluno participante.

2.3. Rendimento académico

Procedeu-se à média aritmética das nove disciplinas selecionadas Português; Inglês; História; Geografia; Matemática; Ciências Naturais; Ciências Físico-Químicas; Educação Física e Educação Visual.

2.4. Plano de análise dos dados

Utilizou-se o software informático, versão SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), 24.0 ambiente *Windows da IBM*.

Considerou-se os parâmetros de tendência central: média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo da amostra e testou-se a distribuição da amostra recorrendo ao teste *Kolmogorov-Smirnov*. Como se verificou que a distribuição não era normal, optou-se pela aplicação de um teste não paramétrico, o teste *Kruskal-Wallis*, para um grau de significância de $p = 0.05$.

3. RESULTADOS

O presente estudo incidiu sobre uma amostra com 1358 participantes, 634 (46.7%) do sexo masculino e 724 (53,3%), do sexo feminino. As idades dos participantes estão compreendidas entre 12 e 17 anos.

Tabela I - Caraterização da amostra total (rendimento académico em função da condição física)

Rendimento Académico				
Condição Física	**N**	**Média**	**Desvio Padrão**	**Mínimo/Máximo**
Zona saudável	846	3,36	0,58	2,00 - 5,00
Algum risco	252	3,18	0,58	2,00 – 4,78
Elevado risco	260	3,11	0,53	2,11 – 4,89
Total	1358			

De salientar que 846 (63,3%) dos participantes estão na zona saudável, 252 (18,6%) na zona de algum risco e 260 (19,1%), na zona de elevado risco.

Tabela II - Caraterização da amostra – sexo masculino (rendimento académico em função condição física)

Rendimento Académico				
Condição Física	**N**	**Média**	**Desvio Padrão**	**Mínimo/Máximo**
Zona saudável	451	3,31	0,57	2,00 – 4,98
Algum risco	84	3,15	0,54	2,11 – 4,44
Elevado risco	99	3,11	0,53	2,11 – 4,67
Total	634			

Relativamente ao sexo masculino, 451 (71,1%) participantes encontram-se na zona saudável, 84 (13,2%) na zona de algum risco e 99 (15,6%) na zona de elevado risco.

Tabela III - Caraterização da amostra – sexo feminino (rendimento académico em função da condição física)

Rendimento Académico				
Condição Física	**N**	**Média**	**Desvio Padrão**	**Mínimo/ máximo**
Zona saudável	395	3,42	0,59	2,11 – 5,00
Algum risco	168	3,20	0,60	2,11 – 4,78
Elevado risco	161	3,11	0,53	2,11 – 4,89
Total	724			

Relativamente ao sexo feminino, 395 (55,6%) participantes estão na zona saudável, 168 (23,2%) na zona de algum risco e 161 (22,2%), na zona de elevado risco.

No intuito de se determinar se os diferentes níveis de condição física influenciam o rendimento académico, recorreu-se ao teste estatístico *Kruskal – Wallis*, e obteve-se um resultado estatisticamente muito significativo, X^2= 47.094; *g.l.* = 2; p = 0.00, o que significa que a condição física influencia de forma significativa o rendimento académico, obtido a partir da média aritmética das disciplinas dos participantes. De assinalar ainda o valor dos *mean rank* bem diferenciados, de acordo com a tabela IV.

Tabela IV - Valores assumidos pelo "*Mean-Rank*" do rendimento académico em função das diferentes condições físicas referentes ao total da amostra

Rendimento Académico		
Condição Física	N	"*Mean-Rank*"
Zona saudável	846	735,09
Algum risco	252	611,49
Elevado risco	260	564,54
Total	1358	

De acordo com a tabela IV, os maiores valores do rendimento académico correspondem aos participantes que estão na zona saudável e os menores valores correspondem aos participantes na zona de elevado risco.

Para se determinar de que forma a condição física influencia o rendimento académico no sexo masculino, e com recurso à técnica estatística *Kruskal-Wallis*, verificou-se que a condição física influencia o rendimento académico. Obteve-se o seguinte resultado: X^2 = 12.546; *g.l.* = 2; p = 0.02.

Tabela V - Valores assumidos pelo "*Mean-Rank*" do rendimento académico em função das diferentes condições físicas assumidas no sexo masculino

Rendimento Académico		
Fitnessgram Global	N	"*Mean-Rank*"
Zona saudável	451	333.64
Algum risco	84	288,14
Elevado risco	99	268,88
Total	634	

Os valores mais elevados do rendimento académico estão na zona saudável. Sendo que os valores mais baixos do rendimento académico correspondem aos participantes que se encontram na zona de elevado risco.

No que concerne ao sexo feminino e também com recurso ao teste estatístico *Kruskal-Wallis*, o resultado é significativo X^2=39,614; *g.l.* = 2; p = 0.00, isto é: existe uma relação estatística significativa entre condição física e rendimento académico nos participantes do sexo feminino.

Tabela VI - Valores assumidos pelo "*Mean-Rank*" do rendimento académico em função das diferentes condições físicas no sexo feminino

Rendimento Académico		
Fitnessgram Global	N	"*Mean-Rank*"
Zona saudável	395	406,26
Algum risco	168	423,48
Elevado risco	161	295,86
Total	724	

No que se refere aos valores do "*mean-rank*", os valores mais elevados de rendimento escolar estão na zona saudável, ao invés, situam-se os valores assumidos pelos participantes que se encontram na zona com risco elevado, apresentam valores mais baixos, a nível do rendimento académico.

4. DISCUSSÃO

No total da amostra, 1358 participantes, 846 (63,3%), situam-se na zona saudável, 252 (18,6%) na zona de algum risco e 260 (19,1%), na zona de elevado risco. No que concerne às percentagens que estão na zona saudável a nível do sexo feminino, é de 54,6% e do sexo masculino é de 71,1%. No sexo feminino a percentagem das participantes na zona de algum risco cifra-se em 23,2% e na zona de elevado risco é de 22,2%. Fora da zona saudável situam-se quase metade da amostra (45,4%), o que constitui motivo real de alguma preocupação. No que diz respeito ao sexo masculino, é menos grave, todavia algo ainda preocupante, pois na zona de algum risco situam-se 13,6% e na zona de elevado risco, 15,6%. Fora da zona saudável estão 28,9% dos rapazes participantes, uma percentagem mais positiva. Estes resultados significam que existe muito trabalho a desenvolver nas escolas a nível do ensino regular. A situação é mais grave nos participantes do sexo feminino, relativamente ao masculino, de acordo com Marques e Matos (2014). Emerge a mensagem, que aponta para um árduo e moroso caminho a seguir e a reforçar na Educação Física, nas atividades letivas curriculares e também no âmbito do desporto escolar, ao qual se deve adicionar causas multifatoriais, opinião corroborada por Vanhelst et al. (2013); OECDE, (2017) e Guthold, Stevens, Riley e Bull (2018). Preocupações bem presentes, na Direção Geral de Saúde, que promulgou o despacho nº 3632/2017, relativo à criação da Comissão Intersectorial para a Promoção da Atividade Física em Portugal, na intenção de elaborar, operacionalizar e monitorizar um Plano de Ação Nacional para a Atividade Física. Existe hoje plena consciência de um trabalho profundo nas rotinas de vida, que começa na consciencialização dos jovens e das famílias, de acordo com Ardoy et al., (2005) e Ruiz et al., (2010).

Corrobora-se com Morrow et al. (2013), tal como os jovens dos E.U.A., também os jovens algarvios falham em parte no processo de conhecimento dos *guidelines* no que diz respeito ao critério de saúde associado ao *fitnessgram*. Negligencia-se pois, as recomendações da WHO (2010). Esta realidade apresenta várias condicionantes, pois na opinião de Vanheist et al., (2013), também remete para fatores sociais ou ambientais.

De acordo com os resultados obtidos na relação condição física/rendimento académico, isto é: médias mais altas no rendimento académico, correspondem aos participantes que se encontram na zona saudável. E os participantes que têm médias mais baixos, estão associadas aos alunos com que se encontram na zona de elevado risco. Os resultados da presente pesquisa corroboram como a literatura consultada (e.g. Kwalk et al., 2009; Donnely & Lambourne, 2011; Sardinha et al., 2016.a; Mondolesi et al., 2018). Segundo (Blakemore, 2010; Mondolesi et al., 2018), conhecer como o cérebro aprende e se desenvolve, pode transformar as estratégias de educação e assim otimizar as aprendizagens.

No estudo de Ortega et al. (2005), 20% dos adolescentes espanhóis podiam enfrentar risco cardiovascular, o que constitui situação preocupante, todavia, passados treze anos, esse número ainda é superior no presente estudo. Em situação de elevado risco, temos 19,14% e se adicionar os participantes que se encontram em situação de algum risco e que já merece alguma preocupação, já se contabiliza 512 (37,66%) dos participantes. E tendo em atenção informação veiculada pela OECDE (2017) e por Guthold et al. (2018) , as perspetivas na Europa e nos Estados Unidos da América não são positivas.

De acordo com Morrow et al. (2013), os nossos jovens, necessitam de ampliar os níveis de consciência para a importância que a condição física tem na saúde, tal como no rendimento académico. Há que promover sinergias em diferentes áreas: Saúde, Educação, Desporto, Solidariedade Social ou o Planeamento Urbano.

Smith e Lounbery (2013), associam a Educação Física de forma positiva ao rendimento escolar, Mandolesi et al. (2018), verificaram a existência de muitas evidências como o exercício físico influencia a cognição e o bem estar. O presente estudo também permite legitimar este raciocínio. Os participantes que se encontram com melhor condição física, são os que têm médias mais elevadas e os que estão no grupo considerado de elevado risco, correspondem aos que apresentam médias mais baixas, em termos de rendimento académico. Então, de acordo com (WHO, 2010; Ruiz et al., 2010; Marques, Santos, Eklund & Sardinha, 2015; Santana et al., 2016), tem toda a lógica que a partir da infância, se promova o estilo de vida ativo e se leve de forma séria e determinada o "combate" ao sedentarismo. Muito provavelmente torna-se urgente, intervir junto dos jovens com outra lógica de abordagem, outras estratégias, contemplando os aspetos ecossistémicos. Vanheist et al., (2013). Para começar alterar o plano curricular, atribuindo mais horas de Educação Física Escolar e reforçando o programa de desporto escolar. Existe uma sensibilidade generalizada (docentes, pais, assim como a comunidade educativa), que o atual plano curricular tem uma carga horária desajustada, excessiva.(Talebzadeh e Jafari, 2012).

Ainda no que respeita ás associações entre níveis de condição física e resultados académicos, parece constituir uma evidencia que é reforçada por estudos empíricos, (e.g. Kawak et al., 2009; Donnely & Lambourne, 2011; Sardinha et al., 2016; Bravo et al., 2017). O presente estudo permite ter maior nível de consciência dos melhores índices de condição física e o rendimento académico, em corroboração com o estudo de Welk et al. (2010) e de acordo com Fitness and Physical Education: Effects on Academic Performance (2013). Estas associações ainda se tornam mais consistentes com os estudos de algumas revisões sistemáticas de literatura, realizadas por Santana et al. (2016); Zach et al. (2017) e Marques et al., (2017), em que as associações condição física e rendimento académico são reforçadas.

5. CONCLUSÕES

A nível global, a condição física (zona saudável, zona de algum risco e zona de elevado risco), influenciam significativamente o rendimento académico. Em todos os grupos considerados: participantes incluídos na zona saudável; zona de algum risco e zona de elevado risco, obtiveram-se diferenças significativas, em função do valor de probabilidade considerado (p =.05). Quanto maior os índices de condição física, maiores os valores assumidos pelas médias no rendimento escolar.

Nos participantes de sexo feminino e do sexo masculino, a condição física também influencia o rendimento escolar. Os valores da condição física dos participantes situados na zona saudável correspondem aos valores assumidos pelas médias do rendimento académico com valores mais elevados; seguem-se os participantes que se encontram na zona de algum risco e os valores dos participantes que se encontram na zona de elevado risco, que correspondem aos participantes que têm mais valores mais baixos no *mean-rank*.

Deve-se pois, encorajar e promover os comportamentos não sedentários. Corroborando com a opinião dos estudos realizados por Atkin, Van Sluijs, Dollman, Taylor e Stanley (2016), mais estudos que empreguem a perspetiva de design observacional e experimental. De acordo com um estudo elaborado por Guthold et al. (2018), se as tendências atuais continuarem, a meta de atividade física global para 2025 terá uma redução relativa de 10%, que se considera insuficiente. Então a nível global as estratégias para aumentar os níveis de atividade física, precisam de serem olhadas urgentemente como prioridade.

A investigação que já foi realizada justifica a adoção de outras estratégias para ensinar nas escolas, para conceber o *curriculum*, que passa por integrar o universo das experiências percetivo-motoras na vivência dos jovens e que exige estreitar pontes entre a pesquisa científica e a escola (paradigma investigação/ação). O presente estuda aponta para esse caminho.

REFERÊNCIAS

Ardoy, N. D.; Fernández-Rodriguez, M. J.; Ruiz, R. J.; Chillón, P.; España-Romero, V.; Castillo, J.M. & Ortega, B. F. (2011). Improving Physical Fitness in Adolescents Through a Scholl-Based Intervention: The Eurofit Study. *Revista Espanhola de Cardiologia*, 64 (6), 484 – 491. doi: 10.1016/j.rec.2011.02.010

Ashwell, M. & Browning, L. M. (2011). The Increasing Importance of Waist-to-Height Ratio to Assess Cardiometabolic Risk: A Plea for Consistent Terminology. *The Open Obesity Journal*, 3, 70 -77.

Atkin, A. J.; Van Sluijs, E. F. M.; Dollman, J.; Taylor, W. C. & Stanley R. M. (2016). Identifying correlates and determinants of physical activity in youth: How can we advance the field? *Preventive Medicine*. 87, 167 – 169. doi:org/10.1016/j.ypmed.2016.02.040

Bai, Y.; Saint-Maurice, P.F.; Welk, G.J.; Allums-Fearstherton, K.; Candelaria, N. & Anderson, K. (2015). Prevalence of Youth Fitness in the United States, Baseline Results from the NFL Play 60 Fitnessgram Partnership Project. *The Journal of Pediatrics*. Vol. 7, Nº 3, 662 – 668. doi: org/10.1016/j.joeds.2015.05.035.

Blakemore, S-J. (2010). The Developing Social Brain: Implications for Education. *Neuron*. 65, March, 25, 745 – 747. doi: 10.1016/j.neuron.2010.03.004

Bravo, J.; Raimundo, A. M.; Santos, D. A.; Timón, R. & Sardinha, L. B. (2017). Abdominal obesity in adolescents: Development of age-specific waist circunference cut-offs linked to adult. IDF Criteria. *American Journal of Human Biology*. e23036. doi: 10.1002/ajhd.23036

Browning, L. M.; Hsieh, S. D.; & Ashwell, M. (2010). A systematic review of waist-to-height ratio as screening tool for the prediction of cardiovascular disease and diabetes: 0,5 could be a suitable global boundary value (Review). *Nutrition Research Reviews*. 23 (2), 247 – 269. doi: 10.1017/S0954422410000144

Bryan, C. L.; Solmon, M. A.; Zanovec, M. T. & Tuuri, G. (2011). Body Mass Index and Skinfold Thickness Measurements as Body Composition Screening Tools in Caucasian and African American Youth. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. Vol. 82, Nº 2, 345 – 349.

Buchan, S. & Backer, J. S. (2017). Utility of Body Mass Index, Waist-to-Height – Ratio and cardiorespiratory fitness thresholds for identifying cardiometabolic risk in 10.4 – 17.6 – year-old children. *Obesity Research & Clinical Pratice* (…). doi: 10.1016/j.orcp.2017.01.001

Bungum, T.J.; Jackson, A. L. & Weiller, K. W. (1998). One Mile Run Performance and Body Mass Index in Asian and Pacific Islander Youth: Passing Rates for the Fitnessgram Research. *Quarterly for Exercise and Sport*. March. 69:1, 89 – 93. doi: 10.1080/02701367.1998.101607672

Castro, F. J. S. & Oliveira, A. C. C. (2017). Association between health-related physical fitness and academic performance in adolescents. *Revista Brasileira de Cineantropometria Humana*. 441 – 449. doi: http://dx.doi.org/105007/1980-0037216/1814/44

Declaração de Banguecoque Sobre a Atividade Física para a Saúde Global e Desenvolvimento Global e Desenvolvimento Sustentável. 6º Congresso Internacional de Atividade Física E Saúde Pública. Banguecoque, Tailândia, 16 – 19 Novembro. Documento revisto por Jorge Mota (Universidade do Porto) e Pedro Teixeira (Universidade de Lisboa e Direção Geral de Saúde) Documento disponível em www.ispah.org e National Academics Press. doi: 100.17226/18314. Acedido a 17/3/2017 Despacho nº 8932/2017. Diário da República. 2ª série – Nº 195 – 10 de outubro de 2017.

Donnely, J. E. & Lambourne, K. (2011). Classroom-based physical activity, cognition and academic achievement. *Preventive Medicine*, 12, 536 – 542. doi:10.1016/j.ypmed.2011.01.021

Educating the Student Body: taking Physical Activity and Physical Education to School. (2013). Washington, DC: Th

Eisenmann, J. C.; Wickel, E. E.; Welk, G. J. & Blair, S. N. (2004). Relationship between adolescent fitness and fatness and cardiovascular disease risk factors in adulthood. The Aerobics Center Longitudinal Study (ACLS). *American Heart Journal*. Vol. 140, Nº 1, 46 – 53. doi: 10.1016/j.ehj.2014.07.016

Fitnessgram. Manual de Aplicações de Testes. 3ª edição. Lisboa: FMH Edições.

Gammon, C.; Pfeiffer, K. A.; Kazanis, A.; Ling, J. & Robbins, L. B. (2017). Cardiorespiratory fitness in urban adolescents girls: associations with the race and pubertal status. *Journal of Sports Sciences*. Vol. 35, nº1, 29 – 34. doi: 10.1080/02640414.2016.1154594

García-Hermoso, A. & Marina, R. (2017). Relationship of weight status, physical activity and screen time with academic achievement in adolescents. *Obesity Research and Clinical Practice*, 11, 44 – 50. doi:10.1016./j.orcp.2015.07.006

Guthold, R.; Stevens, G. A.; Riley, L. M. & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analyses of 358 population – based surveys with 1,9 million participants *Lancet Global Health*. Vol. 6, Issue 10, PE 1077 – E 1086. doi: 10.1016/S2214 – 109x (18) 30357 – 7.

Gaya, A.R.; Brand, C.; Dias, A. F.; Gaya, A. C. A.; Lemes, V. B. & Mota, J. (2017). Obesity anthropometric indicators associated with cardiometabolic risk in Portuguese children and adolescents. *Preventive Medicine Reports*. 8,158 -162. doi:org/ 1016.j.pmedr.2017.10.002

Ihmels, M.; Welk, G.J.; McClain, J.J. & Schaben, J. (2006). The Reliability and Convergent Validity of Field Tests of Body Composition Adolescents. *Journal of Physical Activity & Health*, 3 (Suppl. 2), S67 – S77. doi: 10.1016j.jcps.2009.09.008

Inchley, J.; Kirby, J. & Currie, C. (2011). Longitudinal Changes in Physical Self-Perceptions and Associations With Physical Activity During Adolescence. *Pediatric Exercise Science*, 23, 237 – 249.

Jollife, C. J. & Janssen, I. (2007). Development of age age-specific adolescent metabolic syndrome criteria that are linked to the Adult Treatment Painel III and International Diabetes Federation Criteria. *Journal of American of Cardiology*. 49 (8), 891 – 898.

Júdice, P. B.; Silva, A. M.; Berria, J.; Petroski, E. L.; Ekelund, U. & Sardinha, L. B. (2017). Sedentary patterns, physical activity and health-related physical fitness in youth: a cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 14:25, 1-10. doi: 10.1186/s12966-017 - 0481-3

Lambourne, K.; Hansen, D.M..; Szabo, A.N.; Lee, J.; Hemann, S. D. & Donnelly, J. E. (2013). Indirect and direct between and aerobic fitness, physical activity, and academic achievement in elementary school students. *Mental Health and Physical Activity*. 6, 165 – 176. doi: 10.1016/j.mhpa.2013.06.002

Lang, J. J.; Balanger, K.; Poitras, V.; Jansen, I.; Tomkinson, G. R. & Tremblay, M. S. (2018). Systematic review of the relationships between 20 m shuttle run performance and health indicators among children and youth. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 21, 383 – 397. doi: org/10.1016/j.jsams.2017.08.032

Laurson, K. R.; Eisenmann, J. C. & Welk, G. J. (2011). Body Fat Index Standards Based on Agreement with Health with Health-Related Body Fat. *American Journal of Preventive Medicine*. 41, (4S2), S100 – S105. doi:10.1016/j.amepre.2011.07.004

Knowles, A-M.; Niven, A. G..; Fawkner, S.G. & Henretty, J. M. (2009). A longitudinal..in early adolescent girls. *Journal of Adolescence*. 32, 355 – 566. doi: 10.1016/j.adolescence.2008.06.001

Kolimechkov, S. (2017). Physical Fitness Assessment In Children And Adolescents: A Systematic Review. *European Journal of Physical Education and Sport Scien*ce. Volume 3, Issue 4, 65 – 79. doi: 10.5281/zenedo.495725

Kwak, I.; Kremers, D. J.; Bergman, P. Ruiz, J. R..; Rizzo, N. S. & Sjostrom, M. (2009). Associations between Physical Activity, Fitness, and Academic Achievement. *The Journal of Pediatrics*, 155, 914 – 918. doi: 1016/j.jeds.2009.06.019

Kwon, S.; Burns, T. L. & Janz, K. (2010). Associations of Cardiorespiratory Fitness and fatness With Cardiorespiratory Risk Factors Among Adolescents. The NHANES 1999 -2002. *Journal of Physical Activity and Health*, 7, 746 – 753.

Mandolisi, L.; Polverino, A.; Montutori, S.; Foti, F.; Giampaolo, F.; Sorrentino, P. & Sorrentino, G. (2018). Effects of Physical Exercise on Cognitive Functionning and Wellbeing Biological and psychological benefits. *Frontiers psychological*. 9: 509 – 536. doi: 10.3389/ fpsyg2018.0059

Marques, A. ; Gómez, F.; Martins, J.; Catunda, R. & Sarmento, H. (2017). Association between physical education, Scholl based physical activity, and academic performance: a systematic review. *Retos*. 31, 316 – 320. doi: ora/10.j.jesf.2017.03.001

Marques, A. & Matos, M. G. (2014). Adolescents ´physical activity trends over the years: a three-cohort study based on the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) Portuguese survey. *BMJ Open*. 4 (10): e006012. Published online 2014 Oct 6. doi: 10.1136/ bmjopen-006012

Marques, A. & Matos, M. G. (2016). Trends in prevalence of overweight and obesity: are Portuguese adolescents still increasing weight? *International Journal of Public Health*. 61, 49 -56. doi: 10.1007/s00038-015-0758-8

Marques, A.; Santos, R.; Ekelund, U. & Sardinha, L. B. (2015). Association between Physical Activity Sedentary Time and Health Fitness in Youth. *Medicine and Science in Sport and Exercise*. 47, (3), 575 – 580. doi: 10.1249MSS.0000000000000426

Minghelli, B.; Nunes, C. & Oliveira, R. (2013). Prevalence of Overweight and Obesity in Portuguese Adolescents: Comparison of Different Anthropometric Methods. *North American Journal of Medical Sciences*. November, Volume 5, Issue 11, 653 – 659. doi: 10.4103/1947-2741.122309

Moreira, C.; Santos, R.; Ruiz, J. R.; Vale, S.; Soares – Miranda, L.; Marques, A. I. & Mota, J. (2011). Comparaison of diferente VO2 máx. equations in the hability to discriminate the metabolic risk in Portuguese adolescents. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 14, 79 – 84. doi: 10.1016/j.jsams.2010.07.003

Morrow, J.R; Tucker, J.S.; Jackson, A. W.; Martin, S B.; Greenleaf, C. A. & Petrie, T. A. (2013). Meeting Physical Activity Guidelines and Health-Related Fitness in Youth. *American Journal of Preventive Medicine*. 11(S). 139 – 14. doi: 10.1016/j.amepre.2013.01.008

OECD (2017). *Obesity update*. Disponível em: www.oecd.org/health/obesity-update.htm

Oliveira, T. Pizarro, A.; Costa, M.; Fernandes, L.; Silva, G.; Mota, J. & Ribeiro, C. J. (2017). Cardiorespiratory fitness, but not physical activity, is associated with academic achievement in children and adolescents. *Annals of Human Biology*. Vol. 44, Nº 4, 309 - 315. http// dx.org/10.1080/03014460.2017.13080.10

Ortega, B. F.; Ruiz, R. J.; Castillo, J. M.; Moreno, A. L.; González-Gross, M.; Warnberg, J.; Gutiérez, A. & AVENA Group. (2005). Low Level of Physical Fitness is Spanish Adolescents. Revelance for Future Cardiovascular and Health (Avena Study). *Revista Espanhola de Cardiologia*. 58 (8). 898 – 908.

Pellicer - Chenoll, M.; Garcia-Massó, X.; Morales, J.; Serra-Año, P.; Solana-Tramunt, M.; González, L- M. & Toca – Herrera, J. L. (2015). Physical activity, physical fitness and academic achievement in adolescents: a self – organization maps approach. *Health Education Research*. Vol. 30, nº 3, 436 – 448. doi: 10.1093/her.cyv.016

Pereira, P. F.; Serrano, H. M. S.; Carvalho, G. Q. & Lamounier, J. A.; Peluzio, M. C.; Franceshini, S. C. C. & Prieri, S. E. (2011). Circunferência da cintura e relação cintura/estatura: úteis para identificar risco metabólico em adolescentes do sexo feminino? *Revista Paulista Pediátrica*. 29 (3), 372 – 377.

Physical Activity, Fitness and Physical Education: Effects on Academic Performance. Institute of Medicine Educating the Student Body: taking Physical Activity and Physical Education to Scholl. (2013). Washington, DC: The National Academic Press. doi:10.17226/18314. Acedido a 18 de janeiro de 2018.

Pozo, F. J. F.; Alonso, J. V.; Vaquero, M.; Orr, S.; Álvarez, M. V.; Orr, S. & Cantarro, F. J. L. (2017). Physical fitness as an indicator of health status and its relaonship t academic performance during the prepubertal period. *Health Promot Prespect*. 7 (4): 197 – 204. doi: 10.15171/hpp.2017.35

Programa Nacional de Promoção Para A Atividade Física. Direção Geral de Saúde. (2016). Direção Geral de Saúde.

Raji, C. A.; Ho, A. J.; Pariskshak, N. N.; Becker, J. T.; Lopez, O. L.; Kuller, C. H. & Thompson, P. M. (2009). Brain Structure and Obesity. Pittsburgh, P.A: University of Pittsburgh, Deppartment of Pathology. doi: 10.1002/hbm.220870

Rudroff, T.; Keisey, M. M.; Melanson, L. E.; McQueen, M. B. & Enoka, R. M. (2013). Associations between Neuromuscular Function and Levels of Physical Activity Differ for Boys and Girls during Puberty. *The Journal of Pediatrics*, 163, 349 – 354. doi: 10.1016/j.joeds.2013.01.014

Ruiz, R. J.; Ortega, B. F.; Castillo, R.; Martin-Matillas, M.; Kwak, L.; Vicente-Rodriguez, G.; Noriega, J.; Tercedor, P.; Sjóstróem, M.; Moreno, A. L. AVENA Group Study (2010). Physical Activity Fitness, Weight Status, and Cognitive Performance in Adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 917 – 922. doi: 10.1016/j.joeds.2013.01.014

Santana, C. C. A.; Azevedo, L. B.; Cattuzzo, M. T.; Hill, J. O.; Andrade, L. P. & Prado, W. I. (2016). Physical fitness and academic performance in youth: A systematic review. *Scandinavian Journal Of Medicine & Science In Sports*. 1 – 26. doi: 10.1111/sms.12773

Santos, R.; Mota, J.; Okeley, A. D.; Pratt, M.; Moreira, C.; Coelho e Silva, M J.; Vale, S. & Sardinha, L. (2014). The independent associations of sedentary and physical activity on cardiorespiratory fitness. *Sports Medicine*, 48, 1508 – 1512. doi: 10.11 36/bjsports – 2012 – 09 1610

Sardinha, L. B.; Marques, A.; Martins, S.; Palmeira, A. & Menderico, C. (2014). Fitness, fatness, and academic performance in seventh-grade-elementary school students. *BMC Pediatrics*. 14: 176, 1 – 9.

Sardinha, L. B.; Marques, A.; Minderico, C.; Palmeira, A.; Martins, S.; Santos, D. A. & Ekelund, U. (2016.a). Longitudinal Relationship between Cardiorespiratory Fitness and Academic Achievement. *Medicine & Science Of Sports & Exercise*, 839 – 844. doi:10.1249/MSS.0000000000000830

Sardinha, L. B.; Santos, D. A.; Silva, A. M.; Grentved, A.; Andersen, L. B. & Eklund, U. (2016.b). A Comparison between BMI. Waist Circumference, and Waist – To – Height Ratio for Identifying Cardio-Metabolic Risk in Children and Adolescents. *Plos one*. doi: 10.1371/journal.one.0149351

Sardinha, L. B.; Santos, A.; Silva, M. A.; Grentved, A.; Andersen, L. B. & Eklund, U. (2015). Longitudinal Relationship between Cardiorespiratory Fitness and Academic Achievement. *Journal of the American College of Sports Medicine*, 839 – 844. doi: 10.1249/MSS.0000000000000830

Smith, J. N. & Lounsberry, M. (2013). Promoting Physical Education. *Journal of Psychological Education, Recreation & Dance*. 80: 1, 39 – 43. doi: 10.1080/07303084.2009.10598266

The Participation Report Card on Physical Activity for Children and Youth (2018). Research Institute. Healthy Active Living and Obesity Research. (1 – 114). www.participationAction.com/reports

Talebzadeh, F. & Jafari, P. (2012). How Sport and art could effective in the field of social, cognitive and emotional learning? *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 47, 1610 – 1615. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.06.871

Tremblay, M. S.; Aubert, S.; Barnes, J. I.; Saunders, T. J.; Carson, V.; Latimer-Cheng; Chastin, S. F.; Altenburg, T. M. & Chimpaw, M. J. (2017). Sedentary Behavior Research Network (SBRN). Terminology Consensus Project process and Outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 14: 15. doi: 10.1186/s.12966-017-0525-8

Tucker, J.S.; Martin, S.; Jackson, A. W.; Morrow, J.R.; Greenleaf, C. A.; & Petrie, T.A. (2014). Relations Between Sedentary Behavior and Fitnessgram Healthy Fitness Achievement and Physical Activity. *Journal of Physical Activity and Health*, 11, 1006 – 1011. doi:10.1123/pah.2011-0431

UNESCO (2015). Diretrizes Em Educação Física De Qualidade Para Gestores De Políticas. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

Vanhelst, J.; Béghin, L.; Salleron, J.; Ruiz, R. J.; Ortega, B. F.; Bourdeaudhuij, I.; Molnar, D.; Manios, Y.; Widhalm, K.; Vicente-Rodriguez, G.; Mauro, B.; Moreno, L.; Sjostrom, M.; Castillo, J. M. & Gottrand, F. (2013). A favorable built environment is associated with better physical fitness in European adolescents. *Preventive Medicine*. 57, 844 – 849. doi:10.1016/j.ypmed.2013.09.015

Zach, S.; Shoval, E. & Lidor, R. (2017). Physical Education and academic achievement – literature review. *Journal of Curriculum Studies*. 1 -19. doi: 10.1080/002220272.2016.1234649

Waburton, D. E. R. & Bredin, S. S. D. (2017). Health benefits of physical activity: A systematic review of current systematic reviews. *Current Opinion in Cardiology*. 32 (5), 541 – 556. doi.org/1097/HCO.0000000000000437

Weiller, K.H.; Jackson, A..W. & Meyer, R.D. (1994). 1–Mile Run Performance and Body Mass Index in Hispanic Youth: Passing Rates for the Fitnessgram. *Pediatric Exercise Science*, 6, 287 – 274

Welk, G. J.; Going, S. B.; Morrow, J. R. & Meredith, M. D. (2011). Development of New Criterion-Referenced Fitness Standards in the Fitnessgram. Program Rationale and Conceptual Overview. *American Journal Preventive Medicine*. 41 (452), 563 – 567. doi: 10.1016/j.amepre.2011.07.012

Welk, G. J.; Jackson, W. A.; Morrow, R. J.; Haskell, H. W.; Meredith, D. M. & Cooper, H. K. (2010). The Association of Health-Related Fitness With Indicators of Academic Performance in Texas Schools. *Research Quarterly for Exercise and Sports*. Vol. 81, Supplement Nº 3, 316 – 323.

Welk, G. J.; Mahar, M. & Morrow, J. (2013). Physical Activity Assessment Fitnessgram and Activgram References Guide. Chapter 5th Edition. Editors Sharon A. Plowman and Meredith. 5.1 - 5.19.

Westfall D. R.; Gejl A. K.; Tarp, J.; Wedderkopp, N.; Kramer, A. F.; Charles H. Hillman C. H. & Bugge A. (2018). Frontiers in Psychology. Vol. 9. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01298

WHO (2010). Global Recommendation on Physical Activity for Health. Genebra.Suisse. at http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf.

Yau, P. L.; Castro, M. G.; Tagani, A.; Tsui, W. H. & Convit, A. (2012). Obesity and metabolic syndrome and functional and structural brain impairments in adolescence. *Pediatrics*, 130 (4), 431 – 436. doi: 10.1542/peds.2012-0342

APÊNDICE 1 – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E FAMILIARES

Código:_____ O presente questionário é **anónimo** e **confidencial**. Por favor responde com sinceridade.

SOBRE TI		
Escola: _____	Ano de escolaridade: _____	
Sexo: M □ F □	Data de Nascimento: __/__/__	Idade: _____
Localidade onde vives: _____		

SOBRE A TUA FAMÍLIA	
Idade do teu Pai: _____ Profissão do teu Pai: _____ O teu pai encontra-se: □ Empregado ou □ Desempregado	Estudos do teu Pai: □ Sem estudos □ Ensino Básico (1º ciclo) □ Escolaridade obrigatória (9º ano) □ Ensino Secundário (12º ano) ou Ensino Profissional □ Ensino Superior (bacharelato/ licenciatura ou mais)
Idade da Mãe: _____ Profissão da Mãe: _____ A tua mãe encontra-se: □ Empregada ou □ Desempregada	Estudos da tua Mãe: □ Sem estudos □ Ensino Básico (1º ciclo) □ Escolaridade obrigatória (9º ano) □ Ensino Secundário (12º ano) ou Ensino Profissional □ Ensino Superior (bacharelato/ licenciatura ou mais)

Assinala a situação que corresponde melhor à situação dos teus pais: □ O meu pai e a minha mãe estão casados ou vivem juntos □ O meu pai e a minha mãe estão separados ou divorciados □ O meu pai vive com outra pessoa □ A minha mãe vive com outra pessoa □ O meu pai já faleceu □ A minha mãe já faleceu
Onde vives? □ Em casa □ Num colégio ou instituição Com quem vives em casa? (Por favor especifica quais as pessoas – por exemplo, pai ou padrasto, mãe ou madrasta, irmão, irmã, avó, colegas, etc.). _____
Tens irmãos? □ Não □ Sim □ Quantos?___ Idade do(s) irmão(s): __ / __ /__ /__

SOBRE A ESCOLA					
Já reprovaste algum ano? □ Não □ Sim □ quantos anos: _____					
Frequência às aulas:					
Nas últimas 4 semanas…	*Nunca*	*1x*	*2x*	*3x*	*4x ou mais*
A - Faltei à escola com autorização dos meus pais (por ex. fui ao dentista ou estive doente)					
B - Faltei às aulas sem autorização dos meus pais					
Quais foram as tuas ultimas notas no último período nas seguintes disciplinas: Português: _____ Matemática: _____ Língua Estrangeira (ex: Inglês….): _____ Educação Física: _____ Educação Visuall:_____ Ciências Natureza_____ História: _____Geografia:_____ Ciências Físico-Químicas:_____.					

ATIVIDADE FÍSICA E DESPORTO
Fazes desporto? □ Sim □ Não Que tipo de desporto? □ Escolar □ Federado Que modalidade? _____.
Apenas fazes atividade física na escola: □ Sim □ Não Quando começaste a fazer desporto: _____. Quantas vezes por semana: _____. Duração dos treinos? □ 60 minutos □ 90 minutos □ 120 minutos □ mais de 120 minutos Tens alguma atividade extra – curricular? □ Sim □ Não Se respondes-te sim: Diz o tipo de atividade? _____.

APÊNDICE 2 – CONDIÇÃO FÍSICA E RENDIMENTO ESCOLAR

Estatísticas[a]

Médias das disciplinas

N	Válido	846
	Omisso	11
Média		3,3655
Desvio Padrão		,58680
Mínimo		2,00
Máximo		5,00

a. Fitnessgram Global = Zona saudável

Estatísticas[a]

Médias das disciplinas

N	Válido	252
	Omisso	10
Média		3,1896
Desvio Padrão		,58645
Mínimo		2,00
Máximo		4,78

a. Fitnessgram Global = Algum risco

Estatísticas[a]

Médias das disciplinas

N	Válido	260
	Omisso	3
Média		3,1158
Desvio Padrão		,53303
Mínimo		2,11
Máximo		4,89

a. Fitnessgram Global = Elevado risco

Estatísticas[a]

Médias das disciplinas

N	Válido	451
	Omisso	4
Média		3,3151
Desvio Padrão		,57353
Mínimo		2,00
Máximo		4,89

a. Fitnessgram Global = Zona saudável

Estatísticas[a]

Médias das disciplinas

N	Válido	84
	Omisso	4
Média		3,1548
Desvio Padrão		,54406
Mínimo		2,00
Máximo		4,44

a. Fitnessgram Global = Algum risco

Estatísticas[a]

Médias das disciplinas

N	Válido	99
	Omisso	1
Média		3,1156
Desvio Padrão		,53119
Mínimo		2,11
Máximo		4,67

a. Fitnessgram Global = Elevado risco

Estatísticas[a]

Médias das disciplinas

N	Válido	395
	Omisso	7
Média		3,4231
Desvio Padrão		,59713
Mínimo		2,11
Máximo		5,00

a. Fitnessgram Global = Zona saudável

Estatísticas[a]

Médias das disciplinas

N	Válido	168
	Omisso	6
Média		3,2070
Desvio Padrão		,60736
Mínimo		2,11
Máximo		4,78

a. Fitnessgram Global = Algum risco

Estatísticas[a]

Médias das disciplinas

N	Válido	161
	Omisso	2
Média		3,1159
Desvio Padrão		,53581
Mínimo		2,11
Máximo		4,89

a. Fitnessgram Global = Elevado risco

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
	Fitnessgram Global	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Médias das disciplinas	Zona saudável	846	98,7%	11	1,3%	857	100%
	Algum risco	252	96,2%	10	3,8%	262	100%
	Elevado risco	260	98,9%	3	1,1%	263	100%

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Fitnessgram Global	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Médias das disciplinas	Zona saudável	,104	846	,000	,977	846	,000
	Algum risco	,117	252	,000	,963	252	,000
	Elevado risco	,115	260	,000	,964	260	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Ranks

	Fitnessgram Global	N	Mean Rank
Médias das disciplinas	Zona saudável	846	735,09
	Algum risco	252	611,49
	Elevado risco	260	564,54
	Total	1358	

Test Statistics[a,b]

	Médias das disciplinas
Chi-Square	47,094
df	2
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Fitnessgram Global

Postos[a]

	Fitnessgram Global	N	Posto Médio
Médias das disciplinas	Zona saudável	451	333,64
	Algum risco	84	288,14
	Elevado risco	99	268,88
	Total	634	

a. Sexo = Masculino

Test Statistics[a,b,c]

	Médias das disciplinas
Chi-Square	12,546
df	2
Asymp. Sig.	,002

a. Sexo = Masculino

b. Kruskal Wallis Test

c. Grouping Variable: Fitnessgram Global

Ranks[a]

	Fitnessgram Global	N	Mean Rank
Médias das disciplinas	Zona saudável	395	406,26
	Algum risco	168	323,48
	Elevado risco	161	295,86
	Total	724	

a. Sexo = Feminino

Test Statistics[a,b,c]

	Médias das disciplinas
Chi-Square	39,614
df	2
Asymp. Sig.	,000

a. Sexo = Feminino

b. Kruskal Wallis Test

c. Grouping Variable: Fitnessgram Global

Anexo 1 – Condição Física (rapazes e raparigas). Tabelas dos Valores do Fitnessgram para a Zona Saudável

Rapazes:

Idade	Vai-e-vem	Massa Gorda%	Abdominais	Extensões de braços	Senta e alcança	Flexibilidade de ombros
10	23 - 61	10 - 25	12 - 24	7 - 20	4 - 10	S/S
11	23 - 72	10 - 25	15 - 28	8 - 20	6 - 13	S/S
12	32 - 72	10 - 25	18 - 38	10 - 20	6 - 13	S/S
13	41 - 72	10 - 25	21 - 40	9 - 25	12 - 17	S/S
14	41 - 83	10 - 25	24 - 45	10 - 30	15 - 20	S/S
15	51 - 94	10 - 25	24 - 47	12 - 35	15 - 20	S/S
16	61 - 94	10 - 25	24 - 47	14 - 35	15 - 20	S/S
17+	61 - 94	10 - 25	24 - 47	14 - 35	15 - 20	S/S

Raparigas:

Idade	Vai-e-vem	Massa Gorda%	Abdominais	Extensões de braços	Senta e alcança	Flexibilidade de ombros
10	15 - 41	17 - 32	15 - 29	7 - 15	12 – 25,5	S/S
11	15 - 41	17 - 32	18 - 32	7 - 15	12 – 25,5	S/S
12	23 - 41	17 - 32	18 - 32	7 - 15	12 – 25,5	S/S
13	23 - 51	17 - 32	18 - 32	7 - 15	12 – 25,5	S/S
14	23 - 51	17 - 32	18 - 35	7 - 15	12 – 30,5	S/S
15	32 - 51	17 - 32	18 - 35	7 - 15	12 – 30,5	S/S
16	41 -51	17 - 32	18 - 35	7 - 15	12 – 30,5	S/S
17+	41 - 51	17 - 32	18 - 35	7 - 15	12 – 30,5	S/S

Observações: os valores da esquerda representam os limites inferiores e os da direita, os limites superiores.
Extraído do documento *Fitnessgram* – Manual de Aplicação de Testes. 3ª edição. Lisboa. FMH Edições

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Eusébio Pacheco

NEUROFEEDBACK NA REABILITACAO DOS SINTOMAS COGNITIVOS POS LESOES CEREBRAIS TRAUMATICAS EM PACIENTE SUMETIDO A REMOCAO CIRÚRGICA

Gilberto do Carmo Solano
Especialista em Neurofisiologia, Inst. Brasileiro de Medicina de Reabilitacao, Rio de Janeiro,RJ;
UMESP, Sao Bernardo do Campo, SP.
(gilberto.solano@gmail.com)

RESUMO

Introdução: Como em todos os procedimentos cirúrgicos a cirurgia do cérebro pode apresentar riscos e complicações potenciais. Dependendo da localização do tumor a Visão, audição, olfato, fala, equilíbrio, força e coordenação motora, pensamento e memória podem ser afetados. Os efeitos colaterais podem aparecer tardiamente e podem, também, ser confundidos com sintomas do tumor. Objetivo: Demonstrar os efeitos do tratamento de Neurofeedback dos sintomas causados por lesões cerebrais traumáticas em um paciente sumetido a remoção cirurgica de tumor cerebral da região do terceiro ventrículo. Método: Estudo descritivo transversal, realizado sob a perspectiva dos pressupostos epistemológicos positivista de natureza qualitativa. Paciente recém-saído de cirurgia cerebral para retirada de tumor ventricular. As medidas de avaliação incluíram análise de avalição de neurofeedback TQ7 e Avaliação Neuropsicologica pré e pós treinamento e as mesmos foram utizadas para direcionar os protocolos de tratamento, juntamente com o julgamento clínico do autor. Os sinais de EEG foram coletados e colocados de acordo com o sistema International 10-20. Resultados: Foi demonstrado os efeitos clínicos do treinamento de Neurofeedback aplicado a reabilitação de sintomas pós retirada de tumor cerebral. Os resultados evidenciaram mudanças no padrão de ondas cerebrais do paciente avaliado antes e após a realização das intervenções com neurofeedback, diminuido ondas cerebrais lentas e aumentando ondas cerebrais rápidas e médias, evidenciando melhorias nos estados psicopatologicos, incluindo bem-estar psicológico, competência emocional e traços de comportamento Social, bem como em todos os domínios da cognição, dor, sono, fadiga e humor / emoção. No entanto, nossos dados devem ser interpretados com cautela porque este é um estudo de caso único. Considerações Finais: Estes resultados documenta a praticabilidade do método de neurofeedback como complemento de tratamento em transtornos pós-cirurgicos do ponto de vista clínico. Embora o uso de neurofeedback no tratamento dos sintomas de transtornos pós-cirurgicos seja recomendado na literatura, ainda faltam estudos empíricos. São necessários ensaios controlados aleatórios para avaliar os efeitos a curto e a longo prazo do neurofeedback.

Palavras-chave: Neurofeedback, Reabilitação, Avaliação Neuropsicológica, Eletroencefalografia

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de localização de tumores do terceiro ventrículo, tumores primários e tumores de vizinhança (diencefálicos), apresenta grandes dificuldades, dado a sua especificidade. Muitos pacientes, portadores destes tumores, falecem sem ser diagnosticados. O cérebro possui quatro ventrículos: dois ventrículos laterais, o terceiro ventrículo e o quarto ventrículo. Os ventrículos laterais se comunicam com o terceiro ventrículo, escoando o líquido céfalo-raquiano, que é produzido dentro deles e banha todo o sistema nervoso central.

Cisto coloide é uma lesão BENIGNA localizado, usualmente, no interior dos ventrículos, que pode obstruir a comunicação entre os ventrículos laterais e o terceiro ventrículo, impedindo o escoamento deste líquido e provocando seu acúmulo, causando hidrocefalia, que pode provocar tonturas e as dores de cabeça. Os cistos coloides do terceiro ventrículo são tumores raros do sistema nervoso central (SNC), reconhecidos como causa de morte inesperada em jovens, assim como em adultos saudáveis e crianças, e apresentam dificuldades para o diagnóstico clínico (Filkins, J. et al., 1996).

Em 1939, os percursores do diagnóstico de tumores diencefálicos, Walter, Griffiths e Nevin (1939), encontram sensíveis alterações eletrencefalográficas em um caso de sarcoma peritelial do diencéfalo, comprovando que não são somente aqules tumores que comprometem, direta ou indiretamente, a corticalidade cerebral que podem dar sinais de valor no eletrencefalograma. Depois disso, novamente Walter e Dovey (1944), num trabalho em que apresentaram 31 casos verificados de tumores, descreveram o ritmo teta (ondas de 4 a 7 c/s, mais frequentemente 6 c/s) nas zonas limítrofes de áreas de ritmo delta, em casos de tumores córtico-subcorticais, e o ritmo teta isolado, particularmente bilateral e simétrico, em casos de tumores que envolviam os núcleos cinzentos da base (diencéfalo).

O ritmo teta foi interpretado como decorrente da função de áreas corticais provenientes de centros diencefálicos, tal como acontece com o ritmo cortical de imaturos ou de macacos, lesados experimentalmente nos núcleos basais por Kennard (1943). A existência de um ritmo teta e seu valor diagnóstico para tais tumores, foram plenamente confirmados por Cobb (1944), que, em um artigo de 120 casos de tumores e 5 de abscessos cerebrais, mostrou sua constância no eletroencefalograma, nos casos de lesões próximas ao terceiro ventrículo.

Em algumas situações as técnicas de neuroimagem não são suficientes, por si só, para estabelecer qual será a evolução de um caso. A avaliação neuropsicológica, por se basear em funções cognitivas mais do que em estruturas e avaliar o funcionamento intelectual, investiga as funções mentais superiores como a atenção, memória, percepção, praxias e funções executivas. Desta forma, permite identificar os recursos existentes e potenciais após a instauração de um quadro, o que dá mais subsídios para planejar as intervenções e para o prognóstico terapêutico.

Na década de 70, o psicólogo da Universidade de Chicago, Joe Kamiya (1971) descobriu que alguns de seus sujeitos de pesquisa poderiam aprender a controlar as características de amplitude e freqüência de seu próprio eletroencefalograma (EEG), se fornecido feedback sobre essas características. Muitos psicólogos e médicos logo perceberam as possibilidades que o controle operante da atividade

elétrica do sistema nervoso central pode ter para o tratamento clínico. Em poucos anos, o termo biofeedback foi aplicado a esses métodos (e a procedimentos similares envolvendo outros processos fisiológicos) e um número crescente de clínicos começou a aplicar o biofeedback de EEG no tratamento da ansiedade e outros transtornos psiquiátricos.

Neurofeedback, um tipo de biofeedback, é um tratamento de condicionamento operante que foi estudado para uso no tratamento de traumatismo cranioencefálico (TCE) em populações civis e militares. Nessa abordagem, os usuários podem ver ou ouvir representações de dados relacionados às suas próprias respostas fisiológicas a fatores desencadeantes, como estresse ou distração, em tempo real e, com a prática, aprender a alterar essas respostas para reduzir os sintomas e -/- ou melhorar o desempenho. Este caso mostra o impacto do treinamento de Neurofeedback orientado pela avaliação TQ7 sobre os resultados clínicos do paciente.

Objetivo

Demonstrar os efeitos benéficos do tratamento de Neurofeedback para a melhora dos sintomas causados por lesões cerebrais traumáticas em um paciente submetido a remoção cirurgica de tumor cerebral na região do terceiro ventrículo.

Método

Estudo descritivo transversal, realizado sob a perspectiva dos pressupostos epistemológicos positivista de natureza qualitativa. Paciente submetido a cirurgia cerebral para retirada de tumor ventricular, com idade de 32 anos de idade. As medidas de avaliação incluíram análise da avaliação de neurofeedback e Avaliação Neuropsicologica pré e pós treinamento. Os treinamentos de neurofeedback foram realizados pelo sistema *Brain Trainer* e mesmo foi utilizado para o direcionamento dos protocolos de tratamento, juntamente com o julgamento clínico do autor. Os sinais de EEG foram coletados e colocados de acordo com o sistema *International* 10-20. Foram efetivadas 160 sessões de treinamento de bio e Neuofeedback.

Caso

Após ser submetido a cronioscopia frontal direita para retirada de tumor ventricular, o paciente retornou da cirurgia apresentando distúrbios cognitivos e psíquicos graves, bem como síndrome diencefálica: hipersônia e obesidade. O paciente foi declarado pelo Neurocirurgião como "totalmente incapcitado para o trabalho, por tempo completamente indeterminado, mínimo de 12 meses, talvez definitivo. Paciente com lesão grave de região do encefálo (diencéfalo)" (CID 693-5).

O exame de eletroencefalografia digital (EEG Digital) realizado em vigília e sono espontâneo (fase I e II), ativado por uma prova de hiperventilação, revelou-se anormal, evidenciando atividade de base normal e paroxismos epileptiformes e surtos agudizados em região fronto-rolândrica direita, de curta duração e frequentes.

Exame de ressonância Magnética do Encéfalo revelou craniotomia frontal direita, com leve espessamento dural subjacente e sinais de calosotomia na região anterior do tronco do corpo caloso. Não há evidências de processo expansivo intraventricular. Leve proeminência dos sulcos corticais. Cisternas de bases livres. Sistema ventricular de volume e topografia normais. Tecido encefálico com distribuição e características de sinal normais para as substâncias branca cinzenta. Ausência de lesões com restrição da difusão. Não houve quebra de barreira hematoencefálica. Ao exame conclui-se: Alterações pós-operatórias de tumor intraventricular (cisto coloide- informe clínico).

Testes neuropsicológicos foram administrados após a ressecção do tumor, com o objetivo de investigar as funções intelectuais, mnésticas, executivas, visuoperceptiva, visuoespacial, atenção, linguagem e velocidade de processamento de informação. Todos os resultados do paciente foram avaliados de acordo com dados normativos publicados para cada teste.

Segundo os dados colhidos nas entrevistas com a mãe, a utilização do instrumento *Behavior Rating Scale for Dementia* (BRSD) e anamnese com o próprio paciente, o mesmo apresentou intercorrências pós-cirurgia com manifestações neurocomportamentais tais como: sentimento de ansiedade, sinais físicos de ansiedade, aparência triste, sentimento de desesperança, choro, sentimentos de culpa, baixa autoestima, desejo de morte, perda do prazer, perda de interesse, cansaço, queixas somáticas, alterações no padrão do sono, insônia inicial, alteração do apetite, obesidade, alteração da conduta sexual, mudança súbita de humor, agitação psicomotora, inquietação, comportamento sem finalidade, repetição verbal, confusão diária, comportamento social impróprio, irritabilidade, agressão verbal, desligamento social, problema inespecífico de comportamento, crença que está sendo prejudicado, crença que a namorada está sendo infiel, crença que é portador de doença seria, desilusão inespecífica, alucinações auditivas e alucinações visuais.

A fim de realizar o processo de otimização do funcionamento cerebral, foi feito uma avaliação, medindo-se a atividade elétrica do cérebro do cliente através de um eletroencefalograma espectral, enquanto realizava tarefas, que ativam áreas diferentes do seu cérebro (cálculos, leituras, memorizações, raciocínios lógicos, concentração). Para isto foi utilizado a avaliação TQ7 de padrões cerebrais, que permite uma análise detalhada das relações dentro do cérebro usando os softwares Bio-Explorer e o amplificador Q-Wiz, que é um dispositivo de aquisição de sinal biológico e capturam bio-sinais, como EEG que são encaminhados via USB para um aplicativo rodando em um PC que possui um driver Q-Wiz para interpretar corretamente os sinais que estão sendo enviados. O Q-Wiz normalmente é usado como um elemento em um sistema de treinamento de Neurofeedback. Após esta avaliação inicial, foi possível detectar quais áreas cerebrais estão com seu desempenho comprometido e precisam ser treinadas para trabalhar de maneira mais funcional.

RESULTADOS

Nossos resultados evidenciaram mudanças no padrão de ondas cerebrais do paciente avaliado antes e após a realização da intervenção com neurofeedback, diminuindo ondas cerebrais lentas e aumentando ondas cerebrais rápidas e médias (Tabela 1). Observamos, ainda, que após a realização das intervenções com Neurofeedback, houveram variações nos escores da avaliação cognitiva (Tabela 2).

Tabela 1 - Análises das médias das ondas de 20 regiões distintas do cérebro do paciente PRÉ e PÓS intervenções de neurofeedback

	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção
Ondas Lentas OF (%)	32,61	27,39
Ondas Lentas OA (%)	37,82	32,22
Ondas Médias OF (%)	37,00	35,72
Ondas Médias OA (%)	26,94	26,78
Ondas Rápidas OF (%)	30,22	37,39
Ondas Rápidas OA (%)	34,61	41,28

OF= Olhos Fechados, AO= Olhos Abertos

Funções cerebrais geralmente envolvem a ativação de áreas específicas, que operam de forma independente e compartilham informações de forma eficiente. A capacidade de descansar, de ativar e funcionar independentemente e de cooperar de forma eficiente são determinadas por medidas de conectividade: Coerência (a estabilidade de uma conexão) e fase (a simultaneidade de uma conexão), em diversas frequência A combinação de coerência e fase é conhecida como sincronia.

Na tabela abaixo encontram-se os resultados das análises de coerência entre as 20 regiões distintas do cérebro deste paciente.

Tabela 2 - Análises de coerências entre as 20 regiões distintas do cérebro do paciente PRÉ e PÓS intervenções de neurofeedback

Coerência	*Fp1Fp 2*	*F7- F8*	*F3- F4*	*C3- C4*	*T3- T4*	*T5- T6*	*P3- P4*	*O1- O2*	*Fz- Pz*	*Cz- Oz*
SMR Pré				59,6↕						
SMR Pós				27,3↓						
Alfa Pré	14,0↓	30,0↓	77,0↕	64,9↕	-	26,1↓	68,5↕	56,9↕	25,3↓	29,7↓
Alfa Pós	83,7↑	36,9↓	35,9↓	25,8↓	19,3↓	31,2↓	54,1↕	69,3↕	29,1↓	27,1↓
Teta Pré	9,0↓	11,9↓	75,4↕	37,0↕	-	27,1↓	61,1↕	7,0↓	38,0↓	21,2↓
Teta Pós	53,3↕	31,6↓	43,5↕	34,4↓	7,1↓	29,6	59,7↕	39,0↓	29,1↓	27,1↓
Gama Pré	17,2↓	36,9↓	95,8↑	49,1↕	-	30,6	48,6↕	51,3↕	57,8	30,9↓
Gama Pós	66,6↕	35,4↓	54,4↕	20,8↓	10,5↓	27↓	39↓	28,5↓	22,9↓	26,3↓
Beta Lenta Pré	12,2↕	18,1↕	72,8↑	-	-	27,2	67,7↑	13,2↕	30,5↕	37,1↕
Beta Lenta Pós	72,8↑	23,1↕	36,2↕	-	8,1↕	25,4	43,9↑	43,4	20↕	26,0↕
Beta Pré	10,9↕	19,5↕	78,9↑	58,3↑	-	23,9	57,5↑	30,1↕	31,1↕	25,9↕
Beta Pós	75,5↑	27,8↕	50,4↑	39,7↕	12,3↕	27	45,3↑	38,1↕	23,1↕	27,0↕
Beta Rápida Pré	19↕	19,7↕	82,3↑	52,8↑	-	26,3	55,9↑	29,1↕	39,7↕	23,3↕
Beta Rápida Pós	70,6↑	25,8↕	51,3↑	33,5↕	13,7↕	22,8	49,7↑	33,0↕	22,3↕	26,7↕

↓= Abaixo da média, ↕= Dentro da média, ↑= Acima da média

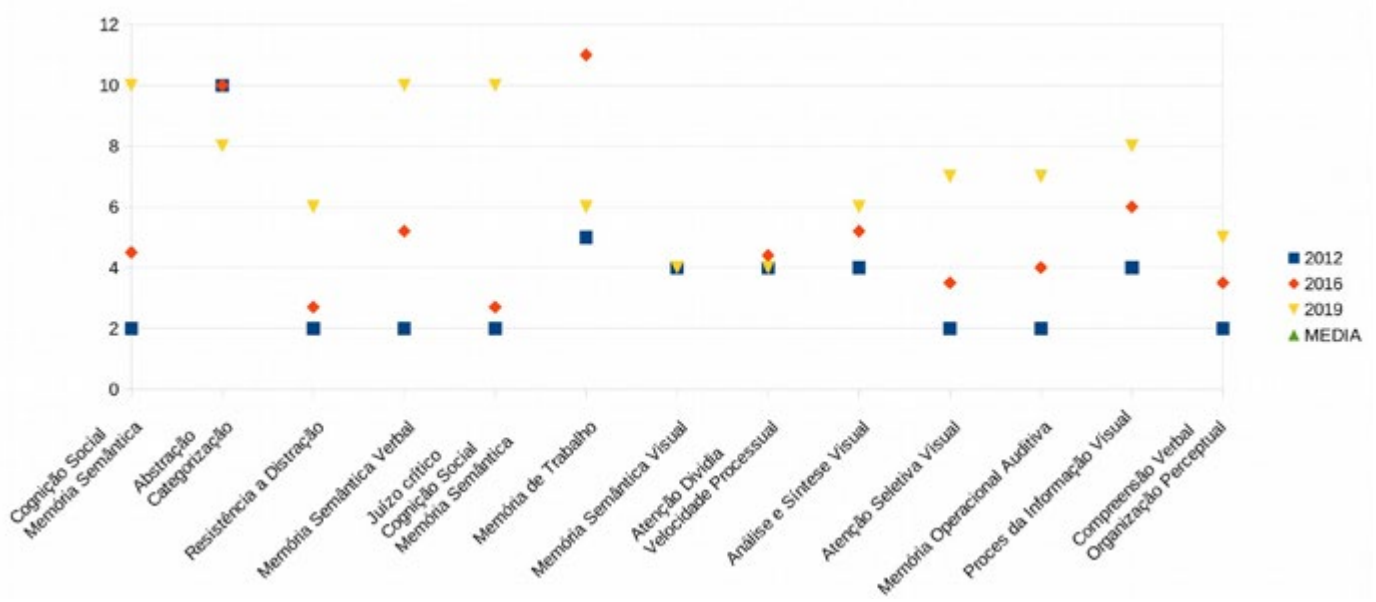
Escala Wechsler de Inteligência para adultos é um instrumento flexível de avaliação intelectual que permite a avaliação de componentes cognitivos específicos, tais como funções executivas, linguagem e memória, através de domínios de habilidades: compreensão verbal, organização perceptual, memória do trabalho e velocidade de processamento. Na tabela abaixo observamos o resultado das análises cognitivas do paciente em estudo.

Tabela 3 - Análises Cognitivas da Escala Wechsler de Inteligência (WAIS III) do paciente, pré e pós intervenções de neurofeedback

	Pré - Intervenção			**Pós - Intervenção**		
Indíces	**QI**	**Percentil**	**Classificação**	**QI**	**Percentil**	**Classificação**
Compreensão Verbal	89	23	Média Inferior	96	39	Média
Organização Perceptual	89	23	Média Inferior	71	12	Limítrofe
Memória Operacional	74	04	Limítrofe	80	09	Média Inferior
Veloc. de Processamento	83	10	Média Inferior	71	03	Limítrofe
QIT	84	14	Média Inferior	85	16	Média Inferior

O gráfico a seguir traz os resultados aferidos nos subtestes da escala Weschsler , levando em conta os domínios cognitivos e comparando a evolução de cada domínio após as intervenções de neurofeedback.

Gráfico 1 - Comparativo dos domínios cognitivos aferidos pelos Sub-testes de Weschler – Wais III pré e pós intervenções de neurofeedback



DISCUSSÃO

Ao avaliarmos nossos resultados, identificamos que após a intervenção utilizando o neurofeedback, houve redução tanto de ondas lentas com os olhos fechados (5,22%) bem como com olhos abertos (5,60). Observamos uma ligeira diminuição de ondas médias em olhos fechados (1,28) e uma discreta diminuição em olhos abertos (0,17). Em relação as ondas rápidas houve aumento de 7,17% olhos fechados e de 6,67% olhos abertos (Tabela 1).

A avaliação pré-intervenção, mostra o cérebro dominado por atividade de frequências altas. Estas características têm relação com o pensamento lógico/racional e processamento baseado na linguagem. A dominância desse padrão pode resultar em respostas estressantes, necessidade de controle, ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono e tendência em bloquear sentimentos. Após as sessões de intervenções de neurofeedbak, a reavaliação mostra o mesmo cérebro sem nenhum padrão de frequência dominante, mas associado um padrão misto de ondas lentas e rápidas.

Durante uma tarefa, áreas corticais produzem frequências mais rápidas de beta, que são ativadas localmente nas áreas de execução. A sincronia nas frequências rápidas deve ser baixa quando dois locais que estão sendo medidos estão trabalhando juntos em uma tarefa. No entanto, este cérebro mostra alta sincronia em ondas rápidas nos seguintes pares de pontos: F3 e F4, relacionada à rigidez mental, obsessividade e ansiedade. C3 e C4, relacionado à consciência física excessiva ou rigidez, talvez dificuldades de coordenação motora fina. Não é incomum visualizar ansiedade física (ataques de pânico, enxaquecas e intestino irritável). P3 e P4, que pode estar relacionado com dificuldade de processamento ou extrema sensibilidade ao toque, dificuldade com o processamento matemático e problemas com a consciência de si no espaço físico.

Foi encontrada baixa coerência de alfa tanto no momento pré-intervenção quanto no momento pós- intervenção, o que é condizente com fadiga, problemas de aprendizagem e processamento sensorial. Em referência à frequência pico de alfa baixa, nos momentos pré e pós a mesma foi encontrada na porção anterior do cérebro, o que é condizente com baixa motivação, dificuldades em encontrar palavras, confusão mental e memória de trabalho reduzida.

Podemos observar, neste caso, o hemisfério direito mais ativado que o hemisfério esquerdo, o que está muitas vezes relacionado com ansiedade, irritabilidade e dificuldade de controle de raiva. Este padrão foi encontrado em F3/F4, C3/C4, T3/T, T5/T6, P3/P4 e O1/O2. A frequência beta está mais ativada na região posterior do cérebro do paciente, cuja inversão está relacionada com ansiedade, dificuldade em iniciar o sono e pode permanecer acordado durante a noite.

Encontramos coerência excessiva de ondas rápidas nos seguintes pares sites cerebrais: F3 e F4, relacionado com rigidez e ansiedade. P3 e P4, relacionado com dificuldades de processamento ou extrema sensibilidade ao toque, dificuldade com processamento matemático e problemas com a autoconsciência no espaço físico e O1 e O2 relacionado com dificuldade de processamento ou extrema sensibilidade à luz estímulos visuais, distúrbios do sono e dores de cabeça.

Os resultados encontrados nesta avaliação versam sobre os níveis de ativação energéticas nas áreas cerebrais, sua distribuição dentro do cérebro e a capacidade das áreas corticais de operar e compartilhar informações independentes e eficientes.

Ao compararmos o índice de evolução de QI, nas condições pré e pós-intervenções, podemos observar que houve uma pequena alteração, pois não houve melhora na classificação da habilidade cognitiva geral deste paciente, permanecendo dentro média inferior dentre os indivíduos de sua idade, variando apenas um pontos para cima.

As habilidades de raciocínio verbal, mensuradas pelo Índice de Compreensão Verbal (que objetiva avaliar raciocínio verbal e formação de conceitos), tiveram melhora nos escores de 07 pontos, quando comparados às avaliações pré e pós intervenção, elevando sua classificação de média inferior para média.

As habilidades de raciocínio não verbal, mensuradas pelo Índice de Organização Perceptual, que avalia a formação de conceitos não verbais, percepção e organização visual, processamento simultâneo, coordenação visuomotora, aprendizagem e a habilidade de separar figura e fundo de um estímulo visual, quando comparados às avaliações pré e pós intervenção, tiveram queda de 18 pontos, afetando sua classificação que baixou de média inferior para limítrofe.

As habilidades de memória operacional, foram mensuradas pelo Índice de Memória Operacional, que avalia habilidades do examinando de sustentar atenção, concentração e exercer controle mental. Antes classificadas como limítrofe, tiveram uma melhora de 6 pontos, elevando sua classificação para média inferior.

O Índice de Velocidade de Processamento é um indicador da velocidade com a qual o indíviduo pode processar mentalmente uma informação, simples ou rotineira, sem errar. Desempenhos em tarefas dessa natureza podem ser influenciados pela discriminação visual e coordenação visuomotora. Na comparação deste índice, o paciente baixou sua pontuação em 12 pontos, de modo que sua classificação passou de média inferior para limítrofe. A velocidade de processamento está relacionada com a resistência à distratibilidade, processos relacionados à atenção, memória e concentração para processar rapidamente a informação visual. Avalia, ainda, a capacidade de planejar, organizar e desenvolver estratégias. Escore baixo indica pobreza no controle motor.

Todos os resultados das condições pré-intervenção, bem como os pós-intervenção fora aferidos com intervalo de confiança de 95%.

Os múltiplos fatores pós-cirurgia levaram a estabelecer um nexo causal entre o baixo rendimento intelectual e o baixo funcionamento adaptativo como o nível do coeficiente intelectual geral médio e limitações nas habilidades adaptativas. É notório que as competências neuropsicológicas do paciente apresentam um prejuízo difuso e que as regiões responsáveis por sínteses simultâneas, das zonas corticais terciárias, ficaram prejudicadas após a remoção do tumor. As alterações de funções executivas também se mostram flagrantes. Entretanto os resultados da comparação do desempenho do paciente antes e após as intervenções do neurofeedback demonstram melhorias em vários domínios cognitivos, tais como cognição social, resistência a distração, memória semântica verbal, juízo crítico, cognição social, memória semântica, análise e síntese visual, memória operacional auditiva, processamento da informação visual, compreensão verbal e organização perceptual. Igualmente, permanecem inalteradas as competências cognitivas de memória semântica visual, atenção dividida e velocidade processual.

Estão alteradas as funções vsuoconstrutivas, funções visuoespaciais, representação simbólicas e grafomotoras e funções executivas. Déficit nessas habilidades estão relacionados ao comprometimento nos córtex frontal e tempoparietal (Royall; Cordes; Polk, 1998; Spreen; Strauss, 1998). A baixa cognitiva pode ainda advir da sintomatologia do humor como a presença de Depressão Moderada a Grave e Ansiedade Severa.

Os resultados da comparação das avaliações pré e pós-intervenção do neurofeedback mostram melhoras cognitivas e dos sintomas psicopatológicos advindos de lesões cerebrais pós-cirurgico, incluindo bem estar psicológico, competência emocional e traços de comportamento social, bem como dor, sono, fadiga e humor/emoção. No entanto, por se tratar de um estudo de caso único, nossos dados devem ser interpretados com cautela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estes resultados documentam a praticabilidade do método de neurofeedback como complemento de tratamento em transtornos pós-cirúrgicos do ponto de vista clínico. Embora o uso de neurofeedback nestes tipos de tratamentos seja recomendado na literatura, ainda faltam estudos empíricos. São necessários ensaios controlados aleatórios para avaliar os efeitos a curto e a longo prazo do neurofeedback.

REFERÊNCIAS

Cobb, W. A. (1944). The eletroencephalographic localization of intracranial neoplasms. J. Neurol., Neurosurg. a. Psychiat., (Londres) 7: 96-102.

Filkins, J. et al. (1966) Unexpected deaths due to colloid cysts of the third ventricle. J Forensic Sci, v. 41, n. 3, p. 512-3.

Kamiya, J. (1971). «Operant Control of the EEG Alpha Rhythm and Some of its Reported Effects on Consciousness». Biofeedback and Self-Control: an Aldine Reader on the Regulation of Bodily Processes and Consciousness.

Kennard, M. (1943) Electroencephalogram of decorticate monkeys. J. Neurophysiol., 6: 233.

Kennard, M. e Nims, L. (1942) Effect on electroencephalogram of lesions of cerebral cortex and basal ganglia in Macaca mulatta. J. Neurophysiol., 5: 335-348.

Hammond, D. C. (2005b). Neurofeedback treatment of depression and anxiety. Journal of Adult Development, 12, 131–138.

Hoffman, D. A., stockdale, S., Hicks, L., & Schwaninger, J. (1995). Diagnosis and treatment of closed head injury. Journal of Neurotherapy, 1(1), 14–21.

Hoffman, D. A., stockdale, S., & Van Egren, L.(1996a). EEG neurofeedback in the treatment of mild traumatic brain injury [Resumo]. Clinical Electroencephalography, 27(2), 6.

Hoffman, D. A., stockdale, S., & Van Egren, L. (1996b). Symptom changes in the treatment of mild traumatic brain injury using EEG neurofeedback [Resumo]. Clinical Electroencephalography, 27, 164.

Holtmann, M., Grasmann, D., Cionek-Szpak, E., Hager, V., Panzer, N., Beyer, A., et al (2009). Specific effects of neurofeedback on impulsivity in ADHD. Kindheit und Entwicklung, 18, 95–104.

Laibow, R. E., Stubblebine, A. N., Sanground, H., & Bounias, M. (2001). EEG neurobiofeedback treatment of patients with brain injury: Part 2: Changes in EEG parameters versus rehabilitation. Journal of Neurotherapy, 5(4), 45–71.

Royall, D. R., Cordes, J. A,. & Polk, M. (1998). Clox: an executive clock drawing task. Journal of Neurology, Neurosurgy and Psychiatry, 64, 588-594.

Tariot PN, Mack JL, Patterson MB, Edland SD, Weiner MF, Fillenbaum G, Blazina L, Teri L, Rubin E, Mortimer JA, et al. (1995) The Behavior Rating Scale for Dementia of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. The Behavioral Pathology Committee of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. Am J Psychiatry, 1349-57.

Walter, W. G., Griffiths, G. e Nevin, S. (1939) The electroencephalogram in a case of pathological sleep due to hypothalamic tumour. Brit. M. J., 1: 107-109.

Walter, W. G. e Dovey, V. J. (1944) Electroencephalography in cases of subcortical tumor. J. Neurol., Neurosurg. a. Psychiat. (Londres), 7: 57-65.

A APLICAÇÃO DA PSICANÁLISE EM UM CONTEXTO EDUCACIONAL PARA CRIANÇAS AUTISTAS

Luísa Pelegrini Cação
Universidade Estadual Paulista

Jorge Luís Ferreira Abrão
Universidade Estadual Paulista

RESUMO

O Transtorno do Espectro do Autismo é caracterizado, principalmente, por uma dificuldade na capacidade de interação social. Assim, é fundamental que, para se proporcionar uma melhor qualidade de vida a essas crianças, o meio educacional seja preparado para receber esses alunos e apto para lidar com as suas diferentes maneiras de expressão e comportamento. O presente trabalho se destina a apresentar como a Psicanálise pode, enquanto ferramenta institucional, favorecer o desenvolvimento de crianças autistas. O estudo foi realizado por estagiários de Psicologia da UNESP, em uma Escola de Apoio para Crianças Autistas, na cidade de Assis, interior de São Paulo. Essa instituição funciona no contra turno do ensino regular e visa auxiliar na melhoria dos processos de inclusão da criança. Uma dos projetos dessa instituição consiste na realização de atividades lúdicas em uma Brinquedoteca na escola, com três crianças, num período de cinquenta minutos, durante um ano, e, ao longo desse tempo, foram colhidas observações a respeito das mudanças nas formas de interação das crianças com os estagiários, nas brincadeiras que realizavam e no comportamento delas em outros ambientes da escola. Através do lúdico, a psicanálise apresenta às crianças uma possibilidade de simbolização, favorecendo o surgimento de novas maneiras de expressar sentimentos, de controlar certos comportamentos e lidar com as relações, tanto com outras crianças, quanto com os educadores. Assim, é possível elaborar maneiras de aplicação do olhar psicanalítico e da expressão através do brincar para propiciar um espaço de expansão nas formas de inclusão e de inserção em todos os contextos educacionais, visando à melhoria da qualidade de vida das crianças.

Palavras-chave: Psicanálise. Autismo. Educação. Inclusão. Bem-Estar.

INTRODUÇÃO

"Eu sou estranho, sou novo
Eu entendo agora, você também
Eu digo: "Eu me sinto como um náufrago"
Eu sonho com o dia em que está tudo bem
Eu tento me encaixar
Eu espero que algum dia eu consiga
Eu sou estranho, sou novo"
Benjamin Giroux[1]

O presente trabalho surge com o objetivo de demonstrar possibilidades de aplicação da psicanálise em um contexto institucional, particularmente, na aplicação das técnicas psicanalíticas um uma instituição educacional destinada ao atendimento de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo.

Tal atuação fundamenta-se em duas ordens de conceitos, que serão aqui desenvolvidas para sustentar o referido objetivo, quais sejam: o desenvolvimento da ideia de Autismo na psiquiatria e na psicanálise e a introdução da psicanálise em um setting ampliado.

O AUTISMO E SEU DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO

Em 1911, o psiquiatra Breuler empregou pela primeira vez o termo autismo com o intuito de caracterizar o sintoma de isolamento presente em alguns pacientes com esquizofrenia, entretanto, foi a partir de 1930 que a psiquiatria de fato adentrou nas questões acerca dos transtornos infantis, movimento que antes era destinado à pediatria. Então, em 1943, Leo Kanner publicou o artigo "Autistic Disturbances of Affective Contact", no qual desenvolve um estudo com onze crianças, que apresentavam um comportamento atípico destacado pela intensa dificuldade em estabelecer relações afetivas e um precoce isolamento em relação ao outro e ao ambiente.

> O transtorno "patognomônico" fundamental é a incapacidade da criança de se relacionar de modo usual com pessoas e situações desde o começo da vida (...) Existe desde o início uma extrema solidão autista que, sempre que possível, desconsidera, ignora ou exclui tudo o que vem de fora. (Kanner, 1943, p.242, tradução própria)

[1] 10 anos, diagnosticado com Síndrome de Asperger. Escreveu o poema "Eu sou", cujo excerto foi acima citado, para colocar em palavras seu olhar sobre si mesmo. O texto se tornou público através da publicação da Associação Norte-America de Autismo no Facebook.

Além dessas características, o psiquiatra austríaco também observou diferenciações na utilização da linguagem. As crianças, na maioria das vezes, não utilizavam as palavras com intenção comunicativa, mas sim, como uma mera repetição mecânica das frases que ouviam. Na relação com o ambiente externo, a repetição também era encontrada, já que os infantes não aceitavam qualquer mudança no ambiente, ou em suas rotinas, insistiam na preservação da mesmice e se incomodavam com qualquer diferenciação que modificassem seu isolamento ou sua estabilidade.

Concomitantemente às observações de Kanner, o psiquiatra vienense, radicado nos EUA, Hans Asperger vinha desenvolvendo um estudo semelhante, que foi apresentado em 1944 através de um artigo que demonstrava sintomas parecidos denominados como "psicopatia autística", que, mais tarde, vieram a ser caracterizados como Síndrome de Asperger. Abrão (2016), em um artigo acerca do desenvolvimento do autismo, dialoga sobre a Síndrome e suas diferenças a partir das observações de Kanner:

> As conclusões de Asperger destacavam: dificuldade na manutenção do contato visual, caracterizado por um olhar breve e vago; movimentos estereotipados e com poucos significados; fala monótona, apesar do vasto vocabulário e de não apresentar erros gramaticais; dificuldades de interação social, que se evidencia por uma aproximação de modo ingênuo e inadequado e inteligência preservada acompanhada por intenso interesse em determinado assunto. (Abrão, 2016, p.20)

Na psicanálise, o primeiro caso de tratamento de crianças autistas, foi relatado por Melaine Klein em 1930. Nessa época o conceito de Autismo não era ainda difundido e o paciente em questão foi diagnosticado com esquizofrenia infantil. Em uma das muitas definições do comportamento de Dick, pseudônimo do paciente de Klein, vê-se que o menino "parecia estar abandonado na plataforma de uma estação e haver renunciado a qualquer desejo de descoberta do mundo e de si mesmo." (Oliveira, Caporal & Machado de lima, 2018), exemplificando tanto o sintoma de isolamento presente em crianças autistas, quanto a fixação em determinados objetos, no caso os trens, relacionando à tendência do transtorno em repetições e mesmices. No seu artigo sobre o caso, "A importância da formação de símbolos para o desenvolvimento do ego", Melaine Klein (1930/1996) se atenta à peculiaridade do caso, e abre portas para modificar suas técnicas psicanalíticas para tratar desse diferenciado comportamento:

> Gostaria de enfatizar, porém, que no caso de Dick me vi obrigada a modificar minha técnica usual. Em geral não interpreto o material até ele ser expresso em várias representações. Contudo, num caso em que a capacidade de representação era quase inexistente, fui obrigada a basear minhas interpretações no meu conhecimento geral, pois as representações que se manifestavam no comportamento de Dick eram relativamente vagas. Encontrando, dessa maneira, um acesso para seu inconsciente, consegui ativar a ansiedade e outros afetos. (Klein, 1930/1996, p.260)

O trabalho de Kanner, Asperger e as modificações técnicas da psicanálise infantil kleiniana abriram espaço para uma nova vertente de estudos sobre o Autismo e a inserção da psicanálise infantil, através do lúdico, como maneira de tratamento desse transtorno. Com o passar do tempo diversos autores psicanalíticos voltaram sua atenção às peculiaridades do tratamento de crianças autistas e desenvolveram novas técnicas e maneiras de interação. Anne Alverez, psicoterapeuta inglesa, em 1994, destaca, no seu livro *Companhia Viva*, justamente essa importância de mudança da postura do analista, para que ela seja mais interpretativa e possibilite atrair a criança para o contato com o outro, os objetos e o ambiente.

Outros autores psicanalíticos como Donald Winnicott, Margaret Mahler e Francis Tustin deixaram contribuições acerca do funcionamento autístico. Com apenas dois textos sobre o transtorno, Winnicott "enfatizou a relação do amadurecimento da criança com os estados emocionais da mãe, mostrando que os modos de ser e de cuidar desta afetam o desenvolvimento do bebê" (Araújo, 2003). As psicanalistas também desenvolveram suas teorias baseadas na relação materna, como apresenta Cleonice Bosa (2000) em seu texto *Autismo: breve revisão de diferentes abordagens*:

> Mahler (1968) desenvolveu suas ideias sobre os autismos infantis a partir de sua teoria evolutiva, explicando o autismo como sendo um subgrupo das psicoses infantis e uma regressão ou fixação a uma fase inicial do desenvolvimento de não diferenciação perceptiva, na qual os sintomas que mais se destacam são as dificuldades em integrar sensações vindas do mundo externo e interno, e em perceber a mãe na qualidade de representante do mundo exterior. Posição semelhante foi desenvolvida por Tustin (1981), que também reconhecia uma fase autista normal no desenvolvimento infantil, sendo a diferença entre esta e o autismo patológico, uma questão de grau. Para ela, o autismo seria uma reação traumática à experiência de separação materna, que envolveria o predomínio de sensações desorganizadas. (Bosa, 2000, p.3)

Hoje, o autismo está incluído no DSM – V e na mais recente versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, CID-11, desvinculado das ideias de psicose infantil ou de transtornos do desenvolvimento. É detentor de uma categoria própria, em junção com a Síndrome de Asperger, e se enquadram como TEA – Transtornos do Espectro Autista, possibilitando a diferenciação em inúmeros graus, de acordo com os sintomas apresentados.

A PSICANÁLISE EXTRAMUROS

Freud, em 1933, escreve um artigo intitulado "Explicações, aplicações e orientações", no qual fala estritamente sobre a psicanálise e os métodos psicanalíticos, e conclui afirmando:

> Disse-lhes que a psicanálise começou como um método de tratamento; mas não quis recomendá-lo ao interesse dos senhores como método de tratamento e sim por causa das verdades que ela contém, por causa das informações que nos dá a respeito daquilo que mais interessa aos seres humanos – sua própria natureza – e por causa das conexões que ela desvenda entre as mais diversas atividades. (Freud, 1933/1996, p.191)

O excerto acima citado possibilita relacionar a psicanálise a diversas outras áreas do conhecimento, já que ela tem a capacidade de desvendar a natureza humana e de conectar diferentes atividades. Tal pensamento que Freud desenvolveu sobre as diferentes aplicações da psicanálise permitiu que Jean Laplanche, psicanalista francês, em 1992 apresentasse a expressão "Psicanálise Extramuros" para se referir

às possibilidades de se transitar com as técnicas psicanalíticas para além de um setting definido e estático, e para além da clínica terapêutica voltada ao tratamento de neuroses.

> A psicanálise tornou-se psicologia profunda; e, de vez que nada daquilo que o homem cria ou faz, é compreensível sem a cooperação da psicologia, as aplicações da psicanálise a numerosas áreas do conhecimento, em especial àquelas das ciências mentais, ocorreram espontaneamente, entraram em cena e requerem debate. (Freud, 1933/1996, p.178)

Agora, objetiva-se, então, debater como a psicanálise, ao possuir tais capacidades, pode adentrar em meio às atividades institucionais brasileiras, principalmente na área da educação.

No Brasil, as ideias psicanalíticas entram no contexto educacional a partir da década de 1930, quando começam no país reformas na educação, alavancadas pelo movimento denominado "Escola Nova", o qual propõe diferenciar o olhar até então destinado às crianças e às demandas escolares. A nova filosofia educacional entende os alunos como em constante processo de desenvolvimento, permitindo que haja uma diferenciação deles para com os adultos e, então, uma singularidade nas formas de interação pedagógica. Seguindo esse raciocínio a proposta era avaliar, em diversas áreas do conhecimento (médica, psicológica e social), os infantes que tinham dificuldades escolares e, a partir daí, encaminhá-los para clínicas de orientação. A psicanálise entra nesse meio como mecanismo que capacite os profissionais da área educacional e os pais e familiares a lidarem com as dificuldades dos alunos no âmbito da aprendizagem, assim, promovendo uma melhor adaptação à escola e um melhor desenvolvimento.

É importante ressaltar, que o trabalho psicanalítico nesse contexto não teve um papel psicoterapêutico. Sua utilização baseava-se num sistema conceitual, possível de ser aplicado em várias áreas do conhecimento científico e promover melhorias no desenvolvimento educacional e na qualidade de vida das crianças. Abrão (2009), no artigo "As Origens da Psicanálise de Crianças no Brasil: entre a Educação e a Medicina", explica sobre a utilização dessa vertente:

> (...) o emprego da teoria psicanalítica na prática de assistência às crianças nas clínicas de orientação infantil teve um caráter muito mais profilático do que terapêutico, ou seja, a utilização do referencial psicanalítico na avaliação da criança e na orientação de pais para compreender e resolver as manifestações sintomáticas surgidas na infância tinha por finalidade última promover (...) a saúde mental (...) o que supostamente garantiria o desenvolvimento de uma personalidade saudável, com menores possibilidades de apresentar distúrbios neuróticos na vida adulta. (Abrão, 2009, p.426)

Nos últimos tempos, as técnicas psicanalíticas vêm sendo utilizadas nos contextos educacionais não só para promover melhorias de adaptação e aprendizagem, mas também para auxiliarem em outras demandas, como na inclusão, interação e desenvolvimento de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo. Duas instituições brasileiras são reconhecidas por desenvolverem esse trabalho, com base psicanalítica, sendo elas o Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL), na cidade de Recife, e, em São Paulo, o Centro de Educação Terapêutica Lugar de Vida. A escola nordestina baseia seu trabalho nas teorias de alguns psicanalistas como Winnicott e Ferenczi, aplicando-as em grupos com crianças autistas. Através do tratamento lúdico, o grupo constrói um espaço propício para a melhoria da interação das crianças para com os terapeutas e com o ambiente externo. Ana Elizabeth Cavalcanti (2006), em contato com essa instituição afirma:

> Hoje, entendemos, no nosso trabalho psicanalítico de grupo com crianças, o espaço do grupo como um espaço transicional efeito dessa superposição de brincar calcada numa espécie de disposição, de um "acordo tácito" entre os participantes em criar uma realidade na qual os limites e as contradições entre interior e exterior, fantasia e realidade, eu e o outro ficam temporariamente suspensos. (Cavalcanti, 2006, p. 139)

Com a sustentação oferecida pela psicanálise extramuros, relacionada à demanda das crianças autistas e baseada nos exemplos brasileiros de instituições voltadas ao auxílio da inclusão e da melhoria dos processos educacionais, desenvolveu-se o projeto de extensão universitária, denominado "O Brincar nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: Criando estratégias para o desenvolvimento cognitivo e emocional", que será, enfim, apresentado e exemplificado.

UM ESPAÇO POTENCIAL

O projeto é realizado em uma Escola de Apoio para crianças autistas, que funciona no contraturno da escola regular e abre vagas para crianças diagnosticadas com TEA, que vão frequentar a instituição duas vezes por semana. Fundada em 2005, na cidade de Assis, interior do Estado de São Paulo, a escola tem por objetivo promover atividades pedagógicas, físicas e lúdicas que favoreçam no desenvolvimento emocional e cognitivo dos infantes. Estagiários do curso de psicologia da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP de Assis iniciaram, em 2008, o projeto que consiste no atendimento de três crianças dessa instituição, por cada dupla de estagiários, dentro de uma Brinquedoteca montada na escola. Os atendimentos duram cinquenta minutos, uma vez por semana, e têm base nas técnicas psicanalíticas kleinianas. Por intermédio do brincar, os sentimentos e ideias das crianças podem ser mais facilmente expressados, e com a mediação dos estagiários, tais expressões contribuem para a ampliação da capacidade simbólica da criança e, consequentemente, para o desenvolvimento emocional e cognitivo. Através do melhoramento das capacidades de expressão das emoções infantis, possibilita-se o desenvolvimento de recursos para uma maior interação com o outro e com o mundo.

No ano de 2018, o projeto ainda acontecia na escola, atingindo cada vez um número maior de crianças. Um caso será aqui relatado para exemplificar a maneira como a psicanálise, através das técnicas lúdicas, auxiliou no desenvolvimento das crianças.[2]

Gustavo, de 09 anos, apresentava um quadro não tão grave do Transtorno. Era capaz de falar algumas poucas palavras, com intenção comunicativa, e de interagir com os professores e com as estagiárias quando lhe interessava ou quando lhe era solicitado. No início das sessões sempre brincava sozinho ou com as estagiárias, buscando ajuda para denominar diferentes animais ou para cantar algumas músicas que lhe agradavam. Suas brincadeiras eram bem repetitivas e tinha alguma dificuldade para sair da mesmice e experimentar brincadeiras diferentes, mas algumas vezes aceitava novas ações e brinquedos. Sua interação com as estagiárias e com o espaço era boa, ele conhecia a brinquedoteca e adorava brincar de esconde-esconde, brincadeira que exige uma interação e uma percepção do outro e do ambiente. Jorge,

[2] Foram utilizados nomes fictícios para se dirigir às crianças relatadas.

outra criança atendida, de 03 anos, possuía um leve grau do transtorno, sua fala desenvolveu-se muito bem ao longo do ano e sua interação com os professores da escola e com as estagiárias se intensificou de maneira significativa. No início do primeiro semestre, Jorge tinha uma boa relação com os adultos, mas não conseguia interagir com as outras crianças, sempre brincava sozinho, e só se interessava pelas estagiárias quando elas o procuravam e interagiam com ele. Não tinha também grande interesse pelos brinquedos, pois apresentava uma fixação com as letras e números, principalmente em colocá-los em ordem. As estagiárias estimulavam não só a utilização dos brinquedos, como também a interação entre as crianças na sala.

Durante o ano, através das mediações e dos estímulos provocados pelas estagiárias foi visível o aumento tanto da interação de Jorge com os brinquedos e as diferentes maneiras de brincar, como a interação entre Gustavo e Jorge, que se interessavam um pela brincadeira do outro e aprenderam a brincar juntos. Durante as últimas sessões, os dois brincaram de esconde-esconde juntos, por vontade própria, impulsionados pela curiosidade e pela percepção de alegria e diversão que a brincadeira proporcionava.

Os relatos colhidos durante todas as sessões da Brinquedoteca, observando os acontecimentos de cada trio de crianças com seus respectivos estagiários, promoveram uma grande conscientização da importância do ato lúdico para esses infantes, criando um espaço potencial, que possibilita não só a expressão de sentimentos e capacidades de simbolização, mas também auxilia significativamente nos processos de interação da criança com os outros e com o mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A instituição escolar, seja aquela regular ou um centro de apoio, promove para a criança autista um grupo, grande e diverso, mas possível de se tornar um "cenário da ação e da palavra que carregam a possibilidade de interromper o ciclo de repetição e inaugurar algo novo, permitindo aos participantes do grupo experimentarem outros, alargando o repertório de experiências de si e dos outros" (Cavalcanti, 2006, p.144).

A psicanálise vem com o intuito de proporcionar um espaço potencial que seja cenário de novas capacidades para as crianças com Transtorno do Espectro do Autismo. Ao se desligar do atendimento individual dentro da clínica e se expandir para novos horizontes abre portas para gerar novas técnicas, transformações e aplicações que possam melhorar o desenvolvimento e a qualidade de vida, não só das crianças aqui relacionadas, mas também de quem convive com elas. O caso aqui relatado permitiu demonstrar como esse espaço gera um resultado positivo, visto que as crianças atendidas na escola tiveram um melhoramento não só nas suas relações interpessoais, mas também em outras áreas, como em casa com a família e na sala de aula.

Um profissional dotado da capacidade de interpretar e oferecer novas significações às brincadeiras da criança pode proporcionar uma amplitude das capacidades interativas e simbólicas. O grupo escolar, ciente das limitações e possibilidades do autismo pode promover o espaço necessário para a aprendizagem e para o desenvolvimento cognitivo e emocional, não só das crianças com o transtorno, mas também de todos os alunos que se relacionam entre si. A consciência dos pais e professores acerca das características do Autismo, bem como dos processos de desenvolvimento e estímulos necessários para a melhoria da qualidade de vida dos infantes se faz necessária, não só abrindo espaço para um diagnóstico precoce e um prognóstico positivo, mas também para uma melhoria da relação da criança com os ambientes, em casa e na escola.

Todas essas intervenções são possíveis através da psicanálise ampliada e aplicada em diferentes contextos e utilidades, em junção com a consciência da promoção de inclusão, bem-estar e qualidade de vida para as infâncias que vão sendo construídas ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

Kanner, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2(2), 1943, pp.217-250

Abrão, J.L.S (2016). A psicanálise na clínica ampliada: estratégias para o acolhimento de crianças com transtorno do espectro do autismo. (pp. 17-31). Em Ribeiro, D.P.S.A & Abrão, J.L.F (orgs.). *Práticas grupais na infância: perspectiva psicanalítica*. São Paulo: Zagodoni.

Klein, M. A importância da formação de símbolos para o desenvolvimento do ego. In: KLEIN, M. *Amor, culpa e reparação e outros trabalho (1921-1945)* (A. Cardoso, Trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp.251-268 (Trabalho original publicado em 1930).

Freud, S. Explicações, aplicações e orientações. In: Edições standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol.22, pp.167-191 (Trabalho original publicado em 1933).

Abrão, Jorge Luís Ferreira. (2009). As origens da psicanálise de crianças no Brasil: entre a educação e a medicina. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 423-432.

Cavalcanti, A. E. Ser brincando: sobre a psicanálise em grupo com as crianças. In: P. S. Rocha (Org.), Cata-ventos, invenções na clínica psicanalítica institucional. São Paulo: Escuta, 2006, pp. 131-150.

Araújo, Conceição A. Serralha. (2003). O autismo na teoria do amadurecimento de Winnicott. *Natureza humana*, 5(1), 39-58.

Bosa, Cleonice & Callias, Maria. (2000). Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: reflexão e crítica*, 13 (1), 167-177.

Oliveira, Diana Lúcia Paiva; Caporal, Ladjane de Fátima Ramos & Machado de Lima, Gleci Mar. (2018). Dick: um caso de Melanie Klein. *Revista Científica da FASETE*, 2018. 1, 209-218.

O TRABALHO ZELOSAMENTE INVESTIDO NA MANUTENÇÃO DA SAÚDE MENTAL DO ADULTO

Teresa Costa Santos
IEFP, IP
(teresacostasantos@me.com)

Luís Delgado
ISPA-IU
(ldelgado@ispa.pt)

RESUMO

A importância do trabalho na vida do adulto tem vindo a tornar-se um objeto de estudo cada vez mais frequente na área das ciências humanas. A investigação em psicodinâmica do trabalho agrega duas perspetivas do estudo do fenómeno do trabalho: a dinâmica de funcionamento organizacional como contexto, e a reflecção sobre o significado subjetivo do trabalho desenvolvido atribuído pelo individuo que o pratica. Acredita-se que o trabalho zelosamente investido, em que o sujeito se implica profundamente utilizando na realização do seu trabalho o exponencial máximo das suas capacidades, e da sua criatividade, implicando-se afetivamente na sua realização, é fundamental na construção da identidade do adulto, e consequentemente da sua saúde mental.

Palavras-chave: Saúde mental; Psicodinâmica do trabalho; Criatividade; Zelo; Adulto.

A reflexão sobre a relação do indivíduo com o trabalho tem vindo a ser desenvolvida em áreas das ciências humanas como a sociologia e a psicologia social, mas também, ainda que menos tradicionalmente, em psicologia clínica de orientação dinâmica.

A investigação sobre as organizações laborais ou sobre a saúde do capital humano numa organização, com o objetivo de melhor conhecer os fatores de otimização da performance na perspetiva do aumento da produtividade, tem dado lugar ao estudo

da relação do indivíduo com o seu trabalho na perspetiva do desenvolvimento do adulto, abrindo-se um novo campo de investigação para a melhor compreensão do significado do trabalho zelosamente investido na construção da identidade e da saúde mental do indivíduo, preconizado por uma disciplina algo recente, a Psicodinâmica do Trabalho.

A aplicação dos conceitos psicanalíticos em contextos externos ao *setting* clínico tradicional, tem contribuindo de forma fulcral por exemplo para a compreensão da comunicação em sistemas complexos, como no contexto organizacional, possibilitando a compreensão da dinâmica inconsciente, do conflito intrapsíquico e interpessoal, bem como a análise da transferência que se considera ser da maior relevância, como defendem Aron, (2000 e 2012), Fonagy (2002), Wallerstein (2008), Kerneberg (1988), Achille & Thomas (1985), Kächelle, (2002).

A Psicodinâmica do Trabalho propõe duas grandes áreas de aplicação da psicodinâmica: a primeira é a organização do contexto de trabalho; condições de trabalho, relações de trabalho. E a segunda grande área de estudo é a mobilização subjetiva do trabalhador, cujo foco são as vivências intrapsíquicas, de prazer/ sofrimento, mecanismos de defesa, e espaço de relação. Isto é, a Psicodinâmica do Trabalho procura pensar o indivíduo no seu contexto de trabalho, e pensar o indivíduo na construção de si mesmo pela realização do seu trabalho. O objetivo final da Psicodinâmica do Trabalho é produzir o conhecimento capaz de repensar as organizações e as dinâmicas sociais no sentido da promoção de desenvolvimento e de equilíbrio psíquico (Lancman & Uchida, 2003).

Os estudos em Psicodinâmica do Trabalho visam a compreensão das relações de prazer-sofrimento-trabalho, e o estudo do "enigma da normalidade" (Dejours, Abdoucheli & Jayet; 1994); considerando a normalidade como o estado de equilíbrio entre o prazer e o sofrimento com recurso às defesas do sujeito. Para Dejours, (1996), não há neutralidade do trabalho em relação à saúde mental; para este autor, o trabalho, tal como a sexualidade, é um aspeto central na psicologia humana.

Enquanto na sexualidade a construção da identidade se processa através da relação com o outro, a construção da identidade através do trabalho implica, para além da relação com o outro, a relação com o real em sentido mais lato. O trabalho consiste na instrumentalização do acesso ao real, que o sujeito procura fazer reconhecido, e sente como necessário para o social e para si mesmo (Dejours, 1999).

Para Dejours, o laço social mais relevante é o trabalho e não o amor como Freud defendeu; não vamos tão longe, mas acredita-se que o *Self* está mais imbuído, e é transformado pelo trabalho, mais profundamente do que foi postulado por Freud. Contudo, a valorização do trabalho na construção da identidade defendida na teoria dejouriana, só aparentemente se afasta da teoria freudiana. Freud não rejeitou a relevância que o trabalho investido tem na vida e na saúde mental do indivíduo:

> "Perguntaram a Freud o que deveria uma pessoa comum fazer bem. O entrevistador provavelmente esperava uma resposta longa, mas Freud disse simplesmente: "Lieben und arbeiten" (amar e trabalhar). É importante ponderar sobre esta simples formula, ela aprofunda-se à medida que se pensa nela." (citado por Erikson, 1968, pág. 136).

Erikson adicionou a esta fórmula "criar", e elaborou a própria noção de desenvolvimento, a partir das ideias da sua analista Anna Freud, que traçara as linhas de desenvolvimento desde a latência até ao trabalho adulto; (Axelrod,1997). A teoria da personalidade de Erick Erikson, 1968, atribui uma forte relevância ao papel do trabalho na vida do adulto (Clot, 2006).

Na teoria sobre o desenvolvimento humano, Erikson enfatizou que se atinge o auge do desenvolvimento atingindo o equilíbrio entre amor, jogo/criação e trabalho.

Para Clot (2006) as escolhas pessoais e profissionais estão imbuídas de expectativas quanto ao sucesso na carreira, quanto à relevância social que será alcançada por intermédio da profissão, e mesmo pela forma como o individuo se sente no desempenho de um papel profissional. A maior parte do tempo de vida do indivíduo adulto é gasto com o trabalho, as relações que da sua realização se estabelecem, os problemas e prazer que o trabalho acarreta, influenciam profundamente a existência humana. Trabalhar não é somente um fator de sobrevivência física, desempenha um papel fundamental na vida humana; é sobretudo um fator fundamental à constituição do sujeito e do 'corpo' social.

A centralidade do trabalho na vida do indivíduo visa não a objetividade do sucesso da ação segundo o mundo social, mas a subjetividade da coesão e da coerência entre ação, objetivos e realidade intrapsíquicos do sujeito, fundamentais para este conservar o seu equilíbrio psíquico, a sua saúde psicossomática.

Destaca-se também, da Psicodinâmica do Trabalho, a adoção da noção de experiência vivenciada, isto é, o estado mental que implica um movimento reflexivo da pessoa sobre o seu "estar no mundo", aplicado à condição de trabalhador.

Antes do trabalho existe um sujeito à espera de evolução, pois a compulsão para a evolução/ desenvolvimento, está inerente à natureza humana, o trabalho constitui o/um advento capaz de veicular a mudança interna, o desenvolvimento. O trabalho acarretando sacrifício/ sofrimento, é ao mesmo tempo propensão dirigida para o mundo, em busca de novas ocasiões para pôr o sujeito à prova: à prova do mundo e à prova de si mesmo (Billiard, 2011).

Ao considerar a criatividade como normativa dos nossos comportamentos Delgado (2011), pode compreender-se que o trabalho, por ser um produto direto da atividade humana, é um veículo privilegiado para a aplicação quotidiana da criatividade.

Na atividade laboral zelosamente investida, o indivíduo é sistematicamente confrontado com a necessidade de encontrar uma solução original (pelo menos para si próprio), adaptada a cada circunstância, isto é, o indivíduo é impelido à atividade criativa, quando executa trabalho de forma investida e zelosa (Dejours, 1996). Para este autor, ninguém se sabe criativo ou considera a sua produção criativa, sem que haja alguma forma de confirmação externa a si mesmo. É na relação com o meio, que julga e reconhece o trabalho desenvolvido como criativo, que o sujeito se apropria da imagem do trabalho desenvolvido por si próprio. O julgamento do meio sobre a utilidade e beleza da obra feita é essencial ao indivíduo para a realização de si e para a construção da identidade; estas são condições consideradas essenciais para o desenvolvimento do indivíduo e para a manutenção do seu equilíbrio psíquico.

As três dimensões fundamentais que estão envolvidas no processo criativo - a simbolização/ sublimação; a reparação e a função continente, (Delgado, 2011) - são, de acordo com Dejours, (1998), as dimensões evocadas no que concerne ao trabalho zelosamente desenvolvido.

Aquando da contemplação dos resultados do trabalho realizado, anuncia-se a transformação do sofrimento inicial em sentimento de satisfação e plenitude. Acredita-se que o prazer no trabalho está consubstancialmente ligado ao sucesso do processo de subjetivação, de reforço da identidade, e /ou ainda à autorrealização que "o trabalhar" proporcionou.

Uma vez que a identidade constitui a base da saúde mental - toda a crise psicopatológica é centrada numa crise de identidade (Dejours, 2009) - compreende-se que o trabalho possa ser um poderoso mediador da identidade, e que o trabalho pode constituir uma oportunidade de atingir equilíbrio psíquico e saúde mental. Para Dejours não há centralidade no trabalho se a atividade laboral não oferecer a possibilidade do reconhecimento do mérito e da utilidade da realização, só produzirá sofrimento e conduzirá o sujeito progressivamente para a descompensação.

Trabalhar entende-se como a mobilização do corpo e da inteligência, da pessoa / *Self* para uma produção que detenha valor de uso, quer se trate de uma atividade assalariada ou graciosa, doméstica ou profissional (Dejours, 1998). Considera-se "o trabalhar", substantivado, uma experiência que é desde sempre consubstancial ao humano.

Do ponto de vista antropológico e das ciências humanas, é por via do trabalho que se consegue o ordenamento do mundo e a objetivação da inteligência. E, sob esta perspetiva, trabalhar reveste-se de uma grande importância pois é uma atividade de produção que promete a transformação do mundo com o fim último de o tornar mais habitável; e o trabalho é também uma atividade de produção onde se concretizam e se objetivam a inteligência e o engenho humanos. Para Dejours, (1998) sem trabalho, a inteligência e a criatividade humanas não seriam mais do que hipóteses.

A Psicodinâmica do Trabalho está centrada na análise dos processos envolvidos na etiologia do sofrimento e das patologias, bem como do prazer e da saúde, relacionadas com o trabalho, conferindo ao trabalho o poder de fazer advir o sujeito: trabalhar é transformar o mundo, mas sobretudo transformar-se a si próprio, pois o trabalho constitui um processo de subjectivização.

A teoria adjacente à Psicodinâmica do Trabalho, que tem sido desenvolvida por Chistophe Dejours (1996), sob a designação de "centralidade do trabalho para a subjetividade", tem como ponto fulcral a assunção de que o trabalho pode ser um importante mediador da génese do prazer – da sublimação e consequentemente, constitui um meio fundamental para a estruturação da identidade sendo por excelência um mediador na construção da saúde mental do adulto na era atual.

O trabalho não pode ser neutro em relação à saúde mental: ou gera o melhor por intermédio da sublimação ou pelo contrário, pode gerar o sofrimento, o desequilíbrio, a alienação, em limite pode conduzir ao desespero extremo e à frustração pessoal profunda inerentes à devastação da autoestima via sofrimento ético e falta de sentido para o *Self*.

Neste artigo, ao considerar-se a centralidade do trabalho na construção da identidade do adulto, concebe-se "identidade" numa perspetiva de desenvolvimento. Considera-se que a identidade / *Self* se estrutura e consolida através do reconhecimento de si mesmo (Winnicot,1962) e que no adulto, o saber-se a si mesmo passa pela realização e implica o investimento das capacidades do *Self*, a auto confirmação e a relação com o real. Isto é, a identidade está implicada e depende da realização e da relação, havendo transformação do *Self* pela realização através do trabalho investido de zelo.

Entende-se que o trabalho investido de zelo é todo o trabalho desenvolvido, remunerado ou não, em que o sujeito se implica totalmente aplicando o potencial máximo das suas capacidades físicas, intelectuais, e também amorosas. A experiência da realização de trabalho zelosamente investido implica, desenvolve / transforma o sujeito que o pratica. A atribuição de um significado afetivo/ emocional positivo à obra feita e ao impacto que a sua obra tem no meio envolvente, tanto no contexto da relação com os pares, como na sociedade em sentido mais lato, é também uma condição fundamental na definição de trabalho zelosamente investido.

Atendendo à necessidade humana de desenvolver as suas capacidades ao longo da vida, pode atender-se a teorias psicanalíticas que traduziram esta pulsão de conhecimento do mundo que acompanha o ser humano desde o nascimento até à morte.

Ao longo da vida a pulsão para apreender o meio acompanha o Ser Humano: desde a infância, a criança explora o mundo e incorpora conhecimento encorajada pela mãe, existindo nela o que se pode designar como "sede de conhecimento", como foi designada por Meltzer (1978/1987). Mas outros autores pressentiram esta compulsão pela apreensão sistemática do meio; Melanie Klein (1923/1996, 1930/1996) desenvolveu o conceito de "tendência epistemofílica"; Bion (1962) fala de vínculo K.

Também o adulto, tomando consciência de si através da relação com o real, e sentindo-se confiante das suas capacidades devido ao reforço do reconhecimento de valor no meio laboral, (pelos superiores e pelos pares), é impelido a implicar-se zelosamente na realização laboral mobilizando as suas capacidades no sentido da melhor realização (zelo); aperfeiçoando-se e desenvolvendo-se intelectualmente, e sobretudo, retirando prazer na aquisição de novos saberes, por via da aprendizagem e do aperfeiçoamento de competências através da

experiência adquirida pelo seu trabalho.

A subjetividade inerente ao trabalho investido, ou seja: o caracter simbólico/sublimatório associado ao trabalho que é investido, bem como o papel reparador que o trabalho investido tem no psiquismo é, neste trabalho, considerado como podendo ser um processo em tudo idêntico ao postulado nos trabalhos sobre a criatividade de Delgado (2012) em que o autor considera a criatividade como um dinamismo normal, inerente à espécie humana.

Consideram-se dois vetores de análise no que concerne ao impacto do trabalho na coesão e reforço da identidade. O trabalho tem um papel sublimatório, mas também tem um papel reparador.

Através do seu trabalho, o indivíduo relaciona-se com o mundo. Nessa relação o individuo executa, produz, realiza, experiencia e por isso sente-se útil, e parte integrante de um contexto profissional; um todo coletivo com que se identifica ao rever-se no seu grupo profissional e/ou no contexto laboral a que pertence. O trabalho é uma atividade essencialmente dirigida ao outro: em última análise, trabalha-se com e para alguém, em sentido mais estrito ou para a sociedade em sentido mais lato. Ao sentir-se reconhecido pelo outro, e estando em consonância consigo mesmo, o indivíduo assume-se em si mesmo e perante o mundo; (Dejours, 2001). Desta forma, o trabalho pode ser um poderoso mediador da construção da identidade, na medida que veicula a reparação.

Por outro lado, o papel que o indivíduo assume no contexto laboral particular, mas também o papel que assume na sociedade, por intermédio da sua profissão, bem como o reconhecimento do esforço e mérito profissional do individuo, pelos superiores e pelos pares, apresenta-se como fundamental para o reforço narcísico e logo, para o reforço, manutenção ou mesmo estruturação da identidade, (considerando que a identidade se revela e se constrói ao longo da vida).

A questão do trabalho acarreta a relação do indivíduo consigo próprio, isto é, a necessidade de elaborar a sua fragilidade narcísica através da concretização – da execução do seu trabalho que o sujeito sente como necessário ao mundo, podendo ser apreciado pelos outros.

Na medida em que o trabalho é um veículo privilegiado de relação com o mundo, o trabalho, no seu contexto social, proporciona a possibilidade do individuo representar /reviver/ recriar o trauma na relação com o mundo exterior, possibilitando reparação da relação com o objeto. Isto é, a implicação zelosa das capacidades do eu no seu papel profissional, na execução do seu trabalho, permite a exorcização dos fantasmas inconscientes inerentes à relação primordial; a reparação do objeto defendida por Segal, (1974/ 1990).

Reparando-se em relação ao objeto através do trabalho - que é ação sobre o meio - o indivíduo repara-se também em relação a si mesmo/ *Self* por estar implicado zelosamente na concretização do seu trabalho, por conseguir executá-lo e pelo papel que representa na sociedade pela profissão que enverga e os saberes a ela associados. Este conceito de reparação do *Self* é introduzido por Chasselet-Smirgel; (1984), a propósito da obra criativa.

Por outro lado, considera-se o impacto do trabalho ao nível do prazer/ desprazer que o indivíduo retira da sua experiência laboral; fala-se de sublimação, conforme a teoria da centralidade do trabalho para a subjetividade, desenvolvida por Dejours, (2001).

Em todo este processo, está implicada a tomada de consciência de si próprio, isto é a função continente do aparelho psíquico, no sentido bioniano: através da realização do seu trabalho e da relação com o meio inerente à atividade profissional, o indivíduo toma consciência de si próprio, aplica e desenvolve as suas competências, assumindo um papel face a si mesmo e face ao mundo, e implicando-se física, cognitiva e emocionalmente na atividade que desempenha. O trabalho zelosamente investido contribui assim para a consolidação de um self valorizado reforçando a atribuição de um sólido sentido de vida, o que se considera fundamental para a manutenção e promoção da saúde mental no adulto.

CONCLUSÃO

Considera-se que o trabalho é um veículo privilegiado de relação do indivíduo com o mundo e consigo próprio.

O trabalho zelosamente investido é todo o trabalho remunerado ou realizado de forma graciosa, em que para a sua realização o indivíduo se implica profundamente aplicando o potencial máximo das suas capacidades físicas e intelectuais, assim como atribui de um significado afetivo/ emocional positivo e ético à obra feita e ao impacto que a sua obra tem no meio envolvente, tanto no contexto da relação com os pares, como na sociedade em sentido mais lato. A experiência da realização de trabalho zelosamente investido implica desenvolvimento / transformação do sujeito que o pratica.

O trabalho zelosamente investido é um veículo de subjetivação, a produção investida mobiliza o simbólico, o sublimatório, e tem igualmente um papel reparador do psiquismo. Consideram-se dois vetores de análise no que concerne ao impacto do trabalho na coesão e reforço da identidade. O trabalho tem um papel sublimatório, mas também tem um papel reparador.

Assim, o trabalho investido de zelo afigura-se um processo imbuído do ato de criar, indo ao encontro do postulado nos trabalhos sobre a criatividade de Delgado (2012) em que o autor considera a criatividade como um dinamismo normal, inerente à espécie humana.

Atendendo ao estado da arte sobre os trabalhos de investigação de caracter psicodinâmico sobre a criatividade, bem como ao simbolismo que acarreta o fenómeno do trabalhar e da realização pessoal pelo trabalho realizado de forma investida, considera-se que o trabalho zelosamente investido é um fator inerente à realização do *Self* no adulto, contribuindo para a estruturação e para o reforço da identidade, constituindo-se um veiculo para a expressão de si mesmo, contribuindo também para a expressão genuína, coesa e útil de si mesmo, na sua relação com o mundo e com o outro. Considera-se por tudo isto, que o trabalho zelosamente investido é um fator potenciador de saúde mental, contribuindo para o equilíbrio psíquico do indivíduo.

BIBLIOGRAFIA

Aron, L. (2000). Self-reflexivity and therapeutic action of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 17, 667-689.

Aron, L. (2012). Psychoanalysis in the workplace: a introduction. Psychoanalytic Dialogues, (2012) 22:511-516. Routledge, Taylor and Francis Group. LLC

Axelrod, S. D. (1997). Work and its inhibitions: Psychoanalytic essays. Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 25, 532-535.

Billiard, I. (2011). Santé mentale et travail: L'emergence de la Psychopatology du Travail. La Dispute.

Bion, W.R. (1962). Learning from Experience. London, UK: Heinemann.

Chasseguet-Smirgel, J (1984). Thoughts on the concept of reparation and the hierarchy of creative acts. International Review of Psycho-Analysis, 339-406.

Clot, Y. (2006). A Função Psicológica doTrabalho. Rio de Janeiro: Vozes.

Dejours, C. (1996). Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações, pp. 149-173. In j Chalat. O Indivíduo na Organização. Ed. Atlas, São Paulo.

Dejours, C. (1998). "Travailler" n'est pas "dérroger". Travailler, 1, 5-12.

Dejours, C. (1999). Psychologie clinic du travail et tradition comprehensive. In Clot, Y. Les histoires de la psychologie du travail. Approche pluridisciplinaire. Toulouse: Octares Éditions, (p.195-219).

Dejours, C. (2001). Sujbectivité travail et action. Retirado de http://sites.univ-provence.fr/ergolog/pdf/bibliomaster/depours.pdf.

Dejours, C. (2009). Le travail vivant – Travail et emancipation. Paris: Payot.

Dejours, C. ; Abdoucheli, E. ; Jayet, C. (1994). Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas.

Delgado, L. (2011). T.A.T e Criatividade: Estudo Psicodinâmico. Lisboa: Edições ISPA-IU.

Delgado, L. (2012). Psicanálise e Criatividade: Estudo Psicodinâmico dos Processos Criativos. Artísticos. Lisboa: Edições ISPA-IU.

Erikson, H. E. (1968). Identity: Youth and Crisis. New York, NY: Norton.

Fonagy, P., Kächelle, H., Krause, R., Jones, E., Perron, R., Clarkin, J., et al. (2002). An open door review of outcome studies in psychoanalysis (2nd ed.). London: International Psychoanalytical Association.

Kernberg, O. F. (1998). Ideology, conflict, and leadership in groups and organizations. New Haven, CT, US: Yale University Press.

Klein, M. (1930/1996). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. Melanie Klein – Amor, Culpa e Reparação (pp 251-264). Rio-de-Janeiro: Imago.

Klein, M. (1996). Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945). Volume I das Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago.

Lancman, S. & Uchida, S. (2003). Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 6, 79-90.

Meltzer, D. (1978/1987). Le Dévelopment Kleinian de la Psychanalyse. Toulouse: Privat.

Segal, H. (1974/1990). Delírio e criatividade artistica: algumas reflexões sobre a leitura de "The Spire" de William Golding. Melanie Klein Hoje.(vol. 1, pp.12-15. Rio-de-Janeiro: Imago

Wallerstein, R. (2008). What kind of research in psychoanalytic science? Int. J. Psychoanalysis (pp.109-131). Malden USA. Institute of Psychoanalysis.

Winnicott, D. W. (2003). The Aims of Psycho-Analytical Treatment. In D. W. Winnicott. The Maturational Processes and the Facilitating Environment (pp. 166-170). London: Karnac. (Original publicado em 1962).

SESSÕES PARALELAS VII

SIMPÓSIO
Moderador: Maria Cristina Faria

CONTRIBUTOS DOS PROFESSORES PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIOPROFISSIONAL DE ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Maria Cristina Faria
Instituto Politécnico de Beja
(mcfaria@ipbeja.pt)

Saul Neves de Jesus
Universidade do Algarve
(snjesus@ualg.pt)

RESUMO

As mudanças constantes no mundo contemporâneo obrigam os profissionais a um desenvolvimento científico e tecnológico à escala global, pelo que são impelidos a realizar uma actualização constante, sob pena se o não fizerem saírem do mundo da empregabilidade. As instituições de ensino superior são responsáveis pela orientação, boa condução da formação e da actualização dos profissionais pelo que devem oferecer uma formação inicial e ao longo da vida, articulada com as transformações sociais que capacite para realização pessoal e profissional, empreendedorismo e êxito.

Os professores são chamados a desempenhar o de facilitador da aprendizagem, da criatividade, da inovação e do empreendedorismo. Até que ponto eles se encontram preparados para esta missão? Centralizada no contexto do ensino superior a presente investigação procurou saber de que forma se realiza o desenvolvimento socioprofissional dos futuros profissionais e de como é viabilizada a promoção de competências empreendedoras dos estudantes. Trata-se de um estudo exploratório, transversal de caracter qualitativo e quantitativo. Para o efeito realizou-se a elaboração de um Guião de Entrevista Semiestruturada que foi aplicada a nove professores do ensino superior que pertenciam a comissões de coordenação de curso das áreas referidas. As problemáticas consideradas foram as seguintes: (1) Definição de Profissional de Sucesso; (2) Desenvolvimento Socioprofissional; (3) Papel do professor para a promoção de competências profissionais. A investigação evidencia o papel do professor no estímulo ao profissional de sucesso e ao desenvolvimento socioprofissional dos estudantes, e identifica dificuldades e estratégias para a realização de uma educação para o empreendedorismo no ensino superior.

Palavras chave: Professores; Ensino Superior; Profissional de Sucesso; Desenvolvimento Socioprofissional, Carreira

INTRODUÇÃO

Os indivíduos interessados numa educação ao longo da vida são chamados à atualização contínua de conhecimentos e técnicas que lhes permitam exercer com competência uma atividade ou profissão. Os jovens aceitam o desafio de realizar um curso de 1º ciclo, uma licenciatura, que em pouco tempo exige no seguimento uma especialização com um curso de estudos de 2º ciclo, de mestrado e, posteriormente, um curso de estudos de 3º ciclo, de doutoramento e pós-doutoramento ou cursos de curta duração. Mas, podem existir outros percursos em que é preciso ter em consideração possibilitando que um indivíduo no seu processo de desenvolvimento humano possa dar continuidade aos seus estudos numa lógica de reconhecimento de competências e valências adquiridas nos mais diversos tipos de contexto ou ainda permitir que reconverta a sua carreira. Por conseguinte, as instituições de ensino superior existem para responder às necessidades formativas e de investigação dos seus clientes, permitindo o desenvolvimento de um profissionalismo de sucesso e inovação. Investir nas pessoas e assegurar a todos uma educação de qualidade e uma formação ao longo da vida é a base de partida.

Vivemos numa Europa assente em princípios económicos e defensora de uma economia baseada no conhecimento, considerada fundamental para a criação de emprego, desenvolvimento sustentável, investigação e inovação dos países. As organizações do ensino superior têm de dispor de mecanismos e estruturas que permitam o desenvolvimento de ações empreendedoras que vão ao encontro das necessidades formativas dos profissionais, da empregabilidade e dos serviços da comunidade. Os agentes educativos do ensino superior, sejam eles do politécnico ou universitário, público ou privado, têm de compreender a grandeza do seu campo de ação e da sua própria responsabilidade, como professores, investigadores, educadores e membros de sociedades científicas, para a implementação da educação para a missão do empreendedorismo e inovação no ensino superior. Neste percurso é preciso que o professor aceite o desafio de desenvolver uma mente empreendedora e pô-la ao serviço do desenvolvimento da mente empreendedora dos seus alunos. O envolvimento dos futuros licenciados no exercício de uma profissão deve estar na direção de uma ação empreendedora consciente e da realização pessoal. Por conseguinte, este dinamismo empreendedor implica que os educadores e os professores desempenhem um novo papel, o de facilitador da aprendizagem do empreendedorismo, o de multiplicador de ideias e de condutor do desenvolvimento destas e da sua concretização com êxito. Para que tudo flua no caminho do desenvolvimento de mentes empreendedoras (Gardner, 2007) e da formação de profissionais empreendedores é preciso que em primeiro lugar se estimule os professores para a prática de uma educação do e para o empreendedorismo (Schaefer & Minello,2016).

COMPETÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIOPROFISSIONAL

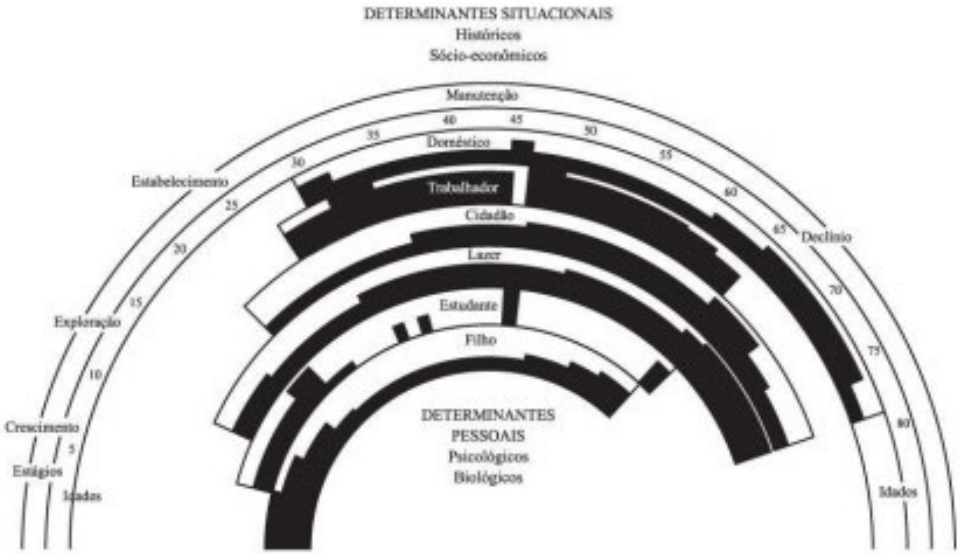
O cidadão deste século vive cada vez mais a certeza do momento presente, com consciência que se encontra em constante transformação. Por conseguinte, é compreensível que na contemporaneidade sejam desenvolvidas estratégias para "os indivíduos se adaptarem às mudanças e para aproveitarem as oportunidades que se apresentam, construindo e reconstruindo sentidos de si e da carreira ao longo da vida" (Oliveira, Melo-Silva & Coleta, 2012,224). Contudo, é neste clima do imprevisto e da nova oportunidade que os jovens e os adultos têm de escolher e desenvolver a(s) sua(s) carreira(s) a curto, médio e longo prazo. Sem dúvida que a escola, a educação ministrada e os agentes educativos vão estar na base das escolhas, das tomadas de decisão e do desenvolvimento socioprofissional ao longo da vida.

Nos últimos anos, assistimos a uma fragilização da noção de emprego herdada da sociedade industrial, resultando daí situações de ambiguidades e tensões no mundo laboral. Neste seguimento, os trabalhadores são impelidos a desenvolver estratégias de adaptabilidade

de carreira, em função do momento histórico, situações à esfera global e local, papéis sociais e surgimento de novas profissões. De acordo com Bendassolli (2009) é relevante realizar a "recomposição" da relação sujeito-trabalho dos modelos emergentes de carreira gerados na convergência de tradições sociológicas, psicológicas e gerenciais. O conceito de carreira deixou de ser uma sequência estável de posições e papéis ocupacionais para abranger os sentidos que os indivíduos atribuem às suas experiências de vida e de trabalho, que se observam cada vez mais transitórias na sociedade contemporânea (Bendassolli, 2009). Nos anos 50 do século passado Donald Super e os seus colaboradores apresentaram uma abordagem desenvolvimentista de carreira, chamando a atenção para o facto de que a escolha profissional pode ser concebida como um processo de desenvolvimento desde a infância até à vida adulta. Ao longo do tempo, o autor foi aperfeiçoando a sua ideia, de forma a explicar o melhor possível como se processa o desenvolvimento e o comportamento vocacional (Balbinotti, 2003; Oliveira, Melo-Silva & Coleta,2012).

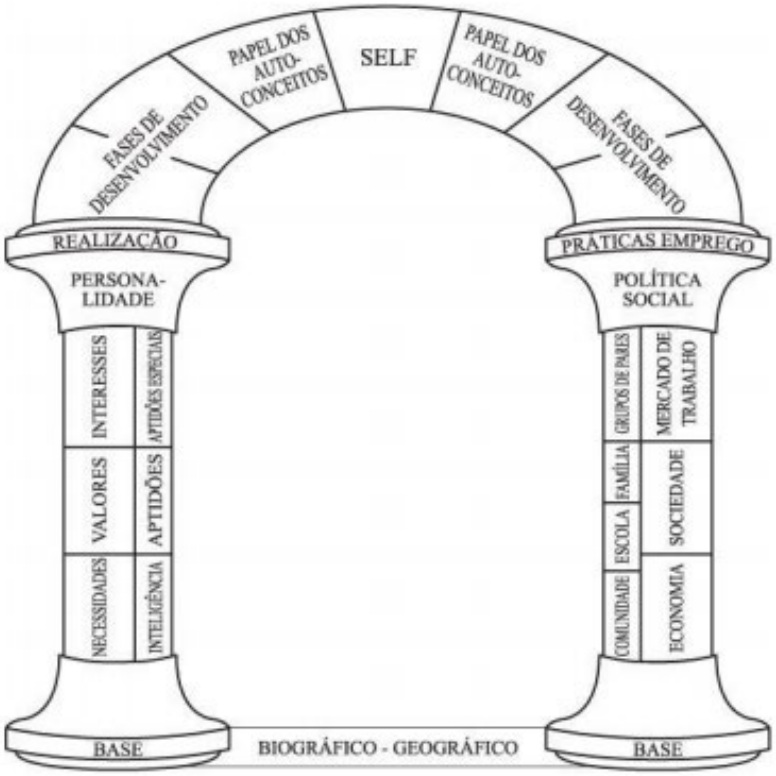
Super (1990) compreende a carreira como um sequencial de posições ou papéis que o indivíduo desempenha ao longo da vida e no seu espaço vital, contribuindo para a mudança de paradigma da compreensão da carreira. Para melhor entendimento da sua teoria vocacional o autor concetualizou dois modelos de representação gráfica do desenvolvimento de carreira: o Arco-Íris da Vida e Carreira (Life Career Rainbow) (Figura 1) e o Arco Normando (*Archway Model*) (Figura 2).

Figura 1 : Modelo do Arco- Íris da Vida e Carreira (Super, 1990)



Fonte:Adaptado de Oliveira, Melo-Silva & Coleta,2012, 226

Figura 2 : Modelo do Arco Normando (Super, 1990)



Fonte:Adaptado de Oliveira, Melo-Silva & Coleta,2012, 228

Na sua primeira teoria foram evidenciadas as características de cada etapa da carreira que se desenvolvem ao longo da vida. Depois, na segunda, é colocada a ênfase no auto-conceito e formação, tradução e implementação das escolhas. Por fim, na terceira teoria, são realçados, os papéis sociais e a importância de ampliar a visão do desenvolvimento da carreira construída ao longo de todo o ciclo de vida e em diferentes contextos (Super, 1990; Savickas, 1997; cit. Oliveira, Melo-Silva & Coleta, 2012). Nesta abordagem do processo de carreira é destacado o papel e a relevância do *Self* (curso de vida e espaço de vida) para a articulação entre a realização e as práticas profissionais. As pessoas mudam e fazem transições o que as leva a refletirem sobre o papel do trabalho e do emprego nas suas vidas, conduzindo-as a uma maturidade e adaptabilidade à carreira e ao emprego.

O conceito de competência encontra-se ligado aos conceitos de trabalho e de empregabilidade, pelo que quanto mais competências o individuo possuir, mais apto está para a resolução dos seus problemas e inserção no mercado de trabalho. Por conseguinte, a ativação de competências em estudantes do ensino superior deve ser uma prioridade, dado que fomenta a autonomia cognitiva e permite o desenvolvimento pessoal e profissional, incentivando os indivíduos a três principias ações (Dias, 2010): (1) identificar aspectos positivos e menos positivos em si próprios; (2) valorizar os aspectos pessoais positivos; e (3) promover a escuta ativa.

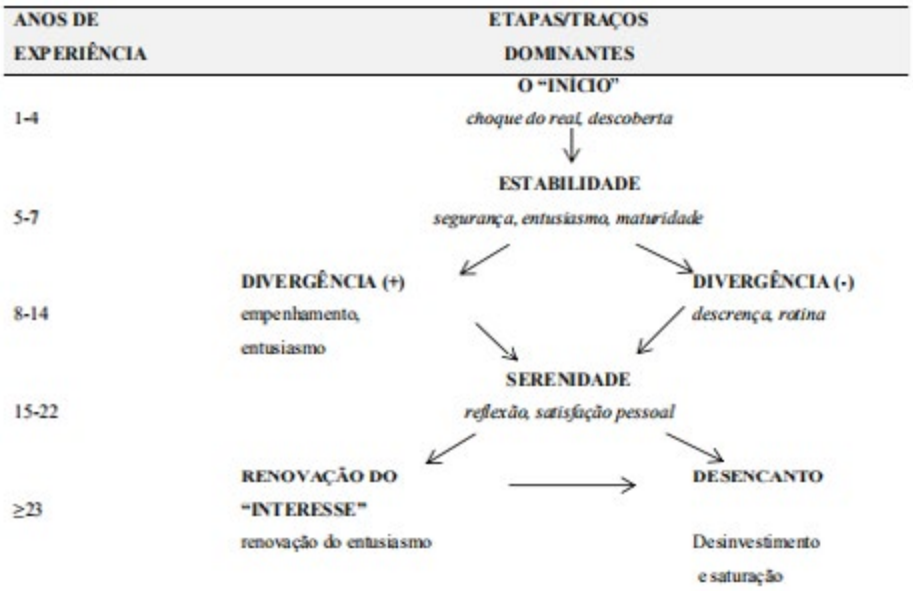
O professor deve atualizar-se com o contexto social e económico de cada geração no sentido de ir ao encontro dos seus requisitos profissionais. Só assim é possível viabilizar o desenvolvimento de competências socioprofissionais e o êxito de carreira. Ao falar de competências estamos a referirmo-nos a capacidades suportadas pelo conhecimento, saberes (práticos, teóricos e técnicos) e maneira de ser possibilitadoras de inserção profissional. De acordo com Silva (1999) as competências são "capacidades de natureza cognitiva, socioafetiva e psico-motora que se expressam, de forma articulada, em acções profissionais, influenciando, de forma significativa, na obtenção de resultados distintivos de qualidade". (Silva, 1999,60). A questão que agora se nos coloca é a de saber se os professores são detentores das competências chave para promover o desenvolvimento socioprofissional dos seus alunos e alunas. Os estudos mostram que os professores devem apresentar quatro tipos de competências (intuitiva, intelectual, prática, emocional) (Fazenda, 1994; cit. Bonito & Trindade, 2008) tendo ainda em consideração a dimensão da própria competência (técnica, estética, ética, e política) (Rios, 2001; cit. Bonito & Trindade, 2008). Schön (1987) chega até a propor um modelo do profissional reflexivo, fundamentado numa triangulação reflexiva em que os vértices são o conhecimento em ação; reflexão sobre a reflexão em ação; e a reflexão em ação. Esta visão pressupõe que o aluno aprende com a orientação de um professor experimentado.

DESENVOLVIMENTO DA CARREIRA DO PROFESSOR

A literatura sobre a profissão docente, condições de trabalho do professor, desenvolvimento profissional, carreira e mudança na prática educativa, remete-nos para o facto de uma exigência e uma necessidade da construção de uma escola actualizada, atenta às demandas de seu tempo. Exige-se ainda que considere a promoção do desenvolvimento profissional do professor, possibilitando-lhe qualidade das condições de exercício da docência (Nunes & Oliveira, 2017). Na literatura sobre a carreira docente são vários os autores que chamam a atenção para o facto dos professores diminuírem a sua entrega profissional e envolvimento com o passar dos anos, evidenciando os efeitos negativos do clima de trabalho em que realizam a sua atuação (Jesus, 2000; Jesus & Lens, 2005; Gonçalves, 2000, 2009). Lens (1994; cit. Jesus, 2000) verificou que 40% dos professores gostam menos da profissão docente do que quando iniciaram a sua carreira, evidenciando um desinvestimento progressivo e uma menor inovação. Huberman (1989 cit. Jesus, 2000) procurou encontrar fases no ciclo profissional dos professores delineando os seguintes marcos no percurso associados à idade: (1) Exploração (primeiros três anos de serviço); (2) Estabilização (quatro e seis anos de prática profissional); (3) Dinamismo (sete e vinte e cinco anos de serviço); (4) Conservadorismo (entre os vinte e cinco e os trinta e cinco anos de experiência profissional); e (5) Desinvestimento (35 e 40 anos de serviço). Na sua investigação Gonçalves (2000, 2009) (re)delineou as trajectórias profissionais: Fase 1: O "Início" (1 a 4 anos de serviço); Fase 2: Estabilidade (5 a 7 anos de serviço); Fase 3: Divergência (8 a 14 anos de serviço); Fase 4: Serenidade (15 a 22 anos de serviço); e Fase 5: Renovação do "interesse" e desencanto em fim de carreira (23 e 31 anos de serviço). Como podemos observar na representação das etapas de carreira apresentadas na Figura 3 elas apresentam-se de uma forma dinâmica podendo os percursos profissionais pessoalmente vivenciados e socialmente construídos depender de factos circunstanciais da vida do próprio indivíduo e de factores aleatórios. Por conseguinte, os estádios apresentados não devem ser considerados de forma determinística, porque a sua configuração pode ser alterada sempre que a estrutura da carreira e/ou algumas das suas condicionantes se modificam.

Em todo caso, este desenvolvimento profissional do professor alerta-nos para o facto de que no mundo atual estes profissionais estão a envelhecer e, efetivamente, são eles que cada vez mais que asseguram o ensino e a formação das novas gerações e dos futuros profissionais. No modelo das etapas de carreira proposto, mais de 23 anos de serviço docente remete-nos para a etapa e traço dominante relacionado com "Renovação do "interesse" (renovação do entusiasmo)", mas, as evidências mostram que observamos cada vez mais cedo os professores a entrar no "Desencanto (desinvestimento e saturação)". Pode ser relativo ao desgaste da profissão, mas também, a novas competências que os professores precisam de desenvolver, como por exemplo, cinco mentes para o futuro (Gardner, 2007), e, em particular, uma mente empreendedora. A motivação e o bem-estar dos professores passam a estar na ordem do dia, mas, é preciso colocá-la na agenda política e da formação de professores ao longo do ciclo de vida e dos diversos graus de ensino.

Figura 3: Etapas da Carreira



Fonte: Adaptado de Gonçalves, 2000, 438

EDUCAÇÃO EMPREENDEDORA

A concretização de uma cultura empreendedora passa pela formação de indivíduos autónomos, criativos, com visão social, capazes de serem líderes e de criar influência empreendedora na sociedade Lamas (2015). No "Modelo de Formação de professores do Ensino Superior em Empreendedorismo" proposto pelo autor é evidenciada uma dialéctica educação/empreendedorismo, como forma de potenciar a educação, desafiando os professores e alunos a serem empreendedores, enquanto intervenientes do processo de ensino/aprendizagem. Considerando a formação integral do indivíduo e a complementaridade das diferentes modalidades de aprendizagem (a formal, a não formal e a informal) o autor apresenta quatro dinâmicas que integram o modelo proposto: (1) a transdisciplinar (as situações em que o ensino/aprendizagem é desenvolvido, indo a formação ao encontro do meio socioeconómico em que a instituição de ensino se integra); (2) a interdisciplinar (recorrendo à diversidade das áreas dos curricula dos alunos, de forma a ter em atenção a complexidade do conhecimento necessário para o desenvolvimento de competências que permitam a sua aplicação em contexto); (3) a colaborativa (prevê potenciar a partilha de saberes, a interacção de sujeitos diversificados com potencialidades e conhecimentos específicos, através da construção da intersubjectividade que viabiliza a abertura a múltiplas formas de aprendizagens); (4) a transformativa (ao viver na sociedade do conhecimento, em que a abertura à constante transformação dos saberes tem de estar presente, viabilizando a aprendizagem ao longo da vida / longlife learning e a adequação às multifacetadas realidades com as quais os alunos se confrontam / life wide learning) (Lamas, 2015, 160). Na Figura 4 podemos observar uma possível representação das características e dos elementos a considerar para levar por diante uma educação empreendedora (Schaefer & Minello, 2016).

O processo de empreender envolve várias dimensões psicológicas relacionadas com a personalidade, temperamento, inteligência, motivação, atitudes, representações e comportamentos (McClelland,1961; Hisrich & Peters, 2002; Gardner, 2007; Faria, 2010) e parece estar relacionado com o género (Moore & Buttner, 1997; Faria, 2012). Nesta educação devem ser consideradas quatro vertentes: 1) Natureza da educação empreendedora; 2) Novas metodologias e práticas pedagógicas; 3) Educação centrada no aluno; e 4) Professor como catalisador facilitador (Figura 4).

Figura 4: Características e elementos envolvidos na educação empreendedora

Fonte: Adaptado de Schaefer & Minello, 2016, 77

Ao nível global e até local, a educação para o empreendedorismo tem sido colocada como prioritária nas agendas e debates políticos, económicos e académicos, contudo é preciso passar à ação e disponibilizar condições desde cedo para que a sua concretização seja efetiva e resulte na dinamização de carreiras empreendedoras ao longo da vida e em profissionais realizados promotores de uma cultura empreendedora. Por conseguinte, pretende-se que toda a educação pode ser empreendedora e ligada ao empreendedorismo.

METODOLOGIA

Objetivos

Partindo de uma metodologia qualitativa para a exploração/compreensão das perspectivas dos agentes educativos do ensino superior e do significado que dão ao fenómeno em estudo, foi considerado o seguinte objetivo: Identificar os contributos do professor para a promoção de competências empreendedoras e desenvolvimento socioprofissional em estudantes do ensino superior em áreas de proximidade com o trabalho com humanos. Foram delineados os seguintes objetivos específicos: (1) Delinear uma *Definição de Profissional de Sucesso*; (2) Promover o *Desenvolvimento Socioprofissional e Empreendedorismo*; e (3) Conhecer o *Papel do professor para a promoção de competências profissionais.*

Participantes

O estudo foi realizado com professores de uma instituição portuguesa de ensino superior politécnico do sul de Portugal, pertencentes às Comissões de Coordenação de um total de onze cursos, ministrados na área da Educação e da Saúde, sendo que duas formações são de licenciaturas em áreas da saúde (Cursos de 1º Ciclo: Terapia Ocupacional e Enfermagem) e nove formações são da área da educação ou afim (Cursos de 1º Ciclo: Educação Básica; Serviço Social; Educação e Comunicação Multimédia; Artes Plásticas e Multimédia; e de 2º Ciclo: Psicogerontologia Comunitária; Educação Pré-Escolar e Ensino do 1º Ciclo do Ensino Básico; Ensino Especial; e Desenvolvimento Comunitário e Empreendedorismo). Num total de nove participantes, quatro do género feminino e cinco do género masculino, com uma idade média de (50,0) anos (dp= 8,75; Mínimo =38 anos, Máximo =61 anos), e uma média de (18,44) anos na profissão de docente do ensino superior (dp=7,72; Mínimo =6 anos, Máximo =29 anos). Quanto às habilitações literárias dos docentes (77,8%) são detentores do grau de doutor (Psicologia, Filosofia, Enfermagem, Gestão, Educação, Serviço Social, Atividade Física) e (22,2%) encontram-se a finalizar o doutoramento (Multimédia e Terapia Ocupacional), sendo especialistas nas referidas áreas dos cursos considerados.

Instrumento

Para proceder à colheita de informação considerou-se que seria oportuno uma abordagem de proximidade aos docentes responsáveis pela boa condução da formação académica e profissional dos cursos de saúde e educação de forma a conhecer a realidade institucional da promoção do empreendedorismo dos futuros profissionais, pelo que optámos pela técnica da auscultação, recorrendo à entrevista semidiretiva. Para o efeito foi criado um Guião de Entrevista que tinha como principal objetivo conhecer de que forma é conduzida a educação empreendedora e o desenvolvimento socioprofisssional empreendedor nos cursos da instituição visada.

Procedimento

Neste estudo, foram tomadas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participaram. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, esclarecendo que as informações fornecidas seriam mantidas em sigilo e que só seriam utilizadas para fins de investigação. A amostragem foi por conveniência e circunscreveu-se aos docentes ligados à coordenação dos cursos de uma instituição de ensino superior em politécnica portuguesa, das áreas da educação e da saúde, que se mostraram disponíveis para responder na altura. A interpretação dos dados resulta da análise de conteúdo efetuada e da utilização de estatísticas descritivas.

Resultados

Apresentamos de seguida os resultados da análise das nove entrevistas realizadas a professores do ensino superior politécnico (Entrevistados: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, e E9) a partir da aplicação de um Guião de Entrevista Semiestruturada. Evidenciamos a abordagem das problemáticas estudadas pela ordem: Caracterização do Profissional de Sucesso; Educação para o Empreendedorismo no Ensino Superior; e Papel do professor para a promoção do empreendedorismo na profissão.

Definição de Profissional de Sucesso

Evidenciaram-se quatro tipos de características e competências que um profissional de sucesso deve preferencialmente apresentar, em particular, ligadas: (1) à pessoa; (2) aos ganhos; (3) à educação e formação; e (4) ao trabalho. Um profissional de sucesso é compreendido, essencialmente, como uma pessoa que evidência características e competências ligadas ao trabalho (43,90%) e à pessoa (37,40%). Especificamente, destacam-se a "*Capacidade de Relação e Comunicação*" (9,90%), a "*Criatividade*" (7,70%), a "*Gestão e Organização (do tempo, prioridades e planeamento)*"(6,50%) e a "*Capacidade de trabalhar em grupo, em equipa e em rede*" (5,50%). É também evidenciado que um profissional de sucesso é uma pessoa que investe e é detentora de educação e formação na área do seu trabalho (12,10%) e de que se precisa de incentivos para percorrer o caminho do sucesso (6,60%). Em particular, para além do aspecto económico, do reconhecimento dos outros significativos, decisores institucionais, pares e *stakeholders*. Surge ainda, num mesmo patamar de incidência, a ligação do profissional de sucesso à "Realização e Satisfação Pessoal" (4,40%), à "Motivação" (4,40%), ao "Conhecimento Técnico e da Especialidade" (4,40%), ao "Empenho e Dedicação" (4,40%), e à "Inovação e Desenvolvimento" (4,40%).

Desenvolvimento Socioprofissional e Empreendedorismo

De acordo com os professores entrevistados, na sua instituição e nos cursos que acompanham, existe a preocupação em investir no desenvolvimento socioprofissional dos alunos realizando um contacto de proximidade com a realidade profissional e a ligação entre a

Escola e a Comunidade, através de estágios, de práticas pedagógicas, de visitas de estudo às instituições, da escuta de testemunhos de profissionais e empreendedores de sucesso, do contacto *in loco* com o exercício da atividade laboral de profissionais de êxito, que foram ex-alunos da instituição de ensino superior, bem como, através da participação e organização de eventos na área profissional ou afim, simulacros, observação de filmes e videogramas, criação de unidades curriculares de seminários e optativas. É salientado que nos cursos de 2º ciclo existe a mais valia dos alunos trazerem para a situação da sala de aula de cada unidade curricular as suas vivências quotidianas e experiência profissional diversificada, o que constitui uma oportunidade única para atualização e para a articulação dos conhecimentos teóricos e técnicos com a realidade profissional. Foi referido que existe a preocupação do desenvolvimento de competências e oportunidades de empreendedorismo em algumas unidades curriculares onde se articulam os conteúdos programáticos com a realidade da prática profissional estimulando ao desenvolvimento da autonomia, da criação de emprego e do empreendedorismo. Contudo os participantes identificam alguns obstáculos que podem bloquear a articulação entre o empreendedorismo e o desenvolvimento socioprofissional e que urge ultrapassar. Destacam-se as seguintes preocupações:

(1) *Necessidade de Desenvolvimento de competências pessoais para a vida profissional:* (E3) - "Quando falamos de questões relacionadas com as oportunidades de emprego, estas têm a ver com competências das pessoas. Já não há um emprego para a vida, o que remete para o desenvolvimento da autonomia"; (E4) -". Mas, ser empreendedor é também levantar de manhã e ir trabalhar na instituição, que muitas vezes acolhe-nos mal, e aproveita-se muitas vezes da precaridade do emprego e da instabilidade. Existe uma capacidade de resistência, o que implica o desenvolvimento dessas competências. Não deixam de ter ideias, conseguem partilhar as ideias no sentido da mudança da própria instituição".

(2) *Facultar Informação sobre empreendedorismo na área da profissão:* (E7) - "Nesta área específica deste curso trabalha-se muito em função do emprego para trabalhar numa instituição já existente. Por exemplo, há pouca informação de como criar uma escola, um colégio. Juntar o sonho de ter um colégio deles, uma cooperativa de ensino. Desenvolver competências para criar uma instituição educativa, mas, preferem a já montada. É importante, criar, trabalhar a ideia de criar um colégio e de como fazê-lo. Mas, estamos a formar alguém para ir para uma instituição já montada. Não há informação nem Unidade Curricular que fale sobre o assunto".

(3) *Ultrapassar o Preconceito sobre o Empreendedorismo:* (E7) -"Há reservas relativas ao empreendedorismo porque metem na cabeça o trabalho virado para a competitividade, a agressividade do mundo empreendedor, mas, deviam ser desenvolvidas competências de trabalho cooperativo a associativo."; (E8) - Sobre empreendedorismo, vejo mais algum interesse nos alunos do que nos professores. Tenho sido abordada por alunos que me perguntam programas e oportunidades desse nível. Mas, na minha área existe preconceito sobre estas questões. Há um sector ideológico na minha área que considera estas questões do empreendedorismo e do empreendedorismo social como uma forma de aproveitamento das pessoas mais vulneráveis. Que eu tento desmistificar. Existe muito na minha área."; (E8) -" Ainda há a ideia que o empreendedorismo não dá um emprego seguro."; (E9) - "Empreendedorismo Social é uma estratégia a desenvolver, o crescimento inteligente no âmbito da inovação e empreendedorismo social. As oportunidades de valor emergem com todo o potencial. Mas, os docentes estão mais preocupados com outras matérias e não dão tempo das suas disciplinas do curso. Se não tiverem sensibilidade aos aspetos ligados ao empreendedorismo, este não é desenvolvido.").

Face aos testemunhos apresentados relativos ao desenvolvimento socioprofissional e empreendedorismo podemos adiantar que, em particular, este assunto remete-nos para: (1) o desenvolvimento da autonomia, resiliência e robustez psicológica dos profissionais; (2) a sensibilização e formação em empreendedorismo na área da profissão; e (3) a desmistificação do empreendedorismo acompanhada da promoção de ações viáveis do empreendedorismo, intraempreendedorismo e empreendedorismo social.

O Curso de licenciatura em Terapia Ocupacional é o único curso que apresenta Unidades Curriculares de conteúdos programáticos de desenvolvimento de competências pessoais, sociais e profissionais ao longo do curso. Nos outros cursos de licenciatura e mestrado não estão previstos do ponto de vista formal e curricular conteúdos programáticos que visem o desenvolvimento de competências pessoais e de empreendedorismo. Salienta-se, a formação apresentada pelo Mestrado de Desenvolvimento Comunitário e Empreendedorismo que surge como uma inovação e uma mais valia para a formação em empreendedorismo económico e social.

Foi referido que as evidências mostram uma preocupação para o desenvolvimento de competências empreendedoras no pré-escolar, mas, a partir daí a educação para o empreendedorismo desaparece. Esta opção política dos agentes decisores traz implicações na formação da personalidade e, depois, os estudantes do ensino superior, futuros profissionais, chegam a este nível de ensino com dificuldades em apresentar uma mente empreendedora. Como refere (E4) - "A partir do 1º ciclo não querem que eles (alunos) tenham muitas ideias. Há uma diferença muito grande. Ao longo do tempo a Escola andou a tirar-lhes a capacidade de ter ideias. É o manual, as fichas e o que chega ao ensino superior é o resultado de doze anos. Podem ter um ou outro professor que faça a diferença. E a EPE não pode começar no ensino superior. A dificuldade que se tem na formação inicial a pôr os alunos a expressar as suas ideias é imensa. É uma falta de confiança imensa. Eles não nascem assim, alguém os tornou".

De acordo com os participantes, de uma maneira geral, nos cursos de formação inicial a articulação entre o mundo académico e o profissional é realizada através de estágios e da ligação das unidades curriculares com a prática profissional. A este propósito é referido por (E8) que essencialmente é "Realizada por excelência com o Estágio, mas, depois, em todas as Unidades Curriculares há preocupação do desenvolvimento do espírito crítico dos alunos, sempre que possível com situações práticas, com recurso a profissionais no trabalho e nos próprios trabalhos que haja uma ligação profunda com o que vai ser o seu trabalho futuro.". Nos cursos de mestrado é feita essencialmente a partir da realização de eventos científicos e de proximidade com a comunidade organizados pelos alunos, pelos trabalhos de investigação no âmbito das unidades curriculares e através do projeto de intervenção ou da dissertação de mestrado. Por outro lado, a este propósito, voltou a ser referido que os mestrandos que estão a trabalhar no terreno trazem para a discussão/reflexão sobre o mundo laboral e fazem necessariamente a ligação dos conteúdos programáticos com o contexto real do trabalho.

Na transição para o mundo do trabalho foi referido a relevância do acompanhamento do jovem profissional na integração no mercado profissional, em particular, no seu primeiro ano de trabalho e depois ao longo da vida pela instituição que lhe prestou a formação. Como menciona (E4), "Agora, neste momento, defende-se muito que no primeiro ano em que os profissionais estão inseridos na profissão devam ser acompanhados pela instituição que os formou e por um colega a tutoriar. Ao abrigo da formação ao longo da vida, mas, através de um acompanhamento efectivo da prática. Um ano de indução". Esta é sem dúvida uma ideia interessante a amadurecer e viabilizar de modo formal pela instituição de ensino superior.

O papel do professor na promoção do desenvolvimento de competências profissionais

Os participantes do estudo são unânimes em considerar que o professor do ensino superior é por excelência um promotor do desenvolvimento de competências profissionais, até porque se constitui como um modelo para os seus alunos e um exemplo de boas práticas. Contudo, consideram que é importante que tenha a consciência dessa missão ou faculdade, em particular, a de promover a criatividade e a inovação a partir de projetos que realiza com os seus alunos ligando-os ao real profissional. O professor do ensino superior ao focar-se no desenvolvimento de competências profissionais dos seus alunos, utiliza estratégias para as levar por diante. As tarefas que propõe aos seus alunos evidenciam a sua formação profissional e a sua maneira de ser. O modo como se apresenta à turma, deverá ser a de um professor autónomo, criativo, inovador e resiliente, que prepara os seus alunos para a futura profissão e os contagia com a sua motivação para o trabalho e o mundo laboral. É como refere (E4) – "Se o professor estiver a ver nos seus alunos o futuro engenheiro, professor, assistente social, contextualizando as próprias aulas, já está a fazer a ligação e a promover muitas coisas. Se não estiver, não é o mesmo público. Não vão existir os mesmos profissionais. Deveria haver essa diferenciação."; e (E8) - "Acho que há sempre uma estratégia a que funciona muito bem, é o exemplo de boas práticas. Que é o mostrar que os outros conseguiram. Tem resultado muito bem, quando eu mostro as boas práticas. (que trago as pessoas, mostro um filme, reportagem, os manuais que têm exemplos de práticas). Vendo um exemplo prático é uma forma estimulante."

Nesta investigação, foi mencionado que existe um obstáculo que se coloca ao professor quando pretende levar por diante o desenvolvimento profissional dos seus alunos. Um curso pode estar cada vez mais afastado do contexto real do trabalho, porque os seus professores do ensino superior, devido à exclusividade, não podem exercer a profissão no terreno. (E6- "A "exclusividade" é castradora. Não nos permite actualização. Não é o trabalho diário. Colaborar com a instituição e ser pago por isso, permitiria fazer um melhor trabalho." O estudo evidenciou que o desenvolvimento profissional se encontra relacionado com o empreendedorismo e a mudança e que para os levar por diante pode ser necessário construir uma escola diferente. (E7- Se eu privilegio o empreendedorismo cooperativo, social, penso em empreendedorismo e não só no económico. Deve-se fomentar sempre a capacidade de resolução de problemas e trabalho cooperativo. Porque senão o empreendedorismo pode ser nocivo tipo capitalismo selvagem. É importante saber que há modelos pedagógicos alternativos. Escolas diferentes. O Modelo da Pedagogia e das Escolas Waldorf é um exemplo ").

Quando questionámos os professores sobre as características e aptidões que um professor devia apresentar para poder estimular o empreendedorismo dos seus alunos surgiu uma listagem de capacidades principais que foram agrupadas em sete tipos de competências: pessoais; motivacionais; de atendimento aos alunos; no trabalho; em metodologias ativas; em resolução de problemas; de interação; e empreendedoras. (Tabela 1).

Tabela 1- Listagem das Competências do Professor(a) para viabilizar a promoção do desenvolvimento socioprofissional e do empreendedorismo no ensino superior Competências do Professor do Ensino Superior

Competências do Professor do Ensino Superior	**Listagem das Competências Principais**
Competências Pessoais	Criatividade Atualização Atenção à dinâmica social Não fazer juízos de valor Dinamismo Autonomia Resiliência Abertura da mente a novas oportunidades
Competências Motivacionais	Motivação Capacidade de Motivar os Outros
Competências de Atendimento aos Alunos	Compreensão dos alunos Diferencia o atendimento aos alunos de acordo com as suas especificidades Conhecer as turmas
Competências no Trabalho	Competência profissional Capacidade de trabalhar Saber trabalhar em equipa Espírito de liderança Ser capaz de trabalhar em rede Visão da estratégica da organização Persistente no trabalho Ser um professor empreendedor
Competências em Metodologias Ativas	Utilizar Dinâmicas de Grupo Promover aulas dinâmicas Por os alunos a trabalhar e a "fazer coisas" Promoção de trabalho interdisciplinar Pragmatismo
Competências em Resolução de Problemas	Pôr o(s) aluno (a)(s) a pensar Fazer o grupo pensar em conjunto Fomentar a reflexão critica sobre vários temas Ser competente no delinear para estratégias de *design thinking* Ser competente na resolução de problemas
Competências de Interação	Comunicação (pessoal e social) Competências de relações interpessoais Inteligência emocional Bom ouvinte Marketing de ideias Resolução de conflitos

Competências Empreendedoras	Mente empreendedora Receptivo à inovação (vista como desafio) Empenho em projectos concretos Capacidade de criar e concluir tarefa empreendedora Preparação para o empreendedorismo Por em execução os conhecimentos de empreendedorismo Gosta de correr riscos calculados Estar alerta para as oportunidades

CONCLUSÃO

Os indivíduos detentores de uma palete de competências encontram-se mais apetrechados para fazer face à adversidade, por isso, têm uma maior probabilidade de serem bem sucedidos ao longo da vida. Em concreto, são detentors de ferramentas para a resolução dos seus problemas pessoais e profissionais, o que lhes possibilita uma melhor inserção no mercado de trabalho. A Comissão Europeia (2014) tem desenvolvido e direcionado os seus esforços no sentido de promover uma educação para o empreendedorismo estimulando os jovens e os futuros profissionais para que sejam mais empreendedores e assim contribuam para uma Europa inovadora, moderna e empreendedora. As iniciativas desenvolvidas vão no sentido de capacitar os cidadãos do mundo para que sejam detentores de conhecimento e se apresentarem como agentes inovadores e de mudança positiva. Nesta perspetiva está subjacente uma educação para o empreendedorismo que compreende todas as formas de aprendizagem, educação e formação que permitam o desenvolvimento de mentes, competências e comportamentos empreendedores, quer seja com um objetivo comercial ou não.

Ao refletir sobre as dinâmicas do empreendedorismo em instituições do ensino superior sobressaem os agentes principais: os professores, os alunos e os decisores da instituição. Em conformidade com as evidências e as ações empreendedoras em contexto do ensino superior podemos destacar um certo consenso sobre o facto dos professores serem empreendedores se tiverem alunos empreendedores e vice-versa. Mas também, se a instituição e os seus decisores estiverem abertos à promoção e desenvolvimento do empreendedorismo.

O professor do ensino superior enquanto formador das novas gerações de profissionais deve conduzi-las no sentido do desenvolvimento de uma mente empreendedora e no apoio e concretização de ações inovadoras que visem o profissionalismo, o emprego e a constante renovação do entusiasmo pela profissão e pela melhor preparação e atualização da carreira. Para isso, o professor do ensino superior tem de se apresentar com um perfil adequado, possuir um conhecimento do mundo da profissão e estar disponível para desenvolver as suas próprias competências empreendedoras, para assim poder viabilizar a promoção do desenvolvimento socioprofissional e do empreendedorismo no ensino superior. As competências do professor do ensino superior foram identificadas pelos próprios professores (Pessoais, Motivacionais, Atendimento aos alunos, Trabalho, metodologias Ativas, Resolução de Problemas, Interação, e Empreendedoras), agora é preciso identificar estratégias e realizar ações para viabilizar o seu desenvolvimento e solidificação. Pode ser um empreendimento ambicioso, mas, é sem dúvida meritório e contribui para a robustez da formação dos futuros profissionais.

REFERÊNCIAS

Balbinotti, M. C. (2003). A noção de maturidade vocacional na teoria de Donald Super. *Psicologia Reflexão e Crítica*,16, 461-473.

Bendassolli, P. F. (2009). Recomposição da relação sujeito-trabalho nos modelos emergentes de carreira. *RAE*. 49,387-400.

Bonito, J. & Trindade, V. (2008). Desenvolvimento profissional e formação de professores. In Callapez, P., Rocha, R., Marques, J., Cunha, L., e Dinis, P. (Eds.), *A Terra: conflitos e ordem*. (p.p.351-360), Coimbra: MMGUC, 2008. ISBN: 978-989-95994-0-6.

Comissão Europeia. (2014). *Educação para o empreendedorismo. Guia para educadores. Unidade: Empreendedorismo 202*0. Direção –Geral das Empresas e da Indústria. Bruxelas: Comissão Europeia-Bélgica,. ISBN 978-92-79-30921-2. doi:10.2769/81681.

Dias, M. (2010). Intervenção no Ensino Superior: promoção de competências com jovens adultos. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas,* 5, 2, 4-14.

Faria, M. (2012). Promoção do Empreendedorismo Feminino em Contexto de Ensino Superior. *Livro de Atas do VII Congresso Iberoamericano de Docência Universitária Ensino Superior - Inovação e qualidade na docência, Enseñanza Superior - Innovación y calid en la docência*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), Centro de Investigação e Intervenção Educativa (CIIE) e da Associação IberoAmericana de Didáctica Universitária (AIDU). Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. ISBN: 978-989-8471-05-5 ISBN 978–989–8471–06–2 Depósito Legal 347361/12

Gardner, H. (2007). *The five minds for the future*. Cambridge, MA: Harvard Business School Press, ISBN 978-1-59139-912-4, doi. org/10.1177/1475240907083229.

Gonçalves, J. A. (2000). *Ser professora do 1º. Ciclo. Uma carreira em análise*. Tese de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Gonçalves, J.A. (2009). Desenvolvimento profissional e carreira docente — Fases da carreira, currículo e supervisão. Sísifo/*Revista de Ciências da Educação*, 8, 23-36, ISSN 1646-4990. Consultado em 11 de dezembro de 2017, em http://sisifo.fpce.ul.pt

Hisrich, R. & Peters, M. (2002). *Entrepreneurship*. Boston, MA: Irwin/McGraw Hill.

Jesus, S. N. (2000). *Motivação e formação de professores*. Coimbra: Quarteto Editora.

Jesus, S. N., & Lens, W. (2005). An integrated model for the study of teacher motivation. *Applied Psychology: An International Review*, 54 (1), 119-134.

Lamas, M. (2015). Contributos de diferentes intervenientes no processo. Modelo de Formação de professores do Ensino Superior em Empreendedorismo. *Atas- Investigação Qualitativa em Ciências Sociais//Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales*, 3, 159-161, ISBN // 978-972-8914-55-4. Doi:10.2769/81681.

Mcclelland, D. (1961). *The achieving society*. Princeton, New Jersey: Van Nostrand.

Nunes, C. & Oliveira, D. (2017). Trabalho, carreira, desenvolvimento docente e mudança na prática educativa. *Educação e Pesquisa*, 43(1), 66-80 .https://dx.doi.org/10.1590/s1517-9702201604145487

Oliveira, M., Melo-Silva, L. & Coleta, M. (2012). Pressupostos teóricos de Super: Datados ou aplicáveis à Psicologia Vocacional contemporânea? *Revista Brasileira de Orientação Profissional,* 13,2, 223-234, Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_issues&pid=1679-3390&lng=pt&nrm=iso

Schaefer, R. & Minello,I. (2016). Educação Empreendedora: premissas, objetivos e metodologias. *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*, Rio de Janeiro,10,3, p.60-81, doi: http://dx.doi.org/10.12712/rpca.v10i3.816

Schön, D. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco, Jossey-Bass.

Silva, J. (1999). *Abrindo Janelas à Noção de Competência para a Construção de um Currículo Interdisciplinar- estudo preliminar*, Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, PUC.

Super, D. E. (1990). The life span, life space approach to career development. In: D. Brown & L. Brooks (Orgs.), *Career choice and development*, (2nd ed., pp.197-261). San Francisco: Jossey-Bass.

SESSÕES PARALELAS VIII

SIMPÓSIO
Moderador: Maria Cristina Faria

ENVELHECIMENTO: MINDFULNESS ALIADO À TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Helena Sardica
Instituto Politécnico de Beja
(helena.sardica@ipbeja.pt)

RESUMO

O envelhecimento humano é um processo inevitável e, como tal, implica um processo de transformação e de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social (Ortiz, Ballesteros, & Carrasco, 2006). A Organização Mundial da Saúde (2002) definiu o idoso saudável, em termos de funcionalidade, não em termos de incapacidade, e é nesse contexto de capacitação que propomos um envelhecimento ativo, baseado na ação. É muito importante enfatizar a funcionalidade como uma linha condutora nos modelos de intervenção para dependentes geriátricos, especialmente pessoas com demência, porque esta abordagem permite entender o planeamento social e de saúde, focando-se na pessoa, o que proporciona o desenvolvimento de equipas multidisciplinares. (Vikström et al, 2015; Martínez, 2014 cit in Hernández & Borrachina 2015)

Uma das intervenções que tem vindo a dar cartas junto da população idosa, é o Mindfulness. Embora haja alguma limitação quanto a intervenções baseadas no mindfulness em idosos, este tipo de prática tem vindo a consolidar-se como uma abordagem por si só ou aliada à terapia cognitivo-comportamental, por exemplo, para prevenir a recaída da depressão, os distúrbios de ansiedade e a dor física crónica (Smith, 2004). No geral, as evidências indicam que intervenções com base no mindfulness, têm efeitos benéficos quer a nível da saúde física e mental.

Palavras chave: Envelhecimento Ativo, Idoso, Intervenção, Mindfulness, Treino de Relaxamento

INTRODUÇÃO

A temática do envelhecimento e da velhice tem vindo a evidenciar-se cada vez mais na área de investigação científica, bem como da própria sociedade, devido ao aumento progressivo da população envelhecida. Esta tendência deve-se em parte ao aumento da longevidade, do declínio da fertilidade e ao envelhecimento das gerações do "baby boom". (Keller et al, 2014)

O desenvolvimento humano é um processo contínuo, que se inicia desde a conceção até a morte, e que vai sofrendo transformações de forma sequencial, onde cada estágio apresenta um determinado nível de maturidade.

O envelhecimento humano é um processo inevitável e, como tal, implica um processo de transformação e de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social (Ortiz, Ballesteros, & Carrasco, 2006). O envelhecimento cerebral caracteriza-se pela diminuição da velocidade de processamento cognitivo associado à perda neuronal e volume cerebral que é variável de indivíduo para indivíduo. A Organização Mundial de Saúde (2005) refere que no processo de envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas, como a aprendizagem e a memória diminuem, com a idade. No entanto, os avanços das neurociências mostraram evidências favoráveis à plasticidade neuronal (Oliva, Dias & Reis 2009 cit. in Pereira, 2012). O conceito de plasticidade cerebral "refere-se às alterações criativas produzidas no sistema nervoso como resultado da experiência, de lesões ou de processos degenerativos" e resulta, de novos arranjos, modificações e funcionamento das estruturas do sistema nervoso, em função das experiências vividas pelo sujeito. (Klautau, Winograd, & Bezerra, 2009 cit. in Pereira, 2012)

A Organização Mundial de Saúde (2002) adotou o termo envelhecimento ativo definindo-o como "um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas". Nessa altura ainda poucos reconheciam a importância que hoje universalmente se atribuiu ao envelhecimento. A expressão ativo, menciona à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais e civis, não só das pessoas saudáveis e fisicamente ativas, mas também daquelas que apresentam alguma doença ou sejam fisicamente incapacitados. Para a OMS o conceito de "saúde" refere-se ao bem-estar físico, mental e social. Assim, um quadro de envelhecimento ativo, implica políticas e programas que promovem a saúde mental e as conexões sociais, que são tão importantes como aqueles que melhoram o estado de saúde física. (WHO, 2002)

ENVELHECIMENTO E O MINDFULNESS

Devido aos avanços médicos que prolongaram o tempo de vida, o número de adultos com mais de 65 anos duplicará nos próximos 25 anos e adultos mais velhos representará aproximadamente 20% da população dos EUA até 2030 (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). Esta mudança demográfica exige maior ênfase na compreensão dos fatores relacionados à saúde e qualidade de vida em idosos. (Geiger et al., 2015)

A Organização Mundial da Saúde (2002) definiu o idoso saudável, em termos de funcionalidade, não em termos de incapacidade, e é nesse contexto de capacitação que propomos um envelhecimento ativo, baseado na ação. É muito importante enfatizar a funcionalidade como uma linha condutora nos modelos de intervenção para dependentes geriátricos, especialmente pessoas com demência, porque esta abordagem permite entender o planeamento social e de saúde, focando-se na pessoa, o que proporciona o desenvolvimento de equipas multidisciplinares. (Vikström et al, 2015; Martínez, 2014 cit in Hernández & Borrachina 2015)

Embora o envelhecimento geralmente produza melhorias no bem-estar emocional (Charles & Carstensen, 2010), quase 30% dos adultos idosos em lares de longa permanência apresentam sintomas depressivos (Seitz, Purandare, & Conn, 2010) e até 10% dos idosos residentes na comunidade apresentam ansiedade (Beekman et al., 1998). Os adultos mais velhos também estão sujeitos a doenças crónicas, incluindo acidente vascular cerebral, diabetes, doenças cardíacas, doenças respiratórias inferiores crónicas e doença de Alzheimer, que

demonstraram exacerbar ainda mais os sintomas psicológicos (por exemplo, Yohannes et al., 2000). Além disso, o envelhecimento normal está associado a declínios no funcionamento cognitivo, especialmente em velocidade de processamento e memória de trabalho (Persson et al., 2006; Tucker-Drob, 2011). Dada a prevalência de problemas de saúde mental, doenças crónicas e dificuldades cognitivas em idosos, uma das intervenções que tem vindo a dar cartas junto da população idosa, é o Mindfulness. (Smith, 2004)

Embora haja alguma limitação quanto a intervenções baseadas no mindfulness em idosos, pois também existem poucos estudos que correlacione os resultados do treino através do mindfulness, para adultos mais velhos, este tipo de prática tem vindo a consolidar-se como uma abordagem por si só ou aliada à terapia cognitivo-comportamental, por exemplo, para prevenir a recaída da depressão, os distúrbios de ansiedade e a dor física crónica. (Smith, 2004)

Kabat-Zinn (1990) define o mindfulness como uma forma específica de atenção, caracterizada pela concentração no momento atual, de forma intencional e sem a emissão de juízos. Concentrar-se no momento atual, significa estar em contato com o presente e não embrenhado em recordações ou ruminações sobre o passado ou em pensamentos / preocupações sobre o futuro. Atendendo a que as pessoas nos estados mentais comuns, funcionam frequentemente no modo que o autor designa por piloto automático, a prática de mindfulness tem o propósito de fazer com que a pessoa seja capaz de trazer a atenção, de forma sistemática, para o que se manifesta no campo atencional no momento presente. Ao ser intencional significa que o praticante escolhe estar inteiramente atento e esforça-se por atingir esse estado, o que contrasta com a tendência geral das pessoas para a desatenção ou automaticidade, ou para se perderem em julgamentos e reflexões que as alheiam do que as rodeia e as fazem vaguear pelo 'passado' ou 'futuro'. Para estar com a atenção focada no momento presente, os pensamentos, sentimentos, emoções e sensações são observados na forma como se apresentam, não sendo classificados como positivos ou negativos, certos ou errados, mas sim atentamente observados na forma como se manifestam. Estes acontecimentos alteram-se de momento para momento e são observados com curiosidade, ao invés de serem julgados ou avaliados (Kabat-Zinn, 2005).

Já os nossos ancestrais utilizavam práticas de meditação que produzissem o relaxamento profundo, por milhares de anos - para curar, estimular sentimentos positivos e cultivar estados emocionais positivos. O nosso estado emocional influência cada aspeto de quem somos.

O Mindfulness tornou-se uma abordagem generalizada para melhorar o sofrimento psicológico e manter o bem-estar emocional. Estudos recentes mostraram benefícios substanciais após intervenções baseadas em mindfulness, comparando grupos experimental e de controle para transtornos relacionados ao humor, ansiedade e stress (Hofmann et al., 2010; Khoury et al., 2013; Vollestad, Nielsen, & Nielsen, 2012; ; cit por Peters & Baer, 2017), e ensaios randomizados encontraram resultados promissores para uso indevido de substâncias e transtornos alimentares (Kristeller & Hallett, 1999;

Witkiewitz & Bowen, 2010; cit por Peters & Baer, 2017). Intervenções baseadas em mindfulness também demonstraram reduzir o stress e o comprometimento associados a problemas de saúde física, incluindo dor, cancro, artrite reumatóide e outras condições crónicas (Bohlmeijer et al., 2010; Grossman et al., 2004; cit por Peters & Baer, 2017). Além disso, alguns estudos sugerem que o treinamento da atenção plena (mindfulness) pode levar a melhorias em certos aspetos da atenção, memória e funções executivas (Chiesa, Calati, & Serretti, 2011; Jha, Krompinger & Baime, 2007; cit por Peters & Baer, 2017)

Em Portugal realizou-se um trabalho empírico de natureza não experimental correlacional, que abrangeu 214 alunos de 7 Universidades Seniores Portuguesas, com idades compreendidas entre os 51 e 86 anos através de conhecer o papel do sentido da vida e da atenção mindfulness na compreensão do bem estar e qualidade de vida destas pessoas, através do construto de bem estar subjetivo (BES) Os seniores que apresentam valores mais elevados neste tipo de atenção (mindfulness) são pessoas mais satisfeitas, mais afetuosas e que, igualmente, vivenciam mais presença de sentido na sua vida, pelo que tudo leva a crer que se conseguirmos elevar a presença de sentido na vida das pessoas e a atenção mindfulness estamos a melhorar o seu bem estar e a sua qualidade de vida. (Oliveira & Cruz, 2013)

CONCLUSÃO

Embora hajam estudos científicos que evidenciam os potenciais benefícios da prática do mindfulness, ainda não está bem clara a sua implementação, para que tenhamos uma prática significativa.

Até à data não existem muitas intervenções que permitam moderar o envelhecimento biológico e promover o envelhecimento bem sucedido, contudo verificou-se que através da Meditação Transcendental, que liga corpo e mente, os sujeitos que a praticaram, ao longo de cinco anos, revelaram menos (doze anos) de idade biológica do que os sujeitos dos grupos de controlo (Wallace et al., 1982, Alexander et al., 1989 cit por Lima, Oliveira & Godinho 2011).

Estudos revelam que a aplicação do mindfulness nos estágios ligeiros das doenças neuro-degenerativas sugere um efeito positivo nas habilidades cognitivas como atenção, memória, fluência verbal, capacidade de abstração, práxis, cálculo, etc. (Newberg, Wintering, Khalsa, Roggenkamp,& Waldman 2010; Wells et al, 2013 ;Quintana e Quintana, 2014 cit por Hernández & Borrachina 2015).

A perspetiva mindfulness convida-nos a estar no momento presente, a senti-lo, a respirar com ele sem que tentemos explicá-lo, mudá-lo ou vermo-nos livres dele. (Lima, Oliveira & Godinho 2011).

No geral, as evidências indicam que intervenções com base no mindfulness, têm efeitos benéficos quer a nível da saúde física e mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Geiger, P. J., Boggero, I. A., Brake, C. A., Caldera, C. A., Combs, H. L., Peters, J. R., & Baer, R. A. (2015). Mindfulness-Based Interventions for Older Adults: A Review of the Effects on Physical and Emotional Well-being. *Mindfulness*, 7(2), 296–307. doi:10.1007/s12671-015-0444-1

Lima, M. P., Oliveira, A. L., & Godinho, P. (2011). Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: Um estudo exploratório com treino em mindfulness. Revista Portuguesa de Pedagogia, 45(1), p. 165–183. Retrieved from http://98.130.112.242/index.php/rppedagogia/article/view/1299

Hernández, D. J. Q., & Barrachina, M. T. M. (2015). Mindfulness based stimulation for elderly people with Alzheimer's disease or other types of dementia. *Papeles Del Psicólogo*, 36(3), 207–215. Retrieved from https://paloaltou.idm.oclc.org/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2015-48466-006%5Cnhttp://domingoj.quintana@gmail.com

Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Delacorte.

Kabat-Zinn, J. (2005). Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness. New York: Hyperion.

Oliveira, A. L., & Cruz, A. C. (2013). O papel do sentido da vida e do mindfulness na compreensão do bem estar de alunos de Universidades Seniores. *Exedra Revista Científica ESEC*, (Número Temático), 61–78.

Ortiz, L. A., Ballesteros, J. C., & Carrasco, M. M. (2006). Psiquiatría Geriátrica (2a ed.). Barcelona: Elsevier. 3), 297-324.

Pereira, Z. (2012). Treino Cognitivo em Idosos sem Demência. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior de Saúde. Retrieved from https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8070/1/Treino Cognitivo em Idosos sem Demência.pdf

Peters, J. R., & Baer, R. A. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Older Adults: A Review of the Effects on Physical and Emotional Well-being. *Mindfulness*, 7(2), 296–307. https://doi.org/10.1007/s12671-015-0444-1.Mindfulness-Based

Smith, A. (2004). Clinical uses of mindfulness training for older people. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 32, 423-430

WHO. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. *The Aging Male*, 5(1), 1–37. https://doi.org/10.1080/713604647

Zellner Keller, B., Singh, N. N., & Winton, A. S. W. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Approach for Seniors (MBCAS): Program Development and Implementation. *Mindfulness*, 5(4), 453–459. https://doi.org/10.1007/s12671-013-0262-2

FLORECIMENTO EN PERSONAS MAYORES PRACTICANTES DE YOGA EN ESPAÑA Y PORTUGAL

Sandra Lozano
Observatório das Dinâmicas do Envelhecimiento no Alentejo,
Instituto Politécnico de Beja
(lozanosandra@gmail.com)

Maria Cristina Faria
Instituto Politécnico de Beja
(mcfaria@ipbeja.pt)

RESUMEN

Vivimos en una época en que el envejecimiento a nivel global es una realidad, el aumento en la expectativa de vida humana logra que en muchos casos la vida humana sobrepase los 100 años. Por tanto, existe una real preocupación para que las personas mayores tengan derecho a disfrutar de bienestar y calidad de vida, a nivel individual, familiar, social.

El presente estudio se encuadra en el ámbito de la psicología positiva que presenta como su principal objetivo la comprensión del bienestar (felicidad), aumentando la cantidad de florecimiento humano. En relación con el bienestar y el florecimiento, podemos encontrar las dimensiones de emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, significado y realización personal, como determinantes para alcanzar la felicidad.

Sería ideal que las personas mayores pudieran encontrar en sus vidas la felicidad y un florecimiento pleno.

Este trabajo de investigación exploró el florecimiento humano en un grupo de practicantes regulares de yoga compuesto por 15 personas mayores de 65 años, divididos en dos grupos, provenientes de España y Portugal.

Se trata de un estudio exploratorio de metodología cuantitativa y cualitativa. Los instrumentos utilizados fueron elegidos para permitir conocer el grado de florecimiento en los individuos participantes: la Escala de Florecimiento Humano, la Escala de Satisfacción con la Vida y una entrevista desarrollada para esta investigación.

Palabras clave: personas mayores practicantes de yoga; envejecimiento activo; florecimiento humano: satisfacción con la vida.

La expectativa de vida más larga, junto con una disminución significativa en las tasas de fertilidad es una de las causas del rápido envejecimiento de las poblaciones de todo el mundo. Por lo tanto, es necesario crear de forma urgente una acción pública integral en relación al envejecimiento de la población (OMS, 2015). Esto requiere cambios importantes, no sólo en lo que hacemos, sino en la forma en que pensamos el envejecimiento de la población y la forma en que promovemos un envejecimiento saludable.

En el campo de la Gerontología Social y Comunitaria y en la situación demográfica actual de Europa con el envejecimiento de su población, se hace necesario desarrollar políticas publicas que permitan el pleno gozo de las personas mayores a sus derechos personales y sociales. De acuerdo con Fonseca, la posibilidad de un envejecimiento exitoso se da valorando los aspectos psicológicos y sociales, (Fonseca, 2005).

Relacionado a los aspectos psicológicos del envejecimiento, este estudio se centro en el enfoque de la Psicología Positiva cuyo propósito es elevar el nivel de la condición humana, nos lleva al concepto de bienestar subjetivo, de felicidad y de florecimiento humano como metas a alcanzar para hacer de nuestra relación con el mundo una simbiosis exitosa. El concepto del florecimiento humano, nos permite analizar lo que nos lleva a cultivar talentos, establecer relaciones sólidas y duraderas con los demás, sentir placer y contribuir significativamente al mundo. Esto es, lo que nos permite crecer como personas (Seligman, 2012).

El hecho de ser practicante de yoga, definió la caracterización de la muestra. Formada por practicantes regulares, comprometidos, con tiempo de práctica de más de 1 año, mayores de 65 años. Es de conocimiento general, los beneficios que una práctica de yoga, trae a nivel del cuerpo físico y a nivel de la mente. Mediante técnicas de posturas físicas, respiración, relajación y meditación, permite adquirir una mayor conciencia de sí mismo y de los demás. Dentro de la filosofía del yoga, Santosha o contentamiento, significa estar feliz con lo que

tiene, disfrutando la vida en el momento presente, sin querer nada más. El estado de contentamiento o Santosha significa mantener un estado permanente de satisfacción y realización en la vida. (Niranjanananda Saraswati, 1993).

GERONTOLOGÍA SOCIAL Y COMUNITARIA

En términos generales definimos la gerontología como el estudio de los procesos y situaciones del envejecimiento en todos los aspectos: biológico, psicológico, social. Cada aspecto del envejecimiento tiene su área de estudio, formación e investigación especializada. Del mismo concepto de gerontología surge su naturaleza multidisciplinar y multifocal, los profesionales de diversas áreas del conocimiento pueden formar parte del campo de la gerontología. Particularmente este estudio se realizó sobre las directrices la gerontología social.

La gerontología social es una ciencia multidisciplinar, cuyo objetivo es el estudio de todos los aspectos psicológicos, socio-económicos y culturales que influyen en el proceso de envejecimiento. Se dedica especialmente al impacto de las condiciones socioculturales y ambientales en el proceso de envejecimiento y en las consecuencias sociales de este proceso, así como en las acciones sociales que pueden interponerse para mejorar los procesos de envejecimiento en todos sus componentes: (1) Envejecimiento sicológico: los cambios cognitivos, afectivos y comportamentales vinculados al envejecimiento. (2) Envejecimiento social: los cambios en los papeles, funciones e interacciones sociales ligadas al envejecimiento.

Envejecimiento exitoso

Se denomina envejecimiento exitoso cuando las personas mayores se adaptan satisfactoriamente a las situaciones de cambio, derivadas del proceso natural de envejecimiento. Se basa en el concepto, entre otros, de "bienestar subjetivo", entendido como el grado de satisfacción de las personas cuando hacen una evaluación o juicio global de sus vidas (García, 2007). Existen otros aspectos que abarcan el concepto de envejecimiento exitoso: envejecimiento activo, envejecimiento productivo, emprendedores sénior, solidaridad entre generaciones, etc. Conceptos orientados a aumentar, mejorar y mantener la calidad de vida de los mayores.

La visión actual de la gerontología social, evidencia y destaca los aspectos asociados al bienestar emocional en la vejez. Así, actualmente se mantiene un énfasis en el concepto de envejecimiento activo, lo que promueve la adopción de comportamientos y actividades físicas y cognitivas (Diener & Chan, 2011).

El florecimiento humano en el envejecimiento

La psicología positiva puede definirse como el estudio de los procesos y condiciones que contribuyen para el florecimiento y funcionamiento optimo de los individuos, grupos e instituciones (Gable & Haidt, 2005). El surgimiento de la psicología positiva logró dar una visión diferente a la psicología, antes inclinada a destacar los aspectos patológicos de la personalidad. Seligman y Peterson (2004), entre otros investigadores, propusieron un modelo de fuerzas asociadas al bienestar y al desarrollo del potencial humano.

A partir de estos cambios, comienzan a promoverse estudios que busquen las dimensiones positivas del envejecimiento. Surgiendo una convergencia entre la psicología positiva que estudia los puntos fuertes de la personalidad, la psicogerontología que estudia y trata la salud psicológica de los mayores y la gerontología social que promueven los aspectos vinculados al envejecimiento exitoso.

El florecimiento es una de las formas de definir el bienestar, se manifiesta cuando la persona se siente y funciona bien. Ha sido tema de estudio de diversas investigaciones, existiendo diversas teorías del florecimiento, para estudio en particular se tuvo en cuenta el enfoque de la teoría del bienestar o modelo PERMA de Martin Seligman, en particular sobre los aspectos de florecimiento y satisfacción con la vida.

En un nuevo enfoque de la psicología a través de la llamada Psicología Positiva, Seligman (2002) consideró que si el objetivo a conseguir era la felicidad, ésta podía ser evaluada a través de la satisfacción con la vida. En el libro "La vida que florece", propone una nueva comprensión de la felicidad y el bienestar, siendo ahora el objetivo de la psicología positiva aumentar la cantidad de florecimiento en la vida de los humanos y del planeta. (Faria, 2018). Analizando este florecimiento mediante aspectos tales como: las emociones positivas, compromiso, el significado, las relaciones positivas y la realización personal o satisfacción con la vida o Modelo PERMA.

La satisfacción con la vida se define como una evaluación global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ella alcanzó, sus conquistas, lo que esperaba obtener, sus expectativas. (Diener y otros, 1985; Pavot, Diener, Colvin y Sandvik, 1991). Siendo así, la satisfacción con la vida sería fundamental en personas mayores que ya pasaron por diferentes fases de sus vidas.

La Práctica del Yoga como Promotora de Florecimiento y Bienestar en el envejecimiento

La palabra yoga significa "unidad" y deriva de la palabra sánscrita "yuj" que significa "unir". El propósito básico podría ser resumido como la conexión y relación de la conciencia individual con la conciencia universal, o unión de cuerpo y mente, permitiendo que se armonicen con las leyes de la naturaleza.

La práctica regular de yoga es un aspecto importante para mantener un envejecimiento saludable, ya que permite que el cuerpo y la mente recuperen el equilibrio, combaten el estrés, mantienen el cuerpo flexible y en buenas condiciones físicas, permite experimentar cambios sutiles en la mente y por lo tanto en el enfoque a la vida, como tal, está diseñada para ser incorporada a la vida diaria. En un nivel más práctico, el yoga significa un método para equilibrar y armonizar el cuerpo, la mente y las emociones. Este equilibrio se alcanza a través de las prácticas de asanas (posturas físicas), pranayamas (prácticas de respiración), shatkarmas (limpieza del cuerpo) y diferentes tipos de prácticas de meditación. (Satyananda, 1969)

Los beneficios del yoga son múltiples: las asanas aumentan la flexibilidad y fortalecen el cuerpo; los ejercicios de pranayama desarrollan la capacidad respiratoria mientras ayudan a mantener un estado de estabilidad emocional y energética; las técnicas de meditación calman la mente y buscan la armonía interior y aumentar los niveles de conciencia.

Además de los beneficios ya mencionados ya medida que la práctica se vuelve frecuente, el individuo gana una conciencia y una perspectiva diferentes de sí mismo y de los demás. (Satyananda, 1983)

Trabajos científicos demostraron que el yoga puede mejorar el bienestar en personas saludables y traer beneficios para los pacientes. Sin embargo, los mecanismos de cómo el yoga puede afectar positivamente al sistema mente-cuerpo son todavía desconocidos. A nivel

genético, las prácticas relacionadas con el yoga resultan en cambios rápidos de la expresión genética, que pueden ser la base para sus efectos biológicos y de salud a un nivel más elevado. (Qu, et al., 2013)

Se examinaron los efectos del yoga en el humor en pacientes psiquiátricos, los participantes completaron el Perfil de Estados de Humor (POMS) antes y después de la participación en una clase de yoga. Los participantes reportaron una mejoría significativo en los cinco factores negativos de emoción en el POMS: tensión-ansiedad, depresión-desánimo, ira- hostilidad, cansancio-inercia y confusión-perplejidad. Los resultados sugieren que el yoga se asoció con un mejor humor. (Lavey et al., 2005)

Metodología

Esta investigación se realizó una metodología de tipo exploratorio, de análisis cualitativo y cuantitativo. El objetivo general era: Conocer el grado de florecimiento humano en un grupo de personas mayores, practicantes de yoga.

Y los objetivos específicos, además de los vinculados directamente con los aspectos del florecimiento humano (emociones positivas y satisfacción con la vida): promover elbienestar en personas mayores de 65 años, a través de las necesidades identificadas.

Participantes

El presente estudio se realizó a partir de los datos recogidos en una muestra por conveniencia, formada por 15 participantes mayores de 65 años, no institucionalizados, practicantes de yoga, que asistan a clases de yoga regularmente, tiempo de práctica 1 año más. El yoga fue definido como el eje que caracterizaría esta muestra por conveniencia. La muestra de estudio estaba formada por 80% de mujeres y 20% de hombres, edad promedio: 70,7 años, desviación estándar: 5,83. La escolaridad estaba representada en 50% con curso superior universitario, 30% nivel técnico, 20% cursos de nivel medio.

Instrumentos

Teniendo como base el florecimiento humano, se definieron los siguientes tres instrumentos para la recolección de datos. 1. Escala de florecimiento (Diener, 2010). 2. Escala de satisfacción con la vida (Diener, 1985, revisión 1993). 3. Una entrevista semiestructuradas construida para esta investigación. Los datos obtenidos en relación en esta investigación fueron tratados de manera confidencial.

La escala de florecimiento (FS)

La escala de florecimiento es una escala de autoevaluación, compuesta por ocho elementos, con formato de respuesta en escala tipo Likert de siete puntos, que varía de 1 (en desacuerdo totalmente) a 7 (totalmente de acuerdo). Proporciona un resultado total puede variar entre 8 (fuerte desacuerdo con todos los elementos) y 56 (fuerte concordancia con todos los elementos). Presenta buenas propiedades psicométricas con un α de Cronbach de 0,87. Evalúa los aspectos del funcionamiento humano, como las relaciones interpersonales positivas, autoestima, significado y propósito en la vida y optimismo. La escala de florecimiento demuestra una fuerte asociación con otras escalas de bienestar, como la escala de satisfacción con la vida. (Diener et al., 1985). Fueron usadas la versión en portugués y en español de la Escala del Florecimiento (The Flourish Scale) disponibilizada por el autor. La escala de la florecimiento fue validado para la población portuguesa por Silva y Caetano (2013) revela valores de consistencia interna de 0,83 y 0,78 en las dos muestras analizadas (Smith & Caetano, 2013). Para la población hispana fue validada por Cassaretto y Martínez (2017) con valores de consistencia interna de 0,89 en las dos muestras estudiadas (Cassaretto & Martínez, 2017).).

La Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

La Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS, 1985, revisión 1993) de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; se compone de cinco elementos, con formato de respuesta tipo Likert de siete puntos. Puede variar entre 1 (desacuerdo totalmente) y 7 (totalmente de acuerdo). La medición de los ítems permite obtener una puntuación que varía de 5 (menor grado de satisfacción con la vida) hasta 35 puntos (mayor grado de satisfacción con la vida). En el estudio original de Diener, la escala reveló consistencia interna, con un α de Cronbach de 0,87. La SWLS se recomienda como complemento a escalas que se enfocan en la psicopatología o en el bienestar emocional, porque permite una autoevaluación consciente del individuo de forma global sobre su vida, usando los propios criterios de la persona. (Pavot et al., 1993). Fueron usadas la versión en portugués y en español de la Escala de Satisfaccion con la Vida (SWLS) disponibilizadas por el autor.

Esta escala ha sido validada para Portugal por Neto, Barros y Barros (1990), por Simões (1992) y Orange (2009) con el alfa de Cronbach 0,89. En cuanto a España, la SWLS fue validada en un estudio realizado en adultos por Vázquez, Duque y Hervas (2012), coeficiente alfa de Cronbach de 0,88.

Entrevista semiestructurada

Entrevista semiestructurada construida para esta investigación, con aplicación de un cuestionario, constituido por 5 partes. La primera dimensión proporcionó los datos necesarios para caracterizar a los participantes, dentro del grupo demográfico. Las siguientes dimensiones, eran preguntas guías con el propósito de recoger las informaciones sobre el propósito del estudio.

Procedimiento

La recolección de la información se hizo mediante una encuesta por entrevista a través de un conjunto de preguntas organizadas en el guión de entrevista. Y la encuesta por cuestionario por el uso de las escalas de florecimiento (ES), y de satisfacción con la vida (ESV), descritas anteriormente. La recolección de datos se llevo a cabo entre los meses en enero - abril de 2019. En el municipio de Beja (Portugal) y en las ciudades de Madrid - Alcalá de Henares – Tres Cantos (España). Para la aplicación del cuestionario y la entrevista, los sujetos fueron informados sobre el tema de la investigación y los objetivos que se querían alcanzar con esta investigación. Garantizando la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes. El tiempo de llenado de los cuestionarios fue de aproximadamente 20 minutos y la entrevista 20 minutos.

Discusión

Este estudio se realizó a partir de los datos recogidos en una muestra por conveniencia, formada por 15 participantes mayores de 65 años, no institucionalizados, que asistían regularmente a clases de yoga, tiempo de práctica: 1 año o más.

Para la discusión de los resultados obtenidos, se tuvo en cuenta la importancia y relevancia de los estudios desarrollados en el área de gerontología social, envejecimiento, envejecimiento saludable y la importancia de la práctica de yoga en adultos mayores. Es importante destacar la importancia de la visión multicultural de los sujetos de este estudio, ya que la muestra estaba formada por personas de España y Portugal.

El florecimiento en las personas mayores depende de la presencia de estos cinco elementos en la vida, es decir, resulta de una vida agradable, con significado, con satisfacción con la vida, emociones y relaciones positivas, y optimismo. Los puntos convergentes que se encontraron en este trabajo de investigación se relacionan directamente con las dimensiones principales donde los participantes exponen sus percepciones sobre la felicidad, el florecimiento humano, la satisfacción con la vida y un envejecimiento exitoso (Figura 1).

Figura 1: Dimensiones del florecimiento en personas mayores

Los participantes relatan sobre los aspectos relacionados con el florecimiento humano y la satisfacción con la vida que han tenido un cambio positivo después de comenzar a practicar yoga. Esto se ha visto reflejado tanto en las emociones positivas, relaciones personales positivas y la actitud en la vida cotidiana. Las emociones negativas se ven de manera más consciente, por lo tanto son más moderadas. La capacidad de auto observarse genera un autocontrol de la personalidad y de respuesta frente a las situaciones de la vida. Las relaciones interpersonales han variado en forma positiva por la forma en que se percibe a los otros, y el pertenecer a un nuevo grupo social de los practicantes de yoga. Las relaciones familiares también se han visto dirigido hacia los afectos positivos. Aumento de motivación hacia relaciones interpersonales positivas, afectivas y saludables.

En la Tabla 1 podemos observar cómo se posicionan los participantes frente a las percepciones sobre el florecimiento en personas mayores practicantes de yoga. Se presenta un listado de percepciones relativas a las dos dimensiones florecimiento y satisfacción con la vida. Podemos decir que: (1) mejora la satisfacción cuando mejora la salud por la práctica del yoga; y (2) que a esta edad la familia es una fuente de satisfacción con la vida. Lo que está de acuerdo con los estudios presentados. En cuanto a la florecimiento, los participantes consideran que desempeña un papel crucial en el desarrollo humano en esta fase de la vida y que es importante para alcanzar el bienestar es un envejecimiento exitoso.

Tabla 1: Listado de las percepciones sobre el florecimiento en personas mayores practicantes de yoga

Dimensiones	Lista Principales percepciones
Florecimiento (emociones y relaciones positivas, propósito de vida, optimismo)	• Sentimientos de optimismo frente a la vida • Respuesta moderada a sentimientos negativos • Capacidad de auto-observación • Relaciones interpersonales positivas con la familia y con de grupo • Afectos y emociones positivas • Motivación relaciones positivas y afectivas

Satisfacción con la vida	• Deber cumplido con la familia • Mejora la satisfacción cuando mejora la salud por la práctica del yoga

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 39, 247-266.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*,49, 71-75.

Faria, M. C. (2018). Florescimento Bem-Estar e Envelhecimento Saudavel. *Actas 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA – Instituto Universitário.

Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores. 242 pp.

Gable, Shelly & Haidt, Jonathan. (2005). What (and Why) Is Positive Psychology?. *Review of General Psychology*. 9. 10.1037/1089-2680.9.2.103.

García B. (2007). Bienestar subjetivo y felicidad en la vejez. En: S. Ballesteros (Ed.) *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Madrid: Universitas, p. 273-308.

Laranjeira, C. A. (2009). Preliminary validation study of the Portuguese version of satisfaction with life scale. *Psychology, Health & Medicine*, 14, 220-226. doi: 10.1080/13548500802459900

Lavey, R., Sherman, T., Mueser, K. T., Osborne, D. D., Currier, M., & Wolfe, R. (2005). The Effects of Yoga on Mood in Psychiatric Inpatients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 399-402. http://dx.doi.org/10.2975/28.2005.399.402

Niranjananda, S. (1993). *Yoga Darshan*. Bihar School of Yoga, Bihar, Índia, pp. 132-133.

Pavot, W. G., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149-161.

Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.

Pavot, W., Diener, E. D., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-161.

Seligman, M. E., Rashid, T. & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774–788.

Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410– 421.

Satyananda, S. (1969). *Asana Pranayama Mudra Bhanda. Bihar School of Yoga*, Bihar, Índia pp. 15.

Satyananda, S. (1974). *Meditações dos Tantras. Bihar School of Yoga*, Bihar, Índia.

Vázquez, C., Duque, A. & Hervas, G. (2012). *Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos: Validación y datos normativos*. Department of Clinical Psychology, Complutense University of Madrid.

Qu, S. & Olafsrud, S. & Meza-Zepeda, L. & Saatcioglu, F. (2013). *Rapid Gene Expression Changes in Peripheral Blood Lymphocytes upon Practice of a Comprehensive Yoga Program*. PloS one. 8. e61910. 10.1371/journal.pone.0061910.

VISÕES DO ENVELHECIMENTO EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Maria Cristina Faria
Instituto Politécnico de Beja
Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo
(mcfaria@ipbeja.pt)

Ana Isabel Fernandes
Instituto Politécnico de Beja
Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo,
(afernandes@ipbeja.pt)

RESUMO

No apoio ao processo de envelhecimento das pessoas mais velhas ao nível da sua saúde e do bem estar, observamos que os profissionais envolvidos têm um papel determinante na boa condução da resolução dos problemas e apoio às necessidades evidenciadas por este grupo populacional. Importa conhecer a visão dos futuros profissionais sobre os idosos nestas circunstâncias. Este estudo teve como principal objetivo conhecer as visões dos futuros profissionais de serviço social e enfermagem sobre as pessoas mais velhas de modo a identificar as suas representações e perceções sobre a velhice. Os participantes do estudo foram treze estudantes (Mulheres=7; Homens=6), do 1º ao 4º ano, solteiros, com idade compreendida entre os 18 e os 34 anos. Os participantes têm contacto com pessoas mais velhas com idades compreendidas entre os 80 e os 105 anos. A amostragem foi não probabilística do tipo bola de neve. Para a recolha de dados utilizou se a Técnica do *Focus Group*. Foi criado um Guião em sete vertentes: imagens positivas e negativas das pessoas mais velhas; contacto/convívio com pessoas mais velhas; idoso; envelhecimento; ganhos e perdas do envelhecimento; trabalho do profissional de serviço social junto dos mais velhos da sociedade; e necessidades de formação sobre gerontologia. A análise dos resultados evidenciou que os futuros profissionais

revelam uma compreensão diferenciada sobre o envelhecimento bem e mal sucedido. Sugeriram orientações formativas ao longo dos respectivos cursos que permitam aos futuros profissionais uma prática mais qualificada de promoção da qualidade de vida dos idosos.

Palavras chave: estudantes do ensino superior; representações sociais; percepções; envelhecimento; sociedade envelhecida.

INTRODUÇÃO

As representações sociais sobre o fenómeno do envelhecimento têm surgido no âmbito da investigação científica, associadas, em muitos casos, a uma dimensão mais negativa, relacionando esta etapa da vida com uma série de estereótipos e efeitos alicerçados na ocorrência de doenças, ou de problemas sociais, como o isolamento físico e relacional. No entanto, é possível verificar uma tentativa de distanciamento desta perspetiva, nomeadamente através de investigações realizadas a partir do ano 2000, nas quais o enfoque se centra também na própria discussão sobre estes estereótipos e sobre a representação das pessoas mais velhas na sociedade. (Schulze, 2018). Assim, o estudo das representações sociais, nas suas múltiplas dimensões, torna-se essencial para o alargamento dos vários prismas que constituem, atualmente, o universo de ideias do que significa para cada um de nós "o envelhecimento". Importa, deste modo, realçar a heterogeneidade presente nesta categoria populacional, que se caracteriza muitas vezes por cenários de vivências desiguais, que podem contribuir para a construção de representações sociais muito diferenciadas do envelhecimento. Estes são, portanto, posicionamentos sobre o papel do próprio envelhecimento no processo de desenvolvimento humano: o paradigma tradicional, que tende a associá-lo à perda e declínio físico e cognitivo, e o paradigma contemporâneo que procura centrar-se nos aspetos positivos desta etapa, enfatizando conceitos como envelhecimento ativo, produtivo ou bem – sucedido.

Nesta linha de pensamento, importa realçar o impacto que as próprias representações sociais, podem ter na auto - perceção das pessoas idosas. Estas representações, mais ou menos negativas, são adquiridas na infância, e portanto muito antes do próprio adquirir o estatuto de idoso. Constatou-se que quanto mais positivas se revelaram as representações socais, melhor se revelou a auto – perceção das pessoas mais velhas, associando-se inclusive ao desejo de viver e sobrevida dos idosos. (Levy et al, 2002 cit. Schulze , 2018).

Ao considerar os profissionais envolvidos no processo de envelhecimento observamos que estes têm um papel determinante na boa condução da resolução dos problemas, pelo que importa conhecer a sua visão sobre os idosos nestas circunstâncias. Neste sentido é preciso desde cedo compreender quais são as representações e as necessidades formativas de quem abraça uma profissão que pelas circunstâncias contemporâneas será implicado em planos e práticas de intervenção com pessoas idosas. Este estudo teve como principal objetivo conhecer as perspetivas dos futuros profissionais de serviço social e de enfermagem sobre as pessoas mais velhas e consequentemente identificar as suas representações sociais sobre a velhice e as necessidades formativas para trabalhar com este grupo alvo. Assim, pretendemos, num segundo momento apresentar orientações formativas que permitam aos estudantes uma melhor compreensão do envelhecimento e da atuação com este grupo etário em crescimento, permitindo uma prática que seja veículo de promoção da qualidade de vida dos idosos na comunidade.

ENVELHECIMENTO

Na sociedade de hoje as pessoas podem esperar viver para além dos 60 anos o que implica organizar e reinventar as políticas sociais e de saúde, os sistemas e serviços de saúde, os orçamentos e a formação de todos os profissionais que se encontram de alguma forma ligados à problemática do envelhecimento. De acordo com a Diretora-Geral da OMS, Margaret Chan (OMS, 2015) muitas das evidências encontradas no Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) remetem para o fato de que as percepções e suposições comuns sobre as pessoas mais velhas são baseadas em estereótipos ultrapassados. A perda das aptidões ou capacidades surge no senso comum associada ao envelhecimento, mas, efetivamente, encontra-se apenas e de algum modo relacionada com a idade cronológica. A Diretora-geral da OMS (2015) adianta que não existe um idoso "típico" e que é preciso olhar para o ciclo de vida para se entender cada processo de envelhecimento. Por isso, a idade avançada e alguns problemas de saúde não implicam necessariamente dependência. Apesar dos adultos maiores considerarem a manutenção da aptidão funcional como determinante o envelhecimento saudável vai para além da ausência de doença.

A idade avançada envolve de forma um conjunto de mudanças a que o indivíduo se tem de adaptar. Ao nível biológico o envelhecimento encontra-se relacionado à acumulação de danos moleculares e celulares que com o tempo diminuem as reservas fisiológicas aumentando o risco de contrair uma doença ou várias, contribuindo para o declínio geral da pessoa. Mas, é preciso compreender que estas mudanças são de forma vaga associadas à idade cronológica (OMS, 2015). Ao nível social surgem mudanças ligadas aos papéis e posições sociais, implicados de certa forma pela reforma, e as perdas das relações próximas. Progressivamente os adultos mais velhos selecionam e procuram diminuir as metas e as atividades a realizar, que em contrapartida ganham no seu significado. Otimizar as capacidades existentes passa a ser o lema, através de práticas e de novas tecnologias compensam-se as perdas de aptidões que podem ser vivenciadas através da reinvenção da realização de tarefas do quotidiano. Por outro lado, nesta idade avançada, observa-se também que os objetivos, as prioridades motivacionais e as preferências surgem como alvo de mudança. Assim, podemos constatar que as mudanças orientam para uma adaptação à perda e evidenciam o desenvolvimento psicológico contínuo nesta idade, proporcionando o exercício de novos papéis, pontos de vista e ambientes sociais.

Segundo Neri (2006) o psicólogo alemão Paul B. Baltes (1939-2006), autor do MODELO SOC (Selective Optimization with Compensation) ou Otimização Seletiva com Compensação, definiu desenvolvimento como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças orquestradas por influências genético-biológicas e socioculturais de natureza normativa e não-normativa, marcado por ganhos e perdas concorrentes e por interatividade indivíduo-cultura e entre os níveis e tempos das influências. Neste sentido, considera-se que o desenvolvimento e o envelhecimento bem sucedidos baseiam-se em três ações consertadas: (1) seleção de metas, (2) otimização dos meios para atingir essas metas; e (3) procura de compensações quando os meios disponíveis para atingir as metas estiverem ausentes (Neri, 2006). De acordo com Fonseca (2010) a mais valia do trabalho de Paul Bates deve-se ao fato de ele considerar o recurso a mecanismos de "seleção-otimização- compensação" como uma forma de explicar a forma como decorre com sucesso a orquestração da vida humana. Constituindo-se esta abordagem como um modelo de adaptação suscetível de ser aplicado a diversos domínios do

funcionamento humano (performance física, relações sociais, actividade cognitiva etc.), em especial, a partir da meia idade e durante a velhice. Os traços positivos de desenvolvimento, podem ser visíveis nos indivíduos cujo processo de envelhecimento corresponde a um "envelhecimento bem sucedido" (Baltes e Carstensen,1996; cit. Fonseca, 2010).

Podemos distinguir-se três aspectos do bem-estar subjetivo: bem-estar avaliativo (ou satisfação da vida), bem-estar hedónico (sentimentos de felicidade, tristeza, raiva, stresse e dor) e bem-estar eudemónico (senso de propósito e significado na vida) (Steptoe, Deaton & Stone, 2015). De acordo com os autores, existe uma articulação entre a saúde e o bem-estar e a idade, isto é, a idade avançada pode ser um período de bem-estar subjetivo maior. Este fato pode ser explicado através das mudanças psicossociais. Os estudos mostraram que existe uma associação entre o bem-estar e a sobrevivência em idades mais avançadas evidenciando o papel protetor de alto bem-estar na manutenção da saúde, pelo que, o bem-estar das pessoas idosas é um objetivo importante para a política económica e de saúde. (Steptoe, Deaton & Stone, 2015). Estas constatações levam-nos para uma abordagem da velhice para além da idade, possibilitando uma visão sistémica do envelhecimento e da pessoa idosa.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO

Na abordagem das representações sociais observamos a articulação do plano cognitivo com os planos avaliativo, motivacional, emocional e social. Assim, de acordo com Jodelet (1989,36) a representação social pode ser definida como "Uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social." Mas, como refere Moscovici no seu prefácio ao livro de Denise Jodelet (1989) "Folies et représentations sociales", a propósito dos fatos de cultura e da sociedade, talvez tudo seja mais profundo, se inquerirmos e verificarmos em que medida as representações penetram no quadro das experiências objetivas, moldam os comportamentos e relacionamentos e assim determinam a forma de atuação dos humanos e consequentemente a sua vida pessoal e social, sem que muitas vezes se tenham consciência disso. Nos últimos tempos a sociedade têm-se questionado sobre até que ponto os idosos desempenham um papel importante na sociedade. Em várias culturas eles são os pilares na qual esta assenta, não só pela sua experiência, sabedoria, mas, também pelo seu discernimento e perspetiva visionária. Mas até que ponto é dada a oportunidade de desempenhar um papel social?

A compreensão do mundo e a forma como os grupos constroem, comunicam e partilham os seus conhecimentos, conceitos, informações e explicações sobre os fatos da vida quotidiana remete-nos para a teoria das representações sociais proposta por Moscovici (1978). O estudo sobre as representações sociais remete-nos para a dificuldade da definição deste constructo. Por conseguinte, surgem uma variedade de definições e pluralidade de perspetivas de estudo sobre este fenómeno psicossocial de acordo com a focagem no processo ou no produto. Segundo Moscovici (1961; cit.

Wachelke, & Camargo, 2007,381), a representação social é "uma forma de conhecimento que visa transformar o que é estranho em familiar, por meio da agregação da novidade a estruturas de conhecimento já existentes e dotadas de certa estabilidade". Podemos destacar outras definições de representação social que foram surgindo até aos nossos dias (Wachelke & Camargo, 2007) que a explicam como:

- uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que apresenta um objetivo prático, e que assim contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (Jodelet ; 2001;cit. Wachelke & Camargo, 2007);
- um conteúdo e um processo em simultâneo: (1) um conteúdo mental estruturado (cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico) sobre um fenómeno social significativo, que toma a forma de imagens ou metáforas, e que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social; e (2) um processo público de criação, elaboração, difusão e mudança do conhecimento compartilhado (Wagner, 1998; cit. Wachelke & Camargo, 2007).
- um conjunto de princípios que são geradores de tomadas de posição ligadas a inserções específicas que se encontram dentro de um conjunto de relações sociais, e que organizam os processos simbólicos que intervêm nessas relações" (Doise,1985; cit. Wachelke & Camargo, 2007).
- um processo de representar que resulta das teorias do senso comum, elaboradas e partilhadas socialmente (Wagner, 1998; cit. Wachelke & Camargo, 2007), ligadas a inserções específicas dentro de um conjunto de relações sociais, a grupos sociais, que têm por funções explicar aspectos relevantes da realidade, definir a identidade grupal, orientar práticas sociais e justificar ações e tomadas de posição depois que elas são realizadas (Abric, 1998; cit. Wachelke & Camargo, 2007).

No curso de vida do desenvolvimento humano podemos observar uma mudança adaptativa e a procura de um equilíbrio entre os ganhos e as perdas, associando-se habitualmente ao envelhecimento um incremento de perdas. Nos estudos que têm como objetivo a compreensão das pessoas sobre a ancianidade podemos encontrar duas abordagens deste período de vida (Baltes, 1987; 1995; Magnabosco-Martins; Vizeu-Camargo; Biasus, 2009), por certo, uma mais positiva que a outra: (1) o envelhecimento é uma fase de declínio associada às perdas físicas e sociais e por vezes encontra-se relacionado com o binómio "saúde- doença" (experiências negativas); e (2) a velhice é compreendida em função da longevidade, experiência adquirida, vivência da velhice com saúde e autonomia (experiências positivas).

De acordo com Baltes (1995) não podemos ignorar as questões associadas com a parte final da vida (finitude, afastamento e morte), contudo, para além das limitações temos de considerar em paralelo o potencial do envelhecimento. Estudos sobre a representação sociais da velhice evidenciaram que as pessoas mais novas representaram a velhice com características negativas, têm até medo da velhice, ao percebê-la como momento de perdas afetivas e sociais e de uma inutilidade para a sociedade, marcada pela aproximação da morte; por outro lado, as pessoas mais velhas consideraram que chegar à velhice é um triunfo, que as transformações corporais podem ser vividas sem revolta, na medida em que são frutos de sua história, na qual a reforma é definida como uma recompensa aos muitos anos de trabalho, remetendo assim, para um grupo de idosos mais velhos em relação a estes as características negativas de velhice.

Método

O estudo realizado enquadra-se na definição de um estudo exploratório do tipo qualitativo e quantitativo, assente no procedimento de estudo de caso.

Participantes

Dado que se pretendia obter informação e conhecer uma determinada situação, que implica fatos específicos e não uma representatividade do universo da população (Marsiglia, s/d), a amostra foi recolhida por conveniência com recurso a métodos não probabilísticos tipos bola-de-neve. O total dos participantes foi de treze participantes estudantes do ensino superior das licenciaturas em Enfermagem (LE) e licenciatura em Serviço Social (LSS). Os participantes de licenciatura em Enfermagem foram sete estudantes (Mulheres=3; Homens=4), dois do 1º, 2º e 3º ano respectivamente, e um estudante do 4º ano, solteiros, com idade compreendida entre os 19 e 23 anos (média=24,14 anos; dp=5,53), têm contacto com idosos entre os 80 e 105 anos. Os participantes de licenciatura em Serviço Social foram seis estudantes (Mulheres=4; Homens=2) dois do 1º, 2º e 3º ano respetivamente, cinco solteiros e um casado, com idade compreendida entre os 18 e 34 anos (média=21,33 anos; dp=2,49) que têm contacto com idosos entre os 60 e 104 anos, sendo a maioria entre os 70-77 anos.

Material

Para proceder à colheita de informação considerou-se que seria oportuno uma abordagem de proximidade aos alunos de SS de forma a conhecer a sua realidade e assim, poder criar posteriormente outros instrumentos de investigação de pendor mais quantitativo, em particular, um questionário sobre representações sociais do envelhecimento que pudesse ser aplicado aos estudantes de serviço social e assim abranger um maior número de participantes. De uma maneira geral os autores destacam que a aplicação do *focus group* (grupos de discussão) pode ser combinada com outros métodos, que podem ocorrer em diferentes fases do projecto de investigação, em particular: fase inicial (gerar questões para um questionário); fase intermédia (ajudar a interpretar os resultados obtidos num questionário); fase final (discutir com os participantes os resultados obtidos o que poderá conduzir a novos insights) (Krueger & Casey, 2009; Stewart et al., 2007; cit. Silva,Veloso & Keating, 2014).

Assim, para a recolha de dados utilizou-se a Técnica do *Focus Group* (Grupos de Discussão), respeitando a sequência da sua aplicação: planeamento, preparação, condução, análise. Para o efeito foi criado um Guião que tinha como principal objetivo realizar o levantamento das representações sociais, das pessoas mais velhas e do envelhecimento, em alunos do curso de licenciatura em Serviço Social do IPBeja. O Guião encontrava-se dividido em nove partes evidenciando os objetivos específicos considerados: (I) Caracterizar os participantes; (II) Identificar as representações das imagens positivas e negativas das pessoas mais velhas; (III) Identificar o contacto/convívio com pessoas mais velhas; (IV) Conhecer as representações sociais do idoso; (V) Conhecer as representações sociais do envelhecimento; (VI) Identificar as representações dos ganhos e perdas do envelhecimento; (VII) Conhecer as representações sociais do trabalhos do profissional de serviço social junto dos mais velhos da sociedade; (VIII) Identificar necessidades de formação sobre gerontologia; e (IX) Identificar sugestões e/ observações. Foram assim tomadas em consideração nove dimensões indagar junto dos inqueridos: 1) Caracterização dos participantes; 2) Representações das imagens positivas e negativas das pessoas mais velhas; 3) Contacto/Convívio com pessoas mais velhas; 4) Representações sociais do idoso; 5) Representações sociais do envelhecimento; 6) Representações dos ganhos e perdas do envelhecimento; 7) Representações sociais do trabalho do profissional de serviço social junto dos mais velhos da sociedade; 8) Necessidades de formação sobre gerontologia; e 9) Observações/Sugestões.

Procedimento

Neste estudo, foram tomadas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participaram. A amostragem foi não probabilística do tipo bola-de-neve, tendo sido escolhido dois alunos de cada ano da licenciatura, preferencialmente um de cada género. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, esclarecendo que as informações fornecidas seriam mantidas em sigilo e que só seriam utilizadas para fins de investigação.

Foram realizados dois *Focus Group* aplicados separadamente em dois grupos, estudantes de Enfermagem e Serviço Social, no Gabinete do Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento do Alentejo (ODEA-IPBeja) com duas moderadores especializadas e decorreu durante o período de duas horas, findo qual foi feito um momento de balanço das informações e reflexões apresentadas. O Focus Group foi gravado e posteriormente alvo de transcrição, respeitando o discurso dos intervenientes. De acordo com o que é habitual ser realizado (Bloor et al., 2001; cit. Silva,Veloso & Keating, 2014) a análise decorreu ao longo de três etapas:

i. codificação/indexação: uma vez transcrito e (re)lido o texto, ocorre um processo de atribuição de categorias (e, se necessário, de subcategorias) reflectindo estas os temas presentes no guião bem como os novos que emergiram da discussão dos grupos;

ii. armazenamento/recuperação: esta fase é dedicada à compilação de todos os extractos do texto subordinados à mesma categoria de modo a poder compará-los, processo que pode ser realizado manualmente ou através de programas informáticos como o NUD.IST ou o NVivo; neste processo é importante não perder o contexto de onde os extractos são retirados;

iii. interpretação: deve ser suportada numa análise sistemática dos dados, podendo esta fazer uso de métodos específicos de análise como o método de indução analítica.

Para todos os dados obtidos recorremos ao tratamento informático utilizando o programa SPSS 15 para a análise descritiva com a análise de médias e de frequências (M, DP) e a análise de conteúdo.

Resultados

Evocações da Imagem da pessoa mais velha em estudantes de LE e LSS

No que concerne aos resultados relativos às imagens que surgem sobre as pessoas mais velhas verifica-se que encontramos dois grupos de imagens, as positivas e as negativas, evidenciando-se mais evocações negativas (48, 27%) de estudantes de Enfermagem (Tabela 1) e (55,6%) e de Serviço Social e (Tabela 2).

Tabela 1 – Evocações da Imagem da pessoa mais velha em estudantes de LE

Dimensão *Imagem da pessoa mais velha*	**Evocação**	**n**	**%**
Imagens positivas	Fazer as coisas com mais calma	1	3,45
	Maneira diferente de olhar a vida	1	3,45
	Experiência de Vida positiva	6	20,70
	Percurso e história de vida	2	6,90
	Sabedoria e Transmissão de Conhecimentos	3	10,34
	Comunicação /transmissão de afetos e felicidade	2	6,89
			51,73
Imagens negativas	Abandono	1	3,45
	Falta de saúde	2	6,89
	Vulnerabilidade	2	6,89
	Transmissão de comportamentos menos afetuosos	1	3,45
	Perda de capacidades cognitivas e físicas	3	10,34
	Perda de poder gerir a vida	1	3,45
	Demência	1	3,45
	Proximidade da finitude da vida	1	3,45
	Aceitação da morte	1	3,45
	Experiência de vida negativa	1	3,45
			48,27

Tabela 2 – Evocações da Imagem da pessoa mais velha em estudantes de LSS

Dimensão *Imagem da pessoa mais velha*	**Evocação**	**n**	**%**
Imagens Positivas	Lazer em grupo	2	11,10
	Modelos familiares mais velhos	2	11,10
	Proteção e cuidado dos mais velhos	2	11,10
	Comunicação /transmissão de afetos e felicidade	2	11,10
			44,4
Imagens Negativas	Institucionalização	2	11,10
	Solidão em casa	3	16,70
	Solidão nos lares	3	16,70
	Finitude da vida	2	11,10
			55,6

Representações sociais das pessoas mais velhas em estudantes LE e LSS

Analisadas as evocações relativas às representações sociais das pessoas mais velhas também se evidenciaram dois grupos (as positivas e as negativas) observando-se neste caso a predominância de evocações positivas (59,47%) (Tabela 3).em estudantes de Enfermagem e (56,24%) em estudantes de Serviço Social (Tabela 4).

Tabela 3 – Representações sociais das pessoas mais velhas dos estudantes de LE

Dimensão *Representações sociais das pessoas mais velhas*	**Evocação**	**n**	**%**
Positivas	Fazer as coisas com mais calma	1	2,70
	Esforço para se manter vivo	2	5,41
	Diferente olhar sobre a vida	3	8,11
	Modelo do idoso transmitido na infância através da presença física	1	2,70
	Afetividade e ternura	2	5,41
	Percurso e história de vida	2	5,41
	Transmissão de conhecimentos	2	5,41
	Sabedoria	3	8,11
	Experiência de vida	6	16,21
			59,47
Negativas	Demência	1	2,70
	Proximidade da morte	1	2,70
	Comportamento de expressão negativa dos afetos	1	2,70
	Falta de saúde	2	5,41
	Vulnerabilidade	2	5,41
	Abandono (da família e da sociedade)	2	5,40
	Peso para a família	1	2,70
	Perda de capacidades cognitivas e físicas	4	10,81
	Dependência	1	2,70
			40,53

Tabela 4 – Representações sociais das pessoas mais velhas dos estudantes de LSS

Dimensão *Representações sociais das pessoas mais velhas*	**Evocação**	**n**	**%**
Positivas	Sabedoria	4	8,33
	Resiliência	9	18,75
	Experiência de vida	7	14,58
	Respeito	1	2,08
	Conselheiras das gerações mais novas	4	8,33
	Felicidade	2	4,17
			56,24
Negativas	Analfabetismo	2	4,17
	Abandono	2	4,17
	Peso para a família	3	6,25
	Perda de capacidades	2	4,17
	Exigência	2	4,17
	Rigidez/Inflexibilidade	2	4,17
	Dependência	1	2,08
	Institucionalização	5	10,41
	Solidão	2	4,17
			43,76

Designação das "pessoas com mais idade" na sociedade em estudantes de LE e LSS

Nas Tabelas 5 e 6 é apresentada a percentagem das evocações sobre a forma como são designadas as pessoas mais velhas relativamente

ao "nome", "marco de idade para idoso" e "significado da palavra idoso". Os estudantes de enfermagem acham na sua maioria que a palavra mais correta para designar os mais velhos da sociedade é "idoso" (77,77%), que apesar de "Depende de pessoa para pessoa" (65,45%), se devem considerar idosos a partir dos 65 anos (27,27%). Em seu entender, o significado de idoso remete para a Experiência (19,51%) e o "Afeto e Afetividade" (14,63%) (Tabela 5). Os estudantes de serviço social consideram na sua maioria que a palavra mais correta para designar os mais velhos da sociedade deve estar ligada à afectividade (47,05%), que se devem considerar idosos a partir dos 80 anos (57,14%) e que o significado de idoso remete para a individualidade (13,79%), sabedoria (13,79%), experiência de vida (13,79%) e em particular, para alguém que tem muitas histórias para contar (20,70%) (Tabela 6).

Tabela 5 – Designação das "pessoas com mais idade" na sociedade em estudantes de LE

Dimensão *Designação das pessoas com mais idade na sociedade*	**Evocação**	**n**	**%.**
Nome para idoso	Idosos	7	**77,78**
	Tratar pelo nome	1	11,11
	Sentido carinhoso (Velhinhos, velhotes, avozinha, princesa)	1	11,11
Idade para idoso	A partir da idade da reforma (66 e 5 meses)	1	9,10
	A partir dos 65	3	27,27
	A partir dos 75	2	18,18
	Depende de pessoa para pessoa	5	**45,45**
Significado de idoso	Repulsa e desdém da imagem do velho	3	7,32
	Afeto e Afetividade	6	**14,63**
	Vulnerabilidade e Fragilidade	2	4,88
	Sabedoria	2	4,88
	Última fase da vida	1	2,44
	Fase mais bonita da vida	1	2,44
	Modelos sociais das gerações mais novas	3	7,32
	Representação social negativa do idoso	2	4,88
	Gratidão aos mais velhos	4	9,76
	Respeito	2	4,88
	Idade avançada	4	9,76
	Sabedoria	2	4,88
	Experiência	8	**19,51**
	Transmissão de conhecimento	1	2,44

Tabela 6 – Designação das "pessoas com mais idade" na sociedade em estudantes de LSS

Dimensão *Designação das "pessoas com mais idade" na sociedade*	**Evocação**	**n**	**%**
Nome para idoso	Infantilização	1	5,88
	Termos de proximidade ("a amiga"; "ti João"; "tia")	2	11,76
	Sentido depreciativo (Velhos)	4	23,53
	Sentido carinhoso (Velhinhos, velhotes, avozinha, princesa)	8	**47,05**
	Termo técnico (idosos,…)	1	5,88
	Diminutivos do nome	1	5,88
Idade para Idoso	Depende de pessoa para pessoa	4	28,58
	A partir dos 60, 67	1	7,14
	A partir dos 80 ou nos 90	1	7,14
	Aos 80	8	**57,14**
Significado de Idoso	Individualidade	4	**13,79**
	Dinamismo	2	6,90
	Idade avançada	3	10,34
	Sabedoria	4	13,79
	Experiência	4	13,79
	Histórias para contar	6	**20,70**
	Transmissão de conhecimento	2	6,90
	Dependência	3	10,34
	Desconhecimento do significado	1	3,45

Representações sobre o "envelhecimento" em estudantes de LE e LSS

Os estudantes da LE apresentam uma representação positiva do "envelhecimento" (73,91%) salientando-se uma compreensão do processo natural do ciclo de vida (30,43%) e do processo de maturidade (21,74%). Destacam ainda os comportamentos de risco como aceleradores do envelhecimento (8,70%)

Analisadas as evocações sobre a representação sobre o "envelhecimento" para os estudantes de LSS, verificou-se que eram predominantemente negativas (73,48%) (Tabela 8). Destacam-se representações ligadas à perda de capacidades (22,45%) e perda da actividade (12,25). Relativamente às evocações positivas observámos que o envelhecimento estava ligado a uma fase de tranquilidade e sossego (10,20%) e a uma fase de mudança de ritmo de vida e de preferências (10,20%).

Tabela 7 – Representações sobre o "envelhecimento" em estudantes de Enfermagem

Dimensão *Representações do Envelhecimento*	**Evocação**	**n**	**%**
Positivas	Resiliência	1	4,35
	Ganho de sentido de vida	1	4,35
	Ganho de experiência	2	8,69
	Ganho de maturidade	5	21,74
	Diz respeito ao Ciclo vital (processo natural)	7	30,43
	Envelhecimento ativo	1	4,35
			73,91
Negativas	Controlo sobre o envelhecimento (retardar ou acelerar)	1	4,35
	Demência	1	4,35
	Perda de capacidades	2	8,69
	Comportamentos de risco (fumar, beber) como acelerador do envelhecimento	2	8,70
			26,09

Tabela 8 – Representações sobre o "envelhecimento" em estudantes de Serviço Social

Dimensão *Representações do Envelhecimento*	**Evocação**	**n**	**%**
Positivas	Transição de idade	3	6,12
	Fase de Tranquilidade e Sossego	5	10,20
	Mudança (rotinas, ritmos e preferências)	5	10,20
			26,52
Negativas	Perda de capacidades	11	22,45
	Desmotivação	4	8,17
	Problemas de saúde	2	4,08
	Fragilidade	4	8,17
	Medo da velhice	2	4,08
	Fase triste da vida	5	10,20
	Dependência	2	4,08
	Perda da atividade	6	12,25
			73,48

Início do envelhecimento em estudantes de LE e LSS

Na perspectiva dos estudantes de enfermagem o envelhecimento surge a partir do marco do "Início da debilidade/declínio" (42,86%), contudo, consideram que tudo "Depende da forma como a pessoa encara o envelhecimento não tendo idade certa" (28,56%) (Tabela 9). Para os estudantes do Serviço Social o envelhecimento tem início com a "Perda progressiva de funcionalidade" (41,67%) e a "Perda de saúde" (33,33%) (Tabela 10).

Tabela 9 – Início do envelhecimento em estudantes de LE

Dimensão	**Evocação**	**n**	**%**
Início do envelhecimento	Depende da forma como a pessoa encara o envelhecimento não tendo idade certa	2	28,56
	Aparecimento de doença/perda de saúde	1	**14,29**
	Fase antes da morte	1	**14,29**
	Início da debilidade/declínio	3	42,86

Tabela 10 – Início do envelhecimento em estudantes de LSS

Dimensão	**Evocação**	**n**	**%**
Início do envelhecimento	Marco do aparecimento das características físicas	1	8,33
	Aparecimento de doença/perda de saúde	4	**33,33**
	Perda progressiva de funcionalidade	5	**41,67**
	Início da debilidade	2	16,67

Projeção do próprio Envelhecimento em estudantes de LEe LSS

Efetivamente, como se pode observar na Tabela 11 os estudantes de Enfermagem projectam o seu próprio envelhecimento de uma forma positiva, com destaque para a "Felicidade" (22,22%) e a "Realização da vida com uma grande família" (18,52%) uma vez que a representação principal que têm deste é essencialmente positiva (74,07%).

Efetivamente, como se pode observar na Tabela 12 os estudantes de Serviço Social têm dificuldade em projectar o próprio envelhecimento uma vez que a representação principal que têm deste é essencialmente negativa (75%).

Tabela 11 – Projeção do próprio envelhecimento em estudantes de LE

Dimensão *Como se imagina a envelhecer ("Como se imagina a envelhecer?")*	**Evocação**	**n**	**%**
Positiva	Com bem-estar "tradicional" ("uma imagem de quando for velho chegar assim: uma boininha na junta de freguesia a jogar dominó ou à sueca"; " a ir à azeitona como a avó")	2	7,41
	Desejo de viver muitos anos	1	3,70
	Realização da vida com uma grande família	5	**18,52**
	Felicidade	6	**22,22**
	Orgulho da família (sentir-se que a família tenha orgulho em si como no presente tem orgulho dos avós)	1	3,70
	Realização de ter alcançado os objectivos de vida	2	7,41
	Ter novas relações interpessoais (futuros filhos, amigos, netos) que colmatem possíveis perdas (avós, pais)	2	7,41
	Memória de tempos felizes	1	3,70
			74,07
Negativa	A perda de entes queridos (avós, pais) assusta	1	3,70
	Incapacidade aos 80	2	7,41
	Com desgaste profissional	1	3,70
	Não consegue perspetivar	1	3,70
			18,51
Outra	De acordo com o envelhecimento positivo ou negativo na família	2	7,41
			7,41

Tabela 12 – Projeção do próprio envelhecimento em estudantes de LSS

Dimensão *Projeção do próprio envelhecimento ("Como se imagina a envelhecer?")*	**Evocação**	**n**	**%**
Positiva	Expectativas de manutenção de capacidades	1	6,25
	Seguimento do modelo envelhecimento positivo da família	1	6,25
	Envelhecer com autonomia em casa	2	12,50
			25,00
Negativa	Dificuldade de imaginar-se a envelhecer	8	50,00
	Dificuldade em imaginar-se dependente	1	6,25
	Dificuldade em imaginar-se institucionalizada	2	12,5
	Manutenção das características da personalidade- perpetuar as negativas	1	6,25
			75,00

Ganhos e Perdas do Envelhecimento em estudantes de LE e LSS

No que diz respeito aos ganhos e perdas do envelhecimento os estudantes de enfermagem apresentam um equilíbrio entre as duas dimensões e referem que o principal ganho é a "experiência vivida" (10,0%) e as "Memórias das experiências vividas ao longo da vida" (10,0%). A perda maior é a "Perda de familiares e entes queridos mais velhos" (13,33%) (Tabela 13).

No que diz respeito aos ganhos e perdas do envelhecimento os estudantes de serviço social referem que o principal ganho é a "experiência vivida" (20,83%) e que a perda maior é a "Perda de familiares e entes queridos mais velhos" (41,68%) (Tabela 14). Demarca-se ainda a sua recusa em pensar sobre o assunto das "perdas" remetendo para o futuro este pensamento (representação adiada de perda no envelhecimento) (12,50%). Efetivamente, como se pode observar na Tabela 14 os estudantes de serviço social têm dificuldade em projectar o próprio envelhecimento uma vez que a representação principal que têm deste é essencialmente negativa (75%).

As opiniões dos estudantes de serviço social relativamente à representação do envelhecimento mal sucedido diz em respeito à "dependência" (16,67%) e um bem sucedido a "Disfrutar da vida com ausência de doença grave que não seja impeditiva"(16,67%) e ainda a um "Envelhecimento com felicidade e realização pessoal" (20,83%).

Tabela 13 – Ganhos e Perdas do Envelhecimento em estudantes de LE

Dimensão *Ganhos e Perdas do Envelhecimento*	**Evocação**	**n**	**%**
Ganhos	A constituição de uma nova família que colmate a perda de entes queridos mais velhos	1	3,33
	Memórias das experiências vividas ao longo da vida.	3	10,0
	Trocas afectivas ao longo da vida	1	3,33
	Experiência vivida.	3	10,0
	Sabedoria	2	6,67
	Uma vida	1	3,33
	Valorização da vida de forma diferente	1	3,33
	Rugas a rir	1	3,33
	Ganhar pessoas significativas ao longo da vida	1	3,33
	Ganho de inteligência	1	3,33
			49,98
Perdas	Perda de familiares e entes queridos mais velhos	4	**13,33**
	Perda de capacidades	2	6,70
	Perda de sabedoria	1	3,33
	Perda de faculdades físicas	1	3,33
	Perda de vida	1	3,33
	Perda de coisas	1	3,33
	Perda de sentimentos	1	3,33
	Perda de memórias	1	3,33
	Perda de todos os ganhos da vida	2	6,67
	Perda da memória	1	3,33
			49,99

Tabela 14 – Ganhos e Perdas do Envelhecimento em estudantes de LSS

Dimensão *Ganhos e Perdas do Envelhecimento*	**Evocação**	**n**	**%**
Ganhos	Memórias das experiências vividas ao longo da vida.	2	8,33
	Experiência vivida.	5	20,83
			29,16
Perdas	Perda de familiares e entes queridos mais velhos.	10	41,68
	Recusa da perda (Não pensar no assunto das perdas, quando chegar logo se vê).	3	12,50
	Perda da mobilidade.	2	8,33
	Perda de saúde.	2	8,33
			70,84

CONCLUSÕES

A partir da análise da estatística descritiva sobre os dados obtidos podemos evidenciar o seguinte: (1) as visões sobre envelhecimento dos futuros profissionais que vão trabalhar na proximidade com esta geração revelam compreensão na área; (2) destacam-se dois tipos de "imagens associadas às pessoas mais velhas", as positivas e as negativas, com predominância das imagens negativas nos dois grupos de futuros profissionais; (3) as "representações sociais das pessoas mais velhas" evidenciaram dois grupos (as positivas e as negativas) observando-se neste caso a predominância de evocações positivas nos dois grupos de estudantes; (4) para a designação das "pessoas com mais idade" na sociedade é indicada a palavra técnica de "idoso" para os estudantes de Enfermagem e para os estudantes de Serviços Social deve estar ligada à afetividade no tratamento de cada pessoa; (5) sobre a "representação do envelhecimento" observou-se uma compreensão positiva do processo por parte dos estudantes da LE, compreendido como fazendo parte do ciclo vital da vida, mas, os estudantes de LSS têm uma visão diferente, de cariz negativo associado a perda de capacidades, remetendo para uma diferenciação profissional de abordagem da problemática; (6) sobre a "idade para ser idoso" os estudantes são unânimes em dizer que depende de pessoa para pessoa, mas, os futuros enfermeiros consideram idosos a partir dos 65 anos, enquanto para os futuros assistentes sociais surge a marcação de dois

períodos do envelhecimento, a partir dos 65 anos e respetiva designação: "Pré Idoso" é entre os 65 e os 80, e "Idoso" é depois dos 80; (7) o "início do envelhecimento" é compreendido pelos estudantes como o início da debilidade/declínio, surgimento da doença/perda de saúde e perda progressiva de funcionalidade; 8) observa-se uma diferença de visão na projeção do próprio envelhecimento, apresentado os futuros profissionais de saúde uma abordagem positiva ligada à felicidade e realização pessoal no futuro na construção da família que colmata a futura perda dos entes queridos (avós, pais, tios), enquanto os futuros assistentes sociais revelam uma dificuldade e recusa em imaginar o seu próprio envelhecimento, em particular, ligado à institucionalização, desejando por isso, envelhecer com autonomia em casa. A compreensão limitada sobre o trabalho efetivo do profissional de serviço social junto dos mais velhos da sociedade e das suas áreas evidenciando os estereótipos do envelhecimento da institucionalização; (8) nos ganhos do envelhecimento os estudantes estão de acordo quanto ao ganho principal da "experiência vivida" e à perda maior a "dos familiares e entes queridos mais velhos".

Foi interessante ter sido referido o papel da influência da família na projeção do envelhecimento. É como se existissem modelos familiares de envelhecimento (bons e maus) que orientassem e conduzissem as novas gerações a aprenderem a conduzir as suas vidas no sentido de um envelhecimento bem ou mal sucedido, onde o perfil dos seus elementos mais velhos pode fazer a diferença no processo de envelhecimento na família.

O estudo está em conformidade com a investigação consultada de referência, dado que os resultados expostos também apresentam uma polarização na compreensão do envelhecimento (positiva e negativa, ganho e perda, aceitação e rejeição, conhecimento e desconhecimento) expondo a influência social contemporânea e evidenciou que parece existir uma diferenciação nas visões sobre o envelhecimento e a pessoa mais velha em função do grupo profissional. A formação e a realidade do campo de atuação na área do envelhecimento parecem formatar para uma visão sobre as pessoas mais velhas e o processo de envelhecer. Como estamos de acordo que não existe um idoso "típico" e que é preciso olhar para o ciclo de vida para se entender cada processo de envelhecimento, torna-se necessário uma consciencialização das necessidades de formação ao longo da vida na área da gerontologia que permitam uma melhor preparação dos profissionais para a atuação de proximidade de qualidade com a geração mais velha.

REFERÊNCIAS

Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of lifespan developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. Developmental Psychology, 23, 611-625.

Baltes, P. B. (1995). Prefácio. En A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento*. (9-12). Campinas:Papirus.

Jodelet, D. (1989). Folies et représentations sociales. Préface de Serge Moscovici. Paris: Les Presses universitaires de France, (398 pp). Collection: Sociologie d'aujourd'hui. Paris: Les Presses universitaires de France.

Magnabosco-Martins, C.; Vizeu-Camargo, B.; Biasus, F. (2009). Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etarias. *Universitas Psychologica*, 8, 3, septiembre-diciembre, 831-847.

Marsiglia, R. (s/d). *Orientações básicas para a pesquisa*. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Brasil: PUCSP/FCMSCSP.

Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Neri, A. (2006). O legado de Paul B, Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14,1, 17-34.

Fonseca, A. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3 (2):124-131.

Silva, I., Veloso, A. & Keating, J. (20014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26, 175-190. Acedida em 8 de janeiro 2018 em http://www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n26/n26a12.pdfF

Schulze, C. (2018). A categoria sabedoria nos estudos sobre representações sociais do envelhecimento: uma revisão do conceito e de estudos relacionados. In Silva, A e Camargo, B (orgs.), *Representações sociais do envelhecimento e da saúde* (pp. 31-63). Natal, Brasil: EDUFRN

Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. Feb 14; 385(9968):640-8. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0140--6736(13)61489-0

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015). *Resumo. Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Organização Mundial da Saúde.

Wachelke, J. & Camargo, B. (2007). Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 41, 3, 379-390.

MODELOS DE CUIDADOS A IDOSOS NO DOMÍCILIO

Rogério Ferrinho Ferreira
Instituto Politécnico de Beja
(ferrinho.ferreira@ipbeja.pt)

Ana Clara Nunes
(ana.nunes@ipbeja.pt)

Ana Sobral Canhestro
(ana.canhestro@ipbeja.pt)

RESUMO

O aumento da longevidade associado à melhoria da qualidade de vida e aos avanços técnico-científicos representa uma conquista operada nas últimas décadas, sobretudo nos países desenvolvidos. O envelhecimento demográfico confronta-nos, igualmente, com desafios significativos, tanto para decisores políticos como para profissionais de saúde e sociais e para a própria comunidade. Ao nível das políticas assiste-se a um maior incremento de cuidados comunitários dirigidos à população idosa, sendo que as organizações de saúde e os decisores políticos são cada vez mais favoráveis a apoiarem os idosos a permanecerem e envelhecerem nas suas habitações e comunidade (Boland et al. 2017).

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar modelos de cuidados a idosos no domicílio, enquanto modelos referenciais de boas práticas.

Os resultados podem ser agrupados em dois temas principais identificados e que configuram as tendências relativas às pesquisas sobre o assunto em estudo: a) O primeiro tema relacionado com os idosos e respetivos cuidadores informais (Categorias "participação e responsabilização dos cuidadores" e "apoio e suporte aos cuidadores e ao idoso") e, b) o segundo tema relativo à própria natureza dos cuidados ("continuidade dos cuidados" e "integração de cuidados").

Palavras-Chave: Modelos de cuidados; Cuidados domiciliários; Idosos

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população e o consequente aumento do consumo de recursos no grupo etário acima dos 65 anos confronta-nos com as necessidades de alterar o tipo de oferta e de melhorar a coordenação entre os vários níveis de cuidados e de promover níveis de eficiência e eficácia superiores aos atuais (Dias, 2015). Para além disso, os modelos baseados no princípio de envelhecimento no local, que permitem que as pessoas idosas permaneçam nas suas próprias casas, integradas nas suas comunidades de acordo com as suas preferências, em vez de cuidados institucionais vão de encontro às preferências da maioria dos idosos, proporcionando-lhes maior bem-estar e satisfação (Vreudenhil, 2014; Boland et al., 2017).

Assim, constata-se que as organizações de saúde e os decisores políticos são cada vez mais favoráveis a apoiarem os idosos a permanecerem e envelhecerem nas suas habitações e comunidade (Boland et al., 2017). Portugal afina também pelo diapasão de políticas promotoras da manutenção dos idosos, nas suas residências, com o incremento de respostas sociais e de saúde que poderão minimizar as dificuldades e limitações que, com o avanço do tempo vão surgindo.

Mas, para que estas políticas possam, efetivamente, representar uma resposta adequada e integral para a permanência dos idosos nas suas residências de forma digna, segura e promotora do seu completo bem-estar, importa perceber que modelos, que formas de intervenção e de agir, e que recursos são necessários.

Foi a procura desses modelos de cuidados a idosos no domicílio, que se constituam enquanto exemplos de boas práticas, respeitando o equilíbrio entre custos e benefícios que alavancou a presente investigação.

Sendo esta uma temática atual, a revisão integrativa da literatura assumiu-se como um método adequado para sintetizar a informação de estudos que a abordam, permitindo a análise das evidências científicas em torno da questão central desta investigação.

OBJETIVO

Identificar os modelos de cuidados a idosos no domicílio.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, desenvolvido com a finalidade de reunir e sintetizar estudos desenvolvidos, mediante diferentes metodologias, por forma a contribuir para o aprofundamento do conhecimento relativo ao tema em estudo.

Numa primeira etapa foi formulada a questão de investigação: Quais os modelos de cuidados a idosos no domicílio?

Numa etapa seguinte foi efetuada uma pesquisa exaustiva sobre o tema em estudo nas plataformas EBSCOhost (ACADEMIC SEARCH COMPLETE, MEDLINE COMPLETE E CINHAL COMPLETE) e RCAAP com os seguintes descritores: "Home care services" e "Elder*", recorrendo aos operadores boleanos "and".

Definiram-se como critérios de inclusão: Estudos publicados nas bases de dados anteriormente referidas, de revistas académicas (analisadas por especialistas) ou Teses Académicas, no espaço temporal de janeiro de 2013 a dezembro de 2018, apresentados em texto integral, nos idiomas inglês, português e espanhol, que se centravam nos modelos de cuidados a idosos no domicílio. Nos critérios de exclusão, consideraram-se todos os documentos com metodologia ambígua, repetidos nas várias bases de dados, sem correlação com o objeto de estudo e com datas inferiores à definida.

Da pesquisa nas bases de dados, resultou a identificação de 164 documentos.

Num primeiro momento, foi realizada uma leitura crítica dos títulos e dos resumos encontrados. Esta avaliação processou-se em duas fases: na 1ª fase ficaram 58 documentos após a leitura dos títulos e, numa 2ª fase, após a leitura dos resumos, justificou-se o potencial

interesse por 15 documentos. Destes, após leitura integral e minuciosa, foram selecionados 10 documentos, decorrentes da análise à qualidade metodológica.

De forma a sistematizar a informação dos documentos, os dados extraídos dos estudos foram compilados de forma descritiva para identificação de categorias temáticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos encontram-se sintetizados no Quadro 1.

Quadro 1 – Resultados da Pesquisa Bibliográfica

Autores/Ano de Publicação/ Tipo de estudo	Participantes	Objetivos	Resultados
Kietzman, Benjamin & Mattias (2013) Estudo quantitativo e qualitativo	383 cuidadores familiares e amigos pagos para prestar serviços de cuidados pessoais a idosos	Investigar as perceções dos cuidadores sobre as opções de assumir os papéis de cuidadores remunerados.	Os resultados indicam que os cuidadores estão bem posicionados para prestar cuidados culturalmente adequados e sensíveis às preferências de quem é cuidado e do cuidador. Além disso, a perceção de escolha em assumir o papel de cuidador pago tem implicações para o bem-estar do cuidador. Embora a disponibilidade de pagamentos públicos seja útil para muitos dos cuidadores, a maioria descreve motivos para a prestação de cuidados não relacionados com a recompensa financeira.
Neiterman, Vodchis & Bourgeault (2015) Estudo qualitativo	Adultos idosos (17) de alto risco com múltiplas condições crônicas de saúde recentes e famíliares (19) que prestaram cuidados aos doentes.	Analisar como os doentes experimentam transições para a comunidade a partir de hospitais, incluindo problemas de vida diária e preocupações médicas.	Para o sucesso das transições na sequência da alta hospitalar é importante: - preparação da moradia, tendo em conta a organização do cuidado em casa; - ter em conta as preocupações práticas e emocionais do idoso/ família, considerando os níveis da saúde e da intervenção social.
Vreugdenhil (2014) Estudo de caso	Cuidadores informais intergeracionais (12) de pessoas com demência.	Analisar as respostas relativas aos cuidados ao idoso, em contexto comunitário.	O estudo conclui pela necessidade de se reverem os apoios aos cuidadores, como forma de garantir um envelhecimento no local, de forma sustentável.
Janse et al. (2016) Estudo quase- experimental, com um grupo de controle	Profissionais de saúde e de assistência doméstica, envolvidos numa rede de cuidados domiciliários a idosos.	Avaliar os processos de integração que estão subjacentes à prestação de cuidados integrados a idososfrágeis.	A intervenção integrada melhorou significativamente a integração estrutural, social, cultural, assim como a concordância em metas, interesses, poder e recursos, a satisfação com a integração, a adequabilidade e pontualidade de atendimento.
Boland et al. (2017) Revisão da Literatura sem metanálise (sintetiza 19 revisões sistemáticas)		Avaliar o impacto dos cuidados domiciliares *versus* locais alternativos de cuidados de saúde aos idosos.	As evidências sobre o impacto dos cuidados domiciliares comparativamente aos locais de cuidados alternativos na saúde dos idosos dão resultados heterogéneos. Os impactos são positivos em matéria de saúde para os idosos que vivem na comunidade e que recebem intervenções de apoio domiciliar. Não existem provas suficientes para determinar o impacto na saúde dos idosos que recebem cuidados em locais alternativos.
Kuluski, Ho, Kaur Hans & Nelson (2017) Estudo qualitativo Grupos de discussão de especialistas	24 profissionais de saúde e assistência social.	Investigar as principais componentes de cuidados para apoiar pessoas idosas com várias comorbilidades e problemas sociais e suas famílias na comunidade	A discussão e categorias que emergiram resultam numa proposta de estrutura para a conceção de intervenções e programas para pessoas com necessidades complexas de cuidados: -Centralidade da pessoa e família no processo de cuidados -Desenvolvimento de ferramentas para avaliação global e integral das necessidades reais e potenciais das pessoas com múltiplos problemas - Abordagens integradas das áreas da saúde e social.
Mery, Wodchis & Laporte (2016) Quantitativo (Inquérito longitudinal ao longo de 18 anos)	7255 pessoas com 65 ou mais anos.	- Distinguir 2 componentes dos Cuidados domiciliários (CD): cuidados de saúde (CSa) e cuidados sociais (CSo) - Avaliar os determinantes para auferir de cada um dos tipos de cuidados domiciliários - Investigar a inter- relação entre os dois tipos de cuidados	- Neste estudo conclui-se pela importância de distinguir entre CDSa e CDSo (em vez de abordar os CD como um serviço homogéneo), o que terá importantes implicações políticas. - A severidade da dependência nas AVDs, o estado de saúde, o apoio familiar e a situação financeira revelaram ser determinantes importantes da propensão em receber os serviços de saúde e sociais com financiamentopúblico. - Usufruir de CDSa públicos é complementar ao usufruto de CDSo públicos, o que suporta a tese de que depois de um idoso aceder aos CD, a probabilidade de receber serviços adicionais é maior, aumentando as desigualdades entrerecetores e não recetores de cuidados emidêntica situação de necessidade de cuidados de saúde.
Pinto & Martins (2013) Triangulado (quantitativo e qualitativo)	50 doentes e seus cuidadores informais	Avaliar dificuldades dos cuidadores informais nos cuidados	O cuidador informal, é sobretudo o cônjuge do sexo feminino e filhas, apresentando como principais dificuldades o emprego, falta de apoio e de ajudas técnicas, existência de barreiras arquitetónicas e sobrecarga do cuidador.
Cruz (2014) Qualitativo	223 utentes, na maioria idosos, pós- alta hospitalar	Avaliar e descrever a atividade de um serviço domiciliário de ortopedia	Satisfação dos utentes com os cuidados prestados; Vantagens do SDO, tanto na questão organizacional (social, económica) e relacional, como na questão da confiança e segurança na prestação de cuidados para a sua vida e de familiares.
Pimenta (2017) Quantitativo	1298 idosos	Avaliar determinantes da mobilidade reduzida, para implementação de um programa de reabilitação domiciliária	A educação para a saúde dos idosos e dos cuidadores deve estar incluída nos programas de reabilitação abordando temáticas sobre o envelhecimento, alimentação equilibrada, prevenção de quedas, treinos de equilíbrio e marcha

Na sequência da análise efetuada emergiram dois temas principais, suportados pelas categorias e indicadores abaixo sistematizados no Quadro 2.

Temas	Categorias	Indicadores
IDOSOS E SEUS CUIDADORES INFORMAIS	**Participação e Responsabilização dos cuidadores**	• Responsabilidade dos cuidadores informais: Kietzman et al. (2013); Vreugdenhil(2014); • Centralidade da Pessoa/Família nos cuidados (Kuluski, et al., 2017)
	Apoio e suporte aos cuidadores e ao idoso	• Pagamento público dos cuidadores informais: Kietzman et al. (2013); Vreugdenhil(2014) • Serviços de apoio formal no atendimento domiciliar (preparação de refeições, limpeza do domicílio, assistência às atividades diárias, transporte, etc.): Vreugdenhil (2014); (Neiterman et al., 2015) • Direito a flexibilidade no trabalho (local, horas e horário) para os cuidadores informais: Vreugdenhil(2014); • Direito a compensação pelo tempo de assistência para os cuidadores informais: Vreugdenhil (2014); • Financiamento às famílias para comprar cuidados e benefícios para cuidadores: Vreugdenhil (2014) • Necessidade de apoio e de ajudas técnicas, existência de barreiras arquitetónicas e sobrecarga do cuidador (Pinto & Martins, 2013); • Benefícios de programas de reabilitação para prevenção da imobilidade, incluindo sessões de educação para a saúde e de mobilidade que contribuem para a autonomia, independência e envelhecimento bem-sucedido do idoso e logo, para a permanência do idoso no seu domicílio (Pimenta,2017)
CUIDADOS: CARACTERÍSTICAS	**Continuidade dos cuidados**	• Após a alta hospitalar, a maioria dos idosos volta ao próprio domicílio (42%) e em 2º lugar ao domicílio de familiares (32%) onde é assegurada a continuidade dos cuidados, pelos cuidadores informais com o apoio dos cuidadores formais (Pinto & Martins, 2013); • Para além do grau de dependência funcional, as barreiras arquitetónicas condicionam o regresso do idoso ao seu domicílio (Pinto & Martins, 2013); • Os ensinos realizados aos CI em contexto de internamento, são promotores da continuidade dos cuidados no domicílio (Pinto & Martins, 2013); • A existência de uma valência de serviço domiciliário de ortopedia apresenta vantagens em termos financeiros quer para os utentes, quer para o hospital e os índices de satisfação global com o serviço prestado são bastante elevados (Cruz, 2014)
	Integração de cuidados	• Estruturas integrativas de cuidados são promotoras da prestação de cuidados integrados: Janse et al., 2016; • Serviços de coordenação e de cuidados de saúde no domicilio: (Neiterman et al., 2015; Boland et al, 2017); • Preparação da moradia da pessoa hospitalizada: (Neiterman et al., 2015) • Necessidade de distinguir claramente os CD de saúde e os CD sociais (Mery, Wodchis & Laporte, 2016) • Múltiplos problemas (das áreas social e da saúde) exigem respostas integradas (Kuluski, et al., 2017) • Necessidade de se desenvolverem instrumentos de avaliação globais (saúde e socais) para situações de grande complexidade (Kuluski, et al., 2017)

IDOSOS E SEUS CUIDADORES INFORMAIS

Participação e Responsabilização dos Cuidadores

Apesar da reduzida informação sobre as razões que levam as pessoas a assumir os papéis de cuidadores, verificamos que o processo de aquisição de papéis está relacionado com o reconhecimento do papel de cuidador e por outro lado, assumido socialmente como uma responsabilidade da família (Kietzman et al., 2013). Para além disso, os cuidadores familiares e amigos são vistos como uma experiente fonte de trabalho nos cuidados aos idosos que permanecem no seu domicílio. O indicador "responsabilidade dos cuidadores informais" está igualmente presente no estudo de Vreugdenhil (2014), centrado na realidade australiana de cuidados a idosos, em que se utiliza o conceito de "envelhecimento no local" para se referir a pessoas idosas com algum nível de independência que têm a possibilidade de permanecer nas suas próprias casas. É utilizada ainda a terminologia de cuidadores da "geração sanduiche" aos filhos dos idosos que para além de assumirem a responsabilidade e os papéis de cuidadores informais dos seus pais, também cuidam da sua família, envolvendo parceiros/ cônjuge, filhos e até netos. Neste estudo compreendeu-se também a importância da corresponsabilização de vários membros da família como forma de diminuir a sobrecarga do cuidador principal e da utilização de serviços de cuidados formais no apoio às famílias (Vreugdenhil, 2014).

Por outro lado, as evidências científicas, no que concerne aos cuidados de saúde e sociais para idosos com múltiplas necessidades de cuidados, apontam para o desafio da centralidade da pessoa/família. De facto, o estudo de Kuluski et al., (2017) conclui pela necessidade de se envolverem, responsabilizarem e capacitarem as pessoas e suas famílias para uma maior participação nos cuidados e nas tomadas de decisão. Tal situação exige o estabelecimento de relações de confiança e relações terapêuticas entre os profissionais (provedores de cuidados) e os utentes e famílias.

Apoio e Suporte aos Cuidadores e ao Idoso

As evidências não apontam apenas para a responsabilização e participação dos cuidadores, mas também para a necessidade destes serem apoiados para o exercício das funções de cuidador.

O indicador "pagamento público dos cuidadores informais" surge vincadamente no estudo de Kietzman et al. (2013), cujo objetivo foi analisar as razões que determinam os membros de família e amigos assumirem os papéis de cuidadores remunerados, como eles percebem essa escolha e de que forma as razões para cuidar estão relacionadas com o bem-estar do cuidador. Relativamente à importância do dinheiro, os cuidadores descrevem razões não relacionadas com a recompensa monetária para prestar os cuidados, assumindo que as suas motivações para a prestação de cuidados não assentam fundamentalmente nas questões financeiras. No entanto, a disponibilidade de pagamento público é vista como uma ajuda para muitos dos cuidadores, com implicações no bem-estar do cuidador. Constitui igualmente um incentivo para que os cuidadores continuem este importante trabalho, conciliando a satisfação das necessidades da pessoa cuidada, o preencher um sentimento de obrigação e gerar uma renda necessária para o bem-estar do cuidador (Kietzman et al., 2013).

Esta estratégia deve estar enquadrada com o pressuposto de que os cuidados às pessoas idosas e em situações de dependência no domicílio devem conciliar os interesses da pessoa que é cuidada e do cuidador. A existência de políticas de financiamento público à prestação de cuidados no domicílio, envolvendo cuidadores familiares e amigos revela-se determinante na otimização destes cuidados (Kietzman et al., 2013).

Os modelos e políticas de cuidados ao idoso envolvem um apoio formal através de vários serviços de apoio domiciliário. Pode envolver a assistência na preparação de refeições, a limpeza do domicílio, a assistência às diferentes atividades diárias, o transporte do idoso, entre

outras atividades (Neiterman et al., 2015; Vreugdenhil, 2014). O idoso pode ser apoiado através de uma série de opções formais de cuidados domiciliários, financiados pelas políticas governamentais. No estudo de Vreugdenhil (2014), compreendeu-se a importância da corresponsabilização de vários membros da família como forma de diminuir a sobrecarga do cuidador principal e de diminuir a utilização de serviços de cuidados formais no apoio às famílias.

O apoio nos cuidados aos idosos envolvem outras estratégias apresentadas no estudo de Vreugdenhil (2014):

- Direito a flexibilidade no trabalho (local, horas e horário) para os cuidadores informais;
- Direito a compensação pelo tempo de assistência para os cuidadores informais;
- Financiamento às famílias para comprar cuidados e benefícios para cuidadores.

Estes indicadores enquadram-se com os requisitos que devem suportar as respostas políticas nos cuidados ao idoso, na perspetiva dos prestadores de cuidados informais:

- Serviços de cuidados (com qualidade e acessíveis);
- Tempo (direito a reduzir o trabalho remunerado sem penalizações e o direito a compensação pelo tempo de assistência);
- Dinheiro (para comprar cuidados e benefícios para os cuidadores).

No estudo de Pinto e Martins (2013) que teve, entre outros objetivos, o de avaliar as dificuldades dos cuidadores informais nos cuidados, conclui-se que o cuidador apresenta no regresso do seu familiar ao domicílio, após alta hospitalar, as seguintes dificuldades: conciliação com o emprego, falta de apoio e de ajudas técnicas, existência de barreiras arquitetónicas e sobrecarga do cuidador. Estas dificuldades suportam o imperativo da ajuda e apoio a estes cuidadores para o exercício do cuidar.

Também no estudo de Pimenta (2017) que visou estudar os determinantes que condicionam a mobilidade reduzida nos idosos com mais de 65 anos de idade, conclui-se que os idosos necessitam de intervenções no âmbito da educação para a saúde e da mobilidade de forma a melhorar os seus estilos de vida, nomeadamente na atividade física. Embora neste estudo os idosos não estejam em situação de dependência total, as suas conclusões são importantes no sentido de promover a autonomia, independência e envelhecimento bem-sucedido do idoso, retardando os processos de institucionalização e, simultaneamente, promovendo a permanência dos idosos no seu domicílio durante o máximo de tempo possível.

CUIDADOS AOS IDOSOS

Continuidade dos cuidados

O envelhecimento demográfico e consequente aumento da prevalência de doenças crónicas, geradoras de dependência, a médio e a longo prazo, determinam o incremento da importância dos cuidados de saúde prestados no domicílio (Cruz, 2014).

Num estudo desenvolvido por Cruz (2014) que teve como objetivo avaliar, descrever a atividade e a tipologia dos utentes de uma valência de um serviço de ortopedia: Serviço Domiciliário de Ortopedia (SDO) constatou-se a prestação de cuidados a 223 utentes após a alta hospitalar com vantagens em termos financeiros quer para os utentes, quer para o Centro Hospitalar e, ainda, que os índices de satisfação global com o serviço prestado foram bastante elevados. Estes resultados remetem-nos para a necessidade da continuidade dos cuidados em oposição à fragmentação dos cuidados no cenário atual de envelhecimento populacional. Confrontamo-nos, atualmente, com a necessidade dos sistemas de saúde se reorganizarem, cada vez mais, em função de respostas diferentes, mais abrangentes direcionadas às necessidades dos idosos, frequentemente com múltiplas doenças e problemas e que, por isso, necessitam de respostas diferentes num *continuum* de cuidados organizados, integrados e articulados ente si.

No estudo levado a cabo por Pinto e Martins (2013) teve como objetivos, para além de avaliar as dificuldades dos cuidadores informais nos cuidados após alta hospitalar também objetivou perceber de que forma a preparação para a alta, nomeadamente os ensinos efetuados aos familiares/cuidadores podem minimizar as dificuldades desses cuidadores. Conclui-se que após a alta hospitalar, a maioria dos idosos volta ao próprio domicílio (42%) e em 2º lugar ao domicílio de familiares (32%) onde é assegurada a continuidade dos cuidados, pelos cuidadores informais com o apoio dos cuidadores formais Para além do grau de dependência funcional, as barreiras arquitetónicas condicionam o regresso do idoso ao seu domicílio (Pinto & Martins, 2013). Assim, infere-se que os ensinos realizados aos cuidadores informais, em contexto de internamento, são promotores da continuidade dos cuidados no domicílio podendo servir como referencial de boas práticas para uma efetiva continuidade dos cuidados.

Integração de Cuidados

As existências de estruturas integrativas de cuidados, envolvendo uma equipa multidisciplinar são fundamentais na prestação de cuidados integrados aos idosos com problemas sociais e de saúde, de grande complexidade e em constante mutação (Janse et al., 2016). A integração é um conceito multidimensional, que envolve processos estruturais, sociais, culturais e estratégicos. Os processos estruturais dizem respeito à coordenação de tarefas, funções e atividades e comunicação frequente e aberta. As relações sociais são determinantes na construção de um ambiente de compreensão mútua, confiança e respeito. São promotoras de um trabalho colaborativo, que passa pela aceitação e reconhecimento dos papéis e funções desenvolvidas pelos diferentes profissionais envolvidos na intervenção ao idoso, com métodos e abordagens de trabalho complementares. A integração cultural ocorre através do desenvolvimento de normas e valores integrantes de uma cultura partilhada entre profissionais envolvidos na prestação de cuidados ao idoso. A integração estratégica pressupõe uma estratégia compartilhada, envolvendo estruturas e processos organizacionais que são determinantes no governo e na gestão de atividades conjuntas. Neste caso, é necessário que os diferentes profissionais estejam alinhados com as metas, interesses, poder e recursos (Janse et al., 2016).

De realçar, que no estudo realizado por Janse et al. (2016) e tendo por objetivo medir o impacto de uma intervenção integrada de cuidado aos idosos frágeis na perceção e satisfação dos profissionais com os processos de integração, os resultados evidenciaram melhorias significativas na integração estrutural, cultural, social, na concordância em metas, interesses, poder e recursos e satisfação com a integração após a implementação de uma intervenção integrada, direcionada para idosos mais frágeis. Este estudo confirmou ainda que as estruturas integradas de cuidado promovem processos de integração entre profissionais, num período relativamente curto.

A existência de serviços de coordenação e de cuidados de saúde no domicílio assumem-se como uma estratégia determinante à

permanência dos idosos no seu domicílio, com apoio. Este indicador é expresso nos estudos de Neiterman et al., (2015) e Boland et al. (2017). Verificam-se um crescente número de intervenções domiciliares e/ou apoios destinados a promover a sua saúde e independência social na comunidade (Boland et al., 2017), apesar de alguns idosos anteciparem sua institucionalização por decisão própria ou por mudanças imprevistas na sua vida, como a perda de um cônjuge ou uma situação de doença (Boland et al., 2017). Realça-se ainda que na revisão sistemática da literatura desenvolvida por Boland et al. (2017), não foram evidenciadas diferenças nos resultados entre os cuidados de saúde e de reabilitação em casa e a utilização dos serviços convencionais de saúde e reabilitação. Estes resultados inconclusivos podem estar relacionados com as preferências informadas, as necessidades individuais dos idosos e a qualidade dos serviços disponíveis. Neste caso, estes e outros fatores são condicionantes e orientadores da sua decisão em relação a permanecer em casa ou utilizar recursos alternativos.

A transição da pessoa do hospital para a sua habitação pressupõe a adaptação à vida diária, envolvendo o cozinhar, o vestir, o tomar banho e outras atividades. As mudanças na vida pessoal, mudanças nas condições físicas, no arranjo de vida e na organização das atividades diárias e dos cuidados no domicílio podem gerar sentimentos de incerteza e de confusão, nomeadamente nas situações em que a alta não foi adequadamente planeada (Neiterman et al., 2015). Este processo de transição da pessoa para a comunidade torna evidente que as redes pessoais e o apoio social são cruciais para a recuperação da pessoa, permitindo uma adequada integração de cuidados de saúde com o apoio social (Neiterman et al., 2015).

É fundamental melhorar a integração e continuidade dos cuidados durante este processo de transição, tornando este processo mais estável para as pessoas idosas e seus cuidadores. Isto pressupõe avaliar as necessidades após a alta, nomeadamente: de alimentos, equipamentos, transporte para serviços de saúde, coordenação e acompanhamento nos cuidados de saúde e cuidados sociais. Pressupõe igualmente a implementação de serviços que assegurem uma adequada integração de cuidados de saúde e de cuidados sociais na transição da pessoa o seu domicílio (Neiterman et al., 2015). A coordenação destes serviços é crucial na gestão dos cuidados e no apoio aos prestadores de cuidados informais, por profissionais de saúde e serviços comunitários.

Por outro lado, o desenvolvimento de ferramentas que permitam uma avaliação global e integral das necessidades (reais e potenciais) das pessoas com múltiplos problemas aos níveis social e da saúde é apontado no estudo de Kuluski et al. (2017) como fundamental para abordagens integradas dos cuidados.

A integração de cuidados de saúde insere-se num conjunto de reformas consideradas necessárias para fazer face a mudanças atuais e futuras no que diz respeito às condições da procura de cuidados de saúde. A integração de cuidados de saúde é um tema que reúne cada vez mais atenção, motivada pelas suas enormes potencialidades onde predomina a centralização no utente que permite obter uma prestação com melhor qualidade assistencial sendo simultaneamente promotora de eficiência técnica e económica (Santana, 2008).

CONCLUSÃO

As conclusões do nosso estudo apontam para dois temas principais relacionados com os Cuidados a idosos no domicílio:

- O primeiro tema relacionado com os idosos e respetivos cuidadores informais, cujos resultados foram organizados em duas categorias: "participação e responsabilização dos cuidadores" e "apoio e suporte aos cuidadores e ao idoso".

Por um lado, emergem resultados que apontam para a necessidade dos cuidadores e dos próprios idosos participarem ativamente numa atitude de responsabilização ou de corresponsabilização de vários membros da família como forma de diminuir a sobrecarga do cuidador principal e da utilização de serviços de cuidados formais no apoio às famílias. Por outro lado, os estudos colocam também em evidência as várias necessidades sentidas pelos cuidadores informais e também pelos próprios idosos, avançando com soluções para minimizar ou colmatar essas mesmas necessidades, emergindo o apoio e suporte (a vários níveis) aos cuidadores informais como desiderato para a permanência dos idosos no seu domicílio.

- O segundo tema relativo à própria natureza dos cuidados, suportado por duas categorias: "continuidade dos cuidados" e "integração de cuidados".

Os resultados dos vários estudos remetem-nos para o imperativo da coordenação, integração e continuidade dos cuidados, não só ao nível do sistema de saúde, mas intersetorialmente, nomeadamente ao nível da intervenção social.

Ao nível da integração dos cuidados de saúde os desafios apontam para a alteração da definição de prestação de cuidados de saúde: o próprio conceito básico de "prestação" terá tendência para mudar de uma atuação centrada no antigo paradigma "tratamento da doença", para um novo paradigma mais focalizado no "bem-estar geral do doente"; o envelhecimento populacional e a consequente e crescente necessidade de consumo de recursos nesta faixa etária exige uma resposta estrutural que contemple a gestão programada de doenças crónicas e um melhor nível de coordenação entre os diferentes níveis de cuidados (Santana, 2008).

Ao nível intersectorial, em Portugal, os Programas e Planos para idosos, de forma geral, ou emanam do Ministério da Saúde ou do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, confirmando uma grande lacuna ao nível da intersetorialidade e da integração dos cuidados. No entanto, o caminho da intersetorialidade já deu início, nomeadamente com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, que não se destinando especificamente às pessoas idosas mas sim às pessoas em situação de dependência, constitui uma resposta de grande monta para os idosos em situação de dependência.

REFERÊNCIAS

Boland, L., Légaré, F., Perez, M., Menear, M., Garvelink, M., Mclsaac, D.,…Stacey, D. (2017). Impact of home care versus alternative locations of care on elder health outcomes: an overview of systematic reviews. *BMC Geriatrics*, 17 (20). Doi: 10.1186/s12877-016-0395-y

Cruz, L. N. (2014). Avaliação Económica e Financeira de um Serviço de Saúde O caso do Serviço Domiciliário de Ortopedia do Centro Hospitalar Cova da Beira. Tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, apresentada à Universidade da Beira Interior. Disponível em:. https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/4801

Dias, A. (2015). Integração de cuidados de saúde primários e hospitalares em Portugal: uma avaliação comparativa do modelo de unidade local de saúde. Tese de Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde apresentada à Universidade de Aveiro. Disponível em: https://ria.ua.pt/bitstream/10773/15131/1/tese.pdf

European Commission. (2012) Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27. Brussels: European Commission; (Economic Papers, 469)

Janse, B., Huijsman, R., Kuyper, R., & Fabbricotti, I. (2016). Do integrated care structures foster processes of integration? A quasi experimental study in frail elderly care from the professional perspective. *International Journal of Quality in Health Care*, 28 (3), 376-383. Doi:10.1093/intqhc/mzw045

Kietzman, K., Benjamin, A., Matthias, R. (2013). Whose choice? Self-Determination and the motivations of paid family and friend caregivers. *Journal of Comparative Family Studies*, 44 (4), 519-540. Retrieved from: http://www.jstor.org/stable/23644636.

Kuluski, K., Ho, J. W., Hans, P. K., & Nelson, M. L. (2017). Community Care for People with Complex Care Needs: Bridging the Gap between Health and Social Care. *International Journal Of Integrated Care*, 17(4), 2. https://doi.org/10.5334/ijic.2944

Mery, G., Wodchis, W. P., & Laporte, A. (2016). The determinants of the propensity to receive publicly funded home care services for the elderly in Canada: a panel two-stage residual inclusion approach. *Health Economics Review*, 6, 8. http://doi.org/10.1186/s13561-016-0086-6

Neiterman, E., Vodchis, W., & Bourgeault, I. (2015). Experiences of older adults in transition from hospital to community. *Canadian Journal on Aging/ La revue canadienne du vieillissement*, 34 (1), 90-99. Doi:10.1017/S0714980814000518

Pimenta, S. (2017). Mobilidade reduzida dos idosos no domicílio- condições determinantes. Tese de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem do Porto. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18054

Santana, R. & Costa, C., (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, pp. 29-56.

Vreugdenhil, A. (2014) Ageing-in-place: Frontline experiences of intergenerational family carers of people with dementia. *Health Sociology Review*, 23 (1), 43-52. https://doi.org/10.5172/hesm.2014.23.1.43

IMPACTO DO ENVELHECIMENTO NO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Patrícia Santos
Instituto Politécnico de Beja
Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo, ODEA

Susana Pestana
Instituto Politécnico de Beja
Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo, ODEA

Maria Raquel Santana
Instituto Politécnico de Beja
Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo, ODEA

Ana Isabel Ferreira
Instituto Politécnico de Beja
Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo, ODEA

RESUMO

O envelhecimento populacional é há muito uma realidade constatada em todo país, contudo, quando nos debruçamos sobre regiões do interior, como o Alentejo, existe um aumento exponencial. Por outro lado, este aumento reflecte-se também numa percentagem mais elevada de disfunções associadas ao avançar da idade.

Verifica-se assim, que o processo de senescência é muitas vezes acompanhado por disfunções crónicas que se vão instalando e que influenciam diretamente a funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. Apesar de não serem exclusivas da população idosa (como são o exemplo das perturbações neurocognitivas, osteoartrite e osteoporose), o aparecimento destas disfunções está exponencialmente associado à idade e a um maior grau de dependência. Esta realidade compromete tanto a qualidade de vida e participação, como influência diretamente e indiretamente a sociedade e economia.

Assim sendo, é fundamental que nos debrucemos acerca do impacto que o envelhecimento tem no desempenho ocupacional, de forma a que se possam definir estratégias, tanto para uma deteção mais precoce e eficaz de quadros de disfunção ocupacional associada ao envelhecimento, como para uma maior rapidez na implementação de estratégias de intervenção, que possam diminuir o impacto negativo que essas disfunções têm no desempenho de atividades significativas.

Devemos assim contribuir para que todos possam ter um envelhecimento mais saudável e pleno de vivências significativas, reconhecendo os princípios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, ou seja, princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização, princípios estes que são fundamentais da prática do Terapeuta Ocupacional no envelhecimento.

Palavras-chave: Envelhecimento; Desempenho Ocupacional; Reabilitação; Terapia Ocupacional; Idosos.

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Uma das razões pelas quais a temática do envelhecimento tem vindo a emergir como uma preocupação, ao nível das políticas de saúde, sociais e económicas, são as alterações demográficas que têm ocorrido nos países mais desenvolvidos nas últimas décadas. Alterações demográficas, que consistem no aumento da população idosa, tanto em números absolutos, como em proporção relativamente à população

mais jovem (*World Health Organization* [WHO], 2015).

Ao nível do território nacional a realidade é semelhante aos restantes países onde o envelhecimento populacional é crescente. Dados relativos ao ano de 2017, demonstram que 21% da população residente em Portugal, apresenta ≥ 65 anos (PORDATA, 2018), e que a maior percentagem de pessoas ≥ 65 anos concentra-se na região do Alentejo (25,2 %) (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2018). Uma das razões pela qual esta percentagem tem vindo a aumentar com o decorrer dos anos é devido ao aumento da esperança média de vida que atingiu os 77,4 anos nos homens e 83,2 anos nas mulheres (PORDATA, 2016).

Apesar do aumento da longevidade ser visto de uma perspectiva positiva, o viver mais tempo significa também estar mais exposto a fatores de risco. Fatores estes, que podem colocar em causa a qualidade de vida nos anos que actualmente se vive a mais. Dados de 2016 (Eurostat, 2019), vêm fundamentar essa preocupação, pois referem que em Portugal o número de anos que se pode esperar viver de uma forma saudável é de 57,4 para as mulheres e de 59,9 para os homens, ou seja, o número de anos que se pode esperar viver de forma saudável não corresponde efetivamente, à média de anos que se pode esperar viver.

Considerando os dados referidos e tendo em conta que um dos objetivos assumidos no Plano Nacional de Saúde, na sua extensão até 2020 (Direcção-Geral da Saúde[DGS], 2015) é aumentar a esperança média de vida saudável para 77,9 anos nos homens e para 76,5 anos nas mulheres, é fundamental que nos debrucemos acerca do impacto que o envelhecimento tem no desempenho ocupacional, bem como, a influência que as diversas multimorbilidades, associadas a esta fase de vida, têm na autonomia e na funcionalidade da população idosa.

DESEMPENHO OCUPACIONAL E ENVELHECIMENTO

Apesar de existiram diversos modelos que explicam o envolvimento da pessoa nas suas ocupações, o conceito de desempenho ocupacional, segundo Townsend e Polatajko (2007) é um dos mais amplamente utilizados para explicar toda a dinâmica de realização das atividades selecionadas, entre a pessoa, o contexto, ambiente e a própria atividade. Para este autor, o desempenho ocupacional refere-se há habilidade para a pessoa escolher, organizar e desempenhar, de forma satisfatória, ocupações significativas que sejam culturalmente definidas e adequadas ao seu estadio de desenvolvimento, com o objetivo de olhar por si próprio, aproveitar a vida, e contribuir para o desenvolvimento social e económico da comunidade. Estas atividades, decorrem da interação entre três elementos principais, a pessoa, ambiente e ocupação. A pessoa é descrita como estando incorporada no ambiente, pois cada pessoa vive dentro do seu próprio contexto ambiental, seja cultural, institucional, físico ou social, e a ocupação definida como a ligação entre a pessoa e o ambiente, uma vez que a pessoa atua no seu ambiente através da ocupação.

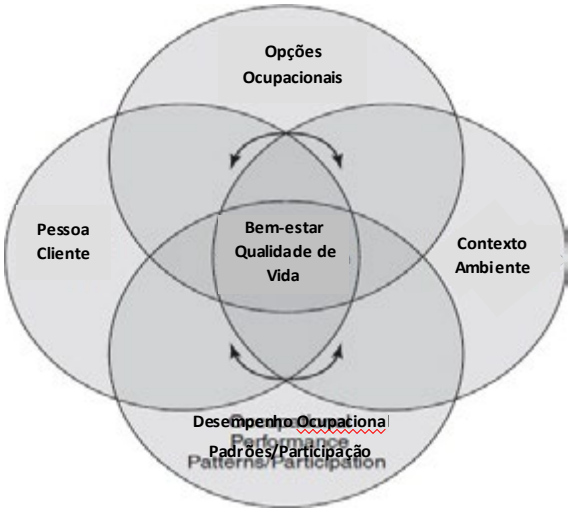
O desafio é perceber como estas diretrizes explicam o desempenho da pessoa nas suas atividades.

No que se refere, especificamente à população idosa, esta não poderá ser considerada de uma única perspectiva, além do próprio idoso, o profissional de saúde deve considerar, não só a família/cuidadores, como também os sistemas que dão suporte.

Outros aspectos a considerar, são o facto do idoso ter a sua individualidade, anos de experiência de vida associada a papéis, identidade e desempenho de atividades cujo significado pessoal pode variar.

Estas questões estão espelhadas no modelo *Ageing components of well-being and quality of life applied to geriatric Occupational Therapy practice*, adaptado por Perkinson e Barney (2016).

Figura 1. Agieng componentes of well-being and quality of life applied to geriatric Occupational



Neste modelo são definidos os aspetos orientadores, associados aos vários componentes relativos à pessoa idosa: pessoa/cliente (como estão os fatores intrínsecos [idade, género, etnia, valores, crenças, estruturas e funções do corpo] relativos este idoso/grupo de idosos? quais as diferenças entre as funções do presente comparativamente com o passado?); contexto/ambiente (quais são os contextos [cultural,

Opções Ocupacionais Pessoa Cliente Desempenho Ocupacional Padrões/Participação Contexto Ambiente Bem-estar Qualidade de Vida

temporal, virtual, pessoal] e ambientes [físico e social] em que as ocupações se desenvolvem?), opções ocupacionais (quais são as possibilidades do idoso participar nas atividades?), desempenho ocupacional/participação (o que implica em termos de competências, a continuidade da participação em atividades no contexto individual/ grupo?). Todos estes aspectos devem estar presentes em todo o processo de intervenção, permitindo o envolvimento em atividades significativas, a promoção do bem-estar e a qualidade de vida.

Desta forma, é pertinente compreender, como é que o processo de envelhecimento pode influenciar o desempenho ocupacional, bem como em que atividades essa influência é verificada tendo em conta a percepção dos próprios idosos, pois com o decorrer do processo de envelhecimento as atividades, consideradas de fácil execução, vão gradualmente tornando-se mais difíceis de ser realizadas devido a

patologias ou simplesmente consequência do processo de envelhecimento.

Dados de 2015, referem que em Portugal, relevam que cerca de 50,3 % das pessoas com idade ≥ 65 anos refere dificuldades na realização de tarefas domésticas e que cerca de 21,7% das pessoas com ≥ 65 anos apresentam limitações no desempenho das suas atividades de auto-cuidados (alimentação, mobilidade funcional [transferências de e para a cama e cadeira], vestir/despir, utilização da sanita, banho/duche). As dificuldades de desempenho, nestas atividades estão associadas ao próprio processo de envelhecimento, no qual surge o declínio de diversas competências e funções que suportam o envolvimento do idoso nas suas ocupações, bem como às incapacidades causadas pelas patologias que mais estão associadas a essa fase da vida (Eurostat, 2017), pois com o decorrer da idade, há um aumento no risco de aquisição de doenças crónicas e degenerativas com fortes implicações na sua funcionalidade, autonomia e qualidade de vida do idoso.

IMPACTO DAS PRINCIPAIS DISFUNÇÕES ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO NO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Com o decorrer do processo de envelhecimento, existe assim um aumento do risco de aquisição de multimorbilidades que apresentam um impacto na funcionalidade da pessoa idosa. Dados relativos a 2014, demonstram que são as doenças do foro crónico que representam uma maior percentagem na carga de morbilidade e incapacidade (88%), sendo que dentro destas, as principais doenças responsáveis pela carga de morbilidade e incapacidade são as perturbações músculo-esqueléticas (25%), doenças do foro mental e do comportamento (17,7%) (DGS, 2016).

No que respeita às principais perturbações músculo-esqueléticas, Hayes, Herning e Gonzalez-Snyder (2016), evidenciam diversas disfunções associadas às alterações que as estruturas ósseas, musculares e articulares sofrem com o decorrer do processo normal de envelhecimento. Relativamente às estruturas ósseas, estas protegem e suportam o corpo, mas com o decorrer da idade tornam-se mais frágeis e menos densas e, consequentemente, mais susceptíveis a fraturas. Por sua vez, nos músculos existe um declínio da massa muscular, força e resistência, encontrando-se associadas ao declínio da atividade física. Surge assim dificuldade na produção de contrações musculares rápidas de forma a evitar a perda de equilíbrio, instalando-se também uma maior predisposição para quedas. Já as articulações permitem movimento e fornecem suporte mecânico, contudo com o decorrer do envelhecimento, a cartilagem deteriora-se, perdem elasticidade e água ficando menos uniformes e promovendo a formação de osteófitos dentro da própria articulação. Os ligamentos e os tendões também se tornam menos extensíveis traduzindo-se em rigidez articular e limitação da amplitude de movimento.

Seguidamente, na Tabela 1, é realizada uma caracterização dos principais problemas de desempenho ocupacional associados a estas disfunções, baseada em Hayes et al. (2016).

Tabela 1. Implicações das principais disfunções músculo-esqueléticas associadas ao envelhecimento

Disfunção músculo-esquelética	Desempenho nas atividades de vida diária
Osteoartrite (deterioração articular da cartilagem e osso adjacente, com formação de osteófitos nas articulações da mão, anca e joelho)	Sintomatologia associada a dor, rigidez, edema e instabilidade articular, crepitação, diminuição da amplitude de movimento, fraqueza muscular e alterações posturais. Dificuldade em tarefas que exijam manipulação e preensão de pequenos objectos com as mãos (Ex: rodar a chave na fechadura, escrever, abotoar calças e camisas, cortar os alimentos, rodar o manípulo da torneira, preensão da esponja no banho, abertura de frascos do gel e champoo); atividades que exijam ficar na posição de pé durante um maior período de tempo e movimentos de flexão das articulações do membro inferior (ex: mobilidade, alcançar um objeto no chão, subir e descer escadas, transferências, entre outras).
Artrite Reumatoide (doença reumática crónica e autoimune, cujos sintomas estão associados à inflamação da membrana sinovial nas articulações).	Sintomatologia associada a edema, dor, rigidez e nódulos nas articulações, podendo manifestar-se não só no sistema músculo- esquelético: dificuldade na realização de tarefas que exijam movimentos precisão e de força pela dor e deformidade articulares já associadas, nomeadamente ao nível do membro superior (Ex: utilização dos talheres, cortar alimentos, utilizar a escova de dentes, rodar uma chave, abrir um frasco ou garrafa de água, abotoar, entre outras).
Osteoporose/Fraturas (diminuição da densidade mineral óssea)	É um grande factor de risco para o surgimento de fraturas ósseas; as mais comuns são as do punho, vértebras e fémur. São causadas, na sua maioria por traumas de baixa energia, ou seja, pequenas quedas. Os défices de desempenho podem surgir em variadas atividades. Nas fraturas de punho, os défices são mais associados às atividades que exijam utilização bimanual como cortar alimentos, preparação de refeições, banho, vestir, entre outras. Nas fraturas do colo de fémur, as implicações são maioritariamente nas transferências, na mobilidade no contexto da habitação e comunidade.

Não são apenas as funções músculo-esqueléticas que sofrem alterações no decorrer do envelhecimento, sendo que existem outras disfunções que surgem devido ao declínio cognitivo.

Segundo Abreu e Toglia (1987) a cognição é o método que o sistema nervoso central utiliza para processar e utilizar a informação, sendo o resultado de uma interação dinâmica contínua entre a pessoa, a atividade e o meio ambiente. As competências que envolvem a realização das várias atividades implicam uma multiplicidade de funções cognitivas, sendo estas essenciais para um desempenho ocupacional adequado.

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2018), Portugal está entre os países no quais se verifica uma maior percentagem de pessoas com demência, 7% do total da sua população com idade ≥ 60 anos, prevê-se que esta percentagem possa aumentar para 9% em 2040. Neste sentido, considera-se pertinente abordar a temática relativa às Perturbações Neurocognitivas (PNC).

A PNC é definida como um síndrome em que a alteração da cognição não está presente aquando o nascimento ou no início de vida representando assim, um declínio a partir de um nível de funcionamento que anteriormente a pessoa já tinha alcançado. Na maioria dos casos está associado a uma patologia subjacente. De acordo com o DSM-5 (*American Psychiatric Association* [APA], 2013), embora o termo demência não deixe de ser totalmente utilizado, esta, é integrado na PNC Major. Surge também um nível de PNC menos grave, a PNC ligeira, que também deve ser foco de atenção dos vários profissionais de saúde.

As PNC tanto major como ligeira, podem ter causa em diferentes patologias, sendo que o défice clínico primário se encontra função

cognitiva, como por exemplo na doença de Alzheimer, nas demências de corpos de Lewy e frontotemporal, bem como na lesão cerebral traumática e doenças vasculares, entre outras.

Relativamente à realidade portuguesa, Ruano et al. (2019) abordam a percentagem dos vários tipos de PNC na população a norte de Portugal, identificando como principais caudas a doença vascular (52,8%) e a doença de Alzheimer (36,1%).

Numa análise mais abrangente, realizou-se uma caracterização dos domínios cognitivos das PNC e as implicações que as alterações dos mesmos têm no desempenho ocupacional, com base no DSM-5 (APA, 2013) e Kempf, Schwarz, Desai e Perkinson (2016).

Tabela 2. Domínios cognitivos e alterações do desempenho ocupacional na PNC

Domínio Cognitivo	**Desempenho nas atividades de vida diária**
Atenção (atenção sustentada, atenção dividida, atenção seletiva, velocidade de processamento)	PNC major: Distrai-se facilmente, apresentando dificuldade em estar em ambientes com múltiplos estímulos (ver televisão, conversas); dificuldade em relembrar novas informações (ex: números de telefone, endereços ou relatar o que acabou de ser dito); dificuldade em fazer cálculos.
	PNC ligeira: necessidade de mais tempo para executar as tarefas; necessita de conferir várias vezes o que está a fazer; executa melhor as tarefas em ambientes com menos estímulos (ex: preferir desempenhar as tarefas como o cozinhar, ver televisão e conversas em ambiente mais calmos)
Função executiva (planeamento, tomada de decisão, memória de trabalho, resposta a feedback/correção de erros, substituir hábitos/inibição, flexibilidade cognitiva)	PNC major: dificuldades em realizar tarefas mais complexas (Ex: actividades de vida diária instrumentais que exijam maior complexidade no desempenho como ir as compras, preparar refeições, entre outras), necessitando de ajuda de uma terceira pessoa para as completar ou mesmo realizar.
	PNC ligeira: Necessidade de ajuda de uma terceira pessoa para concluir tarefas com vários passos; dificuldade em retomar tarefas quando estas são interrompidas por qualquer razão; dificuldade em organizar, planear e tomar decisões.
Aprendizagem e memória (memória imediata, memória recente, memória a longo prazo e aprendizagem implícita).	PNC major: repetir conversas; necessita de recorrer a listas para efetuar as compras ou planear o seu dia.
	PNC ligeira: dificuldade em recordar eventos recentes; cada vez necessita mais de recorrer a notas e listas de tarefas; dificuldade em tarefas complexas em que tem de recordar várias informações como toma de medicação, gestão financeira e gestão de tarefas domésticas.
Linguagem (linguagem expressiva e linguagem recetiva)	PNC major: utiliza expressões para substituir nomes como "aquela coisa"; pode chegar a não se lembrar de nomes de familiares; diminuição de comentários e produção verbal; discurso automático e ecolália.
	PNC ligeira: Dificuldade em manter a fluência do discurso por ser mais difícil encontrar palavras; evita a utilização de nomes específicos e erros gramaticais frequentes.
Percetivo e motor (habilidades abrangidas por termos como perceção visual, visuoconstrutiva, visuomotora, práxis e gnosia)	PNC major: dificuldade em atividades como a utilização de instrumentos e condução, mais confuso ao anoitecer por alterações percetivas em contextos com diminuição de luz e dificuldade em reconhecer objetos familiares.
	PNC ligeira: necessidade de recurso a mapas ou a outras pessoas para se orientarem nas atividades relacionadas com a mobilidade na comunidade; necessidade de apontamentos para chegar a algum local; menos preciso nas atividades de condução de veículos; dificuldade em tarefas mais exigentes ao nível das relações espaciais, como conduzir, montagem de objetos e equipamento e fazer malha ou tricô.
Cognição social (reconhecimento de emoções, teoria da mente)	PNC major: não considera os padrões socialmente desejáveis tanto no vestir como em conversas de cariz religioso, político ou sexual; tomada de decisões sem consultar a família e sem considerar a sua própria segurança.
	PNC ligeira: mudanças subtis de comportamento e atitudes; menor capacidade de interpretar linguagem não verbal; menor inibição ou apatia e inquietação.

O conhecimento acerca de quais os domínios cognitivos que podem ser afectados na PNC, bem como a forma como as suas alterações se podem manifestar-se nas diversas ocupações da pessoa idosa, permite uma melhor identificação de sinais precoces de PNC.

Estes sinais podem variar consoante a doença que está na base das alterações dos domínios cognitivos, pois os sinais podem ser distintos caso de trate de uma PNC major ou ligeira, seja por exemplo na doença de Alzheimer ou por doença vascular. Contudo, os diferentes critérios de diagnóstico podem ser consultados no DSM-5.

CONCLUSÃO

Com o decorrer do processo de envelhecimento, verifica-se que o desempenho ocupacional nas atividades de vida diária vai sofrendo alterações. Atividades que anteriormente eram consideradas de fácil execução, mas que vão gradualmente tornando-se mais difíceis de serem realizadas devido a patologias ou simplesmente consequência do processo de envelhecimento.

Uma vez que Portugal tem uma população cada vez mais envelhecida, associado ao facto dos anos referentes à esperança média de vida estarem a aumentar, e estes não corresponderem aos anos que se espera viver de forma saudável, é imperativo que as temáticas acerca do envelhecimento sejam discutidas entre os vários profissionais das áreas da saúde.

Aprofundar o conhecimento acerca destas questões torna-se assim fundamental para que se possa compreender melhor o impacto que o processo de envelhecimento tem no desempenho das atividades que o idoso necessita ou deseja fazer. Este conhecimento permitirá a delineação de programas mais eficazes para a promoção, prevenção e manutenção de todos os fatores envolvidos na saúde, bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

Abreu, B., & Toglia, J. (1987). Cognitive rehabilitation: A model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 41, 439–449. doi: doi:10.5014/ajot.41.7.439

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 Manual de diagnósticos e estatística das perturbações mentais* (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Direção-Geral da Saúde (2016). *A Saúde dos Portugueses 2016*. Lisboa: Autor. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Sa%C3%BAde%20dos%20Portugueses%202016.pdf

Direcção-Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. Lisboa: Autor. Recuperado de https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/

Direcção-Geral da Saúde (2014). *Portugal idade maior em números*. Lisboa: Autor. https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-idade-maior-em-numeros-2014.aspx

Eurostat. (2019). *Number of healthy years of life_ countries compared - Publication Details*. Brussels: Author. Recuperado de https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190204-1

Eurostat. (2017). *Funcional and activity limitations statistic*. Brussels: Author. Recuperado de https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Functional_and_activity_limitations_statistics#Functional_and_activity_limitations

Hayes, A., Herning, M., & Gonzalez-Snyder, C. (2016). Musculoskeletal System. In Barney, K., Emerita, C., & Perkinson, M. (2016). *Occupational Therapy with Aging Adults: Promoting Quality of Life through Collaborative Practice* (pp. 97-124). Missouri: Elsevier.

Instituto Nacional de Estatística (2018). *Estatísticas demográfica 2017*. Recuperado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (2014). Projeções de população residente 2012-2060. Recuperado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2

Kempf, C., Schwarz, L., Desai, A., & Perkinson, M. (2016). Cognitive impairment, dementia, and occupational therapy interventions. In Barney, K., Emerita, C., & Perkinson, M. (2016). *Occupational therapy with aging adults: promoting quality of life through collaborative practice* (pp. 245-265). Missouri: Elsevier.

Perkinson, M. & Barney, K. (2016). Gerontological occupational therapy: conceptual frameworks, historical contexts, and practice principles. In Barney, K., Emerita, C., & Perkinson, M. (2016). *Occupational therapy with aging adults: promoting quality of life through collaborative practice* (pp. 245-265). Missouri: Elsevier.

PORDATA. (2018). *Retrato de Portugal edição 2018*. Lisboa: Autor. Recuperado de https://www.pordata.pt/Retratos/2018/Retrato+de+Portugal+na+Europa-75

PORDATA. (2016). *Retrato de portugal edição 2016*. Lisboa: Autor. Recuperado de https://www.pordata.pt/Retratos/2016/Retrato+de+Portugal+na+Europa-50

Ruano. L., Araújo, N., Branco, M., Barreto, R., Pais, R., Tendim,…,Barros, H. (2019). Prevalence and causes of cognitive impairment and dementia in a population-based cohort from northern portugal. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 34, 49-56. doi: 10.1177/1533317518813550

Townsend, E., & Polatajko, H. (2007). Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation. Ottawa: CAOT Publishers.

World Health Organization (2015). *World report on ageing and health (2015)*. Geneve: Autor. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Mónica Pires

ESTILOS DE AUTORIDADE PARENTAL, PRÁTICAS PARENTAIS E AUTOEFICÁCIA

Mónica Taveira Pires
Centro de Investigação em Psicologia
Universidade Autónoma de Lisboa
(mpires@autonoma.pt)

Grazielle Antunes da Silva

This article was funded by national funds through FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia - as part the project CIP/UAL - Refª UID/PSI/04345/2019.

RESUMO

Neste estudo transversal pretendemos averiguar a relação entre Estilos de Autoridade Parental (EAP), Práticas Parentais (PP) e Autoeficácia Parental (AP), numa amostra de 60 casais, pais de crianças de 3-10 anos (*M*=6.3; *DP*=1.5). Os 120 participantes, selecionados de forma não probabilística, entre os 24-56 anos (*M*=38.4; *DP*=5.9), maioritariamente com estudos superiores (mães=62.1%;

pais=61%), responderam aos questionários, sociodemográfico, Questionário de Estilos Parentais para Pais -PAQ-P, Questionário de Práticas Parentais -QPP e Escala de Autoeficácia Parental-EAP. Encontramos correlações positivas significativas entre a autoritatividade, parentalidade positiva e AP; sucedendo inverso com os EAP permissivo e autoritário. Para as mães, a permissividade e a disciplina rígida predizem significativamente uma menor AP (28%, $F_{(2.58)}$ =12.721, p<001); para os pais mais expectativas claras/monitorização e menor rigidez na educação predizem a autoeficácia (36.1%, $F_{(3.\ 55)}$=11.915, p<.001). As mães obtêm valores estatísticos significativamente mais elevados do que os pais na dimensão de autoeficácia positiva. Ter mais filhos exerce um efeito na perceção de AP. Os pais consideram-se maioritariamente autoritativos, e com práticas parentais positivas (expectativas claras, monotorização e disciplina apropriada). Os resultados significativos encontrados sugerem a pertinência de estudar a relação entre as variáveis na perspetiva dos elementos do pai e da mãe numa amostra mais alargada. O EAP autoritativo, coerente com práticas parentais positivas, ajuda a estabelecer o clima familiar promotor do desenvolvimento da criança, percecionando-se os pais como mais eficazes na sua função parental.

Palavras-chave: Parentalidade; Estilos de Autoridade Parental; Práticas Parentais; Autoeficácia Parental.

INTRODUÇÃO

Os estilos de autoridade parental (EAP), enquanto padrões consistentes de educação adotados pelos pais no relacionamento com os seus filhos, definindo o clima emocional familiar onde decorrem as práticas e os comportamentos parentais (Baumrind, 1971; Darling & Steinberg, 1993), têm sido abordados ao longo das últimas cinco décadas. Os primeiros estudos de Baumrind (1966, 1971, 1978), revelaram a sua importância do equilíbrio entre controlo/exigência e responsividade exercida pelos pais na educação dos filhos e o seu impacto no ajustamento e socialização da criança. O controle está relacionado com as expectativas dos pais em relação aos filhos, com a monitorização do comportamento face a regras, e a disciplina consistente, enquanto que a responsividade implica a sensibilidade e o afeto dos pais ajustado às características, singularidade e necessidades desenvolvimentais dos filhos. Da combinação das duas dimensões resulta o modelo tripartido de EAP autoritário pouco promotor da autonomia (elevado controlo e baixa responsividade), o autorititativo promotor da autonomia e independência (controlo e responsividade equilibrados) e o permissivo (baixo controlo e elevada responsividade). Mais tarde são propostos outros tipos de permissividade indulgente, negligente (baixo controlo e elevada responsividade) ou inconsistente (Maccoby, & Martin, 1983). Os pais podem adoptar maioritariamente um EAP ou adotarem um estilo misto, dependendo das suas crenças, valores, características pessoais como personalidade, sintomatologia, idade, género ou escolaridade e culturais/contextuais (Belsky, Bakermans-Kranenburg, & van Ijzandoorn, 2007; Darling & Steinberg, 1993; Egeli & Rinaldi. 2016). A oscilação entre EAP opostos está associada a um impacto negativo no desenvolvimento dos filhos (Pires, 2011).

O EAP autoritativo tem sido considerado como promotor do desenvolvimento e autonomia dos filhos e predominante nas culturas ocidentais e em contextos culturais individualistas, enquanto que e o autoritário predominante em contextos coletivistas, está associado um maior ajustamento de desempenho escolar. Os estilos parentais autoritário e permissivo, práticas parentais ríspidas, coercivas ou inconsistentes, têm sido associados a problemas psicológicos internalizados e exteriorizados, a uma menor autoestima e a um menor desempenho académico, ao contrário do EAP Autoritativo (McKinney & Brown, 2017, Pinquart, 2017)

Os pais portugueses são percepcionados maioritariamente como autoritativos, exercendo um impacto positivo da adaptação dos filhos e com menores níveis de stresse, ajustamento (Gaspar & Paiva, 2004; Maccoby & Martin, 1983; Morgado, Maroco, Miguel, Machado, & Dias, 2006; Pires, Hipólito & Jesus, 2014; Pires & Paz, 2016; Silva, Morgado, & Maroco, 2012. Nunes e Mota em 2017, verificaram que, mediados pela vinculação, a permissividade e o autoritarismo dos pais se associam a valores mais elevados no questionário de ideação suicida, sublinhando a importância do EAP autoritativo para o estabelecimento de um clima seguro emocionalmente.

As práticas educativas parentais (PP) podem ser determinadas pelos EAP, padrões mais consistentes de socialização, são, no entanto, mais voláteis e sujeitas às circunstâncias em que ocorrem, podendo de ser incongruentes com o modelo de parentalidade do pai ou da mãe. Hoffman (1994) definiu o conceito de práticas educativas parentais, como a interação entre pais e filhos e as estratégias educacionais, de disciplina, desencadeadas com o objetivo de socializar as crianças. As PP podem ser divididas em no tipo ríspido coercivo (como a afirmação de poder pela punição corporal; ou pela ameaça da retirada de afeto) ou indutivo (não-coercivo através do recurso ao diálogo, ao esclarecimento e explicação de regras, expectativas face às suas ações, disciplina e consequências das transgressões de acordo com a idade da criança). As PP coercivas estão associadas a um menor ajustamento da criança, as PP indutivas estão associadas a uma melhor interiorização dos valores dos pais; desenvolvimento moral e culpa face às transgressões (Spera, 2005; McKinney, Brown & Malkin, 2018).

De acordo com Baumrind (1966), os pais autoritários são muito exigentes, impõem regras restritas, valorizam a obediência, dispensam pouca atenção às necessidades emocionais, não promovem a independência e individualidade, e recorrem a medidas punitivas para controlar o comportamento dos filhos. Para os pais autoritativos o afeto e a compreensão associam-se a um controle consistente e assertivo estabelecendo limites e regras de forma clara, mas com a flexibilidade necessária às características dos filhos, da transmissão de expectativas claras e do diálogo, com abertura para uma comunicação fluída e aberta (Cecconello, Antoni & Koller, 2003; Pacheco, Silveira & Schneider, 2008). Os pais permissivos exigem pouca responsabilidade dos filhos, monitorizam pouco o seu comportamento, atribuindo aos filhos a capacidade de regularem o seu próprio comportamento, são benevolentes aos impulsos, desejos e ações da criança, tendendo a não os responsabilizar ou a punir (Baumrind, 1971). Segundo Gomide (2006), as práticas indutivas, implicam uma monitorização positiva através do diálogo, e as coercivas, consideradas negativas, incluem uma disciplina ríspida, permissiva ou inconsistente, acompanhadas de carência de atenção e de afeto. Pinquart (2017) numa meta-análise com 1435 estudos, verificou que os EAP marcados pelo controlo ríspido, exercido fisicamente ou psicologicamente mediante práticas parentais coercivas estão associados a problemas psicológicos exteriorizados (ex. problemas de comportamento e oposição e agressividade).

Resultados de estudos anteriores sublinham a relevância da associação entre os EAP, PP e Autoeficácia Parental (AP), como indicadores relevantes para a qualidade da parentalidade. A autoeficácia parental de Bandura (1997), é concebida mediante a perceção de domínio e controlo das situações; experiência vicariante, persuasão verbal e suporte, e estados afetivos ou fisiológicos associados. A AP tem sido associada a um melhor desenvolvimento da criança, mesmo na fase de transição para a parentalidade (Bandura 1997; Pinto, Figueiredo, Pinheiro & Canário, 2016). O sentimento de eficácia da mãe e do pai na sua função parental dependerá da forma como avalia e percepciona sua interação quotidiana com os filhos, o comportamento dos mesmos face às expectativas dos pais e o seu desenvolvimento

e ajustamento. A percepção de eficácia parental positiva ou negativa, poderá ser determinada pelas PP e EAP onde estas ocorrem (Brites, Martins & Nunes, 2011; Egeli & Rinaldi, 2016; Meunier & Roskam, 2009). Sanders e Woolley (2004) verificam, num estudo com grupos clínico vs não clínico de mães, a relação entre as PP permissivas e inconsistentes, e a autoeficácia parental no controlo de comportamento. A idade e o género dos pais e dos filhos são apontados como exercendo um impacto nas variáveis em estudo (McKinney, Brown & Malkin, 2018). Cheung, Boise, Cummings e Davies (2018), confirmaram os resultados de estudos anteriores, que associam tanto para os pais como para as mães de crianças em idade escolar, as PP positivas a um maior ajustamento dos filhos a menos problemas internalizados e exteriorizados; exercendo as PP negativas e inconsistentes o efeito inverso. Os autores sublinham a importância do diálogo emocional, nomeadamente para as mães, ao exercer um efeito atenuante entre PP negativas e problemas de ajustamento dos filhos. Sugerem a relevância de incluir ambos os pais, pois contribuem para o clima familiar e para o desenvolvimento da criança de forma distinta.

Já na adolescência, a monitorização tende a diminuir (Egeli & Rinaldi. 2016) e depende da área de domínio onde o controlo é exercido. PP baseadas na monitorização associa-se ao maior ajustamento. Sorkhabi & Middaugh (2019) sugerem a continuidade dos estudos sobre PP e AP ao verificarem que as PP coercivas, como a hostilidade verbal, estavam associadas um pior ajustamento dos adolescentes, mas de igual forma ao domínio moral no caso das práticas punitivas. No presente estudo de corte transversal pretendemos analisar as correlações e efeito dos Estilos de Autoridade Parental e das Práticas Parentais na Auto eficácia Parental e as diferenças segundo a função parental numa amostra portuguesa de 120 pais com filhos em idade escolar. Colocamos como Hipóteses 1) Estilos de Autoridade Parental, Práticas Parentais e Auto eficácia Parental estão correlacionados; 2) Estilos de Autoridade Parental e as Práticas Parentais são preditores da Auto eficácia Parental; 3) Há diferenças de género nos Estilos de Autoridade Parental; 4) nas Práticas Parentais; 5) e na Auto eficácia Parental.

MÉTODO

Participantes

O grupo de 60 casais (N = 120), pais de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 10, da área da grande Lisboa, foram selecionados de forma não aleatória. Com idades compreendidas entre os 24 e os 56 anos (M = 38.4; DP = 5.9), encontravam-se à data casados (85.8%) ou numa relação marital tendo entre um a dois filhos (M = 1.94). Na sua maioria concluíram estudos superiores (mães 62.1%; pais 61%) encontrando-se maioritariamente empregados (mães 96.6%; pais 94.6%). Os 60 pais e 60 mães, após o consentimento informado e esclarecido, responderam separadamente aos questionários em papel (questionário sociodemográfico; PAQ-P; QPP e EAP). Foram respeitados todos os procedimentos e cuidados éticos e deontológicos relativos ao estudo de variáveis psicológicas.

Instrumentos

Questionário de Estilos Parentais para Pais (PAQ-P) (Pires, et al., 2011): Uma adaptação do *Parenting Styles Questionaire de Buri* (1991, citado por Pires, 2011) para resposta aos pais permitindo um hétero relato pais-filhos. Os 30 itens respondidos numa escala de Likert de 5 pontos, dividem-se em 3 sub-escalas: EAP Autoritário (α = .77), EAP autoritativo (α=..83) e EAP permissivo (α = .75), resultado cada um do somatório dos respetivos itens. O PAQ-P revelou valores de consistência interna adequados ao presente estudo (α = .70; α = .83; α = .77 respetivamente).

Questionário de Práticas Parentais (QPP) (Santos et al., 2014) O QPP é composto por duas escalas: Parentalidade positiva com quatro dimensões (Disciplina Apropriada; Parentalidade Positiva; Expectativas Claras; Monitorização); e Parentalidade negativa com três dimensões (Disciplina Rígida; Disciplina Rígida para a Idade e Disciplina Inconsistente) (Santos et al., 2014). Os valores de consistência interna encontrados revelam a adequação da escala à amostra em estudo: Parentalidade + (α = .860; DA α = .84; PP α = .68; EC α = .79; M α = .58); Parentalidade - (α = .72; DR α = .73; DRI α = .70; DI α = .63)

Escala de Autoeficácia Parental (Brites, et al. 2011) é composta por 44 itens respondidos numa escala de Likert de 5 pontos acerca da perceção das competências e desempenho enquanto pais. Autoeficácia + (Atitudes e comportamentos parentais promotores de desenvolvimento; Equilíbrio independência-segurança). e Autoeficácia – (permissividade-negligência-desinteresse; Controlo negativo). As diferentes subescalas apresentam valores adequados de consistência interna AP + (α = .86; D α = .85; EI α = .51); AP - (α = .83; PND α = .83; C- α = .56). Após a limpeza de dados e análise de dados em falta, realizámos análises descritivas, correlações Pearson; regressão linear hierárquica, teste t de Student para amostras independentes e teste Mann-Whitney recorrendo ao software SPSS v.24 (IBM, INc.). Estabelecemos o valor de $p < .05$ como indicador da significância estatística, comummente estabelecida para os estudos em psicologia.

Resultados

Os valores descritivos das medidas indicam para a amostra total, o EAP autoritativo é prevalente (M=41.02, DP=4.97), seguido do autoritário (M=29.79, DP=5.38) e do permissivo (M=22.50, DP=5.73). São também as PP indutivas as que apresentam valores mais elevados (M=4.52, DP=0.56) comparativamente com as PP – (M=2.87, 0.45), assim como a AP + (M=8.48, DP=1.07) face à AP - (M=4.86, DP=1.20).

Confirmamos a hipótese 1), para as mães (tabela 1) verificamos que a permissividade correlaciona positivamente de forma significativa com a disciplina rígida (DR) e inconsistente, com AP negativa e permissividade, e correlacionando-se inversamente com as PP Expectativas Claras (EC) e Monitorização e com todas as dimensões da AP. A autoritatividade correlaciona-se positivamente de forma significativa com todas as PP positivas e as dimensões positivas da AP; enquanto que o autoritarismo com as PP negativas (Disciplina rígida e rígida para a idade e com uma AP negativa). No grupo de pais (tabela 2) os resultados são menos expressivos (tabela 1). Verificamos uma correlação significativa positiva com a DI, AP negativa e permissividade e de forma negativa com as EC, M e as atitudes de promoção do desenvolvimento. A autoritatividade dos pais correlaciona-se positivamente de forma significativa com todas a práticas parentais positivas DA EC e M e com as dimensões positivas da AP; e o autoritarismo com as PP negativas, disciplina rígida e desadequada para a idade. O número de filhos exerce um efeito nos Estilos e Práticas e auto eficácia parental percebida. Para as mães, o número de filhos correlaciona-se de forma positiva com o EAP autoritário, DRI e EC (r = .46, p = .011; r = .32, p = .001; r = .37, p = .003); Já para os pais, com o estilo autoritário, DRI, DA e EC (r = .31, p = .017; r = .32, p = .015; r = .292, p = .025; r = .430, p = .001).

Tabela 1. Estilos Parentais, Práticas Parentais e Auto eficácia das Mães (n = 60)

	Práticas parentais									Estilos parentais		
	DR	DRI	DI	DA	PP	EC	M	PN	PPT	P	Att	Aut
Estilos parentais												
Permissivo	.35**	.02	.37**	-.23	-.05	-.45**	-.43**	.34**	-.29*			
Autoritativo	-.38**	.07	-.49**	.48**	.29*	.50**	.63**	-.35**	.58**			
Autoritário	.28*	.41**	-.13	.22	.18	.14	.09	.38**	.23			
Autoeficácia parental												
Desenvolvimento	-.30*	-.24	-.28*	.13	.01	.29*	.61**	-.41**	.24	-.34**	.54**	-.11
Equilíbrio	-.30*	-.03	-.43**	.18	.09	.36**	.47**	-.34**	.27*	-.28*	.50**	.05
Positiva	-.33**	-.14	-.39**	.17	.05	.36**	.59**	-.41**	.28*	-.34**	.57**	-.03
Permissividade	.48**	.11	.48**	-.19	-.03	-.38**	-.50**	.51**	-.26*	.52**	-.49**	.27*
Negativa	.43**	.12	.30*	-.04	.19	-.22	-.13	.43**	1	.33**	-.17	.34**
Controlo	.27*	.09	.11	.06	.25*	-.06	.13	.25*	.15	.13	.07	.28*
Total	-.48**	-.16	-.41**	.11	-.12	.33**	.37**	-.52**	.14	-.41**	.39**	-.27*

Nota. Valores de correlação bi-caudal;: significância estatística * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$; DR- Disciplina Rígida; DRI-Disciplina Rígida para Idade; DI–Disciplina Inconsistente; DA-Disciplina Apropriada; P- Parentalidade +; EC-Expectativas Claras; M–Monitorização; PN-Parentalidade -; PPT-Parentalidade +Total; P–Permissivo; Att-Autoritativo; Aut–Autoritário

Tabela 2. Estilos Parentais, Práticas Parentais e Autoeficácia Pais (n = 60)

	Práticas parentais									Estilos parentais		
	DR	DRI	DI	DA	PP	EC	M	PN	PPT	P	Att	Aut
Estilos parentais												
Permissivo	.12	-.06	.31*	.04	.20	-.34**	-.27*	.13	-.02			
Autoritativo	-.14	.00	-.19	.37**	.26	.51**	.45**	-.15	.50**			
Autoritário	.27*	.27*	-.01	.19	.24	.30*	-.02	.33*	.24			
Autoeficácia parental												
Desenvolvimento	-.19	-.23	-.21	.22	.01	.49**	.45**	-.32*	.31*	-.30*	.50**	.10
Equilíbrio	-.12	-.07	-.12	.16	.29*	.25	.30*	-.15	.32*	.05	.39**	.13
Positiva	-.17	-.14	-.18	.22	.26*	.39**	.43**	-.25	.39**	-.07	.52**	.15
Permissividade	.41**	.09	.29*	-.11	.07	-.38**	-.35**	.40**	-.18	.55**	-.22	.14
Negativa	.41**	.02	.23	-.04	.19	-.33*	-.25	.33**	-.05	.52**	-.16	.13
Controlo	.30*	-.05	.12	.03	.25	-.20	-.11	.20	.06	.36**	-.07	.08
Total	-.36**	-.11	-.26*	.18	.08	.48**	.46**	-.38**	.31*	-.35**	.47**	.04

Nota. Valores de correlação bi-caudal;: significância estatística * p ≤ .05 ** p ≤ .01 *** p ≤ .001; DR- Disciplina Rígida; DRI-Disciplina Rígida para Idade; DI–Disciplina Inconsistente; DA-Disciplina Apropriada; P- Parentalidade +; EC-Expectativas Claras; M–Monitorização; PN-Parentalidade -; PPT-Parentalidade +Total; P–Permissivo; Att-Autoritativo; Aut–Autoritário

A fim dde verificarmos se os Estilos e as Práticas Parentais são preditores significativos da Autoeficácia Parental das mães (Hipótese 2) recorremos ao modelo de regressão linear múltipla com o método *Stepwise*. A hipótese foi confirmada no grupo de mães com o estilo permissivo (β = -.098, p = .019) e a Disciplina rígida (β = -1.160, p = .002) como preditores significativos da autoeficácia parental, contribuindo para um sentimento de menor autoeficácia. O modelo explica 28.1% da variância da AP [$F_{(2.58)}$ = 12.721, p < .001]. Também nos pais o modelo foi confirmado com as variáveis Expectativas Claras (β = .501, p = .005), Monitorização (β = .811, p = .009) e a Disciplina Rígida (β = -.765, p = .020) a explicarem 36.1% da variância [$F_{(3.\ 55)}$ = 11.915, p = .001].

Tabela 3. Regressão Linear Hierárquica método Stepwise

	Autoeficácia parental			
	R2	ΔR2	β	B
Mães Modelo 1	.305	.281		
PP Disciplina Rígida			-1.160	-.385**
EAP Permissivo			-.098	-.282*
Pais Modelo 2	.394	.361		
PP Expectativas Claras			.501**	.332
PP Monitorização			.811**	.304
PP Disciplina Rígida			-.765*	-.257

Nota. Significância estatística * p ≤ .05 ** p ≤ .01 *** p ≤ .001

Quanto à comparação segundo a função parental, as hipóteses 3) 4) e 5) não foram confirmadas (tabela 4). As diferenças relativas à percepção dos estilos de autoridade parental práticas parentais e respetiva auto eficácia não foram significativas estatisticamente (todos os *ps* > .05). Apenas na dimensão da AP +, verificamos que as mães referem adotar mais atitudes promotoras do desenvolvimento dos filhos dos que os pais [$t_{(118)} = 2.037$, $p = .044$, (4.55 vs 4.38)].

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados são concordantes com os de estudos anteriores realizados em culturas ocidentais e em Portugal, em que se verificou com uma prevalência do estilo de autoridade parental autoritativo, nesta amostra seguido pelo autoritário e pelo permissivo (Gaspar & Paiva, 2004; Morgado, et al., 2006; Nunes & Mota em 2017; Pires, et al., 2014; Pires & Paz, 2016; Silva, et al., 2012). Apesar do impacto dos estilos de autoridade dos pais não se verificar de igual forma em todos os contextos culturais (ex.: culturas coletivistas, asiáticas e afro-americanas) a autoritatividade dos pais tem sido associada a um melhor ajustamento social, emocional e académico dos filhos (McKinney & Brown, 2017, Pinquart, 2017).

O EAP autoritativo, coerente com práticas parentais positivas, ajuda a estabelecer o clima familiar promotor do desenvolvimento da criança, percecionando-se os pais como mais eficazes na sua função parental. Os resultados encontrados neste estudo revelam que estilos, práticas e o sentimento de autoeficácia dos pais se correlacionam. Os pais adotam práticas parentais positivas e indutivas congruentes com a sua autoritatividade, nomeadamente exercendo uma disciplina apropriada, o estabelecimento de regras e de expectativas claras para o comportamento dos filhos e respetiva monitorização. Os resultados elucidam quanto à consistência da adoção de um EAP, padrão ideal de parentalidade, e a sua concretização e avaliação de eficácia na socialização dos filhos no quotidiano, em situações especificais e mais permeáveis aos contextos onde ocorrem. Esta conjugação verificada nas correlações encontradas, está associada a uma perceção de maior eficácia no exercício da função parental sucedendo o inverso com os estilo permissivo e práticas rígidas associadas ao estilo autoritário.

A perceção de maior eficácia, presente quando as expectativas dos pais em relação ao desenvolvimento dos filhos são supridas, é favorecida pela adoção de práticas consistentes com uma parentalidade positiva (Mondin, 2008). O exercício da parentalidade de forma mais autoritária é consistente com a adoção de práticas parentais mais ríspidas e coercivas, podendo implicar uma menor perceção de eficácia na educação dos filhos. Se para as mães a permissividade e a adoção de disciplina rígida, explica a diminuição da sua perceção de autoeficácia, para os pais, foram as práticas parentais positivas, que revelaram ser preditores relevantes para a perceção de maior autoeficácia. A adoção de comportamentos parentais coercivos, rígidos, permissivos ou inconsistentes é considerada como pouco promotora do desenvolvimento da criança, com possíveis implicações negativas para o seu ajustamento, despoletando nos pais a perceção de menor eficácia na tarefa de educar os filhos percecionadas (Pires, 2011; Sanders & Woolly; 2005).

À exceção das práticas de Promoção do Desenvolvimento dos filhos, não verificámos outras diferenças significativas na função parental exercida por pais e mães. Estudos anteriores verificaram diferenças de género em variáveis parentais (McKinney, et al., 2018). Meunier e Roskam (2009) também observaram que as mães se percecionavam com mais competências parentais positivas no afeto, responsividade, empatia, do que os pais. A constatação neste estudo de apenas uma diferença estatisticamente significativa poderá ser compreendida à luz da evolução económica, social e cultural quanto ao papel do homem e mulher, nomeadamente, no seio da família portuguesa nas últimas décadas. O papel do homem anteriormente associado à manutenção das regras, estabilidade e disciplina, está gradualmente mais envolvido na educação dos filhos. Também a mulher exerce um papel mais ativo no contexto laboral, implicando uma maior equidade na distribuição de tarefas parentais e domésticas. Os resultados encontrados sublinham a importância de incluir ambos os membros do subsistema parental nos estudos de família. Esta necessidade torna-se mais premente quando acrescem os membros da família. O número de filhos exerce um efeito nos Estilos e Práticas Parentais adotados e na auto eficácia percebida. Quanto mais filhos mais autoritários e com necessidade de estabelecer mais regras e clarificar expectativas adotando uma maior rigidez na disciplina em casa. Quanto maior o número de filhos mais os pais poderão recorrem a práticas parentais negativas, físicas ou psicológicas de forma mais ou menos incongruente ou inconsistente (Alarcão, 2006).

Este estudo contribui para a compreensão do conceito de parentalidade na perceptiva de pais e de mães portugueses, elucidando quanto à relação consistente quanto à autoritatividade dos pais e as práticas parentais positivas, consideradas benéficas para o ajustamento das crianças, com um efeito positivo na percepção de auto eficácia parental. Assim como para a relação concordante entre os estilos de autoridade parental autoritário e permissivo, e as práticas parentais coercivas ou inconsistentes. Os resultados obtidos nesse estudo,

enfatizam a importância de continuar a aprofundar a relação entre estas e outras variáveis parentais, individuais e contextuais. A inclusão de díades parentais e filiais com o objetivo de aceder às percepções dos diversos membros da família, enriquecerá a compreensão da parentalidade resultante da interação quotidiana e complexa entre os elementos dos diversos subsistemas familiares.

Limitações

Ao tratar-se de um estudo de corte temporal transversal, não podemos estabelecer relações de verdadeira influência causal. Não obstante, na complexa dinâmica familiar, a relação entre variáveis parentais e individuais relativas aos filhos é de natureza circular e não linear. Estudar longitudinalmente a evolução da parentalidade, ao longo das etapas de desenvolvimento dos filhos e do ciclo de vida familiar em estudos futuros ajudará a compreender a evolução dos EAP, PP e da percepção de auto eficácia dos pais face aos desafios da parentalidade vivenciados. No âmbito do presente estudo, análises estatísticas mais sofisticadas serão realizadas com uma amostra mais alargada, permitindo testar o modelo de predição com maior segurança. Também a partilhada de valores entre membros da mesma família deverá ser considerada como fonte de enviesamento. Em linha com a perspectiva sistêmica, é relevante estudar o grau de concordância entre o relato dos estilos de autoridade parental e práticas parentais entre a díade parental e nas díades pai-filho/a e mãe-filho/a, a fim de verificar o efeito do género nas consequências para a criança, nomeadamente no seu ajustamento psicológico e adaptação social.

REFERÊNCIAS

Alarcão, M. (2006). (Des)Equilíbrios familiares (3ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Albanese, A. M.; Russo, G. R. & Geller, P. A. (2019). The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child: Care, Health & Development*, 45 (3), 333-363. Doi: 10.1111/cch.12661

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37, 887-907.

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1), 1-103. doi:10.1037/h0030372

Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, 9(3), 239-272.

Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. In P. A. Cowan & E. Hetherington (Eds.), *Family transitions* (pp. 111–163). Hillsdale, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M. & van Ijzandoorn, M. H. (2007). For better and for worse – differential susceptibility to environmental influences. Current Directions in Psychological Science, 16 (6), 300-304

Brites, R., Martins, H. & Nunes, O. (2011). Escala de autoeficácia parental: Validação e estudos metodológicos. In *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/ XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 743-759). Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Psicologia

Buri, J. R. (1991). Parental authority questionnaire. The Journal of Personality. Assessment, 57(1), 110-119.

Cecconello, A. M., De Antoni, C., & Koller, S. H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*, 8, 45-54.

Cheung, R. Y.M., Boise, C., Cummings, E. M. & Davies, P. T. (2018). Mothers' Emotion Socialization as Predictors. *Journal of Child & Family Studies*, 27(12), 4033-4043. Doi: 10.1007/s10826-018-1214-1

Coleman, P. & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: findings and future applications. *Developmental Review*, 18, 47–85.

Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. Psychological Bulletin. 113, 487–496.

Egeli, N. A. & Rinaldi, C. M. (2016). Facets of Adult Social Competence as Predictors of Parenting Style. *Journal of Child Family Studies* 25, 3430–3439. Doi: 10.1007/s10826-016-0484-8

Gaspar, M. F. & Paiva, P. S. (2004). *Parenting practices and children's socio- emotional development: A study with Portuguese community preschool age children* (sd.) Retrieved form http://www.incredibleyears.com/Library/items/parenting-practices-lift- portuguese-04.pdf

Gomide, P. I. C. (2006). *IEP: Inventário de Estilos Parentais. Modelo teórico-manual de aplicação, apuração e interpretação.* Petrópolis, Brasil: Editora Vozes.

Hoffman, M. L. (1994). Discipline and internalization. *Developmental Psychology*, 30(1), 26-28.

Maccoby, E.E., & Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In E.M. Hetherington (Ed.). Handbook of child psychology (Vol.4): Socialization, personality, and social development (pp. 1- 101). New York, NY, USA: Wiley

McKinney, C. & Brown, K. (2017). Parenting and emerging adult internalizing problems: Regional differences suggest southern parenting factor. *Journal of Child and Family Studies*, https://doi. org/10.1007/s10826-017-0749-x.

McKinney, C.; Brown, K. & Malkin, M. L. (2018). Parenting Style, Discipline, and Parental Psychopathology: Gender Dyadic Interactions in Emerging Adults. *Journal of Child Family Studies*, 27, 290–301. Doi: 10.1007/s10826-017-0865-7

Meunier, J. C., & Roskam, I. (2009). How do parenting concepts vary within and between the families? *European Journal of Psychology of Education*, 14(1), 33- 47. doi:10.1007/BF03173473

Mondin, E. M. C. (2008). Práticas educativas parentais e seus efeitos na criação dos filhos. Psicologia Argumento, 26(54), 233-244

Morgado, J., Maroco, J., Miguel, M., Machado, R., Dias, C. (2006). Estilos parentais e suporte social em adolescentes – Relação com o

comportamento escolar. Évora: Actas do VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia.

Nunes, F., & Mota, C. P. (2017). Parenting styles and suicidal ideation in adolescents: Mediating effect of attachment. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 734– 747.

Pacheco, J. T. B., Silveira, L. M. O. B., & Schneider, A. M. A (2008). Estilos e práticas educativas parentais: Análise da relação desses construtos sob a perspectiva dos adolescentes. *Psico*, 39(1), 66- 73.

Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta- analysis. *Developmental Psychology*, 53, 873–932.

Pinto, T. M.; Figueiredo, B.; Pinheiro, L. L. & Canário; C. (2016). Fathers' parenting self-efficacy during the transition to parenthood. *Journal of reproductive and infant psychology*, 34 (4), 343–355. http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2016.1178853

Pires, M., (2011). Valores, estilos parentais, stresse infantil e vivência emocional dos filhos. Tese de Doutoramento em Psicologia. Faro, Portugal: Universidade do Algarve.

Pires, M., Hipólito, J. & Jesus, S. N. (2011). Questionário de estilos parentais para pais (PAQ-P) - estudos de validação. Actas do VIII Congresso Ibero-americano de Avaliação /Evaluatión Psicológica & XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (pp. 760-770). Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Psicologia

Pires M., & Paz, T. (2016). Parenting Styles Perceived by Teenagers and School Achievement. In EADP (Ed.). Proceedings of 17th European Conference on Development Psychology (pp. 267-273). Bologna, IT: MEDIMOND s.r.l. ISBN 978-88-7587-733-0

Sanders, M. R., & Woolly, M. L. (2005). The relationship between maternal self- efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development*, 31(1), 65-73.

Santos, M. J. S., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T. C, Leitão, S., Pimentel. M., & Major, S. (2014). *Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: Eficácia de programas parentais e escolares*. Coimbra, Portugal: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Silva, J., Morgado, J., & Maroco, J., (2012). The relationship between Portuguese adolescent perception of parental styles, social support, and school behaviour. Psychology, 7, 513-517.

Sorkhabi, N. & Middaugh, E. (2019). Domain-specific Parenting Practices and Adolescent Self-esteem, Problem Behaviors, and Competence. *Journal of Child & Family Studies*. 28 (2), 505-518. Doi: 10.1007/s10826-018-1270-6

Spera, C. (2005). A Review of the Relationship Among Parenting Practices, Parenting Styles, and Adolescent School Achievement. *Educational Psychology Review*, 17(2), 125-146. Doi: 10.1007/s10648-005-3950-1

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Rute Meneses

HETEROGENEIDADE DA PERSONALIDADE NA FIBROMIALGIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA VIVÊNCIA DA DOENÇA

Bárbara Gonzalez
HEI-Lab: Digital Human-Environment Interactions Lab,
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Rosa Novo
CICPSI, Universidade de Lisboa

Ana Sousa Ferreira
Universidade de Lisboa;
Business Research Unit (BRU-IUL)

RESUMO

Introdução: A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa crónica de etiologia desconhecida. No âmbito de um modelo de diátese-stress, as características psicológicas podem ter um importante papel na sua compreensão. Após uma recente meta-análise que comprovou diferenças significativas na personalidade e psicopatologia entre participantes saudáveis e pacientes com FM, e um estudo posterior que identificou especificidades da FM em comparação com outra doença reumatológica de etiologia bem identificada, o objetivo do presente estudo foi o de testar a heterogeneidade das características psicológicas de pacientes FM, a partir da psicopatologia da personalidade. Método: 56 pacientes FM com idades entre os 30 e os 60 anos (M=45.95; SD= 9.39) foram avaliadas com o MMPI-2. Procedeu-se a uma análise de *clusters* (K-médias) a partir dos resultados das escalas de psicopatologia da personalidade (PSY-5), seguida de MANOVAs relativamente a diferentes variáveis clínicas e de doença. Resultados: Foram identificados dois clusters: um, com 32 participantes, sem elevações significativas nas escalas PSY-5 (i.e., T < 65), e outro, com 24 participantes, que apresentam elevações significativas nas escalas *Emocionalidade Negativa/Neuroticismo* e *Introversão/Baixa Emocionalidade Positiva*. As análises multivariadas das escalas clínicas indicam que os participantes do segundo cluster apresentam valores superiores em várias dimensões. Discussão: A heterogeneidade das características psicológicas e psicopatológicas identificadas são discutidas considerando o papel da personalidade na etiologia desta síndrome, bem como as implicações para o delineamento terapêutico.

Palavras-chave: Fibromialgia; MMPI-2; heterogeneidade; personalidade; psicopatologia.

INTRODUÇÃO

A Fibromialgia (FM) é uma síndrome crónica caracterizada primariamente por dor musculoesquelética generalizada (Malin & Littlejohn, 2012; Staud, 2007). Embora seja provável a existência de um substrato neurobiológico para esta síndrome, incluindo perturbação no sistema de regulação fisiológica (Van Houdenhove & Luyten, 2007), e a dor constante, na ausência de lesão dos tecidos, possa ser explicada por disfunção do processamento da dor no sistema nervoso (Bellato et al., 2012), a etiologia da fibromialgia permanece desconhecida.

A fibromialgia foi definida em 1990 pelos critérios de classificação do Colégio Americano de Reumatologia, consistindo na presença de dor generalizada por um mínimo de 3 meses, em combinação com sensibilidade dolorosa em 11 ou mais de 18 pontos anatómicos específicos, sob aplicação de uma pressão de 4kg/cm (Wolfe et al., 1990). Muito frequentemente, a dor coexiste com sintomas como fadiga, sono de baixa qualidade, problemas cognitivos e sofrimento emocional (Malin & Littlejohn, 2012). Em 2010, os critérios de diagnóstico foram reformulados, excluindo o exame dos pontos dolorosos e assentando no autorrelato dos pacientes e numa lista de sintomas somáticos (Wolfe et al., 2010). Um estudo recente de meta-análise de 65 estudos publicados estimou a prevalência da FM de 1.78% na população geral, de 3.98% nas mulheres e de 0.01% nos homens (Heidari, Afshari, & Moosazadeh, 2017), Moosazadeh, 2017), considerando-se que a adoção dos critérios de diagnóstico modificados conduziu a um aumento da prevalência da FM (Jones et al., 2015). Estudos efetuados com gémeos sugerem que aproximadamente 50% do risco de desenvolvimento de FM e de outras condições relacionadas, tais como cefaleias e síndrome do cólon irritável, é genético, e 50% é ambiental (Kato, Sullivan, Evengard, & Pedersen,2009).

Na atualidade, é geralmente aceite o papel de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, no surgimento e evolução da FM (Bernardy, Klose, Busch, Choy, & Häuser, 2013; Eich, Hartmann, Muller, & Fischer, 2000; Thieme, Turk, Gracely, Maixner, & Flor, 2015). Um modelo biopsicossocial da etiologia e patogénese da FM preconiza que os fatores dos três domínios interagem de formas diferentes e em diferentes estádios, como precipitantes, predisponentes e de manutenção, sugerindo que múltiplos caminhos podem levar ao surgimento e persistência da síndrome (Eich et al., 2000). Neste enquadramento, a FM pode ser conceptualizada como o estádio final de uma acumulação de fatores de vulnerabilidade biológica e psicossocial, ao longo do tempo, os quais têm uma influência formativa no desenvolvimento do sistema locomotor e conduzem a estados disfuncionais, ao interagir com stress posterior (Eich et al., 2000). A personalidade, como fator psicológico, pode desempenhar um papel como predisponente e de manutenção da síndrome (Van Houdenhove, Kempke, & Luyten, 2010; Van Houdenhove, Luyten, & Egle 2009).

Vários estudos revelaram diferenças significativas entre pacientes com fibromialgia e grupo de controlo saudável, sendo que as pacientes apresentam mais elevações do perfil clínico (e.g., Gonzalez, Baptista, Branco, & Novo, 2014; Pérez-Pareja, Sesé, González-Ordi, & Palmer, 2010; Vural, Berkol, Erdogdu, Kucukserat, & Aksoy, 2014). Em alguns casos, o grupo FM apresentava elevações significativas em várias escalas (Gonzalez, 2014; Pérez-Pareja et al., 2010), enquanto noutros casos, embora significativamente mais elevadas que as do grupo de controlo saudável, apenas duas escalas registavam elevações clinicamente significativas (e.g., Vural et al., 2014). Na ausência de dados conclusivos a este respeito, foi realizada uma meta-análise com o objetivo principal de verificar a existência de diferenças significativas entre doentes com FM e saudáveis, no perfil de escalas clínicas avaliadas pelo inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (Novo, Gonzalez, Peres, & Aguiar, 2017a; 2017b). Esta meta-análise, integrando um total de 11 estudos publicados entre 1991 e 2015 e incluindo uma amostra total de 461 pacientes com FM, confirmou a existência de diferenças significativas nas médias de todas as escalas clínicas, com exceção da escala de Masculinidade/Feminilidade (escala não verdadeiramente clínica, pois indica sobretudo atitudes e tendências específicas relativas ao papel de género; Friedman, Bolinskey, Levak, & Nichols, 2014; Graham, 2012; Greene, 2000). Assim, confirmou-se a própria capacidade do MMPI para discriminar, em mulheres, os aspetos psicológicos que diferenciam pacientes com FM de saudáveis. Para além desta diferenciação, a meta-análise permitiu identificar em diversas escalas clínicas uma importante heterogeneidade das pacientes com FM, o que sugere a existência de uma potencial diversidade de perfis clínicos. Assim, a síndrome de fibromialgia seria um "destino final comum" (Eich et al., 2000), refletindo diferentes combinações de fatores etiológicos, e a diferente contribuição relativa de cada fator etiológico de tipo diverso; i.e., se os sintomas musculoesqueléticos dominam as experiências de alguns pacientes com FM, os fatores psicológicos dominam as experiências de outros (Wilson et al., 2009), e a personalidade pode certamente desempenhar um importante papel em algunscasos.

A heterogeneidade na população de pacientes com FM tem sido explorada em vários estudos, ao longo do tempo. No âmbito da classificação dos pacientes em um de três grupos psicossociais, com base nas respostas ao *Multidimensional Pain Inventory* (MPI), os bem adaptados são caracterizados pelos níveis mais elevados de suporte social e por baixos níveis de dor, perturbação do humor e défice funcional (Walen, Cronan, Serber, Groessl, & Oliver, 2002), melhor saúde geral e mental, autoeficácia, menos medo, depressão e catastrofização (Verra et al., 2009), e o grupo disfuncional tem os níveis mais elevados de dor, perturbação do humor e incapacidade física (Walen et al., 2002), ansiedade (Thieme, Turk, & Flor, 2004), depressão e catastrofização, e os níveis mais baixos de funcionamento físico e saúde mental (Verra et al., 2009).

Com o MMPI, Ahles et al. (1984) verificaram que um vasto grupo de pacientes FM tinham um perfil clínico dentro da normalidade, seguido por um grupo com o perfil típico da dor crónica (pontuações clinicamente significativas nas escalas da "tríade neurótica", i.e., (*Hipocondria*, *Depressão* e *Histeria*), e um grupo mais pequeno com o perfil psicopatológico (elevações significativas em várias escalas clínicas). Uma configuração relativamente similar, com menos pacientes com o perfil psicopatológico, foi encontrada em alguns estudos (Gonzalez et al., 2015; Yunus et al., 1991). No sentido contrário, alguns estudos identificaram um cluster mais vasto com o perfil psicopatológico (Claros et al., 2006; Porter-Moffitt et al., 2006), e pontuações significativamente superiores no *Psicoticismo* e na *Emocionalidade Negativa/ Neuroticismo*, enquanto o grupo menor tinha um perfil típico da dor crónica, maior *Agressividade* e menor *Introversão/Baixa Emocionalidade Positiva*.

No que respeita à personalidade no âmbito do modelo dos cinco fatores, foi identificado um cluster com *Neuroticismo* mais elevado e mais baixa *Conscienciosidade* (Bucourt et al., 2018; Torres et al., 2013), e também com mais baixa *Extroversão* (Torres et al., 2013). No que respeita ao modelo da personalidade, de temperamento e caráter, um cluster ligeiramente inferior é caracterizado por elevação em Evitamento de Dano e por menor Auto-Orientação e menor Dependência de Reforço Emocional (Ablin et al., 2016; Leombruni et al., 2016).

Por fim, no que respeita à Personalidade tipo D – uma combinação específica de *Afetividade Negativa* e *Inibição Social* –, van Middentorp et al. (2016) encontraram uma elevada prevalência numa amostra FM, e Ablin et al. (2016) identificaram também uma prevalência elevada deste tipo de personalidade num dos clusters FM, associada a um padrão global menos adaptativo.

Assim, revelou-se a necessidade de explorar aprofundadamente a heterogeneidade na FM, numa investigação com uma amostra predominantemente integrada na comunidade, com um intervalo etário relativamente homogéneo e em que aproximadamente dois terços das pacientes não apresentam nem queixa psicológica nem diagnóstico psiquiátrico. Embora a maioria dos estudos foque a diferenciação com base nas dimensões clínicas, no presente estudo em que o foco é a exploração ao nível da personalidade, a diferenciação de grupos foi iniciada a partir das escalas de psicopatologia da personalidade. Só posteriormente foram exploradas as diferenças no vasto conjunto de dimensões clínicas avaliadas pelo MMPI-2. Estes dois passos de análise permitem, em conjunto, uma caracterização diferenciada dos grupos de pacientes com FM.

MÉTODO

Participantes

Asparticipantesforam56pacientescomFM,dosexofeminino,comidadescompreendidasentre os 30 e os 60 anos (M = 45.95; SD = 9.39). Os critérios de inclusão foram os seguintes: idade mínima de 18 anos; diagnóstico puro de FM (sem outra doença reumática ou condição dolorosa) realizadohá, pelo menos seis meses; e nível adequado de consistência de resposta ao MMPI-2 (expresso pelas escalas VRIN e TRIN).

Instrumentos

Para avaliar a psicopatologia clínica e da personalidade foi utilizada a versão portuguesa do MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989; Silva, Novo, Prazeres, & Pires, 2006). O MMPI-2 é um inventário com 567 itens, com um formato de resposta de "Verdadeiro" ou "Falso", e destina-se avaliar adultos com mais de 18 anos num conjunto de dimensões psicológicas expressas através de diversas escalas: clínicas, de conteúdo, de psicopatologia da personalidade e suplementares. Os resultados são convertidos em pontuações T normalizadas e, em termos gerais, pontuações $T \geq 65$ são consideradas clinicamente significativas. Nas escalas clínicas, os coeficientes de consistência interna variam entre .34 e .87, a maioria deles é na ordem de .80, e os coeficientes de teste-reteste variam entre .54 e .93, a maioria com valores próximos de .70. O MMPI-2 ultrapassa as dificuldades que os instrumentos de avaliação de personalidade ou psicopatológica colocam, pois além de controlar a consistência e a credibilidade das respostas ao teste, considera diferentes dimensões do funcionamento, não apenas sintomatologia, e permite obter perfis globais de personalidade e de alterações clínicas. Este aspeto é especialmente relevante no caso de situações de doença sem uma base orgânica clara, como a FM, nas quais se torna mais difícil obter uma medida objetiva da dor e incapacidade (Pérez-Pareja et al., 2010; Vural et al., 2014). Neste sentido, o MMPI-2 é considerado um instrumento apropriado para uma avaliação psicológica dos pacientes com FM (Bellenguer, Ramos-Casals, Siso, & Rivera, 2009; Trygg, Lundberg, Rosenlund, Timpka, & Gerdle, 2002) e para caracterizar um padrão de resposta específico das pacientes FM (Pérez-Pareja et al., 2010).

A intensidade da dor reportada pelas pacientes foi avaliada através da Escala Verbal Numérica com 11 pontos, na qual a paciente tem de assinalar o nível de dor sentida nos últimos sete dias, entre 0 ("ausência de dor") e 10 ("a pior dor possível"). Esta escala tem uma utilização clínica generalizada devido à administração simples que favorece a adesão (Hartrick et al., 2003).

Procedimento

As pacientes com FM foram maioritariamente recrutadas através de uma associação de doentes; foram contactadas por telefone e questionadas sobre os critérios de inclusão e a disponibilidade para participar no estudo. As restantes pacientes foram recrutadas no âmbito de um serviço de psicologia num centro universitário. Às pacientes que cumpriam os requisitos de inclusão foi administrado, individualmente e de forma estandardizada, o protocolo de avaliação; nos casos em que se revelou necessário, o protocolo de investigação foi administrado em entrevista. A investigação indica que não existem diferenças significativas nos resultados obtidos através dos dois tipos de administração (Edwards et al.,1998).

Análise de dados

Os dados foram analisados com utilização do Statistical Package for Social Sciences (v.24 SPSS Inc. Chicago, IL). Foi conduzida uma análise de clusters não hierárquica pelo método K-médias, com base nas cinco escalas de psicopatologia da personalidade do MMPI-2 (PSY-5: Agressividade, Psicoticismo, Desconstrangimento, Emocionalidade Negativa/Neuroticismo, e Introversão/Baixa Emocionalidade Positiva). Foi testada uma solução de três clusters, que não se revelou apropriada, na medida em que um dos clusters tinha apenas duas participantes, sendo então considerada uma solução de dois clusters. O teste de Qui-Quadrado foi utilizado para identificar diferenças entre os dois grupos de participantes, identificados na análise de clusters, nas variáveis sociodemográficas nominais e ordinais (i.e., estado civil, nível académico e estatuto ocupacional), e a análise de variância univariada (ANOVA) para testar diferenças na idade, tempo de diagnóstico e nível de dor. Uma vez que não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos nestas variáveis, foi utilizada a análise de variância multivariada (MANOVA) para testar as diferenças entre os dois grupos nas escalas clínicas, suplementares e de conteúdo do MMPI-2.

RESULTADOS

Na solução de dois clusters, identificados com base nas pontuações nas cinco escalas de psicopatologia da personalidade do MMPI-2, a convergência foi alcançada após três iterações. A distância final entre os centros dos clusters foi de 23.945. O cluster maior (n = 32) não

tem elevações clinicamente significativas, enquanto o outro cluster (n = 24) regista elevações clinicamente significativas (T ≥ 65) em duas escalas: *Emocionalidade Negativa* e *Introversão*.

As variáveis de caracterização são apresentadas no Quadro 1, e os dois grupos de pacientes são homogéneos no respeitante às variáveis sociodemográficas e à duração do diagnóstico.

Quadro 1. Características sociodemográficas das participantes FM

	Cluster 1		**Cluster 2**			
	M	*DP*	*M*	*DP*	*F*	*p*
Idade	44.38	9.34	48.04	9.22	2.14	.250
Duração do diagnóstico	4.98	2.56	5.78	3.66	.896	.348
Nível de dor	6.08	1.77	6.69	1.11	1.90	.269
	Cluster 1		**Cluster 2**			
	N	%	*N*	%	χ^2	*p*
Estado civil					2.21	.331
Solteira	5	15.6	2	8.3		
Casada/união de facto	21	65.6	20	83,3		
Divorciada/separada	6	18.8	2	8.3		
Nível académico						
1º ciclo	0	0	2	8.3	5.65	.464
2º ciclo	2	6.3	2	8.3		
3º ciclo	3	9.4	4	16.7		
Secundário	12	37.5	7	29.2		
Bacharelato	1	3.1	2	8.3		
Licenciatura	12	37.5	5	20.8		
Mestrado	2	6.3	2	8.3		
Estatuto ocupacional						
Empregada	22	68.8	15	62.5	2.34	.505
Desempregada	4	12.5	1	4.2		
Reformada	4	12.5	5	20.8		
Outro	2	6.3	3	12.5		

Nota. Cluster 1 (n = 32); Cluster 2 (n = 24).

No compósito de escalas de psicopatologia da personalidade, existem diferenças significativas entreosclusters(Wilk'sΛ=.299;F(5,50) =23.473;p=.000;η^2par=.701),verificando-sediferenças significativas em todas as escalas, com exceção do *Psicoticismo* (ver Quadro 2). O cluster 2 regista pontuação superior, e clinicamente significativa, no *Neuroticismo* e na *Introversão*, e níveis significativamente inferiores na *Agressividade* e no*Desconstrangimento*.

Quadro 2. Média, Desvio-Padrão e diferenças das escalas de psicopatologia da personalidade no cluster 1 eno cluster2

	Cluster 1 (n =32)		Cluster 2 (n =24)		*t*	*p*	*d de Cohen*
	M	*DP*	*M*	*DP*			
AGGR	57.09	11.70	48.42	7.05	3.22	.002	0.88
PSYC	58.84	8.78	56.21	11.53	.97	.336	0.27
DISC	49.75	8.61	42.75	6.26	3.37	.001	0.93
NEGE	56.38	9.76	65.25	9.66	-3.38	.001	0.93
INTR	49.31	6.67	68.38	9.90	-8.61	.000	2.37

Note. AGGR = *Agressividade*; PSYC = *Psicoticismo*; DISC = *Desconstrangimento*; NEGE = *Emocionalidade Negativa /Neuroticismo*; INTR = *Introversão/Baixa Emocionalidade Negativa.*

A MANOVA permitiu identificar diferenças significativas entre os clusters no compósito de escalas clínicas (Wilk's Λ = .415; *F*(10,45) = 6.344; *p* = .000; η^2par = .585). Como se vê no Quadro 3, o cluster 2 teve níveis significativamente superiores na *Depressão*, *Psicastenia,* e *Introversão Social*, níveis significativamente inferiores na *Hipomania*, e elevações clinicamente significativas na *Psicastenia* (T ≥ 65). Ambos os clusters têm elevações clinicamente significativas na *Hipocondria, Depressão*, *Histeria*, e *Esquizofrenia*.

Quadro 3. Média, Desvio-Padrão e diferenças das escalas clínicas no cluster 1 e no cluster 2

	Cluster 1 *(n = 32)*		**Cluster 2** *(n = 24)*		*t*	*p*	*d de Cohen*
	M	*DP*	*M*	*DP*			
Hs	78.56	10.89	80.00	12.30	-.46	.646	0.13
D	69.81	9.94	84.33	11.69	-5.01	.000	1.38
Hy	75.81	13.38	76.67	13.22	-.24	.813	0.07
Pd	57.03	11.28	61.92	11.88	-1.57	.123	0.43
Mf	51.13	9.08	50.04	8.35	.46	.649	0.13
Pa	58.84	10.32	61.42	15.05	-.76	.451	0.21
Pt	60.47	9.98	69.63	8.99	-3.54	.001	0.97
Sc	66.72	11.40	72.08	11.97	-1.71	.094	0.47
Ma	59.25	9.68	52.29	7.45	2.93	.005	0.81
Si	51.41	6.81	63.29	8.32	-5.88	.000	1.62

Nota. Hs = *Hipocondria*; D = *Depressão*; Hy = *Histeria*; Pd = *Desvio Psicopático*; Mf = *Masculinidade/Feminilidade*; Pa = *Paranoia*; Pt = *Psicastenia*; Sc = *Esquizofrenia*; M*a* = *Hipomania;* Si = *Introversão Social.*

No compósito de escalas suplementares, a MANOVA mostrou diferenças significativas entre os dois clusters (Wilk's Λ = .060; *F*(12,43) = 4.203; *p* = .000; η^2par = .540). Como podemos observar no Quadro 4, o cluster 2 teve pontuações significativamente superiores na *Ansiedade*, R*ecalcamento*, *Inadaptação Escolar*, *Stress Pós-Traumático*, e *Distress Conjugal* (todos eles valores clinicamente significativos, exceto no caso da *Ansiedade*), e pontuação significativamente mais baixa e clinicamente significativa (T ≤ 40) na *Dominância*. Ambos os clusters tiveram T ≤ 40 na escala *Força do Ego*.

Quadro 4. Média, Desvio-Padrão e diferenças das escalas suplementares no cluster 1 e no cluster 2

	Cluster 1 (*n* = 32)		Cluster 2 (*n* =24)		*t*	*p*	*d de Cohen*
	M	*SD*	*M*	*SD*			
A	55.94	7.46	63.17	6.53	-3.78	.000	1.04
R	54.66	7.97	65.38	9.94	-4.48	.000	1.23
Es	34.41	6.54	31.58	3.30	1.94	.058	0.53
Do	42.84	7.60	36.75	7.82	2.93	.005	0.81
Re	54.41	9.91	54.63	8.98	-.09	.933	0.02
Mt	63.66	7.71	71.08	6.23	-3.87	.000	1.06
PK	61.31	7.12	69.79	9.64	-3.79	.000	1.04
MDS	59.59	8.76	67.04	11.41	-2.77	.008	0.76
Ho	57.34	9.22	58.63	8.92	-.52	.604	0.14
O-H	54.72	10.58	57.08	8.68	-.89	.376	0.24
GM	43.13	6.77	39.54	7.97	1.82	.075	0.50
GF	46.78	8.07	50.04	6.39	-1.63	.109	0.45

Nota. A = *Ansiedade;* R = *Recalcamento;* Es = *Força do Ego;* Do= *Dominância;* Re = *Responsabilidade Social;* Mt = *Inadaptação Juvenil;* PK = *Stress Pós-Traumático;* MDS = *Distress Conjugal;* Ho = *Hostilidade;* O-H = *Hostilidade Hipercontrolada;* GM = *Papel de Género Masculino;* GF = *Papel de Género Feminino.*

Finalmente, a MANOVA mostrou diferenças clinicamente significativas entre os clusters no compósito de escalas de conteúdo (Wilk's Λ = .440; *F*(15,40) = 3.391; *p* = .001; η^2par = .560). Como podemos ver no Quadro 5, o cluster 2 teve níveis significativamente mais elevados na *Obsessividade*, *Baixa Auto-Estima*, *Desconforto Social*, *Indicadores Negativos de Tratamento*, *Ansiedade*, *Depressão,* e *Interferência no Trabalho*, sendo que as últimas três escalas têm elevações clinicamente significativas (T ≥65).

Quadro 5. Média, Desvio-Padrão e diferenças das escalas de conteúdo para o cluster 1 e cluster 2

	Cluster 1 (*n* =32)		Cluster 2 (*n* =24)		*t*	*p*	*d de Cohen*
	M	SD	M	SD			
ANX	62.00	9.25	71.04	7.77	-3.87	.000	1.06
FRS	56.91	11.72	61.67	13.15	-1.43	.159	0.39
OBS	50.78	6.34	58.58	8.43	-3.96	.000	1.09
DEP	60.50	7.15	68.67	11.22	-3.32	.002	0.91
HEA	77.16	10.44	79.79	10.46	-.93	.355	0.26
BIZ	58.59	8.56	57.54	10.16	.42	.676	0.12
ANG	54.69	10.94	57.58	11.19	-.97	.336	0.27
CYN	59.06	9.19	62.13	9.79	-1.20	.235	0.33
ASP	53.75	8.04	54.67	6.26	-.46	.645	0.13
TPA	61.13	13.30	59.58	11.54	.45	.652	0.13
LSE	52.00	8.08	59.46	8.99	-3.26	.002	0.90
SOD	47.47	4.91	57.67	9.35	-5.29	.000	1.45
FAM	55.44	11.30	58.67	13.93	-.96	.342	0.26
WRK	58.31	9.03	66.38	9.55	-3.23	.002	0.89
TRT	54.19	7.06	64.08	10.46	-4.22	.000	1.16

Nota. ANX = *Ansiedade*; FRS = *Medos*; OBS = *Obsessividade;* DEP = *Depressão;* HEA = *Preocupações com a Saúde*; BIZ = *Pensamentos Bizarros*; ANG = Ira; CYN = *Cinismo*; ASP = *Práticas Antisociais*; TPA = *Comportamento Tipo A*; LSE = *Baixa Auto-Estima*; FAM = *Problemas Familiares*; WRK = *Interferência no trabalho*; TRT = *Indicadores negativos de Tratamento*.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi explorar a heterogeneidade na FM, com base nas dimensões da psicopatologia da personalidade. Dois clusters foram identificados: um não apresenta elevações clinicamente significativas (cluster 1) enquanto o outro (cluster 2) é caracterizado por níveis clinicamente significativos de *Introversão* e de *Emocionalidade Negativa*. Este cluster 2 está em linha com a personalidade tipo D encontrada por Ablin et al. (2016), e com menor Dependência de Reforço Emocional e mais elevado Evitamento de Dano (Ablin et al., 2016; Leombruni et al., 2016), na medida em que o Evitamento de Dano é positiva e fortemente relacionado com o neuroticismo, e negativamente correlacionado com extroversão, e a Dependência do Reforço Emocional é mais fortemente associada com a extroversão (De Fruyt et al., 2000). Vendrig et al. (2000) verificou que baixa pontuação na Introversão (baixa emocionalidade positiva) antes do início do tratamento foi preditora de maior satisfação com o tratamento e perceção de maiores benefícios emocionais. É relevante que os níveis médios de *Introversão* no cluster 2 são superiores aos níveis médios de *Neuroticismo*, o que, de acordo com o preconizado pelo modelo dinâmico do afeto, significa que o papel do afeto positivo como protetor contra a experiência de afeto negativo em momentos de stress e de dor (Davis et al., 2004), não está presente nos participantes deste cluster.

As alterações ao nível da personalidade que caracterizam as participantes do cluster 2 estão associadas a maior vulnerabilidade clínica tal como documentada no perfil clínico base do MMPI-2. Na tríade neurótica, o cluster 2 teve a *Depressão* como a escala com maior elevação*,* o que não é comum em pacientes com dor crónica, mesmo no grupo FM com o perfil típico da dor crónica, na medida em que é esperado que a *Hipocondria* e a *Histeria*, que englobam sintomas relacionados com a saúde, sejam as mais elevadas (Ahles et al., 1984; Claros et al., 2006; Keller & Butcher, 1991; Porter-Moffitt et al., 2006). No sentido contrário, no cluster 1, a *Depressão* é a menos elevada das três escalas, numa configuração próxima do V de *Conversão* (com a Hipocondria e a Histeria mais elevadas, em oito ou mais pontos, relativamente à Depressão). Esta configuração sugere que o sofrimento psicológico é vivido ao nível somático, dando lugar a queixas mais aceitáveis socialmente e negando a dor psicológica, o que constitui sinal de defesa contra o confronto com a fonte real de sofrimento; Greene, 2000). No Cluster 1, embora o nível de *Depressão* seja inferior ao das escalas somáticas, ela não atinge a diferença critério o que pode constituir um aspeto protetor.

No que respeita às escalas suplementares, o cluster 2 apresentou pontuações clinicamente significativas nas escalas Inadaptação Juvenil, Stress Pós-Traumático, e Distress Conjugal, que constituem, com a Ansiedade, o Índice de Distress Emocional Generalizado (Butcher et al., 1989; Graham, 2012). As pontuações na Inadaptação Juvenil foram associadas a maior stress e menor ajustamento geral e social (Stewart & Cairns, 2002), e podem também indicar, a um nível global, que o paciente tem uma história de coping e funcionamento inadequados. No que respeita ao Stress Pós- Traumático, é sugerido que esta escala é mais uma medida de psicopatologia global, inadaptação e sentimentos disfóricos do que uma medida de perturbação de stress pós-traumático (PTSD) (Moody & Kish, 1989) e pontuações mais elevadas têm sido associadas a maiores níveis de neuroticismo e de introversão (Haisch & Meyers, 2004), e a níveis globais mais elevados de sofrimentos emocional e psicológico e mais baixa força do ego (Moody & Kish, 1989), o que está em linha com os resultados do cluster 2. Como estes autores defendem, os indivíduos com pontuações mais elevadas nesta escala estão em maior risco de desenvolver PTSD, mas elevações mais moderadas refletem agitação e sofrimento globais, mais do que PTSD (Graham, 2012). Em relação à escala Distress Conjugal, os parceiros das pacientes FM pontuaram o nível de fadiga das mesmas como significativamente mais baixo, em média, que o

relatado pelas próprias pacientes (Lyons et al., 2013). Desta forma, parece que é difícil para o parceiro da paciente com dor crónica estimar adequadamente a sua dor e incapacidade, e isto parece mais acentuado no caso da FM, devido à invisibilidade associada aos sintomas da mesma (Söderberg et al., 2003), podendo naturalmente constituir-se como um fator de perturbação da relação conjugal.

A escala *Recalcamento,* em associação com a escala *Ansiedade*, indica o nível de sofrimento emocional e a forma, mais ou menos defensiva, como ele é gerido (Greene, 2000). A pontuação média dos dois clusters mostra que as pacientes de ambos os clusters estão provavelmente a experienciar um nível moderado de sofrimento emocional. No entanto, enquanto o cluster menos patológico mostra recursos adequados para lidar com os problemas e tem maior probabilidade de os externalizar, o cluster mais patológico parece estar a tentar inibir ou suprimir a consciência dos problemas, um padrão que pode refletir maior cronicidade dos problemas, em pacientes defensivos e reservados.

A escala *Interferência no Trabalho* engloba um conjunto de aspetos que vão além do ambiente laboral, na medida em que inclui falta de energia, incapacidade de lidar com o stress, sentimentos de sobrecarga, insegurança, receio e impotência (Barthlow, Graham, Ben-Porath, & McNulty, 2004).

Embora vários estudos foquem as dificuldades no ambiente laboral e a menor capacidade de trabalho das mulheres com FM (e.g., Henriksson, Liederberg, & Gerdle, 2005; Mannerkorpi & Gard, 2012), o cluster menos patológico do presente estudo não apresenta níveis médios relevantes.

O cluster 2 tem ainda pontuações significativamente superiores em vários outros domínios, embora não alcançando um nível clinicamente significativo. No que respeita à escala Introversão Social, refere-se a insegurança e desconforto nas situações sociais, e a tendência para a timidez, reserva e retraímento (Graham, 2012). Esta escala foi um dos moderadores da relação entre queixas, duração da doença e representações emocionais numa amostra de pacientes com diferentes perturbações mentais, sendo um preditor de crenças negativas relativas à doença, preditor mais forte que o tipo de diagnóstico e sintomas específicos (Kovyazina et al., 2017).

A escala *Indicadores de Tratamento Negativos*, que reflete atitudes negativas relativamente aos médicos e tratamentos de saúde mental, e caracteriza pessoas que desistem facilmente face aos problemas e às mudanças (Graham, 2012), é especialmente relevante devido às suas implicações para os resultados de qualquer tipo de tratamento. Pontuações elevadas nesta escala, a par com elevações em *Recalcamento*, *Obsessividade, Desconforto Social e Distress Conjugal*, foram preditoras de um resultado negativo no seguimento de indivíduos diagnosticados com cefaleia por consumo excessivo de medicação, diferenciando os que nunca diminuíram este consumo dos que diminuíram e tiveram sucesso na manutenção (Sances et al., 2013).

Finalmente, os níveis mais baixos de *Agressividade e* de *Desconstrangimento* apresentados pelo cluster mais patológico podem ser interpretados como outro sinal de défice de recursos adaptativos e assertividade, na medida em que as pontuações mais elevadas nestas escalas, desde que de nível moderado, podem ser protetoras; e estes dados são concordantes com a baixa *Força do Ego*, e *Dominância* verificados neste cluster.

Em conclusão, podemos identificar que um grupo de pacientes com FM apresenta um conjunto de características de personalidade e clínicas que podem comprometer o tratamento para a dor crónica, e assim requer um intervenção psicológica diferenciada. Devemos realçar a dupla implicação que o padrão de personalidade deste grupo, com grande semelhança com a personalidade tipo D, tem, tanto ao nível emocional como relacional, num ciclo negativo em que estes dois componentes se alimentam mutuamente. Elevada Emocionalidade Negativa corresponde a uma vida emocional aversiva, com agitação interior, conduzindo a passividade, medo de abandono e hipersensibilidade à crítica, o que prejudica as relações com os outros. A elevada Introversão reflete uma vida emocional empobrecida e uma capacidade hedónica deficitária, o que conduz a uma responsividade emocional empobrecida e a um afastamento social (Friedman, Lewak, Nichols, & Webb, 2001). As pontuações clinicamente significativas no Índice de Distress Emocional Generalizado (Butcher et al., 1989; Graham, 2012), como um indicador global de insatisfação e inadaptação, inserem-se neste contexto.

Esta investigação tem algumas limitações, sendo a principal a dimensão da amostra, e o facto de ser composta apenas por mulheres, facto comum nos estudos com pacientes de FM. Assim, as interpretações aplicam-se apenas às pacientes femininas. Como aspetos positivos, utilizámos uma amostra de pacientes da comunidade, e aproximadamente dois terços das pacientes sem diagnóstico ou queixa psiquiátrica. Segundo o nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que explora a heterogeneidade na sintomatologia clínica em pacientes com FM, tendo por base características de personalidade estruturais e relativamente estáveis.

Em investigação futura, seria importante avaliar a adesão das pacientes com FM a intervenções médicas e psicológicas, os resultados da intervenção, e a sua relação com a personalidade e a psicopatologia, averiguando paralelamente a estabilidade previsível dos aspetos de personalidade, para além da flutuação esperada nas escalas clínicas, mais sintomatológicas. Por fim, seria também interessante e importante avaliar os aspetos emocionais e relacionais com medidas implícitas ou técnicas complementares aos autorrelatos.

REFERÊNCIAS

Ablin, J. N., Zohar, A. H., Zaraya-Blum, R., & Buskila, D. (2016). Distinctive personality profiles of fibromyalgia and chronic fatigue syndrome patients. *PeerJ*, *4*: e2421; doi:10.7717/peerj.2421

Ahles, T. A., Yunus, M. B., Riley, S. D., Bradley, J. M., & Masi, A. T. (1984). Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, *27*, 1101–1106.

Barthlow, D. L., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., & McNulty, J. L. (2004). Construct validity of the MMPI-2 College Maladjustment (Mt) Scale. *Assessment, 11*, 251–262. doi:10.1177/1073191104268317

Belenguer, R., Ramos-Casals, M., Siso, A., & Rivera, J. (2009). Clasificación de la fibromialgia: Revisión sistemática de la literatura. *Reumatología Clínica, 5*, 55-62. doi:10.1016/j.reuma.2008.07.001

Bernardy, K., Klose, P, Busch, A.J., Choy, E. H.S, & Häuser, W. (2013). Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *9*, 1–109. doi:10.1002/14651858.CD009796.pub2

Bucourt, E., Martaillé, V., Mulleman, D., Goupille, P., Joncker-Vannier, I., Huttenberger, B.,…Courtois, R. (2018). Comparaison des cinq grands traits de personnalité dans la fibromyalgie et les autres maladies rhumatismales. *Revue du Rheumatisme*, 85, 188–194. doi:10.1016/j.rhum.2017.07.008

Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A, & Kaemmer, B. (1989). *TheMinnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of MinnesotaPress.

Claros, L., Cano, M., Presa, A., Barceló, J., Satamán, P., Roca, J., …Pàmias, M. (2006). Perfiles clínicos en pacientes con fibromialgia que acuden a un centro de salud mental : Obtención de un índice predictivo de gravedad psicopatológica. *Actas Españolas de Psiquiatria*, *34*, 112–122.

De Fruyt, F., Van De Wiele, L., & Van Heeringen, C. (2000). Cloninger's psychobiological model of temperament and character and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, *29*, 441–452. doi:10.1016/S0191-8869(99)00204-4

Edwards, E. L., Holmes, C. B., & Carvajal, H. H. (1998). Oral and Booklet Presentation of MMPI-2. *Journal of Clinical Psychology*, *54*, 593–596.doi:10.1002/(SICI)1097-4679

Eich, W., Hartmann, M., Muller, A., & Fischer, H. (2000). The role of psychosocial factors in fibromyalgia syndrome. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 29,30–31.

Friedman, A. F. Lewak, R., Nichols, D. S., & Webb, J. T. (2001). *Psychological assessment with the MMPI-2*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Friedman, A. F., Bolinskey, P. K, Levak, R.W., & Nichols, D. S. (2014). Psychological Assessment with the MMPI-2/MMPI-2-RF. New York: Routledge.

Gonzalez, B. (2014). *Aspetos psicológicos da fibromialgia: Personalidade e história de vida* (Tese de Doutoramento). Retirado dehttp://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11052/1/ulsd066203_td_Barbara_Gonzalez.pdf

Gonzalez,B.,Baptista,T.M.,Branco,J.C.,&Novo,R.F.(2015).Fibromyalgiacharacterizationina psychosocial approach. *Psychology, Health & Medicine, 20*, 363–368. doi:10.1080/13548506.2014.931590

Graham, J. R. (2012). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (5th ed.). New York: Oxford University Press.

Greene, R. L. (2000). *The MMPI-2: An interpretive manual* (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Haisch, D. C., & Meyers, L. S. (2004). MMPI-2 assessed posttraumatic stress disorder related to job stress, coping, and personality in police agencies. *Stress & Health, 20*, 223–229. doi:10.1002/smi.1020

Hartrick, C. T., Kovan, J. P. & Shapiro, S. (2003). The numerical rating scale for clinical pain measurement: A ratio measure? *Pain Practice*, *3*, 310–316. doi: 10.1111/j.1530- 7085.2003.03034.x

Heidari, F, Afshari, M, & Moosazadeh, M. (2017). Prevalence of fibromyalgia in general population andpatients,asystematicreviewandmeta-analysis.*RheumatologyInternationa*l,*37*,1527–1539. doi:10.1007/s00296-017-3725-2

Henriksson, C., Liedberg, G., & Gerdle, B. (2005). Women with fibromyalgia: Work and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation, 27*, 685–695. doi:10.1080/ 09638280400009089

Jones, G. T., Atzeni, F., Beasley, M., Flüß, E., Sarzi-Puttini, P. & Macfarlane, G. J. (2015). The prevalence of fibromyalgia in the general population: a comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified 2010 classification criteria. *Arthritis & Rheumatology*, 67, 568–575. doi:10.1002/art.38905

Kato, K., Sullivan, P. F., Evengård, B., & Pedersen, N. L. (2009). A population-based twin study of functional somatic syndromes. *Psychological Medicine*, *39*, 497–505. doi: 10.1017/S0033291708003784

Keller, L. S., & Butcher, J. N. (1991). *Assessment of chronic pain patient with the MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Kovyazina, M., Rasskazova, E., Varako, N., & Palatov, S. (2017). Personality, psychopathological symptoms and illness perception in mental disorders: Results from Russian MMPI-2 validation study [Abstract]. *European Psychiatry*, *41,* Supplement: S713- S71410.1016/j.eurpsy.2017.01.1277.

Leombruni, P., Zizzi, F., Miniotti, M., Colonna, F., Castelli, L., Fusaro, E. & Torta, R. (2016). Harm avoidance and self-directedness characterize fibromyalgic patients and the symptom severity. *Frontiers in Psychology*, *7*, 579. doi:10.3389/fpsyg.2016.00579

Malin, K., & Littlejohn, G. O. (2012). Personality and fibromyalgia syndrome. *The Open Rheumatology Journal, 6,* 273–285. doi:10.2174/1874312901206010273

Mannerkorpi, K., & Gard, G. (2012). Hinders for continued work among persons with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13:96. doi:10.1186/1471-2474-13-96

Moody, D. R., & Kish, G. B. (1989). Clinical meaning of the Keane PTSD Scale. *Journal of Clinical Psychology, 45*, 542–554.

Novo, R., Gonzalez, B., Peres, R., & Aguiar, P. (2017a). A meta-analysis of studies with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory in fibromyalgia patients. *Personality and Individual Differences*, 116, 96–108. doi:10.1016/j.paid.2017.04.026

Novo, R., Gonzalez, B., Peres, R., & Aguiar, P. (2017b). Corrigendum to "A meta-analysis of studies with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory in fibromyalgia patients". Personality and Individual Differences. doi:10.1016/j.paid.2017.07.022

Pérez-Pareja, J., Sesé, A., González-Ordi, H., & Palmer, A. (2011). Fibromyalgia and chronic pain: Are there discriminating patterns by using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)? *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*, 41-56.

Porter-Moffitt, S., Gatchel, R. J., Robinson, R. C., Deschner, M., Posamentier, M., Polatin, P., & Lou, L. (2006). Biopsychosocial profiles of different pain diagnostic groups. *The Journal of Pain*, 7, 308–18. doi:10.1016/j.jpain.2005.12.003

Sances, G., Galli, F., Ghiotto, N., Allena, M., Guaschino, E., Frustaci, A., … Tassorelli, C. (2013). Factors associated with a negative outcome of medication-overuse headache: A 3-year follow-up (the 'CARE' protocol). *Cephalalgia*, *33*, 431–443. doi:10.1177/0333102413477737

Silva, D., Novo, R., Prazeres, N., & Pires, R. (2006). *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (Adultos): Versão experimental portuguesa do MMPI-2*. Lisboa: Centro de Investigação em Psicologia e Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Söderberg, S., Strand, M., Haapala, M., & Lundman, B. (2003). Living with a woman with fibromyalgia from the perspective of the husband. *Journal of Advanced Nursing, 42*, 143–150.

Staud, R. (2007). Treatment of fibromyalgia and its symptoms. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 8, 1629–1642. doi:10.1517/14656566.8.11.1629.

Stewart, D. W., & Cairns, S. L. (2002). Objective versus subjective evaluation of student distress at intake: Considerations for counseling centers. *Journal of College Student Development, 4*, 386–394.

Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, 66, 837– 44. doi:10.1097/01.psy.0000146329.63158.40

Thieme, K., Turk, D. C., Gracely, R. H., Maixner, W., & Flor, H. (2015). The relationship among psychological and psychophysiological characteristics of fibromyalgia patients. *The Journal of Pain, 16*, 186-196. doi:10.1016/j.jpain.2014.11.009

Torres, X., Bailles, E., Valdes, M., Gutierrez, F., Peri, J. M., Arias, A.,… Collado, A. (2013). Personality does not distinguish people with fibromyalgia but identifies subgroups of patients. *General Hospital Psychiatry*, *35*, 640–648. doi:10.1016/ j.genhosppsych.2013.07.014

Trygg, T., Lundberg, G., Rosenlund, E., Timpka, T., & Gerdle, B. (2002). Personality characteristics of women with fibromyalgia and of women with chronic neck, shoulder or low back complaints in terms of Minnesota Multiphasic Personality Inventory and Defense Mechanism Technique Modified. *Journal of Musculoskeletal Pain*, *10*, 33-55. doi:10.1300/J094v10n03_03

Van Houdenhove, B., & Luyten, P. (2007). Fibromyalgia and related syndromes characterised by stress intolerance and pain hypersensitivity: Do we need a new nosology? *Current Rheumatology Review*, 3, 304-308. doi: 10.2174/157339707782408937

Van Houdenhove, B., Kempke, Luyten, P. (2010). Psychiatric aspects of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Current Psychiatry Reports, 1*2, 208-214. doi: 10.1007/s11920-010-0105-y.

Van Houdenhove, B., Luyten, P., & Egle, U. T. (2009). Stress as a key concept in chronic widespread pain and fatigue disorders. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 17, 390–399. doi:10.3109/10582450903284745

van Middendorp, H., Kool, M. B., van Beugen, S., Denollet, J., Lumley, M. A., & Geenen, R.(2016). Prevalence and relevance of Type D personality in fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, *39*, 66–72.doi:10.1016/j.genhosppsych.2015.11.006

Vendrig, A., Derksen, J., & Mey, H. (2000). MMPI-2 personality psychopathology five (PSY-5) and prediction of treatment outcome for patients with chronic back pain. *Journal of Personality Assessment*, *74*, 423-438. doi:10.1207/S15327752JPA7403–6

Verra, M. L., Angst F., Brioschi, R. Lehmann, S., Keefe, F. J.., Staal. J. B., de Bie, R. A., & Aeschlimann, A, (2009). Does classification of persons with fibromyalgia into Multidimensional Pain Inventory subgroups detect differences in outcome after a standard chronic pain management program? *Pain Research & Management*, 14, 445–453. doi:10.1186/1471-2474-13-155

Vural, M., Berkol, T. D., Erdogdu, Z., Kucukserat, B., & Aksoy, C. (2014). Evaluation of personality profile in patients with fibromyalgia syndrome and healthy controls. *Modern Rheumatology, 24*, 823-828. doi:10.3109/14397595.2013.868069

Walen, H. R., Cronan, T.A., Serber, E. R., Groessl, E. & Oliver, K. (2002). Subgroups of fibromyalgia patients: Evidence for heterogeneity and an examination of differential effects following a community-based intervention. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 10, 9–32. doi:10.1300/J094v10n03_02

Wilson, H. D., Robinson, J. P., & Turk, D. C. (2009). Toward the identification of symptom patterns in people with fibromyalgia. *Arthritis & Rheumathology*, *1*, 527–534. doi:10.1002/art.24163

Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., . . . Sheon, R. P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, *33*, 160-172.

Wolfe F, Clauw D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L. , Katz, R. S., Mease, P. … Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care and Research*, *62*, 600-10. doi: 10.1002/acr.20140

Yunus M. B., Ahles, T.A., Aldag, J. C., & Masi, A. T. (1991). Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, *34*, 15–21. doi:10.1002/art.1780340104

SESSÕES PARALELAS IX

SIMPÓSIO
Moderador: Ana Maria Gomes

MINDFULNESS E BEM-ESTAR EM MEIO ESCOLAR (1º CICLO)

Ana Maria Gomes
Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), Centro de Investigação em Psicologia (CIP-UAL)
(amgomes@autonoma.pt, ana.m28.gomes@gmail.com)

RESUMO

Este estudo pretende analisar as vantagens da implementação de técnicas de Mindfulness em contexto escolar. Pelas técnicas de Mindfulness consegue-se promover o bem-estar em vários contextos (Mahfouz, 2018). Procuramos pesquisar o papel das técnicas de mindfulness no bem-estar psicológico de professores e alunos em contexto escolar.

Mindfulness é a capacidade de focar voluntariamente a atenção, de ser autoconsciente, observar e aceitar os pensamentos, sensações e emoções que se experimenta sem tentar alterá-los (Grossman et al., 2004; Kabat-Zinn, 2003). Estas técnicas ajudam os professores e os alunos a contemplar os seus pensamentos e sensações, permanecer atentos e quebrar padrões habituais de pensar, sentir e agir (Mahfouz, 2018). A sua prática regular permite a redução da reatividade ao stresse, dor, afeto negativo, ansiedade e sintomas depressivos (Crescentini, Capurso, Furlan, & Fabbro, 2016).

Técnicas de Mindfulness ajudam os professores a desenvolver um clima escolar positivo propício à aprendizagem e aos alunos, maior autorregulação emocional, atenção e autoestima. Várias investigações demonstram melhorias estatisticamente significativas ao nível do bem-estar dos professores e dos alunos, (Jennings, et al. 2017).

Palavras-chave: mindfulness, bem-estar, alunos, professores, autorregulação, contexto escolar.

INTRODUÇÃO

O Mindfulness assume-se como um conjunto de técnicas que desenvolve um tipo particular de atenção que é caracterizado por um foco intencional no momento presente e uma observação não-avaliativa da experiência (Kabat-Zinn, 1994). Um consenso emergente sugere que a atenção desenvolve competências de autorregulação, as quais podem ser cultivadas intencionalmente para promover maiores níveis de saúde e bem-estar (Baer, 2003; Brown & Ryan, 2003). Um número crescente de estudos demonstrou que o desenvolvimento dessas habilidades está associada a uma ampla gama de resultados positivos em populações de crianças, jovens e adultos. Potenciando uma melhoria da saúde, redução da ansiedade (Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995), depressão (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), e sofrimento psíquico em populações clínicas e não clínicas (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007). Melhorias gerais na atenção (Jha, Kropinger, & Baime, 2007; Jha, Stanley, Kiyonaga, Wong, & Gelfand, 2010), funcionamento do sistema imune (Davidson et al., 2003), qualidade do sono e funcionamento psicológico geral (Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt e Walach, 2004).

Muitos estudos apontam para alterações significativas em alunos, quando sujeitos a estas técnicas, particularmente na cognição do aluno, em problemas de atenção e concentração, melhorando a qualidade das interações sociais, comportamento em sala de aula, stresse, autorregulação e resiliência dos estudantes. Tudo isto, fomenta mais competências no aluno ao nível da autorregulação comportamental e emocional (Johnson, Diamond & Goolkasian, 2010 &Jennings, Frank, Snowberg, Coccia & Greenberg, Jennings & Greenberg, 2009 Jennings, Snowberg, Coccia e Greenberg, 2011; Roeser et al., 2013).

Estudos recentes (Crescentini, Capurso, Furlan, & Fabbro, (2016) assumem a existência de um efeito positivo com a aplicação de técnicas de mindfulness na redução dos problemas de atenção e de internalização nas crianças. As descobertas foram interpretadas como sugestivas

de um efeito positivo entre a aplicação de mindfulness na escola e nas dimensões do bem-estar psicológico de várias crianças.

Embora existam muitos estudos destacando a importância da atenção plena para parâmetros relacionados com a saúde, a pesquisa empírica também começou a investigar aspectos não relacionados com a saúde, como atenção cognitiva, autorregulação, empatia, competência social, ética e pensamento criativo, muitos desses aspetos não estão relacionados apenas com a saúde, mas também com o comportamento social, moral e profissional, a atenção plena também se tornou um foco de interesse nas ciências da educação e na pedagogia (Kaltwasser, Sauer, Kohls,2014). Há um consenso crescente entre neurocientistas, educadores e professores de que é essencial para os processos educacionais não apenas aprender a memorizar, avaliar e contextualizar informações factuais, mas também alcançar estratégias de autorregulação e adquirir habilidades metacognitivas de solução de problemas, preferencialmente numa fase inicial da trajetória educacional. Praticar a atenção plena pode ser visto como o local perfeito para desenvolver essas virtudes e competências, pois permite que os indivíduos aprendam a monitorizar, avaliar e modular intencionalmente os processos cognitivos, emocionais e motivacionais associados ao comportamento (Farb et al. 2007).

Em suma, a atenção plena não só permite que um indivíduo lide com as angústias da vida quotidiana e adquira habilidades genéricas de resolução de problemas, mas também desenvolva autorreflexão, empatia e comportamento social e moral. É óbvio que isso oferece vantagens tanto para o indivíduo quanto para o habitat natural e social. A primeira parte desta contribuição lida com questões centrais associadas a levar a atenção plena a ambientes escolares. (Kaltwasser, 2014).

O nosso programa Mindfulness nas escolas é um conceito que procura levar a atenção plena à sala de aula. As crianças e adolescentes que não são capazes de se autorregular, atrasar a gratificação, ou concentrar a atenção, vão trabalhar estas dimensões com técnicas simples e apelativas. Procuramos assim desenvolver nas crianças competências de bem-estar psicológico ou subjetivo.

MINDFULNESS E BEM-ESTAR EM CONTEXTO ESCOLAR

A aplicação de técnicas de Mindfulness em contexto escolar tem sido associado a resultados positivos em relação à saúde mental e ao bem-estar de crianças e jovens. Muito estudos mostram evidências emergentes e promissoras do impacto positivo destas práticas no comportamento e no rendimento académico de crianças e jovens (Weare, 2013). O bem-estar infantil é multidimensional inclui dimensões de bem-estar físico, emocional e social concentra-se na vida imediata das crianças mas também considera a sua vida futura (Weare, 2013).

O conceito de bem-estar físico, mental e social surge associado à ausência de doença. O bem-estar evoluiu como um conceito abrangente que geralmente é usado para descrever a qualidade de vida das pessoas (Rees et al, 2010). O bem-estar é um estado dinâmico que é reforçado quando as pessoas podem cumprir os seus objetivos pessoais.

O bem-estar infantil é definido de muitas maneiras diferentes, uma ampla variedade de domínios e medidas são usados para avaliar os níveis de bem-estar infantil. O conceito deve incluir dimensões de bem-estar físico, emocional e social.

O conceito de bem-estar infantil deve ser considerado de forma holística, levando em conta as mudanças dos diferentes estágios de desenvolvimento de crianças e jovens. No entanto, ainda é limitado identificar quais são os componentes constituintes do bem-estar infantil em termos de importância ou prioridade. Para medir o conceito de bem-estar infantil é considerado o domínio da saúde das crianças que pode ser entendido como saúde física, incluindo aspectos como níveis de aptidão, dieta, nutrição e comportamento de risco; e pode ou pode não incluir saúde psicológica e / ou emocional (em muitos casos, este é um domínio separado). Os níveis de segurança e acidentes das crianças podem ser incluídos no domínio da saúde ou tratados separadamente. O bem-estar subjetivo ou psicológico é por vezes identificado como um domínio separado, mas também pode estar incluído, no bem-estar geral (Land, 2007).

A ligação entre educação e aprendizagem está intimamente relacionada com o conceito de bem-estar. O ambiente escolar, como contexto de aprendizagem, assume um papel importante no bem-estar social, emocional e comportamental das crianças (Gutman e Feinstein, 2008). A associação positiva entre aprendizagem e bem-estar tem-se mostrado como algo muito importante a ter em conta no contexto escolar.

A prática regular de Mindfulness em contexto escolar mostra um impacto significativo ao nível das habilidades sociais e emocionais, bem-estar psicossocial e saúde mental. Também tende a diminuir os sintomas de depressão na criança e no jovem, associa-se a uma diminuição da ansiedade, do stresse e permite o desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais (Weare, 2018).

CONCLUSÕES

Uma ampla revisão de literatura aponta para a existência de uma relação positiva e significativa ente a operacionalização de técnicas de mindfulness em contexto escolar e a promoção de indicadores de bem-estar incluindo aspetos de cognição, função executiva, capacidade atencional, variáveis psicossociais como regulação emocional, relações interpessoais mais positivas, menos stresse, menos depressão e ansiedade (Weare, 2018).

REFERÊNCIAS

Axford, N (2009) Child well-being through different lenses: why concept matters. *Child and Family Social Work*, 14, 372-383

Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. Clinical Psychology Science and Practice, 10(2), 125-143. doi.org/10.1093/clipsy.bpg015

Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 230-241.

Bradshaw, J. (2005) *The wellbeing of children in the UK* (second edition). London: Save the Children.

Bradshaw, J., Richardson, D. (2009) An index of child well-being in Europe. *Child Indicators Research*, 2(3), 319-351.

Bradshaw, J., Bloor, K., Huby, M., Rhodes, D., Sinclair, I., Gibbs,I., Noble, M., Mclennan, D. & Wilkinson, K. (2009) *Local Index of Child Well-Being : Summary Report*. London, Department for Communities and Local Government

Bridgeland, J. & Hariharan, A. (2013). Social and Emotional Learning Past, Present, and Future. Handbook of Social and Emotional Learning: *Research and Practice*. New York: Guilford Publications.

Brown, K.; Ryan, R & Creswell; D. (2003). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.doi: 10.1080/10478400701598298

Crescentini, C., Capurso, V., Furlan, S. & Fabbro, F. (2016). Mindfulness-oriented meditation for primary school children: Effects on attention and psychological well-being. *Frontiers in Psychology*. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4894866/

Davidson, R.; Kabat-Zinn, J.; Schumacher, J.; Rosenkranz, M.; Muller, D.; Santorelli ,S.; Urbanowski, F.; Harrington, A.; Bonus, K. & Sheridan, J. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-70.

Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D. & Schelinger, K.B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82, 405-432.

Grossman, P.; Niemann, L.; Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35-43.

Gutman, M., Brown, J., Akerman, R. and Obolenskaya, P. (2010). Change in wellbeing from childhood to adolescence: risk and resilience. http://www.dcsf.gov.uk/research/data/uploadfiles/DCSF-WBL1001- Brief.pdf http://www.learningbenefits.net/Publications/ResRepIntros/ResRep34intro.htm

Gutman, M. and Feinstein, L. (2008) *Determinants of Aspirations*. London: Centre for the Wider Benefits of Learning, Institute of Education.

Harper, S.B., Rossi, M., Kim, K. & Swanson, M. (2016). Behavioral impacts a Mindfulness pilot intervention for elementary school students. *Education*, 137(2). Retrieved from https://b-on.ual.pt:2368/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=231a7502-e767-4bae-ba27-c850d502a786%40sdc-v-sessmgr06

Jennings, A. & Greenberg, T. (2009). The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. Review of educational research, 79(1), 491-525. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/216802242_The_Prosocial_Classroom_Teacher_social_and_emotional_competence_in_relation_to_child_and_classroom_outcomes

Jennings, P. A., Brown, J. L., Frank, J. L., Doyle, S., Oh, Y., Davis, R. & Greenberg, M. T. (2017). Impacts of the CARE for teachers program on teachers' social and emotional competence and classroom interactions. Journal of Educational Psychology. Advance online publication. doi: 10.1037/edu0000187.

Jha, A., Wong, A., & Gelfand, L. (2010). Examining the Protective Effects of Mindfulness Training on Working. Examining the Protective Effects of Mindfulness Training on Working. *American Psychological Association* 10(1), 54 – 64. doi: 10.1037/a0018438

Johnson, S. Diamond, B. & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: evidence of brief mental training. *Consciousness and cognition*, 19(2), 597-605. doi: 10.1016/j.concog.2010.03.014

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: *Science & Practice*,10(2) 144–156.

Kaltwasser, V., Sauer, S., Kohls, N. (2014). Mindfulness in German Schools (MISCHO): A Specifically Tailored Training Program: Concept, Implementation and Empirical Results. *Meditation – Neuroscientific Approaches and Philosophical Implications*. doi: 10.1007/978-3-319-01634-4_20

Land, K. (2007) *Trends in Infancy/ Early Childhood and Middle Childhood Well-Being, 1994- 2006: A composite index of trends in the well-being of America's children and youth*. North Carolina, Duke University.

Lee, J., Rosa, D. & Miller, L. (2010). A Randomized Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children: Promoting Mindful Attention to Enhance Social-Emotional Resiliency. *Children. Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218-229. doi: 10.1007/s10826-009-9301-y

Mahfouz, J. (2018). Mindfulness training for schools: effects on well-being and leadership. Journal of Educational Administration, Vol. 56(6), 602-619. https://doi.org/10.1108/JEA-12-2017-0171

Merrel, K. & Gueldner, B. (2010). *Social and Emotional Learning in the Classroom Promoting Mental Health and Academic Success*. New York: Guilford Press.

Miller, J. Fletcher, K. & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17(3), 192-200.

Ostafin, D., & Marlatt, A. (2008). Surfing the urge: Experiential acceptance moderates the relation between automatic alcohol motivation and hazardous drinking. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(4), 404-418.

Rees, G., Bradshaw, J., Goswami, H., Keung, A. (2009) *Understanding Children's Well-Being: A national survey of young people's well-being*. London, The Children's Society

Rodrigues, N. (2005). Contributos para a utilização das Escalas de Conners Revistas (1997) no processo de avaliação da PHDA (Parte I). *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 12, 71-95.

Roeser, W., Schonert-Reichl, A., Jha, A., Cullen, M., Wallace, L., Wilensky, R., Oberle, E., Thomson, K., Taylor, C., & Harrison, J. (2013). Mindfulness training and reductions in teacher stress and burnout: Results from two randomized, waitlist-control field trials. *Journal of Educational Psychology*. Retrieved from http://psycnet.apa.org/record/2013-14682-001 em 27/11/2018.

Rothwell, N. (2006). The Different Facets of Mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 24(1), 79-86.

Shapiro, S.; Brown, W. & Biegel, G. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. APA. Retrieved from http://psycnet.apa.org/buy/2007-07751-003

UNICEF (2007) Child poverty in perspective: an overview of child well-being in rich countries, Innocenti Report Card, Vol 7. Florence, Italy: Unicef Innocenti Research Centre http://www.unicefirc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf

Webster-Stratton, C., Reid, 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. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry's*;49(5), 471-88. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01861.x

Weare, K. (2013) Developing mindfulness with children and young people: a review of the evidence and policy context", *Journal of Children's Services*, Vol. 8(2), pp.141 – 153

Weare, K. (2015). Evidence for mindfulness: impacts on the wellbeing and performance of school staff'. http://mindfulnessinschools.org/wp-content/uploads/2014/10/Evidence-forMindfulness-Impact-on-school-staff.pdf

Weare, K. (2018). The evidence for Mindfulness in Schools for Children and Young People. *Journal of Children's Services*, Vol. 11(3),1 – 36.

SESSÕES PARALELAS X

COMUNICAÇÕES LIVRES
Moderador: Roberto Chiodelli

IMPLICAÇÕES DO DIAGNÓSTICO DE TDAH E A MEDICALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO: UMA COMPREENSÃO POR MEIO DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL

Isabella Vaini Alves
Universidade Cândido Mêndes - UCAM
(isabellavaini@gmail.com)

RESUMO

O presente trabalho apresenta o resultado parcial da revisão teórica sobre o estabelecimento do diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade TDA/H e a medicalização na educação. Baseando-se nos pressupostos da Psicologia Histórico-Cultural, que explica a formação e o funcionamento do psiquismo humano conceituando o processo de desenvolvimento histórico do homem estruturado na produção material alcançada pelo trabalho. Apresentamos nesse artigo uma reflexão sobre o processo histórico que deu origem ao TDA/H, o desenvolvimento epistemológico do conceito desse Transtorno, os principais medicamentos utilizados para o tratamento, os efeitos que os mesmos desencadeiam na criança durante o processo de educação escolar, a confiabilidade do diagnóstico e a prática atual de medicalização de crianças com dificuldades escolares encaminhadas para atendimento na área da saúde, tendo em vista que vem ocorrendo muitos diagnósticos precoces causando sérios danos para criança. Apontamos a seriedade, o conhecimento, e a excelência no manejo das técnicas e testes indicados para auxiliar na identificação da criança com TDAH mostrando a importância do papel do psicólogo no enfrentamento dessas questões do desenvolvimento que envolve a comunidade escolar.

Palavras-chave: Medicalização. Educação. Diagnóstico. TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade). Psicologia.

INTRODUÇÃO

Com base no levantamento teórico de revisão da literatura sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH verifica-se que nos dias atuais, grande parte do número de encaminhamentos com queixas escolares aos centros de diagnósticos infantis como ambulatórios, hospitais e clínicas tem o referido Transtorno como causa.

Existem algumas dificuldades para o estabelecimento do diagnóstico e a indicação de intervenção, haja vista a semelhança dos sintomas verificados com outros quadros de distúrbios comportamentais e de dificuldades de aprendizagem, bem como os efeitos que o mesmo traz para a educação e a medicalização exacerbada que vem ocorrendo na sociedade contemporânea de crianças e adolescentes e a divisão de opiniões e incertezas do futuro.

A Psicologia Histórico-Cultural é o referencial teórico que possibilita essa compreensão mais abrangente, englobando os vários aspectos elencados no parágrafo precedente. A teoria elaborada pelos psicólogos russos Lev S. Vigotski, Alexander R. Luria e Alex N. Leontiev, permite esse entendimento porque está fundamentada no materialismo histórico e dialético. Isto é, explica a formação e o funcionamento do psiquismo humano considerando o processo de desenvolvimento histórico do homem alicerçado na produção material alcançada por meio do trabalho.

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

De acordo com o levantamento teórico, constatou-se que grande parte dos encaminhamentos com queixas escolares aos centros de diagnósticos, hospitais e clínicas, tem o TDAH como principal causa. Algumas dificuldades foram detectadas no estabelecimento do diagnóstico e a intervenção, devido à semelhança dos sintomas com outros quadros clínicos de distúrbios comportamentais e dificuldades de aprendizagem (COLLARES E MOYSÉS, 1996).

A definição do diagnóstico para o TDAH é recente, surgiu na passagem do século XIX para o XX. Inicialmente, os comportamentos similares foram descritos como desordens causadas por problemas cerebrais, tais como traumatismo craniano e outras infecções no Sistema Nervoso Central. Ao longo da história o Transtorno de Déficit de Atenção recebeu várias denominações, como lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, síndrome hipercinética e distúrbio de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TOLEDO E SIMÕES, 2003).

Somente em 1980, de acordo com essas autoras, a Academia de Psiquiatria (APA), passou a utilizar Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH para compor o quadro e unir os termos relacionados ao desvio de comportamento e distúrbios de aprendizagem usados.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V, o mais recente atualizado em 2014, descreve o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade como um advindo dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, que é apresentado pelos níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Pode-se perceber a incapacidade de permanecer em uma tarefa, devido a desatenção e a desorganização que envolve. Devido a Hiperatividade –impulsividade participam de atividades excessivas, inquietação, que torna-se uma incapacidade de permanecer sentado e de aguardar, se intromete em atividade de outros. O TDAH surge na infância e pode persistir na vida adulta.

Para melhor compreensão os critérios para o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, foram divididos em A, B, C, D e E no DSM-V, p. 59-66.

No critério A, ocorre um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que se envolve no funcionamento e no desenvolvimento que ocorrem frequentemente.

1. Na desatenção é necessário apresentar seis ou mais dos sintomas persistentes pelo menos por seis meses, gerando impacto negativo em atividades sociais, acadêmicas e profissionais. Dificuldade em prestar atenção nos detalhes ou por descuido acaba cometendo erros

nas tarefas escolares, no trabalho e em outras atividades. Não consegue manter atenção nas atividades lúdicas. Demonstra não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente, como se estivesse distraído ou distante. Dificilmente segue as instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho. Dificuldade em organizar e gerenciar tarefas que são sequencias, assim como, dificuldade em manter em ordem materiais e objetos pessoais, o trabalho é sempre desorganizado, não gerencia bem o tempo, não consegue cumprir prazos. Evita se envolver em tarefas que requer esforço mental prolongado. Evita em se envolver em atividades que exigem esforço mental prolongado. Perdas de objetos necessários para desenvolver as tarefas. Distrai-se facilmente com estímulos externos. É esquecido nas atividades cotidianas.

2. Na hiperatividade e impulsividade é necessário apresentar seis ou mais dos sintomas persistentes pelo menos por seis meses, ocorre em grau inconsciente ocasionando impacto negativo nas atividades sociais e acadêmicas e/ou profissionais. Repetidamente agita as mãos e/ou pés e por vezes se remexe na cadeira. Sai de sua cadeira quando está em sala de aula ou quando é esperado que permanecesse sentado; sempre corre nas situações em situações inapropriadas. Não consegue envolver-se em brincadeiras de maneira silenciosa. Está sempre "a mil" ou a "todo vapor". Fala em exagero. Na impulsividade a duração mínima também deve ser de 6 meses. Apresenta respostas precipitadas, antes mesmo das perguntas serem concluídas. Dificuldade em esperar a sua vez. Constantemente se mete ou interrompe assuntos que não são seus.

No Critério B, sintomas de hiperatividade – impulsividade ou desatenção devem aparecer antes da criança completar 12 anos de idade.

No Critério C, deve apresentar em algum grau, prejuízo provocado pelos sintomas em dois ou mais cenários da vida.

No Critério D, as manifestações devem ser claras, mostrando que o prejuízo clínico significativo prejudica o funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

No Critério E, os sintomas não são exclusivos de um transtorno considerado invasivo de desenvolvimento, como no caso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não podem ser explicados por outro transtorno mental, tais como transtorno de personalidade, de ansiedade ou dissociativo.

O DSM-V traz também Outros Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade Especificado e o Não Especificado, no primeiro os sintomas causam sofrimento e prejuízo em áreas consideradas importantes ao indivíduo, tais como, social, profissional, acadêmica e lúdica, mas não satisfazem todos os critérios, sendo usada quando o clínico decide por razão específica, por exemplo, por apresentar sintomas insuficientes de desatenção ou impulsividade. Já nos Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade Não Especificado os sintomas casam também os prejuízos do primeiro, porém o clínico prefere não especificar a razão de não satisfazer os critérios por não haver informações suficientes para um diagnóstico mais preciso.

Para Kaplan e Sadock (2017), é necessário que os sintomas de impulsividade, hiperatividade ou desatenção, sejam persistentes e prejudiciais no mínimo em dois ambientes diferentes. As características da desatenção e distração devem ser em níveis elevados do que na idade cronológica e desenvolvimento esperado.

> O diagnóstico de TDAH depende basicamente dos aspectos clínicos avaliados com base no DSM-IV, recomendado como ferramenta diagnóstica principal pela Academia Americana de Pediatria, e não existem marcadores biológicos, eletrofiológicos ou neuroimagem. Considerando a falta de marcadores e a subjetividade implicada na avaliação qualitativa e quantitativa dos aspectos clínicos, compreende-se a dificuldade encontrada pelos profissionais da área médica para o estabelecimento do diagnóstico (CASELLA E REES, 2012, p.172).

Cosella e Rees (2012), ressaltam que na pediatria para completar o diagnóstico, é necessário um avaliação multidisciplinar com fonoaudiologia, psicopedagogia e/ou psicologia, com preenchimento de questionários e com avaliações específicas de cada área.

> Os critérios diagnósticos existentes não abrangem toda amplitude do espectro clínico altamente heterogêneo dos sintomas de TDAH, que por sua vez, levam a comprometimento funcional também altamente heterogêneo. A imensa bibliografia sobre o assunto parte de uma metodologia também heterogênea, que, portanto, não contribui ou até dificulta a definição dos critérios diagnósticos e terapêuticos, bem como o estabelecimento do diagnóstico diferencial. Assim, até serem obtidos marcadores biológicos indiscutíveis, o diagnóstico continuará dependendo da observação do comportamento da criança e da capacidade de reconhecer que os seus sintomas são dimensionais; ou seja, não há uma linha divisória nítida entre a quantidade e qualidade dos sintomas e o grau do comportamento funcional que esses sintomas podem causar em cada criança (Reed, 2017, p. 354-355).

Os autores Casella e Rees (2012), também atentam para esse fator e frisam, que enquanto não for possível obter marcadores biológicos que sejam indiscutíveis, só será possível fundamentar o diagnóstico na observação dos comportamentos da criança e na capacidade do profissional em identificar se os sintomas são dimensionais, não tem uma medida avaliativa entre normal e anormal e entre quantidade, qualidade e grau de comprometimento que são gerados por esses sintomas em cada criança. Como a interpretação é feita pelos pais e profissionais, mostra certa ambiguidade indicando o diagnóstico e o possível tratamento, pois vai depender da interpretação que possuem de determinados comportamentos.

Deve ser feito uma avaliação inicial e ter acompanhamento para verificar os pontos fortes e os fracos do paciente para posteriormente estabelecer um plano terapêutico com objetivos, como melhorar o desempenho acadêmico, estratégias para serem alcançar esses objetivos e verificar eventuais comorbidades tais como, ansiedade, depressão e dislexia (Casella e Rees, 2012).

De acordo com Sadock, Sadock e Ruiz (2017), a farmacoterapia é a principal forma de tratamento para o TDAH, sendo dividido em classes de medicamentos divididos em medicamentos estimulantes do sistema nervoso central e medicamentos não estimulantes.

Os medicamentos mais utilizados são os estimulantes do sistema nervoso central por ter maior eficácia e possuir efeitos colaterais toleráveis, nessa classe está o metilfenidato, que tem por nomes de Ritalina, Concerta, Metadato ER ou CD, Metilina e Adesivo de Daytrana. Dexmetilfenidatos, com nomes, Focalin e Focalin XR. Dextroanfetamina, com nomes Dexedrine. E os Sais de anfetamina, que é o Adderal e Adderol XR (Sadock, Sadock E Ruiz, 2017).

De acordo com Casella e Reed (2012), os estimulantes podem causar efeitos colaterais mais comuns, de insônia, diminuição do apetite, cefaleia e dor abdominal. Os efeitos colaterais menos comuns são, irritabilidade, ansiedade, letargia. Os raros, psicose e arritmia. Além do mais, os pacientes podem apresentar respostas individuais e específicas tendo vantagens e desvantagens quanto a duração da ação, portanto,

a avalição deve ser individual levando em consideração as particularidades das atividades de cada paciente, verificando a necessidade e a cobertura dos sintomas podendo trocar de medicamento da mesma classe com menor ou maior tempo da duração de sua ação no corpo.

Os medicamentos não estimulantes são pouco usados, embora também sejam eficazes no tratamento de TDAH, ao contrário dos estimulantes do sistema nervoso central que a ação é imediata, os medicamentos não estimulantes podem levar até seis meses para controlar os sintomas. Os antidepressivos tricíclicos, como a imipramina, são utilizados em casos de depressão ou ansiedade como comorbidade, porém colocados em segundo plano devido o risco de insuficiência cardíaca (Casella E Reed, 2012).

A PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL

De acordo com a Psicologia Histórico-Cultural, é nos primeiros anos de vida que surge a atenção involuntária, ela tem o caráter de simples reflexos orientados por estímulos novos ou fortes. A atenção só se torna seletiva e voluntária após passar por um processo. O processo de aprendizagem ocorre com o acesso ao material cultural formado ao longo da história da humanidade, em posição de destaque nesse processo de desenvolvimento e escolarização (Leite, 2010).

Segundo Leite (2010), a fonte de desenvolvimento da atenção é formada pela interação entre a criança e o adulto, quando o adulto direciona a atenção da criança por meio da linguagem, ao orientar, nomear ou chamar a atenção voluntária para algum objeto ou situação. O processo de desenvolvimento que resulta as formas superiores de atenção e se manifestam com formas estáveis de subordinação do comportamento que é regulado incialmente pelas instruções de adultos e posteriormente pela auto regulação.

Para Tonelotto (2003) Um dos principais requisitos para a aprendizagem é a atenção seletiva que representa um nível de evolução dessa função psíquica. A atenção voluntária faz o estímulo ser percebido, elaborado, processado e transformado em resposta.

Na escola a aprendizagem ocorre pelo processamento entre o pensar, sentir, falar, ouvir e agir. As crianças ao apresentar dificuldades em controlar a própria atenção podem exibir comportamentos incompatíveis aos que são necessários para aprendizagem. Por isso, na sala de aula torna-se necessário impor algumas restrições que limitam alguns comportamentos que podem produzir bons resultados acadêmicos (Leite, 2010).

De acordo com Collares e Moysés (1996) as dificuldades e os distúrbios surgem durante o processo de aprendizagem e verificamos que há grande complexidade e variedade de estruturas nos processos psíquicos envolvidos nesse processamento. Para isso, é preciso que haja integridade em três instâncias: no processamento das funções do Sistema Periférico, que leva os estímulos do meio externo até o Sistema Nervoso Central, que é responsável pelo processamento e armazenamento de todo conteúdo, e do funcionamento psicodinâmico que envolve as emoções. Além desse funcionamento íntegro é necessária a participação das funções psicológicas superiores durante o processo de aprendizagem. Desde a fase inicial, é requerida a participação das funções memória e atenção para que a aprendizagem ocorra desde o ingresso no processo de escolarização.

De acordo com Moura-Ribeiro (2013), é necessário diferenciar a dificuldade no aprendizado escolar, que são os problemas no processo de aprender da criança, envolvem as condições biopsicossociais, as situações e os métodos de ensinos dos distúrbios de aprendizagem, que envolve uma disfunção neurológica no processamento geral ou parcial da informação.

DISCUSSÃO

De acordo com Leite (2010), a atenção é desenvolvida pela interação da criança com o adulto nos primeiros anos de vida. Pelo ponto de vista de Luria (1991), é pela capacidade de selecionar os estímulos e controle voluntário do comportamento que desenvolve a atenção. É importante o aluno se manter ativo para ocorrer o processo educativo e para que esse se aproprie dos conteúdos escolares. Leontiev (citado por Meira, 2012).

A responsabilidade do processo educativo é do professor, é este que deve dirigir intencionalmente para que as crianças participem dentro de seus limites e possibilidades enquanto alunos. Mello (citado por Meira, 2012).

Eidt (2004), aponta que existem semelhanças nas descrições de comportamentos no TDAH e nos comportamentos de crianças e adolescentes indisciplinados, entre os comportamentos semelhantes estão, não ficar sentados, conversar muito, são agitados, falam palavrões, são agressivos, brigam, ofendem professores, funcionários e colegas, não se concentram nas atividades, usam roupas ou comportamentos inapropriados, danificam e perdem os seus matérias e os dos colegas, destroem o patrimônio da escola e fumam ou usam álcool e outras drogas na escola.

Cabem alguns apontamentos ao indagar o que o que seria hiperatividade. O que difere um aluno hiperativo do que participa ativamente? Estamos tratando a não adaptação ao padrão estabelecido como normal ou transtornos? Desvios de normas ou doença?

A complexidade do diagnóstico de TDAH aparece novamente ao verificar que "o sentido da disciplina é o da obediência e, dependendo das escolas e dos professores, um mesmo comportamento pode ou não ser considerado indisciplinado. Ou, ainda, pode ser visto como sintoma de TDAH" (Meira, 2012, p. 139).

Para Collares e Moysés (1996) desde a constituição da Medicina como ciência moderna, ainda existe o pensamento da escola e da sociedade que associam os problemas de saúde com a aprendizagem.

Nota-se que a medicalização vem sido utilizada como subterfugio para tratar problemas que não são apenas de saúde, mas que são ordem individual, sociais, políticas e biológicas. Conforme nos traz Moysés e Collares (2013, p. 13):

> Nas sociedades ocidentais é crescente a translocação para o campo médico de problemas inerentes a vida com a transformação de questões coletivas, de ordem social e política em questões coletivas de ordem social e política, em questões individuais, biológicas. Tratar questões sociais como se biológicas iguala o mundo da vida social ao mundo da natureza. Isentam-se de responsabilidades todas as instâncias de poder, em cujas entranhas são gerados e perpetuados tais problemas.

As mesmas autoras ressaltam que o campo da ciência de Medicina possui o poder de legislação e assume um papel de controle social, é esse campo que verifica e define o normal e anormal, saúde e doença, o que é bom e o que é ruim, o que saudável ou não e ao entender que a medicalização utilizada para resolver problemas da vida e não só doenças, verifica-se que a sociedade tem depositado esperança na solução de problemas em medicamentos que podem ser resolvidos de outra maneira.

Ao constatar o que Sadock, Sadock e Ruiz (2017), falam a farmacoterapia é principal maneira de tratar a TDAH e existe um aumento expressivo na comercialização de medicamentos para o transtorno, causado pelo encaminhamento de escolares aos centros de diagnósticos infantis, o que nos leva a necessidade de refletir sobre o aumento das queixas escolares e os diagnósticos que acarretam o processo de medicalização.

Segundo Collares e Moysés (1985) o termo medicalização se refere ao processo de transformar questões não médicas, que têm origem social e política, em questões médicas. Com isso, no campo da ciência médica busca-se encontrar as causas e soluções para problemas e discutir o processo saúde-doença centrada no indivíduo, pela abordagem biológica, organicista e apresentar sociais como problemas individuais, sem considerar a determinação coletiva.

A maneira que o diagnóstico é realizado, também nos faz refletir, uma vez que, a falta de marcadores e subjetividade da avaliação qualitativa e quantitativa mostra a dificuldade em estabelecer um diagnóstico preciso do TDAH e para completar esse diagnóstico é necessária uma avaliação multidisciplinar com avaliações específicas de cada área.

> E se pudéssemos romper com esse olhar que patologiza o sujeito indisciplinado que se encontra na origem dos diagnósticos de TDAH e mudássemos o foco, buscando compreender como diferentes contextos e práticas produzem a indisciplina? Talvez então fosse possível trazer para o centro desse debate situações de miséria social que produzem sentimentos de desesperança; a disseminação de modelos violentos e "hiperativos" em todos os espaços sociais; o desinteresse pelos problemas coletivos e a exacerbação do individualismo (Meira, 2012, p. 139).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos acerca da neurociência e o aumento de psicofarmacos desenvolvidos pela indústria farmacêutica faz com que aumente o número de prescrição de medicamentos para patologias psíquicas, sem que antes, ocorra a comprovação do diagnóstico. O agravante, é que a maioria dos consumidores desse mercado de medicamentos são as crianças.

As crianças acabam sendo medicalizadas, devido os comportamentos que apresentam em casa ou na escola, quando esses problemas íntimos e familiares comprometem o aprendizado e surge o fracasso escolar, tornando-se uma questão de saúde, quando a criança não corresponde aos padrões mais rígidos impostos pela sociedade. Caso a criança não se enquadre nesse padrão, deve fazer o uso do remédio que foi intitulado como, "remédio da obediência". A medicalização na educação está tornando as crianças em pacientes clínicos e muitas vezes não considera a individualidade de cada um.

Sabemos que no Brasil os medicamentos mais utilizados para o tratamento do TDAH são: Ritalina e Concerta, contudo, a problemática que aqui apontamos se instala no momento do seu diagnóstico e forma de tratamento, pois o conjunto de sintomas que se entende como TDAH é tão amplo que pode se facilmente diagnosticar alguém como portador do transtorno, de forma equivocada. É muito importante a seriedade, o conhecimento, e a excelência no manejo das técnicas e testes indicados para auxiliar na identificação da criança com TDAH.

Infelizmente, o diagnóstico não passa por criteriosa avaliação de todos esses itens, ou possivelmente inicia pelo inverso, da escola, direto para um consultório médico e logo uma prescrição do remédio da obediência.

Não visamos desconsiderar a importância do medicamento para crianças que realmente apresentem algum transtorno ou patologia, porém alertarmos que o diagnóstico precoce pode trazer sérios danos para uma criança, e que a medicalização exacerbada vem crescendo dia após dia na nossa sociedade e defendemos que o diagnóstico deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar em acordo com os sintomas e peculiaridades do TDAH.

Existem vários instrumentos que podem ser utilizados pelos psicólogos para avaliação de crianças com hipótese de TDA/H para delinear o diagnóstico diferencial como: Transtorno de Aprendizagem, Transtorno de Conduta, Dificuldades Escolares (pedagógicas) ou Dificuldades Familiares Significativas. Com isso, o psicólogo deve esclarecer se os comportamentos são sintomas reais e condizentes a um quadro de TDA/H ou se são respostas de outra situação. Os instrumentos que devem ser utilizados para uma análise detalhada são: Histórico Familiar; Critérios Diagnósticos de TDA/H (DSM-IV e V) e (APA, 1994); Avaliação Cognitiva: WISC-IV (WESCHELER, 2013); Avaliação Percepto-motora: Viso Motor Bender (BENDER, 1938, apud. CIASCA, 1994); Avaliação de Desempenho Escolar: Teste de Desempenho Escolar - TDE (STEIN, 1994); Avaliação Neuropsicológica: Bateria Neuropsicológica para criança Luria – Nebraska (CIASCA, 1994); Testes das Fábulas – Forma Verbal e Pictorica (CUNHA,1993); EPF-TDAH (Benczik, 2017); Entrevista com a Professora e Análise do Material Escolar, entre outros.

REFERÊNCIAS

Casella, E. B.; Reed, U. C. (2012) Transtorno do déficit de atenção-hiperatividade. In: Reed, U. C.; Dias, M. J. M. *Coleção Pediatria Instituto da Criança do Hospital das Clínicas*. Barueri, SP, Manole. ISBN: 978-85-204-3099-6.

Collares, C. A. L., Moysés, M. A. A. (1985) *Educação ou saúde? Educação X saúde? Educação e saúde!* Cadernos Cedes, São Paulo: Cortez/Cedes, n. 15. Recuperado em 7 dezembro, 2013, de http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf ISSN 0101-3262. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622007000300002.

Collares, C. A. L.; Moysés, M. A. A.(1996) *Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização*. São Paulo, Cortez / FE-FCM-UNICAMP. ISSN 0101-7330. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73301997000200012.

Eidt, N. M. & Tuleski, S. C.(2007) Discutindo a medicalização brutal em uma sociedade hiperativa. In: Meira, M. E. M. & Facci, M. G. D. (orgs).*Psicologia Histórico - Cultural:* contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação. São Paulo: Casa do Psicólogo. ISSN 0103-6564. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642012000100006.

Leite, H. A. (2010) *O desenvolvimento da atenção voluntária na compreensão da psicologia histórico-cultural:* uma contribuição para o estudo da desatenção e dos comportamentos hiperativos. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Maringá-PR. ISSN 1413-8557. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572011000100012.

Meira, M. E. M. (2012) *Para uma crítica da medicalização na educação*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572012000100014. Acesso em: 03 abr. 2019. ISSN 2175-3539.

Moysés, A. A. M.; Collares, L. A. C. (2013) *Controle e medicalização na infância*. In: Revista Desidades. Universidade do Rio de Janeiro. Número 1. Ano 1. ISSN: 2318-9282.

Moura-Ribeiro, M. V. L. D. Transtorno do déficit de Atenção e Hiperatividade. In: Melo-Souza, S. E. D.; Neto, E. P.; Cendes, F. Tratamento de doenças neurológicas. [3. Ed]. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan. ISBN: 978-85-277-2248-3.

Reed, U. A. C. (2017) Transtorno de déficit de atenção | hiperatividade. In: Miotto, E. C.; Lucia, M. C. S.; Scaff, M. *Neuropsicologia Clínica*. 2 ed. p. 354-355. ISBN:978-85-277-3068-6.

Sadock, B. J.; Sadock, V. A.; Ruiz, P. (2017) Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: Sadock, B. J.; Sadock, V. A.; Ruiz, P. *Compêndio de Psiquiatria* : ciência do comportamento e psiquiatria clínica; tradução: Almeida, M. D. A. ... [et al.] – 11 ed. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 978-85-8271-378-5.

Toledo, M. M. Simão, A. (2003) Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade. In: Ciasca, Sylvia Maria, (Org.) *Distúrbios de Aprendizagem*: Proposta de Avaliação Interdisciplinar. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 187-199. ISBN: 85-7396-221-6.

Tonelotto, J. M. F. (2003) Aspectos acadêmicos e sociais do Transtorno de Déficit de Atenção. In: CIASCA, Sylvia Maria, (Org.) *Distúrbios de Aprendizagem*: Proposta de Avaliação Interdisciplinar. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 203-220. ISBN: 85-7396-221-6.

OS IMPACTOS NA SUBJETIVIDADE DA MULHER PROVOCADOS PELA EXPOSIÇÃO ONLINE SEM CONSENTIMENTO

Felipe Jordão Silva
Centro de Inovação vincit-uniciv; Unicesumar
(jordanjordan89@tutanota.com)

Isabella Vaini Alves
Universidade Cândido Mendes – UCAM
(isabellavaini@gmail.com)

RESUMO

O presente trabalho apresenta o resultado parcial da revisão teórica que visa averiguar a maneira como ocorrem os crimes cibernéticos e os impactos que podem gerar na subjetividade da mulher visando à compreensão de uma prática atual acerca da exposição da imagem da mulher na internet sem permissão, como pode ocorrer vazamento de dados particulares e uma narrativa sobre a nova tipologia de delitos que envolvem a exposição que acontecem no virtual. Apresentamos algumas considerações da psicologia sobre como a subjetividade da mulher pode ser atingida diante dessa exposição indevida, e como o auxílio de um psicólogo(a) torna-se importante no oferecimento da escuta ativa e acolhimento do sujeito nesse momento de vulnerabilidade e sofrimento psíquico. Verifica-se a importância do agrupamento interdisciplinar entre os profissionais da área do Direito, da Tecnologia da Informação e da Psicologia, uma vez que a tecnologia está presente na composição da subjetividade dos usuários e pode causar danos, violência, constrangimentos e chamar a atenção destas áreas da ciência.

Palavras-chave: Exposição. Mulher. Impactos. Subjetividade. Psicologia.

INTRODUÇÃO

Até a chegada da internet, podemos afirmar que ira impossível se roubar informações dos computadores, uma vez que, para ter acesso ao mesmo era preciso se conectar diretamente à máquina, ou seja, no aparelho eletrônico físico. Não obstante, com a chegada da internet muitas pessoas saíram do modo off-line, para o modo online, tendo em vista que a internet proporcionou a conectividade entre computadores, aumentando o fluxo de informações entre os dispositivos. Com essa exposição no meio virtual as pessoas ficaram mais suscetíveis aos indivíduos mal intencionados, sejam hackers ou mesmo pessoas de seu convívio e que utilizam seus equipamentos eletrônicos. Este estudo apresenta algumas considerações acerca da formação da subjetividade da mulher, as transformações que ela vem passando ao longo dos anos, a relação com corpo e maneira que a mulher vem lidando com a sexualidade ao longo da história, a percepção do feminino na contemporaneidade e as influências ainda existes a cerca família, escola e igreja sobre a maneira como a mulher deve se comportar. Este texto também visa discutir os danos causados para mulher que tem seus conteúdos exposto virtualmente sem permissão, como se configura a sua imagem frente à sociedade, amigos e familiares quando ocorrem situações de pornografia vingativa, possíveis motivos que levam o ofensor a tais atos e os sintomas que podem surgir nas vitimas.

A PRIVACIDADE

A inquietude com a privacidade faz parte do processo histórico. Podemos afirmar que desde a criação da humanidade se tem um cuidado por parte do homem com a proteção da sua vida privada e sua intimidade. A Bíblia nos traz o exemplo dos primeiros seres humanos que ficaram envergonhados por estarem nus diante de Deus, após se alimentarem do fruto proibido. Com a evolução da sociedade ocorreu um reconhecimento pela individualidade, esta, quase sempre inclinada ao direito de estar só.[1]

Com a chegada dos computadores aos lares, pode-se dizer que o mesmo tornou-se um ponto de inflexão para a privacidade. Devido ao papel fundamental que os computadores e notebooks passaram a ter na vida pessoal e profissional das pessoas, mais e mais informações

[1] A mais bem--sucedida definição da privacidade é de autoria do Juiz norteamericano Cooley. Em 1873, este Juiz identificou a privacidade como: "The right to be let alone", ou como o direito de uma pessoa em ser deixada em paz, de estar só. (SILVEIRA, 1997).

de cunho pessoal e profissional passaram a ser armazenadas nos mesmos, até então ter acesso a informações armazenadas no computador de terceiros era um acontecimento raro, tendo em vista que para obter acesso com êxito a uma determinada máquina, o invasor necessitaria de acesso direto ao computador.

Porém isso tudo muda com a chegada da Internet, uma vez que ela possibilitou que cada computador se conectasse um ao outro, deixando aquele conceito do direito de estar só, onde as informações estavam sob o domínio exclusivo do interessado, passando para uma realidade onde as informações poderia ser compartilhadas com vários indivíduos, trazendo uma abrangência maior ao conceito de privacidade ou esfera privada.

Nesse contexto, como podemos analisar, com o passar dos anos houve uma evolução da privacidade do offline, onde somente um indivíduo podia acessar às informações, para online, onde qualquer pessoa pode ter acesso dada essa conectividade entre computadores.

PERFIL DO INVASOR

Antes de adentrarmos a algumas técnicas utilizadas por invasores ou hackers para terem acesso as informações da vítima, é preciso traçar o perfil do invasor, ou seja, as diferenças existentes entre, white hat, black hat, cracker e qual é a função de cada um. O termo hacker, etimologicamente está relacionado ao verbo "cortar" nas línguas germânicas, o termo passou a ser associado ao ato de modificar ou inventar algo para realizar funcionalidades que não as originais. Tendo sido utilizado o termo "hack" no ano de 1950, por um grupo denominado Tech Model Railrold Club, onde os membros utilizavam o termo nas modificações inteligentes que faziam nos reles eletrônicos. Posteriormente passaram a utilizar este jargão para descrever as modificações que eles estavam fazendo com a programação de computadores.

Para Beaver (2013 p.10), "Tradicionalmente, hackers gostam de mexer com software ou sistemas eletrônicos. Gostam de explorar e aprender como sistemas de computador funcionam. Eles adoram descobrir novas maneiras de trabalhar - tanto mecânica quanto eletronicamente". Já para Basta, Basta e Brown(2014), Hackers eram os indivíduos especializados em codificação e na criação de soluções utilizando computadores.

Ainda sobre hackers, podemos defini-los como White Hat, Black hat e Grey hat, o White hat, do inglês "chapéu branco" é utilizado para definir um hacker "bom", ou seja, que utiliza seus conhecimentos na exploração e detecção de falhas, dentro da lei. Geralmente a atitude típica deste hacker assim que verifica a existência de uma falha de segurança é a de entrar em contato com os responsáveis e reportar o erro, bem como apontar soluções para a correção do mesmo.

Já o termo Black hat, ou chapéu preto, é utilizado para definir um hacker criminoso ou malicioso, a qual geralmente usam seus conhecimentos para agir fora da lei, não possuem ética. E por último temos o Grey hat, do inglês "chapéu cinza", este termo é utilizado para definir aquele hacker que é bom e mau ao mesmo tempo, ele pode tanto utilizar seus conhecimentos para agir dentro da lei, como fora da lei.

Neste contexto, para Basta, Basta e Brown (2014, pg.3): Hackers de chapéu branco tem por motivação e objetivos aprender coisas novas, proteger a rede sob sua responsabilidade contra invasão ou danos, manter o status quo, trabalhar com sanção das organizações oficiais. Hackers de chapéu cinza fama, crédito por resolver quebra-cabeças de rede desafiadores. Mais interessados em danos do que em pilhagem. Os hackers-ativistas que alteram sites e deres de "malfeitores" alvo (p.ex, corporações envolvidas no comércio de peles, venda de tabaco, aborto) fazem parte desse grupo. Hackers de chapéu preto Pagamentos em dinheiro, ofensas, podem roubar segredos comerciais, números de cartão de crédito, listas de clientes, listas de funcionários. Querem toda informação que puderem conseguir para gerar lucro. Trabalham sem a sanção de organizações oficiais ou extraoficiais.

Com o passar dos anos, o termo hacker passou a ser utilizado de forma mais pejorativa, se referindo a alguém que usa as habilidades técnicas de forma ilegal ou antiética, culminando com o surgimento posteriormente do termo cracker.

Segundo Beaver (2013 p.10): Nos últimos anos, a palavra hacker tem assumido um novo significado - alguém que entra maliciosamente em sistemas para ganhos pessoais. Tecnicamente, esses criminosos são *crackers* (hackers criminosos). Crackers invadem ou corrompem sistemas com intenções maliciosas. Eles estão em busca de ganhos pessoais: famas, lucro e até mesmo vingança. Modificam, apagam, roubam informações essenciais, muitas vezes deixando outras pessoas em situações muito difíceis.

Assim, podemos dizer que existem hackers éticos e antiéticos e que na maioria dos casos os hackers antiéticos agem contra alguém ou determinada empresa por vingança ou porque receberam alguma remuneração ou até mesmo por diversão, deixando as vítimas muitas vezes em situações difíceis e até constrangedoras.

TÉCNICAS DE INVASÃO

Uma invasão informática, é o meio em que o hacker se utiliza para encontrar falhas e informações nas redes e dispositivos eletrônicos como computadores, notebooks, celulares e etc. Para Moreno (2015, p.51) "é uma bateria de testes metodológicos normalmente aplicados em redes de computadores e sistemas operacionais, podendo ser direcionados também a websites, redes sem fio, banco de dados, aplicativos e programas, com o objetivo de descobrir, mapear e expor todas as possíveis vulnerabilidades".

O principal objetivo do hacker é explorar essas falhas e vulnerabilidades para então colher toda a informação que ele puder. No presente artigo abordaremos algumas técnicas que podem ser utilizadas, pois como existem várias, é quase impossível abordarmos todas aqui.

Sniffing é uma técnica utilizada para realizar a interceptação de dados, existindo na rede uma comunicação entre duas pessoas, o invasor captura dados através de ferramentas, ou seja, o intuito do invasor através desta "escuta" da comunicação é encontrar dados sensíveis. Para Seitz (2015,p.53), "Os sniffers de rede permitem ver pacotes entrando em um computador-alvo e saindo dele".

Assim, através desta técnica, é possível que o invasor faça uma interceptação de uma comunicação entre dois computadores, analise os pacotes que estão trafegando na rede e identifique aquela informação sensível que está passando por ali.

Já a *Spoofing*, Pode-se dizer que esta técnica utilizada tem como objetivo principal a falsificação. Segundo Basta, Basta e Brown(2014, p.127), "a falsificação (spoofing, em inglês) pode ser definida como (1) uma forma sofisticada de autenticar uma máquina no lugar de outra utilizando os pacotes forjados ou (2) falsificar o remetente de uma mensagem (e-mail, IM etc) de forma a fazer que os destinatários dessa mensagem respondam de uma forma que os torne vulneráveis".

Existem vários tipos de falsificações e para decidir qual delas irá empregar, normalmente o hacker analisa as circunstâncias e características do alvo, bem como qual a forma que as informações da rede encontram-se disponíveis. Para Basta, Basta e Brown (2014), entre as categorias de falsificação estão as seguintes Falsificação cega, Falsificação Ativa, Falsificações de IP, Falsificação de ARP (Protocolo de Resolução de Endereços), Falsificação web e Falsificação de DNS.

Na Falsificação cega, pode-se afirmar que apenas um lado que está sob ataque está a vista, ou seja, o invasor não tem acesso em sua totalidade, pois não tem ciência do estado da rede, tendo que adivinha ou utilizar outros meios para ter acesso completo da rede.

Com relação à falsificação ativa, aqui o hacker tem acesso total a rede, aqui ele consegue não só observar a transmissão dos pacotes da vítima, mas também os pacotes que estão sendo transmitidos pela outra parte, o objetivo deste tipo de falsificação é a alteração do conteúdo ou sua desordem.

Já a falsificação de IP é uma mescla entre a falsificação cega e a ativa, isto porque o hacker busca ter acesso a um destino disfarçado de alguém confiável.

Segundo Basta, Basta e Brown (2014, p.136), "o ataque de falsificação de ARP é um método de detectar transmissões, forjando o endereço IP e, em seguida, respondendo com o endereço MAC do computador hacker". Assim que o roteador receber o endereço MAC, enviado pelo hacker, o mesmo pressupõe que o endereço está correto e envia todos os dados para o computador do hacker.

Ao falsificar um IP por intermédio de um site, temos a falsificação web e aqui os objetivos do hacker são transferir informações (geralmente maliciosas, como um código) ou receber informações (como por exemplo um número de cartão de crédito ou senhas). A estratégia deste tipo de falsificação é permitir que todas as comunicações realizadas entre o site e os usuários sejam direcionados ao dispositivo do hacker. Por ultimo temos a falsificação de DNS, o objetivo desta falsificação é enganar o usuário para que ele acredite que aquele site na qual está acessando é legítimo, através da substituição do endereço IP do site, pelo IP do computador do hacker.

Na Engenharia social, podemos afirmar que o hacker direciona seu ataque para o elo mais "fraco" de qualquer empresa quando se fala de segurança da informação, as pessoas, uma espécie de hackeamento humano. Para Beaver (2013 p.61): "Engenharia Social é "hackeamento de pessoas" e envolve a exploração de forma maliciosa da natureza crédula dos seres humanos com intuito de obter informações que podem ser usadas para ganho pessoal".

Em grandes empresas como a de telefonia, as pessoas podem repassar informações a um hacker sem ao menos perceber, isto porque geralmente estes fingem ser técnicos que precisam de um auxílio para executar um teste, restaurar um sistema e etc.Um ataque muito utilizado na engenharia social é o "phishing", Basta, Basta e Brown (2014,p.118) "discorrem sobre phising: O phising se vale da exposição em massa de anúncios, pop-ups e e-mails supostamente de empresas legítimas". Geralmente neste tipo de ataque, o hacker tem que ter uma boa criatividade pois terá de criar uma página ou e-mail como se fosse de uma empresa legítima, como por exemplo uma instituição financeira, para que a pessoa acredite que de fato é um comunicado do banco e inclua seus dados nos campos solicitados, para somente assim conseguir coletar seus dados ou o mesmo pode se utilizar de uma ferramenta para clonar um determinado site, como por exemplo o HTTRACK[2] Website e assim utilizar os componentes clonados para criar sua própria página.

SUBJETIVIDADE DA MULHER

De acordo com Castell (2008), a condição feminina inserida nas relações pode ser compreendida pelos estudos mais atuais, por meio de gênero, devido à conjuntura histórica que mostra que é impossível estudar e compreender o feminino isoladamente, uma vez que, feminino sempre se reporta ao masculino e vinculado à questão da desigualdade de poder.

Já para Foucault (1979), para a sociedade existe uma maneira desigual sobre a distinção da natureza, com um olhar negativo em relação às mulheres que as impedem de atuar ativamente como fazem os homens.

O homem é entendido como instituidor da lei e da ordem, já a mulher está vinculada à desordem e o desejo, o que a torna naturalmente um indivíduo inferior, fundamentando clivagens simbólicas para a sociedade Amâncio (citado em Martins e Souza, 2016).

Parece estar em jogo o jeito de vivenciar os corpos, é mais que uma separação entre homens e mulheres. Dessa forma, ser mulher, é estar frente ao inacabado, incerto, ter um corpo acessível aos devires, como o devir-molécula, o devir-vegetal, o devir animal. Esse movimento independe do gênero dos personagens, podem ser atingidos para viverem sua desterritorialização Dinis (citado em Martins e Souza, 2016). O devir está relacionado ao desejo, entendido como a consistência do real. Zourabichvuli (citado em Martins e Souza, 2016).

Foi retirado da mulher, o que diz respeito ao seu corpo e a sexualidade e para que ocorra a construção da sua subjetividade a sociedade utiliza instituições como, família, escola e igreja. A autora ainda traz que a subjetividade é formada por meio da relação existente entre o social e o individual, dessa forma, a apropriação do sujeito ocorre por meio da interação com o outro. Liev Vygotsk; Alexis Leontiev; Marta Shuare (citado em Vieira, 1997).

Na construção de gênero, a escola e a família tem um papel importante de decisão ditando e moldando por meio do controle da sexualidade o que é feminina através dos valores que são pertinentes a sociedade, como o casamento, maternidade e fidelidade. Belotti; Simone de Beauvoir(citado em Vieira, 1997).

A subjetividade da mulher acompanhou o processo de lutas, transformações e conquistas acompanhando junto às transformações sociais e históricas ocorridas na cultura ocidental pela libertação pessoal e profissional, antes a mulher não podia ter realizar seus desejos sexuais e profissionais, era dominada. (Boris; Cesídio 2007).

> Esta nova forma de existir passou a valorizar a estética do corpo e a independência financeira e profissional da mulher, o que contribuiu para a construção de uma nova subjetividade feminina. Porém, tal valorização foi tão reforçada pelos meios de comunicação que, a partir do século XX, ocorreu uma banalização do corpo da mulher, pois a mídia o expôs em propagandas, revistas, jornais, programas de TV etc. a fim de estabelecer um padrão de corpo feminino. Resumidamente, assim podemos perceber as mudanças do modelo de subjetividade e de corpo feminino em relação aos dois períodos culturais (patriarcado e século XX): de um lado, uma mulher pura e recatada, virgem quando solteira, e, quando casada, devotada e dependente financeiramente do esposo; e, de outro, uma mulher sensual e provocante, estável profissional e financeiramente, mas submetida às imposições da mídia. (Boris; Cesídio 2007, p. 461).

[2] Referência do programa de clonagem de site: https://www.httrack.com/

Para Vieira (2005), nos séculos XVIII e XIX o discurso relacionado a sexo deixou de ser exclusivo da igreja e passou a ser de interesse de outras áreas do conhecimento, como da psiquiatria, medicina, biologia, a área política também passou a ter interessar-se pelo assunto, a partir daí surgiram novos conceitos sobre a mulher. E os assuntos que envolvem a sexualidade passaram a ser mais abertos, ao passo que, na contemporaneidade a mulher pode se impor na sociedade em diversas áreas, até mesmo na sexual, podendo expressar suas preferências e vontades. Em seus discursos revelam que o sexo deve ser prazeroso.

A sexualidade que está baseada no discurso do desejo, nas palavras, na linguagem e nos símbolos. E em comparativo faz a reflexão que na atualidade a tecnologia tem sido utilizada para veiculação de atividades sexuais e que é possível visualizar e trocar imagens de sexo virtualmente, sem que seja possível fazer um controle. O prazer da mulher ao interagir com o outro, abre para que aconteça uma libertação gradual na área sexual expansão dos imites e passa para uma transformação de conceitos sobre esse assunto. Foucault (citado em Vieira, 2005).

DISCUSSÃO

Atualmente o acesso à internet é facilitado e as pessoas se comunicam por meio da internet, fazendo ligações, trocas de mensagens, fotos, vídeos e até vídeos chamadas. Junto a esses meios de comunicação tem vários riscos que muitas vezes não são levados em consideração pelos seus usuários e essa troca de informações é um facilitador para ter seus conteúdos expostos, ou mesmo, veiculado sem autorização nas redes sociais.

> A pornografia de vingança consiste na divulgação de imagens por meio de fotos ou vídeos que expõem a intimidade sexual em redes sociais, contendo cenas de sexo, nudes, orgias ou similares, sem o consentimento da pessoa envolvida no intuito de colocá-la numa situação humilhante e vergonhosa, com objetivo de se vingar, constrangendo a vítima diante da sociedade de forma maliciosa. Burégio, (citado em Santos, Ramos e Alves, 2018).

Conforme Silva e Pinheiro (2017), grande parte das ocorrências de exposição online sem consentimento estão relacionados à vingança atingem as mulheres, o impacto se torna grande, uma vez que, torna-se público a sexualidade. As consequências são devastadoras ao verificar as normas impostas pela sociedade. Dessa forma, a exposição gera um constrangimento pessoal, que em geral, é potencializada pela sociedade, amigos, familiares, podendo gerar conflitos internos ou e potencializar os que já são enfrentados pela vítima.

Santos, Ramos e Alves (2018) afirmam que a sociedade julga as vítimas de pornografia de um cruel, comparando-as moralmente com prostituta por ter tido relações com seu parceiro que fez a exposição e ainda entendem que crime da exposição cometido pelo agressor é menos ofensivo que a exposição íntima da vítima.

São várias as motivações que se associam a pornografia de vingança, elas podem ser feitas por hackers, para extorsões ou mesmo após o término de um relacionamento afetivo por vingança (Silva e Pinheiro 2017).

De todo modo, destaca-se principalmente a gravidade dos casos em que a dissolução do vínculo afetivo é o impulso determinante para o comportamento do agressor, haja vista o imenso poder de sofrimento que, em geral, acompanha um rompimento amoroso, somados aos sentimentos de constrangimento, humilhação, menor valia, culpa, revolta e desespero causados pela exposição de intimidade na internet (Silva e Pinheiro, 2017, p. 246-247).

Para Santos Ramos e Alves (2018) O desejo do ofensor atingir moralmente por vingança e destruir a imagem da vítima perante a sociedade, os motivos podem estar relacionados à traição, por não aceitar término do relacionamento ou mesmo por outros motivos que lhe pareça conveniente.

Quando passamos pelo processo da construção de gênero e verificamos que a escola, família e igreja que dita e molda os valores que são pertinentes a sociedade e exercem o controle da sexualidade feminina, ao ter seus conteúdos expostos é possível verificar que a imagem da mulher será prejudicada sendo entendido com valores que fogem ao que lhe fora ensinado desde a infância que deveria preservado.

Com o processo de transformação que a mulher passou abriu para que possam falar mais abertamente sobre suas preferências, vontades e até mesmo sobre sexo, abrindo até para trocas de imagens e vídeos por meio da tecnologia, no entanto isso ainda é feito de maneira privativa, e ao ser exposta a mulher experimenta o sentimento de culpa. Silva e Pinheiro (2017), atentam que o sentimento de culpa pode estar relacionado à escolha errônea do parceiro e por compartilhado sua intimidade com ele, ou mesmo, pelo discurso de inversão de culpa que condenam a permissão de filmar e fotografar o corpo que estão fora dos limites impostos ao gênero pela sociedade.

A pornografia de vingança pode ser considerada violência moral e psicológica devido a vulnerabilidade que a vítima é colocada, podendo ser exposta e assediada por pessoas desconhecidas, a ter ataques virtuais e físicos. A vítima também sofrer atitudes agressivas e ofensivas. Devido à propagação muito rápida que ocorre na internet, milhares de pessoas passam a ter acesso sem ter um limite e dificuldade de investigação pode ocorrer o agravamento do sofrimento da vítima.

> Esse desconforto intenso é caracterizado pela vulnerabilidade da saúde psíquica, sendo frequentes os episódios de ansiedade, depressão, angústia, medo, tristeza, raiva, estresse, dores de cabeça e de estômago, distúrbios do sono, falta de apetite, entre outros. Porto; Richter (citado por Silva e Pinheiro, 2017, p. 249).

Foram apresentadas como "ferramentas de tortura psicológica à integridade mental", que causam sintomas como, "transtornos, estresse, transtornos, cognições pós-traumáticas, abuso ou dependência de substâncias, baixa autoestima, déficit de solução de problemas, suicídio, entre outros". (Silva e Pinheiro, 2017, p. 249-250).

Antes de 2012 não existia uma lei que tipificasse crimes cibernéticos. Porém, esse contexto mudou após a atriz Carolina Dickimann[3] ter suas fotos íntimas roubadas e vazadas através do seu computador. Em 30 de novembro de 2012 foi sancionada a Lei 12.737/2012 que acrescentou os artigos 154A e 154B do Código Penal Brasileiro definindo as formas como esses tipos de crimes ocorrem, bem como, a forma de penalidade a ser aplicada ao mesmo.

[3] Notícia referente ao caso da atriz Carolina Dickimann: https://recordtv.r7.com/domingo--espetacular/videos/fotos--intimas--de--carolina--dieckmann--sao--roubadas--e--vao--parar--na--internet--15092018.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por se tratar de assunto muito atual, ainda existem poucos estudos voltados para esse tema, que tem grande relevância no meio científico, uma vez que, cada vez mais tem aumentado os casos de crimes cibernéticos que envolvem a exposição online sem consentimento.

Os estudos apontaram que a grande maioria dos casos envolvem mulheres e que os ofensores são hackers que roubam dados para extorquir ou ex-parceiros que fazem a propagação de pornografia vingativa devido à traição ou por não aceitam o término do relacionamento, não excluindo que podem ter outros fatores que lhes pareçam convenientes. O acometedor na maioria das vezes tem a intenção de prejudicar a imagem da vítima perante a sociedade maliciosamente.

Mesmo com as transformações que aconteceram ao longo da história sobre a subjetividade da mulher, tendo a liberdade de falar sobre os seus desejos sexuais, preferências, vontades. Ainda hoje é possível ver que é a escola, família e igreja que ditam as normas da sociedade de certo e errado e que a imagem da mulher deve ser de respeito e familiar.

Com isso, pode-se afirmar que os impactos na subjetividade da mulher causados pela exposição online sem o consentimento geram grande sofrimento psíquico, uma vez que a prejudica a relação com a sociedade, com amigos e familiar e ao entender que a subjetividade é formada pela relação com o outro e consigo mesmo.

A mulher que tem a sua sexualidade exposta é hostilizada tanto fisicamente como no meio virtual, a culpa passa a ser invertida pelo fato de ter tirado fotos ou por ter permitido gravação. Passa também, a ser comparada moralmente como prostituta. Passando por um trauma e repentinamente a ser vista de uma maneira humilhante e vergonhosa e muitas vezes tendo que superar junto o fim de um relacionamento afetivo.

A mulher exposta pode apresentar transtornos psicológicos, como depressão, ansiedade, pânico, angústia, medo, tristeza, raiva, stress, distúrbio do sono, falta de apetite, abuso ou dependência de substâncias, baixa autoestima, suicídio, entre outros.

Nesse contexto, em decorrência do aumento das práticas mencionadas anteriormente, criaram-se legislações visando a punição dessas condutas ilícitas, afim de trazer mais segurança e assegurar o direito da privacidade da mulher.

REFERÊNCIAS

Basta, A. Basta, N. Bronw, M. (2014). Segurança de Computadores e teste de invasão. Tradução Almeida, L. M. São Paulo: Cengage Learning. ISBN: 978-85-221-1799-4.

Beaver, K. (2013). Hacking para leigos. Prefácio de Stuart McClure. Rio de Janeiro, RJ. Altas Books. ISBN: 978-85-7608-728-1.

Boris, G. Daniel J. B., & Cesídio, M. de H.. (2007). Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 7(2), 451-478. Recuperado em 30 de abril de 2019. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000200012&lng=pt&tlng=pt. ISSN 2175-3644.

Castell, G. (2008) A identidade subjetiva da mulher. In: Revista Filosofia Capital. Vol. 3 ed. 6. Em http://www.filosofiacapital.org/ojs-2.1.1/index.php/filosofiacapital/article/view/58/51: Acesso em: 20 abr. 2019. ISSN: 1982 6613.

Foucault, M. (1970) The History of sexuality. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. A História da Sexualidade. Paz e Terra, 2014. ISBN: 8577532941.

Martins, L. P. M; Souza, S. R. E. (2016). Crimes cibernéticos, exposição da mulher na mídia e sua subjetividade. In: Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas v. 1, n. 1, jan./jun. ISSN 2448-0738.

Santos, M. C.; Ramos, I.; Alves, M. M. (2018) Pornografia de vingança. In: Patrimônio e Cultura Desafios da Ciência Frente Identidades Plurais. Em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo6/exposicaodaintimidadedamulhernaeradigitalviolenciasemlimites.pdf. Acesso em: 20 abr. 2019. ISBN: 978-85-7586-120-2.

Seitz, J. (2015). Black Hat Python: Programação Python para hackers e pentesters. Tradução: Kinoshita, L. A. São Paulo, Novatec. ISBN: 978-85-7522-420-5.

Silva, A. S. e; Pinheiro, R. B. (2017) Exposição que fere, percepção que mata: a urgência de uma abordagem psicosociojurídica da pornografia de vingança à luz da Lei Maria da Penha. Revista da Faculdade de Direito UFPR, Curitiba, PR, Brasil, v. 62, n. 3, p. 243-265, set./dez. 2017. ISSN 2236-7284. Disponível em: . Acesso em: 21 dez. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/rfdufpr.v62i3.53834.

Vieira, Josênia Antunes (2005). A identidade da mulher na modernidade. *DELTA* [online], vol.21, n.spe [cited 2019-04-30], pp.207-238. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-44502005000300012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-4450. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-44502005000300012.

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
1979 - 2019

V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde
I Congresso Promoção da Saúde e do Bem-Estar no Ensino Superior

9th-11th May 2019 | University of Algarve

10 anos PhD Psicologia
UNIVERSIDADE DO ALGARVE

20 anos Licenciatura Psicologia
UNIVERSIDADE DO ALGARVE